

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

AYAKTAN BAKIM HİZMETİ VEREN
ÇEŞİTLİ SAĞLIK KURULUŞLARINDA
HASTA MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa Taşdemir

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Osman Hayran

İSTANBUL - 1998

TEŞEKKÜR

Öğrencilik yıllarımda tanıdığım, tanımakla çok şey kazandığım; Halk Sağlığını birçok kişi gibi bana da sevdiren ve seçmemde etkisi büyük olan; çalışkanlığı, üretkenliği, dürüstlüğü, yardımseverliği, hoşgörüsü, dostluğu ve “lider” yöneticiliği ile örnek alınacak bir kişilik olan; kısacası “toplam kaliteyi yaşayan”,

Prof. Dr. Osman Hayran’a;

Yine öğrencilik yıllarımda tanıdığım; o günlerden bugüne öğretme aşkımdan, yardımseverliğinden, duyarlılığından bir zerre yitirmemiş olan ve yoğun meşguliyetine rağmen bize *birşeyler* verebilmek için çırpınan; “nezaket abidesi”,

Doç. Dr. Melda Karavuş’a;

İstatistikle ilgili yardıma ihtiyacı olan birçok kişi gibi benim de sık sık kapısını çaldığım ve her zaman açık bulduğum; özveriyle yardımcı olmaya çalışan,

Yrd. Doç. Dr. Dilşad Cebeci’ye;

Tezimin plânlama aşamasında bilgi ve belge desteği veren “kalite misyoneri” Prof. Dr. Mithat Çoruh’a; bir dönem boyunca derslerini izleyerek çok şey öğrendiğim, “hocalığından” etkilendiğim ve istatistik konusunda yardımını gördüğüm Prof. Dr. Mustafa Şenocak’a; öğrencilik yıllarımda başlayan ve uzmanlık eğitimi boyunca pekişen dostluğu ile, “var olduğunu” bilmenin dahi büyük güven verdiği, keder ve sevinç ortağım Dr. A. Alp Aker’e; büyük bir uyum içinde çalışan ve iyi bir ekip oluşturan, birlikte çalışmanın zevkini yaşadığım, “Halk Sağlıkçılara” ; eğitimime katkıda bulunan herkese; veri toplama aşamasında yardımcı olan öğrenci -ama artık hekim olan- arkadaşlarıma ve nihayet “tüm aileme”, sevgili hayat arkadaşşıma ve canım oğluma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa No |
|---|-----------------|
| BÖLÜM 1- GİRİŞ ve AMAÇLAR | 1 - 3 |
| BÖLÜM 2 - GENEL BİLGİLER | 4 - 24 |
| 2.1. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi | 4 - 5 |
| 2.2. Ürün Kontrolünden Süreç Kontrolüne | 5 - 6 |
| 2.3. Kalite Güvence Sistemi | 6 - 7 |
| 2.4. ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi | 7 |
| 2.5. Toplam Kalite Yönetimi | 8 - 13 |
| 2.6. Tüketici Hareketinin Gelişmesi ve Etkileri | 13 - 14 |
| 2.7. Sağlık Sektöründe Kalite | 14 - 24 |
| 2.7.1. Tarihsel Gelişime Kısa Bir Bakış | 14 - 15 |
| 2.7.2. Hizmet Sektörünün Özellikleri | 15 - 16 |
| 2.7.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımlanması | 17 |
| 2.7.4. Kavram Kargaşası: Tüketici mi, Müşteri mi, Kullanıcı mı,...? | 17 |
| 2.7.5. Farklı Kalite Algıları | 18 |
| 2.7.6. Hastaların Kaliteyi Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Teoriler | 19 - 20 |
| 2.7.7. Hasta Memnuniyeti | 20 - 22 |
| 2.7.8. Hasta Memnuniyetinin Boyutları | 22 - 24 |
| BÖLÜM 3 - GEREÇ ve YÖNTEM | 25 - 33 |
| 3.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması | 25 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Kurumlarının Tanıtılması | 25 - 27 |
| 3.3. Araştırmanın Tipi | 28 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni | 28 |
| 3.5. Örnekleme Yöntemi | 28 |

| | Sayfa No |
|--|-----------------|
| 3.6. Veri Toplama..... | 28 - 29 |
| 3.6.1. Araştırmada Görev Alan Kişiler..... | 28 |
| 3.6.2. Uygulama Şekli..... | 29 |
| 3.7. Araştırmaya Katılma Oranları..... | 29 |
| 3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri..... | 30 |
| 3.9. Anket Formu..... | 30 - 31 |
| 3.9.1. Likert Tipi Ölçeklerle İlgili Genel Bilgi..... | 32 |
| 3.10. Kullanılan Memnuniyet Ölçeğinin Güvenirliliği..... | 33 - 35 |
| 3.11. Araştırmada Kullanılan Sınıflandırma, Yöntem ve Kriterler..... | 36 |
| 3.12. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 36 |
| 3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları..... | 37 |
| BÖLÜM 4 - BULGULAR..... | 38 - 59 |
| BÖLÜM 5 - TARTIŞMA..... | 60 - 78 |
| 5.1. Bulgulara Yönelik Tartışma..... | 60 - 76 |
| 5.2. Araştırmada Kullanılan Memnuniyet Ölçeği ve Uygulanması ile İlgili Tartışma..... | 77 |
| 5.3. Memnuniyet Araştırmaları ile İlgili Genel Değerlendirme..... | 78 |
| BÖLÜM 6 - SONUÇ ve ÖNERİLER..... | 79 - 82 |
| BÖLÜM 7 - ÖZET (Türkçe-İngilizce)..... | 83 - 88 |
| BÖLÜM 8 - KAYNAKLAR..... | 89 - 93 |
| EK 1 - Sağlık Hizmetlerini Değerlendirme Anket Formu..... | I - II |
| EK 2 - Raporda Geçen Bazı Terimlerin İngilizce Karşılıkları..... | III |

TABLolar DİZİNİ

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| Tablo 2.1 : Çeşitli Özellikler Bakımından Kalite Güvencesi - Toplam Kalite Yönetimi Karşılaştırması..... | 8 |
| Tablo 2.2 : Meta-analizde saptanan boyutların sayı ve yüzdeleri..... | 24 |
| Tablo 3.1 : Araştırmaya Katılanların ve Katılmayanların Kurumlara Göre Sayıları ve Katılma Oranları..... | 29 |
| Tablo 3.2 : Memnuniyet Ölçeğindeki Maddelerin Boyutlara ve Olumlu / Olumsuz Oluşlarına Göre Dağılımı..... | 31 |
| Tablo 3.3 : Ölçek Maddelerine Verilen Yanıtların Seçeneklere Göre Dağılımı, Ortalama ve Standart Sapmaları, Korelasyon Katsayıları ve Madde Çıkarıldığında Ölçeğin Güvenirlik Katsayıları..... | 34 |
| Tablo 3.4 : Ölçekteki Memnuniyet Boyutlarının Korelasyon ve Güvenirlik Katsayıları..... | 35 |
| Tablo 4.1 : Araştırma Grubunun Cinsiyete ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997)..... | 38 |
| Tablo 4.2 : Araştırma Grubunun Yaşa ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul, 1997)..... | 39 |
| Tablo 4.3 : Araştırma Grubunun Öğrenim Durumuna ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997)..... | 39 |
| Tablo 4.4 : Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumuna ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997)..... | 40 |
| Tablo 4.5 : Araştırma Grubunun Kuruma Geliş Sayısına ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997)..... | 41 |
| Tablo 4.6 : Araştırma Grubunun Kurumları Tercih Nedenlerine ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997) | 42 |
| Tablo 4.7 : Araştırma Grubunun Ortalama Tahminî Bekleme ve Muayene Sürelerinin Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 43 |
| Tablo 4.8 : Araştırma Grubunun Muayene Edilme Durumuna ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul, 1997)..... | 44 |

| | |
|--|-----------|
| Tablo 4.9 : Araştırma Grubunun Seçme İmkânları Olması Durumunda Kurum Tercihlerine ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul, 1997)..... | 45 |
| Tablo 4.10 : Çeşitli Değişkenlerin Kurumlara Göre Memnuniyet Puanları Üzerinde Kovaryans Analizi ile Saptanan Etki Durumları (İstanbul, 1997)..... | 46 |
| Tablo 4.11 : Memnuniyet Durumu Üzerinde, Bazı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Saptanan Etki Düzeyleri (İstanbul, 1997)..... | 47 |
| Tablo 4.12 : Araştırma Grubunun Ortalama Tahminî Bekleme Sürelerinin Tepkilerine Göre Dağılımı (İstanbul, 1997)..... | 48 |
| Tablo 4.13 : Araştırma Grubunun Ortalama Tahminî Muayene Sürelerinin Tepkilerine Göre Dağılımı (İstanbul, 1997)..... | 49 |
| Tablo 4.14 : Bazı Değişkenler Arasındaki Spearman Korelasyon Katsayıları (İstanbul, 1997)..... | 49 |
| Tablo 4.15 : Araştırma Grubunun “Bulunabilirlik / Ulaşılabilirlik” Boyutu Memnuniyet Puan Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 50 |
| Tablo 4.16 : Araştırma Grubunun “İnsancılık” Boyutu Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 51 |
| Tablo 4.17 : Araştırma Grubunun “Psikososyal Destek” Boyutu Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 52 |
| Tablo 4.18 : Araştırma Grubunun “Bilgilendirme” Boyutu Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 53 |
| Tablo 4.19 : Araştırma Grubunun “Yetkinlik” Boyutu Memnuniyet Puan Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 54 |
| Tablo 4.20 : Araştırma Grubunun “Fiziksel Koşullar” Boyutu Memnuniyet Puan Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 55 |
| Tablo 4.21 : Araştırma Grubunun “Genel Kalite” Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 56 |
| Tablo 4.22 : Araştırma Grubunun “Genel Memnuniyet” Boyutu Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 57 |

| | |
|--|-----------|
| Tablo 4.23 : Araştırma Grubunun Toplam Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997)..... | 58 |
| Tablo 4.24 : Kurumların Boyutlara Göre Genel Olarak Değerlendirilmesi (İstanbul, 1997)..... | 59 |



BÖLÜM 1

GİRİŞ ve AMAÇLAR

Son yıllarda dünyada yükselen bir değer olarak “kalite”den her geçen gün daha sık söz edilmektedir. Türkiye’de de özellikle uluslararası kalite ödüllerine lâyık görülen firmalar konuyu kamuoyu gündeminin bir parçası haline getirmişlerdir.

“Kalite” yeni bir kavram değildir; insanlık tarihi kadar geçmişi olduğu söylenmektedir (1). Ancak, zaman içinde bu kavrama yüklenen anlam büyük ölçüde değişikliğe uğramıştır. Önceleri “lüks ve pahalı bir kıymet değeri” olarak algılanan “kalite” artık, “müşteri isteklerinin karşılanması, ya da müşterinin satın aldığı mal veya hizmetten dolayı duyduğu mutluluk derecesi” şeklinde tanımlanmaktadır (2,3,4,5). Önce mal üretim sektöründe, son yıllarda da hizmet sektöründe giderek artan bir popülerite kazanan kalite konusunun, bu sektörün gelişmesine katkıda bulunduğu yaygın kabul görmektedir (1).

Kalitenin öneminin her geçen gün arttığı alanlardan birisi de sağlık hizmetleridir (6). Çağdaş sağlık hizmetlerinin ilkelerini tanımlayan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisine (Alma-Ata Bildirisi) ve Dünya Sağlık Örgütü’nce yürütülen “2000 yılında Herkese Sağlık” programına göre, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulması hükümetlerin sorumluluğunda bulunmaktadır (7). 1983 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupalı üyeleri 2000 yılına kadar üye ülkelerin kendi sistemlerinde sağlık hizmetinin kalitesini güvence altına alacak değişiklikleri yapmaları yolunda karar almışlardır (6,8).

Sağlık alanında kalite, üç bölümde değerlendirilmektedir (9) :

1. Yapı (girdi) kalitesi
2. Süreç kalitesi
3. Sonuç (çıkıtı) kalitesi

Yapı kalitesi süreç kalitesini, süreç kalitesi de sonuç kalitesini etkilemektedir (9). Her aşamayı ayrı ayrı değerlendirmek mümkün ve en iyi seçenek olsa da; sonuç kalitesini değerlendirmek -dolaylı olarak- tüm aşamaları kapsadığından yaygın olarak kabul gören bir yaklaşım haline gelmiştir (1,9,10). Hatta, 1980’li yıllarda ABD’nde

“süreç” ölçümü yerine “sonuç” ölçümüne yönelinmesi, sağlık bakım sisteminde bir devrim olarak nitelendirilmektedir (6).

“Sonuç”, hastanın sağlık durumundaki değişikliği ve hasta memnuniyetini ifade etmektedir. Değerlendirilen / ölçülen, “hasta memnuniyeti”dir. Hasta memnuniyetinin sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinde bir gösterge görevi yaptığı kabul edilmektedir (1,11,12). Hasta memnuniyeti hakkında elde edilen bilgilerin, sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yönetiminde de çok önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir (9,13). Hizmeti “alan” kişi olarak hastanın, hizmet süreci ile ilgili görüşleri önem kazanmakta; hasta memnuniyeti, kaliteli hizmetin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir (3,9,14,15,16). Hatta, Donabedian daha da ileri giderek hasta memnuniyetini “sağlıklılık halinin bir ögesi” olarak nitelendirmektedir (9).

Memnun olmayan hastanın verilen tedaviyi uygulamaması ve ilişkiyi düzenli olarak sürdürmemesi olasılığı artmaktadır (10,15,17,18,19). Çünkü, memnun edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranmaktadırlar (20). Bu nedenle, memnuniyet hasta uyumunun ön şartı sayılmaktadır (10,13,18,21,22). Kaliteli sağlık hizmeti için hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir. Geliştirmenin yolu da onu ölçmekten geçmektedir (23,24,25).

Gelişmiş ülkeler sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi konusunda büyük mesafe kaydetmişken, Türkiye’de sağlık hizmetleri iç açıcı bir tablo sergilememektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocağı, sağlık evi, poliklinik ve dispanserler halktan beklenen ilgiyi görmemektedir (26). Her türlü sağlık ihtiyaçları için hastaneler tercih edilmektedir (26). Bunun, önemli bir sorun olarak görülmesi gerektiği; ancak bu konuda, bugüne kadar ciddi bir çalışma yapılmadığı ifade edilmektedir (8,27).

Kaliteyi belirlemede pratik ve hızlı bir araç olan “hasta memnuniyeti” çalışmaları ancak az sayıdaki özel hastanenin kendi hizmet kalitelerini yükseltmek için yaptıkları uygulamalarla sınırlı kalmaktadır. Yapılan literatür taramasında, ülkemizde kurumları karşılaştıran çalışmaya rastlanmadığı gibi; ulaşılabilen -akademik amaçlı- az sayıdaki memnuniyet araştırmasının da -birkaçı dışında- ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yapıldığı görülmüştür. Sağlık hizmetleri bakımından önemli bir dönüm noktasında bulunan Türkiye’nin en büyük kenti İstanbul’un Ümraniye ilçesinde ayakta bakım hizmeti veren, farklı statülerdeki beş sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti konusunda yapılmış olan bu çalışma, bu yönüyle sözü edilen araştırmalardan farklılık göstermektedir.

Bu çalışma ile, ayaktan bakım hizmeti veren beş kurumda hasta memnuniyetinin ölçülmesi, kurumların bu açıdan karşılaştırılmaları, memnuniyeti etkileyen değişkenlerin belirlenmesi ve sonuçta hasta memnuniyetini ve dolayısıyla da hizmet kalitesini artırmak için neler yapılabileceğine ilişkin önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.



B Ö L Ü M 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi

Kalite ile ilgili ilk kayıtlar M.Ö. 2150 yılına kadar uzanmaktadır. Ünlü Hammurabi Kanunları'nın 229. maddesinde şu ifadeler yer almaktadır: "Eğer bir inşaat ustası bir adama ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp ev sahibinin üstüne çökerek ölümüne sebep olursa, o inşaat ustasının başı uçurulur." Yukarıdaki ifadeden anlaşıldığı gibi, kalite ile ilgili çalışmalar -çok ilkel biçimde olsa da- en az 4000 yıl önce başlamış ve günümüze kadar gelişerek devam etmiştir (28).

Ondokuzuncu yüzyılın sonlarına kadar bütün dünyada, daha çok zanaatkâr ve ustaların egemen olduğu yönetim sistemi hüküm sürmüştür. Ustalar yanlarında çalışan kalfa ve çıraklara veya vasıfsız işçilere neyi nasıl yapacaklarını söyler; onların çalışmalarını, işlerin yapılmasını ve mamullerin kalitesini kontrol ederlerdi. Bütün sorumluluk onların üzerinde idi. Ancak zamanla tüketimin artmasına paralel olarak çok sayıda mamule ihtiyaç duyulunca üretim ve yönetim usullerini yeni ihtiyaçlara göre değiştirmek ve geliştirmek zorunlu hale gelmiştir. Sanayi içinden gelen kimseler, mühendisler ve bilim adamları bu alanda devamlı çalışmalar yapmışlar ve sonunda batılı sanayileşmiş ülkelerde ve Türkiye'de de büyük ve orta ölçekli işletmelerde kullanılan klâsik yönetim sistemi ortaya çıkmıştır. Sistemin oluşmasında çok büyük katkıları olan Amerikalı mühendis Frederick Winslow Taylor'ın adına izafeten Taylor Sistemi veya Taylorizm de denilen bu sistemin özünde *uzmanlaşma* bulunmaktadır. Kurumların örgütlenmesi *uzmanlaşmaya* göre yapılmıştır. Çalışan insanlar da uzmanlaşmaya yönlendirilmişlerdir. Bu uzmanlaşma, yürüyen bant montaj sistemlerinde bir kısım işçilerin yalnız önünden geçen banttaki bir parçanın üzerindeki bir vidayı sıkmasına kadar götürülmüştür. Bu sistemin çok önemli bir özelliği kurumda çalışan insanların üst düzeydeki küçük bir bölümünün (yaklaşık % 10) işleri plânlaması, kuralları koyması, diğer çalışanların (% 90) neyi, ne zaman ve ne kadar zamanda yapacağını belirlemesi, yakından kontrol etmesi; çalışanlara, yapmakta oldukları işi iyileştirmek için bir katkıda bulunma fırsatı tanınmamasıdır (28).

Çalışanların fikirlerinden faydalanılmamasının onları tekdüzeliğe ve mutsuzluğa itmesi gibi olumsuz yönlerine rağmen bu sistem uygulamanın ilk beş-on yılı içerisinde sanayide verimin on-onbeş kat artmasını sağlamıştır (28).

1920'li yıllarda Dr. Walter Shewhart'ın bilimsel temellerini attığı "kalite" olgusu Amerikan endüstrisinin gelişmesine büyük katkı sağlamıştır. Özellikle II. Dünya Savaşı yıllarında bir çok sanayi dalında kalitenin yükseltilmesi yanı sıra prodüktivitenin artmasına yardımcı olmuştur. Dünya savaşı, nitelikli iş gücünün, yerini yeterli endüstri kültürü almamış kişilere bırakmasına neden olmuştur. Bu durumda, hata affetmeyen savunma sanayii ve nükleer teknoloji sektörlerindeki gelişmeler kalite çalışmalarını hızlandırmıştır. II.Dünya Savaşı sonrasında asıl gelişme Japonya'da yaşanmıştır. Gerek ABD'nin işgali altında iken gerekse sonraki yıllarda Japonlar Amerikalıların bilgi ve tekniklerinden büyük çapta yararlanmışlardır. ABD'nde yönetim alanında geliştirdikleri teori ve sistemlerle tanınmış olan Dr. W. Edwards Deming, Dr. Joseph M. Juran ve Feigenbaum gibi uzmanları Japonya'ya davet etmişler, kendi bilim adamlarını ve sanayicilerini de Amerika'ya ve Avrupa'ya göndermişlerdir. Bu arada, Japon bilim adamları ve sanayicileri klâsik yönetim sisteminin eksik ve zayıf taraflarını görerek onları giderecek yeni sistemler geliştirmişlerdir (24).

2.2. Ürün Kontrolünden Süreç Kontrolüne

Üretim sonrası düzeltmeye dayanan kontrol çalışmaları üretim hattının sonuna, bazen de aralarına kalite kontrolleri koyarak üretimi tamamlanmış olan parçaların, kusurlu ve kusursuz şeklinde ayrılmasına yönelik olmaktadır. Bu yöntemde imalâtı bitmiş olan ürün, tasarımdan başlayarak bütün maliyetleri içinde barındırmaktadır. Hatalı üretilmiş bir parça içerisinde, boşa harcanmış makine saatleri, işçilik zamanları, malzeme ve daha pek çok maliyet bulunmaktadır. Kusurlu olduğunun belirlenmesinden sonra ürünün müşteriye ulaşması engellenebilmekte; bu da, işletmenin maliyetlerini büyük oranda artırmaktadır. Bunun yanı sıra, bitmiş ürünlere hiç bir zaman yüzde yüz kontrol uygulanmadığı için hatalı ürünler müşteriye de ulaşmakta, pazar ve imaj kaybı ile birlikte ölçülemeyen maliyetler gündeme gelmektedir. Müşteri kaybindan doğan maliyetler, ölçülebilen kalitesizlik maliyetlerinden çok daha fazla olmaktadır (24,28).

Dinamik pazarlarda yıkıcı rekabet karşısında ayakta kalabilmek için kaliteli, ucuz ve hızlı ürün / hizmet üretmek zorunluluğu vardır. Klâsik yönetim anlayışında kaliteyi artırmak için yapılan çalışmalar maliyeti artırarak rekabet gücünü azaltmaktadır. Bu durumda başarılı olabilmek için, kaliteyi artırırken aynı zamanda maliyeti de düşürmek kaçınılmaz olmaktadır (28).

Rekabet gücünü artırmak için, işletmelerin bütün faaliyetlerinde kaliteyi yükselterek, oluşması söz konusu hataları önlemesi gerekmektedir. Hataların önlenmesiyle bozuk mamûl, fire, zaman israfı, gereksiz stoklar, teslimattaki gecikmeler ve benzeri kayıplar ortadan kaldırılabilmektedir. Böylece kalite yükseltilirken maliyetler düşürülmüş, üretim hızlandırılmış ve bunların sonucu olarak rekabet gücü artırılmış olmaktadır.

ABD'nde, yapılan işlerde *binde bir oranında hata çıkması* halinde nelerin olacağı araştırılmış ve şu sonuçlar elde edilmiştir (28):

- Her ay bir saat boyunca musluklardan sağlık kurallarına uygun olmayan su akardı.
- Her yıl 20.000 yanlış reçete yazılırdı.
- Her hafta 500 yanlış ameliyat yapılırdı.
- Her yıl 19.000 bebek doğumda ölürdü.
- Her saat 16.000 mektup kaybolurdu.
- Her saat 22.000 çek yanlış hesaba işlenirdi.

Bu durumda, son ürünün kontrole tabi tutularak kusurlu-kusursuz olarak ayrılmasından, denetimlerin üretim aşamasında yapılması demek olan *süreç kontrolüne* geçilmesi gereği gündeme gelmiştir.

2.3. Kalite Güvence Sistemi

Globalleşen dünyada yoğun rekabet ortamında istikrarlı bir üretim yapabilmek için kalitenin güvenceli olarak sürekli korunmasının önemi ve bunun büyük çabalarla gerçekleştirilebilecek bir yönetim işi olduğu; başka bir deyişle, sistem olmanın gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu gerçekten yola çıkarak bir çok ülkenin bilimsel ve teknik nitelikli araştırmacıları, sistem modelleri üzerinde araştırmalar yapmışlar ve bu çalışmaların sonucunda Kalite Güvence Sistemini geliştirmişlerdir (24).

Kalite güvencesinin temelinde ürün veya hizmetin geçtiği tüm aşamalardaki talimatlar, görev ve sorumluluk tanımlarının belirlenmesi, çalışanların eğitilmesi ve kalite konusunda bilinçlendirilmesiyle kalitenin plânlanan düzeyde en az kaynak kullanımı ile korunması yatmaktadır. Kalite güvencesi, kısaca, kalitenin müşterinin

güvenle satın alabileceği ve uzun bir süre güven ve tatminle kullanabileceği şekilde sağlanması olarak tanımlanmaktadır (28).

Kalite güvence sisteminin amacı, tüm kurumu, kaliteyi doğrudan veya dolaylı etkileyen süreçler zinciri olarak ele alıp, kalitenin sürekliliğini sağlamak ve kurumun hedeflenen kalite düzeyini asgari maliyetle elde edebilmesini sağlayacak çabaları başlatmak, eşgüdümü sağlamak ve sonuçları sürekli izleyerek, gereken önlemleri almaktır (28).

2.4. ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi

Kalite güvence sistemleri, yaklaşık yarım yüzyıl önce savunma sanayiinde ortaya çıkmıştır. Ardından uçak sanayii, tıbbî cihazlar ve ürünler alanında, daha sonra da nükleer tesislerde, kısaca doğrudan insan yaşamını etkileyen sektörlerde zorunlu tutulmuştur. 1963 yılında ABD'nde savunma teknolojisine kalite standardı getiren MIL-Q-9858'in yerini, 1968'de yine ABD'nde NATO için hazırlanan ve tüm NATO üyesi ülkelerde askeri kalite güvencesi standardı olarak kabul edilen AQAP (Allied Quality Assurance Program) almıştır. Daha sonra, enerji sektöründe ve diğer bir çok alanda da benzer çalışmalar yapılmıştır (28).

Uluslararası ticari ilişkilerin giderek artması ve daha da karmaşıklaşması, 1987'de ISO 9000 kalite güvencesi standartlarının yayınlanmasını zorunlu kılmıştır. ISO 9000 serisi, ISO (International Standards Office) üyesi ülkelerin katılımı ile oluşturulan teknik komite (ISO/TC176) tarafından geliştirilmiştir. Bu seri daha sonra Avrupa Standartlar Komitesi (CEN) tarafından 1988 yılında EN 29000 olarak yayınlanmıştır. Ardından, Japonya dahil dünyanın hemen hemen tüm ülkeleri ISO 9000'i kendi dillerine çevirerek değişik kodlarla ve İngilizcesi ile birlikte yayınlamışlardır. Örneğin; Almanya'da DIN ISO 89000, Fransa'da NF X50 131-133, Türkiye'de TS-ISO 9000, vb.

Kalite güvencesi aslında üretim sektörü için geliştirilmiş olmakla birlikte, hizmet sektörüne de uyarlanmıştır. ISO 9000 ile, "tüm personelin aniden yeri değiştirilse dahi, yeni insanların kalite sistemini, ürün ve hizmeti eskisi gibi üretmede kullanabilmesi" amaçlanmaktadır. ISO 9000 bir standartlar serisidir. Üretim sürecinin değişik aşamalarına yönelik 9001, 9002, 9003 ve 9004 kodlu elemanları bulunmaktadır (28).

2.5. Toplam Kalite Yönetimi

Globalleşen sanayi ve ticaret beraberinde yoğun bir rekabeti getirmiş, *kalite* de en önemli rekabet unsuru olmuştur. İnsanlar artık kaliteyi *veri* olarak kabul etmekte; makûl fiyatlarla yüksek kaliteyi talep etmektedirler (24).

Bunun yanında, teknoloji sürekli gelişmekte; insanların ihtiyaçları ve istekleri de değişmektedir. Bu da, standartların hızla değişmesini gerektirmekte; sürekli yükselen kaliteyi en düşük maliyetle sağlama zorunluluğu ortaya çıkmaktadır (3). Böylece, rekabet gücünün en yüksek düzeyde olması da sağlanabilmektedir (24).

Kalite Güvence Sistemi bunu gerçekleştirmede bir ön adımdır; fakat yeterli değildir. Günümüzün ve geleceğin dünyasında başarılı olabilmek, Kalite Güvence Sisteminin de ötesinde geniş çaplı ve topyekûn bir çabayı gerektirmektedir. Bu çabaya, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) denmektedir (28).

Kalite Güvence Sisteminin önceden belirlenen standartları elde etmek ve korumak amacını gütmesine karşılık, TKY devamlı iyileştirme faaliyetlerini gerektiren, problemlerin süreç içinde çıkış nedenlerini araştıran ve hatasız hizmet sunumunu amaç edinen dinamik bir yaklaşımdır (26).

İki sistem arasındaki farklılıklar, Tablo 2.1'de özet olarak sunulmaktadır.

Tablo 2.1 : Çeşitli Özellikler Bakımından Kalite Güvencesi - Toplam Kalite Yönetimi Karşılaştırması *

| ÖZELLİKLER | KALİTE GÜVENCESİ | TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ |
|---------------------|--|---|
| Amaç | Standartların sağlanması ve korunması (statik-reaktif) | Sürekli iyileştirme imkanlarının araştırılması ve uygulanması (dinamik-aktif) |
| Hedef | Problemin belirlenmesi ve çözüm geliştirilmesi | Problem çıkmasının önlenmesi |
| Koordinasyon | Çalışmaların kalite güvencesi koordinatörlüğünde yürütülmesi | Tüm birimlerin ve personelin ortak gayretini öngören yönetim |
| Süreç | Birimlerin ve bireylerin işleri yanlış yapmama gayreti | Kurumsal kültür oluşturulması Kalitede sorumluluk ve gurur paylaşımı yaratılması |
| Odaklanma | Profesyonel personelin performansına öncelik | Tüm personelin performansının değerlendirilmesinde bütünlük |

* Kaynak 26'dan değiştirilerek alınmıştır.

Kalitenin sağlanmasında TKY ile *kalite güvencesi* arasında bir çok ortak alanlar bulunmaktadır (26). İyi tasarlanmış ve iyi işleyen bir Kalite Güvence Sistemi, TKY için sağlam bir temel oluşturmaktadır. Ancak bu, TKY'nin unsurlarından sadece birisidir (28).

Çeşitli kaynaklarda, içinde *kalite* sözcüğü bulunan bir çok kavrama rastlanmaktadır. Bunlardan Örgüt Çapında Kalite İyileştirmesi (Organization-wide Quality Improvement - OQI), Endüstriyel Kalite Yönetimi Bilimi (Industrial Quality Management Science - IQMS), Toplam Kalite İyileştirmesi (Total Quality Improvement - TQI), Sürekli Kalite İyileştirmesi (Continuous Quality Improvement - CQI) genel olarak Toplam Kalite Yönetimi (Total Quality Management - TQM) anlamında kullanılmaktadır (26).

TKY yalnızca ürün ve hizmet kalitesi ile ilgili değildir; aynı zamanda, günümüzün çağdaş bir yönetim anlayışıdır, felsefesidir (24). Her duruma uydurulabilecek bir teknik veya araç olarak görülmemelidir (26). Ancak tüm öğeleri ile benimsenip uygulandığı takdirde tutarlı, başarılı ve kalıcı olabilmektedir. TKY “insan”a en ön sırada değer vermeyi gerektirmekte; bilimselliği her faaliyette şart koşmaktadır. Uygulanması iyi bir değerlendirme, kararlılık, bilgi ve beceri gerektirmektedir. TKY'nin başlıca öğeleri şunlardır (26) :

A. Önlemeye dönük yaklaşım¹

Toplam kalite modelinin temelinde “hataları ayıklamak” yerine “hata yapmamak” veya daha yerleşik bir deyişle “sıfır hata” yaklaşımı bulunmaktadır. Önlemeye dönük yaklaşımın genel bir ifadesi, *plânlamanın doğru yapılması* şeklinde özetlenebilir.

¹ *Toplam kalite yönetimi*'nin bu yaklaşımı, “koruyucu hekimlik” yaklaşımı ile benzeşmektedir. İnsanların hasta olmamaları ya da hastalıkların kötü sonuçlarından korunmaları için yapılan bütün işler koruyucu sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır....Teşhis edilen her hastalık, sağlık hizmetlerinin başarısızlığının bir göstergesi sayılmaktadır (29). İkisinin de, hatasızlığı / hastaliksızlığı hedeflemeleri bir ortak noktayı oluşturmaktadır. Koruyucu hekimlik, insancıl olması yanında daha ucuza mal olan bir uygulama olması (30) yönüyle de, toplam kalite yönetimi ile benzeşmektedir. Ayrıca, her ikisi de topyekün ekip hizmetini öngörmektedir. Hizmeti alan kişilerin “düşüncelerine başvurmak ve onları hizmetin oluşmasında pay sahibi yapmak” da (31) paylaşılan bir özelliktir. Özetle, “geleneksel hekimlik” anlayışı (30) ile klasik yönetim modeli (Taylorizm), “toplum hekimliği” yaklaşımı (30) ile de *toplam kalite yönetimi* modeli arasında birçok ortak nokta bulunmaktadır. (*Araştırmacının notu*)

Her yönü ile düşünölmüş, kapsamlı ve titiz bir plânlama çalışması ile sonra oluşabilecek hataların çok büyük bir bölümü ortadan kaldırılabilir. Tüm hata kaynaklarını öngörmek mümkün değilse de, olası sürprizlere önceden hazırlanmak, tamamen hazırlıksız yakalanmaya göre büyük avantaj sağlamaktadır. Plânlamaya harcanan her dakika son derece değerlidir .

B. Ölçüm ve İstatistik

Ölçülemeyen şeyin geliştirilmesi mümkün olmamaktadır. Bu nedenle, ölçüm ve istatistik TKY'nin vazgeçilmez parçalarıdır. İstatistiğin üzerinde özellikle durulmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır (24,28):

- i. Doğal olayların tümünde değişkenlik vardır. Bu değişkenliği ölçebilmek için istatistiğe başvurmak gerekmektedir.
- ii. Hataların çok büyük bir bölümü değişkenlikten kaynaklanmaktadır. İstatistik biliminin teknikleri uygulanarak değişkenliğin özellikleri incelenebilmekte ve hataların kaynakları saptanabilmektedir.
- iii. İstatistik teknikleri analize yardımcı olduğu gibi, iletişimi de kolaylaştırmakta; konuya farklı açılardan bakan kişilerin aynı dili konuşmasına imkan sağlamaktadır.
- iv. İstatistiksel düşünme alışkanlığını geliştirmek gerek yöneticiler gerekse diğer çalışanlar için son derece yararlı olmaktadır. Neyin normal, neyin anormal olduğu istatistik biliminin yardımı ile belirlenebilmektedir. Aynı şekilde, ulaşılan başarı düzeyinin kalıcı veya geçici olduğunu anlamak için de istatistiğe başvurmak gerekmektedir.

C. Grup Çalışması

Bunu insanların sık sık toplanması, birlikte iş yapmaları ve dostça ilişkiler içinde bulunmaları gibi çokça karşılaşılan davranışlarla karıştırmamak gerekmektedir. TKY'nde grup çalışmalarının çok özgül amaçları, belli yöntemleri ve mutlaka uyulması gereken sıkı bir disiplini bulunmaktadır (24).

D. Sürekli Gelişme

Hedef belli bir standardı tutturmak değil, düzeyi -o düzey ne olursa olsun- sürekli ve hızlı bir tempoda geliştirmektir. Buna, TKY jargonunda “KAIZEN” denir. Japonca’da “değişim” anlamındaki “kai” ile “iyi” anlamına gelen “zen” sözcüklerinin birleşmesinden oluşan “kaizen” Türkçede “daha iyi” şeklinde ifade edilebilir (28). Sürekli gelişmeyi sağlamak için ise belli tekniklerle donatılmış tüm insan kaynaklarını aynı doğrultuda seferber etmek gerekmektedir. Kaizen’in produktivite, kârlılık, vb. gibi çeşitli ölçütleri olabilir. En etkin ölçütün, *çalışan başına üretilen proje veya öneri* sayısı olduğu ifade edilmektedir. Bu sayı Japonya’da yılda on dolaylarındadır. Örneğin, bin kişinin çalıştığı bir kurumda yılda yaklaşık on bin yeni proje / öneri geliştirilmektedir (24).

E. Kalite Çemberleri

Çalışanların karşılaştıkları problemleri kendilerinin çözmesi esasına dayalı olan *kalite çemberleri* çalışmalarının yönetim tarafından desteklenmesi, üretimi bizzat gerçekleştiren ve çalışanların çoğunluğunu oluşturan kitlenin de geliştirme faaliyetlerine katkısını sağlamaktadır (24).

F. Sürekli Eğitim

Japonların kalite üstadı Ishikawa, “kalite yönetiminin eğitimle başlayıp eğitimle bittiğini” vurgulamıştır. Her kademedeki çalışanlara hem temel konularda hem de TKY faaliyetleri hakkında sürekli eğitim verilmesi gerekmektedir (24). Böylece, hem kurumun hedef ve politikaları tüm çalışanlara benimsetilmiş, hem de kalite geliştirme çalışmaları üst yönetimden başlayarak tabana kadar yayılmış olmaktadır (28).

G. Yönetim Modeli

Yukarıda sayılan temel öğelerin gerçekleştirilebilmesi “yönetim modeli”ne bağlıdır. Öncelikli iş, *klâsik yönetimden (Taylorizm) toplam kalite yönetimi* modeline geçmektir.

Bu iki model arasındaki farkların başlıcaları şöyle özetlenmektedir :

- i. TKY'nde faaliyetlerin nasıl düzenleneceğini yöneticiler belirlememekte; çalışanlar önermekte, yönetim onaylamaktadır.
- ii. TKY'nde amirlerin temel görevi *insanları çalıştırmak* değil, *liderlik* etmektir; yani yol göstermek, eğitmek, koordine etmek ve yardımcı olmaktır.
- iii. TKY'nde yöneticilerin çalışanları denetlemelerinden çok, *otokontrol* mekanizması işletilir.
- iv. Motivasyonun temel ögesi *para* değil, *başarma onurudur*.

Bunlara ek olarak, TKY'nde yönetimin sorumluluğu *sistem geliştirmek ve sistem içinde çalışmaktır*. Dr. J. M. Juran bir kurumun performansını sistem ve insan olarak iki faktörün belirlediğini söylemektedir. Bu iki faktörün sonuç üzerindeki etkilerini de genelde % 85 ve % 15 olarak ifade etmektedir. Dr. Deming ise son olarak bu oranları % 98 ve % 2 olarak ifade etmiştir (24). Uzun vadede "insan" faktörünün sorumluluğu da yönetime aittir. Bu uzmanlara göre, nihai başarıda temel etken sistemdir; dolayısıyla yönetimin de bu konuya eğilmesi ve hatalarda / başarısızlıkta kişileri suçlamaması gerekmektedir (24).

H . Müşteri Odaklılık

TKY her aşamada ve her yerde kaliteyi esas aldığından, klâsik "müşteri" tanımını da değiştirmiştir; daha doğrusu genel olarak ifade değişmese de kapsamı çok genişletilmiştir.

"Müşteri"nin yerleşmiş tanımı, "bir mal veya hizmeti alıp kullanan kişi veya birim" şeklindedir (26,28). *İç müşteri* ve *dış müşteri* olarak iki tür müşteri vardır. Bu durumda, mal veya hizmet üretiminde rol alanlar da bu tanımın kapsamına girmekte; herkes bir diğerrinin müşterisi sayılmaktadır. Her çalışan, faaliyette bulunduğu ortamda kendisinden önce gelenin müşterisi ve kendisinden sonra gelenin de tedarikçisi (supplier) olarak değerlendirilir (28). Ancak, bu raporda "müşteri" sözcüğü "dış müşteri" anlamında kullanılmaktadır.

İşin asıl hedefi müşteridir. TKY felsefesine göre, mal veya hizmet üretenler müşteriye hizmet ederek, ona iyilik yapmış olmamaktadırlar. Aksine, kendisine hizmet etme imkanı tanıdığı için, “o” iyilik yapmaktadır. O talep etmekte; tedarikçi bu talebi hem ona hem de kendisine kazanç olacak biçimde karşılamaktadır(28). Müşterinin ihtiyaç ve beklentileri doğru olarak saptanmalı ve tam olarak karşılanmalıdır. Böylelikle, müşteri memnuniyeti (customer satisfaction)² sağlanabilmektedir.

2.6. Tüketici Hareketinin Gelişmesi ve Etkileri

1960’ların sonlarında ve 1970’lerin başlarında, yaşamın tüm alanlarında tüketici ön plâna çıkmaya başlamıştır (33). İngiltere’de *consumerism*³ denilen akım, otoritelerin toplumun bireylerini, karşılığında teşekkür etmeleri gereken hizmetlerin *verildiği* pasif müşteriler veya “alıcı”lar olarak görme noktasından, “meşru hakları, tercihleri ve elbette sorumlulukları da olan tüketiciler” olarak değerlendirme noktasına gelmeleri şeklinde bir seyir izlemiştir (17). Tüketici hareketi örgütsel ve yapısal değişimi dayatırken, tüketicinin fikrinin değerli olduğuna inanmak da temel ilke haline gelmiştir. Müşteri artık *nihaî otoritedir* (15). Birçok faktörün bir araya gelmesi ile de tüketiciler gittikçe daha *zor beğenir* hale gelmekte, daha fazla bilgi sahibi olan insanlar karşılaştırmalar yapabilmektedir (33).

Müşteri davranışına dair çeşitli araştırmaların bazı bulguları şu şekildedir :

- Bir ürün veya hizmetten memnun olan müşteri, memnuniyetini ortalama 3 kişiye aktarmaktadır (28).
- Memnun olmayan müşteri, memnuniyetsizliğinden 7-10 kişiye söz etmektedir (18,28).
- Şikayeti olan ve halledilen müşteri gördüğü muameleyi ortalama 5 kişiye anlatmaktadır (18).

² “Satisfaction” kavramının sözlük karşılığı “memnuniyet, hoşnutluk, kanaat, tatmin,...” dir (32). Türkçe yayınların bir kısmında “memnuniyet”, diğer bir kısmında ise “tatmin” sözcüğü kullanılmıştır. Bu raporda “memnuniyet” sözcüğü tercih edilmiştir.

³ Genel sözlüklerde karşılığı bulunmayan bu sözcüğü Türkçe’ye “tüketicicilik” olarak çevirmek uygun olabilir.

- Şikayeti olan müşterilerin % 54-70'i, sorun çözüldüğünde aynı kurumlarla çalışmaya devam etmektedirler. Sorun hemen çözülmüşse, bu oran % 95'e kadar çıkabilmektedir(18).

Bütün bunlar, "nihaî otorite" olan müşterinin ihtiyaçlarını, beklentilerini ve nihayet kullandığı ürün veya hizmetle ilgili düşüncelerini belirlemenin ne kadar önemli ve gerekli olduğunu göstermektedir.

Müşteri memnuniyeti, ancak ölçülürse geliştirilebilir (23,24,25). Tüm personele, müşteri memnuniyetini sağlamanın gereğini ve önemini kavratmada ve onları güdülemede, memnuniyet araştırmaları çok yararlı olmaktadır (25).

2.7. Sağlık Sektöründe Kalite

2.7.1. Tarihsel Gelişime Kısa Bir Bakış

Sağlık bakım kalitesine olan ilgi ve bu konuda öne sürülen görüşler, sağlık bakımının kendisi kadar eski bir tarihsel geçmişe sahiptir. 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, cerrahî yetersizlik için özel cezalar içeren bir yasayı yürürlüğe koymuştur. On altıncı yüzyılda İspanyol Juan Cuidad Duarte, zihinsel özürler için bakım standartları oluşturmuştur. Yirminci yüzyılın başlarında çok sayıda Amerikalı hekim sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır. 1915 yılında Amerikan Cerrahlar Birliği (The American College of Surgeons) Hastane Standardizasyon Programı geliştirmek üzere harekete geçmiş ve bu program akredite edilmek isteyen hastanelere, kontrol edilmesi için kayıt sistemlerini birliğe sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir (34). Bu gelişmenin ardından hastanelerin, daha fazla hasta çekmek ve dolayısıyla kârlarını artırmak amacıyla bu tür oluşumlara yöneldikleri gözlenmiştir.

1952'de aynı birlik diğer bazı meslek birlikleriyle birleşerek Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu'nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO)⁴ oluşturmuşlardır (6). Artık ABD'nde kamu fonlarından sağlık hizmeti alanların JCAHO tarafından kabûl edilmiş kurumlara başvurmaları zorunludur. Ayrıca 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 (6,8).

1980'lerin başında sağlık hizmetlerinde kalite güvencesine bir alternatif olarak TKY modeli gündeme gelmiştir (1,3). 1990'lı yıllarda ise bir yandan, TKY felsefesinin bu alana neler kazandırabileceği tartışmaları sürerken diğer yandan uygulamalar hızla yaygınlaşmıştır (6).

Öte yandan, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi'nin 1984'de belirlediği "Avrupa'da Herkes İçin Sağlık" hedefleri 1991 yılında Bölge Komitesi'nce yeniden gözden geçirilerek güncelleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili olan Hedef 31'e göre, "2000'li yıllarda tüm ülkeler, sağlık hizmeti kalitesinde sürekli bir gelişmeyi ve uygun sağlık teknolojisini kullanmayı sağlayacak yapı ve yöntemleri kurmalıdırlar" (35).

2.7.2. Hizmet Sektörünün Özellikleri

TKY'nin temelleri mal üretim sektöründe atılmıştır. Ancak, bir de hizmet sektörü vardır ve sağlık hizmetleri bu sektöre dahildir.

Hizmet kavramı şu şekilde tanımlanmaktadır : "Hizmet, insanların ya da insan gruplarının, gereksinimlerini gidermek amacıyla, belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen, yarar ve doyum oluşturan sosyal faaliyetler bütünüdür" (5).

⁴ Amerikan Cerrahlar Birliği (American College of Surgeons), Amerikan Hastane Birliği (American Hospital Association), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) ve Amerikan Hekimler Birliği'nin (American College of Physicians) oluşturduğu bu kurumun amacı, kurumsal bazda yüksek tıbbî bakım standartlarına ulaşılmasını teşvik etmektir. Kâr amacı gütmemektedir. Hastanelerin ve diğer sağlık kurumlarının faaliyet gösterebilmesi için ilkeler geliştirmekte ve akreditasyon programları yürütmektedir(6).

Mal üretim sektörü ile hizmet sektörü ve dolayısıyla da sağlık sektörü arasında önemli birtakım farklılıklar bulunmaktadır :

1. Bir mal "bir nesne, bir araç, bir şey" iken, bir hizmet "bir eylem, bir performans, bir çaba"dır. Üretilen bir mal elle tutulmakta, gözle görülmektedir; ancak hizmet elle tutulmaz, gözle görülmez, duyulmaz, sergilenemez, bir ölçü birimiyle ifade edilemez özelliktedir (3,5).
2. Hizmette üretim ve tüketim eş zamanlıdır. Yani, hizmet üretildiği anda tüketilmektedir (3,5). Dolayısıyla da, hataların ve ihmallerin gözlenmesi ve giderilmesi daha zor olmaktadır. Hatta, örneğin, yanlış bir tedavi sonucu bir hastanın sakat kalması ya da ölmesi halinde hatanın veya ihmalin sonucunun düzeltilmesi mümkün olmamaktadır (3).
3. Bir malın üretimi sırasında fabrikada ya da atölyede, çalışanlarla tüketiciler yüz yüze gelmemektedirler. Oysa hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas söz konusudur; iletişim yüz yüze gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, hizmeti sunanların giyimi, konuşması, davranışları, vb. tüketiciyi etkilemektedir (3).
4. Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkün iken, hizmetlerin stoklanması mümkün değildir. Şüphesiz, bina, araç-gereç ve insangücü hizmet sunumu için hazır tutulabilir; ancak bunlar ürünün kendisini değil verimli kapasiteyi temsil ederler. Bir hizmet işletmesinde kullanılmayan kapasite, boşa akan musluk gibidir (3).
5. Sağlık sektörü yüksek düzeyde profesyonel yeterlik gerektirmektedir. Hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabilir; teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar veremeyebilir ve hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir (36).
6. Üretim sektöründe, tek tipte çok sayıda mal üretilmektedir. Sağlık sektöründe ise her biri ayrı bir birey olarak ele alınması gereken hastalara hizmet sunulduğundan, hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir.

Bütün bu özellikler dikkate alındığında, kaliteli hizmet verilebilmesi için çok sayıda genel ve özel kriterin önceden belirlenmesinin gereği ve önemi ortaya çıkmaktadır.

2.7.6. Hastaların Kaliteyi Nasıl Değerlendirdiklerine İlişkin Teoriler

Sağlık hizmetlerinde kalitenin nasıl değerlendirildiğine ilişkin birtakım teoriler bulunmaktadır (18,41) :

1. *Birincil veya çekirdek hizmet ile ikincil hizmetler vardır. Birincil hizmet tam olarak yerine getirilmediğinde, ikincil hizmetlerin iyi olması bunu telâfi edememektedir (18).* Kurum personeli, klinisyenler ve yöneticiler kaliteyi sıklıkla birincil hizmetler bağlamında tanımlamak eğilimindedirler. Oysa hastalar genellikle o kurumun, uygun işlemleri yapabilecek yeterlikte, “işinin ehil” klinisyenlere sahip olduğunu kabûl etme eğilimindedirler. Çoğu hastalar “uygun işlem”in ne olduğunu bilmemektedirler (36,42). Hastaların bildiği ve tepki vereceği şey, hizmetin sunuluş tarzı olmaktadır (örneğin, çalışanların davranışı). Hizmeti sunan ile hizmeti alan arasındaki etkileşimin kalitesi kritik noktayı oluşturmaktadır. King, buna “davranış kalitesi” der. Johnson’a göre de, “hastanelerdeki her türlü yeni teknolojiye rağmen, sağlık hizmeti insancıl bir etkinlik olma özelliğini korumaktadır. Bir profesyonele kendini emanet eden insanın yaşantısı büyük ölçüde kişiseldir. O hassas durumda hasta, insanca bir dokunuşa, ilgi ve şefkate muhtaçtır” (18). Artık, hizmet talep edenler en son teknoloji ve ehil profesyonellerin yanı sıra bir hizmet sunuş kültürünü de aramaktadırlar (18,36).
2. İkinci teoriye göre, *sert işlevler ve yumuşak işlevler ayrımı vardır. Sert işlevler, hizmetin teknolojik boyutunu ifade etmektedir. Yumuşak işlevlerle de, hizmetin sunuluş tarzı kastedilmektedir. Teknolojideki aksamaya karşı kişinin tutumu, hizmetin sunuluş tarzından etkilenmektedir. Fakat, zayıf etkileşimin etkileri yüksek teknolojik performans ile giderilememektedir (18).*
3. Hizmet alış veriş sabit, tekdüze bir olay değil; bir süreçtir. Kişinin değerlendirmesi süreç boyunca değişikliğe uğrayabilmektedir (18,38). Her bir aşamada değerlendirmenin olumlu ya da olumsuz yönde değişmesi olasılığı bulunmaktadır. O halde hasta ile muhatap olunan her aşamada, gerekenler en iyi şekilde yapılmalıdır. Her aşama önceki aşamalarda bırakılan yanlış izlenimin düzeltilmesi için bir fırsat oluştururken, tersi de olabilmektedir.

4. Algılanan riskin derecesi ve hizmetin maliyeti üzerine kurulu bu teoriye göre, hizmetin elle tutulamaz nitelikte oluşu hizmeti alan için bir risk oluşturmaktadır. Çünkü, neler olacağını işin başında görememekte ve değerlendirememektedir. Ayrıca, sunulan hizmetler hem bizzat şahsını hem de parasını sürece dahil etmektedir. Risk veya maliyet düşük olduğunda, hasta titiz / sıkı bir değerlendirme yapmama eğiliminde olmaktadır (18).

Bu teorilerin hiçbiri tek başına durumu açıklamaya yetmemektedir. Hepsini birlikte ele almak daha bütüncül bir yaklaşımdır ve konunun daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır.

2.7.7. Hasta Memnuniyeti

Sağlıkta kalite, eğer sadece bir tıbbî bilgi-beceri konusu olsaydı, bütünüyle hizmet verenin sorumluluğunda olurdu. Bu durumda hastaların bu çok özgül mesleğin uygulanması konusunda söyleyecek pek birşeyleri olamazdı. Bu yaklaşım başta *hakkanîyet* olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin hedefleriyle uyumlu olmazdı. Bu nedenle, hizmet verenin hizmette baskın ve tek yanlı rolünün azaltılması için, hizmet kalitesi hakkında hizmet alanın görüşüne başvurmak zorunlu hale gelmiştir. Böylece, son 10 yılda bir kalite ölçütü olarak tüketici memnuniyeti önem kazanmıştır. Bu görüş sanayi alanından sağlık alanına kolayca girebilmiştir. Sonuçta, sağlık alanında da *hasta ve toplumun beklenti ve algısına* göre hizmetin ne kadar iyi verildiğine karar vermek bir yönetim yaklaşımı haline gelmiştir (3,38).

Burada, “beklenti” ve “algı” anahtar sözcüklerdir. Memnuniyet “algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu” olarak ifade edilmektedir (3,5,13,23). Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri bulunmaktadır. Hizmeti kullandıktan sonra ise geçirdiği tecrübeye dayalı olarak birtakım algılara sahip olmaktadır. Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı karşılaştırma sonucunda memnun olup olmadığına karar vermektedir (3).

Hastaların beklentileri ise aşağıdaki faktörlerden etkilenmektedir (7,17,18,33,39) :

- Gereksinimler
- Deneyimler
- Teknolojiye ilişkin bilgi
- Yakınlarının deneyimlerine ilişkin bilgi
- Mevcut seçeneklere ilişkin bilgi
- Kültürel özellikler / yaşam tarzı

Algılamayı etkileyen faktörlerin başlıcaları ise şu şekilde sıralanabilir (7,17,33,36) :

- Bireyin, hizmetin verildiği sıradaki, mental ve fiziksel sağlık durumu
- Bireyin ruhsal durumu
- Sağlık sorununun doğası; tedaviye ihtiyaç olup olmaması, tedavi edilebilirliği, erken veya geç dönemde olması
- Hastanın kendisiyle ilgili kararlara katılma durumu
- Kültürel özellikler / yaşam tarzı

Hasta memnuniyeti sağlık bakım sürecinin bir çıktısıdır (17,38). Hastanın memnun olmaması durumunda, hizmetin kalitesi de tam olmamaktadır (38). Memnuniyetin sağlığı geliştirici etkisi olduğu ileri sürülmektedir (40). Hatta Donabedian, hasta memnuniyetini sağlık tanımının bir parçası olarak ele almaktadır (9).

Sağlık kurumlarının, hastaların hizmetlerden memnun olup olmadığı üzerinde yoğunlaşmasını gerektiren bazı temel / özgül nedenler bulunmaktadır :

1. **İnsanî boyut.** Hastalar hassas / incinebilir durumdadırlar ve fiziksel, duygusal ve ekonomik durumları ile ilgili kaygıları bulunmaktadır (18).
2. **Etkililik boyutu.** Memnun olana hizmet vermek daha kolay olmakta; hizmet daha etkili olmaktadır. Çünkü, hasta uyumu sağlanabilmektedir (10,13,18,21,22).

3. **Ekonomik boyut.** İnsanların artık daha çok seçeneği bulunmaktadır. Tercih edilmek için hastayı -ve tabii yakınlarını da- memnun etmek zorunludur (18).
4. **Pazarlama boyutu.** Hizmet alan hastalar ve yakınları deneyimlerini başkalarına aktarmaktadırlar. Bazı çalışmalar, insanların sağlık hizmeti konusundaki bilgilerini gittikçe artan oranda arkadaşlarından / yakınlarından / çevreden aldığını ortaya koymaktadır (18). (Müşteri davranışına ilişkin bilgiler için bkz. sayfa 13-14)

Son iki boyut esas olarak özel sektör için büyük önem taşımaktadır. Hastalar memnun olmadığında "müşteri erimesi" denen olayla karşı karşıya kalılabilmektedir (25).

Sonuç itibarıyla, kalite ölçütü olarak hasta memnuniyetinin geçerliliğini tartışmanın gereksiz olduğu savunulmaktadır (9). Ware ve ark., "en katı eleştirilerin dahi, nasıl hizmet verildiğini çok genel olarak da olsa belirlemede, memnuniyet ölçümünün yararını kabul ettiklerini" ifade etmektedirler (17). Artıları ve eksileri ne olursa olsun- memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir (9). İster kâr motifinin ağır bastığı, isterse sosyal devlet anlayışının yansıtıldığı türden olsun, sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyeti çalışmalarına daha fazla ağırlık verilmesi, yukarıda sözü geçenler başta olmak üzere birçok yararı beraberinde getirme potansiyelini taşımaktadır.

2.7.8. Hasta Memnuniyetinin Boyutları

Sadece genel memnuniyetin değerlendirilmesi, hangi konularda ve ne şekilde iyileştirmeler yapılması gerektiği konusunda bilgi vermemesinden dolayı, yeterli görülmemektedir (43). Bu nedenle, hasta memnuniyeti farklı birtakım boyutlarda değerlendirilmektedir.

Bu konu üzerinde çalışan bazı araştırmacıları ve ele aldıkları boyutları, kronolojik olarak şu şekilde sıralamak mümkündür :

- Ley ve arkadaşları, 1967 (44) - Bilgilendirme
- Korsch ve arkadaşları, 1968 (44) - Genel memnuniyet
- Hulka ve arkadaşları, 1975 (44) - Meslekî yetkinlik
 - Hekimin kişisel nitelikleri
 - Hizmetin maliyeti ve uygunluğu
- Ware ve arkadaşları, 1977 (44) - Hekimin tavrı
 - Bulunabilirlik
 - Süreklilik ve uygunluk
 - Ulaşılabilirlik
- Wolf ve arkadaşları, 1978 (44) - Bilişsel boyut
 - Duygusal boyut
 - Davranışsal boyut
- Feletti ve arkadaşları, 1986 (43) - İletişim
 - Bakım ve güven
 - Profesyonel tutum ve davranışlar
 - Teknik yeterlik
 - Sırdaşlık (hastanın derdine ortak olma)
 - Hekime güvenme

- Like ve Zyzanski, 1987 (45)
 - Tıbbî bilgi
 - Psikososyal destek
 - Terapötik dinleme
 - Genel sağlıkla ilgili tavsiyeler
 - Biyo-medikal tedavi
- Greenfield ve Attkisson, 1989 (46)
 - Hekimin tavrı
 - Hekimin bilgisi ve yetkinliği
 - Genel memnuniyet
 - Dinleme ve anlama yetisi
 - Dikkatlilik / kusursuz olma çabası
 - Haklara saygı
 - İyileşme

Mevcut meta-analizlerin muhtemelen en geniş kapsamlısı olan Hall ve Dornan'ın çalışmasının belirlediği 12 boyut ve her bir boyutun ele alındığı araştırmaların sayıları ve yüzdeleri aşağıda sunulmaktadır (47) :

Tablo 2.2 : Meta-analizde saptanan boyutların sayı ve yüzdeleri.

| BOYUTLAR | n | % |
|--------------------|-----|-----|
| İnsancılık | 143 | 65 |
| Bilgilendirme | 111 | 50 |
| Genel kalite | 100 | 45 |
| Genel memnuniyet | 96 | 43 |
| Yetkinlik | 95 | 43 |
| Bürokrasi | 61 | 28 |
| Ulaşılabilirlik | 59 | 27 |
| Maliyet | 40 | 18 |
| Fiziksel koşullar | 36 | 16 |
| Sonuç | 13 | 6 |
| Süreklilik | 10 | 4 |
| Psikososyal destek | 7 | 3 |
| TOPLAM | 221 | 100 |

BÖLÜM 3

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Ümraniye, Anadolu yakasında ve ana kent sınırları içinde bulunmaktadır. 1990 nüfus sayımına göre, Ümraniye'nin merkez nüfusu 242.091'dir. Bağlı belde ve köylerle birlikte nüfus 301.257'dir. Özellikle doğu ve güneydoğu Anadolu'dan çok göç almakta olduğundan, nüfus yukarıda verilen sayıların çok üzerinde olabilir. Çoğunlukla düşük ve orta sosyoekonomik düzeydeki insanların yaşadığı ilçede gecekondulaşma ileri boyutlardadır. Ümraniye 1966 yılında sanayi bölgesi ilân edilmiştir.

Ayrıca, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın "Eğitim ve Araştırma Bölgesi"dir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Kurumlarının Tanıtılması

Araştırma beş kurumda yapılmıştır. Kurumların dördü Ümraniye ilçe sınırları içinde; Özel Poliklinik ise Üsküdar ile Ümraniye'yi ayıran sınırın Üsküdar tarafında bulunmaktadır. Bu kurumların tümü 2-3 kilometrelik bir hat üzerinde, Ümraniye-Üsküdar yönündeki ana caddede yer almakta; yalnızca Merkez Sağlık Ocağı ana caddeden 150-200 metre kadar içeride bulunmaktadır. Ancak, Sağlık Grup Başkanlığı ile aynı binada hizmet vermesi ve çeşitli resmî işlemler için de uğranılması gereken bir yer olması dolayısıyla çoğu kimse tarafından bilinmektedir.

1. Merkez Sağlık Ocağı (MSO), büyük bir alanın içinde bulunan dört katlı, "kent tipi" bir sağlık ocağıdır. Dupleks yapıdaki ilk iki katında sağlık ocağı hizmet vermekte, üst katlarda ise Sağlık Grup Başkanlığı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı ile imzalanan protokol çerçevesinde, Sağlık Grup Başkanlığı'nı M.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı yürütmektedir. MSO'nda, çoğu zaman üçü hizmet veren dört poliklinik, bir aile plânlaması polikliniği, bir küçük girişim odası, bir aşı odası, bir toplantı odası ve biri personele ait iki tuvalet bulunmaktadır. Laboratuarda sadece tam idrar tahlili, hemoglobin ölçümü ve gebelik testi yapılmaktadır. Sunulan hizmet ücretsiz olmakla birlikte, resmî sevkle gelenler dışında, verebileceklerden 250.000 TL makbuz karşılığı bağış talep edilmektedir.

2. Ümran dispenseri, Ümraniye Belediyesi'nce işletilmektedir ve özel sağlık kurumu statüsündedir. Belediye binasının giriş katında, yaklaşık 500 metrekare alana sahiptir. Bünyesinde biri erkekler diğeri bayanlar için iki dahiliye, iki çocuk hastalıkları, bir kadın hastalıkları ve doğum, bir genel cerrahî, bir göz hastalıkları, bir ortopedi, bir üroloji, bir nöroloji, bir cildiye, iki diş ve bir de acil olmak üzere toplam 14 adet poliklinik ile iki yataklı bir müşahede odası vardır. Ayrıca bir radyoloji ünitesi (röntgen ve ultrason) ve bir biyokimya laboratuvarı bulunmaktadır. Laboratuvarında tam kan sayımı, tam idrar tahlili, BUN, kreatinin, AST, ALT, kan şekeri, sodyum ve potasyum çalışılmaktadır. Üç adet yönetici odası, ücretsiz çay servisi yapan bir çay ocağı, iki adet mescit ve iki tuvalet vardır. Bekleme salonunda televizyon vardır ve sehpa üzerinde bazı dergiler ve günlük gazeteler bulundurulmaktadır. Girişteki resepsiyon ve bilgi işlem birimine başvuruların kaydı yapılmakta; tüm polikliniklerdeki monitörlerden her hekim kaç hastası bulunduğunu ve hastaların adlarını görebilmektedir. Ayrıca, bilgisayarda her gelen hasta için dosya açılmakta; böylece daha önce gelmiş olan hastalara ait bilgiye kolaylıkla ulaşılabilir. Bazı birimlerin 24 saat hizmet verdiği dispenserde, muayene ücreti 600.000 TL'dir. Ancak, muhtarlıktan aldığı belge ile fakir olduğunu beyan edenler poliklinik ve laboratuvar hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmekte; bazı hastaların ilaçları da temin edilmektedir.

3. Semt Polikliniği, Haydarpaşa Numune Hastanesi'ne bağlıdır. İki katlı bir binayı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ile paylaşmaktadır. Bünyesinde iki dahiliye, iki çocuk hastalıkları, bir genel cerrahî, bir üroloji, bir ortopedi, bir fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR), bir göz hastalıkları, bir cildiye, bir kulak burun boğaz (KBB), bir nöroloji ve bir de diş polikliniği bulunmaktadır. Dahiliye, çocuk hastalıkları, genel cerrahî, ortopedi, FTR, cildiye, KBB, nöroloji ve diş poliklinikleri her gün; göz hastalıkları polikliniği pazartesi ve perşembe, üroloji polikliniği ise pazartesi, çarşamba ve cuma günleri hizmet vermektedir. Dahiliye polikliniklerinin birinde pratisyen hekim, diğer tüm polikliniklerde uzman hekimler çalışmaktadır. Dahiliye poliklinikleri ikinci katta, merdivenlerin hemen başında, birkaç kişiden fazlasının beklemesine müsait olmayan bir yerdedir. Bekleme salonu yoktur; ancak koridorların elverdiği kadar sandalye bulunmaktadır. Laboratuvarında hemogram, tam idrar tahlili, ELİSA yapılabilmektedir. On üç hekim, on beş hemşire ve dört hizmetlinin görev yaptığı poliklinikte muayene ücreti 500.000 TL'dir.

4. Özel Çamlıca Ömür Hastanesi altı katlı bir binada hizmet vermektedir. Giriş katında poliklinikler bulunmaktadır. İki dahiliye, iki genel cerrahî, dört kadın hastalıkları ve doğum, üç çocuk hastalıkları, bir beyin cerrahîsi, bir göğüs hastalıkları, bir çocuk cerrahîsi, bir cildiye, bir plâstik cerrahî, bir nöroloji, bir kalp damar cerrahîsi, bir psikiyatri, iki göz hastalıkları, bir FTR, bir KBB, bir üroloji, bir ortopedi ve bir de kardiyoloji olmak üzere yirmi altı poliklinikte uzman hekimler hizmet vermektedir. Ayrıca iki anesteziyolog, bir beslenme ve diyet uzmanı, bir mikrobiyolog, bir diş hekimi, elli beş hemşire, sekiz laborant, beş röntgen teknisyeni, dört ambulans görevlisi, yirmi hostes, kırk beş temizlik görevlisi, ve üç güvenlik görevlisi çalışmaktadır. Hastaneye ait bir ambulans vardır. Çoğu incelemelerin yapılabildiği bir laboratuvarın bulunduğu hastanede, hastaların ve yakınlarının yararlanabildiği havalandırma sistemi olan bir de kafeterya vardır. Hastane içinde bir eczane bulunmaktadır ve hastalara yazılan reçeteler hostesler tarafından bu eczaneden temin edilebilmektedir. Muayene ücreti 2.500.000 TL'dir.

5. SSK Ümraniye Dispanseri brüt 175 metrekare alan üzerinde dört katlı kiralık bir binada hizmet vermektedir. Her katta küçük birer bekleme salonu vardır ve bu salonların her birinde 25-27 adet sandalye ile bir çöp kutusu bulunmaktadır. Asansör olmayan binada, başvurular üst katlara çıkmak için çok sayıda ve dik basamaklı merdivenleri kullanmak durumundadırlar. Koridorlar dar olup beklemek için pek müsait değildir. Tüm binada, personele ait olanlar dışında, iki tuvalet bulunmaktadır. İkinci, üçüncü ve dördüncü katlarda yer alan üç dahiliye polikliniği vardır. Bir KBB uzmanı (başhekim), bir çocuk hastalıkları uzmanı, dört pratisyen hekim, bir diş hekimi, iki hemşire, üç eczacı, iki biyolog, iki sağlık memuru, iki hemşire, dokuz hizmetli, beş memur, bir santral görevlisi, bir sekreter çalışmaktadır. Bina uygun olmadığı için çalıştırılmayan bir röntgen cihazı bulunmaktadır. Bir laboratuvar da vardır ve her gün tam idrar tahlili, sedimentasyon, ASO, RF, CRP ve hemogram çalışılmaktadır. Ayrıca, pazartesi ve cuma günleri BUN, salı ve perşembe günleri kan şekeri, çarşamba günü ise kolesterol ölçümü yapılmaktadır. Muayene ücreti 70.000 TL olup, tetkikler için ayrıca ücret alınmamaktadır. Başvuranların çoğunluğunu işçiler değil, bakmakla yükümlü oldukları kimseler oluşturmaktadır. Çünkü işçilerin büyük bölümü iş yeri hekimlerince muayene edilmekte, gerekiyorsa SSK Göztepe Hastanesi'ne sevk edilmektedirler.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma hastaların memnuniyet düzeyini ölçmeyi amaçlayan tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Evreni, yakınması olan ve muayene olmak için Merkez Sağlık Ocağı'na ve diğer kurumlarda dahiliye polikliniklerine başvuran kişiler oluşturmuştur. Hasta yakınının değil doğrudan hastanın memnuniyetinin ölçülmesi amaçlandığından; ankete cevap verebilecek durumdaki tüm başvuranların çalışma kapsamına alınması plânlanmıştır. Muayene olmak dışında bir amaçla gelenler (ilaç yazdırmak, evrak imzalatmak, tahlil sonucu göstermek, vb.), cevap veremeyecek kadar rahatsız olanlar, çeşitli nedenlerle iletişim kurulamayanlar ve 16 yaşından küçük olanlar dahil edilmemiştir (48).

3.5. Örneklem Yöntemi

Örnek seçilmemiştir. Bir haftalık (beş iş günü) zaman kotası koyulmuş; bu süre boyunca anılan koşullara uyan herkesle görüşmek hedeflenmiştir.

3.6. Veri Toplama

Veriler SSK Dispanseri'nde 16-23 Haziran 1997, Sağlık Ocağı ve Belediye Dispanseri'nde 18-25 Ağustos 1997, Semt Polikliniği ve Özel Poliklinik'te ise 15-22 Aralık 1997 tarihlerinde; hastalara yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır.

3.6.1. Araştırmada Görev Alan Kişiler

Araştırmada anket uygulamasını Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI öğrencileri gerçekleştirmişlerdir. Görev alan öğrencilere, uygulama öncesinde, araştırmacı tarafından konu ile ilgili teorik bilgi yanında uygulamanın nasıl yapılacağına ve karşılaşılabilecek sorunlar ile çözüm yollarına ilişkin eğitim verilmiştir. Araştırmacı, veri toplama sürecinde çoğu zaman görüşmecilerle birlikte ilgili kurumlarda bulunmuş, uygulamayı yakından izlemiştir.

3.6.2. Uygulama Şekli

Bir kurumda aynı anda iki görüşmeci anket uygulamıştır. Görüşmeciler kendilerini hekim ya da tıp fakültesi öğrencisi olarak değil, araştırmacı olarak tanıtmışlardır. Anketler poliklinikte muayene olup çıkanlara yüz yüze uygulanmıştır. Bir anketin uygulanması yaklaşık on dakika almıştır. Görüşmeciler bir görüşmeyi bitirdikten sonra çıkan ilk hasta ile görüşerek çalışmayı sürdürmüşlerdir.

3.7. Araştırmaya Katılma Oranları

Görüşme talebini kabul etmeyen kişilerin sayısı düzenli olarak kaydedilmiş ve kurumlara göre katılma oranları şu şekilde bulunmuştur :

Tablo 3.1 : Araştırmaya Katılanların ve Katılmayanların Kurumlara Göre Sayıları ve Katılma Oranları.

| Kurum | Katılanlar (n) | Katılma Oranı (%) | Katılmayanlar*(n) |
|---------------------|----------------|-------------------|-------------------|
| Özel Poliklinik | 201 | 73.9 | 71 |
| Belediye Dispanseri | 237 | 71.1 | 96 |
| Sağlık Ocağı | 188 | 81.0 | 44 |
| Semt Polikliniği | 206 | 79.8 | 52 |
| SSK Dispanseri | 242 | 77.0 | 72 |
| Toplam | 1074 | 76.5 | 335 |

$$x^2 = 11.10$$

$$p < 0.05$$

* Katılmayanların büyük çoğunluğunu "zamanı olmadığı" gerekçesiyle görüşme talebini kabul etmeyenler oluşturmuştur. Az sayıda kişi de gerekçe belirtmeksizin görüşmeyi reddetmiştir.

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişken :

- Memnuniyet durumu

Bağımsız değişkenler :

- Kurum
- Yaş
- Cinsiyet
- Sosyal güvence
- Kuruma kaçınıcı kez gelindiği
- Muayene öncesi tahminî bekleme süresi
- Tahminî muayene süresi⁵
- Muayene edilme durumu
- Teşhis

3.9. Anket Formu

Araştırmada 44 maddeden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun hazırlanmasında, literatür taraması sonucu elde edilen dokümanlardan (42,48,49), Toplam Kalite Yönetimi birimi olan ve kamuoyunca tanınan bazı özel hastanelerin ve özel üniversite hastanelerinin uyguladıkları anket formlarından (50,51) ve Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Dr. Güliz Elal Lawrence'ın İngilizceden çevirdiği bir anket formundan (48) yararlanılmıştır. Hazırlanan anket formu Merkez Sağlık Ocağı'nda 20 kişiye uygulanarak ön denemesi yapılmış; daha sonra gerekli değişiklikler yapılarak son şekli verilmiştir.

⁵ "Muayene süresi" ile kastedilen "muayene odasında geçirilen süre"dir. "Fizik muayene" ile ilişkilendirilmemelidir. "Görüşme süresi" demek de uygun olabilir ancak, literatürde kullanılan terime (consultation time) karşılık gelen ve yerleşmiş bir ifade olan "muayene süresi"nin kullanılması uygun görülmüştür.

Anket formunun ilk bölümünde yaş, cinsiyet, sosyal güvence, kuruma kaçınıcı kez gelindiği ve hastalığa konulan teşhis gibi bağımsız değişkenler yer almaktadır.

Ayrıca memnuniyet ölçeğine geçmeden, ölçekteki maddelerden bağımsız olarak kurumda en çok memnuniyete ve memnuniyetsizliğe neden olan konuların sorulduğu iki madde bulunmaktadır. Daha sonra, tahminî bekleme süresinin, muayene edilme durumunun ve muayene odasında geçirilen tahminî sürenin (muayene süresi) sorulduğu üç soru yer almaktadır. Bunların arkasından beşli Likert tipi ölçek şeklinde düzenlenmiş, 31 maddeden oluşan ve memnuniyeti ölçmeyi amaçlayan bölüm gelmektedir.

Memnuniyet sekiz boyutta değerlendirilmiştir. Bu boyutlar ve herbir boyutla ilgili ölçek maddelerinin sıra numaraları ve sayıları Tablo 3.2'de verilmektedir :

Tablo 3.2 : Memnuniyet Ölçeğindeki Maddelerin Boyutlara ve Olumlu / Olumsuz Oluşlarına Göre Dağılımı.

| BOYUTLAR | MADELER | | TOPLAM (n) |
|--------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| | olumlu | olumsuz | |
| Fiziksel koşullar | 11, 13, 17 | 12, 14, 15, 16 | 7 |
| Ulaşılabilirlik-Bulunabilirlik | 22, 38 | 21, 39 | 4 |
| İnsancılık | 24, 27, 41 | 23, 25, 28, 34 | 7 |
| Yetkinlik | 26 | 40 | 2 |
| Bilgilendirme | 31, 32, 35,36 | 33 | 5 |
| Psikososyal destek | 30, 37 | 29 | 3 |
| Genel kalite | - | 42 | 1 |
| Genel memnuniyet | 43 | 44 | 2 |
| TOPLAM (n) | 16 | 15 | 31 |

3.9.1. Likert Tipi Ölçeklerle İlgili Genel Bilgi

Rensis Likert (1932) tarafından geliştirilen dereceleme toplamlarıyla ölçekleme yaklaşımında, ölçülmek istenen tutumla ilişkili çok sayıda olumlu ve olumsuz ifadeye yer verilmektedir. Likert tipi ölçek maddeleri genellikle ortak seçenekli madde tipindedir. Yani, ölçeğin tüm maddeleri aynı şekilde seçeneklendirilmektedir. Üç, beş veya yedi seçenekli düzenlemeler yapılmaktadır. Özgün biçiminde bulunan ve optimum olan seçenek sayısı beştir. Genellikle bu beş seçenek “kesinlikle katılıyorum / katılıyorum / kararsızım / katılmıyorum / kesinlikle katılmıyorum” şeklinde düzenlenmektedir.

Likert tipi ölçeklerde tutuma ilişkin olumlu ve olumsuz anlam yüküne sahip iki küme madde bulunmaktadır. Olumlu ve olumsuz ifadeler (maddeler) ölçek içinde rastgele bir biçimde dağıtılmalı, düzenli bir sıra izlememeli ve gruplandırılmamalıdır. İfadelerin cevaplayıcıyı yönlendirici bir etkide bulunmasının önüne geçmenin bir yolu, ölçekteki olumlu ve olumsuz ifade sayısını birbirine denk tutmaktır.

Likert tipi bir ölçekte, her cevaplayıcının ölçek puanı, maddelere gösterdiği tepki puanlarının toplamından oluşmaktadır. Bunun için, her bir cevaplayıcının her bir maddeye verdiği cevap puanlanmalıdır. Maddelere verilen cevapların puanlanması öncelikle maddenin olumlu ya da olumsuz oluşuna bağlı olarak değişmektedir. Olumsuz maddeler, olumlu maddelerin tersine puanlanmakta ve böylece yüksek ölçek puanları daima olumlu tutumu göstermektedir. Örneğin, “Doktor nazik davrandı” ifadesine “kesinlikle katılıyorum” yanıtı verilmesi halinde; ifade olumlu olduğu için, “5” puan verilmesi gerekmektedir. “Doktor nazik davranmadı” şeklindeki olumsuz ifadeye verilen “kesinlikle katılıyorum” yanıtına ise “1” puan verilmektedir. Her ifadede *üç* puan *kararsızlığı* ifade etmektedir. *Bir* puan *olumsuz* uçtaki tutumun derecesini, *beş* puan *olumlu* uçtaki tutumun derecesini temsil etmektedir. Değerlendirme yapılabilmesi için tüm maddelerin yanıtlanmış olması gerekmektedir (52,53,54).

3.10. Kullanılan Memnuniyet Ölçeğinin Güvenirliği

Araştırmada kullanılan memnuniyet ölçeği, “beşli Likert tipi ölçek” şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekte 31 madde bulunmaktadır. Tüm maddeler aynı şekilde seçeneleştirilmiştir. Seçenekler “kesinlikle katılıyorum / katılıyorum / kararsızım / katılmıyorum / kesinlikle katılmıyorum” şeklindedir. “Olumlu” maddeler için puanlandırma 5’ten 1’e doğru; “olumsuz” maddeler için ise 1’den 5’e doğru yapılmıştır.

Memnuniyet sekiz boyutta değerlendirilmiştir. Her boyutla ilgili maddelere verilen yanıtların puanları, bir formül yardımıyla (bkz. sayfa 36) “100 üzerinden” bir puana dönüştürülmüştür. Ayrıca, tüm madde puanları kullanılarak araştırmaya katılan her birey için bir “toplam memnuniyet puanı” hesaplanmıştır.

Ölçekte yer alan maddelerin tüm ölçek ve alt ölçeklerle korelasyonları ile ölçeğin ve alt ölçeklerin güvenirliliği incelenmiştir. Tablo 3.3’te ölçekteki her maddeye verilen yanıtların seçeneklere göre yüzdeleri, ortalama puanlar ve korelasyon katsayıları ile söz konusu madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlilik katsayısının ne olduğu yer almaktadır. Bazı seçeneklerin işaretlenmemesi yönünde bir eğilim dikkati çekmemektedir.

Maddeler, korelasyon katsayısı en büyük olandan başlayarak sıralanmıştır. En yüksek korelasyon katsayısı 0.76, en düşüğü ise 0.28 bulunmuştur. İlgili madde çıkarıldığında güvenirlilik katsayısında ihmal edilebilir bir değişiklik olduğu görülmektedir.

“Likert tipi bir ölçeğin güvenirliliğini kestirmek için, öncelikle *Cronbach α* katsayısının kullanılması gerekmektedir” (52). “Yeterli sayılabilecek güvenirlilik katsayısı olabildiğince 1’e yakın olmalıdır” (48,52). Araştırmada kullanılan memnuniyet ölçeğinin güvenirlilik katsayısının (Cronbach $\alpha=0.9212$) yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3 : Ölçek Maddelerine Verilen Yanıtların Seçeneklere Göre Dağılımı, Ortalama ve Standart Sapmaları, Korelasyon Katsayıları ve Madde Çıkarıldığında Ölçeğin Güvenirlik Katsayıları.

| MADDE* | YANITLAR (%) ** | | | | | Ort.*** | ss | r**** | α ***** |
|--------|-----------------|------|------|------|------|---------|------|-------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| 44 | 12.9 | 15.1 | 7.3 | 37.4 | 27.3 | 3.51 | 1.36 | 0.76 | 0.9151 |
| 43 | 3.5 | 7.7 | 7.9 | 58.0 | 22.8 | 3.88 | 0.96 | 0.75 | 0.9161 |
| 28 | 4.1 | 8.5 | 10.7 | 55.6 | 21.1 | 3.81 | 0.99 | 0.72 | 0.9164 |
| 14 | 4.8 | 10.0 | 6.7 | 55.9 | 22.6 | 3.81 | 1.04 | 0.71 | 0.9165 |
| 42 | 7.9 | 16.1 | 12.5 | 46.9 | 16.6 | 3.48 | 1.17 | 0.70 | 0.9164 |
| 23 | 5.6 | 13.8 | 5.7 | 56.8 | 18.2 | 3.68 | 1.09 | 0.69 | 0.9167 |
| 39 | 7.7 | 15.5 | 10.6 | 48.3 | 17.8 | 3.52 | 1.17 | 0.68 | 0.9167 |
| 31 | 2.0 | 5.7 | 11.2 | 60.2 | 20.9 | 3.92 | 0.84 | 0.66 | 0.9175 |
| 41 | 2.9 | 7.4 | 11.1 | 50.0 | 28.7 | 3.94 | 0.97 | 0.62 | 0.9177 |
| 38 | 6.6 | 15.3 | 18.0 | 46.0 | 14.2 | 3.45 | 1.11 | 0.62 | 0.9177 |
| 36 | 1.9 | 4.7 | 5.5 | 59.4 | 28.6 | 4.08 | 0.82 | 0.62 | 0.9181 |
| 19 | 17.2 | 24.4 | 10.1 | 38.6 | 9.6 | 2.98 | 1.30 | 0.60 | 0.9183 |
| 32 | 6.7 | 12.3 | 7.5 | 64.2 | 9.2 | 3.56 | 1.03 | 0.60 | 0.9181 |
| 25 | 1.5 | 5.1 | 3.9 | 63.1 | 26.4 | 4.07 | 0.79 | 0.59 | 0.9185 |
| 33 | 7.8 | 13.4 | 10.8 | 59.3 | 8.7 | 3.47 | 1.07 | 0.57 | 0.9185 |
| 17 | 11.3 | 33.6 | 8.4 | 41.2 | 5.5 | 2.96 | 1.19 | 0.55 | 0.9189 |
| 16 | 2.3 | 13.2 | 9.9 | 49.3 | 25.3 | 3.82 | 1.02 | 0.54 | 0.9189 |
| 30 | 3.2 | 8.6 | 7.3 | 55.9 | 25.1 | 3.91 | 0.97 | 0.54 | 0.9189 |
| 27 | 1.2 | 3.0 | 17.9 | 53.4 | 24.6 | 3.97 | 0.80 | 0.54 | 0.9190 |
| 37 | 1.6 | 3.7 | 6.5 | 66.9 | 21.2 | 4.02 | 0.75 | 0.50 | 0.9194 |
| 24 | 6.8 | 19.5 | 1.5 | 54.5 | 17.8 | 3.56 | 1.18 | 0.49 | 0.9189 |
| 22 | 15.4 | 25.1 | 3.1 | 42.2 | 14.2 | 3.14 | 1.35 | 0.48 | 0.9205 |
| 26 | 1.5 | 7.7 | 4.1 | 54.0 | 32.7 | 4.08 | 0.89 | 0.47 | 0.9189 |
| 20 | 1.3 | 5.0 | 4.8 | 58.2 | 30.6 | 4.11 | 0.81 | 0.47 | 0.9189 |
| 40 | 2.2 | 7.2 | 5.9 | 58.1 | 26.6 | 3.51 | 1.36 | 0.45 | 0.9199 |
| 35 | 3.1 | 9.5 | 2.9 | 53.1 | 31.5 | 4.00 | 1.00 | 0.45 | 0.9201 |
| 18 | 10.8 | 24.5 | 7.4 | 49.2 | 8.1 | 3.19 | 1.20 | 0.43 | 0.9209 |
| 34 | 20.6 | 29.8 | 12.2 | 33.1 | 4.3 | 2.70 | 1.24 | 0.41 | 0.9214 |
| 15 | 19.5 | 32.7 | 9.0 | 34.7 | 4.1 | 2.71 | 1.23 | 0.39 | 0.9217 |
| 29 | 3.4 | 10.5 | 6.0 | 50.9 | 29.2 | 3.92 | 1.03 | 0.30 | 0.9229 |
| 21 | 4.0 | 15.8 | 1.1 | 57.4 | 21.6 | 3.76 | 1.08 | 0.28 | 0.9226 |

Cronbach α : 0.9212

* Ölçekteki sorular anlamındadır (item). Korelasyon katsayısı en büyük olandan başlayarak sıralanmıştır.

** Her bir maddeye verilen yanıtların yüzdeleri

***Her bir maddeye verilen yanıtların ortalamaları. 1-5 arasında bir değerdir.

****Spearman korelasyon katsayısı. Tüm maddeler için $p < 0.001$

***** Madde çıkarıldığında geri kalanlar için Cronbach α

Tablo 3.4'te boyutların (alt ölçek), toplam puan ile korelasyon katsayıları ve güvenilirlik katsayıları görülmektedir :

Tablo 3.4 : Ölçekteki Memnuniyet Boyutlarının Korelasyon ve Güvenirlik Katsayıları.

| BOYUTLAR * | Korelasyon Katsayısı (r)** | Güvenirlik Katsayısı (Cronbach α) |
|----------------------------------|------------------------------------|--|
| Bulunabilirlik / Ulaşılabilirlik | 0.8324 | 0.7240 |
| Fiziksel koşullar | 0.8055 | 0.7771 |
| İnsancılık | 0.7852 | 0.6375 |
| Genel memnuniyet | 0.7841 | 0.7333 |
| Bilgilendirme | 0.7402 | 0.7143 |
| Psikososyal destek | 0.7298 | 0.6632 |
| Genel kalite | 0.6681 | - *** |
| Yetkinlik | 0.5802 | 0.4493 |

* Korelasyon katsaisı en büyük olandan başlayarak sıralanmıştır.

** Toplam puanla korelasyon (Spearman)

***Tek maddeden ibaret olduğundan "genel kalite" boyutu için güvenilirlik katsayısı yoktur.

Korelasyon katsayılarının yüksek olduğu görülmektedir. Korelasyon katsayısında sınırı belirleyecek olan kriter, ölçeğin amacına bağlı olarak değişmektedir. Rensis Likert, genel tipte bir ölçek geliştirilirken, özgül bir tutumu değerlendirmede olduğu kadar katı olunmayabileceğini ifade etmektedir. Olması gereken, toplam puanın güvenilirliğidir (54). Katsayıların çok yüksek olmasının istenen bir durum olmadığı; bu durumun, alt ölçeğin yalnızca genel memnuniyeti ölçtüğünü göstereceği; ancak, ölçeğin bir parçası olduğunu gösteren bir korelasyonun da olması gerektiği ifade edilmektedir (48).

Yukarıda verilen bilgiler ışığında, ölçeğin güvenilirliğinin (Cronbach α : 0.9212) yüksek olduğu ve değerlendirilmede çıkarılması gereken bir madde olmadığı söylenebilir.

3.11. Araştırmada Kullanılan Sınıflandırma, Yöntem ve Kriterler

Memnuniyet ölçeğindeki her madde için işaretlenen seçeneğin karşılığı olan 1-5 arasındaki bir puan önce veri kodlama kağıdına, oradan da bilgisayara aktarılmıştır. Leicester Üniversitesi'ne bağlı Eli Lilly National Clinical Audit Centre'ın geliştirdiği iki ölçeğin (*Consultation Satisfaction Questionnaire* ve *Surgery Satisfaction Questionnaire*) uygulama kılavuzunda (48) verilen formüller kullanılarak - 100 üzerinden- her bir boyut için ayrı puanlar ve bir de toplam memnuniyet puanı hesaplanmıştır.⁶

50.00'nin altında olan puanlar memnuniyetsizliği, 50.00 puan kararsızlığı, 50.00'nin üzerindeki puanlar ise memnuniyeti ifade etmektedir.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayara aktarılmış ve SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ki-kare, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U testleri ile korelasyon, kovaryans ve lojistik regresyon analizleri yapılmıştır. $\alpha = 0.05$ alınmıştır.

Mann-Whitney U testi sonuçları değerlendirilirken "Bonferroni düzeltmesi" yapılarak anlamlılık düzeyi "0.005" olarak hesaplanmıştır.

⁶ Memnuniyet puanının hesaplanmasında, bir boyuttaki tüm maddeler için işaretlenen seçeneklerin karşılığı olan 1-5 arası puanlar toplanır. Bu toplam, önce 100 ile çarpılır; sonra madde sayısı ile 5'in çarpımı olan sayıya bölünür. Çıkan rakam 1.25 ile çarpılır ve sonuçtan 25 çıkarılır. Böylece 100 üzerinden bir puan elde edilir. Örnek olarak, Tablo 3.2'deki verileri kullanarak "fiziksel koşullar" boyutu için memnuniyet puanı aşağıdaki formülle şu şekilde hesaplanır :

$$\text{PUAN} = [(\text{Madde 1} + \text{M2} + \text{M3} + \text{M4} + \text{M5} + \text{M6} + \text{M7}) * 100 / (5*7)] * 1.25 - 25$$

3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmaya katılanlara tahmini bekleme ve muayene süreleri sorulmuştur. Ayrıca, zaman ölçümü yapılması ve algılanan süre ile gerçek süre arasında fark olup olmadığının belirlenmesi plânlanmıştır. Ancak, araştırmada görev alan kişi sayısının yetersiz olması ve bazı kurumlarda izin verilmemesi, bazılarında ise mekânın elverişli olmaması nedeniyle, bu gerçekleştirilememiştir.

Araştırmaya katılanlara, “rahatsızlıklarına ne teşhis koyulduğu” sorulmuştur. Bununla, hastalıklarının akut / kronik şeklinde veya hastalığın şiddetinin hafif / orta / ağır olarak sınıflandırılarak “hastalık” ile “memnuniyet durumu” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, verilen yanıtların protokol defterindeki kayıtlarla karşılaştırılarak, kişilerin hastalıkları konusunda ne kadar bilgilendirildiğinin değerlendirilmesi de plânlanmıştır. Ancak, Semt Polikliniği’nde ve SSK Dispanseri’nde protokol defterine “teşhis”in düzenli olarak kaydedilmediği görülmüştür. Özel Poliklinik’te ve Belediye Dispanseri’nde ise (hastaların rahatsız olabileceği veya kurumun sorgulandığı görüntüsü verilebileceği gerekçeleri ile) araştırma izninin dahi güçlüklerle alınabilmesi, bunun yapılmasını engellemiştir.

Zaman ölçümü ve teşhis konusunda plânlananın gerçekleştirilememesinin en önemli nedeni, ön uygulamanın sadece Merkez Sağlık Ocağı’nda yapılmış olmasıdır.

Hekimlerin ve diğer çalışanların araştırmadan haberdar olmaları sonuçları etkilemiş olabilir. Ayrıca, görüşme talebini kabul etmeyenlerin “memnun olmama”ları olasılığı bulunmaktadır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1. Araştırma ile İlgili Bulgular

Araştırma beş kurumda gerçekleştirilmiş ve toplam olarak 1074 kişi katılmıştır. Özel Poliklinik'te 201, Belediye Dispanseri'nde 237, Sağlık Ocağı'nda 188, Semt Polikliniği'nde 206 ve SSK Dispanseri'nde ise 242 kişi ile görüşülmüştür.

Araştırmaya katılanların çeşitli özelliklere göre dağılımları aşağıdaki tablolarda sunulmaktadır :

Tablo 4.1 : Araştırma Grubunun Cinsiyete ve Kurumlara Göre Dağılımı
(İstanbul,1997).

| CİNSİYET | KURUMLAR | | | | | | | | | | TOPLAM | |
|----------|-----------|-------|-------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Özel Plk. | | Belediye D. | | Sağlık O. | | Semt Plk. | | SSK D. | | n | % |
| | n | %* | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Erkek | 86 | 42.8 | 132 | 55.7 | 101 | 53.7 | 61 | 29.6 | 103 | 42.6 | 483 | 45.0 |
| Kadın | 115 | 57.2 | 105 | 44.3 | 87 | 46.3 | 145 | 70.4 | 139 | 57.4 | 591 | 55.0 |
| TOPLAM | 201 | 100.0 | 237 | 100.0 | 188 | 100.0 | 206 | 100.0 | 242 | 100.0 | 1074 | 100.0 |

* Kolon yüzdesi

$X^2 = 37.42$

$p < 0.05$

Tablo 4.1'de araştırma grubunun % 55'ini kadınların, % 45'ini ise erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Sağlık Ocağı ve Belediye Dispanseri'nde erkeklerin, diğerlerinde kadınların oranı yüksektir. Cinsiyet bakımından kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p < 0.05$); ileri analizde, farkın her iki cins bakımından da anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2 : Araştırma Grubunun Yaşa ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997).

| YAŞ | KURUMLAR | | | | | | | | | | TOPLAM | |
|--------|-----------|-------|-------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Özel Plk. | | Belediye D. | | Sağlık O. | | Semt Plk. | | SSK D. | | | |
| | n | %* | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 16-25 | 37 | 18.4 | 69 | 29.1 | 58 | 30.9 | 36 | 17.5 | 42 | 17.4 | 242 | 22.5 |
| 26-35 | 61 | 30.3 | 76 | 32.1 | 40 | 21.3 | 33 | 16.0 | 62 | 25.6 | 272 | 25.3 |
| 36-45 | 27 | 13.4 | 42 | 17.7 | 31 | 16.5 | 25 | 12.1 | 46 | 19.0 | 171 | 15.9 |
| 46-55 | 32 | 15.9 | 31 | 13.1 | 23 | 12.2 | 41 | 19.9 | 54 | 22.3 | 181 | 16.9 |
| > 55 | 44 | 21.9 | 19 | 8.0 | 36 | 19.1 | 71 | 34.5 | 38 | 15.7 | 208 | 19.4 |
| TOPLAM | 201 | 100.0 | 237 | 100.0 | 188 | 100.0 | 206 | 100.0 | 242 | 100.0 | 1074 | 100.0 |

* Kolon yüzdesi

$X^2 = 88.45$

$p < 0.05$

Tablo 4.2'de, Özel Poliklinik'te, Belediye Dispanseri'nde ve SSK Dispanseri'nde 26-35 yaş grubunun, Sağlık Ocağı'nda 16-25 yaş grubunun ve Semt Polikliniği'nde de 55 yaş üstü grubunun oranlarının yüksek olduğu gözlenmektedir. İleri analiz ile, tüm kurumlar arasında "16-25", "26-35" ve "55 üstü" yaş gruplarından kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3 : Araştırma Grubunun Öğrenim Durumuna ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997).

| ÖĞRENİM DURUMU | KURUMLAR | | | | | | | | | | TOPLAM | |
|-----------------|-----------|-------|-------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Özel Plk. | | Belediye D. | | Sağlık O. | | Semt Plk. | | SSK D. | | | |
| | n | %* | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Okul bitirmemiş | 42 | 20.9 | 33 | 13.9 | 22 | 11.7 | 47 | 22.8 | 45 | 18.6 | 189 | 17.6 |
| İlkokul mez. | 86 | 42.8 | 95 | 40.1 | 54 | 28.7 | 95 | 46.1 | 119 | 49.2 | 449 | 41.8 |
| Ortaokul mez. | 31 | 15.4 | 39 | 16.5 | 36 | 19.1 | 22 | 10.7 | 36 | 14.9 | 164 | 15.3 |
| Lise mez. | 36 | 17.9 | 55 | 23.2 | 49 | 26.1 | 32 | 15.5 | 36 | 14.9 | 208 | 19.4 |
| Üniv. mez. | 6 | 3.0 | 15 | 6.3 | 27 | 14.4 | 10 | 4.9 | 6 | 2.5 | 64 | 6.0 |
| TOPLAM | 201 | 100.0 | 237 | 100.0 | 188 | 100.0 | 206 | 100.0 | 242 | 100.0 | 1074 | 100.0 |

* Kolon yüzdesi

$X^2 = 68.11$

$p < 0.05$

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, tüm kurumlarda ilkokul mezunlarının oranı yüksektir. Okul bitirmemiş ve ilkokul mezunu olanların % 59.4 gibi yüksek bir oranda olmaları dikkati çekmektedir. Toplam içinde % 6'lık orana sahip olan üniversite mezunlarının % 42.2'si Sağlık Ocağı grubunda yer almaktadır.

Öğrenim durumuna göre kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve ileri analizde bu farkın "okul bitirmemişler", "ilkokul mezunları" ve "üniversite mezunları"ndan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 4.4 : Araştırma Grubunun Sosyal Güvence Durumuna ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997).

| SOSYAL GÜVENCE | KURUMLAR | | | | | | | | | | TOPLAM | |
|-------------------|------------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|
| | Özel Plk. | | Belediye D. | | Sağlık O. | | Semt Plk. | | SSK D. | | n | % |
| | n | % * | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Yok | 79 | 39.3 | 99 | 41.8 | 45 | 23.9 | 42 | 20.4 | - | - | 265 | 24.7 |
| SSK | 64 | 31.8 | 92 | 38.8 | 34 | 18.1 | 21 | 10.2 | 242 | 100.0 | 453 | 42.2 |
| BAĞ-KUR | 21 | 10.4 | 26 | 11.0 | 36 | 19.1 | 85 | 41.3 | - | - | 168 | 15.6 |
| Emekli Sandığı | 9 | 4.5 | 9 | 3.8 | 53 | 28.2 | 54 | 26.2 | - | - | 125 | 11.6 |
| Diğer | 28 | 13.9 | 11 | 4.6 | 20 | 10.6 | 4 | 1.9 | - | - | 63 | 5.9 |
| TOPLAM | 201 | 100.0 | 237 | 100.0 | 188 | 100.0 | 206 | 100.0 | 242 | 100.0 | 1074 | 100.0 |

* Kolon yüzdesi

$X^2 = 228.71$ **

$p < 0.05$

** SSK sütununda dört satırda "0" olması ve

satır birleştirilememesi nedeniyle, x^2 bu sütun dikkate alınmaksızın hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılanların % 24.7'sinin herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. SSK'lılar tüm katılanların % 42.2'sini oluşturmaktadırlar. Özel Poliklinik'te ve Belediye Dispanseri'nde güvencesi olmayanlardan sonra en yüksek oran SSK'lılara aittir. SSK'lılar Sağlık Ocağı ve Semt Polikliniği'nde de sırasıyla % 18.1 ve % 10.2' lik bir yer tutmaktadırlar. Beklendiği gibi, Sağlık Ocağı ve Semt Polikliniği'nde BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı üyelerinin oranları yüksek bulunmuştur. SSK Dispanseri'ne gelenlerin tamamı SSK'lıdır. İleri analizde tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 4.5 : Araştırma Grubunun Kuruma Geliş Sayısına ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997).

| GELİŞ SAYISI | KURUMLAR | | | | | | | | | | TOPLAM | |
|-----------------|-----------|-------|-------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Özel Plk. | | Belediye D. | | Sağlık O. | | Semt Plk. | | SSK D. | | | |
| | n | % * | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| İlk | 76 | 37.8 | 72 | 30.4 | 25 | 13.3 | 39 | 18.9 | 25 | 10.3 | 237 | 22.1 |
| 2 - 5 | 88 | 43.8 | 128 | 54.0 | 103 | 54.8 | 66 | 32.0 | 64 | 26.4 | 449 | 41.8 |
| 6 - 10 | 20 | 10.0 | 21 | 8.9 | 26 | 13.8 | 25 | 12.1 | 26 | 10.7 | 118 | 11.0 |
| > 10 | 17 | 8.5 | 16 | 6.8 | 34 | 18.1 | 76 | 36.9 | 127 | 52.5 | 270 | 25.1 |
| TOPLAM | 201 | 100.0 | 237 | 100.0 | 188 | 100.0 | 206 | 100.0 | 242 | 100.0 | 1074 | 100.0 |

* Kolon yüzdesi

$X^2 = 231.07$

$p < 0.05$

Yukarıdaki tabloda, oranlarda soldan sağa doğru bir değişme gözlenmektedir. En yüksek oran, Özel Poliklinik'te ve Belediye Dispanseri'nde ilk kez gelenlere (% 37.8 ve % 30.4), Sağlık Ocağı'nda 2-5 kez gelenlere, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nde ise 10 kezden fazla gelenlere (% 36.9 ve % 52.5) aittir.

İleri analizde, tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmüştür.

Tablo 4.6 : Araştırma Grubunun Kurumları Tercih Nedenlerine ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997).

| TERCİH NEDENİ | KURUMLAR | | | | | | | | | | TOPLAM | |
|----------------|------------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|
| | Özel Plk. | | Belediye D. | | Sağlık O. | | Semt Plk. | | SSK D. | | n | % |
| | n | %* | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Güvence / sevk | 19 | 9.5 | 2 | 0.8 | 57 | 30.3 | 21 | 10.2 | 233 | 96.3 | 332 | 30.9 |
| Yakın olması | 41 | 20.4 | 49 | 20.7 | 73 | 38.8 | 127 | 61.7 | 7 | 2.9 | 297 | 27.7 |
| İyi hizmet | 70 | 34.8 | 86 | 36.3 | 22 | 11.7 | 30 | 14.6 | - | - | 208 | 19.4 |
| Düşük ücret | 8 | 4.0 | 63 | 26.6 | 18 | 26.6 | 16 | 7.8 | 1 | 0.4 | 106 | 9.9 |
| Tavsiye | 49 | 24.4 | 24 | 10.1 | 8 | 10.1 | 2 | 1.0 | - | - | 83 | 7.7 |
| Diğer | 14 | 7 | 13 | 5.5 | 10 | 5.3 | 10 | 4.9 | 1 | 0.4 | 48 | 4.5 |
| TOPLAM | 201 | 100.0 | 237 | 100.0 | 188 | 100.0 | 206 | 100.0 | 242 | 100.0 | 1074 | 100.0 |

* Kolon yüzdesi

$X^2 = 309.91^{**}$

$p < 0.05$

** SSK sütununda iki satırda "0" olması ve satır birleştirememesi nedeniyle, X^2 bu sütun dikkate alınmaksızın hesaplanmıştır.

Tablo 4.6'da SSK Dispanseri'nin tercih edilmesinin en sık nedeninin (% 96.3) "sosyal güvence" olduğu görülmektedir. Özel Poliklinik'te ve Belediye Dispanseri'nde "iyi hizmet verilmesi" (sırasıyla % 36.3 ve % 34.8) en sık belirtilen neden olmuştur. Sağlık Ocağı ve Semt Polikliniği'nde en sık tercih nedeni "yakın olması"dır. Belediye Dispanseri için "ücretin düşük olması" ikinci en sık tercih nedeni olmuştur. Özel Poliklinik için "tavsiye edilmesi" ikinci en sık belirtilen neden iken, SSK Dispanseri'nde bundan hiç söz edilmemiştir.

Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve ileri analizde anlamlılığın tüm gruplar arasında olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.7 : Araştırma Grubunun Ortalama Tahminî Bekleme ve Muayene Sürelerinin Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997).

| KURUM | T. BEKLEME SÜRESİ (dak.) | | | T. MUAYENE SÜRESİ (dak.) | | |
|--------------------------|------------------------------------|------|---------|------------------------------------|-----|---------|
| | Ortalama | ss* | Ortanca | Ortalama | ss | Ortanca |
| 1. Özel Plk. (n =206) | 20.7 | 31.5 | 10.0 | 14.4 | 9.5 | 15.0 |
| 2. Belediye Dis. (n=237) | 34.8 | 30.3 | 30.0 | 10.8 | 5.5 | 10.0 |
| 3. Sağlık Ocağı (n=188) | 21.1 | 17.2 | 20.0 | 6.0 | 3.2 | 5.0 |
| 4. Semt Plk. (n = 201) | 96.0 | 61.9 | 90.0 | 5.5 | 3.5 | 5.0 |
| 5. SSK Dis. (n = 242) | 44.9 | 43.2 | 30.0 | 6.6 | 4.6 | 5.0 |
| TOPLAM (n = 1074) | 43.8 | 48.2 | 30.0 | 8.7 | 6.6 | 5.0 |
| | X ² = 346.47 p < 0.0001 | | | X ² = 323.07 p < 0.0001 | | |

* Standart sapma

| T. BEKLEME SÜRESİ | | T. MUAYENE SÜRESİ | |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * | Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * |
| • 1 - 2 | Anlamlı | • 1 - 2 | Anlamlı |
| • 1 - 3 | Anlamlı | • 1 - 3 | Anlamlı |
| • 1 - 4 | Anlamlı | • 1 - 4 | Anlamlı |
| • 1 - 5 | Anlamlı | • 1 - 5 | Anlamlı |
| • 2 - 3 | Anlamlı | • 2 - 3 | Anlamlı |
| • 2 - 4 | Anlamlı | • 2 - 4 | Anlamlı |
| • 2 - 5 | Anlamlı değil | • 2 - 5 | Anlamlı |
| • 3 - 4 | Anlamlı | • 3 - 4 | Anlamlı değil |
| • 3 - 5 | Anlamlı | • 3 - 5 | Anlamlı değil |
| • 4 - 5 | Anlamlı | • 4 - 5 | Anlamlı değil |

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık (p < 0.005)

Tablo 4.7'de, en uzun ortalama bekleme süresinin (96.0 dakika) Semt Polikliniği grubuna; en kısa sürenin ise (20.7 dakika) Özel Poliklinik grubuna ait olduğu görülmektedir. Sağlık Ocağı grubunun bekleme süresinin de (21.1 dakika) Özel Poliklinik'teki süreye (20.7 dakika) yakın olduğu dikkati çekmektedir. Belediye Dispanseri'nde bekleme süresi yarım saatin üzerinde bulunmuştur (34.8 dakika).

En uzun muayene süresi (14.4 dakika), bekleme süresinin en kısa olduğu Özel Poliklinik grubuna aittir. Bunu 10.8 dakika ile Belediye Dispanseri grubu izlemektedir. En kısa süre ise (5.5 dakika), Semt Polikliniği grubu tarafından bildirilmiştir. SSK Dispanseri'nin 6.6 dakika ile üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir.

Bekleme süreleri bakımından Mann-Whitney U testi ile kurumlar arasında ikili karşılaştırmalar yapıldığında; yalnızca Belediye Dispanseri ile SSK Dispanseri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, diğerlerinin aralarındaki farkların anlamlı olduğu saptanmıştır.

Muayene süreleri açısından da kurumlar ikili olarak karşılaştırılmıştır. Sağlık Ocağı ile Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri arasında ve Semt Polikliniği ile SSK Dispanseri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Diğer tüm gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Tablo 4.8 : Araştırma Grubunun Muayene Edilme Durumuna ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997).

| MUAYENE EDİLME DURUMU | KURUMLAR | | | | | | | | | | TOPLAM | |
|-----------------------------|------------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|
| | Özel Plk. | | Belediye D. | | Sağlık O. | | Semt Plk. | | SSK D. | | n | % |
| | n | %* | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Ayrıntılı m. edilen | 191 | 95.0 | 216 | 91.1 | 111 | 59.0 | 91 | 44.2 | 110 | 45.5 | 719 | 66.9 |
| Özensiz m. edilen | 8 | 4.0 | 21 | 8.9 | 62 | 33.0 | 66 | 32.0 | 79 | 32.6 | 236 | 22.0 |
| Hiç m. edilmeyen | 2** | 1.0 | 0 | 0.0 | 15 | 8.0 | 49 | 23.8 | 53 | 21.9 | 119 | 11.1 |
| TOPLAM | 201 | 100.0 | 237 | 100.0 | 188 | 100.0 | 206 | 100.0 | 242 | 100.0 | 1074 | 100.0 |

* Kolon yüzdesi

$X^2 = 950.81$

$p < 0.05$

** Doğrudan laboratuara gönderilen

Tablo4.8'de, Özel Poliklinik'te ve Belediye Dispanseri'nde, ayrıntılı muayene edildiğini ifade edenlerin oranlarının (sırasıyla % 95.0 ve % 91.1) yüksek olduğu

görülmektedir. Sağlık Ocağı grubunun % 59.0'u ayrıntılı muayene edildiğini belirtmiştir. Diğer iki kurumda bu oranın daha düşük olduğu dikkati çekmektedir (% 44.2 ve % 45.5). Belediye Dispanseri'nde hiç muayene edilmediğini söyleyen olmamıştır. İleri analizde, anlamlı farkın tüm gruplar için geçerli olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.9 : Araştırma Grubunun Seçme İmkânları Olması Durumunda Kurum Tercihlerine ve Kurumlara Göre Dağılımı (İstanbul,1997).

| TERCİH EDİLECEK KURUM | KURUMLAR | | | | | | | | | | TOPLAM | |
|-----------------------------|------------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|
| | Özel Plk. | | Belediye D. | | Sağlık O. | | Semt Plk. | | SSK D. | | n | % |
| | n | %* | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Aynı Kurum | 160 | 79.6 | 115 | 48.5 | 12 | 6.4 | 47 | 22.8 | 27 | 11.2 | 361 | 33.6 |
| Özel Kurum | 22** | 10.9 | 88 | 37.1 | 102 | 54.3 | 97 | 47.1 | 164 | 67.8 | 473 | 44.0 |
| Üniversite Has. | 4 | 2.0 | 13 | 5.5 | 36 | 19.1 | 13 | 6.3 | 28 | 11.6 | 94 | 8.8 |
| Devlet Has. | 2 | 1.0 | 17 | 7.2 | 35 | 18.6 | 39 | 18.9 | 5 | 2.1 | 98 | 9.1 |
| Diğer | 13 | 6.5 | 4 | 1.7 | 3 | 1.6 | 10 | 4.9 | 18 | 7.4 | 48 | 4.5 |
| TOPLAM | 201 | 100.0 | 237 | 100.0 | 188 | 100.0 | 206 | 100.0 | 242 | 100.0 | 1074 | 100.0 |

* Kolon yüzdesi

$X^2 = 438.91$

$p < 0.05$

** "Aynı kurum" dışındaki özel kurumları tercih edecek olanları göstermektedir.

Tablo 4.9'da Özel Poliklinik grubunda "aynı kurum"u tercih edecek olanların oranının (%79.6) yüksek olduğu görülmektedir. Belediye Dispanseri grubunun yaklaşık yarısı (%48.5) "aynı kurum"u tercih edeceğini ifade etmiştir. Diğer üç kurumda da -tümü resmî kurum- "özel kurum"u tercih edeceklerin oranları yüksektir. En yüksek oran ise SSK Dispanseri grubundadır (% 67.8). Tüm grubun yaklaşık üçte biri (% 33.6) hizmet aldığı kurumu tekrar tercih edeceğini ifade etmiştir. Tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların kurumlara göre dağılımı yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu bakımından farklı bulunmuştur. Bu değişkenlerin kurumlara göre memnuniyet puanları üzerinde karıştırıcı (confounding) etkisi olup olmadığını belirlemek amacı ile kovaryans analizi yapılmıştır. Varyanslar homojen, dağılım normal olmadığı için; kovaryans analizi, ortalama memnuniyet puanlarına lojistik dönüşüm uygulandıktan sonra yapılmış, sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir :

Tablo 4.10 : Çeşitli Değişkenlerin Kurumlara Göre Memnuniyet Puanları Üzerinde Kovaryans Analizi ile Saptanan Etki Durumları (İstanbul, 1997).

| DEĞİŞKENLER | F | p |
|------------------------|------|--------|
| Kurum * Yaş | 2.40 | > 0.05 |
| Kurum * Cinsiyet | 1.95 | > 0.05 |
| Kurum * Öğrenim Durumu | 1.72 | > 0.05 |

Yukarıdaki tabloda yaş, cinsiyet ve öğrenim durumunun kurumlara göre memnuniyet puanları üzerinde karıştırıcı etkisi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.11 : Memnuniyet Durumu Üzerinde, Bazı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Saptanan Etki Düzeyleri (İstanbul, 1997).

| BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN | B * | OR ** | % 95 CI*** | p |
|-------------------------------------|--------|-------|--------------|----------|
| <u>Kurum</u> | | | | |
| Özel Plk. | 2.273 | 9.71 | 2.15 - 43.72 | 0.0031 |
| Belediye Dis. | 2.491 | 12.07 | 3.51 - 41.46 | 0.0001 |
| Sağlık Ocağı | 1.813 | 6.13 | 2.86 - 13.11 | < 0.0001 |
| Semt Plk. | 0.679 | 1.97 | 1.12 - 3.46 | 0.0179 |
| SSK Dis. | - | 1 | - | - |
| <u>Yaş (yıl)</u> | | | | |
| 16 - 25 | - | 1 | - | - |
| 26 - 35 | -0.102 | 0.90 | 0.47 - 1.71 | 0.7536 |
| 36 - 45 | -0.019 | 0.98 | 0.48 - 1.95 | 0.9555 |
| 46 - 55 | -0.155 | 0.85 | 0.44 - 1.67 | 0.6506 |
| > 55 | 1.057 | 2.88 | 1.37 - 6.03 | 0.0051 |
| <u>Muayene edilme durumu</u> | | | | |
| Ayrıntılı muayene edilme | 1.827 | 6.22 | 3.35 - 11.55 | < 0.0001 |
| Özensiz muayene edilme | -0.019 | 0.98 | 0.58 - 1.66 | 0.9419 |
| Hiç muayene edilmeme | - | 1 | - | - |
| <u>Bekleme süresi (dak.)</u> | | | | |
| 0 - 20 | 1.143 | 3.13 | 1.57 - 6.25 | 0.0012 |
| 21 - 40 | 0.906 | 2.47 | 1.25 - 4.89 | 0.0092 |
| 41 - 60 | 0.845 | 2.32 | 1.22 - 4.42 | 0.0100 |
| > 60 | - | 1 | - | - |
| <u>Muayene süresi (dak.)</u> | | | | |
| 1 - 5 | - | 1 | - | - |
| 6 - 10 | 0.5911 | 1.80 | 0.97-3.37 | 0.0644 |
| > 10 | 0.7353 | 2.08 | 0.73 - 5.95 | 0.0379 |

* Regresyon katsayısı

** Odds ratio

*** Güven aralığı

Yukarıdaki tabloda yer alan değişkenler dışında "cinsiyet", "sosyal güvence", "geliş sayısı" ve "öğrenim durumu" da analize katılmış; ancak memnuniyet durumu üzerinde etkili bulunmamışlardır.

Tablo 4.11'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan bir hastanın Özel Poliklinik'ten hizmet alması, memnun olma olasılığını SSK Dispanseri'ne göre tahminen 9.71 kat [odds ratio(OR)=9.71] artırdığı hesaplanmıştır. Memnun olma olasılığı, Belediye Dispanseri'nden hizmet alınması halinde tahminen 12.07, Sağlık Ocağı'ndan alınması halinde 6.13, Semt Polikliniği'nde ise 1.97 kat artmaktadır.

Yaş grupları içinde ise "55 yaşından büyük olma" memnun olma olasılığını "16-25 yaş grubu" na göre tahminen 2.88 kat artırmaktadır.

"Ayrıntılı muayene edilme" durumunda memnun olma olasılığı "hiç muayene edilmeme" ye göre tahminen 6.22 kat artmaktadır.

Muayeneden önce "0-20 dakika bekleme" nin memnun olma olasılığını "60 dakikadan fazla bekleme" ye göre tahminen 3.13 kat artırdığı saptanmıştır. Bu olasılığı, "21-40 dakika beklemek" tahminen 2.47, "41-60 dakika beklemek" ise 2.32 kat artırmaktadır.

"Muayene süresinin 10 dakikadan uzun olması"nın 0-5 dakika olmasına göre memnun olma olasılığını tahminen 2.08 kat artırdığı hesaplanmıştır.

Tablo 4.12 : Araştırma Grubunun Ortalama Tahminî Bekleme Sürelerinin Tepkilerine Göre Dağılımı (İstanbul, 1997).

| TEPKİ | T. BEKLEME SÜRESİ (dak.) | | |
|------------------------------|--------------------------|----------|------|
| | Ortanca | Ortalama | ss |
| "Çok bekledim" (n = 435) | 60.0 | 74.8 | 57.4 |
| "Kararsızım" (n = 33) | 30.0 | 39.8 | 36.6 |
| "Çok beklemedim" (n = 606) | 15.0 | 21.7 | 22.3 |
| TOPLAM (n = 1074) | 30.0 | 43.8 | 48.2 |

Kruskal-Wallis için

$X^2 = 405.86$

$p < 0.0001$

Araştırmaya katılanların tümü birlikte değerlendirildiğinde, muayeneden önce uzun süre beklediğini ifade edenlerin ortalama tahminî bekleme süreleri 74.8 dakika olarak bulunmuştur. Kararsız olduğunu ifade edenler için bu süre 39.8 dakika, uzun süre beklemediklerini söyleyenler için ise dakikadır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Mann-Whitney U testi ile, tüm gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra $p < 0.016$).

Tablo 4.13 : Araştırma Grubunun Ortalama Tahminî Muayene Sürelerinin Tepkilerine Göre Dağılımı (İstanbul, 1997).

| TEPKİ | T. MUAYENE SÜRESİ (dak.) | | |
|---|--------------------------|----------|-----|
| | Ortanca | Ortalama | ss |
| “Dr yeterli vakit ayırdı” (n = 805) | 10.0 | 9.8 | 7.0 |
| “Kararsızım” (n = 61) | 5.0 | 6.4 | 3.9 |
| “Dr yeterli vakit ayırmadı” (n = 208) | 5.0 | 5.0 | 3.4 |
| TOPLAM (n = 1074) | 5.0 | 8.7 | 6.6 |

Kruskal-Wallis için

$$X^2 = 150.90$$

$$p < 0.0001$$

Araştırmaya katılanlardan “doktorun kendilerine yeterli vakit ayırdığını” düşünenlerin ortalama tahminî muayene süresi 9.8 dakikadır. “Kararsız olduğunu” ifade edenler için bu süre 6.4 dakika, “doktorun kendilerine yeterli vakit ayırmadığını” düşünenler için ise 5.0 dakikadır. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. İleri analiz ile, tüm gruplar arasında fark olduğu saptanmıştır (Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra $p < 0.016$).

Tablo 4.14 : Bazı Değişkenler Arasındaki Spearman Korelasyon Katsayıları (İstanbul, 1997)

| DEĞİŞKENLER | T. Bekleme Süresi | Muayene Edilme Durumu |
|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Tahminî Bekleme Süresi | - | $r = 0.1873, p < 0.001$ |
| Tahminî Muayene Süresi | $r = - 0.1385, p < 0.001$ | $r = -0.4934, p < 0.001$ |

Tablo 4.14'te muayene süresi ile bekleme süresi arasında ters yönde zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir. Muayene süresi ile muayene edilme durumu arasında orta derecede bir ilişki bulunmuştur. Bekleme süresi ile muayene edilme durumu arasında ise aynı yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.15 : Araştırma Grubunun “Bulunabilirlik / Ulaşılabilirlik” Boyutu Memnuniyet Puan Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997).

| KURUMLAR | Ortanca | Ortalama | ss |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Özel Poliklinik | 81.25 | 79.26 | 12.14 |
| 2. Belediye Dispanseri | 75.00 | 75.76 | 15.17 |
| 3. Sağlık Ocağı | 68.75 | 65.79 | 11.66 |
| 4. Semt Polikliniği | 50.00 | 47.78 | 21.07 |
| 5. SSK Dispanseri | 50.00 | 50.28 | 21.88 |
| TOPLAM | 68.75 | 63.56 | 21.49 |

Kruskal-Wallis için $X^2 = 407.38$ $p < 0.0001$

| Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * |
|-------------------------|----------------------------|
| • 1 - 2 | Anlamlı değil |
| • 1 - 3 | Anlamlı |
| • 1 - 4 | Anlamlı |
| • 1 - 5 | Anlamlı |
| • 2 - 3 | Anlamlı |
| • 2 - 4 | Anlamlı |
| • 2 - 5 | Anlamlı |
| • 3 - 4 | Anlamlı |
| • 3 - 5 | Anlamlı |
| • 4 - 5 | Anlamlı değil |

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık ($p < 0.005$)

“Bulunabilirlik / ulaşılabilirlik” boyutunda en yüksek puan (79.26) Özel Poliklinik grubuna aittir. İkinci en yüksek puan (75.76) ise, Belediye Dispanseri grubundur. Semt Polikliniği, puanı 50.00'nin altında kalan tek kurumdur (47.78). SSK Dispanseri grubunun puanı (50.28) ise 50.00'yi ancak aşmıştır. (50.00'nin altındaki puanlar memnuniyetsizliği göstermektedir.)

İleri analiz ile, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarına ait puanların kalan üç kurumun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Sağlık Ocağı grubunun puanı da, Semt Polikliniği ile SSK Dispanseri gruplarının puanlarından yüksektir.

Tablo 4.16 : Araştırma Grubunun “İnsancılık” Boyutu Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul,1997).

| KURUMLAR | Ortanca | Ortalama | ss |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Özel Poliklinik | 82.14 | 82.73 | 8.64 |
| 2. Belediye Dispanseri | 82.14 | 81.67 | 11.10 |
| 3. Sağlık Ocağı | 67.85 | 66.98 | 9.30 |
| 4. Semt Polikliniği | 67.85 | 66.52 | 15.53 |
| 5. SSK Dispanseri | 67.85 | 65.49 | 12.30 |
| TOPLAM | 75.00 | 72.75 | 14.06 |

Kruskal-Wallis için $X^2 = 378.43$ $p < 0.0001$

| Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * |
|-------------------------|----------------------------|
| • 1 - 2 | Anlamlı değil |
| • 1 - 3 | Anlamlı |
| • 1 - 4 | Anlamlı |
| • 1 - 5 | Anlamlı |
| • 2 - 3 | Anlamlı |
| • 2 - 4 | Anlamlı |
| • 2 - 5 | Anlamlı |
| • 3 - 4 | Anlamlı değil |
| • 3 - 5 | Anlamlı değil |
| • 4 - 5 | Anlamlı değil |

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık ($p < 0.005$)

Bu boyutta da, en yüksek puan (82.73) Özel Poliklinik grubundur. Belediye Dispanseri grubunun puanı 881.67) buna çok yakındır. Kalan üç kurumdaki puanlar da birbirlerine çok yakındır (sırasıyla 66.98, 66.52, 65.49).

İleri analiz sonucunda, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının puanları diğer üçüne göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 4.17 : Araştırma Grubunun “Psikososyal Destek” Boyutu Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul,1997).

| KURUMLAR | Ortanca | Ortalama | ss |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Özel Poliklinik | 83.33 | 80.55 | 14.53 |
| 2. Belediye Dispanseri | 83.33 | 78.41 | 13.80 |
| 3. Sağlık Ocağı | 66.66 | 66.18 | 11.14 |
| 4. Semt Polikliniği | 66.66 | 61.00 | 22.54 |
| 5. SSK Dispanseri | 58.33 | 59.78 | 19.27 |
| TOPLAM | 75.00 | 69.13 | 19.00 |

Kruskal-Wallis için $X^2 = 259.04$ $p < 0.0001$

| Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * |
|-------------------------|----------------------------|
| • 1 - 2 | Anlamlı değil |
| • 1 - 3 | Anlamlı |
| • 1 - 4 | Anlamlı |
| • 1 - 5 | Anlamlı |
| • 2 - 3 | Anlamlı |
| • 2 - 4 | Anlamlı |
| • 2 - 5 | Anlamlı |
| • 3 - 4 | Anlamlı değil |
| • 3 - 5 | Anlamlı |
| • 4 - 5 | Anlamlı değil |

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık ($p < 0.005$)

En yüksek puan yine Özel Poliklinik grubuna aittir (80.50). Belediye Dispanseri grubunun puanı (78.41), buna yakındır. Tablodaki sıralamaya göre puanlarda da düşme gözlenmektedir.

İleri analiz ile, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, Sağlık Ocağı grubunun puanı (66.18), SSK Dispanseri grubunun puanından (59.78) yüksektir.

Tablo 4.18 : Araştırma Grubunun “Bilgilendirme” Boyutu Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul,1997).

| KURUMLAR | Ortanca | Ortalama | ss |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Özel Poliklinik | 75.00 | 75.79 | 11.30 |
| 2. Belediye Dispanseri | 70.00 | 71.92 | 10.95 |
| 3. Sağlık Ocağı | 65.00 | 64.62 | 10.82 |
| 4. Semt Polikliniği | 55.00 | 53.08 | 21.62 |
| 5. SSK Dispanseri | 57.50 | 56.59 | 16.17 |
| TOPLAM | 65.00 | 64.30 | 17.14 |

Kruskal-Wallis için $X^2 = 297.75$ $p < 0.0001$

| Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * |
|-------------------------|----------------------------|
| • 1 - 2 | Anlamlı |
| • 1 - 3 | Anlamlı |
| • 1 - 4 | Anlamlı |
| • 1 - 5 | Anlamlı |
| • 2 - 3 | Anlamlı |
| • 2 - 4 | Anlamlı |
| • 2 - 5 | Anlamlı |
| • 3 - 4 | Anlamlı |
| • 3 - 5 | Anlamlı |
| • 4 - 5 | Anlamlı değil |

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık ($p < 0.005$)

Yukarıdaki tabloda, Özel Poliklinik grubunun en yüksek puana (75.79) sahip olduğu; onu 71.92 ile Belediye Dispanseri'nin izlediği görülmektedir. En düşük puan ise, Semt Polikliniği grubundandır (53.08).

Özel Poliklinik grubunun puanı diğer tüm grupların puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Belediye Dispanseri grubunun puanı da kalan üç grubun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, Sağlık Ocağı grubunun puanı kalan iki gruba göre yüksektir.

Tablo 4.19 : Araştırma Grubunun “Yetkinlik” Boyutu Memnuniyet Puan Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul,1997).

| KURUMLAR | Ortanca | Ortalama | ss |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Özel Poliklinik | 87.50 | 82.21 | 14.76 |
| 2. Belediye Dispanseri | 87.50 | 80.96 | 14.98 |
| 3. Sağlık Ocağı | 75.00 | 69.28 | 12.21 |
| 4. Semt Polikliniği | 75.00 | 73.84 | 18.54 |
| 5. SSK Dispanseri | 75.00 | 66.83 | 18.30 |
| TOPLAM | 75.00 | 74.60 | 17.19 |

Kruskal-Wallis için $X^2 = 173.76$ $p < 0.0001$

| Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * |
|-------------------------|----------------------------|
| • 1 - 2 | Anlamlı değil |
| • 1 - 3 | Anlamlı |
| • 1 - 4 | Anlamlı |
| • 1 - 5 | Anlamlı |
| • 2 - 3 | Anlamlı |
| • 2 - 4 | Anlamlı |
| • 2 - 5 | Anlamlı |
| • 3 - 4 | Anlamlı |
| • 3 - 5 | Anlamlı değil |
| • 4 - 5 | Anlamlı |

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık ($p < 0.005$)

“Yetkinlik” boyutunda en yüksek puan (82.21) Özel Poliklinik grubunundur. İkinci sırayı, Belediye Dispanseri (80.96) almakta; onu 73.84 puan ile Semt Polikliniği izlemektedir. Semt Polikliniği grubunun en yüksek puanı aldığı boyut, “yetkinlik” boyutudur. En düşük puan (66.83), SSK Dispanseri grubuna aittir.

Diğer boyutlarda olduğu gibi burada da, Özel Poliklinik ile Belediye Dispanseri gruplarının puanları diğer üç kurumun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu boyutta Semt Polikliniği grubunun puanı, Sağlık Ocağı ve SSK Dispanseri’nin puanlarına göre yüksek olarak saptanmıştır.

Tablo 4.20 : Araştırma Grubunun “Fiziksel Koşullar” Boyutu Memnuniyet Puan Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul,1997).

| KURUMLAR | Ortanca | Ortalama | ss |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Özel Poliklinik | 75.00 | 71.90 | 13.04 |
| 2. Belediye Dispanseri | 75.00 | 72.58 | 13.20 |
| 3. Sağlık Ocağı | 60.71 | 60.06 | 11.57 |
| 4. Semt Polikliniği | 50.00 | 51.10 | 16.05 |
| 5. SSK Dispanseri | 42.85 | 42.28 | 15.11 |
| TOPLAM | 60.71 | 59.32 | 18.47 |

Kruskal-Wallis için $X^2 = 472.04$ $p < 0.0001$

| Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * |
|-------------------------|----------------------------|
| • 1 - 2 | Anlamlı değil |
| • 1 - 3 | Anlamlı |
| • 1 - 4 | Anlamlı |
| • 1 - 5 | Anlamlı |
| • 2 - 3 | Anlamlı |
| • 2 - 4 | Anlamlı |
| • 2 - 5 | Anlamlı |
| • 3 - 4 | Anlamlı |
| • 3 - 5 | Anlamlı |
| • 4 - 5 | Anlamlı |

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık ($p < 0.005$)

“Fiziksel koşullar” boyutunda ortalama memnuniyet puanının en yüksek (72.58) olduğu grup Belediye Dispanseri grubudur. İkinci sırada 71.90 ile Özel Poliklinik grubu yer almaktadır. Puanın 50'nin altında kaldığı tek grup (42.28), SSK Dispanseri grubudur. Semt Polikliniği grubunun puanı, 50'ye yakındır.

İleri analiz ile, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarına ait puanların diğer üç kurumun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Sağlık Ocağı grubunun puanı Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri gruplarının puanlarından yüksektir. Semt Polikliniği ile SSK Dispanseri memnuniyet puanları arasında da fark saptanmıştır.

Tablo 4.21 : Araştırma Grubunun “Genel Kalite” Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997).

| KURUMLAR | Ortanca | Ortalama | ss |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Özel Poliklinik | 75.00 | 81.71 | 19.64 |
| 2. Belediye Dispanseri | 75.00 | 76.89 | 20.75 |
| 3. Sağlık Ocağı | 75.00 | 64.49 | 17.89 |
| 4. Semt Polikliniği | 50.00 | 51.69 | 32.05 |
| 5. SSK Dispanseri | 37.38 | 38.01 | 27.53 |
| TOPLAM | 75.00 | 62.03 | 29.36 |

Kruskal-Wallis için $X^2 = 351.74$ $p < 0.0001$

Karşılaştırılan Gruplar **İstatistiksel Anlamlılık ***

- 1 - 2 Anlamlı
- 1 - 3 Anlamlı
- 1 - 4 Anlamlı
- 1 - 5 Anlamlı
- 2 - 3 Anlamlı
- 2 - 4 Anlamlı
- 2 - 5 Anlamlı
- 3 - 4 Anlamlı
- 3 - 5 Anlamlı
- 4 - 5 Anlamlı

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık ($p < 0.005$)

“Genel kalite” boyutunda en yüksek puanın (81.71) Özel Poliklinik grubuna ait olduğu görülmektedir. Arkasından Belediye Dispanseri grubunun puanı (76.89) gelmektedir. Semt Polikliniği grubunun puanı 50.00’yi ancak aşmaktadır. SSK Dispanseri grubunun puanı (38.01) tüm boyutlar ve tüm kurumlardaki “en düşük” puandır. İleri analiz yapıldığında, Özel Poliklinik grubunun puanının Belediye Dispanseri grubunun puanından anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının puanları, diğer üç grubun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı grubunun puanının da Semt Polikliniği ile SSK Dispanseri gruplarının puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, Semt Polikliniği grubunun puanının (51.69), SSK Dispanseri grubunun puanından (38.02) anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.22 : Araştırma Grubunun “Genel Memnuniyet” Boyutu Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997).

| KURUMLAR | Ortanca | Ortalama | ss |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Özel Poliklinik | 87.50 | 86.13 | 16.04 |
| 2. Belediye Dispanseri | 87.50 | 83.70 | 15.78 |
| 3. Sağlık Ocağı | 75.00 | 66.82 | 13.87 |
| 4. Semt Polikliniği | 62.50 | 55.58 | 30.40 |
| 5. SSK Dispanseri | 50.00 | 46.74 | 24.05 |
| TOPLAM | 75.00 | 67.48 | 26.27 |

Kruskal-Wallis için $X^2 = 418.57$ $p < 0.0001$

| Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * |
|-------------------------|----------------------------|
| • 1 - 2 | Anlamlı değil |
| • 1 - 3 | Anlamlı |
| • 1 - 4 | Anlamlı |
| • 1 - 5 | Anlamlı |
| • 2 - 3 | Anlamlı |
| • 2 - 4 | Anlamlı |
| • 2 - 5 | Anlamlı |
| • 3 - 4 | Anlamlı |
| • 3 - 5 | Anlamlı |
| • 4 - 5 | Anlamlı |

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık ($p < 0.005$)

“Genel memnuniyet” boyutunda en yüksek puan (86.13) Özel Poliklinik grubuna aittir. İkinci sırada Belediye Dispanseri grubunun puanı (83.70) gelmektedir. SSK Dispanseri grubunun puanı (46.74), en düşük puandır ve 50'nin altındadır.

İleri analiz sonucunda, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının puanları diğer üç grubun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı grubunun puanı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri gruplarına göre yüksektir. Ayrıca, Semt Polikliniği grubunun puanının da SSK Dispanseri grubununkinden yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.23 : Araştırma Grubunun Toplam Memnuniyet Puanı Ortalamalarının Kurumlara Göre Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması (İstanbul, 1997).

| KURUMLAR | Ortanca | Ortalama | ss |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Özel Poliklinik | 78.44 | 78.14 | 7.97 |
| 2. Belediye Dispanseri | 78.44 | 76.43 | 7.77 |
| 3. Sağlık Ocağı | 66.38 | 64.73 | 6.93 |
| 4. Semt Polikliniği | 59.05 | 57.32 | 13.28 |
| 5. SSK Dispanseri | 56.03 | 54.81 | 12.24 |
| TOPLAM | 68.10 | 66.17 | 13.98 |

Kruskal-Wallis için $X^2 = 593.59$ $p < 0.0001$

| Karşılaştırılan Gruplar | İstatistiksel Anlamlılık * |
|-------------------------|----------------------------|
| • 1 - 2 | Anlamlı değil |
| • 1 - 3 | Anlamlı |
| • 1 - 4 | Anlamlı |
| • 1 - 5 | Anlamlı |
| • 2 - 3 | Anlamlı |
| • 2 - 4 | Anlamlı |
| • 2 - 5 | Anlamlı |
| • 3 - 4 | Anlamlı |
| • 3 - 5 | Anlamlı |
| • 4 - 5 | Anlamlı değil |

* Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlılık ($p < 0.005$)

Özel Poliklinik, ortalama toplam memnuniyet puanının en yüksek (78.14) olduğu gruptur. Buna en yakın puan (76.43) Belediye Dispanseri grubundur. En düşük puanın (54.81) ise SSK Dispanseri grubuna ait olduğu görülmektedir.

İleri analizde, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının ortalama toplam memnuniyet puanları Sağlık Ocağı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nin puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı grubunun puanı ile Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri puanları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 4.24 : Kurumların Boyutlara Göre Genel Olarak Değerlendirilmesi (İstanbul, 1997). *

| KURUMLAR | B O Y U T L A R | | | | | | | | | | ORTANCA SIRA |
|-------------|--------------------------------|------------|--------------------|---------------|-----------|-------------------|--------------|------------------|---|---|--------------|
| | Bulunabilirlik Ulaşılabilirlik | İnsancılık | Psikososyal Destek | Bilgilendirme | Yetkinlik | Fiziksel Koşullar | Genel Kalite | Genel Memnuniyet | | | |
| Özel Plk. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Belediye D. | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Sağlık Oc. | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Semt Plk. | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| SSK Disp. | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 |

* Kurumların boyutlardan ortalama memnuniyet puanlarının büyüğünden doğru sıralanması ile sıra numarası verilmiştir. Puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı durumlarda kurumlara aynı sıra numarası verilmiştir.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

5.1. Bulgulara Yönelik Tartışma

Araştırmaya katılan 1074 kişinin % 45.0'ini kadınlar, % 55.0'ini erkekler oluşturmuştur (Tablo 4.1). Belediye Dispanseri'nde erkeklerin oranının (% 55.7), Semt Polikliniği'nde ise kadınların oranının (% 70.4) yüksek olduğu görülmüştür. Her iki cins bakımından kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Yaşa göre dağılımda da kurumlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.2). Sağlık Ocağı'nda 16-25 yaş grubu, Semt Polikliniği'nde ise 55 yaşın üstünde olanlar en yüksek orana sahiptirler (sırasıyla % 30.9 ve % 34.5). Sağlık Ocağı'nda sevli olarak gelen orta dereceli okul öğrencileri, yüksek oranın nedeni olabilirler. Semt Polikliniği'nde ise başvuranların çoğunluğunu (% 67.5) oluşturan Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR üyelerinin bir kısmının emekli ve dolayısıyla ileri yaşta olmaları bu durumun nedeni olabilir. Diğer üç kurumda 26-35 yaş grubunun oranları yüksek bulunmuştur.

Tüm kurumlarda ilkokul mezunlarının oranı yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3). Okul bitirmemiş ve ilkokul mezunu olanların toplam olarak % 59.4 gibi yüksek bir oranda olmaları dikkati çekmektedir. Bu durum, özellikle doğu ve güneydoğu Anadolu'dan göç alan bu bölgede yaşayanların öğrenim düzeyinin genel olarak düşük olması ile açıklanabilir. Toplam içinde % 6'lık orana sahip olan üniversite mezunlarının % 42.2'si Sağlık Ocağı grubunda yer almaktadır. Çoğunluğunu öğretmenlerin oluşturduğu devlet memurlarının öncelikle Sağlık Ocağı'na sevk edilmeleri, bunun nedeni olabilir.

Araştırma grubunun % 24.7'sinin herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır (Tablo 4.4). SSK'lılar tüm katılanların % 42.2'sini oluşturmaktadırlar. Özel Poliklinik'te ve Belediye Dispanseri'nde güvencesi olmayanlardan sonra en yüksek oran SSK'lılara aittir. SSK'lılar Sağlık Ocağı ve Semt Polikliniği'nde de sırasıyla % 18.1 ve % 10.2 oranlarında yer tutmaktadırlar. Bu kişiler, SSK'nın sağlık hizmetlerinden memnun olmadıkları için bu kurumlara başvurmuş olabilirler.

Sağlık Ocağı ve Semt Polikliniği'nde BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı üyelerinin oranları yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni bu kişilerin resmî evrakla bu kurumlara başvurabilmesi olabilir. SSK Dispanseri'ne gelenlerin tamamı SSK'lıdır. Bu beklenen bir bulgudur.

Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri'ne gelenlerin, sırasıyla % 30 ve % 37'sini "sosyal güvencesi olmayanlar" oluşturmuştur. Belediye Dispanseri'nde resmî kurumlardakinden pek yüksek olmayan bir ücret karşılığında uzman hekim hizmeti sunulması bu durumu açıklayabilir. Ancak muayene ücretinin yüksek olmasına rağmen güvencesi olmayanların Özel Polikliniğe başvurmaları, ya bu kişilerin ekonomik durumunun sanıldığından daha iyi olması ile veya -alternatiflerinden çok daha iyi hizmet verdiğini düşündükleri kurumdan hizmet almak için- şartlarını zorlamaları ile açıklanabilir. Fakat, Özel Poliklinik'te en sık memnuniyetsizlik nedenleri arasında "ücretin yüksek olması"ndan hiç söz edilmemiştir. Aynı durum, bu kurumlara başvuran SSK'lılar ve BAĞ-KUR'lular için de geçerli olabilir. Ancak bazı özel şirketlerin Özel Poliklinik ile anlaşarak SSK'lı personelini bu kuruma gönderdikleri de kurum yetkililerince ifade edilmiştir .

Özel Poliklinik'te ve Belediye Dispanseri'nde "ilk kez" gelenlerin oranları (sırasıyla % 37.8 ve % 30.4) yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Sağlık Ocağı'nda "2-10 kez" gelenlerin, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nde ise "10 kezden fazla" gelenlerin en yüksek oranlara sahip olduğu görülmüştür (sırasıyla % 36.9 ve % 52.5). İlk iki kurumun henüz birkaç yıllık geçmişlerinin olması, resmî kurumların ise yıllardır hizmet vermekte oluşu, bu durumun nedeni olabilir.

SSK Dispanseri'nin tercih edilmesinin en sık nedenini (% 96.3) "sosyal güvence" oluşturmuştur (Tablo 4.6). Buna karşılık Özel Poliklinik'te ve Belediye Dispanseri'nde "iyi hizmet verilmesi" (sırasıyla % 36.3 ve % 34.8) en sık belirtilen neden olmuştur. Özel Poliklinik için "tavsiye edilmesi" ikinci en sık neden iken, SSK Dispanseri'nde bundan hiç söz edilmemiştir. Sağlık Ocağı ve Semt Polikliniği'nde ise en sık nedeni "yakın olması" oluşturmuştur. Belediye Dispanseri için "ücretin düşük olması" ikinci en sık tercih nedeni olmuştur. Daha önce de belirttiği gibi Belediye Dispanseri resmî kurumların talep ettiğine yakın bir ücretle uzman hekim hizmeti sunmaktadır.

Memnun olma üzerinde etkisi olan değişkenleri belirlemek amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır. "Yaş", "cinsiyet", "sosyal güvence", "geliş sayısı", "öğrenim

durumu", "kurum", "bekleme süresi", "muayene süresi" ve "muayene edilme durumu" bağımsız değişken olarak analize dahil edilmiştir. Ancak, analiz sonucunda "cinsiyet", "sosyal güvence", "öğrenim durumu" ve "geliş sayısı"nın memnuniyet durumu üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Etkili bulunan değişkenler "kurum", "yaş", "muayene edilme durumu", "bekleme süresi" ve "muayene süresi" olmuştur (Tablo 4.11).

Cinsiyet ile memnuniyet arasında yerleşik bir ilişki olmadığı, genel olarak kabul edilmekle (43,55) ve bazı çalışmalarda ilişki saptanmamış (9,60) olmakla birlikte; bazılarında da kadınların daha memnun bulunduğu görülmektedir (55). İngiltere'de yapılmış bazı araştırmalar kadınlarda daha düşük memnuniyet bulurken, ABD'ndeki bazı araştırmalar daha yüksek memnuniyet saptamışlardır (43). Erkeklerin daha memnun bulunduğu çalışmaların azınlıkta olduğu görülmüştür (56).

Bizim çalışmamızda, öğrenim düzeyinin memnun olma üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.11). Bir çok araştırmada ise, öğrenim düzeyi yükseldikçe memnuniyetin azaldığı gösterilmiştir (13,23,43,55,56,57). Bu iki değişken arasında ilişki olmadığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (60). Bazı yazarlar saptanan etkinin, öğrenim düzeyinin yükselmesi ile insanların alternatifler hakkında daha fazla bilgileneceği ve dolayısıyla standartlarının da yükseleceği, daha eleştirel değerlendireceği ile açıklamaktadırlar (23,43).

Çalışmamızda, "sosyal güvence" memnuniyet üzerinde etkili bulunmamıştır (Tablo 4.11). Üye olunan sosyal güvence sistemlerine göre memnuniyet düzeyleri arasında fark saptanan araştırmalar da vardır (13,60). Aynı kuruma başvuran farklı sosyal güvencelere sahip hastaları kapsayan söz konusu araştırmaların bulguları, beş farklı kurumda yapılan bizim çalışmamızın bulguları ile karşılaştırılmamaktadır. Ankara'da bir özel hastanede gerçekleştirilen araştırma, SSK ve Emekli Sandığı ödemeli hastaların memnuniyet düzeylerini diğerlerine göre daha yüksek bulmuştur (56). Bunun nedeni, hastaların özel hastaneyi SSK ve devlet hastanelerindeki deneyimleri çerçevesinde değerlendirmeleri olabilir.

"Kuruma geliş sayısı" da memnuniyet üzerinde etkili bulunmamıştır (Tablo 4.11). İlk kez gelenlerle daha önce de gelmiş olanların memnuniyet düzeylerinin farklı olabileceği öne sürülse de (43), gözden geçirilen yayınlarda böyle bir bulguya rastlanmamıştır.

Fox ve Storms, memnuniyet literatürünün demografik değişkenlerle ilgili olarak çelişen bulgular içermesi nedeniyle güvenilir bir ilişkiden söz edilemeyeceği

görüşündedirler (61). Ayrıca, çelişen bulguların farklı kültürler ve sağlık sistemleri arasında karşılaştırma yapmanın ne kadar karmaşık bir iş olduğunu gösterdiği yorumu yapılmıştır (43).

Yaş grupları içinde, "55 yaşından büyük olma"nın memnun olma olasılığını "16-25 yaş grubu" na göre tahminen 2.88 kat artırdığı bulunmuştur.

Benzer yöntemle yapılan çeşitli araştırmalarda, yaş arttıkça memnuniyet düzeyinin de yükseldiği gösterilmiştir (10,15,33,43,53,55,56,57,58). Gözden geçirilen çalışmaların bazılarında ise yaş arttıkça memnuniyetin azaldığı bildirilmiştir (40,59). Bir diğerinde ise, yaşın memnuniyet üzerinde etkisi olmadığı kaydedilmiştir (60).

Yaşlı hastaların daha olgun / babacan olabileceği ve bunun değerlendirmelerini etkileyebileceği öne sürülmüştür (17,55). Ayrıca, farklı grupların farklı muameleye maruz kalabileceği; örneğin, yaşlı hastalara daha nazik davranılabileceği de ifade edilmiştir (17,55). Bir başka çalışmada, yaşlıların geleneksel edilgen rolü, genç kuşakların ise "tüketici bilinci"ne sahip olarak eleştirici bir rol benimsemiş olabilecekleri ileri sürülmüştür. Ayrıca yaşlıların, uzak geçmişi de yaşayan kimseler olarak, mevcut durumu eskisiyle karşılaştırarak "iyi" bulabileceklerinden söz edilmiştir (43).

Muayeneden önce "0-20 dakika beklemek" memnun olma olasılığını "60 dakikadan fazla bekleme" ye göre tahminen 3.13 kat artırmaktadır. Bu olasılığı, "21-40 dakika beklemek" tahminen 2.47, "41-60 dakika beklemek" ise tahminen 2.32 kat artırmaktadır (Tablo 4.11). Çeşitli araştırmalarda, bizim çalışmamızda olduğu gibi, bekleme süresi uzadıkça memnuniyetin azaldığı gösterilmiştir (44,60,62).

"Muayene süresinin 10 dakikadan uzun olması"nın "0-5 dakika"ya göre memnun olma olasılığını tahminen 2.08 kat artırdığı hesaplanmıştır (Tablo 4.11). Bu bulgu ile uyumlu olarak, muayene süresi uzadıkça memnuniyetin arttığını gösteren çalışmalar vardır (17,65).

En uzun ortalama bekleme süresinin (96.0 dakika) Semt Polikliniği grubuna; en kısa sürenin ise (20.7 dakika) Özel Poliklinik grubuna ait olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Sağlık Ocağı grubunun bekleme süresinin de (21.1 dakika) yaklaşık olarak Özel Poliklinik grubununki kadar olduğu dikkati çekmektedir. Resmî kurumlarda hasta muayenesi dışında (çeşitli nedenlerle sağlık raporu verilmesi, reçete tekrarı, vb.) bazı işlerin de polikliniklerde yapılmasının hem bekleme hem de muayene sürelerini olumsuz yönde etkilediği gözlenmiştir. Veri toplama aşamasında,

Özel Poliklinik, Belediye Dispanseri ve Sağlık Ocağı'nda tam gün çalışıldığı, ilk iki kurumda mesainin erken başladığı, öğle arasının kısa tutulduğu ve başvuran sayısına göre çalışma süresinin uzatıldığı gözlenmiştir. Buna karşılık SSK Dispanseri'nde ve özellikle Semt Polikliniği'nde hekimlerin mesai saatlerine uymadıkları, geç başlayıp erken ayrıldıkları görülmüştür. Bunun nedeni, ek iş yapmaları olabilir. Nitekim, "en sık memnuniyetsizlik nedenlerinin neler olduğu" sorusuna Semt Polikliniği grubu tarafından verilen yanıtların % 10'unda "hekimlerin geç geldiği" ifade edilmiştir. Diğer kurumlarda böyle bir memnuniyetsizlik nedeninden söz edilmemiştir.

Belediye Dispanseri'nde bekleme süresinin yarım saatin üzerinde olduğu bulunmuştur. (34.8 dakika). Bu durum, düşük ücretle hizmet sunulması dolayısıyla Belediye Dispanseri'ne başvuru oranının yüksek olması; buna karşılık hasta başına ayrılan ortalama sürenin (muayene süresinin) görece uzun olması (10.8 dakika) ile açıklanabilir.

Kamu sektörüne ait sağlık kurumlarında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı 1992" araştırmasında hasta bekleme süresi tüm sağlık kurumları için ortalama olarak 70 dakika bulunmuştur (63). Bu süreyi, bizim çalışmamızda yalnızca Semt Polikliniği'ndeki bekleme süresi (96 dakika) aşmaktadır. Yine bizim çalışmamızda, Sağlık Ocağı'ndaki bekleme süresinin (21.1 dakika) ülke ortalamasının çok altında olduğu görülmektedir. Ankara'da 1992'de sağlık ocaklarında yapılan bir araştırmada ortalama bekleme süresi 48 dakika olarak bulunmuştur (64). Bir sağlık ocağında yapılan diğer bir araştırmada da ortalama bekleme süresi 23.2 dakika olarak saptanmıştır (64). Bizim çalışmamızda bekleme süreleri buna yakın olan kurumlar Özel Poliklinik ve Sağlık Ocağı'dır (sırasıyla 20.7 ve 21.1 dakika).

En uzun muayene süresinin (14.4 dakika), bekleme süresinin en kısa olduğu Özel Poliklinik grubuna ait olduğu bulunmuştur (Tablo4.7). Bunu 10.8 dakika ile Belediye Dispanseri grubu izlemektedir. En kısa süre ise (5.5 dakika), Semt Polikliniği grubu tarafından bildirilmiştir. SSK Dispanseri'nin 6.6 dakika ile üçüncü sırada yer aldığı görülmüştür. Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri ile diğer üç -resmî- kurum arasında hasta başına ayrılan süre (muayene süresi) bakımından anlamlı fark olması, Özel Poliklinik için "müşteri"sini kaybetmemesi bakımından, sorunun orada çözümlenmesinin kritik bir önemi olması ve Belediye Dispanseri'nde de insanî ve/veya siyasî nedenlerle buna önem verilmesi ile açıklanabilir. Resmî kurumlar için bu tür endişeler söz konusu olmamakta; gereğinden fazla "sevk" işlemi de yapılabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nca yapılan "Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı 1992" araştırmasında ortalama muayene süresi 16.6 dakika bulunmuştur (63). Bizim çalışmamızda değerlendirilen kurumların tümünde muayene sürelerinin bundan daha kısa olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Ankara'da 1992'de sağlık ocaklarında yapılan bir araştırmada ortalama muayene süresi 6.0 dakika olarak saptanmıştır. Bir sağlık ocağında yapılan diğer bir çalışmada da süre 4.4 dakika olarak bulunmuştur (64). Bizim araştırmamızın yapıldığı -Semt Polikliniği (5.5 dakika) dışındaki- tüm kurumlarda muayene süreleri bu değerlerin üzerinde bulunmuştur.

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar son 15 yılda muayene süresinin uzadığını göstermektedir. Buchan, İngiltere'de ortalama süreyi 5 dakika olarak bulmuş ve "10 dakika sistemi" kurulması gerektiğini vurgulamıştır. İngiltere'de birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan ve 18.957 hastayı kapsayan bir çalışma, muayene süresini 7.9 ± 4.9 dakika olarak saptamıştır (66). Ortalama muayene süresi ABD'nde 10, Yeni Zelanda'da 12, Kanada'da 15 ve İsveç'te 21 dakika olarak bulunmuştur (67,68). Marsh, Wallace ve Whewell, ABD ile İngiltere'yi karşılaştıran geniş çaplı araştırmalarında, ABD'nde muayenelerin % 34'ünün, İngiltere'de ise % 49'unun 5 dakikadan kısa sürdüğünü göstermişlerdir. Ayrıca, ABD'nde muayenelerin % 15.2'sinin, İngiltere'de de % 7.9'unun 10 dakikadan uzun sürdüğünü kaydetmişlerdir (67).

Bu konudaki çalışmaların bir bölümünde muayene süresi, çalışma süresinin bakılan hasta sayısına bölünmesi ile hesaplanmış olduğundan sonuçların güvenilirliği azalmaktadır. Zira, hesaplanan süre yüz yüze görüşme süresinden daha uzun çıkmaktadır (67).

Bekleme ve muayene sürelerinin belirlenmesi için video kaydı, kronometre, gözlemcinin not alması gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır ve her birinin farklı avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Amaca, eldeki imkânlarla ve araştırmanın yapılacağı kurumun koşullarına göre yöntem tercihi yapılması söz konusu olmaktadır. Amaç çok özgül değilse, tahmin yönteminin (hasta tarafından algılanan süre) kullanılması uygundur (67). Bir çalışmada hastaların tahminlerinin ölçülen sürelerden daha kısa olduğu saptanmıştır (60). ABD'nde yapılan bir araştırmada da bilgisayar yardımıyla yapılan ölçüm sonucunda ortalama bekleme süresi 167 dakika bulunurken, hastaların tahmin ettiği ortalama süre 134 dakika olmuştur (69). Sonuç olarak, amaçların ve ölçüm yöntemlerinin farklılığı, karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir.

“Ayrıntılı muayene edilme” durumunda memnun olma olasılığı “hiç muayene edilmeme” ye göre 6.22 kat artmaktadır (Tablo 4.11). Özel Poliklinik’te ve Belediye Dispanseri’nde, ayrıntılı muayene edildiğini ifade edenler % 95.0 ve % 91.1 gibi yüksek oranlarda iken, diğer kurumlarda çok daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Özel Poliklinik’te sadece 2 hasta fizik muayene yapılmadan doğrudan laboratuara gönderildiğini belirtmiştir. Belediye Dispanseri’nde ise “hiç muayene edilmediğini” söyleyen olmamıştır. Buna karşılık Sağlık Ocağı’nda % 8.0, Semt Polikliniği’nde % 23.8, SSK Dispanseri’nde ise % 21.9 oranlarında “hiç muayene edilmeyen” vardır.

Muayene süresinin uzun olduğu Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri’nde ayrıntılı muayene edilme oranlarının yüksek olduğu; muayene süresinin kısa olduğu diğer üç kurumda ise ayrıntılı muayene edilme oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Muayene süresi uzadıkça ayrıntılı muayene edilme oranının arttığı ($r = 0.4934$, $p < 0.001$) bulunmuştur (Tablo 4.14).

İngiltere’de yapılan bir araştırmada 5.0 dakikalık muayenelere göre 10.0 dakika süren muayenelerde kan basıncı ölçme oranı yaklaşık iki kat fazla bulunmuştur (70). Bu, bazı hastaların kan basıncının ölçülmesine gerek olmadığı ve bu nedenle muayenelerinin kısa sürdüğü anlamına gelebildiği gibi; bazı hastalarda -gerektiği halde- kan basıncı ölçümü yapılmadığını ve muayenenin de bundan dolayı kısa sürdüğünü gösterebilir. Bir başka çalışmada ise, muayene süresi uzadıkça kan basıncı ölçme ve vajinal muayene yapılma oranlarının arttığı ve daha fazla sağlık eğitimi yapıldığı saptanmıştır (67). Bu da, teşhis ve tedavinin niteliğini ve dolayısıyla hasta memnuniyetini ve uyumunu etkilemektedir (70). Ayrıca uzun süren görüşmelerde, daha ayrıntılı öykü alındığı, hekimlerin hastalara sorunları ve tedavileri hakkında daha fazla açıklama yaptıkları ve daha fazla sağlık eğitimi verdikleri tespit edilmiştir (71). Bir diğer çalışmada da, benzer şekilde, 5.0 dakikalık muayenelerde sağlığı korumaya yönelik yeterli eğitim yapılamadığı konusunda hastaların ve hekimlerin aynı görüşü paylaştığı saptanmıştır (72). Ayrıca, uzun süren muayenelerde reçete yazılma oranının kısa süren muayenelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (67). Bu durum, uzun süren muayenelerde hastalarla daha iyi iletişim kurulabildiğini, fizik muayene yapılabildiğini ve sonuçta teşhis ve tedavinin daha isabetli olarak belirlenebildiğini; bazı olgularda ilaç yerine birtakım önerilerin ve sağlık eğitiminin yeterli / etkili olabildiğini göstermektedir.

Muayene süresinin uzaması ile muayene edilme (fizik muayene yapılma) oranı artmakta iken, bekleme süresi ile muayene süresi arasında ($r = - 0.1385$, $p < 0.001$) ve

bekleme süresi ile muayene edilme durumu arasında ($r = 0.1873$, $p < 0.001$) çok zayıf ilişki saptanmıştır (Tablo 4.14). İngiltere’de yapılan bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir (66). Bu durum, hekimlerin her hastaya olabildiğince eşit zaman ayırmaya çalıştığının bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (66).

Araştırmaya katılanların tümü birlikte değerlendirildiğinde, “muayeneden önce uzun süre beklediğini” ifade edenlerin ortalama tahmini bekleme süreleri 74.8 dakika, “uzun süre beklemediklerini” söyleyenler için bu süre 21.7 dakika olarak bulunmuştur. “Kararsız” olanlar ise, ortalama olarak 39.8 dakika beklediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.12). İngiltere’de yapılan bir çalışmada, 20.0 dakikanın memnuniyet bakımından kritik noktayı oluşturduğu, 20.0 dakikadan fazla bekleyenlerin memnun olmadıkları gösterilmiştir (73). Bizim çalışmamızda kritik noktanın (39.8 dakika), İngiltere çalışmasındakinin yaklaşık iki katı olduğu görülmektedir. ABD’nde ve Japonya’da gerçekleştirilen karşılaştırmalı bir çalışmada, ABD’ndeki iki merkezde uzun süre beklemediklerini ifade edenlerin tahmini bekleme süreleri 30.9 ve 16.6 dakika, Japonya’daki iki merkezde ise 51.1 ve 129.7 dakika olarak bulunmuştur. Uzun süre beklediğini söyleyenler için bu sürenin ABD’ndeki merkezlerde 123.8 dakika ve 50.9 dakika; Japonya’daki merkezlerde ise 104.4 dakika ve 196.6 olduğu saptanmıştır (73). Bizim çalışmamızda bulunan süreler ABD’ndeki sürelerle yakındır. Japonya’daki sürelerin anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir. Kültürel farklılıkların bekleme sürelerinin değerlendirilmesini etkilediği görülmektedir (69).

Araştırmaya katılanlardan “doktorun kendilerine yeterli vakit ayırdığını” düşünenlerin ortalama tahmini muayene süresi 9.8 dakikadır. “Doktorun kendilerine yeterli vakit ayırmadığını” ifade edenler için bu süre 5.0 dakika bulunmuştur (Tablo 4.13). İngiltere’de birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan bir araştırmada muayene süresi 5.0, 7.5 ve 10.0 dakika olarak değerlendirilmiş ve görüşmesi 5.0 ve 7.5 dakika sürenlerin, sürenin kendilerini tatmin etmediğini ifade ettikleri bildirilmiştir (70).

Araştırmaya katılanların kurumlara göre dağılımı yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu bakımından farklı bulunmuştur (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3). Bu değişkenlerin kurumlara göre memnuniyet puanları üzerinde karıştırıcı (confounding) etkisi olup olmadığını belirlemek amacı ile kovaryans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, bu değişkenlerin memnuniyet durumu üzerinde karıştırıcı etkilerinin

olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.10). Bu bulgu, kurumların memnuniyet puanları bakımından daha sağlıklı olarak karşılaştırılabileceğini göstermektedir.

“Bulunabilirlik / ulaşılabilirlik” boyutunda hastalara bekleme ve muayene süreleri konusundaki değerlendirmeleri ve “ihtiyaçları olduğu halde alamadıkları hizmetler olup olmadığı” sorulmuştur. Bu boyutta en yüksek puanın (79.26) Özel Poliklinik grubuna ait olduğu, onu Belediye Dispanseri grubunun (75.76) izlediği bulunmuştur. Semt Polikliniği, puanı 50'nin altında kalan tek kurumdur (47.78). SSK Dispanseri grubunun puanı (50.28) ise “memnun olma”yı ifade eden 50.00 puan sınırındadır (Tablo 4.15). İleri analiz ile, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarına ait puanların kalan üç kurumun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Bekleme sürelerinin bu iki kurumda daha kısa, muayene sürelerinin ise daha uzun olması bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir. Ayrıca bu iki kurumda daha fazla dalda poliklinik hizmeti verilmesi yanında, çeşitli tetkik imkânlarının fazla olması da bu boyuttaki memnuniyetin yüksek olmasını sağlamış olabilir. Sağlık Ocağı'nda bekleme süresinin kısa (21.1 dakika) olmasına rağmen, sözü edilen diğer özellikler bakımından Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri'nden farklı olması dolayısıyla, memnuniyet puanı bu kurumlara göre düşük bulunmuş olabilir. Sağlık Ocağı grubunun puanının, Semt Polikliniği ile SSK Dispanseri gruplarının puanlarından yüksek olması da (Tablo 4.15), bu üç kurumda muayene süreleri arasında anlamlı fark olmamasına rağmen, bekleme süreleri arasındaki farkın büyük olması (Tablo 4.7) ile açıklanabilir. Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nde çeşitli dallarda hizmet verilmekte olsa da, bu çok düzenli olarak yürümekte; zaman zaman bazı dallarda hekim bulunmadığı, geçici görevle boşluğun doldurulmaya çalışıldığı öğrenilmiş ve kısmen de gözlenmiştir. Ayrıca, bu kurumlarda Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri'ne göre poliklinik hizmeti verilen uzmanlık dalı sayısı çok düşük kalmaktadır (bkz. sayfa 26-27).

“İnsancılık” boyutunda da, en yüksek puanın (82.73) Özel Poliklinik grubuna ait olduğu bulunmuştur (Tablo 4.16). Bunu Belediye Dispanseri grubunun puanı (81.67) izlemektedir. Kalan üç kurumdaki puanlar da birbirine çok yakındır (sırasıyla 66.98, 66.52, 65.49). İleri analiz sonucunda, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının puanları diğer üçüne göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri arasında fark saptanmamıştır. Bu boyutta memnuniyet puanlarının genel olarak tüm kurumlarda yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bazı kurumların fiziksel koşulları ve teknik imkânları diğerlerine göre çok sınırlı olsa da, hekim-hasta ilişkilerinin hastaları memnun edecek düzeyde olduğu görülmektedir.

“En çok memnun eden şeyin ne olduğu” sorusuna yanıt olarak “hekimin iyi davranması” dört kurumda ilk sırayı almıştır (Sağlık Ocağı’nda % 67.7, Belediye Dispanseri’nde % 54.4, SSK Dispanseri’nde % 42.2 ve Semt Polikliniği’nde % 25.0). Özel Poliklinik’te ise “hekim dışı personelin iyi davranması” ilk sırada (% 35.6), “hekimin iyi davranması” ise % 15.5 ile üçüncü sırada yer almıştır. Özel Poliklinik’te hastalarla yakından ilgilenen “hostes”lerin bulunması (bkz. sayfa 27) ve insanların daha önce böyle bir deneyimlerinin olmaması bu durumun nedeni olabilir.

Bir araştırmada, bir grup hasta dört alt gruba ayrılmış ve bir gruba “olumlu görüşme”, bir gruba “olumsuz görüşme” yapılmıştır. Olumlu görüşmenin özelliği teşhisin ve prognozun iyi açıklanması ve daha insancıl yaklaşım olarak ifade edilmiştir. Üçüncü gruba tedavi verilmiş, dördüncüye ise tedavi verilmemiştir. Bir süre sonra değerlendirme yapıldığında, en yüksek oranda iyileşme (% 64) “olumlu görüşme” yapılanlarda gözlenmiştir. “Olumsuz görüşme” grubunda iyileşme oranı % 39 bulunmuştur. Tedavi verilenlerde % 53, verilmeyenlerde ise % 50 oranında iyileşme kaydedilmiştir (73). Başka çalışmalarda da olumlu konuşmanın / tavrın hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu, insancıl olmayan yaklaşımla hekim-hasta iletişiminin ve dolayısıyla hasta memnuniyetinin sağlanamayacağı dile getirilmiştir (43). Ayrıca, hastaların en önemli kriterlerinden birinin “hekimin dinlemesi” olduğu ifade edilmiştir (43). İngiltere’de yapılan bir çalışmada, bu konuda hekimlerin hastalarla aynı yönde düşündükleri, hatta hastalardan daha (öz)eleştirel yaklaştıkları görülmüştür (74).

“İnsancılık” boyutunda memnuniyet puanlarının kurumlar arasında farklı olmasının nedenlerinden biri, bekleme ve özellikle muayene sürelerinin farklılığı olabilir. Uzun süre bekleyen bir hasta ile kısa bir süre zarfında iyi iletişim kurulabilmesi, hekimin hastayı dinlemesi, birey hastaya göre nasıl bir tavır takınılmasının uygun olacağını belirleyip, bu tavrı benimsemesi mümkün olmamaktadır.

“Psikososyal destek” boyutunda da en yüksek puan Özel Poliklinik grubuna ait olmaktadır (80.50). Belediye Dispanseri grubunun puanı (78.41), buna yakındır. Tablodaki sıralamaya göre puanlarda da düşme gözlenmektedir.

İleri analiz ile, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, Sağlık Ocağı grubunun puanı (66.18), kalan iki grubun puanlarından (sırasıyla 61.00 ve 59.78) yüksektir. Bu boyut, hekim-hasta ilişkilerinde ve iletişiminde, insancılık boyutuna göre daha ileri bir

noktayı ifade etmektedir ve memnuniyet puanlarının insancılık boyutuna göre, genel olarak, düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların duygularını ifade etmesine fırsat tanımak, onları psikolojik bakımdan rahatlatmaya çalışmak da, muayene süresi ile yakından ilgili olabilir. Sağlık Ocağı'ndaki ortalama muayene süresinin Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'ndeki sürelerden farklı olmamasına rağmen (Tablo 4.7), psikososyal destek boyutundaki memnuniyet puanının daha yüksek bulunmasında, bu kurumda aynı hekime ailenin tüm bireylerinin (yetişkinlerin ve çocukların) gelebilmesinin; bunun da hekimlerle daha yakın ilişki kurabilmelerini ve ilişkinin görece sürekliliğini sağlamasının etkisi olabilir. Ayrıca daha önce de ifade edildiği gibi, SSK Dispanseri'nde ve özellikle Semt Polikliniği'nde hekimlerin mesaiye geç başlayıp erken ayrılmaları muayene sürelerinin kısalmasına neden olmasının yanında, hastaların hekimler ve kurumlarla ilgili değerlendirmelerini olumsuz yönde etkiliyor olabilir.

"Bilgilendirme" boyutunda Özel Poliklinik grubunun en yüksek puana (75.79) sahip olduğu bulunmuştur; onu 71.92 puan ile Belediye Dispanseri'nin izlediği görülmektedir. En düşük puan (53.08) ise, Semt Polikliniği grubunda bulunmuştur. Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının puanlarının diğer üç grubun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık Ocağı grubunun puanı da kalan iki gruba göre yüksektir (Tablo 4.18). Kısa süren muayenelerde hastaya ayrıntılı bilgi verme fırsatı bulunmamaktadır. Bunun yanında, Özel Polikliniğin kuruluş amacının kurum-hasta ilişkisinin sürekliliğini gerektirmesi ve hastaların sorularına / isteklerine karşılık verilmesinin bu bakımdan önemli olması, diğer boyutlar gibi bu boyutta da memnuniyeti artırıcı etki yapmış olabilir. Belediye Dispanseri ise, yasal zorunluluktan dolayı değil, öncelikle bölge halkına hizmet vermek amacıyla kurulmuştur; bu hizmet sunumunun politik boyutu da olabilir. Başvuranların hem sağlık hizmeti hem de bilgilendirme, vb. taleplerinin karşılanmaya çalışılması, kuruluş amacı ile örtüşen bir durumdur. Sözü edilen konuların, resmî kurumlar için kurumsal önceliği bulunmamakta; yöneticilerin ve çalışanların kişisel yaklaşımları bu kurumlarda daha belirleyici olabilmektedir.

Bizim çalışmamızda, tüm gruplar birlikte değerlendirildiğinde, "bilgilendirme" boyutunda memnun olmayanların oranı % 18.9 bulunmuştur. Batı ülkelerinde yapılan bazı çalışmalarda memnun olmayanların oranları hastaneler de dahil edildiğinde (ortalama) % 15-% 54 arasında, birinci basamakta ise (ortanca) % 26 bulunmuştur(44).

En iyi klinikte dahi, hastaların % 51'inin hastalıkları ve tedavileri hakkında daha çok bilgilendirilmeyi istedikleri bildirilmiştir (17). Bu çalışmalarda, memnun olmayanların oranlarının bizim çalışmamızın bulgularından yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık, bu çalışmaların yapıldığı ülkelerde insanların sosyoekonomik durum ve öğrenim düzeyi gibi değişkenler açısından bizim çalışmamıza katılanlara göre daha iyi durumda olmaları ve beklentilerinin daha yüksek olması ile açıklanabilir.

“Yetkinlik” boyutunda en yüksek puan (82.21) Özel Poliklinik grubundadır. İkinci sırayı, Belediye Dispanseri (80.96) almakta; onu 73.84 puan ile Semt Polikliniği izlemektedir. Semt Polikliniği grubunun en yüksek puanı aldığı boyut, “yetkinlik” boyutudur. Semt Polikliniği'ne başvuran sosyal güvencesi olan hastalar için Sağlık Ocağı seçeneği de bulunmaktadır; Semt Polikliniği'nde uzman hekimlerin çalışmakta olması; bazı hastaların “uzman”ı tercih ederek Semt Polikliniği'ne başvurduklarını düşündürmektedir. Bu da, Semt Polikliniği'nin “yetkinlik” boyutunda memnuniyet puanının yüksek bulunmasının nedeni olabilir.

“Yetkinlik” boyutunda en düşük puan (66.83), SSK Dispanseri grubuna aittir. Bu kuruma başvuran hastalar için sosyal güvenceleri kapsamında başka bir seçenek bulunmamaktadır. “Uzman” veya “işinin ehli” hekim bulabileceği için değil, sosyal güvence dolayısı ile bu kuruma başvurmaktadırlar (Tablo 4.6, Tablo 4.9). Diğer kurumlara göre ortalama puan düşük olsa da, genel olarak memnuniyet ifade edilmiştir.

Sağlık Ocağı'ndan hizmet alanların, genellikle teknik ve personelle ilgili özellikler bakımından yüksek beklentileri olmadığı ve Sağlık Ocağı'nın mevcut durumunun kendi sorunlarının çözümü için yeterli olacağı kanısıyla başvurdukları düşünülebilir. Bundan dolayı, memnuniyet puanı (69.28) yüksek bulunmuş olabilir.

Hastaların uzmanlığı ve yetkinliği değerlendirmelerinin, genel olarak, yeterli bilgileri olmaması nedeniyle zor olduğu ve bu bilginin ancak hekimler ve diğer uzmanlarla uzun süreli ilişkiyi gerektiren durumlarda kazanılabileceği ileri sürülmüştür (75). Ancak, “yetkinlik” değerlendirmesinde hastaların en önemli kriterlerinden birinin hekimin sorunu net bir şekilde belirlemesi olduğu da ifade edilmiştir (43). Bazı yayınlarda ise, kişiler arası ilişkinin niteliğinin yani “insancılık” boyutunun hekimin yetkinliğine dair hastanın görüşünü belirleyici etkisi olduğu belirtilmiştir (19,43). Ayrıca, teknik donanımı iyi olan bir kurumda çalışan hekimin, kendini daha yetkin ve saygın hissedeceği ve bunun hastaların memnuniyetini artıracığı öne sürülmüştür (17).

“Fiziksel koşullar” boyutunda ortalama memnuniyet puanının en yüksek (72.58) bulunduğu kurum Belediye Dispanseri’dir. İkinci sırada 71.90 ile Özel Poliklinik grubu yer almaktadır. Puanın 50.00’nin altında kaldığı tek grup (42.28), SSK Dispanseri grubudur. Semt Polikliniği grubunun puanı, 50.00’ye yakındır. İleri analiz ile, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarına ait puanların diğer üç kurumun puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur. Sağlık Ocağı grubunun puanı Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri’nin puanlarından yüksektir. Semt Polikliniği ile SSK Dispanseri memnuniyet puanları arasında fark saptanan birkaç boyuttan biri, “fiziksel koşullar” boyutudur.

“Fiziksel koşullar” boyutunda memnuniyet puanları bakımından kurumlar arasındaki farklılıklar, araştırmacının ve görüşmecilerin (anketörlerin) gözlemleri ile de uyum göstermektedir (bkz. sayfa 26-27). En geniş ve rahat ortamın Belediye Dispanseri’nde olduğu gözlenmiştir. Televizyon izleme, bazı gazete ve dergileri okuma imkânı bulunmaktadır. Genellikle, hastaları rahatsız etmeyecek şekilde müzik yayını yapılmaktadır. Temizlik konusunda özen gösterilmektedir. Özel Poliklinik’te de fiziksel koşullar iyi olmakla birlikte, mekân darlığı söz konusudur. Memnuniyetsizlik nedenlerinin % 17.9’unun bina ile ilgili olduğu (havasız/gürültülü/soğuk olması) bulunmuştur. Sağlık Ocağı’nda mekân Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri’ndeki kadar dar değildir. Ancak, “temiz olmaması” memnuniyetsizlik nedeni olarak % 21.0 oranında dile getirilmiştir. Semt Polikliniği’nde “binanın küçük/yetersiz olması” % 9.8 oranında, SSK Dispanseri’nde ise % 10.4 oranında memnuniyetsizlik nedeni olarak ifade edilmiştir. Bir çalışmada ise, hekimlerin ve hastaların en önemli gördükleri boyutun “fiziksel koşullar” olduğu bildirilmiştir (76).

“Genel kalite” boyutunda Özel Poliklinik grubunun en yüksek puana (81.71) sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.21). Onun arkasından Belediye Dispanseri grubunun puanı (76.89) gelmektedir. Semt Polikliniği grubunun puanı memnun olma sınırını teşkil eden 50.00 puanı ancak aşmıştır. SSK Dispanseri grubunun puanı (38.01) tüm boyutlar ve tüm kurumlardaki “en düşük” puandır. İleri analiz yapıldığında, tüm kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Hastaların, hastanelerde teknik kaliteyi bir dereceye kadar “garanti” altında gördükleri ve bunun genel değerlendirmelerini etkilediği ileri sürülmüştür (42). Her ne kadar çalışmamız polikliniklerde gerçekleştirilmiş olsa da, Özel Poliklinik bir özel hastanenin giriş katında yer alan ve hastaneye ait olan bir birimdir. Bu kurumda poliklinik hastalarının kaliteyi değerlendirmeleri, bu özellikten etkilenmiş olabilir ve

puanın özellikle Belediye Dispanseri'ne göre yüksek olmasına yol açmış olabilir. SSK Dispanseri grubunun "genel kalite" boyutundaki memnuniyet puanı (38.01) çok düşük düzeyde bulunmuştur. Her şeyden önce, bu kurumun hizmet verdiği bina dispanser olarak inşa edilmemiş; SSK tarafından kiralanmıştır. Dispanser olarak kullanılabilir nitelikte değildir (bkz. sayfa 27). Teknik imkânları çok sınırlıdır ve çok kalabalık olmaktadır.

Semt Polikliniği de SSK Dispanseri'ne benzer durumdadır. Laboratuvar imkânları daha da kısıtlıdır. Büyük bir eğitim hastanesine bağlı olmasına rağmen; gerek teknik altyapı, gerek personel alt yapısı, gerekse hizmet sunumu bakımından, bunun olumlu yansımaları görülememektedir. Sağlık Ocağı için ise kişilerin beklentilerinin fazla olmadığı ve bu nedenle kaliteyi nisbeten yüksek olarak değerlendirdikleri söylenebilir. Ayrıca, Sağlık Ocağı'nda verilen aşılama hizmetleri ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı rehberliğinde titizlikle yürütülen aile plânlaması hizmetleri hastaların hem "genel kalite" boyutunda hem de diğer boyutlardaki değerlendirmelerini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

"Genel memnuniyet" boyutunda en yüksek puan (86.13) Özel Poliklinik grubuna ait olmaktadır. İkinci sırada Belediye Dispanseri grubunun puanı (83.70) gelmektedir. SSK Dispanseri grubunun puanı (46.74), en düşük puandır ve memnun olma sınır puanı olan 50.00'nin altındadır. İleri analiz sonucunda yine Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının puanları diğer üç grubunkilerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı grubunun puanı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri gruplarına göre yüksektir. Ayrıca, Semt Polikliniği grubunun puanının da SSK Dispanseri grubunun puanından yüksek olduğu görülmüştür.

"Genel memnuniyet" boyutu, ilk bakışta diğer boyutlardan farklı olarak, tüm boyutların birleştirilmesi ile elde edilen "toplam memnuniyet" in alternatifi gibi değerlendirilebilse de; çeşitli araştırmalarda ayrı bir boyut olarak ele alındığı görülmektedir (44,46,47). Bizim çalışmamızda bu boyutta hesaplanan memnuniyet puanının tüm ölçekten elde edilen toplam puan ile korelasyonu ($r = 0.7841$) yüksek bulunmakla birlikte, korelasyon katsayısı bundan büyük olan üç boyut bulunmaktadır (Tablo 4.25). Genel sorulara göre özgül soruların memnuniyetsizliği daha fazla açığa çıkarabildiğini de dikkate alarak; araştırmacı "genel memnuniyet" adı altında ayrı bir boyuta -en azından kendi çalışmasında- gerek olmadığı ve birçok özgül sorulara

verilen yanıtlar değerlendirilerek hesaplandığı için “toplam memnuniyet puanı”nı kullanmanın daha isabetli olacağı kanaatine varmıştır.

En yüksek (78.14) ortalama toplam memnuniyet puanının da Özel Poliklinik grubuna ait olduğu bulunmuştur (Tablo 4.23). Buna en yakın puan (76.43) Belediye Dispanseri grubundur. En düşük puanın (54.81) ise SSK Dispanseri grubuna ait olduğu görülmektedir. İleri analizde, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri gruplarının ortalama toplam memnuniyet puanları Sağlık Ocağı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nin puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı grubunun puanı ile Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri puanları arasında anlamlı fark vardır.

Tek tek boyutların tartışılmasında, memnuniyet puanları bakımından kurumlar arasındaki farklılıkların olası nedenlerine değinilmiştir. Çalışmamızda, hemen dikkati çeken bir nokta, iki özel kurumdan (Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri) hizmet alanların memnuniyet puanlarının tüm boyutlarda ve nihayet “toplam memnuniyet puanı” olarak, resmî kurumlardan (Sağlık Ocağı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri) hizmet alanların puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmasıdır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada da, özel kurumlardan hizmet alanların resmî kurumlardan hizmet alanlara göre daha memnun olduğu gösterilmiştir (75).

Özel Poliklinik kâr amacı gütmektedir. Varlığını sürdürmesi hastaları memnun etmekten geçmektedir. Sistemli bir şekilde memnuniyet çalışmaları yapılmasa da, hastaları memnun edebileceği düşünülen konularda duyarlı davranılmakta, hastaların ve hasta yakınlarının yönetime ulaşan istek ve şikâyetleri dikkate alınmakta, gereği büyük ölçüde yerine getirilmektedir. Veri toplama aşamasında, araştırmacı bunun bir örneğine tanık olmuştur.

Belediye Dispanseri de aslında bir özel kurumdur. Diğerinden farkı kâr amaçlı olmamasıdır. Yetkililerce, kamuya ait hastane bulunmayan, buna karşılık özel kurumların sayısının hızla arttığı ilçede, belediye olarak halka düşük ücret karşılığında kaliteli hizmet sunulmasının amaçlandığı ifade edilmektedir. Siyasî kimliği ön plânda olan yerel yöneticilerin tasarrufu olması dolayısıyla siyasî boyutu da olabilen bu hizmetin sunumunda, başvuruların memnun edilmesi öncelikli bir konu olarak görülmektedir. Ayrıca, fakir olduğunu belgeleyen hastalardan muayene ve tetkikler için ücret alınmaması, bazılarının ilaçlarının da sağlanması (bkz. sayfa 26) bu kurumda memnuniyet puanlarını yükseltici etki yapmış olabilir.

Hem Özel Poliklinik'te hem de Belediye Dispanseri'nde temel branşlarda 24 saat hizmet verilmesi, kurum-hasta ilişkisinin sürekliliğini pekiştirerek memnuniyete katkıda bulunuyor olabilir. Ayrıca, bu iki kurumda hekimlerin çalışmaları ile orantılı ücret almaları yanında, hizmete yönelik istek ve önerilerinin yöneticilerce dikkate alınması hekimlerin iş doyumlarını artırabilir ve bu da hasta memnuniyetine yansiyabilir.

Resmî kurumlarda ise durum farklılık göstermektedir. Hastaların memnun olmasını sağlamak gibi kurumsal bir amaçları bulunmamaktadır. Kurum-hasta ilişkisinin sürekliliği de temel bir konu değildir. Kararları merkezî yönetim almakta, kurum yöneticilerinin yetkileri sınırlı kalmaktadır. Hekimler sabit ücret karşılığı çalışmaktadırlar. Gerek fiziksel koşulların, gerekse teknik imkânların yetersiz olması, hastaların olduğu kadar hekimlerin ve diğer çalışanların da doyumunu azaltan etkenler olabilmektedir.

Hastalara son olarak, seçme imkânları olması halinde hangi kurumu tercih edecekleri sorulmuştur. Özel Poliklinik grubunda "aynı kurum"u tercih edecek olanların oranının (% 79.6) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.9). Belediye Dispanseri grubunun yaklaşık yarısı (% 48.5) "aynı kurum"u tercih edeceğini ifade etmiştir. Diğer üç kurumda da -tümü resmî kurum- "özel kurum"u tercih edeceğini söyleyenlerin oranları yüksektir. En yüksek "özel kurumu tercih" oranı ise SSK Dispanseri grubundadır (% 67.8). Bu bulgular, kurumlara göre memnuniyet puanları ile uyumludur; memnuniyet puanı yüksek olan kurumda "aynı kurumu tercih" oranı da yüksek bulunmuştur. En düşük ortalama "toplam memnuniyet puanı" (54.81) SSK Dispanseri grubuna aittir; grubun sadece % 11.2'si "aynı kurum"u tercih edeceğini ifade etmiştir. Nitekim, lojistik regresyon analizinde, araştırmaya katılan bir hastanın Özel Poliklinik'ten hizmet almasının, memnun olma olasılığını SSK Dispanseri'ne göre tahminen 9.71 kat [odds ratio (OR) = 9.71] artırdığı hesaplanmıştır (Tablo 4.11).

Sağlık Ocağı'nda, "aynı kurum"u tercih edeceğini söyleyenlerin oranı (% 6.4) çok düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılanlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, "üniversite hastanesi"ni tercih edecekler ile "devlet hastanesi"ni tercih edeceklerin oranlarının yaklaşık aynı düzeyde (% 8.8 ve % 9.1) ve "özel kurum" tercihi ile karşılaştırıldıklarında anlamlı düzeyde düşük oldukları görülmektedir (Tablo 4.9).

Tüm grubun yaklaşık üçte biri (% 33.6) hizmet aldığı kurumu tekrar tercih edeceğini ifade etmiştir. "Özel" ve "resmî" olarak iki gruba ayrılarak değerlendirme yapıldığında, özel kurumları tercih edeceklerin oranı % 69.6 olarak bulunmaktadır. Özel kurumlara bu derece yönelme eğiliminin olması, özel kurumların çekiciliğinden çok,

resmî kurumların iticiliğinden kaynaklanabilir. Ayrıca, özel sektörden hizmet alabilecek parasal güce sahip olmak, seçebilme imkânını da beraberinde getirmektedir. Oysa, resmî sosyal güvencesi olanların ve düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin seçme imkânları çok kısıtlı olmaktadır. İsviçre’de yapılan bir araştırmada, kurum / hekim seçme imkânları olmayan hastaların memnuniyet düzeylerinin, seçme imkânı olanlara göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (77).

Bizim çalışmamızda, resmî kurumlarda hekimlerin hasta muayenesi dışındaki işlerle de (çeşitli nedenlerle sağlık raporu düzenleme, reçete tekrarı, doğrudan sevk talepleri, vb.) ilgilenmeleri, sabit ve düşük ücretle çalıştırılmaları ve dolayısıyla iş doyumlarının düşük olması, hasta memnuniyetini azaltan birer etken olabilirler.

Memnuniyeti etkileyebilecek olan, ancak çalışmamızda değerlendirilmeyen, birtakım faktörler de bulunmaktadır. Örneğin, kurumda çalışan personel (hekim, hemşire ve diğerleri) sayısının ve bunların niteliğinin önemli olduğu belirtilmiştir (43).

Ayrıca, “hastalık” da memnuniyeti etkileyen temel bir etkidir. Klinik belirsizliğin yüksek olduğu hastalıklarda, memnuniyetsizlik oranının arttığı bildirilmiştir (43,75). Bir başka çalışmada, “minör” hastalığı olanların “majör” hastalığı olanlara göre daha memnun bulunduğu belirtilmiştir (63). “Kronik” hastalığı olanların ise sağlık hizmetleri konusunda “uzmanlaştığı”, daha eleştirel yaklaştıkları ve daha az memnun oldukları ileri sürülmüştür (17,75).

Bir kurumdaki hekimlerin sık değişmesi de ilişkinin sürekliliğini engelleyerek memnuniyetsizliğe neden olabilir (33).

5.2. Araştırmada Kullanılan Memnuniyet Ölçeği ve Uygulanması ile İlgili Tartışma

Bu araştırmada kurum başına ortalama 215 kişi ile görüşülmüştür. Kullanılan ölçeğin oluşturulmasında yararlanılan ve İngiltere’de geliştirilen bir ölçeğin kılavuzunda 220 kişiye uygulanması öngörülmüştür (48). Bir meta-analiz çalışmasında, incelenen yayınlarda kurum başına ortalama hasta sayısı 200.5, ortancası ise 73.0 bulunmuştur. En büyük gruplar (3780 ve 3887 kişiyi kapsayan iki çalışma) çıkarıldığında ortalama sayının 143.3’e, ortancanın 50.0’ye düştüğü görülmüştür. Ortancanın düşük olmasının, birden fazla kurumda yapılmış araştırmalarda kurum başına düşen hasta sayısının az olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir (50).

Araştırmamıza katılanların anketi yanıtlama oranları % 71.1 - % 81.0 (ortalama = % 76.5) arasında bulunmuştur (Tablo 3.1). Yukarıda sözü geçen makalede bu oran ortalama % 76.7 olarak bulunmuştur (50). Bizim çalışmamızda kullanılan ölçeğin oluşturulmasında yararlanılan bir ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda ise yanıtlama oranları % 65 ile % 90 arasında gerçekleşmiştir (48). Ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeyenlerin “memnuniyetsiz” olması ve dolayısıyla sonuçların farklı çıkmış olması olasılığı vardır (18,29).

Bizim çalışmamızda veriler, muayene sonrasında ve 5’li Likert tipi bir ölçek kullanılarak toplanmıştır. Sözü edilen meta-analizde, incelenen çalışmaların % 52’sinde (3-7’li, çoğunluğu 5’li) Likert ölçeği kullanıldığı bildirilmiştir (50).

Çalışmamızda kullanılan ölçekte 31 madde vardır. İncelenen araştırmalarda kullanılan ölçeklerdeki madde sayılarının 1-101 arasında değiştiği; ancak ortalamanın düşük olduğu (ortalama = 14.8, ortanca = 8.0) kaydedilmiştir (50). Çalışmamızın pilot uygulamasında madde sayısı daha fazla iken, yanıtlama oranının düştüğü görülerek sayı azaltılmıştır. Ancak, bir çalışma, soru sayısı ile yanıtlama oranı arasında ilişki olmadığını göstermiştir (50) .

Araştırmamızda kullanılan ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.92 (Tablo 3.3), alt ölçeklerin katsayıları ise 0.45-0.78 (Tablo 3.4) olarak bulunmuştur. Meta-analiz çalışmasında, gözden geçirilen yayınların sadece % 20’sinde “güvenirlik” ile ilgili ayrıntılı bilgi verildiği saptanmıştır ve güvenilirlik katsayıları (Cronbach α) 0.66 - 0.88 arasında bildirilmiştir (50) .

5.3. Memnuniyet Araştırmaları ile İlgili Genel Değerlendirme

Memnuniyet araştırmalarında, memnun olanların oranı genellikle yüksek bulunmaktadır (15,19,43,76). Yalnızca durumun çok kötü olması halinde, memnuniyetsizliğin ifade edildiği, bunun nedeninin de beklentilerin düşük olması ve / veya sağlık profesyonellerine karşı edilgen bir rol benimsenmesi olabileceği ileri sürülmektedir (15). Hasta rolü ve onun getirdiği edilgenlik, sağlık profesyonellerine *ataerkil* (paternalistic) bir rol biçmektedir. Bu durumda memnuniyet ifadesi, mutlaka eleştirel değerlendirme yapıldığının değil; aksine, yorumsuzluğun veya *tıbbi ataerkilliğin* kabul edilmesinin göstergesi olabilmektedir (15).

Ayrıca, memnuniyet araştırmalarının çoğunluğunun *niceliksel* olmasının da memnuniyet düzeyinin yüksek bulunmasında payı olabilmektedir. Niceliksel yöntemin doğasında *indirgemecilik* vardır. Örneğin, “Aldığım hizmeti değerlendirdim; hizmetten memnunum”dan, “Değerlendirme yapacak yeterlikte olduğumu sanmıyorum, ancak görevlilere güveniyorum”a; hatta “Hizmet çok kötü idi, ama eleştirmek istemem; sonuçta ellerinden geleni yapıyorlar”a kadar farklı fikirlerin tümü tek kategoriye *indirgenerek* “memnuniyet ifadesi” olarak değerlendirilebilmektedir (15).

Memnuniyet düzeylerinin, gerçekte olduğundan daha yüksek bulunmasının sakıncaları, birden fazla kurumu karşılaştıran çalışmalara göre, tek kurumda yapılan araştırmalarda daha belirgin olabilir.

Genel memnuniyetin hizmetle ilgili birçok faktörden etkilenmesi nedeniyle, sadece genel memnuniyetin veya az sayıda boyuttan memnuniyetin ölçülmesi halinde de sonuçlar yanıtıcı olabilmektedir (33).

Çeşitli boyutların birleştirilerek, bir “toplam memnuniyet indeksi” hesaplanmasının doğru olup olmadığı önemli bir sorun olarak görülmektedir. Her boyutun bir ağırlığı olması gerektiği ifade edilmekle birlikte, henüz geliştirilmiş bir model olmadığı ve eşit ağırlıklı hesaplamalar yapıldığı kaydedilmektedir (17).

Yöntem farklılıkları nedeniyle memnuniyet araştırmaları arasında karşılaştırma yapmak çok zor, hatta çoğu zaman imknsız olmaktadır (79). Bunun yanı sıra, farklı kültürler arasında ve farklı sağlık sistemleri arasında karşılaştırma yapmak da çok karmaşık bir iştir ve sonuçları yanıtıcı olabilmektedir (43,80).

BÖLÜM 6

SONUÇ ve ÖNERİLER

Memnuniyet üzerinde etkisi olan değişkenlerin, “yaş”, “kurum”, “muayene edilme durumu”, “bekleme süresi” ve “muayene süresi” olduğu bulunmuştur. “Cinsiyet”, “sosyal güvence”, “öğrenim durumu” ve “kuruma geliş sayısı”nın memnuniyet üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 4.11).

Yaş grupları içinde, “55 yaşından büyük olma”nın memnun olma olasılığını tahminen 2.88 kat artırdığı hesap edilmiştir.

Araştırmaya katılan bir hastanın Özel Poliklinik'ten hizmet alması, memnun olma olasılığını SSK Dispanseri'ne göre, tahminen 9.71 kat artırmaktadır. Memnun olma olasılığı, Belediye Dispanseri'nden hizmet alınması halinde tahminen 12.07 kat, Sağlık Ocağı'ndan hizmet alınması halinde 6.13 kat, Semt Polikliniği'nden hizmet alındığında ise tahminen 1.97 kat arttığı bulunmuştur.

“Ayrıntılı muayene edilme” durumunda memnun olma olasılığı “hiç muayene edilmeme”ye göre tahminen 6.22 kat daha fazla olmaktadır.

Muayeneden önce “0-20 dakika bekleme”nin memnun olma olasılığını “60 dakikadan fazla bekleme”ye göre tahminen 3.13 kat, “21-40 dakika bekleme”nin 2.47 kat, “41-60 dakika beklemenin ise 2.32 kat artırdığı hesaplanmıştır.

Ayrıca, muayene süresinin “10 dakikadan uzun” olması durumunda “1-5 dakika” olmasına göre memnun olma olasılığı tahminen 2.08 kat daha fazla olmaktadır.

“Muayene süresi”nin uzaması ile “muayene edilme” (fizik muayene yapılma) oranının yükseldiği ($r = -0.4934$, $p < 0.001$) bulunmuştur. Bekleme süresi ile muayene süresi arasında ($r = -0.1385$, $p < 0.001$) ve “muayene edilme” durumu arasında ise ($r = -0.1873$, $p < 0.001$) çok zayıf bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.14).

Muayene öncesi “bekleme süresi”nden memnun olmadığını ifade edenlerin ortalama tahmini bekleme süresi 74.8 dakika, memnun olanların bekleme süresi ise 21.7 dakika bulunmuştur (Tablo 4.12); süreler arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.0001$).

Muayene süresinden memnun olanların ortalama tahmini muayene süresi 9.8 dakika, memnun olmayanların muayene süresi ise 5.0 dakika olarak belirlenmiştir (Tablo 4.12). Süreler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.0001$).

Bekleme süresi, muayene süresi ve sunulan hizmetleri kapsayan “bulunabilirlik / ulaşılabilirlik” boyutunda en yüksek memnuniyet puanınının (79.26) Özel Poliklinik grubuna ait olduğu; onu, Belediye Dispanseri'nin (75.76) izlediği bulunmuştur (Tablo 4.15). Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri'nin puanları diğer üç kurumun puanlarından yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı'nın puanı da (68.75) Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nin puanlarından yüksektir. Semt Polikliniği'nin puanı “memnun olma”yı ifade eden 50.00 puan sınırının altında kalan tek kurumdur (47.78). SSK Dispanseri grubunun puanı (50.28) ise sınırdadır bulunmuştur. Bu iki kurumun puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

“İnsancılık” boyutunda , Özel Poliklinik ile Belediye Dispanseri'nin memnuniyet puanları (sırasıyla 82.73 ve 81.67) arasında anlamlı fark olmadığı; ancak bu iki kurumun puanlarınının diğer üç kurumun puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.16). Sağlık Ocağı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri puanları arasında fark saptanmamıştır (sırasıyla 66.98, 66.52, 65.49).

“Psikososyal destek” boyutunda da, Özel Poliklinik (80.55) ile Belediye Dispanseri (78.41) puanları arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 4.17). Her iki kurumun puanı da, diğer üç kurumun puanlarından yüksek bulunmuştur. Ayrıca, Sağlık Ocağı'nın puanı (66.18), SSK Dispanseri'nin puanından (59.78) yüksektir.

“Bilgilendirme” boyutunda Özel Poliklinik grubunun puanı (75.79), diğer tüm kurumların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.18). Belediye Dispanseri'nin puanınının diğer üç kurumun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık Ocağı grubunun puanı da kalan iki gruba göre yüksektir.

“Yetkinlik” boyutunda, Özel Poliklinik ile Belediye Dispanseri gruplarının puanları (sırasıyla 82.21 ve 80.96), diğer üç kurumun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Semt Polikliniği'nin puanı (73.84), Sağlık Ocağı ve SSK Dispanseri'nin puanlarına göre yüksektir. Semt Polikliniği grubunun en yüksek puanı aldığı boyut, “yetkinlik” boyutudur. Sağlık Ocağı (69.28) ve SSK Dispanseri (66.83) puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

“Fiziksel koşullar” boyutunda, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri'nin puanları (sırasıyla 71.90 ve 72.58) arasında anlamlı fark olmadığı; ancak bu iki kurumun ortalama memnuniyet puanlarının diğer üç kurumun puanlarından yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.20). Sağlık Ocağı'nın puanı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nin puanlarından yüksektir. Semt Polikliniği ile SSK Dispanseri'nin memnuniyet puanları arasında da fark saptanmıştır. Puanı 50.00'nin altında olan, yani “hastalarının memnun olmadığı” tek kurum (42.28), SSK Dispanseri'dir.

“Genel kalite” boyutunda, Özel Poliklinik grubunun puanı (81.71), diğer tüm kurumların puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.21). Belediye Dispanseri'nin puanı (76.89) kalan üç kurumun puanlarından yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı'nın puanının (64.49), Semt Polikliniği (51.69) ile SSK Dispanseri'nin (38.01) puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, Semt Polikliniği'nin memnuniyet puanı, SSK Dispanseri'nin puanından (38.02) anlamlı düzeyde yüksektir. Semt Polikliniği'nin puanı (51.69) “memnun olma”yı ifade eden 50.00 puan sınırını ancak aşmaktadır. SSK Dispanseri'nin puanı ise (38.01) tüm boyutlar ve tüm kurumlardaki “en düşük” puandır; bu kurumdaki hastalar “genel kalite” boyutunda “memnuniyetsizlik” ifade etmişlerdir.

Tüm boyutların birlikte değerlendirilmesi ile hesaplanan “toplam memnuniyet puanları” bakımından kurumlar karşılaştırıldığında, Özel Poliklinik (78.14) ile Belediye Dispanseri'nin (76.43) puanları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı; ancak bu iki kurumun puanlarının diğer üç kurumun puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.23). Sağlık Ocağı'nın puanı (64.73) Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nin puanlarından yüksektir. Semt Polikliniği (57.32) ile SSK Dispanseri'nin (54.81) puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Bu araştırmada değerlendirilen özel kurumlarda hasta memnuniyetinin tüm boyutlarda resmî kurumlara göre yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık kurumlarının büyük çoğunluğunun kamu sektörüne ait olduğu gerçeğinden hareketle, sağlık hizmetleri alanında Toplam Kalite Yönetimi uygulamasına geçilmesi konusunda en önemli görevi ve önderlik rolünü kamu yönetiminin üstlenmesi gerekmektedir.

Kurumların fiziksel özellikleri konusunda öncelikle mevcut mevzuatın öngördüğü -ve gereken yeni düzenlemeler de yapılarak- koşullar daha titizlikle uygulanmalı; özel ve kamu sağlık kurumları için farklı uygulamalar yapılmamalıdır.

Tıp fakültelerinin ve sağlık personeli yetiştiren diğer okulların müfredat programlarına, "iletişim becerileri" konusunda teorik ve uygulamalı eğitim konulmalıdır. Bu konuda eğitim verilen hekimlerin hastalarının daha memnun olduğu gösterilmiştir (81).

Bekleme sürelerinin en aza indirilmesi için "randevu sistemi" uygulanabilir. Kaçınılmaz gecikmeler olduğunda ise, bekleyenlere nedeninin ve ne kadar süreceğinin açıklanması gerekir.

Muayene sürelerine standart getirmek zor olabilir; ancak her hastaya fizik muayene yapılmasını sağlamak amacıyla ve daha başka birçok yararı da beraberinde getireceği için "kayıt sistemi" uygulanmalı ve bu konuda kurumsal standartlar geliştirilmelidir.

Hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla, kurumlar kendi bünyelerinde ekip oluşturmalı ve kendi koşullarına uygun araştırmalar plânlayarak; bu araştırmaları belirli aralıklarla, düzenli olarak yapmalıdırlar. Bunların sonuçlarına göre, gerekli düzenlemeler yapılmalıdır; kurumda değişen *birşeyler* olduğunu gören hastalar da hem daha memnun olacaklar, hem de bu tür çalışmalara daha fazla ilgi göstereceklerdir.

BÖLÜM 7

Ö Z E T

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Ümraniye’de ayaktan bakım hizmeti veren farklı statülerdeki beş sağlık kuruluşunda hasta memnuniyetinin ölçülmesi, kurumların bu açıdan karşılaştırılması ve memnuniyeti etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, beş iş günü boyunca, kurumlara rahatsızlığı nedeniyle başvuran, 15 yaşın üstündeki kişilere yüz yüze anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 1074 kişi katılmıştır. Özel Poliklinik’te 201, Belediye Dispanseri’nde 237, Sağlık Ocağı’nda 188, Semt Polikliniği’nde 206 ve SSK Dispanseri’nde de 242 hasta ile görüşülmüştür.

Memnuniyeti “yaş”, “kurum”, “bekleme süresi”, “muayene süresi” ve “muayene edilme durumu” değişkenlerinin etkilediği saptanmıştır. “Cinsiyet”, “öğrenim durumu”, “sosyal güvence” ve “kuruma geliş sayısı” etkisiz bulunmuştur.

“Muayene süresi”nin uzaması ile “muayene edilme” (fizik muayene yapılma) oranının yükseldiği ($r = -0.4934$, $p < 0.001$) bulunmuştur. Bekleme süresi ile muayene süresi arasında ($r = -0.1385$, $p < 0.001$) ve “muayene edilme” durumu arasında ise ($r = -0.1873$, $p < 0.001$) çok zayıf bir ilişki saptanmıştır.

Muayene öncesi “bekleme süresi”nden memnun olmadığını ifade edenlerin ortalama tahmini bekleme süresi 74.8 dakika, memnun olanların bekleme süresi ise 21.7 dakika bulunmuştur; süreler arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.0001$).

Muayene süresinden memnun olanların ortalama tahmini muayene süresi 9.8 dakika, memnun olmayanların muayene süresi ise 5.0 dakika olarak belirlenmiştir. Süreler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.0001$).

“Bulunabilirlik / ulaşılabilirlik” boyutunda en yüksek memnuniyet puanının (79.26) Özel Poliklinik grubuna ait olduğu; onu, Belediye Dispanseri’nin (75.76) izlediği bulunmuştur. Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri’nin puanları diğer üç kurumun puanlarından yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı’nın puanı da (68.75) Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri’nin puanlarından yüksektir. Semt Polikliniği’nin puanı “memnun olma”yı ifade eden 50.00 puan sınırının altında kalan tek kurumdur (47.78).

SSK Dispanseri grubunun puanı (50.28) ise sınırdadır bulunmuştur. Bu iki kurumun puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

“İnsancılık” boyutunda , Özel Poliklinik ile Belediye Dispanseri'nin memnuniyet puanları (sırasıyla 82.73 ve 81.67) arasında anlamlı fark olmadığı; ancak bu iki kurumun puanlarının diğer üç kurumun puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur Sağlık Ocağı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri puanları arasında fark saptanmamıştır (sırasıyla 66.98, 66.52, 65.49).

“Psikososyal destek” boyutunda da, Özel Poliklinik (80.55) ile Belediye Dispanseri (78.41) puanları arasında anlamlı fark yoktur. Her iki kurumun puanı da, diğer üç kurumun puanlarından yüksek bulunmuştur. Ayrıca, Sağlık Ocağı'nın puanı (66.18), SSK Dispanseri'nin puanından (59.78) yüksektir.

“Bilgilendirme” boyutunda Özel Poliklinik grubunun puanı (75.79), diğer tüm kurumların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Belediye Dispanseri'nin puanının diğer üç kurumun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık Ocağı grubunun puanı da kalan iki gruba göre yüksek bulunmuştur.

“Yetkinlik” boyutunda, Özel Poliklinik ile Belediye Dispanseri gruplarının puanları (sırasıyla 82.21 ve 80.96), diğer üç kurumun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Semt Polikliniği'nin puanı (73.84), Sağlık Ocağı ve SSK Dispanseri'nin puanlarına göre yüksektir. Semt Polikliniği grubunun en yüksek puanı aldığı boyut, “yetkinlik” boyutudur. Sağlık Ocağı (69.28) ve SSK Dispanseri (66.83) puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

“Fiziksel koşullar” boyutunda, Özel Poliklinik ve Belediye Dispanseri'nin puanları (sırasıyla 71.90 ve 72.58) arasında anlamlı fark olmadığı; ancak bu iki kurumun ortalama memnuniyet puanlarının diğer üç kurumun puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık Ocağı'nın puanı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nin puanlarından yüksektir. Semt Polikliniği ile SSK Dispanseri'nin memnuniyet puanları arasında da fark saptanmıştır. Puanı 50.00'nin altında olan, yani “hastalarının memnun olmadığı” tek kurum (42.28), SSK Dispanseri'dir.

“Genel kalite” boyutunda, Özel Poliklinik grubunun puanı (81.71), diğer tüm kurumların puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Belediye Dispanseri'nin puanı (76.89) kalan üç kurumun puanlarından yüksek bulunmuştur. Sağlık Ocağı'nın puanının (64.49), Semt Polikliniği (51.69) ile SSK Dispanseri'nin (38.01) puanlarından

yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, Semt Polikliniği'nin memnuniyet puanı, SSK Dispanseri'nin puanından (38.02) anlamlı düzeyde yüksektir. Semt Polikliniği'nin puanı (51.69) "memnun olma"yı ifade eden 50.00 puan sınırını ancak aşmaktadır. SSK Dispanseri'nin puanı ise (38.01) tüm boyutlar ve tüm kurumlardaki "en düşük" puandır; bu kurumdaki hastalar "genel kalite" boyutunda "memnuniyetsizlik" ifade etmişlerdir.

Tüm boyutların birlikte değerlendirilmesi ile hesaplanan "toplam memnuniyet puanları" bakımından kurumlar karşılaştırıldığında, Özel Poliklinik (78.14) ile Belediye Dispanseri'nin (76.43) puanları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı; ancak bu iki kurumun puanlarının diğer kurumların puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık Ocağı'nın puanı (64.73) Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri'nin puanlarından yüksektir. Semt Polikliniği (57.32) ile SSK Dispanseri'nin (54.81) puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Sonuç olarak, belediye tarafından işletilen ve özel kurum statüsünde olan Belediye Dispanseri ile Özel Poliklinik'te memnuniyet puanlarının tüm boyutlarda Sağlık Ocağı, Semt Polikliniği ve SSK Dispanseri hastalarının memnuniyet puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kurumların fiziksel özellikleri konusunda mevzuatın titizlikle uygulanması, sağlıkla ilgili okulların müfredat programlarına, "iletişim becerileri" konusunda teorik ve uygulamalı eğitim konulması, bekleme sürelerinin en aza indirilmesi için "randevu sistemi" uygulanması ve her hastaya fizik muayene yapılmasını sağlamak için "kayıt sistemi" uygulanması önerilmiştir.

Hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla, kurumların kendi bünyelerinde ekip oluşturmaları ve kendi koşullarına uygun araştırmaları düzenli olarak yapmaları ve sonuçları değerlendirerek gereken düzenlemeleri en kısa sürede gerçekleştirmelerinin gereği ve yararı vurgulanmıştır.

SUMMARY

The aim of this descriptive study was to measure patient satisfaction at five health facilities which deliver ambulatory care service at Ümraniye district of Istanbul, to compare them in this regard and to establish factors influencing satisfaction.

The study was conducted by face-to-face interview with persons older than 15 years of age who admitted the facilities throughout five days. The study group was composed of 1074 patients. There were 201 patients at the outpatient clinic belonging to private sector (Private Outpatient Clinic), 237 patients at the outpatient clinic belonging to the district municipality (Municipal Outpatient Clinic), 188 patients at the health center belonging to the Ministry of Health (District Health Center), 206 patients at the outreach clinic belonging to a state hospital (Outreach Clinic) and 242 patients at the dispensary belonging to the Social Insurance Institution.

“Age”, “facility”, “waiting time”, “consultation time” and “presence or absence of physical examination” were the variables affecting patient satisfaction. “Sex”, “level of education”, “presence or absence of social insurance” and “number of visits” were found to have no effect on satisfaction.

As the length of “consultation time” increases, the rate of “having undergone physical examination” becomes higher ($r = -0.4934$, $p < 0.001$). Only a weak correlation was found between “waiting time” and “consultation time” ($r = -0.1385$, $p < 0.001$) and also between “waiting time” and “having undergone physical examination” ($r = -0.1873$, $p < 0.001$).

The mean perceived waiting time for those who expressed dissatisfaction with waiting time was 74.8 minutes. For those who expressed satisfaction, it was 21.7 minutes. The difference between them was found to be statistically significant.

The mean perceived consultation time for the ones who expressed satisfaction with consultation time was 9.8 minutes, while it was 5.0 minutes for dissatisfied patients. The difference was again statistically significant.

Private Outpatient Clinic had the highest satisfaction score (79.26) at the dimension of “availability / accessibility”. It was followed by Municipal Outpatient Clinic (75.76). Their scores were found to be significantly higher than the scores of the other three facilities. The score of the Outreach Clinic (47.78) was the only one below 50.00 which is the threshold value for satisfaction.

No significant difference was found between the scores of Private Outpatient Clinic and Municipal Outpatient Clinic at the dimension of “humaneness” (82.73 and 81.67, respectively). Their scores were again significantly higher than those of the remaining three facilities.

There was no significant difference between the scores of Private Outpatient Clinic and Municipal Outpatient Clinic at the dimension of “attention to psychosocial problems” (80.55 and 78.41), respectively). They were higher than those of the other facilities. The score of District Health Center (66.18) was higher than those of the remaining two facilities.

The score of Private Outpatient Clinic (75.79) at the dimension of “informativeness” was found to be significantly higher than the scores of all other facilities. The score of Municipal Outpatient Clinic (71.92) was again higher than those of the other three.

At the dimension of “competence”, the scores of Private Outpatient Clinic and Municipal Outpatient Clinic (82.21 and 80.96, respectively) were significantly higher than those of the others. The highest score that Outreach Clinic got among all dimensions is at the dimension of “competence” (73.84).

At the dimension of “accommodation”, the scores of Private Outpatient Clinic and Municipal Outpatient Clinic (71.90 and 72.58, respectively) were found to be significantly higher than the others. The only facility whose score is below 50.00, i.e. whose patients are dissatisfied, was Social Insurance Dispensary (42.28).

The score of Private Outpatient Clinic (81.71) was highest of all at the dimension of “overall quality”. The score of Municipal Outpatient Clinic (76.89) was higher than those of the others. The score of Social Insurance Dispensary (38.01) was the lowest among all facilities and at all dimensions.

When the facilities were compared with respect to “total satisfaction score” computed from all dimensions, there found to be no statistically significant difference between the scores of Private Outpatient Clinic and Municipal Outpatient Clinic (78.14 and 76.43, respectively). They are higher than the scores of the others. The score of District Health Center (64.73) was also higher than the scores of the remaining two facilities. No significant difference was detected between the scores of Outreach Clinic and Social Insurance Dispensary (57.32 and 54.81, respectively).

To summarize, the patients at Private Outpatient Clinic and Municipal Outpatient Clinic were found more satisfied than those of other facilities.

It was suggested that regulations about physical conditions of health facilities should be applied meticulously; theoretical and applied training programs on “communication skills” should be implicated into the curricula of health-related schools; “appointment system” should be implemented to minimize waiting times and a “registration system” should be developed to ensure that each patient undergoes physical examination.

It was also stressed that each and every facility should have a team to measure patient satisfaction and also to establish their expectations at regular intervals and improve their conditions accordingly.

BÖLÜM 8

KAYNAKLAR

1. Uz MH. Temel sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli iyileştirilmesi için gereken önkoşullar ve bu konudaki Danimarka tecrübeleri. Çoruh M, ed. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yeri. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s. 49-55, 1995.
2. Özcan KC. Sağlık hizmetlerinde kalite. Çoruh M, ed. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s.57-60, 1997.
3. Özgen H. Sağlık bakım hizmetlerinde kalite nedir? Hasta tatmin boyutuyla ilgili ibr değerlendirme. Toplum ve Hekim, 10 (69-70): 47-53, 1995.
4. Morgil O, Küçükçirkin M. TOBB'nin sağlıkta toplam kalite yönetimine bakışı. Çoruh M, ed. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yeri. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s. 29-35, 1995.
5. Erkut H. Hizmet Kalitesi. İstanbul: İnterbank TKY Dizisi. Yayın no.2,1995.
6. Ersoy K, Özgen H. Sağlık bakımında, hizmetlerinde kalitenin gelişimine kısa bir bakış. Önce Kalite, 13: 5-9, 1995.
7. Öztekin Z. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite kavramı. Çoruh M, ed. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yeri. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s. 37-40, 1995.
8. Aktürk R. Sağlıkta kalite. Önce Kalite, 7: 4-7, 1994.
9. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA, 260 (12): 1743-1748, 1988.
10. Jones RB, Carnon AG, Wylie H, Hedley AJ. How do we measure consumer opinions of outpatient clinics? Public Hlth, 107: 235-241, 1993.
11. Carey RG, Seibert JH. A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. Med Care, 31 (9): 834-845, 1993.
12. Leebow L, Scott G. Service Quality Improvement - The Customer Satisfaction Strategy for Health Care. American Hospital Press, 1994.
13. Tengilimoğlu D. Ankara'da bir üniversite hastanesinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi. Çoruh M, ed. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s.103-111, 1997.
14. Haslock I. Quality of care and patient satisfaction. Br J Rheum, 35: 382-384, 1996.
15. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? Soc Sci Med 38 (4): 509-516, 1994.

16. Vuori H. Patient satisfaction - an attribute or indicator of the quality of care? Qual Rev Bull, 13: 106, 1987.
17. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Hlth Med, 14 (3): 236-249, 1992.
18. Omachonu VK. Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations. Georgia: Institute of Industrial Engineers and American Society for Quality Control, 1991.
19. Fitzpatrick R. Surveys of Patient Satisfaction: I - Important General Considerations. Br Med J, 302: 887-889, 1991.
20. Taylor S. Distinguishing service quality from patient satisfaction in developing health care marketing strategies. Hosp and Hlth Serv Adm, 39 (2): 221-236, 1994.
21. Simpson M, et al. Doctor-patient communication: The Toronto consensus. Br Med J, 260 (1): 1385-1387, 1991.
22. Baker R. The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice. Fam Pract, 8 (2): 171-177, 1991.
23. Esatoğlu AE, Ersoy K. Hasta tatmininin ölçülmesi. Çoruh M, ed. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s.61-71, 1997.
24. Kavrakoğlu İ. Toplam Kalite Yönetimi . 2.Basım. İstanbul: KalDer Yayınları No.2, 1994.
25. Hill N. Handbook of Customer Satisfaction Measurement. Cambridge: Gower Publishing Limited, 1996.
26. Çoruh M. 1. Basamak sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi. Çoruh M, ed. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yeri. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s.23-28, 1995.
27. Özcan C. Devlet hastanelerinde TKY'nin uygulanabilirliği. Çoruh M, ed. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s. 9-14, 1997
28. Şimşek M. Kalite Yönetimi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayın No. 584, 1996.
29. Öztekin Z. Koruyucu sağlık hizmetlerinde kalite. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 4: 2-4, 1994.
30. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara: HÜ-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını. No.2, 1983.
31. Eren N, Öztekin Z. Halk sağlığının gelişmesi. Bertan M, Güler Ç, ed. Halk Sağlığı (Temel Bilgiler). Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı. Ankara, Güneş Kitabevi, 3-12, 1995.

32. Redhouse İngilizce-Türkçe Sözlük. 9.Basım. İstanbul: Redhouse yayınevi, 1983.
33. Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med*, 9 (4): 389-399, 1986.
34. Roberts J, Caole J, Redman R. A history of the JCAH. *JAMA*, 258: 936-940, 1987.
35. Hayran O. Sağlık hizmetleri. Hayran O, Sur H. ed. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul, Yüce Yayım, 15-32, 1998.
36. Steffen GE. Quality medical care. *JAMA*, 260 (1): 56-61.
37. Kritchevsky SB, Simmons BP. Continuous quality improvement: concepts and applications for physician care. *JAMA*, 266: 1823-1827, 1991.
38. Turaman C. Eski törene yeni kılık: kalite. *Toplum ve Hekim*, 12 (77): 26-33, 1997.
39. Akgün SH, Erdal R. Hastanelerde kaliteli hizmet sunumunda tüketici faktörü. Çoruh M, ed. Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s.219-225, 1998.
40. Baker R. What type of general patients do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract*, 45: 654-659, 1995.
41. Karabulut A. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1995.Yayımlanmamış yüksek lisans tezi.
42. Cunningham L. The Quality Connection in Health Care: Integrating Patient Satisfaction and Risk Management. San Francisco & Oxford: Jossey-Bass Publishers, 1991.
43. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med*, 39 (5): 655-670, 1994.
44. Ley P. Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance. London: Croom Helm, 1988.
45. Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Soc Sci Med*, 24: 351-357, 1987.
46. Greenfield TK, Attkisson CC.Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services. *Eval Prog Plan*, 12: 271-278, 1989.
47. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of satisfaction literature. *Soc Sci Med*, 27: 935-939, 1988.
48. A Method for Surveying Patient Satisfaction, Instructions for Audit Groups. Eli Lilly National Clinical Audit Centre, University of Leicester. Leicester, 1996.
49. Attkisson C, Larsen D. Client Satisfaction Questionnaire. University of California San Francisco, 1990.

50. Poliklinik Hizmetlerinde Hasta İhtiyaç ve Beklentileri Anket Formu, Başkent Üniversitesi Hastanesi, Ankara.
51. Poliklinik Hizmetleri değerlendirme Anketi, Bayındır Tıp Merkezi, Ankara.
52. Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara, 1996.
53. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction : II - Designing a questionnaire and conducting a survey. Br Med J, 302. 1129-1132, 1991.
54. Hayef BE. Measuring Consumer Satisfaction. ASQC Quality Press. Wisconsin, 1991.
55. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med, 30 (7): 811-818, 1990.
56. Türköz YT, Aksoy A, Perçin AK. Hasta tatmininin sosyodemografik değişkenler ve tedaviye özgü değişkenler yönünden incelenmesi. Çoruh M, ed. Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s.33-43, 1998.
57. Khayat K, Salter B. Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. Br J Gen Pract, 44 (382): 215-219, 1994.
58. Biderman A, Carmel S, Yeheskel A.. Measuring patient satisfaction in primary care: a joint project of community representatives, clinic staff members and a social scientist. Fam Pract, 1 (3): 287-291, 1994.
59. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. Br J Gen Pract, 46: 601-605, 1996.
60. Uz MH, Özbakır İD, Ergin C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: bir saha çalışması. Çoruh M, ed. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı, s.113-118, 1997.
61. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. Soc Sci Med, 15A: 557, 1981.
62. Esatoğlu AE, Ersoy K. Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri. Çoruh M, ed. Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme. Haberal Eğitim Vakfı. Ankara, s.67-75, 1998.
63. Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırması. Sağlık Bakanlığı. Ankara, 1992.
64. Yıldız AN, Değer BA, Öztürk M, Öztürk ÖF, Şimşek A. Bir sağlık ocağı bölgesinde hasta bekleme ve muayene süreleri ile hasta memnuniyeti. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 5: 31-35, 1995.
65. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med, 27: 637, 1988.

66. Heaney DJ, Howie JGR, Porter AMD. Factors influencing waiting times and consultation times in general practice. *Br J Gen Pract*, 41: 315-319, 1991.
67. Wilson A. Consultation length in general practice. *Br J Gen Pract*, 41: 119-122, 1991.
68. Andersson SO, Mattsson B. Length of consultations in general practice in Sweden: views of doctors and patients. *Fam Pract*, 6 (2): 130-134, 1989.
69. Kurata JH, Watanabe Y, McBride C, Kehchi K, Andersen R. A comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and the United States. *Soc Sci Med*, 39 (8): 1069-1076, 1994.
70. Morrel DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The "five minute" consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *Br Med J*, 292: 870-873, 1986.
71. Roland MO, Bartholemew J, Courtenay MJF, Morris RW, Morrell DC. The "five minute" consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J*, 292: 874-876, 1986.
72. Haigh-Smith C, Armstrong D. Comparison of criteria derived by governments and patients for evaluating general practitioner services. *Br Med J*, 299: 494-496, 1989.
73. Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J*, 294: 1200-1202, 1987.
74. Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. Consultations in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction. *Br Med J*, 299: 1015-1016, 1989.
75. Calnan M. Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Soc Sci Med*, 27 (9): 927-933, 1988.
76. Laine C, et al. Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Annals Int Med*, 125: 640-645, 1996.
77. Perneger TV, et al. Comparison of patient satisfaction with ambulatory visits in competing health care delivery settings in Geneva, Switzerland. *J Epidemiol Community Health*, 50: 463-468, 1996.
78. Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care. *Soc Sci Med*, 38 (1): 45-53, 1994.
79. Carr-Hill RA. When is a data set complete: a squirrel with a vacuum cleaner. *Soc Sci Med*, 25 (6): 753-764, 1987.
80. Gribben B. Satisfaction with access to general practitioner services in south Auckland. *NZ Med J*, 106: 360-362, 1993.
81. Evans BJ, Kiellerup FD, Stanley GD, Burrows GD, Sweet B. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *Br J Med Psychol*, 60: 373-378, 1987.

EK 1

SAĞLIK HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME ANKET FORMU

Bu kurum ve biraz önce olduğunuz muayene ile ilgili görüşlerinizi öğrenmek için size bazı sorular sormak istiyorum. Bu araştırma, bu kurum adına yapılmamaktadır. Vereceğiniz cevapların gizli tutulacağından emin olunuz. Düşüncelerinizi rahatlıkla ifade edebilirsiniz. Soruların tamamını cevaplamanız bizim için önemlidir. Katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

1. Adınız, soyadınız :

2. Doğum tarihiniz (yıl) :

3. Cinsiyetiniz : 1) Erkek 2) Kadın

4. Öğrenim durumunuz :

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1) Okur-yazar değil | 4) Ortaokul mezunu |
| 2) Okur-yazar | 5) Lise mezunu |
| 3) İlkokul mezunu | 6) Üniversite mezunu |

5. Ne tür bir sosyal güvenceniz var ?

- | | |
|-------------------|-------------------------------|
| 1) Yok | 5) Yeşil Kart |
| 2) SSK | 6) Özel sigorta |
| 3) BAĞKUR | 7) Diğer (belirtiniz) : |
| 4) Emekli Sandığı | |

6. Bu kuruma kaçınıcı gelişiniz :

7. Bu kurumu tercih etmeniz en önemli nedeni nedir ?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1) Sosyal güvence / sevk | 5) Tanıdık birinin bulunması |
| 2) İyi hizmet verilmesi | 6) Çabuk sonuç alma |
| 3) Eve / işyerine yakın olması | 7) Diğer (belirtiniz) : |
| 4) Ücretin düşük olması | |

8. Burada sizi en çok memnun eden şey nedir ?

9. Burada hoşunuza gitmeyen en önemli şey nedir ?

10. Bugün buraya gelmenize neden olan hastalığınıza ne teşhis koyuldu ?

11. Kuruma gelişinizden muayene odasına girişinize kadar tahminen kaç dakika geçti?

12. Doktor sizi muayene etti mi ?

- 1) Evet, ayrıntılı olarak muayene etti.
- 2) Evet, ama yeterince özen göstermedi.
- 3) Hayır, hiç muayene etmedi.

13. Muayene odasında tahminen kaç dakika kaldınız ?

| Lütfen, aşağıdaki ifadelerden herbirini dinledikten sonra, bu ifadeye ne ölçüde katıldığınızı "kesinlikle doğru / doğru / kararsızım / yanlış / kesinlikle yanlış" şeklinde belirtiniz. | KESİNLİKLE DOĞRU | DOĞRU | KARARSIZIM | YANLIŞ | KESİNLİKLE YANLIŞ |
|---|------------------|-------|------------|--------|-------------------|
| 14. Genel olarak buranın rahatlığından memnun kaldım. | | | | | |
| 15. Bekleme salonundaki koltuk / sandalye sayısı yetersizdi. | | | | | |
| 16. Genel olarak temizlik durumu iyi idi. | | | | | |
| 17. İçerisi havasızdı. | | | | | |
| 18. İçeride çok ses vardı, rahatsız oldum. | | | | | |
| 19. Binanın özellikleri verilen hizmetleri zorlaştırıyor. | | | | | |
| 20. Muayene odası düzenli idi. | | | | | |
| 21. Muayene odasında sağlık personelinden başka, kimse yoktu. | | | | | |
| 22. Muayeneden önce uzun süre bekledim. | | | | | |
| 23. Doktor bana yeterince vakit ayırdı. | | | | | |
| 24. Muayene odasında hiç oturamadım. | | | | | |
| 25. Doktor beni ilgiyle dinledi. | | | | | |
| 26. Doktor bana nazik davranmadı. | | | | | |
| 27. Bence doktor bilgiliydi. | | | | | |
| 28. İstedğim hizmeti alabildim. | | | | | |
| 29. Muayene odasında mahremiyete özen gösterilmedi. | | | | | |
| 30. Doktorun sorunumu ciddiye almadığı duygusuna kapıldım. | | | | | |
| 31. Doktor rahatsızlığımla ilgili duygularımı net bir şekilde anladı. | | | | | |
| 32. Doktorun, teşhisle ilgili açıklamaları yeterliydi. | | | | | |
| 33. Doktorun, tedavi ile ilgili açıklamaları yeterliydi. | | | | | |
| 34. Doktorun, ilaçların yan etkileri ile ilgili açıklamaları yeterli değildi. | | | | | |
| 35. Doktora soru sormaya çekindim. | | | | | |
| 36. Doktor sorularımı cevaplandırdı. | | | | | |
| 37. Doktorun açıklamaları kolaylıkla anlaşılabilirdi. | | | | | |
| 38. Muayene sırasında psikolojik olarak da destek aldığımı hissettim. | | | | | |
| 39. İhtiyacım olduğu halde alamadığım hizmetler var. | | | | | |
| 40. Doktorun tavsiyelerine uyma konusunda isteksizim. | | | | | |
| 41. Burada çalışanlar hastalara iyi davranıyorlar. | | | | | |
| 42. Genel olarak bu kurumun kalitesini iyi bulmuyorum. | | | | | |
| 43. Genel olarak, bugün aldığım hizmetlerden memnun kaldım. | | | | | |
| 44. Bir yakınım hasta olduğunda, bu kurumu kendisine tavsiye etmem. | | | | | |

45. Seçme imkanınız olsa; benzer bir sağlık sorununuz olduğunda, hangi sağlık kuruluşunu tercih edersiniz?

.....

EK 2

RAPORDA GEÇEN BAZI TERİMLERİN İNGİLİZCE LİTERATÜRDEKİ KARŞILIKLARI

- bilgilendirme : informativeness
- bulunabilirlik : availability
- fiziksel koşullar : accomodation / facilities
- insancılık : humaneness
- memnuniyet : satisfaction
- hasta memnuniyeti : patient satisfaction
- müşteri : customer / client
- psikososyal destek : attention to psychosocial problems
- tahminî bekleme süresi : perceived waiting time
- tahminî muayene süresi : perceived consultation time
- ulaşılabilirlik : accessibility
- yetkinlik : competence