

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

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA

**EDİRNE İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA MEMNUNİYETİ
VE HEKİM İŞ DOYUMU İLE İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Sezgin TURGU

EDİRNE – 2012

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimin hazırlanmasında emeiği geçen tez danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, yardım ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Baőkanı Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e, Yrd. Doç. Dr. Ayőe AYLAN'a, eğitimimde emeiği geçen tüm hocalarıma ve birlikte çalıőtıęımız tüm asistan arkadaşlarıma teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
AİLE HEKİMLİĞİ	3
SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ VE KALİTE KAVRAMI	10
HASTA MEMNUNİYETİ	12
İŞ DOYUMU	15
GEREÇ VE YÖNTEMLER	18
BULGULAR	22
TARTIŞMA	49
SONUÇLAR	64
ÖZET	66
SUMMARY	68
KAYNAKLAR	70
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

- ASM** : Aile Sağlığı Merkezi
- EUROPEP** : European Patients Evaluate General/Family Practice (Hastalar Hekimlerini Değerlendiriyor)
- MİDÖ** : Minnesota İş Doyum Ölçeği
- TAHUD** : Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
- TUS** : Tıpta Uzmanlık Sınavı
- WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Kuruluşlar Birliği)

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre, sağlık; ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir. Kişi ve toplumun sağlığı, çevresel, davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir.

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelir (1).

Sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi, sağlık sektöründe kalitenin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini değerlendiren performans ölçümlerinden biri hasta memnuniyeti anketidir (2,3).

Hasta memnuniyeti, “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe ileri teknolojinin kullanılması, kaliteli sağlık bakım isteğinin yaygınlaşması bireylere ve topluma kaliteli sağlık hizmeti verilmesini gündeme getirmektedir. Sağlık bakımının değerlendirilmesinde son on yıldır yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır (4).

İş doyumu, “çalışanın kendi işinden duyduğu hoşnutluk, kendisini ve işini değerlendirmesi sonucu ulaştığı olumlu duygusal durum” olarak tanımlanmaktadır. İlk kez

1920'lerde ortaya çıkan ve özellikle son yıllarda davranış bilimcilerin çok önem verdiği davranışsal konulardan birisi olan iş doyumunun, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını doğrudan etkilediği gibi iş hayatında etkinlik ve verimliliğin artmasında da olumlu etkileri vardır. Ayrıca iş doyumunun yetersiz olması, stres ve grup uyumu sorunları gibi olumsuz durumlara neden olacağından bu kavramın iş hayatındaki önemini daha da arttırır (5).

Kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin önemli gereklerinden biri olan iş doyumunu; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra yapılan işin içeriği, ücret, yönetim politikası, çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel etkenlerin de etkilediği belirtilmektedir. Meslek dışı yaşamı doğrudan etkileyen, sürekli özveri gerektiren hekimlik mesleğinde de, iş doyumunu büyük önem taşımaktadır (6).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışmayı yapmaktaki amacımız; Edirne il merkezi birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların memnuniyet düzeylerine etki eden faktörleri araştırmak, bu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin iş doyumunu düzeylerini ve hasta memnuniyeti ile ilişkisini belirlemektir.

Bu sayede hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin ve hekim iş doyumunu düzeyi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesi sonrasında saptanabilecek eksikliklerin giderilebilmesi, daha iyi ve kaliteli bir birinci basamak sağlık hizmeti sunulabilmesine katkıda bulunacaktır.

GENEL BİLGİLER

AİLE HEKİMLİĞİ

Diğer tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliğinin doğuşu da bir gereksinim sonucu olmuştur. Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur (7).

Davranış bilimlerinin gelişmesi ile bazı sorunlar karşısında yeni yaklaşımlar gündeme gelmiş, sağlığın; “insanın ruhsal, bedensel ve sosyoekonomik yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlanmasıyla birlikte insanın sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal ve biyolojik çevresiyle birlikte düşünülmesi kabul edilmiştir. Gerek etkili bir sağlık eğitimi yürütebilmek ve gerekse maliyet etkin olması amacıyla kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetiyle birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre olarak verilmesi benimsenmiştir. Bu gelişmelerin sonucunda, kişileri ve aileleri, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın sürekli ve bütüncül sağlık hizmeti sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur (8).

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

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

Kişisel, bütüncül ve sürekli olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktoru, ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 1985'te tıp fakültesi eğitimi sonrası en az üç yıl uzmanlık eğitimini benimsediği adla "Aile Hekimi"dir. Bazı ülkelerde ise uluslararası standartlara göre mezuniyet sonrası eğitim almış olan birinci basamak hekimi, "Genel Pratisyen" adını almaktadır. Mezuniyet sonrası eğitimin üç yıl süreyle zorunlu hale gelmesi, değişen sağlık sistemlerinde gittikçe daha büyük bir rol almakta olan aile hekimleri için çok önemlidir. Hastanın sistemle ilk karşılaştığı kişi olan aile hekiminin eğitimi, hastanın birinci basamakta tedavi edilip edilemeyeceğini, diğer branş uzmanına ve/veya hastaneye sevkinin gerekip gerekmeyeceğini ayırt edebilecek, güncel tarama, korunma, tedavi ve takip protokollerini uygulayabilecek ve birinci basamağın gerektirdiği gibi multidisipliner araştırmalar yapıp yürütebilecek nitelikte olmalıdır (8).

Ülkemizde Aile Hekimliği

Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983'te Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır. Uzmanlık eğitimine ise ilk olarak 1985'te Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri'nde başlanılmıştır. Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) 1993 yılındaki kararı ile ilk olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve asistan eğitimine başlanmıştır. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), 1998 yılında ülkemizi alanında dünyada temsil etme yetkisini kazanmıştır. Dünya Aile Hekimleri Birliği'ne (WONCA) 2001'de temsilci gönderilmiştir. Yine 2001 yılında ülkemizde ilk kez bir Avrupa Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi düzenlenmiştir (9).

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

Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

- a. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur, hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır (10).

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

Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri

Aile hekimliği disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması doğrudan doğruya aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliklere yol açmalıdır. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın “disiplin için zorunlu olan” anlamını taşır.

Disiplini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 11 yeteneği belirler. Bunlar 6 çekirdek yeterlilikte toplanabilir, bu çekirdek yeterlilikler şunlardır:

1. Birinci basamak yönetimi: Hastalarla ilk teması yönetme ve seçilmemiş sorunlarla baş edebilme, birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer disiplin uzmanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme, etkin ve amacına uygun sağlık hizmeti sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlayabilme, hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlayabilme, hastanın savunuculuğunu yapabilme yetilerini içerir.

2. Kişi merkezli bakım: Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme, aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim hasta ilişkisi oluşturabilme, iletişim kurabilme, öncelikleri belirleme ve hasta ile işbirliği yapabilme, hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlayabilme yetilerini içerir.

3. Özgün problem çözme becerileri: Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme, öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanabilme, laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteme, zamanı araç olarak kullanma ve belirsizliği tolere etme gibi aile hekimliğine uygun çalışma ilkeleri benimseme, gerektiğinde acil girişimde bulunabilme, erken dönemde ve ayrılmamış durumları yönetebilme, tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanabilme yetilerini içerir.

4. Kapsamlı yaklaşım: Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, akut ve kronik sağlık sorunlarıyla eş zamanlı yönetebilme, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirebilme, sağlığın geliştirilmesi, koruma, tedavi, bakım, hastalık belirtilerinin hafifletilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetebilme ve koordine edebilme yetilerini içerir.

5. Toplum yönelimli olma: Hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımını açısından bir denge içinde uzlaştırabilme yetilerini içerir.

6. Bütüncül yaklaşım: Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan bir biyopsikososyal model kullanabilme yetilerini içerir (9,10).

Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak şu üç ek özellik, çekirdek yeterliliklerin uygulanmasında temel kabul edilmelidir:

a. Bağlamsal: Hekimlerin kendi bağlamlarının ve içinde çalıştıkları ortamın (çalışma koşulları, toplum, kültür, mali ve düzenleyici çerçeveler) anlaşılmasıdır.

b. Tutumsal: Hekimin mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı tutumlardır.

c. Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme, sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürmedir (10).

Çekirdek yeterlilikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki ilişkiler disiplini tanımlamakta ve uzmanlık alanının iç içeliğini vurgulamakta olup eğitim, araştırma ve kalite geliştirmeye rehber olmaktadır.

Aile Hekiminin Görevleri

1. Veri toplama ve kayıt tutma: Aile hekimi kişinin tüm sağlık kayıtlarını tutar. Bireye yakınlığı sayesinde onun kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortam ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir. Hastayı daha ileri bir merkeze sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru yere, en doğru bilgilerle gitmesini sağlar. Böylece ikinci basamakta yığılma önlenerek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanabilir, diğer uzmanlar pahalı ve zaman kaybına yol açan birçok incelemeye gerek duymadan hastanın sorununu çözüme ulaştırabilirler.

Sağlık kayıtları, eksiksiz bir koruyucu hekimlik uygulaması için de zorunludur. Aile hekiminin kayıtları sağlık araştırmaları için çok değerli bir veri kaynağıdır. Bu kayıtlar, toplum sağlığının değerlendirilmesi için gerekli istatistiksel bilgilerin elde edilebileceği en önemli kaynaktır. Ülkemizde sağlık sorunlarının çözümündeki en büyük sorunlardan biri istatistiksel verilerin çok yetersiz olması ya da hiç olmamasıdır. Doğru ve yeterli verilere sahip olmadan ne kişilerin ne de toplumun sağlık sorunlarına çözüm üretmek olanaksızdır.

2. Koruyucu hekimlik: Amerikan Koruyucu Hekimlik Koleji tanımına göre koruyucu hekimlik; “belli bir topluluğun sağlık ve refahını arttırmak ve korumak, hastalık, sakatlık ve

zamansız ölümü önlemek için başlıca uğraşı, toplumun sağlığını göz önünde tutan becerileri kullanmak olan bir hekimlik türünde uzmanlık sahibi olmaktır”.

Koruyucu sağlık hizmetleri üç gruptur:

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

Sağlığın korunmasında en temel basamak, kişinin kendi sağlığını korumak yönünde yapacağı uygulamalardır, bu da ancak etkili bir sağlık eğitimiyle mümkündür.

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

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

Aile hekimi yönlendirici, destekleyici hizmeti basamaklardan bağımsız şekilde sunar. Planlama, sağlanacak yarar ve maliyet göz önüne alınarak hastayla birlikte yapılır, bu anlamda aile hekimi bireyin sağlık avukatıdır.

5. Birinci basamakta tanı ve tedavi hizmeti: Çağdaş sağlık hizmetleri kavramında erken tanı ve tedavi, koruyucu hizmetler içinde değerlendirilmektedir. Birinci basamakta erken tanı ve tedavi açısından etkin aile hekimliği sağlık sisteminin bütününe etkiler. Hastanın geçmişini, aile ortamını ve hastalığın gelişim sürecini çok yakından izleme olanağına sahip olan aile hekimi erken tanıya avantaj sahibidir. Böylece hastayı pahalı ve zaman alan tanısal girişimlerden kurtarırken, özellikle ülkemiz gibi kaynakları kısıtlı ülkelerde kaynakların optimum şekilde kullanılmasını sağlar.

Aile hekimi güvene dayalı yakın ilişki sayesinde aile planlaması, cinsel ve psikiyatrik sorunlar gibi kişilerin dile getirmekte güçlük çektikleri sorunların erken tanısında başarılıdır. Etkin tanı ve tedavi hizmeti olmadan hastaların %90'ının sorunlarının birinci basamakta çözümlenmesi mümkün değildir. İkinci basamağa başvuru gerektiğinde aile hekimi

koordinatör olmalıdır; sevk ederken gerekirse bazı basamakları atlayabilir veya aynı anda birkaç noktaya sevk edebilir. Yani aile hekimi disiplinler arası işbirliği ve ekip çalışmasında koordinatördür. Ayrıca aile hekimi hastaya ilk ulaşacak hekim olarak ilk yardım ve acil tedavi konularında bilgi ve beceri sahibi olmalıdır.

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

7. Periyodik sağlık muayenesi: Hastalıkların erken tanısı ve hastalık öncesinde risk faktörleri taşıyanların belirlenmesi koruyucu hekimliğin en önemli işlevlerindedir. Geleneksel check-up ve rutin muayenelere dâhil edilen incelemelerin çoğunun etkinliği kanıtlanmamış ve en uygun sıklıkları tam belirlenmemiştir. Bu anlamda belli cinsiyet ve yaş grubu hedeflenerek etkinliği kabul gören incelemelerle sağlık koruma rehberleri oluşturulması yaklaşımı benimsenmektedir (7).

Mesleki Örgütlenme

Aile hekimliğinin mesleki, akademik, sosyal alanda tanınması ve gelişmesi için çeşitli platformlarda yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde temsili gereklidir. Bu temsil görevini üstlenen ulusal ve uluslararası kuruluşlar vardır.

Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Kuruluşlar Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA)'nin amacı; Aile Hekimliği'nin değer, ilke ve görevlerini tanımlayarak, standartlarını yükselterek, bireylere, aile ve toplum ilişkisi içerisinde kişisel, kapsamlı ve sürekli bakım sağlayarak, akademik kuruluşlarının gelişmesine destek vererek, üye kuruluşlar arası bilgi ve deneyim paylaşımına uygun ortam sağlayarak, eğitim, araştırma ve hizmet sunumu aktivitelerini temsil ederek toplumun yaşam kalitesini yükseltmektir.

Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Eğiticileri Akademisi (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine, EURACT)'nin amacı; öğrenme ve öğretme yolu ile Aile Hekimliği disiplininin standartlarını yükseltmek ve geliştirmektir.

Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı (The European General Practice Research Network, EGPRN)'nın amacı; birinci basamakta araştırmayı teşvik etmek, çok uluslu araştırmalar başlatmak ve koordine etmek, araştırma deneyimlerini paylaşmaktır.

Avrupa Aile Hekimliğinde Kalite Çalışma Grubu (European Working Party on Quality in Family Practice, EQUIP), Aile Hekimliği'nde hasta bakımının kalitesini arttırmayı amaçlar.

Türkiye'de ise Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), Aile Hekimliği'nin bir disiplin olarak gelişmesini, sağlık sistemi içerisinde görevlerinin tanımlanmasını, ulusal ve uluslararası platformda tanınmasını amaçlar (12).

SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ VE KALİTE KAVRAMI

Sağlık, insanların yaşamlarını sürdürmesinde ve yaşam kalitelerinin artırılmasında gereken en temel faktörlerden biridir. Sağlık hizmetinin sunumu, insanların huzurunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bundan dolayı, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi, tüm ülkenin gelişmişlik düzeyi açısından da önemlidir (13).

Hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelen sağlık hizmeti; insanların önceden deneyiminin olmadığı, bu nedenle de kıyaslama ve sınama sınırlılığının olduğu, genellikle uzun araştırmaya fırsat olmadan hazırlıksız yakalandığı, ancak alması zorunlu, vazgeçilemez bir hizmettir (1,14).

Ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden birisi olan sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon gibi birbirinden farklı ancak birebir ilişkili bileşenlerden oluşmaktadır (15,16).

Koruyucu sağlık hizmetleri; kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Engelli ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik hizmetler ise rehabilitasyon hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (1).

Sağlık hizmetleri, hasta ile hizmeti sunan kişi veya kurum arasında tıbbi faaliyet olmasının yanı sıra söz konusu kişilerin karşılıklı olarak birbirleriyle diyalog kurmasını gerektiren sosyal faaliyeti de kapsayan bir hizmettir. Sağlık hizmetinin kalitesi, hizmet sunanın tavır ve davranışlarından etkilenmekte, bu nedenle de bir hizmeti sunan kişinin, aynı hizmeti daha sonra tekrar sunması sırasında farklılıklar olabilmektedir. Bu ise hizmetin

içeriğinin, kalite, kapasite ve kapsam açısından farklılıklar gösterebileceği anlamına gelmektedir (14).

Kalite kavramı, insanların ve sistemlerin “hata yapması” ve “mükemmele ulaşma isteği” gerçeğinden ortaya çıkmıştır. Latince nasıl oluştuğu anlamına gelen “*qualis*” kelimesinden türemiş ve “*qualitas*” kelimesiyle ifade edilmiştir (1).

Sağlık alanında teknolojinin gelişmesi, kaliteli sağlık bakımı alma isteğinin yaygınlaşması ile “kaliteli sağlık hizmeti” gündeme gelmiştir (17).

Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden birisi de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Bu sebeple sağlık hizmetlerine her geçen gün daha fazla önem verilmekte, hizmetlerde standardizasyon hedeflenerek kalitenin devamı amaçlanmaktadır (18).

Kalite anlayışının gelişmesine paralel olarak hizmet sektöründe de kalitenin ölçülmesi ve geliştirilmesine duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır. Hizmet sektöründe kalitenin ölçülmesi ve geliştirilmesi imalat sektörüne kıyasla önemli farklılıklar arz ettiği gibi hizmet sektörünün bir alt kolu olarak ele alınan sağlık sektöründe de hizmet kalitesinin ölçümü kendine göre bir takım farklılıklar içermektedir. Sağlık hizmetlerinin konusunun doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların tamir edilemeyecek olması nedeniyle, sağlık sektöründe kalite kavramı ile diğer hizmet sektörlerindeki kalite kavramı aynı paralellikte düşünülmemesi gereken kavramlardır (1,19).

Sağlık hizmetlerinde standardizasyon çalışmaları yapılırken hizmet kalitesini belirleyen unsurlar içinde, verilen hizmetin kalitesi kadar algılanan hizmet kalitesinin önemine de değinilmektedir. Algılanan hasta memnuniyeti araştırmalarında hemşirelerden, doktorlardan ve diğer sağlık personelinden memnuniyet, sağlık personeli ile iletişimden memnuniyet, personele güven, hasta mahremiyeti, hastanın istediği yer ve zamanda hizmet, personelin dürüstlüğü, nezaketi, yeterli bilgiyi sunması gibi birçok boyutun ele alındığı anlaşılmaktadır (16).

İnsanlık tarihinin başlangıcından beri yaşamın en vazgeçilmez unsurlarından biri olan sağlığın, bozulmadan önce korunması ve iyileştirilmesi ilk hedefler arasında yer almaktadır. Bu yüzden sağlık alanında yapılan reformlar ve sağlık çalışanlarının şikâyet ve beklentileri gün geçtikçe daha da önem arz etmektedir.

Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Bu gelişimin olumlu yönde olması bireyin sağlığı ve kurumun başarısı ile sonuçlanır. Çalışan insanların beden ve ruh sağlığını sürdürebilmesi, bireyin çalışma yaşamının fizyolojik ve

toplumsal kaynaklı zararlı etkilerden korunması, çağdaş bilimin temel amaçlarından biri olmuştur (20).

Günümüzde sunulan sağlık hizmetinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirmeleri genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti üzerinden yapılabilir. Bu değerlendirmelerden birisi olan hasta memnuniyeti, klinik sonuçlar kadar önemlidir ve bunu ölçmek her sağlık kuruluşunun hedeflerinden biri olmalıdır (21).

HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık hizmeti sunumunda hastaların gerek karar verme, gerekse bakım aşamalarında katılımlarını sağlayan modeller öncelik kazanmaktadır. Bu amaçla hastaların beklentilerini, ihtiyaçlarını ve önceliklerini dikkate almak önemlidir. Ancak, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için bunların yanında hastaların kendilerine sunulan bakımla ilgili tecrübelerini sorgulamak ve geri bildirim almak da bir o kadar kaçınılmazdır. Çoğu hasta hem hekim, hem de muayenehanesi hakkında fikir belirtebilecek durumdadır. Hastaların bu düşünceleri çok eğitici olabilir. Bu yolla hizmetin iyileştirilmeye ihtiyaç duyulan yönleri saptanabilir ve gerekli girişimler başlatılabilir. Diğer taraftan hasta memnuniyeti tedavinin başarısı, hastalıkla ilgili şikâyetlerin azaltılması gibi sunulan sağlık bakımının sonuçlarını değerlendirme kriterlerinden birisi olarak da algılanabilir (22).

Sağlık hizmetlerinden memnun olan kişilerin tıbbi hizmetleri kullanmayı sürdürmede ve tıbbi programlara uyumda daha iyi oldukları bilinmektedir. Hasta memnuniyetsizliği, hekimin verdiği bilgilerin tam olarak anlaşılmasına, hekim-hasta arasında uyumsuzluğa, dolayısıyla hastanın iyileşme sürecinin uzamasına ve komplikasyon oranlarının artmasına yol açabilir. Bu durum da hasta memnuniyetinin önemini ortaya koymaktadır (23,24).

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararlarla, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlüklerle, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyokültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam biçimine, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir işlemdir (25). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin bir göstere olduğu ve sağlık hizmetlerinin tasarım ve yönetiminde hasta memnuniyeti hakkında edinilen bilgilerin çok önemli bir yere sahip olduğu bildirilmektedir (26).

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindedir. Genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanmaktadır. Bu

nedenle literatürde hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve geniş ölçüde hasta ile sağlık çalışanı birlikteliğinin oluşturduğu vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu birlikteliğin odak noktasının iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir (27).

Hasta memnuniyeti; yaşam tarzı, geçmiş hastane deneyimleri, gelecekte beklenenler, bireysel ve toplumsal değerler gibi birçok faktörü kapsayan bir kavramdır. Hasta, hizmete ulaşmadan önceki ve sonrasındaki beklentileri ile deneyimlerini kıyaslayarak memnuniyetini ya da memnuniyetsizliğini belirtmektedir. Hastaların sağlık hizmeti ile ilgili beklentileri; tıbbi gereksinimlerden, sağlık kurumlarında edindikleri önceki deneyimlerden, sosyokültürel konumdan, psikolojik durumlarından ve bireysel kalite anlayışlarından etkilenmektedir (17).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli göstergelerden biridir. Hizmet sürecinin yapısı bu gösterge sayesinde gözden geçirilir (16).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli bir bölümünü oluşturan hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur. Çünkü yapılan araştırmalara göre hasta beklentileri ile memnuniyet düzeyleri arasında her zaman doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır. Hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra estetik, duygusal, kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verilebilmesi hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemlidir. Memnun olmayan hasta, tedaviyi yarıda kesebilmekte veya başka bir sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir. Bu durumda sağlık işletmesi açısından başarısız hizmet üretimi söz konusudur. Bu nedenle sağlık hizmeti işletmelerinin başarısı, memnun olmuş hastanın katılımı ile tedaviyi uygulamak ve sonuçlandırmaktır (28,18).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti alanların subjektif ve değişken algılarını içeren bir kavramdır. Memnuniyet, bakımın yapı, süreç ve sonucu ile ilişkili olduğu kadar hastanın sosyodemografik, fiziksel ve psikolojik durumunu, davranışlarını ve beklentilerini de içermektedir. Memnuniyet araştırmalarında en yaygın sorun, çok az hastanın verilen bakımı eleştirmesi ve memnuniyetsizlik ifade etmesidir. Diğer bir faktör de “minnet”tir. Hastalar memnun olmasalar bile sağlıkları ile ilgili hizmet aldıkları için sağlık personeline minnet duymakta ve olumsuz görüş bildirmemektedir. Bazen de hastalar bazı problemlerin çözülemeyecek kadar büyük olduğunu düşündükleri için doğru yanıtlar vermemektedirler (18).

Hastalar, almış oldukları sağlık hizmetinin alternatifleri ve kalitesi konusunda gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları için, bu hususta değerlendirme yaparken karşılaştıkları ortamı, davranışları, ilgiyi ve ortaya çıkan sonuçları kriter olarak kullanırlar ve aldıkları sağlık hizmetlerinden bu kriterlere uygunluğu nispetinde memnun olurlar. Bu açıdan sağlık

hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için gerekli olan bilgi, teknoloji ve personel gibi stratejik öğelerin en iyi derecede kullanılmasında, hasta beklenti ve memnuniyetinin de dikkate alınması gerekmektedir.

Hastalar, doğal olarak temiz ve güvenli bir ortam, kaliteli hizmet verilmesi, kişilik haklarına saygı gösterilmesi, iyi iletişim kurulması ve ilgili davranış gibi beklentileri karşılandığında mutlu olurlar. Yapılan araştırmalara göre hastada memnuniyet eğilimi, sağlık personelinin iletişime açık, ilgili, destekleyici, hasta beklentilerini göz önüne alan davranış ve tutum sergilemesiyle artmaktadır (29).

Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan hasta memnuniyeti, genel olarak “hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanabilir. Verilen tanımdan da çıkartılabileceği gibi hasta memnuniyetini iki faktör belirlemektedir: Birinci faktör hasta beklentileridir. Hastaların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. İkinci faktör ise hastaların aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, hastaların özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (21).

Memnuniyet; yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren pek çok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Hastanın geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (19).

Sonuç olarak hasta memnuniyeti; hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (30).

Kalite ölçütü olarak hasta memnuniyetini ölçmenin önemi tartışılmayacak kadar ortadadır. Memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir. Son yıllarda gerek kamusal gerekse özel sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti konusuna giderek daha çok ilgi duyulmakta ve ölçüm çalışmaları yaygınlaşmaktadır (21).

İŞ DOYUMU

İş doyumu, çalışanın kendi işinden duyduğu hoşnutluk, kendisini ve işini değerlendirmesi sonucu ulaştığı olumlu duygusal durum olarak tanımlanmaktadır. İlk kez 1920'lerde ortaya çıkan ve özellikle son yıllarda davranış bilimcilerin çok önem verdiği davranışsal konulardan birisi olan iş doyumunun, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını doğrudan etkilediği gibi iş hayatında etkinlik ve verimliliğin artmasında da olumlu etkileri vardır (5).

Yapılan çalışmalarda iş doyumunun; işgücü verimliliği, işe bağlılık, endişe, stres, depresyon ve tükenmeyle ilişkili olduğu ve genel olarak yapılan işin kalitesini arttırdığı vurgulanmıştır (31).

Genel olarak çalışanların işlerine ilişkin duygularının bir reaksiyonu olarak tanımlanan iş doyumunu kavramının önemli olmasının bir nedeni, yaşam doyumunu ile ilişkili olmasıdır ki bu durum kişinin fizik ve ruh sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bir diğer nedeni ise üretkenlikle ilgilidir. İş doyumunu ile üretkenlik arasında doğrudan bir ilişki olmamakla birlikte doyumsuzluğun yarattığı stres, grup uyumsuzluğu gibi dolaylı etkiler konuyu önemli kılmaktadır.

Çalışmak, kuşkusuz insanlar için bir gereksinimdir. Kişi çalışmak istiyorsa, yaşamının önemli bir kısmını iş yerinde geçiriyorsa, yöneticiler ve yönetim de iş yerini ödüllendirici, en azından sıkıntısız bir hale getirmek zorundadır. Sağlık nasıl insanın genel fiziksel durumunu gösteriyorsa ve de önemli ise, iş doyumunu da çalışanın genel duygusal durumunu yansıtması açısından önemlidir ve tıpkı sağlık gibi tanı ve tedavi gerektirmektedir (32).

İş doyumunu; cinsiyet, yaş, işte kalma süresi, meslek, eğitim, statü, kişilik, sosyokültürel çevre, zekâ ve yetenek gibi bireysel faktörlerin yanı sıra; çalışma ortamının fiziksel özellikleri, ödüllendirme ve ücret düzeyi, özendirme, birlikte çalışılan iş görenler, ast-üst ilişkileri, ilerleme imkânları, kararlara katılma ve iletişim gibi örgütsel faktörlerin de etkilediği belirtilmektedir (33).

İş doyumunu ile ilgili farklı kuramlar arasında en çarpıcı olanı Herzberg'in iki etmenli iş doyumunu kuramıdır. Bu kurama göre, işle ilgili olumlu tutumu destekleyen etmenler; başarıma, tanınma, işin kendisi, sorumluluk ve ilerlemedir. Bu etmenler, işin içeriği ile ilişkilidir. Bu etmenlerle ilgili olumlu tutum, iş konusunda da olumlu tutum geliştirmeyi sağladığı için, bu etmenler “güdüleyen” ya da “doyum sağlayan” etmenler olarak tanımlanır. İşle ilgili olumsuz tutumu destekleyen işletme politikası ve yönetimi, teknik gözetim, kişilerarası ilişkiler ve çalışma koşulları gibi etmenler ise çalışanın iş etkinliğiyle değil, iş çevresi ile ilgilidir ve “hijyen” etmenleri olarak adlandırılır (34).

Herzberg ve ark. (35), çalışanlar üzerinde araştırmalar yaparak doyum ve doyumsuzluğa yol açan etmenleri sıralamaya çalışmışlardır. Araştırma sonuçlarında insanların işlerinde kendilerini mutlu hissettikleri ve kötü hissettikleri durumların çok farklı olduğu görülmüştür. Bazı özellikler iş doyumunu ile ilişkilirken bazı özellikler de iş doyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bu kuramın varsayımına göre iş yerinde çalışanın kötümser olmasına yol açan ve işten ayrılmasına, doyumsuzluğuna sebep olan hijyenik etmenler ile iş yerinde çalışanı mutlu kılan, işyerine bağlayan özendirici ya da doyum sağlayan etmenlerin birbirinden ayrılması gerekmektedir. Çünkü işyerinde belirli etmenlerin varlığı doyuma katkıda bulunurken, bunların yokluğu nötr bir durum yaratmakta, doyumsuzluğa yol açmamaktadır. Aksine belirli etmenlerin yokluğu ise çalışanı kötümser yapıp doyumsuzluğa neden olmaktadır. Ancak bunların varlığı güdülememekte, yani çalışan sadece bunlara sahip olmakla doyuma ulaşmamaktadır.

Eren (36), Herzberg'in belirlediği hijyenik etmenleri (dışsal faktörler) şu şekilde sıralamıştır;

- İş ortamının fiziksel koşullarının yeterli oluşu,
- Ücret ve maaş düzeyinin ve artışlarının tatminkâr oluşu,
- Şirket politikasının ve yönetiminin tutumu,
- Teknik bilgi ve ilginin yeterli oluşu,
- Amir ile olan ilişkiler,
- İş arkadaşlarıyla olan ilişkiler,
- İş görenin kişisel yaşamına gereken saygının gösterilmesi,
- İstihdam güvenliğinin yeterli oluşudur.

Herzberg'in belirlediği güdüleyen etmenler (içsel faktörler) ise;

- Bir işi başarı ile bitirmiş olmanın verdiği mutluluk,
- İş ortamında başarılarıyla tanınma,

- Başarılarından dolayı takdir edilme ve ödüllendirilme,
- Yetenek ve bilgilerine uygun bir işte çalışma,
- İş yaparken yeterli düzeyde yetki ve sorumluluğa sahip olma,
- Terfi imkânlarına sahip olma,
- İşinde kendini geliştirebilme ve katkı sağlama olanağına sahip olmadır.

Kurum ve kuruluşlarda çalışanların memnuniyet ve motivasyonlarının korunması ve bu duyguların yüksek olması hem kurum hem de çalışan için oldukça önemlidir (37). Bir kurumun başarılı olması için o kurumda çalışanların iş doyumlarının sürekli olarak yüksek tutulması gereklidir (38).

Sağlık hizmetlerinin verimli ve yüksek kaliteli bir şekilde sunulması, yüksek ölçüde tatmin olmuş sağlık çalışanlarına sahip olmakla mümkündür. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insanla ilgili olması nedeniyle sağlık alanında çalışanlarda ve özellikle mesleki yaşamları sürekli özveri gerektiren hekimlerde iş doyumunu büyük önem kazanmaktadır (31,39).

Nitekim yapılan araştırmalar hekim iş doyumsuzluğunun, tıp sisteminin artan maliyeti ve hasta memnuniyetsizliği gibi negatif sonuçları beraberinde getirdiğini göstermektedir. Bu nedenle hekimlerin performansını olumsuz yönde etkileyen iş doyumsuzluğunun nedenlerinin saptanarak olumsuz koşulların olanaklar ölçüsünde iyileştirilmesi gerekmektedir (31).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından, Edirne il merkezi aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ile bu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin iş doyumunu düzeylerini ölçmek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan kesitsel tipte, tanımlayıcı bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini Eylül 2011 ile Aralık 2011 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler ve aile sağlığı merkezlerine başvuran, 18 yaş üzerindeki hastalar oluşturdu.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olan hekimlere son bir yıl içinde en az bir kez başvuruda bulunmuş olan 18 yaş üstü hastalar

Çalışmaya Alınmama Kriterleri

1. Hastayla iletişimi engelleyecek bir problemin (demans, psikoz, mental retardasyon, anlaşmayı engelleyecek işitme özrü vb.) bulunması

Veri Toplama Araçları

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

İlk bölümde hastaya ait 13 sorudan oluşan kişisel bilgiler formu kullanıldı. Bu formla kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çocuk sayısı, mesleği, aylık hane geliri, sağlık merkezine ulaşımında zorluk çekip çekmediği, bilinen sürekli hastalık ve fiziksel engel varlığı, son bir yıldaki birinci basamak ve hastane başvuru sayısı ile şu anki başvuru nedeni öğrenildi.

İkinci bölümde 23 sorudan oluşan EUROPEP Ölçeği Türkçe Versiyonu kullanıldı. Uygulanan ülkelerde hekime geri bildirim sunan ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkânı veren EUROPEP ölçeği; 16 Avrupa ülkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. EUROPEP-TR Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aktürk ve arkadaşları tarafından 2002'de gerçekleştirilmiştir. Önce 23 sorudan oluşan EUROPEP Ölçeği beş ayrı araştırmacı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ortaya çıkan metinler üzerinde bir uzlaşma toplantısı yapılmış ve yeni bir metin ortaya çıkarılmıştır. Bu metin, tercüme konusunda tecrübeli bir araştırmacı tarafından İngilizceye geri tercüme edilmiştir. Orijinal metinle tercüme yeniden karşılaştırılmış ve son metin oluşturulmuştur. Ölçeğin iç güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı 0,98 olarak hesaplanmıştır. Türkçeleştirilmiş EUROPEP Ölçeği'nin hastaların hekimi değerlendirmesinde uygun bir araç olduğu bulunmuştur (22).

Veri toplamada hekimler için ise, kişisel bilgiler formu ile Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanıldı (Ek-2).

İlk bölümde hekime ait 19 sorudan oluşan kişisel bilgiler formu dolduruldu. Bu formla; hekimin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eşinin çalışıp çalışmadığı, eşinin mesleği, çocuk sayısı, tıp fakültesinden mezuniyet tarihi, meslekteki ve şu anda çalıştığı kurumdaki çalışma süresi, mesleğini kendi isteğiyle mi seçtiği, şimdi olsaydı tekrar aynı mesleği seçip seçmeyeceği, son bir yılda hizmet içi eğitim alıp almadığı, kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılıp katılmadığı, Türkçe ve yabancı dilde yayın izleme sıklığı, iş yerindeki fiziksel koşulların yeterliliği, kayıtlı nüfusunun kaç kişi olduğu, haftalık toplam çalışma süresi, günde baktığı hasta sayısı ve son 12 ay içinde Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girip girmediği öğrenildi.

İkinci bölümde 20 sorudan oluşan Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) kullanıldı. Çalışanların iş doyumlarını ölçmek için en fazla tercih edilen ölçeklerden biri olan MİDÖ'nün özgün versiyonu 1967 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, ölçeğin soru sayısı daha sonra aynı kişiler tarafından içsel ve dışsal tatmin durumları ile ilgili maddeler birleştirilerek 100'den 20'ye indirilmiştir. Ölçek 1988 yılında Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik

ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak endüstride çalışanların iş doyum düzeylerini saptamak amacıyla kullanılmıştır. Telman ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısını 0.92, Çıtak ise 0.90 olarak hesaplamıştır (5,40).

Minnesota İş Doyum Ölçeği, 1-5 arasında puanlanan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek puanlamasında “Hiç memnun değilim; 1 puan, memnun değilim; 2 puan, kararsızım; 3 puan, memnunum; 4 puan, çok memnunum; 5 puan” olarak değerlendirilir. Ölçek; içsel, dışsal ve genel iş doyum düzeyini belirleyici özelliklere sahip 20 maddeden oluşmuştur. İçsel öğeler; başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, iş sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin (kişisel) öğelerden oluşurken dışsal öğeler; kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma arkadaşları ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ilişkin (çevresel) öğelerden oluşur (41).

İçsel iş doyumunu ile ilgili parametreler 1-4,7-11,15,16 ve 20. maddelerde, dışsal iş doyumunu ile ilgili parametreler 5,6,12-14 ve 17-19. maddelerde, genel iş doyumunu ile ilgili parametreler ise 1-20. maddelerde bulunmaktadır. Genel iş doyumunu puanı 20 parametreden elde edilen toplam puanların 20'ye bölünmesiyle, içsel doyum puanı içsel faktörleri oluşturan parametrelerden elde edilen toplam puanların 12'ye bölünmesiyle, dışsal doyum puanı ise dışsal faktörleri oluşturan parametrelerden elde edilen toplam puanların 8'e bölünmesi ile elde edilmektedir. Tüm puan ortalamaları 1,0 ile 5,0 arasında bir değer olarak hesaplanmaktadır. Yüzdelerik değer olarak; %25 ve altı düşük iş doyumunu, %26-74 arası orta iş doyumunu, %75 ve üzeri ise yüksek iş doyumunu ifade etmektedir (5).

Etik Konular

Bu çalışmada uluslararası etik kurallara uyuldu ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu ile Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındı (Ek-3, Ek-4). Çalışmaya katılacak olan bireyler sözlü olarak bilgilendirildi ve bireylerin sözlü onamları alındı.

Uygulama

Çalışma, Eylül 2011- Aralık 2011 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirildi. Öncelikle aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlere araştırmayla ilgili bilgi verildikten sonra hekimlerin sözlü onamları alınarak anket formlarını kendilerinin doldurmaları istendi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere, hastalarıyla da yapılacak olan görüşme hakkında bilgi verilerek doldurdıkları anket aynı gün geri alındı. Çalışmayı kabul eden hekimlere aynı gün başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş

ve üzeri ilk 15 hastaya hasta anketleri uygulandı. Hastalara uygulanan bu işlem farklı zamanlarda olmak üzere iki kez tekrarlandı.

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

Görüşmede kişilere çalışmanın içeriği anlatıldıktan sonra demografik verileri içeren form araştırmacı tarafından bizzat yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Kişilerden EUROPEP-TR hasta memnuniyet anketini kendilerinin doldurması istendi, ölçeği okumakta ve soruları anlamakta güçlük çeken kişilerde ölçekler araştırmacı tarafından veya yardımla dolduruldu.

Edirne il merkezinde kayıtlı 42 aile hekimi bulunmaktaydı. Bir hekimin, anketin yapıldığı sırada ilçeye atamasının gerçekleşmesi, diğer bir hekimin kırsal bölgede bulunması, bir hekimin ise esas hasta popülasyonunun cezaevindeki hastalar olması sebebiyle çalışmaya toplam 39 aile hekimi alınarak toplam 1170 hasta ile çalışma tamamlandı.

İstatistik

Uygulanan anketteki demografik veriler SPSS 19 (Statistical Package for Social Sciences, version 19) (Seri No: 10240642) istatistik programına aktarıldı. Bulguların analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde), Spearman korelasyon analizi, normal dağılıma uymayan değişkenlerin ikiden fazla grup analizlerinde Kruskal Wallis testi ve ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p), ilgili testlerle birlikte gösterildi ve $p < 0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

HEKİM ANKET ÇALIŞMASININ BULGULARI

Çalışmaya 39 aile hekimi katıldı. Çalışmaya katılan hekimlerin 26'sı (%66,7) erkek, 13'ü (%33,3) kadındı.

Çalışmaya katılan hekimlerin yaşları 31 ile 51 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması $41,31 \pm 4,83$ yıl idi. 18 ile 44 yaş arasındaki hekim sayısı 29 (%74,4) iken, 45 yaş ve üzeri 10 (%25,6) hekim vardı.

Hekimlerin medeni durumları incelendiğinde grubun tümünde 31 (%79,5) hekimin evli, 4 (%10,3) hekimin bekâr, 4 (%10,3) hekimin ise boşanmış olduğu saptandı.

Evli olan 31 hekimin 26'sının (%83,9) eşi çalışırken, 5'inin (%16,1) eşi çalışmıyordu. Hekimlerin çalışan eşlerinin mesleklerine bakıldığında; 11'inin (%35,5) eşi doktor, 5'inin (%16,1) eşi hemşire, 3'ünün (%9,7) öğretmen, 3'ünün (%9,7) ebe, 2'sinin (%6,5) serbest meslek, 1'inin (%3,2) eczacı, 1'inin (%3,2) ise subay olduğu görüldü.

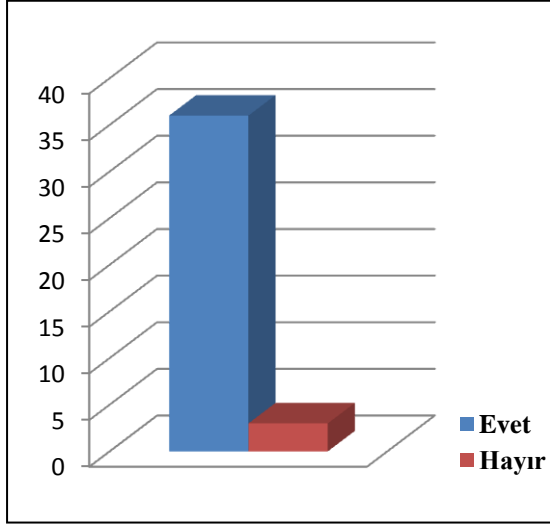
Evli ve boşanmış olan toplam 35 hekim içinde 4 (%11,4) hekimin çocuğunun olmadığı, 13 (%37,1) hekimin 1, 17 (%48,6) hekimin 2 çocuğu olduğu saptanırken 3 çocuğu olan 1 (%2,9) hekim vardı.

Hekimlerin mezuniyet sürelerinin 5 ile 29 yıl arasında olduğu saptanırken mezuniyet süreleri ortalaması $16,72 \pm 5,75$ yıldır. Meslekteki toplam çalışma süreleri ise 5 ile 26 yıl arasında, ortalaması ise $16,38 \pm 5,48$ yıl olarak saptandı.

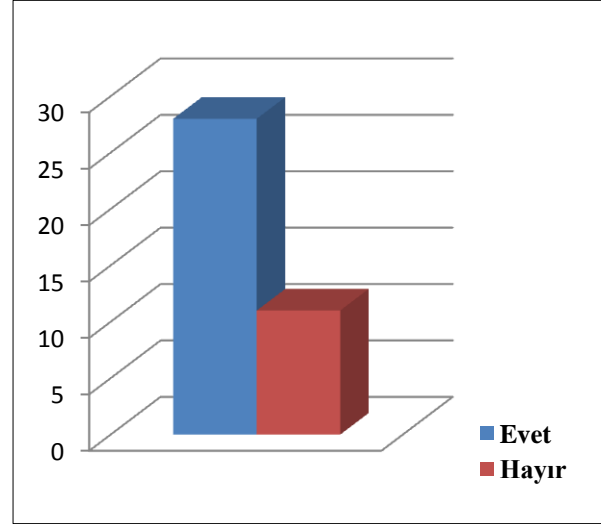
Çalışmanın yapıldığı anda hekimlerin halen çalıştığı kurumdaki toplam çalışma süreleri 2,5 ay ile 15 yıl arasında değişiyordu (ortalama $4,44 \pm 2,32$ yıl).

“Mesleğinizi kendi isteğinizle mi seçtiniz?” sorusuna 36 (%92,3) hekim “evet” cevabı verirken, 3 hekim (%7,7) “hayır” cevabı verdi (Şekil 1).

“Şimdi olsaydı tekrar aynı mesleği seçer miydiniz?” sorusuna “evet” cevabı veren hekim sayısı 28 (%71,8), “hayır” diyenlerin sayısı ise 11 (%28,2) olarak saptandı (Şekil 2).



Şekil 1. Hekimlerin mesleğini kendi isteğiyle seçme oranları



Şekil 2. Hekimlerin “Şimdi olsaydı aynı mesleği seçer miydiniz?” sorusuna verdikleri cevaplar

Son bir yıl içinde hizmet içi eğitim almış olan 38 (%97,4) hekim vardı. Yine son bir yılda kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere 39 hekim içinden 32 (%82,1) hekim katılmıştı. Bu etkinliklere katılan 32 hekim son bir yılda ortalama $1,53 \pm 1,52$ kez kongreye, $1,88 \pm 1,99$ kez kursa, $2,97 \pm 2,38$ kez de seminere katılmıştı.

“Düzenli olarak Türkçe tıbbi yayın izliyor musunuz?” sorusuna 5 (%12,8) hekim “evet” cevabı verirken, 6 (%15,4) hekim “hayır” cevabını verdi. Hekimlerin 28’inin (%71,8) ise zaman zaman Türkçe tıbbi yayın izlediği saptandı.

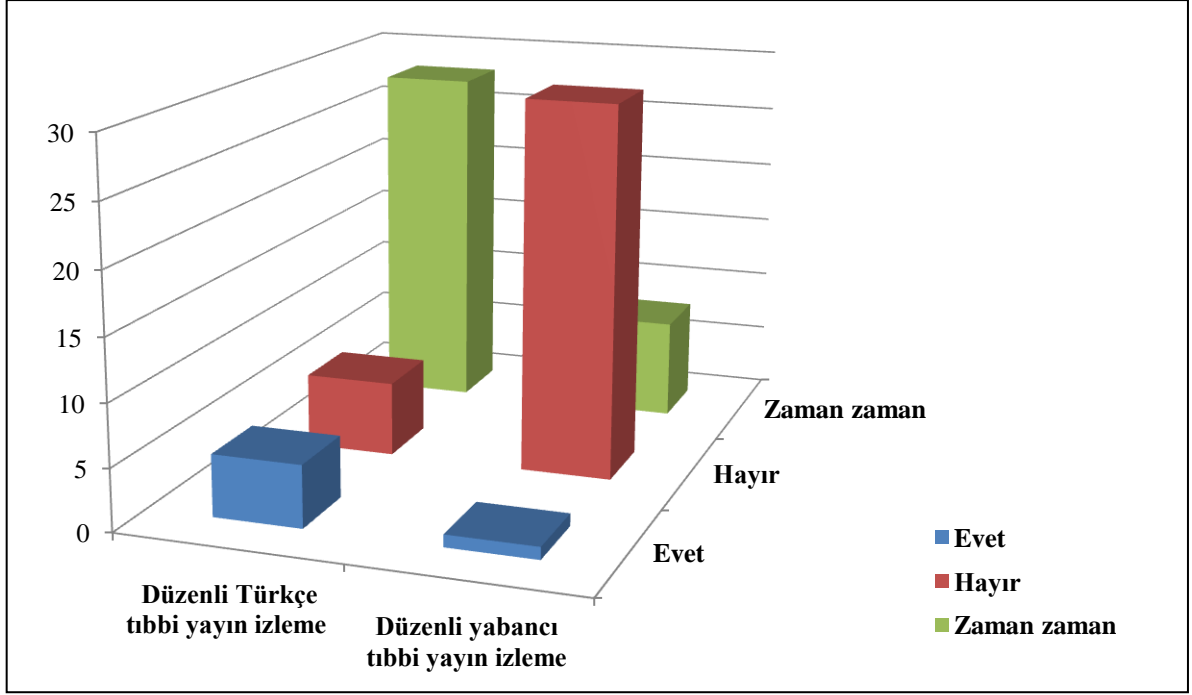
Çalışmaya katılan 39 hekim arasından 1 (%2,6) hekim düzenli olarak yabancı dilde tıbbi yayın izlediğini belirtirken 30 (%76,9) hekim izlemediğini, 8 (%20,5) hekim ise zaman zaman izlediğini belirtti (Şekil 3).

Hekimlerin 29’u (%74,4) iş yerlerindeki fiziksel koşulları yeterli bulurken, 10 (%25,6) hekim yeterli bulmuyordu.

Çalışmaya katılan 39 hekimin kendilerine kayıtlı nüfusları, 3150 ile 4300 kişi arasında değişmekteydi (ortalama $3815,38 \pm 267,04$ kişi).

Haftalık toplam çalışma saatleri 40 ile 50 saat arasında değişmekle beraber ortalama $41,46 \pm 2,79$ saat olarak saptandı.

Hekimlerin günde baktıkları hasta sayısı 40 ile 110 hasta arasında değişmekteydi (ortalama $62,31 \pm 17,65$ hasta).



Şekil 3. Hekimlerin düzenli olarak Türkçe ve yabancı dilde tıbbi yayın izleme oranları

Son 12 ayda TUS'a girme durumları değerlendirildiğinde, çalışmamıza katılan 39 hekimin 36'sının (%92,3) son 12 ay içinde TUS'a girmediği saptanırken son 12 ay içinde TUS'a giren 3 (%7,7) hekim vardı.

Çalışmamıza katılan 39 hekimden 13'ünün (%33,3) genel iş doyumlarının yüksek, 26'sının (%66,7) ise orta düzeyde olduğu saptandı. Düşük iş doyumuna sahip hekim bulunmamaktaydı. Hekimlerin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu en az ve en çok verilen puanların ortalamaları ile genel ortalama puanları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hekimlerin iş doyumları düzeyleri

	En az ve en çok verilen puanların ortalamaları	Ortalama \pm SS	Yüksek düzeyde iş doyumuna sahip hekim sayısı (%)	Orta düzeyde iş doyumuna sahip hekim sayısı (%)
Genel doyum	2,55-5,00	3,56 \pm 0,55	13 (33,3)	26 (66,7)
İçsel doyum	2,83-5,00	3,76 \pm 0,57	16 (41)	23 (59)
Dışsal doyum	2,13-5,00	3,27 \pm 0,63	11 (28,2)	28 (71,8)

SS: Standart sapma, %: Yüzde.

Çalışmaya katılan hekimlerin iş doyumuyla ilgili sorulara verdikleri puanların ortalama değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne göre hekimlerin iş doyumunu etkileyen faktörlerin ortalama puanları

	En az puan	En çok puan	Ortalama Puan ± SS
Beni her zaman meşgul etmesi bakımından	1	5	3,46±0,94
Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından	2	5	3,77±0,98
Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	1	5	3,13±1,15
Toplumda “saygın bir kişi” şansını bana vermesi bakımından	1	5	3,51±1,02
Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından	1	5	3,08±1,17
Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı bakımından	1	5	3,21±1,05
Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	1	5	3,82±1,02
Bana sabit bir iş olanağı sağlaması bakımından	2	5	4,15±0,77
Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olabilme bakımından	2	5	4,18±0,79
Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından	3	5	4,08±0,70
Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	2	5	3,97±0,77
İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından	2	5	3,46±1,02
Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından	2	5	3,26±0,85
İş içinde terfi olanağımın olması bakımından	1	5	2,38±1,06
Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından	1	5	3,33±1,15
İşimi yaparken kendi yeteneklerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından	2	5	3,82±0,85
Çalışma şartları bakımından	1	5	3,38±1,06
Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından	2	5	4,03±0,90
Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem bakımından	1	5	3,38±0,96
Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden	2	5	3,95±0,82

SS: Standart sapma.

Bu değerlere göre iş doyum puan ortalamalarının 4'ün üzerinde olduğu, dolayısıyla hekimlerin memnun oldukları sorular sırasıyla; “Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olabilme bakımından (4,18±0,79), bana sabit bir iş olanağı sağlaması bakımından (4,15±0,77), kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından (4,08±0,70), çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından (4,03±0,90) işimden ne kadar memnunuz?” sorularıydı. İş doyum puan ortalamasının 3'ün altında olduğu tek soru vardı. Hekimlerin; “İş içinde terfi olanağımın olması bakımından işimden ne kadar memnunuz?” sorusuna ortalama 2,38±1,06 verdikleri, bu konuda memnun olmadıkları saptandı.

Hekimlerin iş doyumunu etkileyen faktörlere verilen puanların hekim sayısı ve yüzde olarak dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne göre hekimlerin iş doyumunu etkileyen faktörlerin kişi sayısı ve yüzde olarak değerlendirilmesi

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)
Beni her zaman meşgul etmesi bakımından	1 (2,5)	5 (12,8)	12 (30,8)	17 (43,6)	4 (10,3)	39 (100)
Tek başıma çalışma olanağının olması bakımından	0 (0)	5 (12,8)	9 (23,1)	15 (38,5)	10 (25,6)	39 (100)
Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansının olması bakımından	4 (10,3)	7 (17,8)	12 (30,8)	12 (30,8)	4 (10,3)	39 (100)
Toplumda "saygın bir kişi" şansını bana vermesi bakımından	2 (5,1)	4 (10,3)	10 (25,6)	18 (46,2)	5 (12,8)	39 (100)
Amirimın karar vermedeki yeteneği bakımından	4 (10,3)	9 (23)	10 (25,6)	12 (30,8)	4 (10,3)	39 (100)
Amirimın emrindeki kişileri idare tarzı bakımından	3 (7,7)	6 (15,4)	13 (33,3)	14 (35,9)	3 (7,7)	39 (100)
Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansının olması bakımından	1 (2,6)	5 (12,8)	3 (7,7)	21 (53,8)	9 (23,1)	39 (100)
Bana sabit bir iş olanağı sağlaması bakımından	0 (0)	2 (5,1)	3 (7,7)	21 (53,8)	13 (33,4)	39 (100)
Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olabilme bakımından	0 (0)	2 (5,1)	3 (7,7)	20 (51,3)	14 (35,9)	39 (100)
Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından	0 (0)	0 (0)	8 (20,5)	20 (51,3)	11 (28,2)	39 (100)
Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansının olması bakımından	0 (0)	1 (2,6)	9 (23,1)	19 (48,7)	10 (25,6)	39 (100)
İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından	0 (0)	9 (23,1)	9 (23,1)	15 (38,5)	6 (15,3)	39 (100)
Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından	0 (0)	8 (20,5)	15 (38,5)	14 (35,9)	2 (5,1)	39 (100)
İş içinde terfi olanağının olması bakımından	9 (23,1)	13 (33,3)	11 (28,2)	5 (12,8)	1 (2,6)	39 (100)
Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından	2 (5,2)	8 (20,5)	11 (28,2)	11 (28,2)	7 (17,9)	39 (100)
İşimi yaparken kendi yeteneklerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından	0 (0)	3 (7,7)	9 (23,1)	19 (48,7)	8 (20,5)	39 (100)
Çalışma şartları bakımından	1 (2,6)	9 (23,1)	8 (20,5)	16 (41,0)	5 (12,8)	39 (100)
Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından	0 (0)	3 (7,7)	6 (15,4)	17 (43,6)	13 (33,3)	39 (100)
Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem bakımından	1 (2,6)	6 (15,4)	13 (33,3)	15 (38,4)	4 (10,3)	39 (100)
Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden	0 (0)	3 (7,7)	5 (12,8)	22 (56,4)	9 (23,1)	39 (100)

n: Kişi sayısı, %: Yüzde, 1: Hiç memnun değilim, 2: Memnun değilim, 3: Kararsızım, 4: Memnunum, 5: Çok memnunum.

Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre genel ($p=0,731$, $Z=-0,343$), içsel ($p=0,788$, $Z=-0,269$) ve dışsal ($p=0,378$, $Z=-0,881$) iş doyumunu ortalama puanları açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmadı. Ayrıntılar Tablo 4’te verildi.

Tablo 4. Hekimlerin cinsiyetlerine göre iş doyumunu düzeylerinin ve ortalama puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet ve iş doyumunu		Ortalama \pm SS	Yüksek iş doyumuna sahip hekim sayısı	Orta iş doyumuna sahip hekim sayısı
Erkek n=26	İçsel doyum	3,80 \pm 0,64	11	15
	Dışsal doyum	3,22 \pm 0,64	7	19
	Genel doyum	3,56 \pm 0,60	9	17
Kadın n=13	İçsel doyum	3,69 \pm 0,40	5	8
	Dışsal doyum	3,37 \pm 0,61	4	9
	Genel doyum	3,56 \pm 0,45	4	9

n: Kişi sayısı, SS: Standart sapma.

Hekimlerin medeni durumlarına göre genel ($p=0,971$, $KW=0,059$), içsel ($p=0,597$, $KW=1,032$) ve dışsal ($p=0,529$, $KW=1,273$) iş doyumunu düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ayrıntılar Tablo 5’te verildi.

Tablo 5. Hekimlerin medeni durumlarına göre iş doyumunu düzeylerinin karşılaştırılması

Medeni durum ve iş doyumunu		Yüksek iş doyumuna sahip hekim sayısı	Orta iş doyumuna sahip hekim sayısı
Evli n=31	İçsel doyum	14	17
	Dışsal doyum	9	22
	Genel doyum	12	19
Bekâr n=4	İçsel doyum	2	2
	Dışsal doyum	1	3
	Genel doyum	1	3
Boşanmış n=4	İçsel doyum	0	4
	Dışsal doyum	1	3
	Genel doyum	0	4

n: Kişi sayısı.

Hekimlerin genel, içsel ve dışsal iş doyumu puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımları Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Hekimlerin genel, içsel ve dışsal iş doyumu puan ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Kişi sayısı	Genel iş doyumu puan ortalaması ± SS	İçsel iş doyumu puan ortalaması ± SS	Dışsal iş doyumu puan ortalaması ± SS
Cinsiyet				
Erkek	26	3,56±0,60	3,80±0,64	3,22±0,64
Kadın	13	3,56±0,45	3,69±0,40	3,37±0,61
Medeni durum				
Evli	31	3,59±0,59	3,80±0,61	3,28±0,67
Bekâr	4	3,47±0,47	3,77±0,41	3,03±0,57
Boşanmış	4	3,45±0,20	3,48±0,21	3,40±0,27
Eşi çalışma durumu				
Hayır	5	3,90±0,91	4,11±0,90	3,57±1,03
Evet	26	3,53±0,52	3,74±0,54	3,23±0,59
Eş yok	8	3,46±0,33	3,62±0,34	3,22±0,46
Çocuk sayısı				
0	8	3,45±0,40	3,63±0,46	3,17±0,45
1	13	3,81±0,74	4,00±0,78	3,53±0,79
2	17	3,41±0,39	3,62±0,37	3,10±0,52
3	1	3,85	4,00	3,63
Mesleğinizi kendi isteğinizle mi seçtiniz?				
Hayır	3	3,70±0,65	4,05±0,74	3,17±0,56
Evet	36	3,55±0,55	3,74±0,56	3,28±0,64
Tekrar aynı mesleği seçer miydiniz?				
Hayır	11	3,31±0,36	3,49±0,41	3,04±0,48
Evet	28	3,66±0,58	3,87±0,59	3,36±0,66
Son 1 yıl içinde çalıştığınız kurumda hizmet içi eğitim aldınız mı?				
Hayır	1	2,95	3,08	2,75
Evet	38	3,58±0,55	3,78±0,56	3,28±0,63
Son 1 yılda kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katıldınız mı?				
Hayır	7	3,67 ±0,60	3,79±0,64	3,48±0,59
Evet	32	3,54 ±0,55	3,75±0,56	3,22±0,63
Düzenli olarak Türkçe tıbbi yayın izliyor musunuz?				
Hayır	6	3,30±0,30	3,62±0,29	2,81±0,36
Zaman zaman	28	3,63±0,59	3,80±0,60	3,38±0,66
Evet	5	3,52±0,54	3,38±0,66	3,20±0,45
Düzenli olarak yabancı dilde tıbbi yayın izliyor musunuz?				
Hayır	30	3,54±0,57	3,74±0,57	3,25±0,66
Zaman zaman	8	3,66±0,54	3,83±0,63	3,41±0,54
Evet	1	3,40	3,75	2,88
Sizce iş yerinizdeki fiziksel koşullar yeterli mi?				
Hayır	10	3,44±0,54	3,67±0,48	3,10±0,68
Evet	29	3,61±0,56	3,79±0,60	3,33±0,61
Son 12 ay içinde TUS’a girdiniz mi?				
Hayır	36	3,56±0,54	3,77±0,53	3,27±0,65
Evet	3	3,55±0,78	3,69±1,06	3,33±0,38

SS: Standart sapma.

Hekimlerin yaşa göre genel iş doyumu puan ortalamalarına bakıldığında aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,048$, $r=0,318$). Buna göre hekimlerin yaşları arttıkça genel iş doyumu düzeyleri artmaktaydı. İçsel ($p=0,063$, $r=0,301$) ve dışsal ($p=0,232$, $r=0,196$) iş doyumu puan ortalamalarında ise anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre genel ($p=0,565$, $Z=-0,575$), içsel ($p=0,613$, $Z=-0,506$) ve dışsal ($p=0,701$, $Z=-0,384$) iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin çocuk sayılarına göre genel ($p=0,722$, $r=-0,059$), içsel ($p=0,704$, $r=-0,063$) ve dışsal ($p=0,574$, $r=-0,093$) iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin mezuniyet sürelerine göre genel ($p=0,081$, $r=0,283$), içsel ($p=0,101$, $r=0,266$) ve dışsal ($p=0,297$, $r=0,171$) iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin meslekteki toplam çalışma sürelerine göre genel ($p=0,102$, $r=0,266$), içsel ($p=0,123$, $r=0,251$) ve dışsal ($p=0,337$, $r=0,158$) iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin şu anda çalıştığı kurumdaki toplam çalışma sürelerine göre genel ($p=0,419$, $r=0,133$), içsel ($p=0,440$, $r=0,127$) ve dışsal ($p=0,672$, $r=0,070$) iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin kayıtlı nüfusa göre genel ($p=0,850$, $r=-0,031$), içsel ($p=0,961$, $r=-0,008$) ve dışsal ($p=0,714$, $r=-0,061$) iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin haftalık toplam çalışma süresine göre genel ($p=0,095$, $r=-0,271$), içsel ($p=0,079$, $r=-0,284$) ve dışsal ($p=0,439$, $r=-0,128$) iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin günde baktıkları hasta sayısına göre genel ($p=0,485$, $r=-0,115$), içsel ($p=0,664$, $r=-0,072$) ve dışsal ($p=0,501$, $r=-0,111$) iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin çalıştıkları ortamdaki fiziksel koşulları yeterli bulup bulmamalarına göre genel ($p=0,530$, $Z=-0,628$), içsel ($p=0,784$, $Z=-0,274$) ve dışsal ($p=0,310$, $Z=-1,016$) iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerden, “Şimdi olsaydı tekrar aynı mesleği seçerdim” diyenlerin genel iş doyumu puan ortalamaları “seçmezdim” diyen hekimlere göre anlamlı derecede yüksek

saptandı ($p=0,036$, $Z=-2,095$). İçsel ($p=0,065$, $Z=-1,846$) ve dışsal ($p=0,173$, $Z=-1,362$) iş doyumunu puan ortalamalarında ise aralarında anlamlı bir fark saptanmadı.

Genel, içsel ve dışsal iş doyumunu derecesi yüksek ve orta olan hekimler kendi aralarında bazı özelliklere göre karşılaştırıldı. Buna göre; eşinin çalışma durumu, çocuk sahibi olma, mesleğini kendi isteğiyle seçme, tekrar aynı mesleği seçip seçmeme durumu, son 1 yıl içinde hizmet içi eğitim alma, kurs, kongre, seminer gibi etkinliklere katılma, TUS'a girip girmeme durumu, düzenli olarak Türkçe ve yabancı yayın izleme, iş yerindeki fiziksel koşulları yeterli bulma durumlarına göre aralarında anlamlı derecede bir fark saptanmadı. Ayrıntılar Tablo 7'de verildi.

Tablo 7. Hekimlerin sosyodemografik özelliklerine göre iş doyumunu düzeyleri

Sosyodemografik özellikler	(n)	Genel iş doyumunu derecesi (n)		İçsel iş doyumunu derecesi (n)		Dışsal iş doyumunu derecesi (n)	
		Yüksek	Orta	Yüksek	Orta	Yüksek	Orta
Cinsiyet							
Erkek	26	9	17	11	15	7	19
Kadın	13	4	9	5	8	4	9
İstatistiksel analiz		p=0,810		p=0,818		p=0,801	
Medeni durum							
Evli	31	12	19	14	17	9	22
Bekâr	4	1	3	2	2	1	3
Boşanmış	4	0	4	0	4	1	3
İstatistiksel analiz		p=0,282		p=0,209		p=0,975	
Eşinin çalışma durumu							
Hayır	5	3	2	3	2	3	2
Evet	26	9	17	11	15	6	20
Eş yok	8	1	7	2	6	2	6
İstatistiksel analiz		p=0,204		p=0,447		p=0,238	
Mesleğinizi kendi isteğinizle mi seçtiniz?							
Hayır	3	1	2	1	2	1	2
Evet	36	12	24	15	21	10	26
İstatistiksel analiz		p=1,00		p=0,778		p=0,837	
Tekrar aynı mesleği seçer miydiniz?							
Hayır	11	2	9	2	9	1	10
Evet	28	11	17	14	14	10	18
İstatistiksel analiz		p=0,208		p=0,069		p=0,096	
Son 1 yıl içinde çalıştığınız kurumda hizmet içi eğitim aldınız mı?							
Hayır	1	0	1	0	1	0	1
Evet	38	13	15	16	22	11	27
İstatistiksel analiz		p=0,474		p=0,398		p=0,525	

n: Kişi sayısı, p: Anlamlılık düzeyi.
Ki kare.

Tablo 7 (Devam). Hekimlerin sosyodemografik özelliklerine göre iş doyumunu düzeyleri

Sosyodemografik özellikler	(n)	Genel iş doyumunu derecesi (n)		İşsel iş doyumunu derecesi (n)		Dışsal iş doyumunu derecesi (n)	
		Yüksek	Orta	Yüksek	Orta	Yüksek	Orta
Son 1 yılda kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katıldınız mı?							
Hayır	7	4	3	4	3	2	5
Evet	32	9	23	12	20	9	23
İstatistiksel analiz		p=0,140		p=0,339		p=0,981	
Düzenli olarak Türkçe tıbbi yayını izliyor musunuz?							
Hayır	6	1	5	1	5	0	6
Zaman zaman	28	11	17	13	15	10	18
Evet	5	1	4	2	3	1	4
İstatistiksel analiz		p=0,450		p=0,404		p=0,192	
Düzenli olarak yabancı dilde tıbbi yayını izliyor musunuz?							
Hayır	30	10	20	11	19	9	21
Zaman zaman	8	3	5	4	4	2	6
Evet	1	0	1	0	1	0	1
İstatistiksel analiz		p=0,755		p=0,379		p=0,786	
Sizce iş yerinizdeki fiziksel koşullar yeterli mi?							
Hayır	10	3	7	4	6	2	8
Evet	29	10	19	12	17	9	20
İstatistiksel analiz		p=0,795		p=0,939		p=0,504	
Son 12 ay içinde TUS'a girdiniz mi?							
Hayır	36	12	24	15	21	10	26
Evet	3	1	2	1	2	1	2
İstatistiksel analiz		p=1,00		p=0,778		p=0,837	

n: Kişi sayısı, p: Anlamlılık düzeyi.
Ki kare.

HASTA ANKET ÇALIŞMASININ BULGULARI

Çalışmaya 1170 hasta katıldı. Çalışmaya katılan hastaların 733'ü (%62,6) kadın, 437'si (%37,4) erkekti.

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 18 ile 86 arasında değişmekteydi. Yaş ortalamaları 49,59±14,83, ortanca yaş 51'di. Erkeklerin yaş ortalaması 55,05±14,79, kadınların yaş ortalaması 46,34±13,88 olarak saptandı. Hastaların %36,4'ü (426 hasta) 18-44 yaş arasında, %47,6'sı (557 hasta) 45-64 yaş arasında, %16'sı ise (187 hasta) 65 yaş ve üzerindedir.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde 957 (%81,8) hastanın evli, 71 (%6,1) hastanın bekâr, 27 (%2,3) hastanın boşanmış, 115 (%9,8) hastanın dul olduğu saptandı.

Evli, boşanmış ve dul olan 1099 hasta içinde 57 (%5,2) hastanın çocuğunun olmadığı, 253 (%23) hastanın 1, 789 (%71,8) hastanın 1'den fazla çocuğunun olduğu saptandı. Çocuğu olan 1042 hastanın ortalama çocuk sayısı 2,21±1,07 (en az 1, en çok 8 çocuk) olarak saptandı. 2 çocuğu olan hasta sayısı en fazlaydı (492 hasta, %47,2).

Çalışmaya katılan hastaların aylık hane gelirleri ortalaması 1336,75±995,29 TL idi. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

		Kişi sayısı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	437	37,4
	Kadın	733	62,6
Medeni durum	Evli	957	81,8
	Bekâr	71	6,1
	Boşanmış	27	2,3
	Dul	115	9,8
Yaş grubu	18-44 yaş	426	36,4
	45-64 yaş	557	47,6
	65 yaş ve üzeri	187	16
Çocuk sayısı (evli, boşanmış, dul hastalar arasında)	Çocuk yok	57	5,2
	1 çocuk	253	23
	2 çocuk ve üstü	789	71,8
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	64	5,5
	Okur-yazar	28	2,4
	İlkokul mezunu	569	48,6
	Ortaokul mezunu	121	10,4
	Lise mezunu	245	20,9
	Üniversite mezunu	143	12,2
Meslek	Ev hanımı	534	45,6
	Memur	68	5,8
	İşçi	99	8,5
	Emekli	362	30,9
	Öğrenci	15	1,3
	Diğer (çiftçi, serbest, asker)	77	6,6
	Çalışmıyor	15	1,3

Çalışmaya katılan hastaların 64’ünün (%5,5) okur-yazar olmadığı, 28 (%2,4) hastanın okur-yazar olduğu, 569 (%48,6) hastanın ilkokul, 121 (%10,4) hastanın ortaokul, 245 (%20,9) hastanın lise, 143 (%12,2) hastanın ise üniversite mezunu olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan 1170 hastanın 534’ünün (%45,6) ev hanımı, 68’inin (%5,8) memur, 99’unun (%8,5) işçi, 15’inin (%1,3) öğrenci olduğu saptandı. 362 hasta (%30,9) emekli, 77

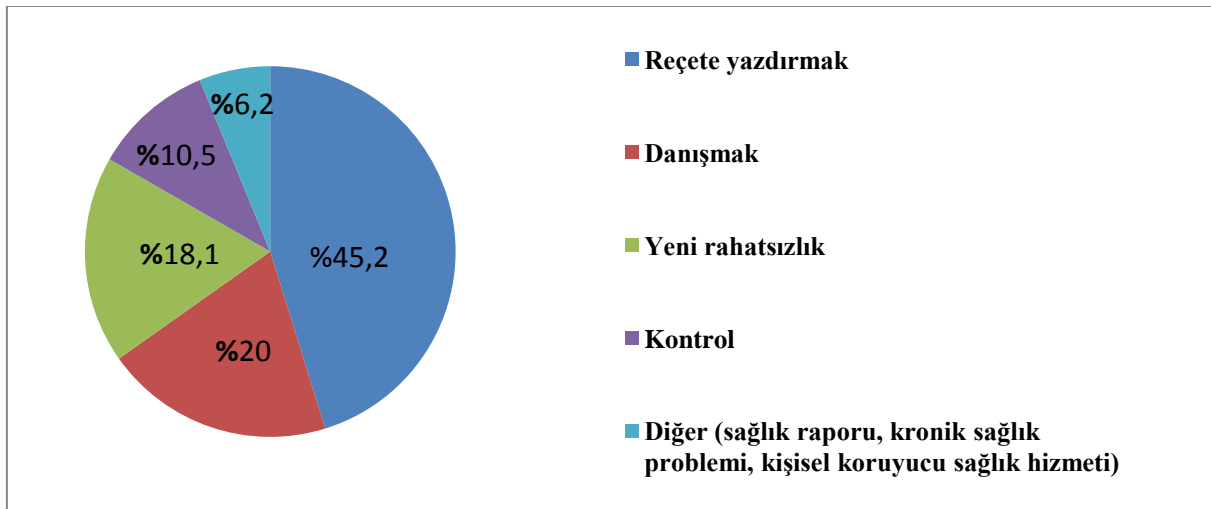
hasta (%6,6) diğer (çiftçi, serbest, asker) meslek gruplarındandı. 15 hasta (%1,3) ise herhangi bir işte çalışmıyordu.

Hastalardan 1119'unun (%95,6) sağlık merkezine ulaşımında herhangi bir zorluk çekmediği, 2 hastanın (%0,2) nadiren, 7 hastanın (%0,6) bazen, 17 hastanın (%1,5) çoğu zaman, 25 hastanın (%2,1) ise her zaman zorluk çektikleri saptandı.

Sağlık merkezine ulaşımında zorluk çeken 51 hastanın nedenleri incelendiğinde; 24'ünün (%47,1) evinin uzaklığı nedeniyle, 19'unun (%37,3) yürümekte zorluk çekmesi sebebiyle, 5'inin (%9,8) maddi nedenlerden ötürü, 2'sinin (%3,9) ulaşımında zorluk çekmesi nedeniyle, 1'inin (%2) ise bedensel engeli dolayısıyla zorluk çektiği saptandı.

Çalışmaya katılan hastaların son 1 yılda aile hekimlerine başvuru sayıları 1 ile 50 arasında değişmekteydi, ortalaması ise $7,22 \pm 5,32$ idi. Çalışmaya katılan hastalar arasında son 1 yılda hastanelere başvuruda bulunmayan 203 hasta vardı. Hastanelere en az 1 kez başvuruda bulunan 967 hastanın ortalama başvuru sayıları $5,63 \pm 4,62$ olarak saptandı (en çok 30 kez).

Çalışmaya katılan 1170 hastanın aile sağlığı merkezlerine başvuru sebeplerine bakıldığında; hastaların 529'u (%45,2) reçete yazdırmak, 234'ü (%20) danışmak, 123'ü (%10,5) kontrol amacıyla, 212'si (%18,1) yeni rahatsızlık nedeniyle başvuruda bulunurken 32'si (%2,7) kişisel koruyucu sağlık hizmeti (aşı vb) almak, 29'u (%2,5) sağlık raporu çıkartmak, 11'i (%0,9) ise kronik bir sağlık sorunu nedeniyle başvurmuştu (Şekil 4).



Şekil 4. Çalışmaya katılan 1170 hastanın aile sağlığı merkezlerine başvuru sebeplerine göre dağılımları

Sürekli hastalık sıklığına bakıldığında; 1170 hastanın 489'unun (%41,8) bilinen sürekli bir hastalığı yoktu. 355 hastanın (%30,3) bir, 326 hastanın (%27,9) ise birden fazla sürekli hastalığı vardı. Sürekli hastalığı olan 681 hasta arasında hipertansiyonu olan 452

(%66,3) hasta vardı. Çalışmaya katılan 1170 hastanın 1145'inin (%97,9) bilinen fiziksel bir engeli yokken 25'inin (%2,1) vardı.

Çalışmamızda değerlendirilen EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi'ne verilen cevapların en az, en çok ve ortalama puanları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. EUROPEP-TR sorularına verilen cevapların ortalama puanları

Hasta Memnuniyet Anketi	n	En az puan	En çok puan	Ortalama ± SS
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	1170	1	5	4,93±0,32
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	1170	1	5	4,92±0,34
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	1170	1	5	4,93±0,32
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	1167	1	5	4,91±0,38
Sizi dinlemesi	1170	2	5	4,94±0,29
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	1166	2	5	4,99±0,15
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	1168	1	5	4,92±0,34
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	1166	2	5	4,93±0,33
İşini tam yapması	1170	1	5	4,94±0,34
Sizi muayene etmesi	1168	1	5	4,94±0,33
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	643	1	5	4,97±0,26
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	1168	1	5	4,93±0,32
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	1169	1	5	4,93±0,32
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	1152	1	5	4,93±0,37
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	1165	1	5	4,93±0,34
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	1162	1	5	4,93±0,32
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	313	3	5	4,96±0,22
Doktor dışı personelin yardımı	1160	1	5	4,92±0,32
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	16	3	5	4,81±0,54
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	165	2	5	4,95±0,34
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	171	1	5	4,91±0,48
Bekleme odasında harcadığınız zaman	1170	1	5	4,50±0,72
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	178	1	5	4,92±0,39

n: Puan veren kişi sayısı, SS: Standart sapma.

Yaptığımız EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularına verilen cevapların ortalama puanlarına bakıldığında hastaların en çok memnun oldukları (4 ve 5 puan verdikleri) sorular sırasıyla; “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması (1164 hasta, %99,5), sizi dinlemesi

(1161 hasta, %99,2), şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi (1160 hasta %99,1) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı.

Hastaların en çok hangi sorulara 1 ve 2 puan verdiklerine bakıldığında ise; “Bekleme odasında harcadığınız zaman (19 hasta, %1,6), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması (7 hasta, %0,6), işini tam yapması (7 hasta, %0,6) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı.

Hastaların, o sorunun kendisiyle ilgili olmadığını düşünmesi sebebiyle en fazla “uygun değil/ilgisiz” olarak cevaplandıkları ve puan vermedikleri sorular; “Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz (%98,6), sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz (%85,9), doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz (%85,4), acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması (%84,8), uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması (%73,2) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı.

Çalışmamızdaki EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularına puan veren hasta sayısı ve verilen puanların yüzdeler dağılımı Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. EUROPEP-TR sorularına verilen puanların yüzdeler dağılımı

Hasta Memnuniyet Anketi	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)	Uygun değil/ ilgisiz
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	1 (0,1)	2 (0,2)	11 (0,9)	52 (4,4)	1104 (94,4)	1170 (100)	0 (0)
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	1 (0,1)	4 (0,3)	10 (0,9)	53 (4,5)	1102 (94,2)	1170 (100)	0 (0)
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	1 (0,1)	2 (0,2)	12 (1)	47 (4)	1108 (94,7)	1170 (100)	0 (0)
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	2 (0,2)	4 (0,3)	15 (1,3)	57 (4,9)	1089 (93,1)	1167 (99,8)	3 (0,2)
Sizi dinlemesi	0 (0)	4 (0,3)	5 (0,5)	46 (3,9)	1115 (95,3)	1170 (100)	0 (0)
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	0 (0)	2 (0,2)	0 (0)	9 (0,8)	1155 (98,7)	1166 (99,7)	4 (0,3)
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	2 (0,2)	4 (0,3)	6 (0,5)	56 (4,8)	1100 (94)	1168 (99,8)	2 (0,2)

n: Puan veren kişi sayısı, %: Yüzde.

Tablo 10 (Devam). EUROPEP-TR sorularına verilen puanların yüzdeler dağılımı

Hasta Memnuniyet Anketi	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)	Uygun değil/ ilgisiz
Günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	0 (0)	4 (0,3)	12 (1)	50 (4,4)	1100 (94)	1166 (99,7)	4 (0,3)
İşini tam yapması	3 (0,3)	4 (0,3)	4 (0,3)	43 (3,7)	1116 (95,4)	1170 (100)	0 (0)
Sizi muayene etmesi	3 (0,3)	2 (0,2)	7 (0,6)	43 (3,7)	1113 (95)	1168 (99,8)	2 (0,2)
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb)	2 (0,2)	0 (0)	1 (0,1)	10 (0,9)	630 (53,8)	643 (55)	527 (45)
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	1 (0,1)	3 (0,3)	9 (0,8)	52 (4,3)	1103 (94,3)	1168 (99,8)	2 (0,2)
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	3 (0,3)	1 (0,1)	5 (0,4)	55 (4,7)	1105 (94,4)	1169 (99,9)	1 (0,1)
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	4 (0,3)	3 (0,3)	7 (0,6)	47 (4)	1091 (93,2)	1152 (98,5)	18 (1,5)
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	2 (0,2)	4 (0,3)	6 (0,5)	49 (4,2)	1104 (94,4)	1165 (99,6)	5 (0,4)
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	2 (0,2)	2 (0,2)	6 (0,5)	58 (5)	1094 (93,5)	1162 (99,4)	8 (0,6)
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	0 (0)	0 (0)	2 (0,2)	8 (0,7)	303 (25,9)	313 (26,8)	857 (73,2)
Doktor dışı personelin yardımı	1 (0,1)	1 (0,1)	12 (1)	57 (4,9)	1089 (93,1)	1160 (99,2)	10 (0,8)
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	0 (0)	0 (0)	1 (0,1)	1 (0,1)	14 (1,2)	16 (1,4)	1154 (98,6)
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	0 (0)	2 (0,2)	0 (0)	2 (0,2)	161 (13,7)	165 (14,1)	1005 (85,9)
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	1 (0,1)	2 (0,2)	1 (0,1)	3 (0,3)	164 (14)	171 (14,7)	999 (85,3)
Bekleme odasında harcadığınız zaman	7 (0,6)	12 (1)	85 (7,3)	351 (30)	715 (61,1)	1170 (100)	0 (0)
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,1)	9 (0,8)	167 (14,2)	178 (15,2)	992 (84,8)

n: Puan veren kişi sayısı, %: Yüzde.

Memnuniyet puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği araştırıldığında sadece “Bekleme odasında harcadığınız zaman açısından ne kadar memnunsunuz?” sorusuna

kadın hastalar tarafından verilen puan ortalamalarının erkek hastalardan, istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0,001$, $Z=-3,349$) olarak daha düşük olduğu saptanırken diğer sorularda anlamlı bir fark saptanmadı.

Hastaların çocuk sahibi olmaları ile memnuniyet dereceleri arasındaki ilişki incelendiğinde çocuk sahibi olan hastaların; "Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ($p=0,028$, $Z=-2,201$), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ($p<0,001$, $Z=-4,416$), günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi ($p=0,004$, $Z=-2,902$), işini tam yapması ($p=0,006$, $Z=-2,751$), sizi muayene etmesi ($p=0,008$, $Z=-2,642$), hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb) ($p<0,001$, $Z=-4,970$), test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ($p=0,004$, $Z=-2,884$), şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi ($p<0,001$, $Z=-3,737$), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması ($p<0,001$, $Z=-3,707$), tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ($p=0,020$, $Z=-2,325$) açısından ne kadar memnunsunuz?" sorularına çocuk sahibi olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek puan verdikleri saptandı. Ayrıntılar Tablo 11'de verildi.

Hastaların yaşlarına göre memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldı. Buna göre yaşla; "Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi ($p=0,009$, $r=0,077$), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ($p=0,003$, $r=0,086$), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması ($p=0,003$, $r=0,087$), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ($p<0,001$, $r=0,103$), sizi dinlemesi ($p=0,016$, $r=0,070$), şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi ($p=0,003$, $r=0,087$), günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi ($p<0,001$, $r=0,108$), işini tam yapması ($p=0,021$, $r=0,068$), sizi muayene etmesi ($p=0,027$, $r=0,065$), hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb) ($p=0,003$, $r=0,017$), test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ($p=0,026$, $r=0,065$), şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi ($p=0,001$, $r=0,094$), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması ($p=0,003$, $r=0,087$), tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ($p=0,005$, $r=0,081$), önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ($p=0,001$, $r=0,094$), uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması ($p=0,002$, $r=0,172$), doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz ($p=0,045$, $r=0,153$), bekleme odasında harcadığınız zaman ($p<0,001$, $r=0,102$), açısından ne kadar memnunsunuz?" sorularına verilen puanların ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı.

Tablo 11. Çocuk sahibi olmanın hasta memnuniyetine etkisi

Hasta Memnuniyet Anketi	Çocuk (n)	Ortalama±SS	P
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Yok (128)	4,90±0,37	0,252
	Var (1042)	4,93±0,31	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Yok (128)	4,88±0,36	0,028*
	Var (1042)	4,93±0,34	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Yok (128)	4,89±0,40	0,169
	Var (1042)	4,94±0,31	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Yok (127)	4,75±0,66	<0,001*
	Var (1040)	4,93±0,33	
Sizi dinlemesi	Yok (128)	4,89±0,42	0,074
	Var (1042)	4,95±0,26	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Yok (126)	4,97±0,28	0,425
	Var (1040)	4,99±0,12	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Yok (126)	4,83±0,64	0,051
	Var (1042)	4,94±0,29	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Yok (126)	4,82±0,55	0,004*
	Var (1040)	4,94±0,29	
İşini tam yapması	Yok (128)	4,84±0,58	0,006*
	Var (1042)	4,95±0,30	
Sizi muayene etmesi	Yok (128)	4,88±0,38	0,008*
	Var (1040)	4,94±0,32	
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb)	Yok (54)	4,78±0,79	<0,001*
	Var (589)	4,99±0,13	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Yok (127)	4,85±0,45	0,004*
	Var (1041)	4,94±0,30	
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Yok (128)	4,83±0,53	<0,001*
	Var (1041)	4,94±0,29	
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Yok (122)	4,79±0,68	<0,001*
	Var (1030)	4,94±0,31	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Yok (126)	4,85±0,53	0,020*
	Var (1039)	4,94±0,30	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Yok (122)	4,85±0,55	0,103
	Var (1040)	4,94±0,29	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Yok (29)	4,93±0,37	0,913
	Var (284)	4,96±0,20	
Doktor dışı personelin yardımı	Yok (122)	4,90±0,37	0,523
	Var (1038)	4,93±0,32	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Yok (5)	5,00±0,00	0,325
	Var (11)	4,73±0,64	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Yok (19)	5,00±0,00	0,467
	Var (146)	4,95±0,36	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Yok (20)	4,80±0,89	0,796
	Var (151)	4,93±0,40	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Yok (128)	4,37±0,97	0,492
	Var (1042)	4,52±0,68	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Yok (20)	4,65±0,98	0,069
	Var (158)	4,95±0,22	

n: Puan veren kişi sayısı, SS: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi, *p<0,05. Mann Whitney U.

Sağlık merkezine ulaşımında zorluk çeken ve çekmeyen hastaların memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Sürekli hastalığı olan ve olmayan hastaların memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında, “Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ($p=0,043$, $Z=-2,020$) ve hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb) ($p=0,001$, $Z=-3,379$) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularında anlamlı bir fark olduğu saptanırken, diğer sorularda anlamlı fark saptanmadı.

Hastaların fiziksel engel varlığına göre memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Hastalar medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında; “Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ($p=0,031$ $KW=6,299$), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ($p=0,001$, $KW=15,745$), sizi dinlemesi ($p=0,014$, $KW=10,586$), şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi ($p=0,013$, $KW=10,727$), günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi ($p=0,003$, $KW=14,302$), işini tam yapması ($p=0,004$, $KW=13,133$), sizi muayene etmesi ($p=0,006$, $KW=12,503$), hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb) ($p=0,005$ $KW=12,678$), test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ($p=0,005$, $KW=13,032$), şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi, ($p=0,001$, $KW=17,474$) sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması ($p=0,001$, $KW=15,610$), tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ($p=0,009$, $KW=11,646$) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularına verilen puanlar arasındaki fark anlamlı bulundu. Bekâr olan hastaların bu sorularda evli, boşanmış ve dul olan hastalara göre verdikleri memnuniyet puanları ortalamaları anlamlı derecede daha düşüktü. Ayrıntılar Tablo 12’de verildi.

Tablo 12. Medeni durumun hasta memnuniyetine etkisi

Hasta Memnuniyet Anketi	Medeni durum (n)	Ortalama \pm SS	P değeri
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Evli (957)	4,92 \pm 0,33	0,098
	Bekâr (71)	4,87 \pm 0,44	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,97 \pm 0,20	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Evli (957)	4,92 \pm 0,34	0,031*
	Bekâr (71)	4,85 \pm 0,43	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,95 \pm 0,32	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Evli (957)	4,93 \pm 0,31	0,106
	Bekâr (71)	4,86 \pm 0,48	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,97 \pm 0,29	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Evli (955)	4,92 \pm 0,35	0,001*
	Bekâr (70)	4,71 \pm 0,74	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,93 \pm 0,36	
Sizi dinlemesi	Evli (957)	4,95 \pm 0,26	0,014*
	Bekâr (71)	4,83 \pm 0,53	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,97 \pm 0,29	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Evli (956)	4,99 \pm 0,09	0,358
	Bekâr (69)	4,94 \pm 0,37	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (114)	4,97 \pm 0,28	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Evli (957)	4,93 \pm 0,31	0,013*
	Bekâr (69)	4,77 \pm 0,71	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,96 \pm 0,30	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Evli (955)	4,93 \pm 0,30	0,003*
	Bekâr (69)	4,75 \pm 0,65	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,96 \pm 0,27	
İşini tam yapması	Evli (957)	4,94 \pm 0,32	0,004*
	Bekâr (71)	4,79 \pm 0,67	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,97 \pm 0,22	
Sizi muayene etmesi	Evli (955)	4,94 \pm 0,32	0,006*
	Bekâr (71)	4,85 \pm 0,43	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,94 \pm 0,42	
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb)	Evli (522)	4,97 \pm 0,23	0,005*
	Bekâr (28)	4,79 \pm 0,78	
	Boşanmış (12)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (81)	5,00 \pm 0,00	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Evli (956)	4,94 \pm 0,29	0,005*
	Bekâr (70)	4,80 \pm 0,52	
	Boşanmış (27)	5,00 \pm 0,00	
	Dul (115)	4,93 \pm 0,41	

n: Puan veren kişi sayısı, SS: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi, *p<0,05. Kruskal Wallis.

Tablo 12 (Devam). Medeni durumun hasta memnuniyetine etkisi

Hasta Memnuniyet Anketi	Medeni durum (n)	Ortalama ± SS	P değeri
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Evli (956)	4,94±0,29	0,001*
	Bekâr (71)	4,77±0,63	
	Boşanmış (27)	5,00±0,00	
	Dul (115)	4,95±0,34	
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Evli (942)	4,93±0,32	0,001*
	Bekâr (68)	4,72±0,82	
	Boşanmış (27)	5,00±0,00	
	Dul (115)	4,96±0,30	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Evli (953)	4,94±0,30	0,009*
	Bekâr (70)	4,77±0,68	
	Boşanmış (27)	5,00±0,00	
	Dul (115)	4,96±0,30	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Evli (953)	4,93±0,29	0,083
	Bekâr (67)	4,81±0,68	
	Boşanmış (27)	5,00±0,00	
	Dul (115)	4,96±0,30	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Evli (251)	4,96±0,20	0,896
	Bekâr (18)	4,89±0,47	
	Boşanmış (6)	5,00±0,00	
	Dul (38)	4,97±0,16	
Doktor dışı personelin yardımı	Evli (951)	4,93±0,32	0,756
	Bekâr (69)	4,88±0,40	
	Boşanmış (26)	4,92±0,39	
	Dul (114)	4,94±0,27	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Evli (10)	4,70±0,67	0,734
	Bekâr (4)	5,00±0,00	
	Boşanmış (1)	5,00	
	Dul (1)	5,00	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Evli (142)	4,94±0,37	0,883
	Bekâr (9)	5,00±0,00	
	Boşanmış (4)	5,00±0,00	
	Dul (10)	5,00±0,00	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Evli (146)	4,92±0,40	0,587
	Bekâr (9)	4,56±1,33	
	Boşanmış (4)	5,00±0,00	
	Dul (12)	5,00±0,00	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Evli (957)	4,49±0,71	0,477
	Bekâr (71)	4,41±1,07	
	Boşanmış (27)	4,70±0,46	
	Dul (115)	4,57±0,56	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Evli (145)	4,92±0,40	0,516
	Bekâr (16)	4,81±0,54	
	Boşanmış (1)	5,00	
	Dul (16)	5,00±0,00	

n: Puan veren kişi sayısı, **SS:** Standart sapma, **p:** Anlamlılık düzeyi, * p<0,05. Kruskal Wallis.

Hastaların öğrenim durumlarına göre memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında; “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması (p=0,615, KW=3,554),

uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması ($p=0,082$, $KW=9,759$), size uygun zamanlara randevu alabilmeniz ($p=0,914$, $KW=0,972$), sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz ($p=0,873$, $KW=1,827$), doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz ($p=0,418$, $KW=4,984$), acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ($p=0,084$, $KW=9,721$) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularına verilen puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmazken diğer sorulara verilen puanlar arasındaki fark anlamlıydı. Ayrıntılar Tablo 13’te belirtildi.

Hastaların aylık hane gelirlerine göre memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında 19 soruda negatif yönde anlamlı ilişki saptandı. Aralarında anlamlı fark bulunan sorular; “Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi ($p=0,001$, $r=-0,097$) “Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi ($p=0,001$, $r=-0,100$), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ($p=0,010$, $r=-0,075$), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması ($p=0,001$, $r=-0,096$), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ($p=0,001$, $r=-0,129$), sizi dinlemesi ($p=0,047$, $r=-0,058$), günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi ($p=0,001$, $r=-0,100$), işini tam yapması ($p=0,010$, $r=-0,075$), sizi muayene etmesi ($p=0,003$, $r=-0,086$), hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb) ($p<0,001$, $r=-0,140$), test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ($p=0,004$, $r=-0,083$), şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi ($p=0,012$, $r=-0,073$), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması ($p<0,001$, $r=-0,112$), tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ($p<0,001$, $r=-0,115$), önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ($p<0,001$, $r=-0,116$), uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması ($p<0,001$, $r=-0,211$), doktor dışı personelin yardımı ($p<0,001$, $r=-0,116$), bekleme odasında harcadığınız zaman ($p=0,022$, $r=-0,067$), acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ($p=0,006$, $r=-0,206$) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı.

Hastaların aylık hane gelirleri ile aile hekimlerine ve hastanelere başvuru sayıları arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardı ($p<0,001$, $r=-0,136$; $p<0,001$, $r=-0,182$). Gelir düzeyi düşük olan hastaların aile hekimlerine ve hastanelere başvuru sayıları gelir düzeyi yüksek olanlara göre daha fazlaydı.

Tablo 13. Öğrenim durumunun hasta memnuniyetine etkisi

Hasta Memnuniyet Anketi	Öğrenim durumu (n)	Ortalama ± SS	P değeri
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Okur-yazar değil (64)	4,97±0,17	<0,001*
	Okur-yazar (28)	4,97±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,95±0,30	
	Ortaokul mezunu (121)	4,93±0,39	
	Lise mezunu (245)	4,89±0,35	
	Üniversite mezunu (143)	4,88±0,36	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Okur-yazar değil (64)	4,95±0,21	0,001*
	Okur-yazar (28)	4,95±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,95±0,49	
	Ortaokul mezunu (121)	4,95±0,42	
	Lise mezunu (245)	4,86±0,46	
	Üniversite mezunu (143)	4,90±0,32	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Okur-yazar değil (64)	4,97±0,17	<0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,96±0,27	
	Ortaokul mezunu (121)	4,97±0,28	
	Lise mezunu (245)	4,86±0,46	
	Üniversite mezunu (143)	4,90±0,33	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Okur-yazar değil (64)	4,94±0,30	<0,001*
	Okur-yazar (28)	4,94±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,95±0,30	
	Ortaokul mezunu (121)	4,92±0,40	
	Lise mezunu (243)	4,86±0,42	
	Üniversite mezunu (142)	4,78±0,59	
Sizi dinlemesi	Okur-yazar değil (64)	4,95±0,17	0,005*
	Okur-yazar (28)	4,97±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,96±0,24	
	Ortaokul mezunu (121)	4,97±0,38	
	Lise mezunu (245)	4,91±0,31	
	Üniversite mezunu (143)	4,91±0,35	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Okur-yazar değil (64)	5,00±0,00	0,615
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,99±0,14	
	Ortaokul mezunu (121)	4,99±0,09	
	Lise mezunu (242)	4,99±0,11	
	Üniversite mezunu (142)	4,96±0,27	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Okur-yazar değil (64)	4,95±0,21	<0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,96±0,25	
	Ortaokul mezunu (121)	4,94±0,32	
	Lise mezunu (243)	4,86±0,46	
	Üniversite mezunu (143)	4,86±0,49	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Okur-yazar değil (64)	4,94±0,30	<0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (568)	4,96±0,23	
	Ortaokul mezunu (120)	4,93±0,40	
	Lise mezunu (243)	4,86±0,43	
	Üniversite mezunu (143)	4,87±0,40	

n: Puan veren kişi sayısı, SS: Standart sapma p: Anlamlılık düzeyi, *p<0,05. Kruskal Wallis.

Tablo 13 (Devam). Öğrenim durumunun hasta memnuniyetine etkisi

Hasta Memnuniyet Anketi	Öğrenim durumu (n)	Ortalama ± SS	P değeri
İşini tam yapması	Okur-yazar değil (64)	4,94±0,21	0,004*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,96±0,29	
	Ortaokul mezunu (121)	4,93±0,38	
	Lise mezunu (245)	4,86±0,37	
	Üniversite mezunu (143)	4,87±0,49	
Sizi muayene etmesi	Okur-yazar değil (64)	4,94±0,30	<0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (568)	4,96±0,30	
	Ortaokul mezunu (121)	4,94±0,34	
	Lise mezunu (245)	4,91±0,40	
	Üniversite mezunu (142)	4,87±0,35	
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb)	Okur-yazar değil (48)	5,00±0,00	<0,001*
	Okur-yazar (16)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (320)	5,00±0,05	
	Ortaokul mezunu (60)	5,00±0,00	
	Lise mezunu (128)	4,92±0,42	
	Üniversite mezunu (71)	4,87±0,53	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Okur-yazar değil (64)	4,92±0,41	0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,96±0,27	
	Ortaokul mezunu (121)	4,93±0,39	
	Lise mezunu (244)	4,90±0,34	
	Üniversite mezunu (142)	4,87±0,39	
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Okur-yazar değil (64)	4,94±0,30	<0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,96±0,26	
	Ortaokul mezunu (121)	4,93±0,43	
	Lise mezunu (245)	4,89±0,35	
	Üniversite mezunu (142)	4,89±0,43	
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Okur-yazar değil (64)	4,95±0,21	<0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (568)	4,96±0,26	
	Ortaokul mezunu (12)	4,93±0,46	
	Lise mezunu (236)	4,88±0,46	
	Üniversite mezunu (136)	4,82±0,51	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Okur-yazar değil (64)	4,95±0,21	<0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,96±0,26	
	Ortaokul mezunu (120)	4,94±0,41	
	Lise mezunu (243)	4,88±0,45	
	Üniversite mezunu (141)	4,87±0,36	

n: Puan veren kişi sayısı, **SS:** Standart sapma **p:** Anlamlılık düzeyi, * p<0,05.
Kruskal Wallis.

Tablo 13 (Devam). Öğrenim durumunun hasta memnuniyetine etkisi

Hasta Memnuniyet Anketi	Öğrenim durumu (n)	Ortalama ± SS	P değeri
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Okur-yazar değil (64)	4,95±0,21	<0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (569)	4,96±0,23	
	Ortaokul mezunu (120)	4,93±0,42	
	Lise mezunu (242)	4,87±0,46	
	Üniversite mezunu (139)	4,86±0,36	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Okur-yazar değil (33)	5,00±0,00	0,082
	Okur-yazar (4)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (143)	4,97±0,20	
	Ortaokul mezunu (35)	5,00±0,00	
	Lise mezunu (59)	4,93±0,31	
	Üniversite mezunu (39)	4,90±0,30	
Doktor dışı personelin yardımı	Okur-yazar değil (63)	4,97±0,17	0,001*
	Okur-yazar (28)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (568)	4,95±0,23	
	Ortaokul mezunu (121)	4,90±0,47	
	Lise mezunu (243)	4,89±0,37	
	Üniversite mezunu (137)	4,85±0,45	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Okur-yazar değil (0)	.	0,914
	Okur-yazar (1)	.	
	İlkokul mezunu (3)	5,00±0,00	
	Ortaokul mezunu (1)	5,00	
	Lise mezunu (6)	4,67±0,81	
	Üniversite mezunu (5)	4,80±0,44	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Okur-yazar değil (2)	5,00±0,00	0,873
	Okur-yazar (2)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (62)	4,95±0,38	
	Ortaokul mezunu (21)	5,00±0,00	
	Lise mezunu (41)	4,90±0,49	
	Üniversite mezunu (37)	4,97±0,16	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Okur-yazar değil (3)	5,00±0,00	0,418
	Okur-yazar (2)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (62)	4,95±0,38	
	Ortaokul mezunu (21)	5,00±0,00	
	Lise mezunu (44)	4,77±0,80	
	Üniversite mezunu (39)	4,95±0,22	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Okur-yazar değil (64)	4,31±0,81	0,005*
	Okur-yazar (28)	4,79±0,41	
	İlkokul mezunu (569)	4,55±0,65	
	Ortaokul mezunu (121)	4,50±0,78	
	Lise mezunu (245)	4,50±0,75	
	Üniversite mezunu (143)	4,32±0,85	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Okur-yazar değil (14)	5,00±0,00	0,084
	Okur-yazar (5)	5,00±0,00	
	İlkokul mezunu (93)	4,97±0,17	
	Ortaokul mezunu (15)	4,93±0,25	
	Lise mezunu (28)	4,68±0,86	
	Üniversite mezunu (23)	4,91±0,28	

n: Puan veren kişi sayısı, SS: Standart sapma p: Anlamlılık düzeyi, *p<0,05. Kruskal Wallis.

Kadın hastaların aile hekimlerine ve hastanelere başvuru sayılarının erkek hastalara göre anlamlı derecede daha fazla olduğu saptandı ($p<0,001$, $Z=-4,583$; $p<0,001$, $Z=-5,537$).

Hastaların son bir yıl içinde aile hekimliğine başvuru sayılarına göre memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında, 18 soruda pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Aralarında anlamlı fark bulunan sorular; “Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi ($p=0,001$, $r=0,097$), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ($p=0,001$, $r=0,100$), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması ($p=0,001$, $r=0,093$), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ($p<0,001$, $r=0,105$), sizi dinlemesi ($p=0,003$, $r=0,087$), kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması ($p=0,001$, $r=0,070$), şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi ($p=0,002$, $r=0,089$), günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi ($p=0,001$, $r=0,101$), işini tam yapması ($p=0,003$, $r=0,086$), sizi muayene etmesi ($p=0,022$, $r=0,067$), hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler ($p=0,027$, $r=0,087$), test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ($p=0,005$, $r=0,082$), şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi ($p<0,001$, $r=0,108$), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması ($p<0,001$, $r=0,113$), tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ($p<0,001$, $r=0,107$), önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ($p<0,001$, $r=0,109$), doktor dışı personelin yardımı ($p=0,002$, $r=0,090$), acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ($p=0,019$, $r=0,176$) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı. Hastaların aile hekimlerine başvuru sayısı arttıkça bu konulardaki memnuniyetleri de artmaktaydı.

Çocuk sahibi olan hastaların son bir yıl içinde aile hekimlerine başvuru sayıları çocuk sahibi olmayan hastalara göre anlamlı derecede daha fazlaydı ($p=0,000$, $Z=-4,893$). Ancak hastane başvuru sayısında aralarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,913$, $Z=-0,109$).

Orta ve yüksek derecede iş doyumuna sahip hekimlerin hastalarının memnuniyet sorularına verdikleri cevapların ortalama puanları karşılaştırıldı, ayrıntıları Tablo 14’te verildi.

Tablo 14. Hekimlerin iş doyum derecelerinin hasta memnuniyetine etkisi

Hasta Memnuniyet Anketi	Genel iş doyum derecesi	Puan veren kişi sayısı	Ortalama ± SS	P değeri
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Orta	782	4,90±0,38	<0,001*
	Yüksek	388	4,98±0,15	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Orta	782	4,90±0,39	0,001*
	Yüksek	388	4,97±0,18	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Orta	782	4,91±0,37	0,008*
	Yüksek	388	4,97±0,18	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Orta	779	4,89±0,43	0,013*
	Yüksek	388	4,95±0,27	
Sizi dinlemesi	Orta	782	4,93±0,31	0,033*
	Yüksek	388	4,97±0,21	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Orta	778	4,99±0,14	0,288
	Yüksek	388	4,99±0,16	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Orta	780	4,91±0,36	0,011*
	Yüksek	388	4,95±0,30	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Orta	779	4,91±0,35	0,033*
	Yüksek	387	4,95±0,26	
İşini tam yapması	Orta	782	4,92±0,37	0,041*
	Yüksek	388	4,96±0,26	
Sizi muayene etmesi	Orta	780	4,92±0,39	0,015*
	Yüksek	388	4,97±0,18	
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, aşılama vb)	Orta	428	4,97±0,25	0,838
	Yüksek	215	4,97±0,29	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Orta	780	4,91±0,37	0,019*
	Yüksek	388	4,96±0,20	
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Orta	781	4,92±0,37	0,024*
	Yüksek	388	4,96±0,20	
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Orta	768	4,90±0,41	0,002*
	Yüksek	384	4,97±0,24	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Orta	779	4,91±0,38	0,010*
	Yüksek	386	4,97±0,22	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Orta	775	4,91±0,35	0,021*
	Yüksek	387	4,96±0,27	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Orta	221	4,95±0,25	0,171
	Yüksek	92	4,99±0,10	
Doktor dışı personelin yardımı	Orta	774	4,91±0,34	0,085
	Yüksek	386	4,95±0,27	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Orta	15	4,87±0,51	0,014*
	Yüksek	1	4,00	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Orta	98	4,96±0,31	0,699
	Yüksek	67	4,94±0,38	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Orta	104	4,89±0,53	0,555
	Yüksek	67	4,94±0,38	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Orta	782	4,50±0,72	0,949
	Yüksek	388	4,50±0,72	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Orta	109	4,91±0,32	0,158
	Yüksek	69	4,93±0,49	

SS: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi, *p<0,05. Mann Whitney U.

“Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi ($p < 0,001$, $Z = -3,495$), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ($p = 0,001$, $Z = -3,348$), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması ($p = 0,008$, $Z = -2,673$), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ($p = 0,013$, $Z = -2,491$), sizi dinlemesi ($p = 0,033$, $Z = -2,132$), şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi ($p = 0,011$, $Z = -2,544$), günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi ($p = 0,033$, $Z = -2,131$), işini tam yapması ($p = 0,041$, $Z = -2,046$), sizi muayene etmesi ($p = 0,015$, $Z = -2,442$), test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ($p = 0,019$, $Z = -2,352$), şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi ($p = 0,024$, $Z = -2,262$), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması ($p = 0,002$, $Z = -3,174$), tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ($p = 0,010$, $Z = -2,588$), önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ($p = 0,021$, $Z = -2,306$), size uygun zamanlara randevu alabilmeniz ($p = 0,014$, $Z = -2,451$) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularına verilen memnuniyet puan ortalamalarına bakıldığında, genel iş doyumunu yüksek derecede olan hekimlerin hastalarının memnuniyet puanı ortalamaları, genel iş doyumunu orta derecede olan hekimlerin hastalarının memnuniyet puanı ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Aile hekimliğinin; sağlığı iyileştirici, hastalıklardan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici sağlık hizmetlerini bir bütün olarak sunmada önemli rolü bulunmaktadır. Bu roller sayesinde hastanelerde uzmanlar tarafından sunulan hizmetler iş yükü ve kalite açısından olumlu yönde etkilenecek, temel sağlık hizmetlerinin etkili ve yüksek kaliteyle sunulmasına katkıda bulunulacaktır (42).

Sağlık sistemleri; temel sağlık hizmetlerinin verilmesi, fiziki şartların ve insan kaynaklarının geliştirilmesi, hizmet ve yatırımların finansmanının sağlanması, planlama ve politika geliştirme için veri toplanması gibi bazı temel fonksiyonları öncelikle yerine getirme özelliğinde olmalıdır. Bu bağımsız işlevlerin koordinasyonu ve yönlendirilmesi sistemin başarısını sağlayacaktır. Gelişmiş ülkelerde birinci basamak, sağlık sistemi reformlarının köşe taşlarından birisidir ve güçlü bir birinci basamak sistemi toplum sağlığının gelişmesiyle direkt ilişkilidir (43).

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

Bu alışma, hekimlerin iş doyumlarını ve hastaların memnuniyet derecelerini olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin saptanmasının ve gerekli müdahalelerin yapılmasının birinci basamak sağlık hizmetlerindeki verim ve kaliteyi olumlu yönde etkileyebileği düşüncesinden yola çıkılarak Edirne il merkezi birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan hekimlerin iş doyumunu ve bu merkezlere başvuran hastaların memnuniyet derecelerini ölçmek, aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Hekkert ve ark. (44), hasta özelliklerinin (cinsiyet, yaş, eğitim, sağlık durumu, anadil) hasta memnuniyetine etkisini araştırdıkları bir çalışmada, tüm hasta özelliklerinin hasta memnuniyeti üzerinde bazı önemli etkilerinin olmasının yanı sıra yaş, sağlık durumu ve eğitimin hasta memnuniyetinde belirleyici role sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamıza katılan 1170 hastanın 733'ü (%62,6) kadın, 437'si (%37,4) erkekti. Kadın hastaların aile hekimlerine ve hastanelere başvuru sayıları erkek hastalara göre anlamlı derecede daha fazlaydı. Bu durum; çalışmamızda birinci basamağa başvuran hastaların çoğunluğunu (%62,6) kadınların oluşturması ve kadınların da 534'ünün (%45,6) ev hanımı olması nedeniyle mesai saatleri içinde daha müsait olmalarının ve çocuklarını daha çok annelerin getirmelerinin bir sonucu olabilir. Samsun'da yapılan bir çalışmada Samsun il merkezi birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran kadınların oranı %59 olarak bulunmuştur (45). Yurt dışındaki çalışmalara bakıldığında da birinci basamağa başvuranlar arasında kadın hastaların oranları çalışmamıza benzer olarak yüksek bulunmuştur (46-48). Şenol ve ark. (49)'nın 2010 yılında Kayseri'de yaptıkları çalışmada, sağlık hizmetlerini yaşlıların, kadın hastaların ve okuryazar olmayanların anlamlı olarak daha fazla kullandıkları, mesleklere göre bakıldığında ise ev hanımları ve emeklilerin çalışmamıza benzer şekilde sağlık merkezlerine daha sık başvurdukları saptanmıştır. Memnuniyet puanı ortalamalarının cinsiyete göre sadece bir soruda anlamlı derecede farklılık gösterdiği saptandı. Bekleme odasında harcadıkları zaman açısından kadınların verdiği puanların ortalaması, erkek hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktü. Bu durum, kadınların erkek hastalara göre ASM'lere daha fazla başvurmalarından, dolayısıyla beklemekle geçirdikleri sürenin daha fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. Diğer sorularda cinsiyet ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Sağlık algısının cinsiyete göre değişiklik göstermemesinin bu sonuçta etkisi olabilir. Ülkemizde ve yurt dışında yapılmış olan bazı çalışmalarda da hasta memnuniyetinin, cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır (14,26,50,51). Bunun yanı sıra erkek hastaların genel memnuniyet derecelerinin daha yüksek olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur (25).

Çalışmamıza katılan hastaların yaşları 18 ile 86 arasında değişmekteydi. Hastaların memnuniyet sorularına verdikleri puan ortalamaları yaşlarına göre karşılaştırıldığında; görüşmeler sırasında yeterli zamanlarının olduğunu hissetme, ilgilenilme, sorunlarını kolay söyleyebilme, tıbbi kararlara katılma, dinlenilme, şikâyetlerinin çabuk geçirilmesi, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, hastalıklardan korunmak için sunulan hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb), test ve tedavilerin

amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın öneminin belirtilmesi, önceki görüşmelerde yapılan ve söylenenlerin bilinmesi, sevkten beklenenler konusunda bilgi verilmesi, doktora telefonla ulaşabilme, bekleme odasında harcanan zaman konularından duyulan memnuniyet puanı ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Yaş arttıkça, bu 18 soruyla ilgili olan memnuniyet dereceleri de artmaktaydı. Yaşlı olan hastaların geçmişte muhtemelen günümüze kıyasla daha yetersiz sağlık hizmetlerinden yararlanmış olmaları, günümüz sağlık hizmetlerinden yüksek memnuniyet duymalarının sebebi olabilir. Hastaların yaş ile aile hekimliğine başvuru sayıları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, yaş ile hastanelere başvuru sayısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardı. Yani, yaş ilerledikçe aile hekimlerine başvuru sayısı artarken hastanelere olan başvuru sayısı azalmaktaydı. Bu durum, yaşı ilerleyen hastaların hastanelere gitmekte daha fazla zorlanırken, aile hekimlerine daha rahat ulaşabilmelerinden ve ilaç yazdırma, kontrol vb. amaçlarla aile hekimlerine gitmeyi daha sık tercih etmelerinden kaynaklanmış olabilir. Yaşın artması ile hastalarda görülen sürekli hastalık sayısı da anlamlı bir şekilde artmaktaydı. Dolayısıyla sürekli hastalıklar nedeniyle düzenli ilaç kullanımının yaşlı hastalarda daha fazla olması, yaşlı hastaların reçete yazdırmak amacıyla aile hekimlerine daha sık başvurmalarını destekler niteliktedir. Potiriadis ve ark. (52) Avustralya’da, Haas ve ark. (53) Boston’da birinci basamakta yaptıkları çalışmalarda da yaşlı hastaların aile hekimlerine daha sık başvuruda bulduklarını ve daha yüksek memnuniyette olduklarını saptamışlardır. Yine ülkemizde bir üniversite hastanesinin acil servisinde yapılan memnuniyet çalışmasında 65 yaş üstü hastaların daha az şikâyetçi oldukları saptanmıştır (54).

Hastaların memnuniyet puanı ortalamaları, medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında; ilgilenilme, tıbbi kararlara katılma, dinlenilme, şikâyetlerinin çabuk geçirilmesi, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, hastalıklardan korunmak için sunulan hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb), test ve tedavilerin amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın öneminin belirtilmesi konularında verilen memnuniyet puanı ortalamalarının bekâr olan hastalarda; evli, boşanmış ve dul olan hastalara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Ünal ve ark. (26), yaptıkları çalışmada evli olan hastaların memnuniyet seviyelerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bekâr olan hastaların, aile bireylerinin birbirine olan desteğinden yoksun olmaları sağlık hizmetlerinden memnuniyet derecelerinin

düşük olmasını açıklayabilir. Bu durum, çocuğu olan hastaların memnuniyetlerinin daha yüksek olmasıyla paralellik göstermektedir.

Çocuk sahibi olan hastaların son bir yıl içinde aile hekimlerine başvuru sayıları çocuk sahibi olmayan hastalara göre anlamlı derecede daha fazlaydı. Ancak hastanelere başvuru sayısında aralarında anlamlı bir ilişki yoktu. Hastaların çocuk sahibi olmaları ile memnuniyet dereceleri arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuğu olan hastaların memnuniyet sorularına verdikleri puan ortalamalarının uygun zamana randevu alabilme ve sağlık merkezine telefonla ulaşabilme konuları haricinde çocuğu olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı. Ancak çocuk sahibi olan hastaların; ilgilenilme, tıbbi kararlara katılma, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, hastalıklardan korunmak için sunulan hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb), test ve tedavilerin amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın önemini belirtmesi konularında çocuk sahibi olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek puan verdikleri saptandı. Çalışmamıza katılan hastaların %89,1'inin (1042 hasta) en az bir çocuğunun olduğu ve çocuk sahibi olan hastaların aile hekimlerine daha sık başvuruda buldukları göz önüne alındığında bu durum; çocuk sahibi olan hastaların çocuklarını, ihtiyaçları olduğu herhangi bir anda rahatlıkla ASM'lere ulaştırabilmelerinden, rahat bir şekilde hizmet alabilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan 661 (%56,5) hastanın eğitim seviyesi ilkököl ve altındaydı. 121 (%10,3) hastanın ortaokul, 245 (%20,9) hastanın lise, 143 (%12,2) hastanın ise üniversite mezunu olduğu saptandı. Edirne ve ark. (3) tarafından Van'da yapılan bir çalışmada ilkököl veya altında (okuryazar, okuryazar değil) eğitim almış olanların oranı %34,7, üniversite mezunu olanların oranı %14,4 olarak saptanmıştır. Akıllı ve Genç'in (55) yaptığı başka bir çalışmada da sağlık merkezine başvuranlar arasında en büyük yüzdeyi %37 ile ilkököl mezunları oluşturmuştur. Yaptığımız EUROPEP Hasta Memnuniyeti Anketi'ndeki sorulara verilen memnuniyet puanı ortalamalarına bakıldığında; puan ortalamalarının eğitim seviyeleri ilkököl ve altı olan hastalardan üniversite mezunu olanlara doğru azaldığı saptanırken; görüşmeler sırasında yeterli zamanlarının olduğunu hissetme, ilgilenilme, sorunlarını kolay söyleyebilme, tıbbi kararlara katılma, dinlenilme, şikâyetlerinin çabuk geçirilmesi, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, hastalıklardan korunmak için sunulan hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb), test ve tedavilerin amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal

sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın öneminin belirtilmesi, önceki görüşmelerde yapılan ve söylenenlerin bilinmesi ve personel yardımı konularında puan ortalamalarındaki bu azalmanın anlamlı olduğu saptandı. Bu durum; üniversite mezunu kişilerin beklentilerinin daha yüksek, dolayısıyla memnun olmalarının daha zor olmasından, eğitim seviyesi düşük olan kişilerin ise daha kanaatkâr olmalarından veya çoğunluğu yüz yüze görüşme tekniği ile yapılan anket çalışması esnasında eğitim düzeyi düşük olan hastaların çekinmeleri sebebiyle daha yüksek puanlar vermelerinden kaynaklanmış olabilir. Tükel ve ark. (56) yaptıkları çalışmada, üniversite mezunlarının, doktorların kendilerine karşı tutum ve davranışları konusunda, ilk ve ortaokul mezunlarına göre anlamlı derecede daha düşük memnuniyette olduklarını saptamışlardır. Erdem ve ark. (25), eğitim düzeyi yüksek hastaların benzer şekilde memnuniyetlerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamıza katılan hastaların, görüşmeler sırasında yeterli zamanın olduğunu hissetme konusunda %94,4'ünün 5, %4,4'ünün 4 puan verdiği; yani bu konudaki memnuniyetlerinin üst seviyede olduğu saptanmıştır. Bu da hastaların hekimle görüşmeleri sırasında acele etme gereği hissetmeden rahatça sorunlarını anlatabildiklerini göstermektedir. İstanbul'da 2007 yılında yapılan bir çalışmada, hastaların "Hekimin görüşmeler sırasında sorunuzla ilgili yeterli zamanının olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna en düşük ortalama puanı verdiği ve hastaya ayrılan zamanın kısa tutulmasının hasta memnuniyetini önemli derecede azalttığı belirtilmiştir (57).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri araştıran çalışmalar, hastaya verilen bilginin miktarının, hekimin hasta ile daha uzun süre ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığını göstermiştir (58). Ünal ve ark. (26)'nın yaptıkları çalışmada, hastaların hastalıkları hakkında her şeyin yapıldığını düşünmesi ve kendilerine bilgi verilmesi ile hekimlik hizmetlerinden memnun olma durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir. Tanı ve tedavi seçenekleri, sonuçları, hastalığının gidişi gibi konularda hastaya anlayabileceği bir ifade biçimiyle açıklamada bulunularak hastanın bilgilendirilmesi ve sonuçta tıbbi müdahale için onun onamının alınması, hastadan sorumlu hekim için bugün etik bir yükümlülük durumudur. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir (26). Çalışmamızda, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi konusunda hastaların %94,4'ünün 5 puan, %4,7'sinin 4 puan vermesi, hastaların istedikleri bilgileri alabilmeleri bakımından da hekimlerinden son derece memnun olduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan 1170 hastanın aylık hane gelirleri ortalaması 1336,75±995,29 TL idi. Şikâyetlerinin çabuk geçirilmesi, görüşmeler sırasında yeterli zamanlarının olduğunu hissetme, ilgilenilme, sorunlarını kolay söyleyebilme, tıbbi kararlara katılma, dinlenilme, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, hastalıklardan korunmak için sunulan hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb), test ve tedavilerin amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın önemini belirtmesi, önceki görüşmelerde yapılan ve söylenenlerin bilinmesi, sevkten beklenenler konusunda bilgi verilmesi, personel yardımı, bekleme odasında harcanan zaman, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması konularında gelir durumuyla memnuniyet arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Hastaların aylık hane gelirleri arttıkça bu sorulara verdikleri memnuniyet puanı ortalamaları azalmaktaydı. Bu durum, gelir düzeyi yükseldikçe hastaların yaşam standartlarının ve bununla bağlantılı olarak beklentilerinin artması sonucu daha zor memnun olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Ercan ve ark. (59), yaptıkları çalışmada hasta memnuniyetiyle, eğitim ve gelir düzeyi arasında çalışmamıza benzer şekilde ters yönde anlamlı bir ilişkili olduğunu saptamışken, Erdem ve ark. (25) ise yaptıkları çalışmada gelir düzeyiyle hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Hastaların aylık hane gelirleri ile aile hekimlerine ve hastanelere başvuru sayıları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardı. Gelir düzeyi düşük olan hastaların aile hekimlerine ve hastanelere başvuru sayıları gelir düzeyi yüksek olanlara göre daha fazlaydı. Hastaların son bir yılda aile hekimlerine, hastanelere oranla daha fazla başvuruda bulunduğu göz önüne alındığında, bu durum, gelir düzeyi düşük olan hastaların, aile sağlığı merkezlerine rahat ulaşabilmelerinden ve kesinti payının hastanelere oranla düşük olmasından kaynaklanmış olabilir. Edirne ve ark. (3)'nın yaptıkları çalışmada da çalışmamıza benzer olarak, gelir düzeyi düşük olan hastaların sağlık kuruluşlarına anlamlı derecede daha çok başvurdukları saptanmıştır.

Çalışmamızda, hastaların %95,6'sının rahat bir şekilde aile hekimlerine başvurabildiklerini saptadık. Bu durum; aile hekimliği uygulamasıyla birlikte aile sağlığı merkezlerinin kolay ulaşılabilir olmasından, çalışmamızı il merkezinde yapmış olmamızdan ve Edirne'nin ulaşım açısından rahat bir il olmasından kaynaklanmış olabilir. İlhan ve ark. (60), Ankara'da 2005 yılında yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan hastaların %87,6'sının oturdukları konutun sağlık kuruluşuna uzaklığını “yakın” ya da “çok yakın” olarak değerlendirdiklerini, ayrıca sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvuru sağlık kuruluşunun tercih edilme nedenleri içinde yaşanılan yere yakın olmasının ilk sırada (%65) bulunduğunu

saptamışlardır. Şanlıurfa’da yapılan bir çalışmada memnuniyetsizlik konusunda, “sağlık merkezine ulaşılabilirlik” maddesinin en yüksek memnuniyetsizlik oranına sahip olduğu belirtilmiştir (55). Grol ve ark. (61) tarafından 8 Avrupa ülkesinde (Norveç, İsveç, Danimarka, Birleşik Krallık, Hollanda, Almanya, Portekiz, İsrail) hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerindeki önceliklerini araştırdıkları çalışmada 8 farklı ülkede de ortak olan öncelikler “doktor-hasta iletişimi ve hizmet veren birimlerin ulaşılabilirliği” olarak saptanmıştır. Yine ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada Baykan ve ark. (23), Ankara’da Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi’nde kadınların sağlık birimini tercih etme nedenleri arasında %67,4’lük oranla “ulaşım kolaylığı/yakınlık” maddesinin ilk sırada olduğunu saptamışlardır. Sağlık Merkezinin kolay ulaşılabilir olmasının, memnuniyeti etkilediği gibi, yapılan çalışmalarda sağlık hizmetini kullanmayı belirleyen temel etmenlerden biri olduğu da belirtilmektedir (48,62-64). Ancak çalışmamızda sağlık merkezine ulaşım zorluk çeken ve çekmeyen hastaların memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Bu durum çalışmamızdaki hastaların neredeyse tamamına yakınının sağlık merkezine ulaşım zorluk çekmemelerinden kaynaklanmış olabilir.

Sürekli hastalık sıklığına bakıldığında; 1170 hastanın 489’unun (%41,8) bilinen sürekli bir hastalığı yokken, 681 (%58,2) hasta 1 ya da 1’den fazla sürekli hastalığa sahipti. Sürekli hastalığı olan ve olmayan hastaların memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında, sürekli hastalığı olanların memnuniyet puanı ortalamaları hastalığı olmayanlara göre daha yüksekken, anlamlı derecede fark sadece tıbbi bakımla ilgili kararlara katılma ve hastalıklardan korunmak için sunulan hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb) konularında saptandı. Hearnshaw ve ark. (51) tarafından 8 Avrupa ülkesinde 200’er hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %66,4’ünün bilinen herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğu ve bu hastaların çalışmamıza benzer olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet açısından daha yüksek puanlar verdikleri bildirilmiştir. Sürekli bir hastalığa sahip olma, kişinin istediği şeyleri yapabilme gibi özgürlüklerini kısıtlayabilmesi, sürekli kontrol altında olma zorunluluğu, sürekli ilaç kullanımı gibi nedenlerden ötürü genel anlamda memnuniyetsizliği arttıran bir durum olarak düşünülebilir. Ancak sürekli hastalığa sahip olan kişilerin kontrol, muayene gibi nedenlerden ötürü aile hekimleriyle daha sık iletişime geçerek daha fazla paylaşımda bulunmaları, onların birinci basamak sağlık hizmetlerindeki memnuniyetlerini arttıran bir durum olabilir.

Sağlık hizmetlerinde süreklilik ilkesinin önemi bilinmektedir; her zaman aynı hekimi görebilmek bağımsız bir memnuniyet göstergesidir ve aile hekiminden duyulan memnuniyet sürekli olan hasta-hekim ilişkisinden etkilenmektedir (64,65). Aynı hekim tarafından uzun süreli takip edilmenin hekime güveni artırdığı ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (66). Bu-Alayyan ve ark. (67) tarafından Kuveyt'te yapılan 1255 hastanın katıldığı çalışmada, temel memnuniyetsizliğin bakımın devamsızlığı olduğu ve hastaların sadece %30'unun sürekli, %27,8'inin ise çoğu zaman aynı hekimle görüşebildiği belirtilmiştir. Potiriadis ve ark. (52) tarafından Avustralya'da yapılan, 7130 hastanın katıldığı başka bir çalışmada aile hekimine daha sık başvuruda bulunanların ve her seferinde düzenli olarak aynı hekimle görüşebilen hastaların memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastalar arasında son bir yılda hastanelere başvuruda bulunan 967 hastanın başvuru sayıları 1 ile 30 arasında (ortalama $5,63 \pm 4,62$), aile hekimlerine başvuru sayıları ise 1 ile 50 arasında (ortalama $7,22 \pm 5,32$) değişmekteydi. Hastalar aile hekimlerine, hastanelere oranla daha sık başvuruda bulunuyorlardı. Hastaların son bir yıl içinde aile hekimliğine başvuru sayılarına göre memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldı. Buna göre, hastaların aile hekimlerine başvuru sayıları arttıkça; görüşmeler sırasında yeterli zamanlarının olduğunu hissetme, ilgilenilme, sorunlarını kolay söyleyebilme, tıbbi kararlara katılma, dinlenilme, kayıt ve bilgilerin gizliliği, şikâyetlerinin çabuk geçirilmesi, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, hastalıklardan korunmak için sunulan hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb), test ve tedavilerin amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın öneminin belirtilmesi, önceki görüşmelerde yapılan ve söylenenlerin bilinmesi, personel yardımı, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması konularında verilen memnuniyet puan ortalamalarının da arttığı saptandı. Aile hekimliği sistemi sayesinde hastaların hep aynı hekime başvuruda bulunmasının; hasta ile hekimin birbirlerini daha iyi tanımalarını, hastanın hekim karşısında problemlerini daha rahat bir şekilde anlatabilmesini, hekimiyle daha etkili bir iletişimde bulunabilmelerini sağlaması dolayısıyla hastaların memnuniyetini arttıran bir durum olduğu düşünülebilir. Hastanın sürekli aynı hekime başvurabilmesiyle hasta ve hekim arasında devam eden ilişki sayesinde hasta, hekimine kişisel temelde güven duymaya başlar (68). Bu durumun da çalışmamızda görüldüğü gibi hasta memnuniyetine olumlu bir şekilde yansması beklenen bir durum gibi gözükmektedir. Edirne ve ark. (3)'nin yaptıkları

çalışmada; birden fazla hekime başvuranların, bir hekime başvuranlara göre, hastalıkları ile baş etmek için anlamlı derecede daha az bilgi alabildiklerini düşündükleri, buna bağlı olarak hastalıkları ile baş etmek için yeteri kadar bilgi edinenlerin memnuniyet puanı ortalamalarının, bu konuda yeteri kadar bilgi edinemeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan 1170 hastanın aile sağlığı merkezlerine başvuru sebeplerine bakıldığında; hastaların 529'u (%45,2) reçete yazdırmak, 234'ü (%20) danışmak, 123'ü (%10,5) kontrol amacıyla, 212'si (%18,1) yeni rahatsızlık nedeniyle başvuruda bulunurken 32'si (%2,7) kişisel koruyucu sağlık hizmeti (aşı vb) almak, 29'u (%2,5) sağlık raporu çıkartmak, 11'i (%0,9) ise kronik bir sağlık sorunu nedeniyle başvurmuştu. Çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık yarısının reçete yazdırmak amacıyla birinci basamağa başvurmuş olması, birinci basamakta yapılmış önceki çalışmalarla (69,70) benzerlik göstermektedir. Bu durum; çalışmamıza katılan hastaların %58,2 sinin (681 hasta) bir ya da birden fazla sürekli hastalığının olması nedeniyle düzenli ilaç kullanmaları gerekliliğinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca hasta ilaç yazdırmak istediğinde, doğal olarak kendine en yakın ve katkı payının en düşük olduğu birinci basamak sağlık kuruluşunu tercih etmesi beklenen bir durumdur.

Hastaların en çok memnun oldukları (4 ve 5 puan verdikleri) konular sırasıyla; "Kayıt ve bilgilerde gizlilik (1164 hasta, %99,5), dinlenilme (1161 hasta, %99,2), şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi (1160 hasta %99,1) konularıydı. Bu konulardan anlaşıldığı üzere; hastalar kendilerine ait olan bilgilerin sadece hekimleriyle kendi aralarında kalmasından son derece memnundu. Aksi bir durumun olması hiç şüphesiz hasta hekim ilişkisini olumsuz yönde etkileyecektir. Hekimin hastasını dinlemesi ve şikâyet ya da hastalıkları hakkında onlara istedikleri bilgileri vermesi ise hastaların en çok memnun oldukları bir diğer konuydu. Bekleme odasında harcanan zaman ise çalışmamızdaki en düşük puan ortalamasına sahip konuydu (4,50±0,72) ve bu konuda 19 hastanın (%1,6) 1 ve 2 puan verdiği saptandı. Dağdeviren ve Aktürk (71) yaptıkları çalışmada en yüksek puan verilen soruların; "Tavsiyelerinize uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olunması, sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması açısından ne kadar memnunsunuz?" sorularıyla, en düşük puan verilen soruların ise; "Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olunması, bekleme odasında harcadığınız zaman, şikâyetlerinizin çabuk geçirilmesi açısından ne kadar memnunsunuz?" soruları olduğunu belirtmişlerdir. Yine ülkemizde 2011 yılında Baltacı ve ark. (72)'nin birinci basamakta yaptıkları EUROPEP çalışmasında ilk üç sırada yer alan değişkenler, bizim

çalışmamızla paralel olarak “hekimlerinin görüşmeler sırasında kendilerini dinlemesi, kayıt ve bilgilerin gizli tutulması ve genel olarak aile hekimlerinden memnuniyet” iken, son üç sırada yer alan değişkenler ise sırasıyla “hastaların hekimlerine telefonla ulaşabilmesi, muayenehaneye telefonla ulaşabilmesi ve uygun zamanda randevu alınabilmesinden” duyulan memnuniyet olarak saptanmıştır. Abu Mourad ve ark. (73)’nın 2007 yılında yaptıkları EUROPEP çalışmasında memnuniyetin en düşük olduğu sorular; “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz, doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz, bekleme odasında harcadığınız zaman açısından ne kadar memnunsunuz?” soruları iken, en yüksek puan verilen sorular ise; “Sizi muayene etmesi, sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması, şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı.

Çalışmamıza katılan hastaların, o sorunun kendisiyle ilgili olmadığını düşünmesi sebebiyle en fazla “uygun değil/ilgisiz” olarak cevaplandıkları ve puan vermedikleri konular; uygun zamana randevu alabilme (%98,6), sağlık merkezine telefonla ulaşabilme (%85,9) ve doktora telefonla ulaşabilme (%85,4) konularıydı. Bölgemizdeki hastalar ASM’lere başvuru sırasında randevu almayı, hekime ya da sağlık merkezine telefonla ulaşmayı gerekli görmüyorlardı. Bu durumun, her ne kadar hastaların ASM’lere istedikleri anda rahatlıkla ulaşabilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülse de; hastaların en çok memnuniyetsizlik duydukları durumun, “bekleme odasında harcadıkları zaman” olmasının da bu durumla bağlantılı olduğu düşünülebilir. Avrupa’da 9 ülkenin (Danimarka, Almanya, Hollanda, Norveç, Birleşik Krallık, Belçika, İsviçre, Slovenya, İspanya) karşılaştırıldığı bir çalışmada, “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz açısından ne kadar memnunsunuz?” sorusuna en düşük puan Danimarka, en yüksek puan İsviçre’de, “Hekiminize telefonla ulaşabilmeniz açısından ne kadar memnunsunuz?” sorusuna en düşük puan Birleşik Krallık, en yüksek puan Slovenya’da, “Bekleme odasında harcadığınız zaman açısından ne kadar memnunsunuz?” sorusuna en düşük puan Birleşik Krallık, en yüksek puan İsviçre’de verilmiştir (74). Aile hekimliğinde randevu sisteminin işlediği ülkelerde bir gün sonrasına randevu alabilmek ve 6-10 dakika arasında hekimin yanına girebilmek hastalar tarafından memnun kalmanın koşulu olarak gösterilmiştir (3,65). Yerleşmiş bir randevu sisteminin, ASM’lerde oluşabilecek hasta yoğunluğunu engellemesi ve dolayısıyla bekleme süreleri konusundaki memnuniyeti arttırması öngörülebilir bir durumdur. Çalışmamıza katılan hekimlerin günde baktıkları hasta sayılarının 40 ile 110 (ortalama 62,31±17,65) hasta arasında değişmekte olduğu düşünüldüğünde, randevu sisteminin uygulanması sayesinde hekimler

daha az hastaya daha fazla süre ayırabilecek, böylelikle daha etkili bir iletişim ve verimli bir görüşme süreci sağlanmış olacaktır. Ancak randevu sisteminin hayata geçirilmesi kadar verimli bir şekilde kullanılabilirliğinin sağlanması da önemli bir konudur. Aksi takdirde aile hekimliğinde randevu sisteminin işlediği ülkelerde yapılmış olan çalışmalarda da görüldüğü gibi hastaların bekleme odasında harcadıkları zaman açısından duydukları memnuniyetsizlik devam edecektir.

Edirne il merkezi aile sağlığı merkezlerinde yaptığımız çalışmaya katılmayı kabul eden 39 aile hekiminin 26'sı (%66,7) erkek, 13'ü (%33,3) kadındı. Hekimlerin cinsiyetlerine göre genel, içsel ve dışsal iş doyumunu puan ortalamaları açısından aralarında anlamlı bir fark saptanmadı. Cinsiyetin iş doyumunu etkilediği konusunda farklı görüşler vardır. İş doyumunu ölçmek için yapılan birçok araştırmada iş doyumunu ile cinsiyet arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (5,33,75). Çalışmamız bu açıdan önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir ki bu durum; artık günümüzde cinsiyetin, çalışma hayatında bir fark yaratmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Hekimlerin medeni durumları incelendiğinde grubun tümünde 31 (%79,5) hekimin evli, 4 (%10,3) hekimin bekâr, 4 (%10,3) hekimin boşanmış olduğu saptandı. Evliliğin, kişinin hayatına bir düzen getirmesi açısından düşünüldüğünde iş hayatını da olumlu yönde etkileyerek kişinin iş doyumunu arttırması öngörülebilir. Ancak çalışmamızda, hekimlerin medeni durumlarına göre genel, içsel ve dışsal iş doyumunu skor puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Bu durum çalışmamızdaki hekim sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda, evli hekimlerin iş doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (32,76,77). Ozyurt ve ark. (78)'nin İstanbul'da yaptıkları çalışmada bekâr hekimlerin evli, dul ve boşanmış hekimlere göre iş doyumunu skorlarının daha düşük olduğu saptanırken, medeni durum ile iş doyumunu arasında bir ilişki bulunamadığını rapor eden çalışmalar da mevcuttur (5,75).

Evli olan 31 hekimin 26'sının (%83,9) eşi çalışırken, 5'inin (%16,1) eşi çalışmıyordu. Kişinin eşinin çalışıyor olması hane gelirinin artması sayesinde, maddi nedenlerden ötürü oluşabilecek problemleri engelleyebilir, aile ve dolayısıyla iş hayatını olumlu yönde etkileyebilir. Çalışmamızda hekimlerin, eşlerinin çalışıp çalışmama durumlarına göre genel, içsel ve dışsal iş doyumunu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Daha önceden yapılmış çalışmalarda da eşlerinin çalışma durumuyla hekim iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir (5,75,79).

Evli ve boşanmış olan toplam 35 hekim içinde, hekimlerin çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre genel, içsel ve dışsal iş doyumu skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Çocuk sahibi olmak, evliliğin insan hayatına getirdiği düzen ile ilgili olarak iş doyumunu olumlu yönde etkileyen faktörlerden biri olabilir. Tözün ve ark. (5)'nin yapmış olduğu çalışmada hekimlerin sahip oldukları çocuk sayısı ile genel iş doyum puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı saptanmıştır. Özaltın ve ark. (77) ise çocuğu olmayan hekimlerin iş doyum düzeyinin 2 ve 3 çocuğu olan hekimlerden daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Yapılan bazı çalışmalarda yaş ilerledikçe yapılan iş ile ilgili olarak kazanılan tecrübe ve uyumun artması sonucu iş doyumunun arttığı rapor edilmiştir (32,77,80). Çalışmamıza katılan hekimlerin yaşları 31 ile 51 yaş (ortalama $41,31 \pm 4,83$) arasında değişmekteydi. Hekimlerin yaşlarına göre genel iş doyum skoru puan ortalamalarına bakıldığında aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Buna göre hekimlerin yaşları arttıkça genel iş doyum düzeyleri artmaktaydı. Bu sonuç, kişinin edindiği tecrübe sayesinde karşılaştığı sorunları daha kolay çözüme kavuşturabilmesi, işinde kendini daha etkin ve yeterli hissetmesi, gelecek kaygısının azalması ya da olmaması, özgüveninin daha yüksek olması dolayısıyla iş doyumunun artması şeklinde düşünülebilir. Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda yaş ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkide farklı sonuçlara rastlanmıştır. Erol ve ark. (81)'nin yaptıkları çalışmada hekimlerin yaşları arttıkça iş doyum puanlarının düştüğü saptanırken, Yıldız ve ark. (82)'nin İstanbul'da, Sünter ve ark. (6)'nin Samsun'da yaptıkları çalışmalarda hekimlerin yaşları ile iş doyumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda yaşa göre içsel ve dışsal iş doyum puan ortalamalarında ise anlamlı bir fark saptanmadı.

Yaşan ve ark. (83), bir üniversite hastanesindeki araştırma görevlileriyle yaptıkları çalışmada; iş memnuniyeti bulunan grup ile bulunmayan grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve meslekte geçen süre açısından anlamlı fark saptamamışlardır.

Oshagbemi (84), çalışanın tecrübesi ile iş doyum arasında olumlu bir ilişki olduğunu ve aynı alanda ve/veya aynı kurumdaki çalışma süresi daha uzun olanların iş doyumunun daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bovier ve Perneger (85), yaptıkları çalışmada yaşlı olan hekimlerin iş yükü ve işlerinden duydukları haz açısından iş doyumlarının daha yüksek olduğunu, kadın hekimlerin ise iş yükü açısından iş doyumlarının erkek hekimlere göre anlamlı derecede daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda, hekimlerin meslekteki toplam çalışma sürelerine göre genel, içsel ve dışsal iş doyum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmazken aynı şekilde hekimlerin şu anda çalıştığı kurumdaki toplam

çalışma sürelerine göre genel, içsel ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark saptanmadı. Yıldız ve ark. (82) tarafından yapılan çalışmada da hekimlerin hizmet süreleri ile iş doyumları arasında çalışmamıza benzer şekilde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ozyurt ve ark. (78), toplam çalışma süreleri 9 yıl ve altında olan hekimlerin meslekteki toplam çalışma süreleri daha fazla olan hekimlere göre daha düşük iş doyumu skorlarına sahip olduklarını belirtirken Sevimli ve İşcan (32), hizmet süresi daha fazla olan hekimlerin iş doyumlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Özer ve ark. (31)'nin yaptıkları çalışmada ise meslekteki çalışma süresiyle iş doyumu arasında negatif yönde bir ilişki saptanırken, kurumdaki çalışma süresiyle iş doyumu arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Hekimlerden, “şimdi olsaydı tekrar aynı mesleği seçerdim” diyenlerin genel iş doyumu puan ortalamaları “seçmezdim” diyen hekimlere göre anlamlı derecede yüksek saptandı. Başka bir meslek düşünmeyen hekimlerin daha yüksek iş doyumuyla mesleklerini icra etmeleri beklenen bir durumdur. Sevimli ve İşcan (32)'in yaptıkları çalışmada da hekimlerin mesleklerini seçmeleri konusunda “doğru seçim yaptım” diyenlerin iş doyumu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

“Düzenli olarak Türkçe tıbbi yayın izliyor musunuz?” sorusuna 5 (%12,8) hekim “evet” cevabı verirken, 6 (%15,4) hekim “hayır” cevabını verdi. 28 (%71,8) hekimin ise zaman zaman Türkçe tıbbi yayın izlediği saptandı. Hekimlerin yabancı dilde tıbbi yayın izleme oranlarına bakıldığında ise sadece 1 (%2,6) hekim düzenli olarak yabancı dilde tıbbi yayın izlediğini belirtirken 30 (%76,9) hekim izlemediğini, 8 (%20,5) hekim ise zaman zaman izlediğini belirtti. Yabancı dilde yayın izleme oranının düşük olması hekimlerin yabancı dillerinin yayın izlemeye yetecek düzeyde olmamasından kaynaklanmış olabilir.

Kişinin, günlük zamanının önemli bir kısmını işinde geçirdiği düşünüldüğünde iş yerinin fiziksel koşullarının da iş doyumunu etkilemesi beklenen bir durumdur. Tözün ve ark. (5) yaptıkları çalışmada, çalışma grubunu oluşturan hekimlerin çalıştıkları iş yerinin fiziksel koşullarını iyi bulma düzeyi arttıkça genel iş doyumu puan ortalamalarının da arttığını saptamışlardır. Çalışmamıza katılan hekimlerden çalıştıkları ortamdaki fiziksel koşulları yeterli bulan ve yeterli bulmayan hekimler arasında genel, içsel ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Bu durum çalışmamıza katılan hekim sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmaya katılan 39 hekimin kayıtlı nüfusu 3150 ile 4300 kişi, günde baktıkları hasta sayısı ise 40 ile 110 hasta arasında değişmekteydi. Hekimlerin kayıtlı nüfusa ve günde

baktıkları ortalama hasta sayısına göre genel, içsel ve dışsal iş doyumunu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Minnesota İş Doyum Ölçeği'ndeki içsel öğeler; başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, iş sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin (kişisel) öğelerden oluşurken; dışsal öğeler ise kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma arkadaşları ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ilişkin (çevresel) öğelerden oluşmaktadır (41). Çalışmaya katılan hekimlerin, içsel iş doyumunu puanlarının ortalaması $3,76\pm 0,57$ iken dışsal iş doyumunu puanlarının ortalaması ise $3,27\pm 0,63$ olarak saptandı (genel iş doyumunu puanlarının ortalaması $3,56\pm 0,55$). Buna göre hekimlerin; başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, iş sorumluluğu gibi işlerindeki içsel öğelerden memnuniyetleri, dışsal öğelere göre daha fazlaydı. Tözün ve ark. (5)'nin Eskişehir'de yaptıkları çalışmada, birinci basamak sağlık merkezlerindeki hekimlerin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu puan ortalamaları sırasıyla $3,62\pm 0,65$, $3,72\pm 0,66$ ve $3,45\pm 0,75$ olarak bulunmuştur. Bu puanlar çalışmamıza paralellik göstermektedir.

Hekimlerin iş doyumunu puan ortalamalarının 4'ü geçtiği yani hekimlerin memnun oldukları konular; "Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olabilmeleri ($4,18\pm 0,79$), kendilerine sabit bir iş olanağı sağlaması ($4,15\pm 0,77$), kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmaları ($4,08\pm 0,70$), çalışma arkadaşlarının birbirleri ile anlaşmaları ($4,03\pm 0,90$) konularıydı. Hekimlerin, sorulara verdikleri puanların ortalamalarına bakıldığında; iş içinde terfi olanaklarının olması bakımından memnun olmadıkları görüldü. Bu konu, iş doyumunu puanı ortalamasının 3'ün ($2,38\pm 1,06$) altında olduğu tek konuydu. Çalışılan yerdeki terfi imkânlarının ve verilen ödüllerin iş doyumunu üzerinde etkileri olduğu görülmüştür (32). Hekimlik mesleğinin manevi tatmini her ne kadar maddi boyutlarla ölçülemese de ödüllendirmenin hekim iş doyumunu arttırabileceği öngörülebilir bir durumdur.

Hekim ve hasta özelliklerinin hasta memnuniyetiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Hasta ve hekim arasındaki etkileşimin, görüşmeden beklentilerin, tutum ve tecrübelerin; hasta-hekim iletişimini, karar verme sürecini ve dolayısıyla memnuniyeti etkilediği öne sürülmüştür. Farklı gözlemler, hekim iş doyumunun hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir (53).

Çalışmamıza katılan 39 hekimden 13'ünün (%33,3) genel iş doyumunun yüksek, 26'sının (%66,7) ise orta düzeyde olduğu saptandı. Çalışmamızda düşük iş doyumunu düzeyine sahip bir hekim bulunmamaktaydı. Tözün ve ark. (5) yaptıkları çalışmada birinci basamakta

çalışan hekimlerin iş doyumlarını orta düzeyde bulurken, Sevimli ve İşcan (32) ise pratisyen hekimlerin %72,3'ünün iş doyumunu düzeylerini orta, %34'ünün yüksek, %16,1'inin ise düşük olduğunu saptamışlardır.

Orta ve yüksek derecede iş doyumuna sahip hekimlerin hastalarının memnuniyet sorularına verdikleri cevapların ortalama puanları karşılaştırıldığında; görüşmeler sırasında yeterli zamanlarının olduğunu hissetme, ilgilenilme, sorunlarını kolay söyleyebilme, tıbbi kararlara katılma, dinlenilme, şikâyetlerinin çabuk geçirilmesi, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, test ve tedavilerin amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın öneminin belirtilmesi, önceki görüşmelerde yapılan ve söylenenlerin bilinmesi, uygun zamana randevu alabilme konularında genel iş doyumunu yüksek derecede olan hekimlerin hastalarının memnuniyet puanı ortalamalarının, genel iş doyumunu orta derecede olan hekimlerin hastalarının memnuniyet puanı ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Szecsenyi ve ark. (86)'nın Almanya'da 47168 hasta, 676 hekim, 305 stajyer hekim, 3011 sağlık çalışanı (hemşire, sekreter) ile yaptıkları çalışmada hekim olmayan sağlık çalışanlarının iş doyumunu dereceleriyle hasta memnuniyeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanırken hekim iş doyumuyla hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Haas ve ark. (53)'nin Boston'da 2620 hasta ve 166 hekimle yaptıkları çalışmada; iş doyumunu yüksek olan hekimlerin hastalarının memnuniyetlerinin yüksek, düşük iş doyumuna sahip hekimlerin hastalarının memnuniyet düzeylerinin ise aynı oranda düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda düşük iş doyumuna sahip hekim bulunmamasına rağmen hastaların memnuniyetlerinin hekim iş doyumunu dereceleriyle ilişkili olması, hekim iş doyumunun hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini göstermektedir.

Ülkemizde hekim iş doyumunun hasta memnuniyetine etkisi üzerine yapılmış çalışmalara rastlayamamış olmamız, bu konuda çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Yapılacak geniş kapsamlı çalışmalar sayesinde hem hekimlerin iş doyumunu düzeylerini yüksek tutabilecek gerekli düzenlemeler yapılabilir hem de hastalara bu sayede daha verimli, etkin ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunulabilir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından Aralık 2011 ile Eylül 2011 tarihleri arasında Edirne İl merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde yapılan çalışmaya 39 aile hekimi ile bu merkezlere başvuran 1170 hasta katıldı. Bu çalışmayla; hastaların memnuniyet düzeylerine etki eden faktörleri, hekimlerin iş doyumu düzeylerini ve hekim iş doyumunun hasta memnuniyetine etkisini belirlemeyi amaçladık. Çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Hastalar, randevu alabilme, sağlık merkezine telefonla ulaşabilme, doktoruna telefonla ulaşabilme konularının kendileriyle ilgili olmadığını düşünmekteydiler. Hastaların ASM'lere istedikleri anda ulaşabiliyor olmaları bu konuların çok da önemli olmadığını düşünmelerinin bir sebebi olabilir. Ancak hastaların, bekleme odasında harcadıkları zaman açısından memnuniyetlerinin en düşük seviyede olması sebebiyle birinci basamak sağlık merkezlerinde randevu sisteminin uygulanmasının bu konudaki memnuniyet düzeyini artırması öngörülebilir. Randevu sistemi sayesinde, ASM'lerdeki hasta yoğunluğunun azalmasıyla hastaların bekleme odasında harcadıkları zaman açısından duydukları memnuniyetin de artması sağlanabilir.

2. “Şimdi olsaydı tekrar aynı mesleği seçerdim” diyen hekimlerin genel iş doyumu puan ortalamaları “seçmezdim” diyen hekimlere göre anlamlı derecede yüksek saptandı. Diğer mesleklerde olduğu gibi hekimlik mesleğinde de kişinin doğru mesleği yaptığını düşünmesi, işinden maksimum doyum sağlaması açısından önemlidir. Bu sayede kişi, işini daha iyi bir şekilde sergileyebilecek ve hizmet sunduğu kişilere daha faydalı olabilecektir. Bu nedenle meslek seçimi aşamasındaki bireylere özellikle özen gösterilmesi gerekmektedir.

3. Hekimlerin, başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olabilmeleri ve kendilerine sabit bir iş olanağı sağlaması bakımından işlerinden memnuniyet düzeyleri yüksekken, iş içinde terfi olanaklarının olması bakımından memnuniyetleri en düşük seviyedeydi. Çalışılan yerdeki terfi imkânlarının ve verilen ödüllerin iş doyumunu üzerinde etkili olduğu düşünüldüğünde hekim ve diğer sağlık personeli açısından ödüllendirilme durumunun hekim iş doyumunu olumlu yönde etkilemesi öngörülebilir.

4. Hastaların memnuniyet derecelerinin, hekimlerin iş doyumunu düzeyleriyle pozitif yönde ilişkili olduğu saptandı. Bu durum, hekimlerin iş doyumunu düzeylerinin arttırılabilmesi için yapılacak olan uygulamaların, dolaylı olarak hastaların memnuniyet düzeylerinin de arttırılmasını sağlayacağını göstermektedir.

5. En temel insan haklarından biri olan sağlık hizmetinin sunulup sürdürülmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi düşünüldüğünde Edirne il merkezinde bu hizmeti alan hastalar genel anlamda memnunken, hizmet veren konumundaki hekimler ise orta ve yüksek düzeyde iş doyumuna sahiptiler.

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki kalitenin arttırılmasında, hasta memnuniyeti değerlendirmelerinin ve bu hizmetleri sağlayan hekim ile sağlık personelinin iş doyumunu düzeylerinin düzenli aralıklarla ölçülmesinin ve memnuniyetsizlik yaratan konularda düzenlemelerin yapılmasının son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

ÖZET

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışma; Edirne il merkezi aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ile bu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin iş doyumunu düzeylerini ölçmek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Çalışmaya, Eylül 2011 ile Aralık 2011 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler ve aile sağlığı merkezlerine başvuran, 18 yaş üzerindeki hastalar alındı. 39 aile hekimi ve 1170 hasta ile yapılmış, kesitsel tipte olan çalışmadaki verilerin toplanmasında, hastalar için kişisel bilgiler formu ile European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Ölçeği Türkçe Versiyonu, hekimler için ise kişisel bilgiler formu ile Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanıldı.

Çalışmaya katılan hastaların memnuniyet düzeylerinin; aylık hane geliri, yaş, eğitim seviyeleri, medeni durum, çocuk sahibi olma, sürekli hastalık varlığı ve cinsiyet ile ilişkili olduğu saptandı. Hastaların eğitim seviyeleri ve aylık hane gelirleri ile memnuniyet düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki varken; yaş, çocuk sahibi olma ve sürekli hastalık varlığı ile aralarındaki ilişki pozitif yöndeydi.

Çalışmaya katılan hekimlerin %33,3'ü yüksek, %66,7'si orta düzeyde genel iş doyumuna sahipti. Hekimlerin iş doyumunu düzeyleri sadece “yaş” ile ilişkili bulunurken, hekimlerin iş doyumunu düzeyleri ile hastaların memnuniyet dereceleri arasında anlamlı bir ilişki saptandı.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi ve toplum sağlığındaki önemi düşünüldüğünde, birinci basamakta çalışan hekimlerin iş doyumuna ve sağlık hizmeti almak

için bu merkezlere başvuran hastaların memnuniyet düzeylerine etki eden faktörleri belirlemek, verilen hizmeti daha da iyileştirebilmek açısından son derece önemlidir.

Bu nedenle birinci basamak başta olmak üzere sağlık hizmeti veren tüm merkezlerin hastalar tarafından belirli aralıklarla değerlendirilmesinin ve hekimler ile diğer sağlık çalışanlarının iş doyumu düzeylerinin ölçülmesinin, sağlık hizmetlerindeki eksikliklerin giderilmesinde ve kalitenin artırılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta memnuniyeti, EUROPEP Ölçeği, hekim iş doyumu, Minnesota İş Doyum Ölçeği

EVALUATION OF PATIENT SATISFACTION AND THE RELATIONSHIP WITH PHYSICIANS' JOB SATISFACTION IN PRIMARY CARE IN EDIRNE CITY CENTER

SUMMARY

The aim of this study conducted by the Department of Family Medicine of Trakya University Medical Faculty was to determine the level of patient satisfaction in Family Health Centers and the doctors' job satisfaction in these centers, and to evaluate their relationship.

Doctors working in Family Health Centers in Edirne City center and patients above the age of 18 admitted to them between September and December 2011 were included in the study. In this cross-sectional study, data from 39 Family Doctors and 1170 patients were collected via questionnaires comprising of sociodemographic questions with the Turkish version European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) for the patients and sociodemographic questions with the Minnesota Job Satisfaction Questionnaire for the doctors.

A relationship between the level of satisfaction of the patients and monthly house income, age, education level, marital status, child status, chronic disease and gender was determined. While there was a negative relationship with education status and monthly house income; there was a positive relationship with age, child status and the presence of chronic disease.

The level of job satisfaction of the doctors included in the study was high among 33.3% and medium among 66.7%. While the job satisfaction only had a relationship with age,

there was a significant relationship between doctors' job satisfaction and patients' satisfaction levels.

Considering the importance of primary care health services on health system and community health, it is extremely important to determine the factors affecting the primary care doctors' job satisfaction and the satisfaction of patients seeking medical help in order to improve the quality of the provided service.

Thus, periodic evaluations of the primary and other health care services by the patients and determinations of the job satisfaction levels of the doctors and other health care providers seem to have a positive effect on eliminating the drawbacks of the health care services and improving the health care quality.

Keywords: Patient satisfaction, EUROPEP, doctor job satisfaction, Minnesota Job Satisfaction Questionnaire

KAYNAKLAR

1. Çıraklı ZL, Sayım F. Hastanelerdeki sağlık hizmetlerinde kalite yönetim sistemlerinde maliyet fayda, maliyet etkililik analizi göstergelerinin incelenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara: 2009. s.347-65.
2. Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. Scand J Prim Health Care 2008;26:174-180.
3. Edirne T, Avcı DK, Atmaca B. Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: Ankete dayalı kesitsel çalışma. Türk Aile Hek Derg 2009;13(3):137-147.
4. Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ. Silvan Devlet Hastanesi'ne başvuran kişilerin memnuniyet düzeyleri. Dicle Tıp Derg 2008;35(2):96-101.
5. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumunu (Eskişehir). TAF Prev Med Bull 2008;7(5):377-384.
6. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. Genel Tıp Derg 2006;16(1):9-14.
7. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarı F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:412-418.
8. Ünalın P. Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları'nda. 1. Basım Ankara: 2004. s.11-15.
9. Ak M. Akademik bir disiplin olarak aile hekimliği. İnönü Üniv Tıp Fak Derg 2010;17(4):403-5.
10. Evans P, Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I et al. (Çeviri: O. Başak, Saatçi E). Aile hekimliği Avrupa tanımı. TAHUD Yayınları-4, İstanbul: 2011. s.13-34.
11. Özçakar N. Aile hekiminin görev tanımı. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları'nda. 1. Basım Ankara, 2004. s.17-22.

12. Özkaçar N. Aile hekiminin görev tanımı. <http://www.ailehekimirehberi.com/ailetanimi.htm>. Erişim tarihi: 27.03.2012.
13. Altınöz HC, Esen MF, Bilgin E, Karçaaltıncaba E, Kahyaoğlu B. Çalışanların kalite yönetimi algıları: Bir ağız ve diş sağlığı merkezi uygulaması. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara: 2009. s.319-334.
14. Kıdak LB, Aksaraylı M. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi uygulaması. DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg 2008;10(3):87-122.
15. Tanrıverdi H, Erdem Ş. Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ile tatmin düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bir uygulama. TSA Derg 2010;14(1):73-92.
16. Top M, Tarcan M, Güler H, Tekingündüz S. Hastane sektöründe yatan hastaların hasta tatmini ve hastane kalitesi algılamalarının değerlendirilmesi: İzmir ili Sağlık Bakanlığı Hastaneleri örneği. Akademik Bakış Derg 2010;22:1-29.
17. Demir T, Açık Y, Kaya MK, Deveci SE, Pirinççi E, Yıldırım B ve ark. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na poliklinik ya da klinik hizmeti almak için başvuran hastaların sunulan hizmetten memnuniyet düzeyleri. FÜ Sağ Bil Tıp Derg 2009;23(3):119-124.
18. Özen Ü, Çam H, Aslay FY. Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bir bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde örnek uygulama. Akademik Yaklaşımlar Derg 2011;2(1):25-43.
19. Zaim H, Tarım M. Hasta memnuniyeti: Kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları 2010;59:1-24.
20. Arcak R, Kasımoğlu E. Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. Dicle Tıp Derg 2006;33(1):23-30.
21. Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S. İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. Marmara Med J 2008;21(1):33-49.
22. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktaş O ve ark. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: Europep Ölçeği. DEU Tıp Fak Derg 2002;3(16):153-160.
23. Başkan Z, Özkan S, Maral I. Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'ne başvuran kadınların hizmetten memnuniyet durumları. Erciyes Tıp Derg 2004;26(3):98-104.
24. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Von Der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy and perceived control over the disease. Br J Cancer 2003;88:658-665.
25. Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G ve ark. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. Erciyes Üniv İktisadi ve İdari Bilimler Fak Derg 2008;31:95-110.
26. Ünal D, Öztürk A, Tolga Y, Tasdelen C, Yazlak Z, Ögüt E ve ark. Kayseri Devlet Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2008;3(8):85-98.

27. Buğdaycı DS, Çınar F, Tüzer B, Öneş K. Ayaktan fizik tedavi uygulanan hastalarda ağrı iyileşmesinin memnuniyet ile ilişkisi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara: 2009. s.224-35.
28. Emhan A, Bez Y, Dülek Ö. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. Dicle Tıp Derg 2010;37(3):241-247.
29. Ataç A, Azal Ö, Uçar M, Açikel CH, Göçgeldi E. TSK Sağlık Kurumları'ndan yararlanan personelin hasta hakları ve sağlık personeli-hasta ilişkisi konusundaki memnuniyetlerinin internet üzerinden araştırılması. Gülhane Tıp Derg 2003;45(4):309-315.
30. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2001;5(2):69-74.
31. Özer M, Şahin B, Çetin M, Demir C. Ankara ilinde bulunan üç askeri hastanede çalışan askeri hekimlerin iş doyum düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg 2005;8(1):31-49.
32. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. www.eab.ege.edu.tr/pdf/5/C5-S1-2-M7. Erişim tarihi: 27.03.2012.
33. Tatlı H, Kaya H, Halisdemir N. Bingöl il merkezinde bulunan hastanelerde görev yapan hekimlerin iş doyumlarının değerlendirilmesi. İnönü Üniv Tıp Fak Derg 2008;15(3):151-161.
34. Çam O, Akgün E, Gümüş AB, Bilge A, Keskin GÜ. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2005;6:213-220.
35. Herzberg F. Two-factor theory Wikipedia Encyclopedia 2008. <http://en.wikipedia.org/wiki>. Erişim tarihi: 24.03.2012
36. Adıgüzel O, Keklik B. Sağlık kurumlarındaki işgörenlerin iş tatmini ve bir uygulama. Dumlupınar Üniv Sosyal Bilimler Derg 2011;29:305-318.
37. Kanber NA, Gürlek Ö, Çiçek H, Gözlükaya A. Bir sağlık kurumunda sağlık çalışanlarının memnuniyeti. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg 2010;2:114-126.
38. Yılmaz H, Karahan A. Bireylerin kişisel özellikleri yönünden iş doyum düzeylerine göre tükenmişlikleri: Afyonkarahisar ilinde bir araştırma. Süleyman Demirel Üniv İktisadi ve İdari Bilimler Fak Derg 2009;14(3):197-214.
39. Çan E, Topbaş M, Yavuzılmaz A, Çan G, Özgün F. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. OMÜ Tıp Derg 2006;23(1):17-24.
40. Dağdeviren N, Musaoğlu Z, Kurt Ömürlü İ, Öztora S. Akademisyenlerde İş Doyumunu Etkileyen Faktörler. Balkan Med J 2011;28:69-74.
41. Yelboğa A. Bireysel demografik değişkenlerin iş doyumunu ile ilişkisinin finans sektöründe incelenmesi. Sosyal Bilimler Derg 2007;4(2):1-18.
42. Mutlupoyraz F. Adana'daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.

43. Ustu Y, Uğurlu M, Ornek M, Sanisoğlu SY. 2002-2008 yılları arasında Erzurum bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Balkan Med J* 2011;28:55-61.
44. Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Soc Sci Med* 2009;69(1):68-75.
45. Sünter AT, Dabak Ş, Canbaz S, Pekşen Y. Samsun il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti. *OMÜ Tıp Derg* 2003;20(3):135-139.
46. Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): Tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract* 2000;17(5):372-379.
47. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Prac* 2000;49(2):147-152.
48. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Serv Res* 2005;40(1):135-155.
49. Şenol V, Çetinkaya F, Balcı E. Factors associated with health services utilization by the general population in the Center of Kayseri, Turkey. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(2):721-30.
50. Milano M, Mola E, Coliechio G. Validation of the Italian version of European instrument for patient evaluation of General Practice Care. *Eur J Gen Pract* 2007;13(2):92-94.
51. Hearnshaw H, Wensing M, Grol R, Ferreira P, Salmivaara HA, Hjortdahl P, et al. The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinions of general practice care in eight European countries. *Prim Health Care Res Dev* 2002;3:231- 237.
52. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the general practice assessment questionnaire. *Med J Aust* 2008;189(4):215-219.
53. Haas JS, Cook EF, Puapolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000;15:122-128.
54. Topaçoğlu H, Karcıoğlu Ö, Öz Saraç M, Çımrın AH. Acil servislerde hasta memnuniyeti: Ne? Ne kadar? Nasıl? *Akademik Acil Tıp Derg* 2004;2(3):47-53.
55. Akıllı A, Genç M. Şanlıurfa ili Bozova ilçesi merkez sağlık ocağına başvuran hastaların sağlık hizmetlerini kullanma durumu ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniv Tıp Fak Derg* 2007;14(2):95-99.
56. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgül A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. *Ankara Üniv Tıp Fak Mecmuası* 2004;57(4):205-214.
57. Özer O. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması ile Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi (tez). İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü; 2007.

58. Yiğit Ö, Oktay C, Bacakoğlu G. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nin acil servis hizmetleri konusundaki memnuniyet değerlendirme formlarının incelenmesi. Türkiye Acil Tıp Derg 2010;10(4):181-186.
59. Ercan İ, Ediz B, Kan İ. Hastaların sosyoekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi. İnönü Üniv Tıp Fak Derg 2004;11(3):161-167.
60. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: Sağlık reformu öncesi son saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25(3):33-41.
61. Grol R, Wensing M, Mainza J, Ferreirab P, Hearnshawc H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Fam Pract 1999;16(1):4-11.
62. Yanagisawa S, Mevy V, Wakai S. Comparison of healthseeking behaviour between poor and better-off people after health sector reform in Cambodia. Public Health 2004;118(1):21-30.
63. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. BMC Fam Pract 2004;20:5-17.
64. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene´-Badia J, Pasarın-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract 2006;23:308-316.
65. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Primary care: Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. BMJ 2003;326:258.
66. Baker R, Mainous AG, Gray DP, Love MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. Scand J Prim Health Care 2003;21(1):27-32.
67. Bu-Alayyan S, Mostafa A, Al-Etaibi B, Sorkhou E, Al-Taher H, Al-Weqayyan A. Patient satisfaction with primary health care services in Kuwait. KMJ 2008;40(1):25-30.
68. Sezer T, Özcan S, Bozdemir N. Bakımda süreklilik. Çukurova Üniv Tıp Fak Arşiv 2006;15:311-320.
69. Topallı R. İlaç yazdırma amaçlı başvuruların sağlık ocaklarındaki poliklinik yükü üzerine etkisi: Piraziz örneği. http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/d4_ilac_makale.pdf. Erişim tarihi: 27.03.2012.
70. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke aile hekimliği merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2003;7(1):18-22.
71. Dağdeviren N, Akturk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument. Yonsei Med J 2004;45(1):23-28.
72. Baltacı D, Kara İH, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: Pilot çalışma. Konuralp Tıp Derg 2011;3(2):9-15.

73. Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, Alegakis A, Lionis C, Philalithis A. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: the Use of EUROPEP in Gaza Strip-Palestine. *J Med Syst* 2007;31:497-503.
74. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H et al. Patient satisfaction with availability of general practice: An international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002;14(2):111-118.
75. Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(1):41-50.
76. Çelen Ü, Piyal B, Karaodul G, Demir M. Ankara Onkoloji Eğitim Hastanesi'nde çalışanların iş doyumu. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg* 2004;7(3):295-318.
77. Özaltın H, Kaya S, Demir C, Özer M. Türk Silahlı Kuvvetleri'nde görev yapan muvazzaf tabiplerinin iş doyum düzeylerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2002;44(4):423-427.
78. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJ Med* 2006;99:161-169.
79. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniv Tıp Fak Derg* 2005;2(3):10-15.
80. Hickson C, Oshagbemi T. The Effect of Age on the Satisfaction of Academics with Teaching and Research. *Int J Soc Econ* 1999;26(4):537-44.
81. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8:241-247.
82. Yıldız N, Yolsal N, Ay P, Kıyan A. İstanbul Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlerde iş doyumu. *İst Tıp Fak Derg* 2003;66(1):56-61.
83. Yaşan A, Eşsizoglu A, Yalçın M, Özkan M. Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde iş memnuniyeti, anksiyete düzeyi ve ilişkili etmenler. *Dicle Tıp Derg* 2008;35(4):228-233.
84. Oshagbemi T. Is length of service related to the level of job satisfaction? *Int J Soc Econ* 2000;27(3):213-226.
85. Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* 2003;13:299-305.
86. Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf* 2011;20:508-514.

EKLER

EK-1. HASTA ANKET FORMU

1- Doğum yılınız:

2- Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın

3- Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr 3) Boşanmış 4) Dul

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

5- Çocuğunuz var mı? 0) Hayır 1) Evet (Sayısı:.....)

6- Mesleğiniz nedir?

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

7- Aylık hane gelirin ne kadar?

8- Sağlık merkezine ulaşımında zorluk çekiyor musunuz?

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

9- Sağlık merkezine ulaşımında zorluk çekiyorsanız nedeni nedir?

1) Randevu almakta zorluk çekiyorum 2) Maddi nedenlerden ötürü
3) Çok sıra oluyor 4) Bedensel engelimden dolayı
5) Ulaşımında zorluk çekiyorum 6) Diğer

10- Bilinen sürekli bir hastalığınız var mı?

0) Hayır 1) Evet..... Kaç yıldır?.....

11- Bilinen fiziksel bir engeliniz var mı?

0) Hayır 1) Evet..... Kaç yıldır?.....

12- Son bir yıl içinde kaç kez doktora başvurduunuz?

..... kez aile hekimime, kez hastaneye başvurdum.

13- Şu anki başvuru nedeniniz nedir?

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

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

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

EK-2. HEKİM ANKET FORMU

1- Doğum tarihi (yıl olarak):

2- Cinsiyeti: 1) Erkek 2) Kadın

3- Medeni Durumu: 1) Evli 2) Bekâr 3) Boşanmış 4) Dul

4- Eşiniz çalışıyor mu? 0) Hayır 1) Evet (Mesleği:)

5- Çocuğunuz var mı? 0) Yok 1) Var (Sayısı:)

6- Tıp fakültesinden mezuniyet tarihiniz (yıl olarak):

7- Meslekteki toplam çalışma süreniz:

8- Şu anda çalıştığınız kurumdaki toplam çalışma süreniz:

9- Mesleğinizi kendi isteğinizle mi seçtiniz? 0) Hayır 1) Evet

10- Şimdi olsaydı tekrar aynı mesleği seçer miydiniz? 0) Hayır 1) Evet

11- Son bir yıl içinde çalıştığınız kurumda hizmet içi eğitim aldınız mı? 0) Hayır 1) Evet

12- Son 1 yılda kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katıldınız mı?

0)Hayır 1) Evet (..... kez kongre, kez kurs, kez seminer)

13- Düzenli olarak Türkçe tıbbi yayın izliyor musunuz? 0) Hayır 1) Zaman zaman 2) Evet

14- Düzenli olarak yabancı dilde tıbbi yayın izliyor musunuz? 0) Hayır 1) Zaman zaman 2) Evet

15- Sizce iş yerinizdeki fiziksel koşullar yeterli mi? 0) Hayır 1) Evet

16- Kayıtlı nüfusunuz kaç kişidir?

17- Haftalık toplam çalışma süreniz kaç saattir?

18- Günde baktığınız hasta sayısı kaçtır?

19- Son 12 ay içinde TUS'a girdiniz mi? 0) Hayır 1)Evet

Aşağıdaki bölümde işinizin çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak işinizin o cümlede belirtilen yönünden ne derecede memnun olduğunuzu aşağıdaki şablona göre bir (X) işareti ile belirtiniz.

Her cümleyi yanıtlarken “Bu yönden işimden ne kadar memnunum?” sorusunu kendinize sorunuz.

Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok memnunum
1	2	3	4	5

“Bu yönden işimden ne kadar memnunum?”	1	2	3	4	5
1) Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2) Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından					
3) Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
4) Toplumda “saygın bir kişi” şansını bana vermesi bakımından					
5) Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından					
6) Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı bakımından					
7) Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
8) Bana sabit bir iş olanağı sağlaması bakımından					
9) Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olabilme bakımından					
10) Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından					
11) Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
12) İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından					
13) Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından					
14) İş içinde terfi olanağımın olması bakımından					
15) Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
16) İşimi yaparken kendi yeteneklerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
17) Çalışma şartları bakımından					
18) Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından					
19) Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem bakımından					
20) Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden					

EK-3. BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ONAYI

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUBADK 2011/175				
	PROTOKOL ADI	Edirne İli Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumunu İle İlişkinin Araştırılması				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜN VAN I / ADI	Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15/ 24	Tarih:10.08.2011				
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Sezgin TURGU'nun tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜBADK Yönergesi						
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistika.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznilidir
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Erhan TABAKOĞLU Üye	Göğüs Hastalıkları	T.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Figen KULOĞLU Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	T.Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yener YÖRÜK Üye	Göğüs Cerrahisi	T.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN Üye	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENİL
Dekan

EK-4. VALİLİK OLURU

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B104ISM4220009/ 14987
KONU: Araştırma

08 /09/2011

VALİLİK MAKAMINA

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Dr. Sezgin TURGU'nun "Edirne İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu ile İlişkinin Araştırılması" konulu tez çalışmasını Edirne İl Merkezinde Aile Sağlığı Merkezlerinde yapmasını ve çalışma sonuçlarından bir nüshasının Müdürlüğümüze verilmesini olurlarınıza arz ederim.

Ek: Yazı (2 Sayfa)

Uzm.Dr. Hatice GÜL
İl Sağlık Müdürü

OLUR

07/09/2011

Abdullah ASLANER
Vali Adına
Vali Yardımcısı