



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE  
BAŞVURAN KİŞİLERDE HASTA MEMNUNİYET DÜZEYİ**

**Dr. Yusuf Alper ÜTÜK**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER**

**ANKARA**

**2020**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE  
BAŞVURAN KİŞİLERDE HASTA MEMNUNİYET DÜZEYİ**

**Dr. Yusuf Alper ÜTÜK**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER**

**ANKARA**

**2020**

Düzenleme tarihi: 24/12/2014

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**TEZ SINAVI TUTANAĞI**

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı	: Yusuf Alper ÜTÜK
Anabilim/Bilim Dalı	: Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER
Sınav tarihi: ..05.. / ..06.. / 2020..	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kişilerde Hasta Memnuniyet Düzeyi	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
<input type="checkbox"/> Reddine	
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istemesi durumunda gerekli açıklamalarınızı buraya yazınız	

**Jüri Başkanı**  
Dr. Öğr. Üyesi A. Selda TEKİNER  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**Jüri Üyesi**  
Prof. Dr. Aytuğ KUT  
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

**Jüri Üyesi**  
Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen Ceyhan PEKER  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlık sürecimde, tez konusunun belirlenmesinde, çalışmanın yürütülmesinde ve tezin yazım aşamasında her türlü yardımda bulunan, fikir ve önerileri ile bana yardımcı olan tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen Ceyhun Peker'e, bize her zaman anlayışla yaklaşan ve biz asistanlarımızın yanında olduğunu hissettiren Ana Bilim Dalı başkanımız Dr. Öğr. Üyesi A. Selda Tekiner'e, bilgi ve deneyimleriyle bizi aydınlatan Prof. Dr. Mehmet Ungan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca tecrübe ve bilgilerinden her zaman faydalandığım Uzm. Dr. Zehra Dağlı'ya, tez hazırlama sürecinin her aşamasında bana yardımcı olan Uzm. Dr. Filiz Ak'a,

Özveriyle çalışan bölümümüz personel ve hemşirelerine,

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum Dr. Tolga Zengin, Uzm. Dr. Serhat Aygün, Uzm. Dr. Selahattin Kılıç, Dr. Hüsna Çevik, Dr. Hafize Yeğin, Dr. Meryem Uslucan, Dr. Nazife Alpman ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Beni bugünlere getiren, koşulsuz sevgi ve destekleriyle her zaman yanımda hissettiğim, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem, babam ve kardeşlerime,

Son olarak; sevgisiyle bana güç veren, her durumda bana yanımda olduğunu gösteren yol arkadaşım, sevgili eşim Kübra İclal'e

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

**Dr. Yusuf Alper ÜTÜK**

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	3
2.1.1 Sağlığın ve Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	3
2.1.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	3
2.1.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	6
2.1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği.....	7
2.1.5. Türkiyede Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.....	8
2.2 HASTA MEMNUNİYETİ.....	9
2.2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı.....	9
2.2.2. Hasta Memnuniyet Teorileri.....	10
2.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	12
2.2.3.1. Sağlık Hizmetine İlişkin Faktörler.....	12
2.2.3.2. Hastaya İlişkin Faktörler.....	16
2.2.4. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri.....	19
2.2.5. Ülkemizde Hasta Memnuniyeti.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	24
3.1. ETİK KURUL ONAYI.....	24
3.2. HASTALARIN SEÇİLMESİ.....	24
3.3. DAHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	24
3.4. DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	24
3.5. ÇALIŞMA PROTOKOLÜ.....	24
3.6. DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ.....	25
3.6.1. EUROPEP-Tr.....	25
3.7. İSTATİKSEL ANALİZ.....	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ.....	45
ÖZET.....	46

ABSTRACT .....	48
KAYNAKLAR .....	50
EKLER .....	62



## SİMGELER VE KISALTMALAR

AÇSAP	:	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
DM	:	Diyabetes Mellitus
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EUROPEP	:	European Patients Evaluate General/Family Practice
HT	:	Hipertansiyon
KAH	:	Koroner Arter Hastalığı
MHRS	:	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
SDP	:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
TSM	:	Toplum Sağlığı Merkezi

## TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının tanımlanması .....	5
Tablo 2. Hasta memnuniyetinde doktor-hasta ilişkisi .....	14
Tablo 3. Anket yöntemlerinin karşılaştırılması .....	20
Tablo 4. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri.....	28
Tablo 5. Aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların özellikleri.....	29
Tablo 6. EUROPEP-Tr ölçek sonuçları .....	32
Tablo 7. EUROPEP-Tr skoru ve demografik ve klinik özelliklerle ilişkisi .....	36
Tablo 8. Aile hekimliğine başvuru nedenleri ve EUROPEP skoru ilişkisi .....	37
Tablo 9. Genel sağlık algısına göre EUROPEP-Tr skorlarının değişimi .....	38
Tablo 10. EUROPEP-Tr ve yaş arasındaki ilişki .....	38
Şekil 1. Algılanan hizmet kalitesinin çok boyutlu hiyerarşik modeli.....	12
Şekil 2. Hastaların eğitim düzeyleri .....	27
Şekil 3. Hastaların aile hekimliğine başvuru nedenleri.....	30
Şekil 4. Hastaların genel sağlık değerlendirmesi .....	31
Şekil 5. Soruların cevapsızlık oranları .....	33
Şekil 6. Hastaların EUROPEP-Tr ölçeğine göre memnuniyet yüzdeleri .....	34



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerini tüm topluma eşit ve adil bir şekilde ulaştırmak sağlık politikalarının önde gelen amaçlarından biridir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak sunulması, halkın da sağlık sorunlarının çözümüne katkıda bulunması sağlanarak sağlık düzeyini geliştirmek hedeflenmektedir (1). Sağlık hizmeti sunucuları Sağlık bakanlığı tarafından hizmet koşulları ve sevk zinciri dikkate alınarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak sınıflandırılmıştır (2).

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve koordine edilmesinde birinci basamak sağlık hizmetleri merkezi bir konumda yer almaktadır (3). Koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte teşhis ve tedavi hizmetlerinin bir arada verildiği, ilk başvuru yeri olarak hizmet sunan, kişilerin kolaylıkla ulaşabildiği, uygun maliyetle etkin tedavi sunumuna olanak sağlar (4). Ülkemizde 2003 yılından sonra uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin modern uygulama şekli olarak ön plana çıkmıştır (5). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi her geçen gün artmaktadır. Kaliteli birinci basamak sağlık hizmetinin göstergelerinden biri de hasta memnuniyetini yüksek tutmaktır (6,7).

Hasta memnuniyeti hastaların tedavi veya bakım beklentilerinin ne ölçüde karşılandığını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini yansıttığının yanında, hasta memnuniyeti hastanın kendisine, sağlık sunucusuna, sağlık politikalarına ve sağlık hizmetlerinin verildiği çevrelerin fiziki yeterliliğine bağlıdır. Bu nedenle çok boyutlu olarak ele alınmalıdır (8).

Son yıllarda hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinde önemli bir terim haline gelmiştir. Sağlık sunucusuna ait faktörler ve hastaya ait faktörler memnuniyet düzeyini farklı boyutlarda pozitif veya negatif etkileyebilmektedir. Bununla birlikte en iyi sağlık hizmeti sunumunu sağlayabilmek ve kurumun hasta memnuniyeti hedefine ulaşmasını sağlamak açısından en önemli sorumluluk hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına düşmektedir. Memnuniyet düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hastaların beklentilerinin ne ölçüde yerine getirildiğinin ve sağlık hizmeti sunumundaki sorunların saptanmasını sağlayarak hizmet kalitesinin iyileştirilmesine zemin hazırlar (9,10). Hasta memnuniyeti ile ilişkili faktörlerin

bilinmesi, hasta memnuniyetini arttıran etmenlerin desteklenmesi, azaltan faktörlerin ortadan kaldırılması ile hastaların tedavisinden alınan yanıt artırılabilir, hastaların prognozlarına olumlu katkı sağlanabilir. Ayrıca bakım kalitesini yansıtan hasta memnuniyeti hasta merkezli yaklaşımın önemli bir bileşenini oluşturmaktadır (11).

Çalışmamızda, bu nedenle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran hastalarda, sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirilmeleri istenerek memnuniyet düzeyi ve bu memnuniyet düzeyine etkisi olabilecek demografik ve klinik faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ**

#### **2.1.1 Sağlığın ve Sağlık Hizmetlerinin Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre sağlık, sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halini ifade eder. Sağlık Bakanlığına göre sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, hayatın amacından ziyade günlük yaşam için bir kaynak, fiziki kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavram olarak tanımlanmıştır (12).

Sağlık, insanların kaliteli bir yaşam sürmesinde en önemli faktörlerden biridir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve hizmetlerin gelişmişlik düzeyi, ülkenin gelişmişlik düzeyi ile yakından ilişkilidir (13).

Sağlık hizmetleri “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi” ile tanımlanmış ve sağlık hizmetlerinin amaçları belirtilmiştir. Buradaki tanımlamada sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici yanları vurgulanmıştır. Devletin görevleri arasında gösterilen sağlık hizmetlerini toplumun tamamına ulaştırmak, herkesin eşit ve adil bir biçimde bu hizmetlerden yararlanmasını sağlamak, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada yürütülmesini sağlamak, halkın da sağlık sorunlarının çözümüne katılımını sağlayarak sağlık düzeyini geliştirmek amaçlanmıştır (1).

#### **2.1.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Dünya ülkelerinin farklı sağlık politikaları izlemesi nedeni ile farklı sağlık yapılanmaları ortaya çıkmaktadır. Bu politikaları belirleyen faktörlerin başında; o ülkenin ekonomik durumu, demografik yapısı, sağlık sorunları ve sosyokültürel özellikleri gelmektedir(14).

Sağlık hizmeti temel olarak üç ana başlıkta incelenebilir; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici (esenlendirici) (2).

İnsan sağlığını olumsuz etkileyecek çevresel faktörlerin ortadan kaldırılması, çevrenin güvenli hale getirilmesi çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; aşılama, erken tanı,

doğru beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi ise kişiye y6nelik koruyucu sağlık hizmetlerindedir (15). Yaşlanan n6fusun hızla artması ve 6zellikle kronik hastalıklarla beraber sağlık harcamalarının artması koruyucu sağlık hizmetlerini 6n plana 7ıkarmaktadır (16). Bu hizmetlerin sağlığa katkılarının ve ekonomik kazanımlarının 7ok iyi bilinmesine rağmen, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bu hizmetlerden yaşlı pop6lasyonun sadece yarısı faydalanmaktadır (17).

Hastalık veya sakatlık oluştuktan sonra, hastalığın teşhisi ve kişinin iyileştirilmesi i7in uygulanan sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmeti olarak değerlendirilir (18). Sağlık Bakanlığı tarafından sevk zinciri ve hizmet koşulları g6z 6n6nde bulundurulurken birinci, ikinci ve 676nc6 basamak sağlık kuruluşları olarak basamaklandırılmıştır (2).

Birinci basamak sağlık kurumları, kişilerin sağlık sorunları nedeni ile ilk başvurduğu, toplumun b6y6k kısmının tedavi edildiği, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu, ayakta veya yatarak teşhiş ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu ve kişilerin l6zum halinde ikinci ve 676nc6 basamağa sevk edildiği sağlık kurumlarıdır. İkinci basamak sağlık kurumları, ayakta veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren sağlık kurumlarıdır (2). Birinci basamakta tanısı konulamayan, tedavi edilemeyen veya ileri incelemeye ihtiya7 duyan hastaların sevk edildiği ya da kişilerin bizzat başvurabildikleri sağlık kurumlarıdır (19).

676nc6 basamak sağlık kurumları, ileri tetkik ve 6zel tedavi gereken hastalıklar i7in ileri teknoloji i7eren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip sağlık kurumlarıdır. Kendi i7inde 3A (İleri d6zey hastaneler) ve 3B (676nc6 basamak kamu, 6zel ve eğitim hastaneleri) olarak kategorize edilmiştir (2).

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, kaybedilen fiziksel becerilerin tekrar geri kazanılmasını, bağımlılığı azaltmayı ama7layan tıbbi rehabilitasyon ve kişilerin tekrar topluma kazandırılmasını ama7layan sosyal rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır (20).

Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması" y6netmeliği ile birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları ayrıntılı olarak listelenmiştir (Tablo 1) (2).

**Tablo 1. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının tanımlanması**

<b>Birinci basamak sağlık kuruluşları</b>	
Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlükleri	“Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler
Toplum sağlığı merkezi (TSM)	İşyeri sağlığı ve güvenlik hizmeti sunulan birimler
Aile sağlığı merkezi (ASM)	Belediyelere ait poliklinikler
“Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları	“Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler
Kurum tabipliği	Halk sağlığı laboratuvarı (L1 ve L2)
112 Acil sağlık hizmeti birimleri	Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler
Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri	6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler
Muayenehaneler	Entegre ilçe devlet hastanesi (E2 ve E3) *

➤ *Birinci basamak sağlık kuruluşlarının faaliyet izin belgelerine; ilgili birim tarafından onayı alınmış çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı birimi, enfeksiyon kontrol birimi, entegre sağlık hizmeti birimi, evde sağlık hizmeti birimi, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi, sıtma savaş dispanseri, verem savaşı dispanseri, sağlıklı hayat merkezi, göçmen sağlığı merkezi, iş sağlığı ve güvenliği birimi, yetkilendirilmiş aile hekimliği birimi, sağlık evi, ilgili mevzuatı kapsamında açılacak benzer birimler bağlı birim olarak eklenir.*

<b>İkinci basamak sağlık kuruluşları</b>	
Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri	Kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri
Entegre ilçe hastanesi (E1)	
“Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne göre ruhsat almış özel hastaneler	Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri
“Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ve dal merkezleri	Diyaliz, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri
Ağız ve diş sağlığı hastaneleri	

➤ *İkinci basamak sağlık kurumlarına ait faaliyet izin belgelerine; ilgili birim tarafından açılış onayı alınmış, alkol ve madde bağımlılığı, tedavi ve eğitim merkezi, çocuk ergen madde bağımlılığı tedavi merkezi, diyaliz merkezi, gebe okulu, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama birimi, obezite merkezi, toplum ruh sağlığı merkezi, üremeye yardımcı tedavi merkezi, semt poliklinikleri, ek hizmet binaları ve benzeri birimler bağlı birim olarak eklenir.*

\* *Ayaktan teşhis ve tedavinin yanı sıra diğerlerinden farklı olarak yatarak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti de sunmaktadır*

### 2.1.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve koordine edilmesinde birinci basamak sağlık hizmetleri merkezi bir konumda bulunmaktadır (3). Birinci basamak sağlık hizmeti, koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte teşhis ve tedavi hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin kolaylıkla ulaşabildiği, düşük maliyetle etkin tedavi sunumuna olanak sağlar (4). Birinci basamak sağlık sunumunda etkin olan ülkelerin toplumun sağlık sorunlarına daha iyi yanıt verdiği ve sağlık harcamalarında daha etkin bir maliyet profili çizeceği öngörülmektedir (21).

İlk başvuru yeri olması, süreklilik, hastalıktan ziyade hasta odaklı hizmet sunması, bütüncül yaklaşım ve sağlıkta koordinasyonun sağlanması birinci basamak sağlık hizmetinin temel özellikleridir (22).

İlk başvuru, sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireylerin bir sağlık sorunu durumunda sağlık sistemi ile ilk karşılaştıkları yer olma durumunu tanımlar. Bu özellik daha uygun maliyet ve daha sistematize bir hizmet açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinde birinci basamağı benimsemiş birçok ülkede uzman hekimlere ulaşım hasta sevki ile sağlanmaktadır (23, 24).

Sadece hastalık döneminde değil, sağlıklı dönemlerde de sunulan bir hizmet olması, hasta ile tüm yaşamı boyunca etkileşim içinde olması, insanın ömrünün her döneminde doğrudan hizmet sunması sürekli, hasta-odaklı hizmeti açıklamaktadır. Bu şekilde ikinci ve üçüncü basamağa olan sevk oranları azalmakta, daha düşük oranda tanısal testler, reçeteleme ve hospitalizasyon sağlanarak maliyet-etkin bir sağlık hizmeti sunulmaktadır (25). Sürekliliğin önündeki en büyük sorun mesai saatleri dışında birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşmaktaki güçlüklerdir (26).

Toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunlarının tanımlanabilmesi ve müdahale edebilecek düzeyde olunması, kapsayıcılık ilkesidir. Personel sayısı ve eğitimi, kurumun donanımı ve olanakları, sağlık eğitimi, bağışıklama ve tarama gibi etkinliklerin uygulanma düzeyi kapsayıcılığı değerlendirme açısından önemlidir (25). Değerlendirmede kullanılan diğer bir ölçüt olan sevk oranının yüksek olması, kapsayıcılığın yetersiz olduğunu göstermektedir (21, 25).

Birinci basamakta bütüncül yaklaşım ilkesi “Hastalık yoktur, hasta vardır” cümlesi ile ifade edilebilir. Kişiye biyopsikososyal bir bütün olarak yaklaşmak, sadece fiziki olarak değil yaşadığı toplum ve çevrenin özellikleriyle, kültürüyle ve psikolojisi ile bir bütün olarak

değerlendirmek gerekmektedir. Klinik kararları verirken bütüncül ve sağlığa odaklı bir yaklaşıma sahip olunmalı ve toplumun gereksinimlerine yönelik hizmet sunulmalıdır (22,27)

Birinci basamak hizmetler ile sistemin diğer elemanları arasında bilgi alışverişinin gerçekleşmesi koordinasyon özelliğini tanımlar. Koordinasyon sağlanabilmesi için ilk koşul “kapı tutuculuk” uygulamasıdır. Birinci basamak hekimlerinin sevk sistemi ile sistemin diğer aşamalarının kullanımını kontrol etmeleri “kapı tutuculuk (gatekeeping)” olarak adlandırılır. (28)(29). İkinci ve üçüncü basamakta hastalarla ilgili tüm bilgilerin kaydedilmesi ve bunların birinci basamağa aktarımı da koordinasyon sağlanması açısından önemlidir (24, 25).

Olumlu sağlık sonuçları ve sağlık eşitliği sağlayabilecek güçlü bir sistem için birinci basamak sağlık hizmetleri temel rol oynamaktadır (30). Sadece hükümetlerin birinci basamak sağlık hizmetlerini desteklemesi ile amacına uygun, eşitlikçi, yüksek kaliteli ve maliyet etkin bir hizmet ortaya çıkabilir (31).

#### **2.1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği**

Kişilerin her an ulaşabilecekleri, onların sağlık geçmişini bilen bir hekime ihtiyaç vardır. Bireylerin sağlık sorunları ile genellikle ilk başvurduğu yer birinci basamak hizmetlerden aile hekimliğidir. Aile hekimleri bireyleri tanıyarak, kronik hastalıklarını, çevre koşullarını ve sosyal faktörleri göz önünde bulundurarak tedaviyi planlar (32, 33)

Dünya Sağlık Örgütü aile hekimliğini, kendi başlarına veya diğer sağlık elemanları ile bir ekip halinde ilk başvuru yeri olarak hizmet sunan ve kişilerin direkt olarak ulaşabilecekleri; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici ve destekleyici sağlık hizmetlerini bir arada sunan klinik bir uzmanlık olarak tanımlamıştır (34).

Aile hekimliği uygulaması sunum olarak ülkeler arasında farklılık gösterse de tüm ülkeler için birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Sosyal ve ekonomik farklılıklar nedeni ile o ülkede yaşayan bireylerin sağlığa olan taleplerinin de farklı olması aile hekimliği sistemlerinde uygulanış farklılıklarına yol açmaktadır. Her ne kadar farklılıklar olsa da aile hekimliğini tanımlayan, bulunması gereken bazı temel özellikler mevcuttur: Birinci basamak yönetimi, hastalık merkezli bakış açısından ziyade birey odaklı bakım, problem çözme becerileri, sadece başvurduğu andaki değil, tüm sorunlarıyla ilgilenmesi (kapsamlı yaklaşım), aile ve toplum yönelimli olma, bireye bütüncül olarak yaklaşmak (35).

### 2.1.5. Türkiyede Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Tüm ülkelerde nasıl uygulanırsa uygulansın birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Ülkemizde 1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” adlı yasayla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında ilk adım atılmıştır. Bu yasa ile pratisyen hekim ve ebelerle ücretsiz olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır (6).

2003 yılından itibaren uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulama şekli olarak ön plana çıkmıştır (5). İlk defa 2005 yılında Düzce’de uygulanmaya başlanan aile hekimliği sistemi, 2010 yılı itibari ile tüm ülkeye yayılmıştır (29,30). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde aile hekimi, “Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri” olarak tanımlanmıştır (31).

Kişilerin sağlıklı yaşam programlarına erişiminin sağlanması, anne-bebek ölümlerinin önlenmesi, kronik hastalıkların gelişimine zemin hazırlayan risk faktörlerinin öğretilmesi, kişilere kendi sağlık durumunu kontrol etme becerisinin kazandırılması ve koruyucu sağlık hizmetleri yaklaşımını sağlığın merkezine yerleştirilmesi SDP’nin önde gelen özellikleridir (36).

Bu programın temel amaçları arasında toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, mevcut kaynaklarla en uygun hizmetin sağlanması ve hakkaniyet ilkesi doğrultusunda tüm kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları, sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili farklılıkların azaltılması yer almaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için herkes tarafından tercih edilebilecek, çağdaş birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bireylerin kendi seçebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmadan erişebileceği bir aile hekiminin olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında gelir (36).

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından, 2023 yılına kadar “aile hekimliği başına düşen nüfusun azaltılması ve ilgili uzman personel ve teknik desteğin sağlanması ile kronik hastalık yönetiminin aile hekimleri koordinasyon ve sunumunda yapılması, sağlığın



geliştirilmesi ve teşviki hizmetlerine odaklı sağlık hizmeti sunulması” odaklanılan hizmetler olarak belirlenmiştir (4).

## **2.2 HASTA MEMNUNİYETİ**

### **2.2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı**

Hasta memnuniyeti son yıllarda sağlık hizmetlerinde popüler bir terim haline gelmiştir (10). Sağlık hizmetlerinde memnuniyet düzeyini belirlemek, sorunların da belirlenmesini sağlayarak hizmetlerin kalitesinde iyileştirme yapılmasına olanak sağlar (7). Diğer yandan yüksek hasta memnuniyeti tedaviye ve takip önerilerine daha yüksek hasta uyumu sağlar. Böylece daha iyi sağlık sonuçları elde edilebilir ve hastaların alınan hizmeti başkalarına önerme olasılığını artar (37, 38).

Sağlık hizmeti sonuçlarını değerlendirmek ve hastanelere geri ödeme yapmak için hasta memnuniyeti anahtar göstergelerden biri olarak kullanılmaktadır. Bu yanı sıra sağlık kurumlarının pazar payını korumasının bir yolu olarak da öne çıkmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetini ölçmek zahmetli bir konudur; bu nedenle hasta memnuniyeti kaliteyi değerlendirmek için çok avantajlı bir yoldur (39).

Sağlık hizmetini değerlendirmek için çeşitli modeller öne sürülmüştür. Coulter sağlık hizmetleri bağlamında göz önünde bulundurulması gereken en az dört alan olduğunu savunmuştur (40):

- Spesifik tedavilerin değerlendirilmesi (örn. ilaç tedavisi, cerrahi prosedürler)
- Belirli hasta grupları için özelleşmiş bakımın değerlendirilmesi (örn. antenatal ve neonatal bakım, diyabet gibi kronik hastalıkların tedavisi)
- Sistem örgütlenmesinin değerlendirilmesi (örn. hastane veya günübirlik tedavi merkezi)
- Sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi (örn. hemşirelik hizmetleri gibi farklı bakım uygulamaları)

Hasta memnuniyeti çalışmalarında tüm bu alanların, memnuniyeti belirlemede önemli olduğu ortaya konmuştur (37).

Bu konudaki çalışmaların incelendiği bir derlemede hasta memnuniyeti kavramının, birçok belirleyici faktör altında karmaşık, belirsiz ve birbirinden ayrı ayrı olarak karşımıza çıktığı belirtilmiştir. Global olarak benimsenmiş bir tanım olmadığı gibi, ölçüm yöntemleri de çalışmalara göre çeşitlilik göstermektedir (37, 41).

“Memnuniyet” kelimesi, kişilerin isteklerinin ve beklentilerinin karşılanması ve bundan elde edilen haz olarak tanımlanır. Sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalar için memnuniyet, hastanın istek, beklenti ve ihtiyaçlarına yanıt alması olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmeti tanımlamalarında dikkat çeken diğer bir konu da, “tüketici”, “müşteri” ve “hasta” terimlerinin birbiri yerine kullanılmasıdır. “Tüketici” ve “müşteri” terimleri bir mal veya hizmeti satın alan ve/veya kullanan kişi anlamlarına gelmektedir. “Hasta” kelimesi ise profesyonel kişiler tarafından bilgilendirilmiş, desteklenmiş ve kendi istekleri doğrultusunda tedavi edilmiş bireyler için kullanılır ve sağlık hizmetlerinde memnuniyet kelimesi ile yan yana kullanılması en uygun terimdir (39, 42, 43).

1960 yılından itibaren hem pazarlama hem sağlık hizmetleri alanında hasta memnuniyeti kavramını ifade etmek için birçok tanımlama yapılmıştır (43):

- Hastanın doktorlara ve tıbbi tedaviye karşı davranışları (Hulka, 1970)
- Sağlık hizmetinin çeşitli unsurlarının olumlu değerlendirmesi (Linder-Pelz, 1982)
- Sağlık hizmetinden yararlanma süreci ve sonrasında verilen tepki (Pascoe, 1983)
- Hastane deneyimine karşı duygusal bir tepkime, diğer taraftan standartlara göre karşılaştırma yapılan bilişsel bir süreç (Swan, 1985)
- Hastanın bir hizmet veya tedavi ile ilgili kendi standartlarına göre değerlendirme yapması ve bu karşılaştırmaya verdiği olumlu duygusal yanıt (Eriksen, 1995)
- Sağlık hizmetlerinin tamamında hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasından duyduğu hoşnutluk, başarı ve tatmin duygusu (Hills ve Kitchen, 2007)

Tüm bu tanımlamalar ışığında üç tane ortak nokta göze çarpmaktadır (44)(45)(46):

1- Hizmetin, hastanın beklentilerine verdiği yanıtın bilişsel değerlendirilmesi ve buna göre verilen duygusal bir tepki

2- Beklenen ve yaşanan deneyimin birbiriyle bağdaştırılması

3- Sağlık hizmetlerinin farklı yönlerinin genel olarak değerlendirilmesi

### **2.2.2. Hasta Memnuniyet Teorileri**

Hasta memnuniyeti ile ilgili teoriler, tüketici memnuniyet teorileri ile büyük oranda benzerdir ve her ikisi de beklentiler üzerine yoğunlaşmaktadır(39). Bazı araştırmacılar beklentilerin hasta memnuniyetinin temel belirleyicisi olduğuna inanırlar ve sağlık hizmetlerinde hastanın beklentilerinin ne kadar iyi karşılandığı ile hasta memnuniyetinin doğrudan bağlantılı olduğunu söylerler (37, 44, 47).

Hizmet ile ilgili çalışmalardan uyarlanan, beklenti ilişkisini temel alarak hasta memnuniyetini açıklamaya çalışan teoriler şunlardır:

**Beklenti-değer teorisi:** Bireyin eylemlere karşı tutumlarını ve davranışlarını tahmin etmek için geliştirilmiştir. Birey aldığı hizmete karşılık olumlu bir duygu durum içerisinde (37, 48).

**Beklentilerin karşılanması teorisi:** Basitçe deneyimler ve beklentiler arasındaki fark olarak açıklanabilir. Ardaki fark ne kadar çok olursa memnuniyet veya memnuniyetsizlik o derece fazla olur (48, 49).

**Tutarsızlık teorisi:** Memnuniyet hastaların beklentileri ve beklentileri doğrultusunda yaşadıkları deneyim arasında algılanan tutarsızlıktır. Bu nedenle beklenti bu teorinin temelini oluşturmaktadır (50, 51).

**Eşitlik teorisi:** Kişi, girdi (harcadığı para ve zaman, çektiği acı) ve hizmet çıktısı (tedavinin olumlu sonuçları) oranının adil olduğunu düşündüğünde tatmin olur (43).

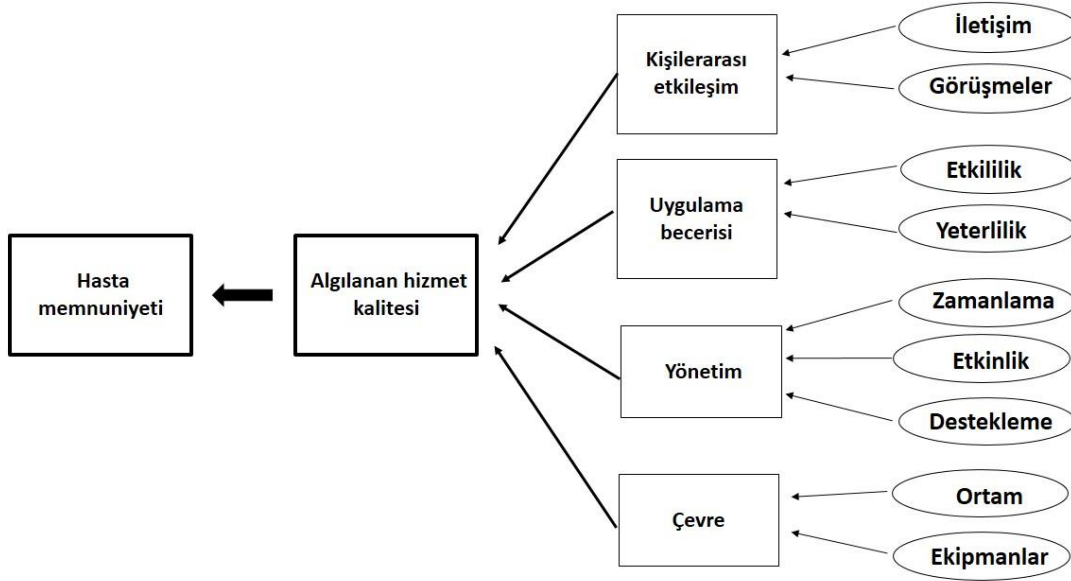
**İhtiyaçlar teorisi:** Bazı araştırmacılar hasta memnuniyetini “Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi” teoremi ile yorumlamışlardır. Hastaların ihtiyaçlarının, beklentilerine eşit olduğunu varsaymışlardır (44, 48).

**İlişkilendirme teorisi:** Deneyimlerin ve beklentilerin arasındaki uyumsuzluğun nedenini açıklamada rol oynar. Bireylerin koşullarını nasıl algıladığını ve hangi davranışları ortaya çıkardığını yorumlar (44).

**Ekonomi teorisi:** Müşterilerin aldıkları hizmet kalitesinin, ödeyecekleri ücrete değer olduğunu düşündükleri zaman, tatmin olacakları konusu üzerinde durur (52).

**Çoklu model teorisi:** Fitzpatrick hasta memnuniyetinin tek bir kavram olarak açıklanamayacağını, birçok faktör tarafından meydana geldiğini belirtmiştir. Bunların doğrultusunda üç tane birbirinden bağımsız hasta memnuniyeti modeli önermiştir. İlk olarak sosyal farklılıklar nedeni ile beklentilerin ve dolayısıyla tatminkarlığın değiştiğini ifade etmiştir. İkinci model, bazı hastalar için sağlık hizmetinden yararlanarak sağlık hedeflerine ulaşmanın memnuniyetten ziyade önemli bir eleştiri nedeni olması üzerinde durur. Üçüncü model, bazı sağlık sorunlarının kişilerde duygusal dengesizliklere neden olduğunu savunur ve bu nedenle hastaları tatmin etmek mümkün değildir (53).

**Sağlık hizmeti-kalite teorisi:** Donabedian memnuniyetin kişiler arası iletişimin temel sonucu olduğunu belirtmiştir. Memnuniyet kavramı, özellikle kişilerarası iletişim olmak üzere tıbbi hizmetin tüm yönleriyle kaliteli olması ile ilişkilidir (54). Diğer bir deyişle algılanan hizmet kalitesi, doğrudan hasta memnuniyetini belirlemektedir. Algılanan hizmet kalitesinin çok boyutlu hiyerarşik modeli Şekil 1’de gösterilmiştir. (55).



**Şekil 1. Algılanan hizmet kalitesinin çok boyutlu hiyerarşik modeli**

### 2.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

#### 2.2.3.1. Sağlık Hizmetine İlişkin Faktörler

##### Teknik Beceriler

Sağlık profesyonellerinin yetenek, yeterlilik, gizlilik, deneyim ve mesleki ahlaklarını ifade eder (56, 58). Aynı zamanda klinik tanı ve tedavilerin, standartlara ve kurallara uygun olup olmaması ile ilişkilidir (59). Birçok çalışmada sağlık çalışanlarının algılanan yetkinlik ve yeterliliği, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak tespit edilmiştir (9). Hastaların hastalık hakkında bilgilendirilmesi, hastalığını nasıl yönetebileceği (diyet, egzersiz vs.) hakkında destek sağlanması hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir (60, 61). Doğru tedavi edilmediğini düşünen hastaların sağlık hizmetlerinden daha az memnun kaldığı gözlenmiştir(62). Bununla birlikte teknik beceriler konusunda hastaların bilgileri sınırlı olduğu için, hastalar değerlendirmelerini yaparken sağlık profesyonellerinin kendilerine olan ilgili ve sıcak davranışlarını göz önünde bulundurmuş olabilirler (37, 63).

## **Sağlık Personeli-Hasta Etkileşimi**

Doktorlar ve hemşireler ile iletişim birçok çalışmada hasta memnuniyetini belirleyen iki temel faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (62, 64, 65). Doktor ve hemşireleri değerlendirirken samimiyet, dürüstlük, ilgi, sempati, empati, nezaket ve hastanın tercihlerine saygılı olunması gibi duygulara hitap eden davranışları önemlidir. Hastalar başkalarına doktor önerisinde bulunurken onların yetkinliklerinden ziyade, bu gibi duygusal belirteçleri daha ön planda tutmaktadırlar (66, 67). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine dikkat edip etmemeleri de hizmeti değerlendirirken dikkat edilen bir diğer husustur (56). Bir çalışmada da telefon ile cevap veren personel ile hasta iletişiminin, memnuniyetin önemli bir belirleyicisi olduğu ifade edilmiştir (68).

Ayrıca iletişim ve dinleme becerileri hasta memnuniyeti ile pozitif ilişkilidir (64, 69). Aynı zamanda doktorların beden dili kullanımı da tıbbi bakım açısından önemli bir yere sahiptir ve hasta memnuniyeti ile yakından ilişkilidir (70). Hekimlerin otoriter davranışlardan ziyade eşitlikçi bir yaklaşım içinde bulunması hastalar tarafından daha tatmin edici bulunmuştur (52). Hastalar doktorun ilgisinden memnun oldukları zaman, onun aynı zamanda güvenilir olduğunu da düşünme eğilimindedirler. Bu durum hasta memnuniyetini arttırmaktadır (71).

Taburculuk sonrası doktorların hastaları yapılan tedaviler, olası komplikasyonlar gibi durumlar hakkında bilgilendirmesi hasta memnuniyeti ile güçlü bir şekilde ilişkili iken, hastanın edindiği bilgiler ve memnuniyet arasında negatif bir ilişki gözlenmiştir (65, 70, 72). Yani hastayı ne kadar çok bilgilendirirsek memnuniyet de o oranda az olmaktadır (73).

Hastaya en iyi sağlık hizmetini vermek ve kurumun hastayı memnun etme hedefine ulaşmasını sağlamak açısından kuşkusuz en önemli sorumluluk hekimlere düşmektedir. Hekim-hasta ilişkisi kapsamında doktorlara düşen sorumluluklar Tablo 2’de belirtilmiştir (74).

**Tablo 2. Hasta memnuniyetinde doktor-hasta ilişkisi**

<b>İletişim özellikleri</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dinleme becerileri</li><li>➤ Hasta bilgilerinin öğrenilmesi</li><li>➤ Anlaşıldığının hissettirilmesi</li><li>➤ Hastanın sorularına ve endişelerine odaklanmak</li><li>➤ Bilgi vermek</li></ul>
<b>Davranış</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Saygı ile tedavi etmek</li><li>➤ Profesyonel tutum</li><li>➤ Hastanın sorumluluk almasına izin vermek</li><li>➤ Güven vermek</li></ul>
<b>Teknik beceri</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Mesleki yeterlilik ve yetkinlik</li></ul>
<b>Kişilik özellikleri</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Empati</li><li>➤ Samimiyet</li><li>➤ Nezaket</li><li>➤ Duyarlılık</li></ul>
<b>Uygunluk ve erişilebilirlik</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hekimle yeterli zamanın geçirilmesi</li><li>➤ Hekime kolayca ulaşabilmesi</li></ul>

Hasta memnuniyetini arttırmak ve şikayetleri azaltmak için hekimlere bazı önerilerde bulunulmuştur (75):

- Göz teması kurun ve gülümseyin
- Nezaket gösterin
- Dinleyin ve anlayın
- Bilgilendirin ve gerektiğinde açıklama yapın
- Hastalıktan ziyade hastaya odaklanın
- Sorumluluğu paylaşın
- Dikkatinizi başka yöne vermeyin
- Hastaya saygı gösterin
- Hastanın mahremiyetini koruyun
- Hastanın sorularına bekletmeden yanıt verin

### **Fiziki Çevre**

Yapılan birçok çalışmada fiziksel ortamın hasta memnuniyeti ile potansiyel ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ortamın verdiği hoşnutluk, temizlik, oda konforu, yatakların rahatlığı, sıcaklığın ayarlanabilir olması, aydınlatmanın yeterliliği, yemek servisi, gürültü seviyesi banyo konforu, işaret ve yönlendirmelerin netliği, sağlanan ekipmanlar ve imkanlar, otopark olması hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu düşünülen çevresel faktörlerdir (63, 66, 76, 77). Göze hoş gelen odalarda bulunan hastalar hekimlerin davranışlarını, yetkinliklerini ve geçirdikleri zamanı daha olumlu değerlendirmişlerdir (57, 78).

### **Erişilebilirlik**

Sağlık kuruluşlarının ulaşım elverişli olması, kısa bekleme süresi, kayıt ve taburculuk sürecinin hızlı ilerlemesi, randevu almak için daha az zaman ve çaba harcanması hasta memnuniyetini olumlu etkilemektedir (56, 57, 68). Hekimlerin hasta ile daha uzun zaman harcaması ile yüksek hasta memnuniyeti arasında ilişki bulunmuştur. Diğer taraftan daha uzun süre doktorla görüşmek için bekleyen hastaların sağlık hizmetleri ve doktorlardan daha az memnun olma eğiliminde olduğu gözlenmiştir (72).

Birinci basamaktan sevk zorunluğu olmadan istediği sağlık hizmetine direkt olarak ulaşabilen hastalar, “kapı tutuculuk” uygulamasının bulunduğu yerlere oranla daha yüksek hasta memnuniyeti bildirmişlerdir (79). Aile hekimlerinin ev ziyaretinde bulunması memnuniyetini olumlu etkileyen diğer bir faktördür (80).

### **Uygunluk**

Hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının yeterli sayıda olması, tesislerin ve ekipmanların yeterliliği hasta memnuniyetini belirleyen temel faktörlerden biridir (59, 73). Hekim ve hemşirelerin hastaların isteklerine ve sorularına hızlı yanıt vermesi hasta memnuniyeti ile ilişkili bulunmuştur. Hemşire sayısının yetersiz olmasının hasta memnuniyetini anlamlı derecede düşürdüğü gözlenmiştir (77).

### **Ücret**

Verilen hizmetin karşılanabilirliği, ödeme yöntemlerinin esnekliği, sigorta durumu ve sigortanın kapsamlılığı hasta memnuniyetini potansiyel olarak etkileyebilecek faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (59,76).

Birinci basamak hizmetlerin sunulduğu aile hekimliğinde, sağlık güvencesi olmayanlar kişiler de ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. Bu nedenle ücret faktörü aile hekimliği sisteminde önemli bir rol oynamamaktadır (81).

## **Kurumsal Özellikler**

Japonya’da yapılan çalışmalarda hastanenin itibarı ve imajının hasta memnuniyetine pozitif katkı yaptığı gösterilmiştir (82, 83). Özellikle hasta merkezli bakım, hastaların daha olumlu deneyim yaşamalarını sağlamaktadır (84). Hastanenin idari sorunları, kuralları ve düzenlemeleri hasta memnuniyeti ile ilişkili olabilir (73). Diğer taraftan bürokrasi hasta memnuniyetini negatif etkileyebilir (85). Eğer bir yerdeki sağlık hizmetinin uğraştığı hasta sayısı ne kadar çok olursa, hizmetten tatmin olma oranı o derece düşük olmaktadır (86).

Hekimlerin ve hemşirelerin yaptıkları iş ve tesislerden memnun olma düzeyi, hasta memnuniyeti ile de ilişkili bulunmuştur (87, 88). Tam zamanlı çalışan doktorların, yarı zamanlı olarak çalışan doktorlara göre iş memnuniyeti daha azdır (89). Ayrıca hekim dışı çalışanların yüksek iş tatminine sahip olması, hekimlerin iş tatminine göre hasta üzerinde daha olumlu etkiye sahiptir (90, 91). Hemşirelerin sayısının eksikliği, aşırı çalışmaları, tükenmişliği, kötü çalışma koşulları ve işi bırakma düşünceleri düşük hasta memnuniyeti ile ilişkili bulunmuştur (90, 92). İyi bir hekim-hemşire işbirliğini hasta memnuniyetini pozitif olarak etkilemektedir (93).

## **Süreklilik**

Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, aynı hastane veya sağlayıcıdan gelen sağlık hizmetinin kesintisiz olması anlamına gelir (59). Hekim ve hasta yüksek kaliteli, uygun maliyetli bir tıbbi bakım doğrultusunda sürekli sağlık yönetimi için işbirliği içinde olmalıdır(94). Süreklilik hasta memnuniyeti araştırmalarında yaygın olarak ele alınan bir faktördür ve pozitif hasta memnuniyeti ile ilişkilidir (59). Özellikle yaşlı hastalarda aynı hekim ile tedavinin sürdürülmesinin, memnuniyeti olumlu yönde etkilediği rapor edilmiştir (95).

## **Tedavinin Etkinliği ve Sonucu**

Hastaların tıbbi tedavi sonrası sağlık durumlarının nasıl etkilendiğini ifade eder. Hastaların sağlık durumlarında algıladıkları iyileşme memnuniyet düzeylerini arttırmaktadır (59, 96). Taburculuk sonrası yaşanan komplikasyonlar, memnuniyet düzeyinin anlamlı olarak düşmesine neden olmuştur (97). Bununla birlikte, başvuru ve tedavi süreci göstergelerinin tedavi sonuçlarına göre memnuniyet üzerinde daha etkili olduğu gösterilmiştir (98).

### **2.2.3.2. Hastaya İlişkin Faktörler**

Bir derlemede hastaların demografik ve psikolojik özellikleri ile genel tatmin düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyan 71 tane çalışma incelenmiştir. Sonuç olarak hastaya



ilişkin faktörler ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki bulguları yetersiz, genel olarak tutarsız ve örneklem içinde çelişkili olarak değerlendirilmiştir (9).

### **Yaş**

Yapılan çalışmalarda yaş, hasta ilişkili değişkenler içinde hasta memnuniyetini belirleyen en önemli ve tutarlı değişken olarak ortaya çıkmaktadır (37, 66). Çalışmaların çoğunluğunda yaşlı hastaların genç hastalara oranla daha yüksek memnuniyet düzeyine sahip olduğu sonucuna varılmıştır (9). Bir çalışmada en yaşlı ve en genç hasta grubunun doktor davranışlarından daha memnun, ulaşılabilirlik konusunda daha az memnun olduğuna dair sonuçlara ulaşılmıştır (99).

### **Cinsiyet**

Cinsiyet ve hasta memnuniyeti arasındaki sonuçlar, çalışmalar arasında büyük oranda farklılık göstermektedir. Çalışmaların bir kısmında kadınlarda daha yüksek memnuniyet oranı gözlenirken, diğer bir kısmında da erkeklerin daha memnun olduğu sonucuna varılmıştır (9). Bir çalışmada ise hastaların kendileri ile aynı cinsiyette olan hekimleri tercih ettiği gözlenmiştir (100).

### **Eğitim düzeyi**

Eğitim düzeyi ve hemşire bakımından memnuniyet düzeyi birbiriyle ters ilişkili olarak saptanmıştır (72, 101). Daha az eğitilmiş olanların daha az memnun olduklarını gösteren diğer çalışmalarla bu veriler çelişmektedir (59, 102). Bununla birlikte okuryazar olanların, olmayanlara göre birinci basamakta daha yüksek memnuniyet düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir (103). Yarı-deneysel bir çalışmada eğitim düzeyindeki artışın memnuniyet düzeyini etkilemediği gösterilmiştir (104).

### **Sosyoekonomik Durum**

Hasta memnuniyetinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede, hastaların sosyoekonomik durumu ile hasta memnuniyeti arasında pozitif korelasyon görüldüğü ifade edilmiştir (9). Ülkenin gayri safi milli hasılasının yüksek olması daha yüksek hasta memnuniyeti ile ilişkili bulunmuştur (105). Gelir düzeyi daha yüksek olan hastalarda sağlık hizmetlerinden daha fazla memnun olma eğilimi izlenmiştir (59, 106). Bir diğer çalışmada ise daha düşük geliri olan kişilerin, hemşirelik hizmetlerinden daha memnun olduğu sonucuna varılmıştır (101). Çalışma durumuna göre incelendiğinde, beden işçilerinin sağlık çalışanlarının iletişiminden daha az memnun oldukları gözlenmiştir (107).

### **Medeni Durum**

Medeni durum hakkında bildirilen sonuçlar çelişkilidir (59). Evli bireylerin daha memnun olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi, bekar veya boşanmış olan bireylerin

temizlik, konfor gibi bazı konularda daha memnun olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (9).

### **İrk**

Hasta memnuniyeti ve hastaların ırk/etnik kökeni arasında kompleks bir ilişki olduğu bildirilmiştir (59). Etnik olarak azınlık olan grupların sağlık hizmetlerinden daha az memnun olduğu görülmüştür (37)(52). Doğduğu yerde yaşayan kişiler sağlık hizmetlerinden daha memnun olma eğilimindedir (108).

Diğer taraftan hastalar kendileri ile aynı ırk ve etnik kökenden olan doktorlar ile iletişimden daha memnun olmuşlardır. İrk uyumu doktorlara olan güveni arttırmış ve hastaların daha rahat hissetmesini sağlamıştır (9). Çoğunluk ve azınlık nüfuslarının sağlık hizmetini değerlendirmek için kullandıkları yolların farklı olduğu açıktır. Bu nedenle farklı ırklar için eşit olmayan özellikler memnuniyetle ilişkilendirilmemiştir (109)(110).

### **İnanç**

Dini inançların hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi hakkında sınırlı sayıda veri bulunmaktadır. Bir çalışmada hastaların yatış süresince dini konular üzerinde konuşabilmelerinin daha yüksek hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hastaların hekimler ve sağlık çalışanların dini konularda katılımını tercih etmesine rağmen, hekimler hastaların dini ve manevi kaygıları üzerinde yeterince durmamışlardır (111).

### **Yerleşim Yeri**

Coğrafi bölge ve ikamet yeri, genel hasta memnuniyetinin potansiyel belirleyici faktörlerinden biridir. Kırsal bölgede yaşayanlar şehirde yaşayanlara göre daha tatmin olma eğilimindedirler (96).

### **Başvuru Sıklığı**

Hastaların birinci basamağa düzenli olarak başvurmaları memnuniyeti belirleyen faktörlerden biri olabilir. Hastaların sağlık merkezini daha çok ziyaret etmesi, memnuniyet düzeyi ile pozitif ilişkili bulunmuştur (103).

### **Hastanede Geçirilen Süre**

Hastanede kalış süresi hasta memnuniyetinin muhtemel belirleyicilerinden biridir. Daha uzun süre yatış ile daha düşük hasta memnuniyeti arasında ilişki kuran çalışmalar olmasına rağmen, bir çalışmada da daha uzun süreli yatan hastaların daha memnun olduğu

belirtilmiştir. Hastaların tedavisi sırasında iyileşme oranlarının hasta memnuniyetine etkisi nedeniyle çelişkili sonuçlar bildirilmiş olabilir (9, 86, 101).

### **Karakter özellikleri**

Sadece bir çalışmada hastanın kişilik özelliklerinin hasta memnuniyetini olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır (105). Bir başka çalışma da ise aralarında net bir bağlantı kurulamamıştır (112). Yine de pozitif duygu durum ve hasta memnuniyeti arasında pozitif bir ilişkinin olduğu söylenebilir (113). Ayrıca hastalar daha iyi bir sağlık durumuna ulaşmak için yeterince kararlı ve güçlü olduklarına inanırlarsa, hizmetlerden daha memnun kalırlar (71).

### **Sağlık durumu**

Kişilerin kendilerinde algıladıkları sağlık durumu, hasta memnuniyetinin en güçlü belirleyicilerinden biridir (82). Kötü sağlık durumunun daha düşük hasta tatminine neden olduğu açıktır (52,114). Ağrı çeken ve şiddetli semptomları olan hastalar daha az memnuniyet bildirmişlerdir (115). Bununla birlikte birden çok kronik hastalığı olan ve düşük yaşam kalitesine sahip hastaların memnuniyet düzeyleri daha düşük bulunmuştur (52,60). Aynı zamanda anksiyete ve depresyonun düzelmesi hasta memnuniyetinin güçlü belirleyicilerindedir (37,52).

### **Beklentiler**

Beklentiler, hasta memnuniyetinin en önemli belirleyicilerinden biri olarak çok sık ele alınmıştır (37,65,72). Hastaların beklentileri ile sunulan sağlık hizmetinin başarısı uyum sağladığında hastalar memnun kalmıştır (63,96). Ancak beklentiler ve memnuniyet arasındaki ilişki, çalışmalar arasında tutarsızlık göstermektedir. Bu çalışmalardaki yöntemler ve yorumlarda da çeşitlilik göze çarpmaktadır (9). Ayrıca beklentiye dayalı teoriler deneysel çalışmalarla desteklenmemiştir (52).

## **2.2.4. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri**

Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinin ölçülmesinin, sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesinde etkileri olduğu gösterilmiştir. Hastaların sağlık hizmetlerini değerlendirmesi, gelişim için fırsat sağlamak, maliyeti düşürmek, hastaların beklentilerini karşılamak, etkin yönetim için stratejiler geliştirmek, sağlık kurumlarının performansını izlemek ve kurumlar arası kıyaslama yapmak için pratik ve gerçekçi bir araçtır (65, 116, 117).

Temel olarak hasta memnuniyetini ölçmek için nitel ve nicel yaklaşım olmak üzere iki yol vardır. Nicel yaklaşım hasta memnuniyetini ölçmek için daha kesin yöntemler sunmaktadır. Standardize edilmiş anketler (hastalarının kendi doldurduğu veya görüşmeci

tarafından doldurulan veya telefon görüşmesi ile) memnuniyeti değerlendirmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir(118).Bu yöntemlerin avantajları ve dezavantajları Tablo 3'te gösterilmiştir (52).

**Tablo 3. Anket yöntemlerinin karşılaştırılması**

	<b>Avantajları</b>	<b>Dezavantajları</b>
<b>Yüz yüze görüşme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Yoğun temas sağlanır, böylece daha fazla araştırma yapılabilir</li> <li>* Kendi kendine anket yapamayan kişileri yakalar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Masraflıdır</li> <li>* Görüşmeci yanlılıkları olabilir</li> </ul>
<b>Telefonla görüşme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Daha fazla anonimlik, kişiler yüz yüze görüşmeye göre daha rahattırlar</li> <li>* Kendi kendine anket dolduramayan kişileri yakalar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Görsel yardımcıları kullanılamaz</li> <li>* Yalnızca telefonu olan kişilere ulaşılabilir</li> <li>* Görüşmeci yanlılıkları mümkün</li> </ul>
<b>E-posta/Kendi kendine yönetilen anketler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Görüşmeci yanlılığı yok</li> <li>* Daha ucuz</li> <li>* Tam anonimlik, verilen cevaplarda kısıtlanma minimal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Düşük tepki ve yanıtız bırakma ihtimali</li> <li>* Okuma yazma becerisi zayıf olanlar</li> <li>* Anketler doldurulurken denetim yok</li> </ul>

Hasta memnuniyetini ölçen anketlerde çalışmalar arası büyük farklılıklar vardır. Özel firmalar tarafından yapılan, genellikle yayınlanmayan, güvenilirliği ve geçerliliği net olmayan anketler bu spektrumun bir kısmıdır. İkinci olarak, güvenilirliği ve geçerliliği olan, standardize edilmiş, genel anketler mevcuttur. Ancak bu anketlerde yer alan soruların kısıtlı olması dezavantaj oluşturmaktadır. Üçüncü olarak tamamen de novo olarak oluşturulan veya diğer standardize anketlerdeki sorulardan meydana getirilen anketler mevcuttur (119). Hasta memnuniyetini değerlendirmek için kullanılan anketler, hastadan sağlıklı bir geri bildirim almak için güvenilir ve geçerli olmalıdır (120).

Öte yandan, araştırmacılar hasta memnuniyetini sağlık hizmetinin belirli bir bölümü için değerlendiren ve bu doğrultuda standardize edilmiş, geçerliliği olan yöntemlerin, sağlık hizmetinin diğer bileşenleri için kullanılmasının geçerlilik ve güvenilirlik potansiyelinin

oldukça düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle yerinde bir memnuniyet değerlendirme yöntemi seçmek sağlık kuruluşları için önemli bir sorundur (121, 122).

Hizmet sektöründe kalitenin ölçülmesi için yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biri SERVQUAL (Service Quality)'dir. 1983-1990 yılları arasında Parasuraman, Zeithalm ve Berry tarafından geliştirilmiştir. İlk başta hizmet kalitesini 10 belirleyici kategoriye ayıran araştırmacılar, sonrasında bu kategorileri fiziksel özellikler, güvenilirlik, yanıt verebilirlik, güven ve empati olmak üzere 5 gruba indirmişlerdir (123, 124). Sağlık işletmelerinde de algılanan hizmet kalitesini belirlemek için bir standart olarak kullanılmakta ve kalitenin iyileştirilmesi için yöneticilere yol göstermektedir (124, 125).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini ölçmek ve kaliteyi arttırmak için kullanılan metotlardan biri EUROPEP (EuropeanPatientsEvaluate General/FamilyPractice) ölçeğidir. Dünya Aile Hekimleri Birliğine bağlı bir alt grup tarafından 1999 yılında geliştirilmiş ve uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Hekimlerin davranışı ve sağlık hizmetinin yapısı ile ilgili hastalardan geri bildirim olarak uygulanır (126, 127). Toplam 23 sorudan oluşan bu anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2002 yılında Aktürk ve ark. tarafından yapılmıştır (128). 5'li Likert skalası tarzında düzenlenmiş olup, ilk 16 soru hekimlerin davranışını, diğer sorular sağlık hizmeti organizasyonunu değerlendirmektedir (126, 128).

### **2.2.5. Ülkemizde Hasta Memnuniyeti**

Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamakta sağlık hizmetlerinden memnuniyeti değerlendirmek için 2010 yılında 81 ili kapsayan bir çalışma yapılmıştır (6). Toplam 23 sorudan oluşan EUROPEP-Tr ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre memnuniyet düzeyi, aile hekimliği uygulaması olan illerde %82,8, aile hekimliği uygulaması bulunmayan illerde %80,1 ve genel olarak %81,2 olarak saptanmıştır. Ankete verilen yanıtlar incelendiğinde memnuniyetsizlik düzeyini belirleyen başlıklar şunlardır:

- Uygun zamanda randevu alınabilmesi
- Polikliniğe veya doktora telefon ile ulaşılabilmesi
- Bekleme odasında harcanan zaman

2016 yılında yayınlanan "Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet" değerlendirmesinde, Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı tarafından belirlenen memnuniyet düzeyini olumsuz etkileyen bazı nedenler aşağıdaki gibidir (125).

- Kuş gribi, Ebola gibi büyük toplumsal olaylar nedeni ile kişilerde memnuniyetsizlik algısı
- Bekleme sürelerinin uzun olması
- Sağlık kuruluşlarının yaşlı ve engelli bireylerin kullanımı için elverişli olmaması
- Sağlık kurumlarında hemşire ve doktor sayısında yetersizlik
- Yeterli personel olmadığı için nöbet sayısı ve iş yükünün artmasının motivasyonu düşürmesi ve bunun hastalara yansması
- Yanlış tanı ve tedavi ile ilgili haberlerin abartılarak kamuoyuna basın aracılığıyla sunulması
- Sağlık çalışanlarının mesafeli ve ilgisiz davranışları
- Sağlık çalışanlarının yeniliklere ayak uyduramaması, direnç göstermesi (örn. teknolojik, yönetsel yenilikler)
- Bazı ilaç giderlerinin karşılanmaması
- MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) ve E-reçete uygulamasının yeterince işlevsel kullanılmaması

2009 yılında Afyon ilinde dokuz sağlık ocağı ve bir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezinde yapılan bir araştırmada, başvuru ve muayene için bekleme sürelerinin kısa olmasının hasta memnuniyetini arttırdığı izlenmiştir. Aynı çalışmada yaşla birlikte memnuniyet düzeyinin arttığı, hastaların eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetin azaldığı rapor edilmiştir (129).

2010-2012 yılları arasında Türkiye'nin 81 ilinin de dahil edildiği ülke çapında bir hasta memnuniyet araştırması yapılmıştır. Her yıl aile hekimliği merkezlerine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri EUROPEP-TR ölçeği ile kesitsel olarak incelenmiştir. Ortalama hasta memnuniyeti %88,3 olarak bulunmuştur. Hastaların en az memnun olduğu konular telefonla doktora ulaşmak ve fiziksel koşullar olarak rapor edilmiştir (130).

2017 yılında Eskişehir ilinde aile sağlık merkezine başvuran hastalarda EUROPEP-TR ölçeği kullanılarak hasta memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır. Hekimin hastayı dinlemesi, muayene etmesi ve kayıt ve bilgilerin gizli tutulması konularında hastalar yüksek düzeyde memnuniyet bildirmişken, polikliniğe veya doktora telefonla ulaşılabilmesi memnuniyet düzeyinin en az olduğu konu olarak göze çarpmaktadır (81).

Edirne ilindeki aile sağlık merkezlerinin değerlendirildiği, 2018 yılında yayınlanan bir çalışmada iş doyumunu yüksek olan hekimlere başvuran hastalar, iş doyumunu orta düzeyde olan hekimlere başvuran hastalara oranla daha yüksek memnuniyet bildirmiştir (131).



### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. ETİK KURUL ONAYI**

Çalışmamız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan araştırmaları Etik Kurulu tarafından 12/09/2019 tarihinde i3-67-19 onay no ile onaylanmıştır. Çalışmamız “Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi’ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. HASTALARIN SEÇİLMESİ**

Çalışmamız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina hastanesi ve Cebeci kampüsü aile hekimliği polikliniğine başvuran 18-65 yaş arasındaki hastalarla gerçekleştirildi. Çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra yazılı onamları alındı. Çalışma tanımlayıcı araştırma olduğu için örneklem büyüklüğü hesaplanmadı.

#### **3.3. DAHİL EDİLME KRİTERLERİ**

- 18-65 yaş arasında olmak
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina hastanesi ve Cebeci kampüsü aile hekimliği polikliniğine başvurmak

#### **3.4. DIşLAMA KRİTERLERİ**

- Gönüllü olmayanlar
- Formu eksik dolduranlar

#### **3.5. ÇALIşMA PROTOKOLÜ**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina hastanesi ve Cebeci kampüsü aile hekimliği polikliniğine başvuran, çalışmaya katılıma gönüllü olan hastaların onamları alındıktan sonra hastalara üç aşamalı bir form ve EUROPEP-Tr ölçeği verildi. Üç aşamalı formda hastaların sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine erişim bilgileri sorgulandı. Sosyodemografik özellikler içerisinde hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, uyruğu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık geliri bilgileri yer almaktaydı. İkinci kısımda, hastalara genel sağlık algularını 1-5 arasında (1 kötü, 5 mükemmel) derecelendirmeleri istendi. Kronik hastalıklarının olup olmadığı, kronik hastalığı varsa



hastalığı belirtmeleri istendi. Sağlık hizmetlerine erişim kısmında ise Ankara Üniversitesi personeli olup olmadıkları, ikametgâh adreslerinde aile hekimlerinin olup olmadığı, son 12 ayda bağlı oldukları aile hekimine kaç defa başvuruda buldukları, bölgelerindeki aile hekimleri yerine neden Ankara Üniversitesi aile hekimliği polikliniğini tercih ettikleri, Ankara Üniversitesi aile hekimliği polikliniğine başvuru nedenleri sorgulandı. Hastalara son olarak 23 maddeden oluşan EUROPEP-Tr ölçeğini kendilerinin doldurmaları istendi.

### **3.6. DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ**

#### **3.6.1. EUROPEP-Tr**

EuropeanPatientsEvaluate General/FamilyPractice (EUROPEP) Ölçeği 1999 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği Avrupa örgütünün bir alt birimi olan “EuropeanWorkingParty on Quality in FamilyPractice” tarafından geliştirilmiştir(132). Ölçek Avrupa’da yaygın şekilde kullanılmaktadır. Ölçeğin ana amacı birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, hekim ve hekimin çalışma ortamı hakkında geri bildirim sağlamaktır. Hastalardan son 12 ay içerisinde doktoru ve/veya muayenehanesi için 23 madde hakkında ne düşündüğünü işaretlemesi istenmiştir. Hastalara verdikleri yanıtların gizli tutulacağı bilgisi verildi. Ölçeğin her maddesi 6’lı Likert skalası tarzında düzenlenmiştir (1=kötü, 5=mükemmel, 6=ilgisiz/uygun değil). 2002 yılında Aktürk ve ark’ı(128) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin “ilgisiz” şeklinde yanıtlanan maddelerin sıklığı ayrı analiz edilmiştir. Hastaların “iyi” ve “mükemmel” yanıtları bir arada hastaların memnun oldukları şeklinde yorumlanmıştır, hasta memnuniyet oranı bu şekilde de hesaplanmıştır. Ayrıca ölçeğin tüm skorlarının toplanarak madde sayısına bölünmesiyle total skor elde edilmiştir ve analizlere dahil edilmiştir. Hastaların EUROPEP-Tr ölçeğine göre en çok ve en az memnun olduğu alanlar belirlenmiştir.

#### **3.7. İSTATİKSEL ANALİZ**

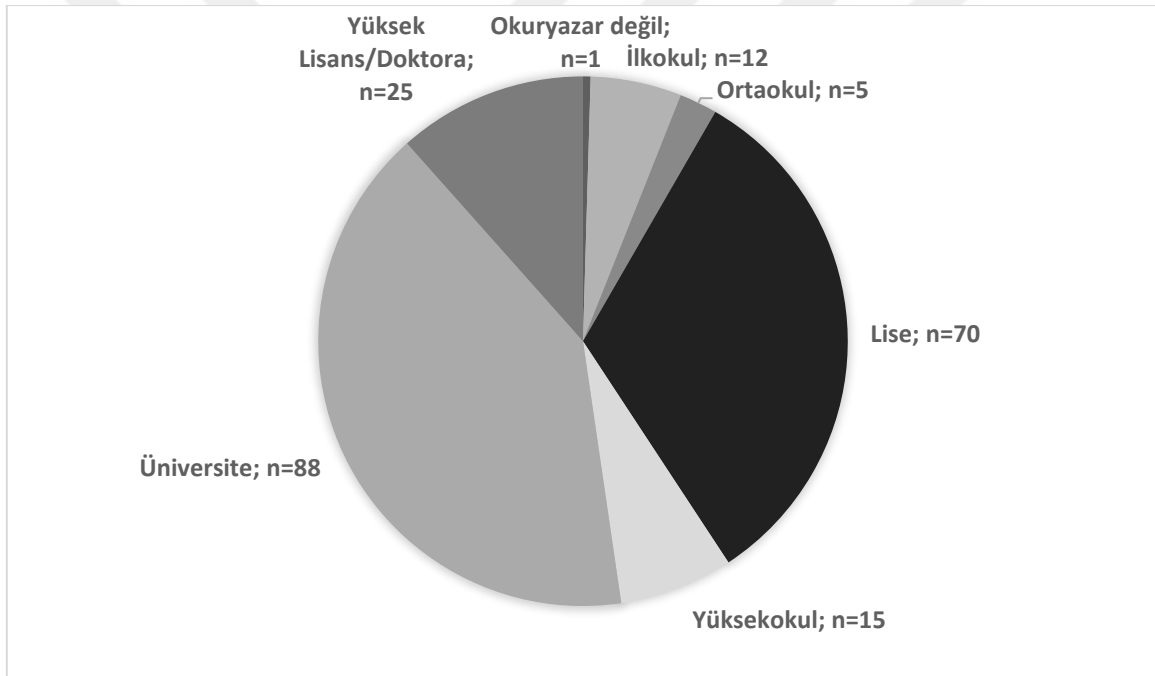
İstatistiksel analizler SPSS versiyon 15.0 (IBM®, Chicago, ABD) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılımına uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Shapiro-Wilk testi) kullanılarak incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılan sayısal verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılmayanlarda median ve minimum-maksimum değer (min-max), nominal verilerde sayı ve yüzde şeklinde ifade edildi. Normal dağılan sayısal değişkenler iki grup arasında “*t testi*”, üç grup arasında “*OneWay ANOVA testi*” kullanılarak analiz edildi. Post hoc analizlerde “*Tamhane testi*” kullanıldı. Hastalar eğitim seviyesine göre dağılımlarında gruplar arasında

belirgin heterojenite olması nedeniyle, “*lise ve altı*”, “*lise üzeri*” şeklinde yeniden gruplandırma yapıldı. Çalışmadaki istatistiksel analizlerde p değeri 0.05’in altındaki karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



## 4. BULGULAR

Hastaların median yaşı 31 yıldır (18-64 yaş aralığında). Hastaların %36,6'sı erkek %63,4'ü kadındır. %38,9'u bekar, %52,3'ü evli, %8,8'i dul/boşanmıştır. Tüm hastalar Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) vatandaşıdır. Hastaların %0,5'i okur yazar değil, %5,6'sı ilköğretim, %2,3'ü ortaokul, %32,4'ü lise, %6,9'u yükseköğretim, %40,7'si üniversite, %11,6'sı yüksek lisans/doktora mezunudur. Hastaların eğitim düzeyleri Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2. Hastaların eğitim düzeyleri

Hastaların yarısından çoğu aktif çalışmaktaydı (%60,6). Aylık gelirleri hastaların %37'sinde 2000 TL altında, %35,6'sında 2001-5000 TL arasında, %27,3'ünde 5001 TL ve üzerindedir. Yaklaşık üçte birinde kronik hastalık mevcuttu (%33,3). En yaygın izlenen kronik hastalıklar tiroit hastalıkları (%12,5), hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (%11,1) ve diyabetes mellitus'tu (%5,6). Hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

**Tablo 4. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri**

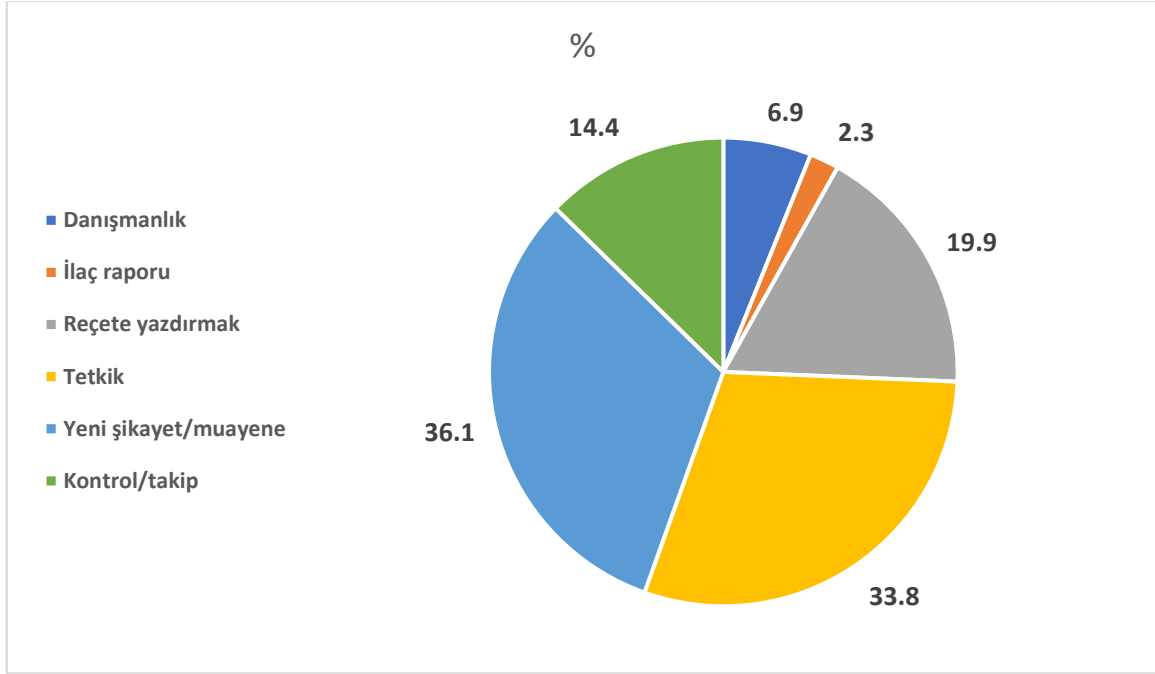
<b>Özellik</b>		<b>Değer</b>
<b>Yaş</b>	Med (min-max)	31,0 (18-64)
<b>Cinsiyet</b>		<b>N (%)</b>
Erkek		79 (36,6)
Kadın		137 (63,4)
<b>Medeni durum</b>		<b>N (%)</b>
Bekar		84 (38,9)
Evli		113 (52,3)
Dul/boşanmış		19 (8,8)
<b>Uyruk</b>		<b>N (%)</b>
TC		216 (100)
<b>Eğitim düzeyi</b>		<b>N (%)</b>
Okur yazar değil		1 (0,5)
İlkokul		12 (5,6)
Ortaokul		5 (2,3)
Lise		70 (32,4)
Yüksekokul		15 (6,9)
Üniversite		88 (40,7)
Yükseklisans/doktora		25 (11,6)
<b>Eğitim düzeyi</b>		<b>N (%)</b>
Lise ve altı		88 (40,8)
Lise üzeri		128 (59,2)
<b>Çalışma durumu</b>		<b>N (%)</b>
Çalışan		131 (60,6)
İşsiz/emekli		24 (11,1)
Öğrenci		61 (28,2)
<b>Aylık gelir</b>		<b>N (%)</b>
0-2000 TL		80 (37)
2001-5000 TL		77 (35,6)
5001 ve üzeri		59 (27,3)
<b>Kronik hastalık</b>		<b>N (%)</b>
Var (+)		72 (33,3)
Yok (-)		144 (66,7)
<b>Kronik hastalık</b>		<b>N (%)</b>
Hipertansiyon veya KAH (+)		24 (11,1)
DM (+)		12 (5,6)
Tiroid hastalığı (+)		27 (12,5)
Astım/KOAH (+)		7 (3,2)
Romatizmal hastalık (+)		4 (1,9)
Migren (+)		3 (1,4)
Epilepsi (+)		1 (0,5)
Miyokardit (+)		2 (0,9)
Hiperlipidemi (+)		1 (0,5)
Gastroözefagiyalreflü (+)		3 (1,4)
Kanser (+)		1 (0,5)
Musküloskeletal (+)		2 (0,9)

Hastaların çoğunu hastanemiz personeli oluşturmaktaydı (%62,5). Yüzde 11,1'i personel yakınıyken, sadece %26,4'ü hastane dışı başvuruydu. Hastaların %71,8'inin yaşadığı yerde aile hekimi varken, %28,2'sinin yoktu. Hastaların %47,2'si son 12 ayda aile hekimine hiç başvuru yapmazken, %29,6'sı 1-2 defa, %13,0'ü 3-4 defa, %5,6'sı 5-6 defa, %4,6'sı 7 veya daha fazla başvuru yapmıştı. Hastaların yaklaşık %80'i Ankara Üniversitesi aile hekimliği polikliniklerine yakın olduğu için başvurduğunu ifade etmiştir. Aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların özellikleri Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. Aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların özellikleri**

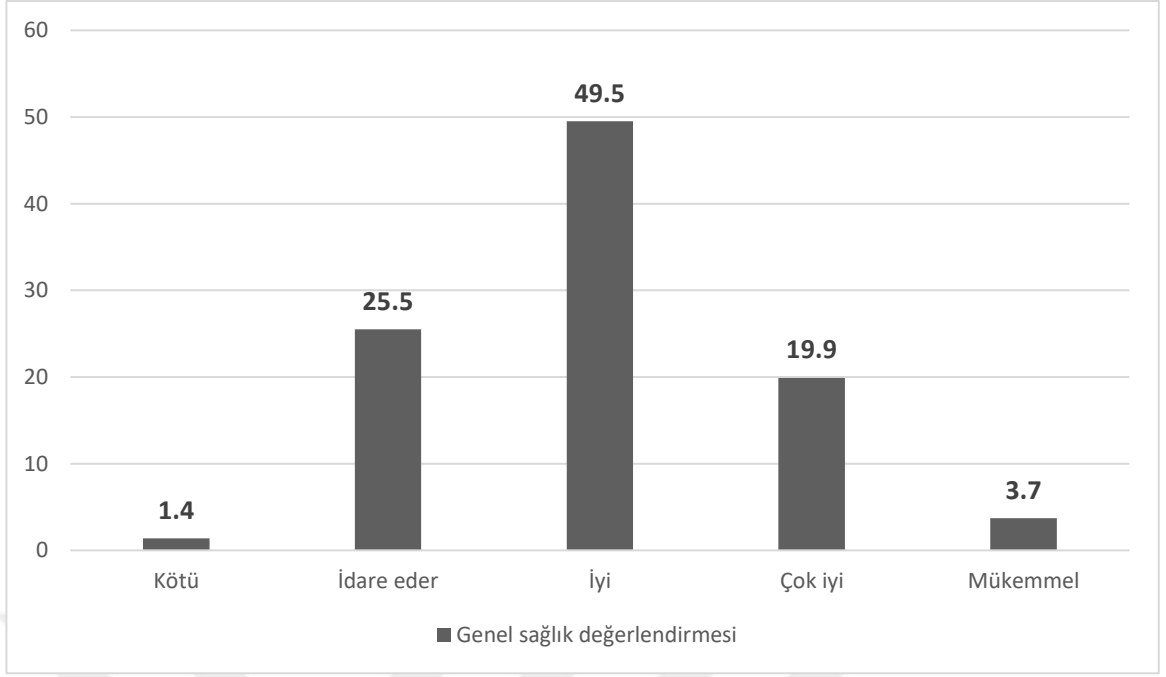
Özellik	Değer N (%)
<b>Hastaların yakınlık derecesi</b>	
Personel	135 (62,5)
Personel yakını	24 (11,1)
Hastane dışı başvuru	57 (26,4)
<b>İkametgah adresinde aile hekimi</b>	
Var	155 (71,8)
Yok	61 (28,2)
<b>Son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı</b>	
Hiç	102 (47,2)
1-2 başvuru	64 (29,6)
3-4 başvuru	28 (13,0)
5-6 başvuru	12 (5,6)
7 veya daha fazla	10 (4,6)
<b>Kendi aile hekimi yerine hastanedeki aile hekimine gelme nedeni</b>	
Ankara Üniversitesi çalışanı olduğum için erişim kolay	133 (61,6)
Ankara Üniversitesi çalışanı değilim, fakat hastaneye erişimim kendi aile hekimimden daha kolay	41 (19,0)
Üniversite hastanesinde kendimi daha güvende hissediyorum	25 (11,6)
Bölgemdeki aile hekimini bilmiyorum	10 (4,6)
Bölgemdeki aile hekiminden memnun değilim	9 (4,2)
Bölgemdeki aile hekiminde tüm tetkikleri yaptıramıyorum	11 (5,1)
Diğer	6 (2,8)
<b>Hastanemiz aile hekimliğine başvuru nedeni</b>	
Yeni şikayet/muayene	78 (36,1)
Kronik hastalık/takip	31 (14,4)
Tetkik yaptırmak	73 (33,8)
Reçete yazdırmak	43 (19,9)
İlaç raporu	5 (2,3)
Danışmanlık	15 (6,9)

Hastaların %36,1'i muayene, %33,8'i tetkik, %19,9'u reçete yazdırmak, %14,4'ü kronik hastalıklarının takibi, %6,9'u danışmanlık hizmeti, %2,3'ü ilaç raporu için aile hekimliğine başvurmuştu. Hastaların aile hekimliğine başvuru nedenleri Şekil 3'te verilmiştir.



**Şekil 3. Hastaların aile hekimliğine başvuru nedenleri**

Hastalar sağlıklarını genel olarak değerlendirdiklerinde, %1,4'ü kötü, %25,5'i idare eder, %49,5'i iyi, %19,9'u çok iyi, %3,7'si mükemmel olduğunu ifade etmiştir. Hastaların genel sağlık değerlendirmesi Şekil 4'te gösterilmiştir.



**Şekil 4. Hastaların genel sağlık değerlendirmesi**

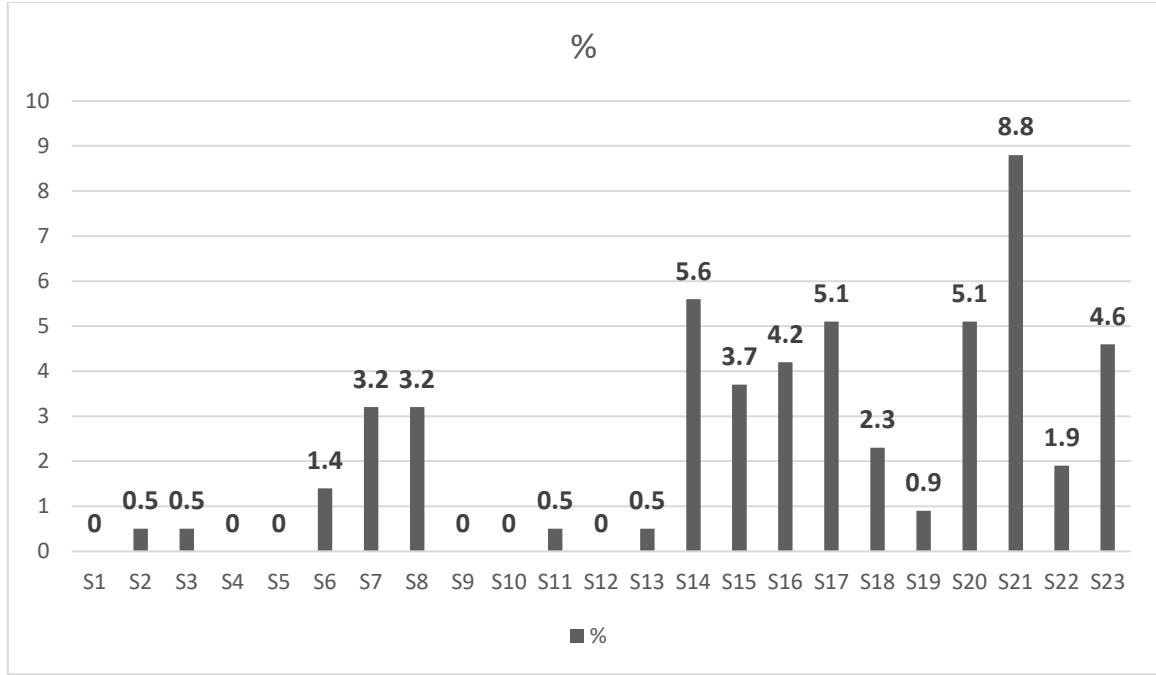
Hastaların EUROPEP-Tr skorlarına verdiği yanıtlar Tablo 6’da gösterilmiştir. En yüksek skorlar; “sizi dinlemesi”, “görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu size hissettirmesi”, “sizi muayene etmesi” ve “kayıt ve bilgilerin gizli tutulması” alanlarında izlendi. En düşük skorlar ise “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, “sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz”, “önceki günlerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi” ve “acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” alanlarında izlendi.

**Tablo 6. EUROPEP-Tr ölçek sonuçları**

SORULAR	Hasta memnuniyet yüzdesi (%)							Ort ± SS
	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel	İlgisiz		
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	1,4	5,6	15,7	33,3	44,0	0	4,1±0,9	
2 Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	1,9	6,0	17,6	31,5	42,6	0,5	4,0±1,0	
3 Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	1,4	6,9	19,4	30,1	41,7	0,5	4,0±1,0	
4 Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	2,3	6,0	23,6	29,2	38,9	0	3,9±1,0	
5 Sizi dinlemesi	0,5	2,8	13,4	36,1	47,2	0	4,2±0,8	
6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	0,9	7,9	13,9	27,3	48,6	1,4	4,1±1,0	
7 Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	2,8	11,6	21,8	29,6	31	3,2	3,7±1,1	
8 Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	1,4	7,4	24,1	31,5	32,4	3,2	3,8±1,0	
9 İşini tam yapması	0	3,7	21,8	32,4	42,1	0	4,1±0,8	
10 Sizi muayene etmesi	1,4	4,2	21,8	30,1	42,6	0	4,0±0,9	
11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	1,4	7,4	27,3	27,3	36,1	0,5	3,9±1,0	
12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	2,3	8,3	19,9	31,5	38,0	0	3,9±1,0	
13 Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	1,4	6,9	22,7	28,7	39,8	0,5	3,9±1,0	
14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	5,1	17,6	20,4	25,9	25,5	5,6	3,5±1,2	
15 Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	1,9	9,3	24,1	31,9	29,2	3,7	3,8±1,0	
16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	5,6	17,1	28,7	19,0	25,5	4,2	3,4±1,2	
17 Sevik için beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	2,3	9,7	23,1	28,7	31	5,1	3,8±1,0	
18 Doktor dışı personelin yardımı	4,6	12,5	13,9	25,5	41,2	2,3	3,8±1,2	
19 Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	5,1	7,9	17,6	24,5	44,0	0,9	3,9±1,1	
20 Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	9,7	16,2	25	13,4	30,6	5,1	3,4±1,3	
21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	32,9	19,4	9,3	12,0	17,6	8,8	2,5±1,5	
22 Bekleme odasında harcadığınız zaman	4,6	11,6	18,5	28,7	34,7	1,9	3,7±1,1	
23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	9,7	15,7	17,6	20,8	31,5	4,6	3,5±1,3	
<b>TOTAL SKOR</b>							<b>3,7±0,7</b>	

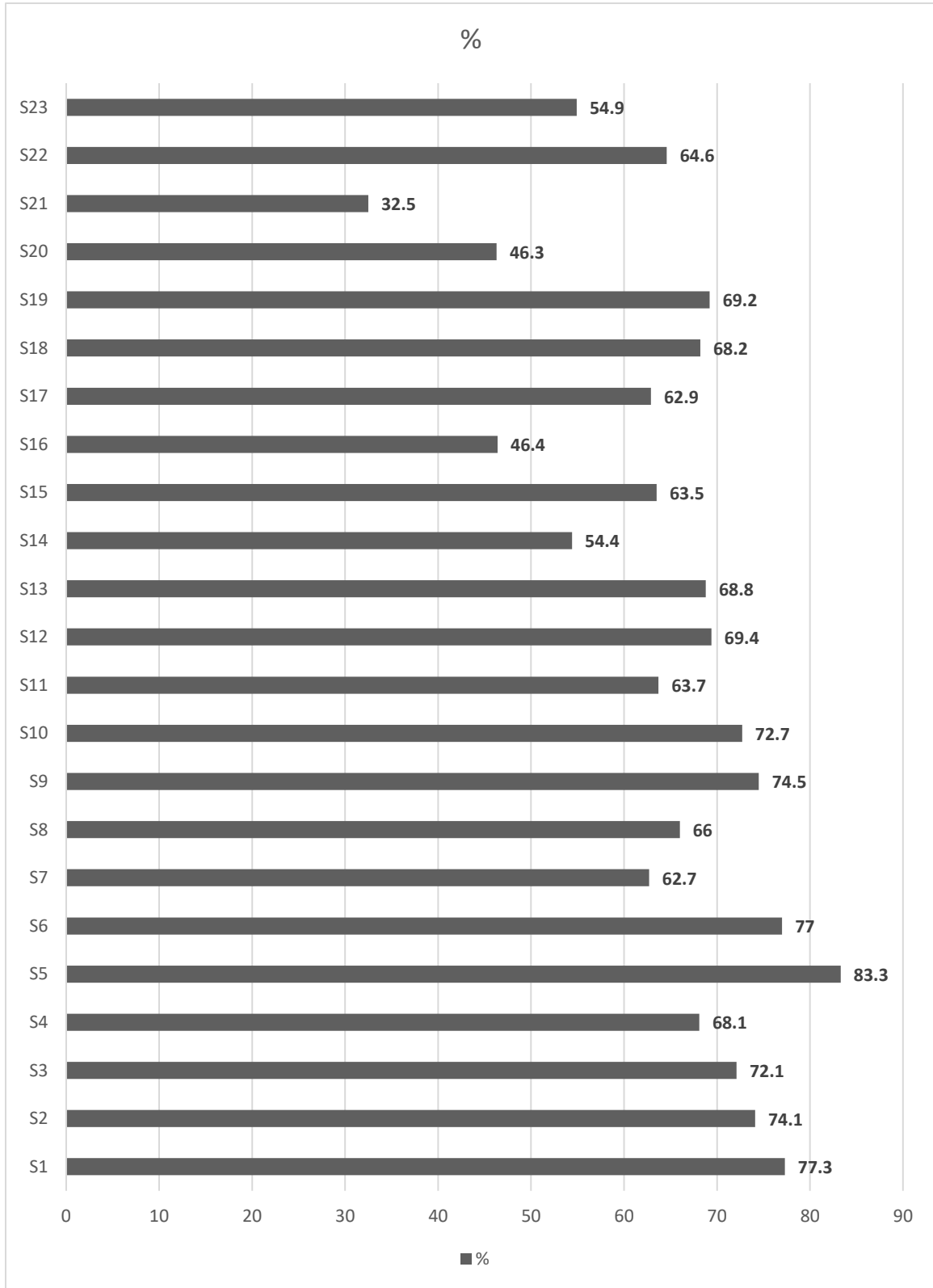


EUROPEP-Tr ölçeğinde yanıtı bırakılan soruların başında %8,8 ile “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, %5,6 ile “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” ve %5,1 ile “sevk için beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması” ve “sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” gelmekteydi. EUROPEP-Tr ölçeğinde yanıtı bırakılan soruların yanıtı bırakılma oranları Şekil 5’te gösterilmiştir.



Şekil 5. Soruların cevapsızlık oranları

EUROPEP-Tr ölçeğinde iyi ve mükemmel yanıtları hastaların memnun olduğu şeklinde birleştirilerek hastaların memnuniyet oranları analiz edildi. Buna göre hastaların genel memnuniyet yüzdesi %64,9 bulundu. Hastaların en çok memnun oldukları konuların başında %83,3’ile “sizi dinlemesi”, %77,3 ile “görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi”, %77 ile “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” gelmekteydi. En mutsuz oldukları alan ise sırasıyla %32,5 “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, %46,3 ile “sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz”, %46,4 ile “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi” olduğu görüldü. Hastaların EUROPEP-Tr ölçeğine göre memnuniyet yüzdeleri Şekil 6’da verilmiştir.



**Şekil 6. Hastaların EUROPEP-Tr ölçeğine göre memnuniyet yüzdeleri**

EUROPEP-Tr skorunun, erkeklerde  $3,7 \pm 0,8$ , kadınlarda  $3,7 \pm 0,7$  olduğu izlendi. EUROPEP-Tr skoru cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermiyordu ( $p=0,978$ ). Bekar hastalarda  $3,7 \pm 0,7$ , evlilerde  $3,7 \pm 0,8$ , dul/boşanmışlarda  $3,6 \pm 0,7$  saptandı. Medeni duruma göre EUROPEP-Tr skorunun değişmediği görüldü ( $p=0,622$ ). Eğitim düzeyi lise ve altında olanlarda  $3,6 \pm 0,7$ , lise üzerinde olanlarda ise  $3,8 \pm 0,7$  saptandı. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda EUROPEP-Tr skoru daha yüksek olma eğilimindeydi. Ancak gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $p=0,070$ ). EUROPEP-Tr skoru çalışanlarda  $3,7 \pm 0,8$ , işsiz/emeklilerde  $3,6 \pm 0,8$ , öğrencilerde  $3,7 \pm 0,8$  hesaplandı. Çalışma durumuna göre EUROPEP-Tr skorunun değişim göstermediği izlendi ( $p=0,809$ ). Aylık geliri 0-2000 TL olanlarda EUROPEP-Tr skoru  $3,6 \pm 0,7$ , 2001-5000 TL arasında olanlarda  $3,7 \pm 0,8$ , 5001 TL ve üzeri olanlarda  $3,7 \pm 0,6$  hesaplandı. Gelir düzeyine göre EUROPEP-Tr skorlarının değişmediği görüldü ( $p=0,773$ ). Kronik hastalığı olanlarda EUROPEP-Tr skoru  $3,9 \pm 0,8$ , kronik hastalığı olmayanlarda  $3,6 \pm 0,7$ 'ydi. Kronik hastalığı olanlarda EUROPEP-Tr skoru, kronik hastalığı olmayanlarda anlamlı derecede daha yüksekti ( $p=0,035$ ). Ankara Üniversitesi personeli olan hastalarda EUROPEP-Tr skoru  $3,7 \pm 0,7$ , personel yakını olanlarda  $3,7 \pm 0,7$ , dışarıdan başvuran hastalarda ise  $3,7 \pm 0,7$ 'ydi. Gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p=0,943$ ). Yaşadığı merkezde aile hekimi olan hastaların EUROPEP-Tr skoru  $3,7 \pm 0,7$ , olmayanların  $3,7 \pm 0,7$ 'ydi. EUROPEP-Tr skoru ikametgah adresinde aile hekiminin olmasından etkilenmemekteydi ( $p=0,683$ ). Son 12 ayda hiç aile hekimliğine başvuru yapmayanların EUROPEP-Tr skoru  $3,7 \pm 0,7$ , 1-2 defa başvuru yapanların  $3,7 \pm 0,8$ , 3-4 defa başvuru yapanların  $3,6 \pm 0,7$ , 5-6 defa başvuru yapanların  $4,1 \pm 0,5$ , 7 veya daha fazla başvuru yapanların  $3,1 \pm 0,4$ 'tü. Başvuru sayısına göre hastaların EUROPEP-Tr skoru farklılık göstermemekteydi ( $p=0,064$ ). EUROPEP-Tr ölçeği skorlarının demografik ve klinik özelliklerle ilişkisi Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7. EUROPEP-Tr skoru ve demografik ve klinik özelliklerle ilişkisi**

	<b>EUROPEP-Tr Total skor</b>	<b>p değeri</b>
<b>Cinsiyet</b>		0,978 <sup>a</sup>
Erkek	3,7 ± 0,8	
Kadın	3,7 ± 0,7	
<b>Medeni durum</b>		0,622 <sup>b</sup>
Bekar	3,7 ± 0,7	
Evli	3,7 ± 0,8	
Dul/boşanmış	3,6 ± 0,7	
<b>Eğitim düzeyi</b>		0,070 <sup>a</sup>
Lise ve altı	3,6 ± 0,7	
Lise üzeri	3,8 ± 0,7	
<b>Çalışma durumu</b>		0,809 <sup>b</sup>
Çalışan	3,7 ± 0,8	
İşsiz/emekli	3,6 ± 0,8	
Öğrenci	3,7 ± 0,8	
<b>Aylık gelir</b>		0,773 <sup>b</sup>
0-2000 TL	3,6 ± 0,7	
2001-5000 TL	3,7 ± 0,8	
5001 ve üzeri	3,7 ± 0,6	
<b>Kronik hastalık</b>		<b>0,035<sup>a</sup></b>
Var (+)	3,9 ± 0,8	
Yok (-)	3,6 ± 0,7	
<b>Hastaların yakınlık derecesi</b>		0,943 <sup>b</sup>
Personel	3,7 ± 0,7	
Personel yakını	3,7 ± 0,7	
Dışarıdan başvuru	3,7 ± 0,7	
<b>İkametgah adresinde aile hekimi</b>		0,683 <sup>a</sup>
Var	3,7 ± 0,7	
Yok	3,7 ± 0,7	
<b>Son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı</b>		0,064 <sup>b</sup>
Hiç	3,7 ± 0,7	
1-2 başvuru	3,7 ± 0,8	
3-4 başvuru	3,6 ± 0,7	
5-6 başvuru	4,1 ± 0,5	
7 veya daha fazla	3,1 ± 0,4	

<sup>a</sup>Bağımsız gruplarda t testi<sup>b</sup>ANOVA testi

Aile hekimliğine yeni şikayet/muayene amacıyla başvuran hastaların EUROPEP-Tr skoru  $3,7 \pm 0,6$ , başka bir nedenle başvuran hastaların skoru  $3,7 \pm 0,8$ 'di. Gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p=0,860$ ). Aile hekimliğine kronik hastalık/takip amacıyla başvuran hastaların EUROPEP-Tr skoru  $3,8 \pm 0,8$ , başka bir nedenle başvuran hastaların skoru  $3,7 \pm 0,8$ 'di. Bu iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p=0,672$ ). Aile hekimliğine tetkik yaptırmak amacıyla başvuran hastaların EUROPEP-Tr skoru  $3,7 \pm 0,8$ , başka bir nedenle başvuran hastaların skoru  $3,7 \pm 0,7$ 'ydi. Bu iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p=0,533$ ). Aile hekimliğine reçete yazdırmak amacıyla başvuran hastaların EUROPEP-Tr skoru  $3,6 \pm 0,7$ , başka bir nedenle başvuran hastaların skoru  $3,7 \pm 0,7$ 'ydi. Bu iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p=0,473$ ). Aile hekimliğine ilaç raporu çıkartmak amacıyla başvuran hastaların EUROPEP-Tr skoru  $3,3 \pm 0,6$ , başka bir nedenle başvuran hastaların skoru  $3,7 \pm 0,7$ 'ydi. Bu iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p=0,277$ ). Aile hekimliğine danışmanlık hizmeti almak amacıyla başvuran hastaların EUROPEP-Tr skoru  $3,7 \pm 1,0$ , başka bir nedenle başvuran hastaların skoru  $3,7 \pm 0,7$ 'ydi. Bu iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p=0,854$ ). Aile hekimliğine başvuru nedenleri ve EUROPEP-Tr skoru ilişkisi Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8. Aile hekimliğine başvuru nedenleri ve EUROPEP-Tr skoru ilişkisi**

	EUROPEP-Tr Total skor	p değeri
<b>Hastanemiz aile hekimliğine başvuru nedeni</b>		
Yeni şikayet/muayene		0,860
(+)	$3,7 \pm 0,6$	
(-)	$3,7 \pm 0,8$	
Kronik hastalık/takip		0,672
(+)	$3,8 \pm 0,8$	
(-)	$3,7 \pm 0,7$	
Tetkik yaptırmak		0,533
(+)	$3,7 \pm 0,8$	
(-)	$3,7 \pm 0,7$	
Reçete yazdırmak		0,473
(+)	$3,6 \pm 0,7$	
(-)	$3,7 \pm 0,7$	
İlaç raporu		0,277
(+)	$3,3 \pm 0,6$	
(-)	$3,7 \pm 0,7$	
Danışmanlık		0,854
(+)	$3,7 \pm 1,0$	
(-)	$3,7 \pm 0,7$	

\*Bağımsız gruplarda t testi

Hastaların genel sağlık algısına göre EUROPEP-Tr skorları analiz edildi. Genel sağlık algısı kötü/idare eder olanlarda EUROPEP-Tr skoru  $3,6 \pm 0,8$ , iyi olanlarda  $3,8 \pm 0,7$ , çok iyi/mükemmel olanlarda  $3,5 \pm 0,7$ 'ydi. Gruplar arasında OneWay ANOVA analiziyle anlamlı farklılık saptandı. Post-hoc analizlerde, sağlık algısı çok iyi/mükemmel olanların EUROPEP-Tr skorunun sağlık algısı iyi olanlardan daha düşük olduğu izlendi ( $p=0,033$ ). Diğer gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Genel sağlık algısına göre EUROPEP-Tr skorlarının değişimi Tablo 9'da verilmiştir.

**Tablo 9. Genel sağlık algısına göre EUROPEP-Tr skorlarının değişimi**

	EUROPEP-Tr Total skor	p değeri
<b>Genel sağlık algısı</b>		<b>0,045<sup>a</sup></b>
Kötü/idare eder	$3,6 \pm 0,8$	
İyi	$3,8 \pm 0,7$	
Çok iyi/mükemmel	$3,5 \pm 0,7$	
<b>Post-hoc analizler</b>		
Kötü/idare eder & iyi		0,454
Kötü/idare eder & çok iyi/mükemmel		0,686
Çok iyi/mükemmel & iyi		<b>0,033</b>

<sup>a</sup>ANOVA testi

<sup>b</sup>Post-hoc test: Tamhane testi

EUROPEP-Tr total skoru ile yaş arasındaki korelasyon analiz edildi. Yaş ve EUROPEP-Tr arasında anlamlı korelasyon izlenmedi ( $p=0,635$ ). EUROPEP-Tr skoru ve yaş arasındaki ilişki Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10. EUROPEP-Tr ve yaş arasındaki ilişki**

	EUROPEP-Tr Total skor
<b>Yaş</b>	
Korelasyon katsayısı	0,032
rho	
p değeri	0,635

\*Spearman korelasyon analizi

## 5. TARTIŞMA

Hasta odaklı bakımın vazgeçilmez bir bileşeni olan hasta memnuniyeti aynı zamanda bakım kalitesinin de önemli bir göstergesidir (133, 134). Hasta memnuniyetinin daha önce hastanın tedaviye uyumu, tedaviye devam etmesi ve pozitif sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (135, 136). Bu nedenle hasta memnuniyetinin düzenli olarak kontrol edilmesi, hasta memnuniyeti ile ilişkili faktörlerin bilinmesi, hasta memnuniyeti veya memnuniyetsizlik alanlarının bilinmesi ile hastalara verilen sağlık hizmetlerinde gelişme sağlanabilir. Sağlık sistemi modelleri giderek daha yaygın şekilde hastaları sağlık hizmetlerinin sunumuna ve kararlaştırması alanlarına dahil etmektedir (132). Bu nedenle hastaların beklentileri ve memnuniyetleri daha önemli hale gelmiştir.

Çalışmamızda bu nedenle Ankara Üniversitesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran bireylerde hasta memnuniyet düzeyinin belirlenmesi, hasta memnuniyetine etkisi olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Çalışmamızda EUROPEP-Tr ölçeği ile değerlendirilen hasta memnuniyet düzeyinin %65 olduğu izlendi (total skor  $3,7\pm 0,7$ ). Hastalar başlıca hekimlerinin onları dinlemeleri, yeterli zaman ayırması ve hasta bilgilerini gizli tutmaları konularında memnun olduklarını ifade ederken, doktora ve sağlık merkezine ulaşma açısından memnun olmadığı görülmüştür. Hasta memnuniyeti açısından birinci basamak için daha önce birbirinden farklı sonuçlar bildirilmiştir. Çalışmamızda bildirilen oranlara benzer sonuçlar bildirildiği gibi, daha yüksek hasta memnuniyeti bildiren çalışmalar da mevcuttu.

Aktürk ve ark'ı (128) tarafından 2002 yılında yapılan EUROPEP ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında altı farklı şehirdeki aile hekimlerinin 1160 hastasında genel hasta memnuniyetinin %63 olduğu izlenmiştir. Bu çalışma EUROPEP-Tr ölçeğinin düzenli kullanılması ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılabileceği düşünülmüştür. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olduğu için hasta memnuniyet düzeyinin analizleri yapılmamıştır.

2018 yılında Kırılmaz ve Öztürk (81) tarafından ülkemizde yapılan çalışmada, Eskişehir ilindeki 8 aile ASM’de toplamda 120 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmada genel memnuniyet oranı bulgularımıza benzer şekilde %66,2 bulunmuştur. En çok memnun olunan alanların yine bulgularımıza benzer şekilde “sizi dinlemesi”, “sizi muayene etmesi” ve “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” olduğu, en az memnun olunan alanların ise “doktorunuza telefonla ulaşmanız”, “sağlık tesisine telefonla ulaşmanız” ve “doktor dışı personelin yardımı” olduğu görülmüştür.

2014 yılında Bostan ve Havvatoğlu (137) tarafından yapılan çalışmada Gümüşhane il merkezindeki 6 ASM’de toplamada 142 hastanın memnuniyet düzeyleri EUROPEP-Tr ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmada hastaların genel memnuniyet oranları %87,5 bulunmuştur. Bu çalışmada en çok memnuniyet duyulan alanlar işini tam yapması ve muayene etmesiyken, en az memnun olunan alanlar ise randevu alabilme ve telefonla doktora ulaşabilme olduğu görülmüştür. Çalışmada hasta memnuniyeti ile ilişkisi olabilecek demografik vb. gibi alanlar değerlendirilmemiştir.

EUROPEP-Tr ölçeğinin Türkçe geçerliliğini de yapmış olan Aktürk ve ark’nın (130) 2015 yılındaki çalışmasında EUROPEP-Tr ölçeği ile hasta memnuniyeti 2010-2012 yılları arası 3 yıllık trendde değerlendirilmiştir. Sağlık bakanlığı tarafından finanse edilen bu kesitsel çalışmada üç yılda yaklaşık 90 bin hastanın memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada 2010-2012 yıllar arasında hasta memnuniyet oranlarının artış gösterdiği, en az memnun olunan alanların bulgularımıza benzer şekilde “hekime telefonla ulaşmak”, sağlık merkezine telefonla ulaşmak” ve “aile hekimliğinin fiziki durumu” ve “bekleme süresi” olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada ayrıca kadınlarda memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bölgelere göre ayrıldığında Ortadoğu Anadolu bölgesinde memnuniyetin diğer bölgelerden daha düşük olduğu izlenmiştir. Çalışmada üç yıl süresince genel memnuniyet ortalamasının %87,8 olduğu ifade edilmiştir. Ancak bu çalışmaya orijinal EUROPEP-Tr ölçeğinde olmayan “aile hekimin genel davranışı”, “sağlık hizmetinin genel olarak değerlendirilmesi” ve “aile hekimliğinin fizik durumu” maddeleri eklenmiştir. Çalışmada hasta memnuniyetinin giderek artış göstermesinde uygulanan sağlık politikalarının önemli rolü olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışma aynı zamanda ülkemizde hasta memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla yapılan en geniş ölçekli çalışmadır.

Petek ve ark’nın (138) 2011 yılında Slovenya’da yaptığı çalışmada 1998-2009 yılları arasında 251 birinci basamak biriminde yaklaşık 7500 hasta değerlendirilmiştir. Avrupa ülkelerinin çoğunu kapsayan uluslararası ve çok merkezli bu çalışmada, EUROPEP ölçeği ile



değerlendirildiğinde genel memnuniyet oranının yaklaşık %87 olduğu görülmüştür. Genel memnuniyet oranları Avusturya'da %87,5, Belçika'da %92, Fransa'da %88,4, Almanya'da %84,7, Hollanda'da %83,5, Slovenya'da %87,9, İsviçre'de %93, Birleşik Krallık'ta %82,1 bildirilmiştir. Çalışmada “bekleme süresi” ve “hekime telefonla ulaşabilme” en düşük skorlara sahipken, “bilgilerinizi gizli tutması”, “sağlık problemlerinize hızlı çözüm bulması” ve “sizi dinlemesi” en yüksek skoru alan sorular olmuştur.

Milano ve ark'ı (139) tarafından 2007 yılında İtalya'da yapılan çalışmada 983 hasta EUROPEP ile değerlendirilmiştir. Çalışmada genel hasta memnuniyeti %84,7 bildirilmiştir. en çok memnun olunan alanlar “hasta bilgilerinin gizli tutulması” ve “sizi dinlemesi”, en az memnun olunan alanlar ise “bekleme süresi” ve “semptomların hızlı rahatlatılması” alanları olmuştur.

2017 yılında Dimova ve ark'ının (140) Bulgaristan'da yaptığı çalışmada EUROPEP ölçeğinin kendi dilleri içi geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmada 25 aile hekimliğinde yaklaşık 500 hasta değerlendirilmiştir. Hasta memnuniyeti %80'in üzerinde bulunan çalışmada en memnun olunan alanların “kayıtların gizliliği” ve “sizi dinlemesi” alanlarında olduğu, en az memnun olunan alanların ise “bekleme süreleri” ve “randevu alabilmeniz” maddeleri olduğu görülmüştür.

Bjertnaes ve ark'ının(141) 2011 yılında Norveç'te yaptıkları çalışmada 9 birinci basamak sağlık merkezinde 557 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmada en çok memnun olunan alanların “bilgilerin gizli tutulması” ve “sizi dinlemesi”, en az memnun olunan alanların “telefonla hekime ulaşabilme” ve “bekleme süresi” olduğu bildirilmiştir. Çalışmada 7 sorunun %10'dan daha fazla oranda yanıtlanmadığı da izlenmiştir.

Goets ve ark'ının (142) 2018 yılında Almanya'da yaptığı çalışmada EUROPEP ölçeği ile Arapça bilen Arap göçmen hastalar değerlendirilmiştir. Çalışmaya davet edilen hastaların katılım oranı %30'un altında olan çalışmada en az memnun olunan alanların “bekleme süresi” ve “hekime telefonla ulaşmak” olduğu, en çok memnun olunan alanların “bilgilerinizi gizli tutması” ve “sizi dinlemesi” olduğu görülmüştür.

Avrupa ülkelerinde çalışmamızda kıyasla daha yüksek memnuniyet oranlarının bildirilmesinde bazı faktörlerin etkili olduğu düşünülmelidir. Öncelikle ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin bir günde gördüğü hasta sayısının ortalama 42 olduğu ifade edilmiştir (143). Bu sayının haftada ortalama 200-250 seviyelerinde olduğu söylenebilir. Bununla birlikte uluslararası ölçekte yapılan bir çalışmada ABD'de bir haftada

görülen hasta sayısı 102, Birleşik Krallıkta 154, Yeni Zellanda’da 112, Hollanda’da 141, Kanada’da 122, Avusturalya’da 128 olduğu ifade edilmiştir. Yine bu ülkelerde her hastaya ayrılabilen süre yaklaşık 20dk seviyesindedir (144). Ülkemizdeki hasta sayısındaki bu yoğunluk hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Ek olarak çalışmamızda hekimlik eğitiminin devam ettiği, Tıp Fakültesi’ne bağlı aile hekimliğine başvuran hastaların memnuniyeti değerlendirilmiştir. Bu nedenle başvuran hastaların, aile hekimliği fiziki yapısının, verilen hizmetlerin dışındaki ASM’lerden daha farklı olduğu söylenebilir. Turgu ve ark’ının (131) çalışmasında ASM’ye en sık başvuru nedeninin reçete yazdırmak, çalışmamızda ise muayene olması bu farklılığı açıklamaktadır. Aile hekimliğimize başvuran hastaların daha komplike hastalar olduğu söylenebilir. Çalışmamızda hastaların muayenesi sonrasında çalışmaya katılımı kabul eden hastalara EUROPEP-Tr ölçeği yöneltilmiştir. Ancak özellikle hasta memnuniyetini yüksek bildiren çalışmalarda birinci basamağa başvuran hastalara değil, birinci basamağa kayıtlı olan hastalar, mail veya telefon ile çalışmaya davet edilmiş, çalışmaya katılımı kabul edenlerin istenen ölçekleri online olarak doldurması istenmiştir. Bu ise hasta seçim taraflılığına (“responsebias”) yol açmış olabilir. Dimova ve ark’nın (140) çalışmasında hastalar bu şekilde telefonla ve mail ile çalışmaya davet edilmiştir, çalışmada davet edilen hastaların çok azı çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışmada yüksek bulunan hasta memnuniyetinde çok az hastanın çalışmaya katılımı kabul etmesinin etkisi olabileceği belirtilmiştir.

Çalışmamızda 23 maddeden oluşan EUROPEP-Tr ölçeğinin bazı soruları ilgisiz veya boş bırakılmıştır. Hastaların en az memnun oldukları alan olan telefonla doktora ulaşabilme (21. madde), sağlık durumuna bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardım etme (14. madde) ve telefonla sağlık merkezine ulaşabilme (20. madde) sıklıkla boş bırakılmıştır. Bostan ve Havvatoğlu’nun (137) çalışmasında ise en yüksek cevapsızlık oranlarının sırasıyla 21, 20, 19 ve 6.madde olduğu bildirilmiştir. Ek olarak, %10’nun üzerinde boş bırakılması ölçeğin geçerliliğini sınırlandırmaktadır (142). Çalışmamızda en yüksek oranda boş bırakılan maddenin “hekime telefonla ulaşmak” olduğu izlenmiştir, bu maddenin boş bırakılma oranı ise %8,8 bulunmuştur. Bununla birlikte benzer çalışmalarda %20’leri bulan boş bırakılma oranları bildirilmiştir (142). Hastaların boş bıraktığı maddelerin sıklıkla en az memnun olduğu alanlar olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca 23 maddeden oluşan ölçeğin sıklıkla boş bırakılan maddelerinin, sonlardaki maddeleri olması ölçeğin kısmen uzun olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Aile hekimliğimi polikliniklerimizde en sık başvuru nedenlerinin sırasıyla muayene, tetkik, reçete yazdırmak, kronik hastalıkların takibi, danışmanlık hizmeti ve ilaç raporu olduğu görüldü. Turgu ve ark'ının (131) çalışmasında ise en sık başvurunun sırasıyla reçete yazdırmak, danışmanlık, muayene, kontrol, koruyucu sağlık hizmeti, sağlık raporu ve kronik sağlık sorunu olduğu ifade edilmiştir. Çalışmalar arasındaki bu farkta aile hekimliğimizin Tıp Fakültesi içerisinde, akademik provizyon altında yürütülmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Hastalar sıklıkla muayene olmak için tercih etmeleri aile hekimliğimizde önerilen kalitenin tıp fakültesi dışındaki aile hekimliklerine kıyasla daha iyi olduğuna işaret edebilir. Bu konuda yapılacak çalışmalarla tıp fakültesi içerisindeki ve dışındaki birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hasta memnuniyet oranları daha kapsamlı analiz edilebilir.

Çalışmamızda EUROPEP-Tr skoruyla sadece hastaların kronik hastalığı olması ilişkili bulunmuştur. Kronik hastalığı olanlarda hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu izlenmiştir. Kronik hastalığı olanlarda hasta memnuniyetinin yüksek olduğu daha önce başka çalışmalarda belirtilmiştir. Petek ve ark'nın (138) çalışmasında hasta memnuniyeti ile çalışmamızda benzer şekilde hastaların mesleki durumu, medeni durumu ve cinsiyetinin ilişkili olmadığı izlenmiştir. Bu çalışmada çalışmamızda benzer şekilde, yüksek riskli hastalarda memnuniyetin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda kronik hastalığı olanlarda memnuniyet düzeyinin yüksek olması bu bulgularla örtüşmekteydi.

Hasta memnuniyetinin genel sağlık algısı yüksek olan hastalarda düşük olduğu izlendi. Bunun en muhtemel nedeninin sağlık algısı yüksek olan hastaların sağlık hizmetlerinden beklentisinin daha yüksek olması olabilir. Sağlık algısını değerlendiren daha sistematik ölçeklerle bu konu daha kapsamlı aydınlatılabilir.

Kırılmaz ve Öztürk'ün (81) çalışmasında EUROPEP-Tr ve ilişkili olabilecek faktörler analiz edilmiş, hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, meslekleri, gelir durumu ve ikamet yerinin bulgularımıza benzer şekilde EUROPEP-Tr skoruyla ilişkili olmadığı görülmüştür.

Aktürk ve ark'nın (130) sağlık bakanlığı tarafından desteklenen çalışmasında ise kadınlarda memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadın sağlığı konularında kapsamlı hizmetlerin verilmesi kadınların memnuniyet oranlarını etkilemiş olabilir. Ancak çalışmamızda cinsiyetler arasında memnuniyet açısından farklılık olmadığı görülmüştür.

Turgu ve ark'ı (131) EUROPEP-Tr skoruyla eğitim seviyeleri ve aylık hane gelirlerinin negatif yönde, yaş, çocuk sahibi olma ve kronik hastalık varlığının pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışmada aynı zamanda aile hekimlerin iş doyumunu "Minnesota İş Doyum Ölçeği" ile değerlendirilmiştir. Çalışmada hekimlerin iş doyumunun hastaların memnuniyet seviyesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, hasta memnuniyetini arttırmak için ASM'lerin fiziki yapısının desteklenmesi, telefonla sağlık merkezlerinin ve hekimlerin ulaşılabilirliğinin artırılması, sağlık ekipmanlarının kalite ve kontrolü gibi önlemlere ek olarak hekim kaynaklı faktörlerin de analiz edilmesi gerektiği söylenebilir. Hekimlerin iş doyumunu artırılması istenen hasta memnuniyetine daha hızlı ulaşmanın önemli bir aracı olabilir.

Hasta memnuniyetinde eğitim düzeyi ve hane içi gelir düzeyinin etkili olduğu daha önce ifade edilmiştir. Tükel ve ark'ının (145) çalışmasında üniversite mezunlarında ilk ve ortaokul mezunlarına kıyasla memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu ifade edilmiştir. Erdem ve ark'nın (146) çalışmasında da benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek olan hastaların memnuniyetinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile hasta memnuniyeti arasında ilişki bulunamamasında aile hekimliğimizin tıp fakültesi bünyesinde olması, başvuran hastaların önemli bir kısmının başka aile hekiminin olması, hastaların eğitim ve ekonomik düzeyinin kısmen iyi olması ile açıklanabilir. Ayrıca hastaların önemli bir kısmının personel veya yakını olması sonuçlarımıza etkisi olmuş olabilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardı. Birincisi hasta sayısı kısmen azdı. İkincisi, hastalara ölçekler telefonda yöneltilmemiştir. Hekim görüşmesinden sonra çalışmayı kabul eden hastalara ölçekler verilmiş ve kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Hasta memnuniyetinin değerlendirildiği çalışmaların önemli bir kısmında ise ölçekler telefonda yöneltilmiştir. Ancak bu yöntem sonuçların olduğundan daha yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir, çalışmamızda bu nedenle Avrupa'da bildirilen yöntemlerden daha düşük oranlar elde edilmiş olabilir, ancak ölçeğin hastalara yöneltilecek, tamamen kendilerinin doldurması sonuçların objektif olması için daha değerli olabilir.

## 6. SONUÇ

Hasta odaklı bakım aile hekimliğinin temel yeterliliklerinden birisini oluşturmaktadır. Hastaların tedavi kararına giderek daha fazla katılımı sağlanan sağlık hizmetlerinde hastaların memnuniyeti tedavi ve iyileşme sürecince olumlu etkilere sahiptir. Çalışmamızda bu nedenle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastalar, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış EUROPEP-Tr ölçeği ile analiz edilmiştir. Çalışmamızda hastaların en çok memnun oldukları alanların hekimlerin hastalarını dinlemesi, görüşmeler sırasında hastalara yeterli zamanı olduğunu hissettirmesi ve kayıt bilgilerini gizli tutması alanlarının olduğu, en az memnun olunan alanların hastaların hekimlerine ve sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeleri olduğu izlenmiştir. Hasta memnuniyeti üzerinde etkisi olabilecek faktörler incelendiğinde ise sadece kronik hastalığı olanların daha memnun olma eğiliminde olduğu görülmüştür.

Hastaların memnuniyet düzeyinin düşük olduğu alanların iyileştirilmesi, hastaların hekimlerine ve sağlık merkezine ulaşılabilirliğinin artırılması hastaların memnuniyetinin artmasını sağlayabilir. Bu şekilde hastaların tedaviye uyumu, iyileşme oranları ve hızları üzerinde olumlu bir kazanç sağlanabilir.

## ÖZET

### Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kişilerde Hasta Memnuniyet Düzeyi

#### Giriş

Hasta memnuniyeti birinci basamak sağlık sisteminin performansının ve birinci basamağın ihtiyaçlara nasıl yanıt verdiği değerlendirilmesinde merkezi öneme sahiptir. Hasta memnuniyetinin geliştirilmesi hastaların uyumunu artırması nedeniyle önemlidir. Bu çalışmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastalarda memnuniyetin değerlendirilmesi amaçlandı.

#### Gereç ve yöntem

Çalışmaya aile hekimliğine başvuran 18-65 yaş arasında 216 hasta dahil edildi. Hasta memnuniyeti 23 maddelik EuropeanPatientsEvaluate General / FamilyPractice-Turkishversion (EUROPEP-Tr) ölçeği ile değerlendirildi. Hasta memnuniyet düzeyi “iyi” ve “mükemmel” yanıtların toplamı şeklinde hesaplandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların fizik muayene sonrasında, EUROPEP-Tr ölçeğini doldurmaları istendi. Ek olarak, hastaların sosyo-demografik özellikleri, sağlık algısı ve sağlık hizmetlerine ulaşmaları sorgulandı.

#### Sonuçlar

Hastaların median yaşı 31'di (yaş 18-64). Hastaların %36,6'sı erkek, %63,4'ü kadındı. Hastaların çoğu hastane personelinden (%62,5) oluşmaktaydı. Hastaların %71'inin yaşadıkları

yerde başka bir aile hekimi vardı. Hastaların aile hekimliğimize en sık başvuru nedeni muayene olmaktı. EUROPEP-Tr total skoru  $3.7 \pm 0.7$ 'ydi. Genel hasta memnuniyet oranı %64,9'du. En çok memnun olunan alanlar "sizi dinlemesi", "zamanınız olduğunu size hissettirmesi" ve bilgilerinizi gizli tutması" (sırasıyla %83,3, %77,3 ve %77), en az memnun olunan alanların "telefonla hekiminize ulaşabilmeniz" (%32,5), "sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz" (%46,3) ve "önceki görüşmede yaptıklarını/söylediklerini bilmesi" (%46,4) olduğu görüldü. Kronik hastalığı olanların hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu görüldü ( $p=0,035$ ). Genel sağlık algısı yüksek olanların memnuniyet düzeyi daha düşük bulundu ( $p=0,033$ ).

### **Sonuç**

Hasta memnuniyetinin düşük olduğu alanların geliştirilmesi, hastaların hekimlerine ve sağlık merkezlerine daha kolay ulaşabilmesi hastaların memnuniyet düzeyini artırabilir. Hasta memnuniyetinin artırılması hastaların tedaviye uyumunu ve iyileşme oranlarına olumlu etki gösterebilir.

**Anahtar kelimeler:** Aile Hekimliği, Birinci Basamak, Hasta Memnuniyeti, EUROPEP-Tr

## **ABSTRACT**

### **Patient Satisfaction Levels in Ankara University School of Medicine Department of Family Medicine Outpatient Clinics**

#### **Introduction**

Patient satisfaction is central to assessing the performance of primary health care and how that care responds to needs. Improvement in patient satisfaction is important because of its intrinsic value in improving adherence amongst patients. The aim of this study was to assess patients satisfaction levels in family medicine clinics of Ankara University, Medical Faculty

#### **Materialandmethods**

Two hundred and sixteen patients aged 18-65 who applied to the family medicine outpatient clinic were included in the study. Patient satisfaction was evaluated with the 23-item European Patients Evaluate General / Family Practice-Turkish version (EUROPEP-Tr). Patients satisfaction level was calculated by sum of “good” and “excellent” response. Patients who accepted to participate in the study were asked to fill the EUROPEP-Tr scale after physical examination More over, sociodemographic characteristics, health perception and access to health services of patients were questioned.



## **Results**

The median age of the patients was 31 years (range 18-64). 36.6% of the patients were male and 63.4% were female. Most of the patients were comprised of our hospital staff (62.5%). 71.8% of the patients had another family physicians in the place where they lived. The most common reason for patients to apply to family medicine outpatient clinics was to be examined. The EUROPEP-Tr total score was  $3.7 \pm 0.7$ . General satisfaction levels is 64.9%. "Listening to you", " Making you feel you had time during consultation", and " Keeping your records and data confidential" were evaluated best (83.3%, 77.3%, and 77%, respectively). Other areas which had low ratings were: " Being able to speak to the general practitioner on the telephone" (32.5%), " Getting through to the practice on the telephone" (46.3%), and " Knowing what s/he had done or told you during consultation" (46.4%). Patients with chronic disease had higher levels of satisfaction in patients ( $p=0.035$ ). Satisfaction level was lower in patients with high perception of general health ( $p=0.033$ ).

## **Concluison**

Improving areas with low patient satisfaction, increasing the accessibility of patients to their physicians and health centers may increase the satisfaction of patients. Increasing patient satisfaction can have a positive effect on patients' compliance to treatment and recovery rates.

**Keywords:**FamilyMedicine, PrimaryCare, PatientSatisfaction, EUROPEP-Tr

## KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. 2005.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. “2019/10 Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması Hakkında Genelge” Erişim: 19 Şubat 2020. <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,55587/201910-saglik-hizmeti-sunucularinin-basamaklandirilmesi-hakkinda-genelge.html>.
3. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Primary Care in the Driver’s Seat? Organizational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. England: Open University Press; 2006: 22- 49.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”, Erişim: 20 Şubat 2020, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-saglik-hizmetleri.html>.
5. Tatar M, Kanavos P. Health Care Reform in Turkey. Eurohealth 2006;12(1):20-2.
6. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Demirok A.B, Ed. Akdağ R. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırma Raporu. Araştırma serisi:4. T.C. Sağlık Bakanlığı,. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara: Opus Basın Yayın; 2010: 1-249 ISBN No : 978-975-590-334-7.

7. DuPree E, Anderson R, Nash IS. Improving quality in healthcare: Start with the patient. *Mount Sinai Journal of Medicine* 2011; 78: 813–9.
8. Alhashem AM, Alquraini H, Chowdhury RI. Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *Int J Health Care Qual Assur.* 2011;24(3):249-62.
9. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health.* 2017 Mar;137(2):89-101.
10. D’Souza SC, Sequeira AH. Measuring the customer-perceived service quality in health care organization: A case study. *Journal of Health Management* 2012; 14: 27–41.
11. Hemadeh R, Hammoud R, Kdouh O, Jaber T, Ammar L. Patient satisfaction with primary healthcare services in Lebanon. *Int J Health Plann Manage.* 2019;34(1):423-35.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (Bakanlık Yayın No: 814), 1. Baskı, Ankara. Nisan 2011; s.1-11 .
13. Doğan İF, Bakan İ, Hayva S. Sağlık sektörünün temel aktörleri olan hastanelerde rekabet stratejilerinin kaliteye etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2017,16(62):817-35.
14. Türkiye’de Nüfus Konuları ve Politika Öncelikleri. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, 1993 .
15. Ateş M. Sağlık Hizmetleri Yönetimi. 2. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık. Mart 2013; s.1-37.
16. Kim ES, Strecher VJ, Ryff CD. Purpose in life and use of preventive health care services. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2014;111(46):16331–16336.
17. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med.* 2006; 31(1):52–61.
18. Kurtulmus S. Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayını. 1998.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Editör: Aydın S. Ankara, 2004.
20. Çelikay F, Gümüş E. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2010; 11(1):178-186 .

21. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes, within organization for economic cooperation and development (OECD) countries 1070-1998. *Health Services Research* 2003;38(3):831-65.
22. Starfield B. The Effectiveness of Primary Health Care. Chapter 1. In: Lakhani M, Southgate L, eds. *A Celebration of General Practice*. Oxon, UK: Radcliffe; 2003: 19-36.
23. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Maastricht R. The European Definition of General Practice/Family Medicine. *WONCA EUROPE 2011 Edition*; 2002: 8-12.
24. Forrest CB, Starfield B. Entry into Primary Care and Continuity: The Effects of Access. *Am J Public Health*; 1998; 88(9):1330-6.
25. Starfield B. *Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press; 1998: 99-147.
26. Pala K. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet* 2014;383:28.
27. Goicoechea J. Temel Sağlık Bakımı Reformları. Çeviren: Öztürk Y, Öztürk A. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları. 1999; 12-16.
28. Kringos DS. The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study. *Turk Aile Hek Derg* 2013;17(4):165-79.
29. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I et al. Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *The Lancet* 2013;382(9886):65-99.
30. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*. 2008 Sep 13;372(9642):917-27.
31. De Maeseneer J, Moosa S, Pongsupap Y, Kaufman A. Primary health care in a changing world. *Br J Gen Pract*. 2008;58(556):806–809.
32. Birgül E. Aile Hekiminin Görevleri. *Aile Hekimliği II*, Cep Üniversitesi. İstanbul: İletişim Yayıncılık. 1996; 21-26.
33. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
34. WHO Regional Office for Europe, *Framework For Professional And Administrative Development Of General Practice/ Family Medicine In Europe*, EUR/ HFA target 28, Copenhagen, 1998.

35. Wonca, World Family Doctors, Caring For People, Europe, Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Çeviri Editörü: Başak O. 2002.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye’de Aile Hekimliği”, Erişim: 20 Şubat 2020. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/turkiye-de-aile-hekimligi.html>.
37. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 1997; 45: 1829–43.
38. Cheng SH, Yang MC, Chiang TL. Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: Effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; 15: 345–55.
39. Mahon PY. An analysis of the concept ‘patient satisfaction’ as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24: 1241–8.
40. Coulter, A. Evaluating the outcomes of health care. In *The Sociology of the Health Service*, eds J. Gabe, M. Calnan and M. Bury, Routledge, London 1991; pp. 115-139.
41. Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care* 1997; 35: NS58–68.
42. Oxford Dictionaries. Satisfaction. Erişim: 21 Şubat 2020. <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/satisfaction> .
43. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review, *Perspect Public Health*. 2015 Sep;135(5):243-50.
44. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal* 1999; 186: 161–5.
45. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical Care* 1970; 8(5): 429–36.
46. Hills R, Kitchen S. Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy Theory and Practice* 2007; 23: 243–54.
47. Heidegger T, Saal D, Nuebling M. Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2006; . 20: 331–46.

48. Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* 1982; 16: 577–82.
49. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine* 1994; 38: 509–16.
50. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 185–210.
51. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services* 2009; 22: 8–19.
52. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L et al. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment* 2002; 6: 1–244.
53. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: An empirical exploration. *Sociology of Health & Illness* 1983; 5: 297–311.
54. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.
55. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, Vol. 10 No. 2,2007; 123-42.
56. Akyüz AM, Ayyıldız H. A structural equation model test of patient satisfaction in the health service organizations in Trabzon City. *International Journal of Economic and Administrative Studies* 2012; 4: 47–65.
57. Camgöz-Akdag Hatice, Zineldin M. Quality of health care and patient satisfaction. *Clinical Governance: An International Journal* 2010; 15: 92–101.
58. Lee AV, Moriarty JP, Borgstrom C, Horwitz LI. What can we learn from patient dissatisfaction? An analysis of dissatisfying events at an academic medical center. *Journal of Hospital Medicine* 2010; 5: 514–20.
59. Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health & Medical Care Services Review* 1978; 1: 1, 3–15.

60. Carlin CS, Christianson JB, Keenan P, Finch M. Chronic illness and patient satisfaction. *Health Services Research* 2012; 47: 2250–72.
61. Chen LM, Birkmeyer JD, Saint S, Jha AK. Hospitalist staffing and patient satisfaction in the national Medicare population. *Journal of Hospital Medicine* 2013; 8: 126–31.
62. Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: Results from three casualty clinics in Norway. *BMC Family Practice* 2010; 11: 73.
63. Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine* 2001; 52: 1359–70.
64. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2009; 22: 366–81.
65. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations *BMJ Quality & Safety* 2012;21: 39-46 .
66. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality & Safety in Health Care* 2002; 11: 335–9.
67. Lovdal LT, Pearson R. Wanted – Doctors who care. *Journal of Health Care Marketing* 1989; 9: 37–41.
68. Otani K, Kurz RS, Harris LE. Managing primary care using patient satisfaction measures. *Journal of Healthcare Management* 2005; 50: 311–24; discussion 324–5.
69. Xiao H, Barber JP. The effect of perceived health status on patient satisfaction. *Value in Health* 2008; 11: 719–25.
70. Birhanu Z, Assefa T, Woldie M, Morankar S. Determinants of satisfaction with health care provider interactions at health centres in central Ethiopia: A cross sectional study. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 78.
71. Moore SD, Wright KB, Bernard DR. Influences on health delivery system satisfaction: A partial test of the ecological model. *Health Communication* 2009; 24: 285–94.

72. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; 22: 86–92.
73. Badri MA, Attia S, Ustadi AM. Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: Testing for causality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2009; 22: 382–410.
74. Boquiren VM, Hack TF, Beaver K, Williamson S. What do measures of patient satisfaction with the doctor tell us? *Patient Educ Couns* 2015;98: 1465–73.
75. Leebov W, Scott G. *Service Quality Improvement. The customer satisfaction strategy for health care.* USA: AHA company, 1994. ISBN No: 978-1556481109.
76. Andaleeb SS. Determinants of customer satisfaction with hospitals: A managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services* 1998; 11: 181–7.
77. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R et al. What does ‘access to health care’ mean? *J Health Serv Res Policy* 2002; 7: 186–8.
78. Swan JE, Richardson LD, Hutton JD. Do appealing hospital rooms increase patient evaluations of physicians, nurses, and hospital services? *Health Care Management Review* 2003; 28: 254–64.
79. Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy* 2006; 76: 72–9.
80. Kersnik J. Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. *Health Policy* 2001; 57: 155–64.
81. Kırılmaz H, Öztürk K . Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. *SagAkaDerg.* 2018; 5(1): 60-70.
82. Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: A multilevel approach. *Social Science & Medicine* 2009; 69: 68–75.
83. Tokunaga J, Imanaka Y. Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14: 493–502.



84. Raleigh VS, Frosini F, Sizmur S, Graham C. Do some trusts deliver a consistently better experience for patients? An analysis of patient experience across acute care surveys in English NHS trusts. *BMJ Quality & Safety* 2012; 21: 381–90.
85. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science & Medicine* 1988; 27: 935–9.
86. Nguyen Thi PL, Briancon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine* 2002; 54: 493–504.
87. DeVoe J, Fryer GE Jr, Straub A, McCann J, Fairbrother G. Congruent satisfaction: Is there geographic correlation between patient and physician satisfaction? *Medical Care* 2007; 45: 88–94.
88. Merkouris A, Papathanassoglou ED, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: Quantitative or qualitative approach? *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41: 355–67.
89. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15: 122–8.
90. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717.
91. 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 Quality & Safety* 2011; 20: 508–14.
92. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science & Medicine* 1998; 47: 1611–7.
93. Larrabee JH, Ostrow CL, Withrow ML, Janney MA, Hobbs GR Jr, Burant C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Res Nurs Health* 2004; 27: 254–68.
94. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is ‘continuity of care’? *Journal of Health Services Research & Policy* 2006; 11: 248–50.

95. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: A systematic review. *Family Practice* 2010; 27: 171–8.
96. Atkinson S, Haran D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Social Science & Medicine* 2005; 60: 501–13.
97. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: A study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23: 503–9.
98. Victoor A, Delnoij DM, Friele RD, Rademakers JJ. Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 272.
99. Hsieh MO, Kagle JD. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health & Social Work* 1991; 16: 281–90.
100. Zaghoul AA, Youssef AA, El-Einein NY. Patient preference for providers' gender at a primary health care setting in Alexandria, Egypt. *Saudi Medical Journal* 2005; 26: 90–5.
101. Findik UY, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing & Health Sciences* 2010; 12: 162–9.
102. Grondahl VA, Hall-Lord ML, Karlsson I, Appelgren J, Wilde-Larsson B. Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2013; 26: 37–54.
103. al-Qatari G, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 523–31.
104. Oermann MH, Masserang M, Maxey M, Lange MP. Clinic visit and waiting: Patient education and satisfaction. *Nursing Economist* 2002; 11: 247–50.
105. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CK. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 87: 271–8.
106. Becker G, Newsom E. Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans. *American Journal of Public Health* 2003; 93: 742–8.
107. Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science & Medicine* 1996; 42: 1085–93.

108. Larsson G, Wilde-Larsson B. Quality of care and patient satisfaction: A new theoretical and methodological approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010; 23: 228–47.
109. Harris-Haywood S, Sylvia-Bobiak SN, Stange KC, Flocke SA. The association of how time is spent during outpatient visits and patient satisfaction: Are there racial differences? *Journal of the National Medical Association* 2007; 99: 1061–5.
110. Otani K, Herrmann PA, Kurz RS. Patient satisfaction integration process: Are there any racial differences? *Health Care Management Review* 2010; 35: 116–23.
111. Williams JA, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin FA. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine* 2011; 26: 1265–71.
112. Hendriks AA, Smets EM, Vrieling MR, Van Es SQ, De Haes JC. Is personality a determinant of patient satisfaction with hospital care? *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18: 152–8.
113. Vinagre MH, Neves J. The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2008; 21: 87–103.
114. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* 2001; 52: 609–20.
115. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes. *Archives of Internal Medicine* 1999; 159: 1069–75.
116. Iftikhar A, Allah N, Shadiullah K, Habibullah K, Muhammad A, Muhammad, HK. PREDICTORS OF PATIENT SATISFACTION. *Gomal Journal of Medical Sciences*. 2011; 9(2): 183-188.
117. Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD. Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care. *Health Serv Res*. 2005 Dec; 40(6 Pt 2):1996-2017.
118. Urden LD. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Lippincotts Case Manag*. 2002 Sep-Oct; 7(5):194-200.

119. Dawn AG, Lee PP. Patient satisfaction instruments used at academic medical centers: results of a survey. *Am J Med Qual.* 2003 Nov-Dec; 18(6):265-9.
120. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J.* 2014;29(1):3-7.
121. Yellen E, Davis GC, Ricard R. The measurement of patient satisfaction. *J Nurs Care Qual.* 2002 Jul; 16(4):23-9.
122. William E. K., Jo Ann D., Michael D. & George G. (2004). The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality, *Journal of Services Marketing*, Vol 18 NO.; 7 pp. 524-533.
123. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 1988;64(1):12-40.
124. Wang Y, Luor T, Luarn P, Lu H. Contribution and Trend to Quality Research-a literature review of SERVQUAL model from 1998 to 2013. *Informatica Economica*, 2015;19(1):34-45.
125. Tontuş HÖ, Karakaya K. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 2016; pp 1-82.
126. Grol R, Mainz J, Wensing M. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract.* 2000;6:82-7.
127. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care(EUROPEP) Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract.* 2000;50:882-7.
128. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktaş O et al. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;153-60.
129. Şensoy N, Özmen A, Doğan N, Ercan A, Karabekir HS. A Research on Patient Satisfaction with Primary Health Care in the Center of Afyonkarahisar. *J Clin Anal Med* 2014;5(1): 29-34.
130. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. *Eur J Gen Pract.* 2015;21(4):238-45.
131. Turgu S, Öztora S, Çaylan A, Dağdeviren HN. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2018;22(2):78-91.

132. Grol R, Wensing M, Mainz J. Patients' priorities with respect to general practice care: An international comparison. European Task Force on patient evaluations of general practice (EUROPEP). *Fam Pract.* 1999;16:4–11.
133. Wei J, Wang X, Yang H, Yang T. Development of an in-patient satisfaction questionnaire for the Chinese population. *PLoS One.* 2015;10(12):e0144785.
134. Louw JM, Marcus TS, Hugo JFM. Patient- or person-centred practice in medicine?—a review of concepts. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2017;9(1):e1-e7.
135. Fatima T, Malik SA, Shabbir A. Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: an investigation in context of private healthcare systems. *Int J Qual Reliab Manag.* 2018;35(6):1195-1214.
136. Kennedy GD, Tevis SE, Kent KC. Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes? *Ann Surg.* 2014;260(4):592-600.
137. Bostan S, Havvatoğlu K. EUROPEP aile hekimliği memnuniyet ölçeğine göre Gümüşhane aile hekimliği memnuniyet araştırması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014; 3(4).
138. Petek D, Kunzi B, Kersnik J, Szecsenyi J, Wensing M. Patients' evaluations of European general practice--revisited after 11 years. *Int J Qual Health Care.* 2011;23(6):621-8.
139. Milano M, Mola E, Collecchia G, Del Carlo A, Giancane R, Visentin G, et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *Eur J Gen Pract.* 2007;13(2):92-4.
140. Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croat Med J.* 2017;58(1):63–74.
141. Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Fam Pract.* 2011;28(3):342-9.
142. Goetz K, Hahn K, Steinhäuser J. Psychometric properties of the Arabic version of the EUROPEP questionnaire. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:1123–1128.
143. Başara BB, Güler C, Yentür GK, Birge B, Pulgat E, Ekinci BM. Turkish health statistics yearly 2012. Ankara: Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2013.

144. Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. Dtsch Arztebl Int. 2011;108(15):255–261. doi:10.3238/arztebl.2011.0255.

145. 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.

146. 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.

## **EKLER**

**EK-1. Etik Kurul Onayı**

**EK-2. Anket Formları**

## EK-1. Etik Kurul Onayı

İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU					
ETİK KURULUN ADI	ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU				
AÇIK ADRES	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA				
TELEFON	0312 595 82 27				
FAKS	0312 310 63 70				
E-POSTA	tipinsanetik@ankara.edu.tr				
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kişilerde Hasta Memnuniyet Düzeyi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	BİREYSEL ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/>	DOKTORA TEZİ <input type="checkbox"/>	DİĞER <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tanımlayıcı Araştırma			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:13-67-19	Tarih: 12 Eylül 2019			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tain sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU					
ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Nuray YAZIHAN				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	İmza	
Prof.Dr.Nuray YAZIHAN	Fizyopatoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Serenay ELGÜN ÜLKAR	Tıbbi Biyokimya	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Hakan ERGÜN	Tıbbi Farmakoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Hatice İLGIN RUHI	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Sevim AYDIN	Histoloji ve Embriyoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Berna SAVAŞ	Tıbbi Patoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Yasemin YAVUZ	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Prof.Dr.Deniz BALCI	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Yüksel ÜRÜN	Tıbbi Onkoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Sinem CIVRIZ BOZDAĞ	Hematoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Cihangir AKYOL	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Başak Ceyda MEÇO	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Halil ÖZDEMİR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Dr.Öğr.Üyesi Mustafa Volkan KAVAS	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Funda BAYKAL KILIS A.Ü.T.F. İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Asiye Yıldırım					

## EK-2. Anket Formları

### Bölüm 1: Demografik Özellikler

1.1. Cinsiyetiniz nedir?

Erkek	1
Kadın	2

1.2. Yaşınız: .....

1.3. Uyuşunuz:

T.C.	1
Diğer. Belirtiniz	2

1.4. En son bitirdiğiniz eğitim kurumu nedir?

Okula gitmemiş.	1
İlkokul	2
Ortaokul	3
Lise	4
İki yıllık yüksekokul	5
Üniversite	6
Yüksek lisans/Doktora	7

1.5. Şu anda çalışıp çalışmadığınızı, çalışıyorsanız durumunuzu en uygun ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

Ücretli çalışırım	1
Kendi işimi yürütüyorum	2



İşsizim, iş arıyorum	3
İşsizim, şu an iş aramıyorum	4
Öğrenciyim	5
Emekliyim	6
Çalışamayacak durumdayım	7

1.6. Şu anda ne işle uğraşıyorsunuz / mesleğiniz nedir?

.....

1.7. Aylık geliriniz nedir?

0-2000 TL	1
2001-5000 TL	2
5001-8000 TL	3
8001 TL ve üstü	4

1.8. Medeni durumunuz:

Evli değilim	1
Evliyim	2
Ayrıldım	3
Eşimi kaybettim	4

## Bölüm 2: Sağlık Durumu

2.1. Sağlığınızı genel olarak nasıl ifade edersiniz?

Kötü	1
İdare eder	2

İyi	3
Çok iyi	4
Mükemmel	5

2.2. Kronik bir hastalığınız var mı?

Evet	1
Hayır	2

2.3. Kronik hastalığınız varsa hangisidir?

Hipertansiyon ve Aterosklerotik Kalp Hastalığı	1
Diyabet	2
Tiroid Hastalıkları	3
Astım / KOAH	4
Diğer. Belirtiniz	5

### **Bölüm 3: Sağlık Hizmetine Erişim**

3.1. Ankara Üniversitesi personeli veya yakını mısınız?

Personelim	1
Personel yakınıyım	2
Dışarıdan başvurduğum	3

3.2. Oturduğunuz bölgede bağlı bulunduğunuz ve danıştığınız bir aile hekiminiz var mı?

Evet	1
Hayır	2

3.3. Son 12 ayda bölgenizde bağlı olduğunuz aile hekiminize kaç kere başvurduunuz?

Hiç başvurmadım	1
1 veya 2 kere başvurdum	2
3 veya 4 kere başvurdum	3
5 veya 6 kere başvurdum	4
7 veya daha fazla başvurdum	5

3.4. Bölgenizde bağlı olduğunuz aile hekiminiz yerine hastanemizin Aile Hekimliği Polikliniğine başvurmanızın nedenlerini seçiniz.

Ankara Üniversitesi çalışanı olduğum için erişim kolay.	1
Ankara Üniversitesi çalışanı değilim fakat hastaneye erişimim kendi aile hekimimden daha kolay	2
Üniversite hastanesinde kendimi daha güvende hissediyorum.	3
Bölgemdeki aile hekimimi bilmiyorum.	4
Bölgemdeki aile hekimimden memnun değilim.	5
Bölgemdeki aile hekimimde tüm tetkiklerimi yaptıramıyorum.	6
Diğer. Neden belirtiniz.	7

3.5. Hastanemizin Aile Hekimliği Polikliniğine başvuru nedeniniz nedir?

Yeni şikayet	1
Kronik hastalık	2
Check-up (tetkik)	3
Reçete yazdırma	4
İlaç raporu	5
Bilgi almak	6

## EUROPEP-Tr Ölçeği

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	Kötü		Mükemel			Uygun değil/İlgisiz
	1	2	3	4	5	
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. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi						
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecektadar iyi hissetmenize yardım etmesi						
9. İşini tam yapması						
10. Sizi muayene etmesi						
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)						
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması						

13. Şikayetleriniz 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. Uzmanı 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						