

**T.C**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAMSUN'DA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK**  
**KURULUŞLARINA BAŞVURAN**  
**HASTALARDA MEMNUNİYETİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Mahcube Çubukçu**

**SAMSUN-2008**

**T.C**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAMSUN'DA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK**  
**KURULUŞLARINA BAŞVURAN**  
**HASTALARDA MEMNUNİYETİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Mahcube Çubukçu**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Mustafa Fevzi Dikici**

**SAMSUN-2008**

## TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Asistanlığım süresince göstermiş olduğu destek, sabır ve hoşgöründen dolayı sevgili eşim Onur'a, maddi ve manevi destekleri ile hep yanımda olan aileme,

Tez danışmanım, değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Mustafa Fevzi Dikici'ye,

Araştırmacıya asistanlığı boyunca her konuda destek olan, araştırma verilerinin aktarılmasında, istatistik çalışmalarında da yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Füsun Yarış'a,

Araştırmacıya sağlık ocağında ve aile sağlığı merkezinde çalışabilmesi için yazılı ve sözlü izin veren Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne, Sayın Dr. Onur Çubukçu, Dr. Pervin Pehlivan, Dr. Cem Demirel, Dr. Halil İbrahim İnce, Dr. Ahmet Buz, Dr. Şinasi Gönenç'e, Dr. Ceyda Sucu Akdoğan, Dr. Canan Kaynarca'ya,

Eğitimim süresince mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum tüm bölüm hocalarıma,

Bana vakit ayırarak çalışmama katılan kişilere,

Çok teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>1</b>
1.1 Giriş	1
1.2 Amaçlar	1
<b>GENEL BİLGİLER</b>	<b>2</b>
2.1 Temel Bilgiler Ve Tanımlamalar	2
2.1.1 Sağlık, Sağlık Sistemi Ve Sağlık Hizmetleri	2
2.1.2 Aile Hekimliği	3
2.1.3 Aile Hekimliği Disiplinin İlkeleri	4
2.1.4 Genel Pratisyenlik/ Aile Hekimliğinin Temel İlkelerinden Çekirdek Yeterlilikler	5
2.1.5 Aile Hekimliği'nin Üç Uygulama Alanı	6
2.1.6 Aile Hekimliği Disiplininin Genel Özellikleri	6
2.1.7 Mesleki Örgütlenme	7
2.2 Sağlık Sektöründe Kalite	7
2.2.1 Tarihsel Gelişim	7
2.2.2 Hizmet Sektörünün Özellikleri	8
2.2.3 Hastaların Kaliteyi Değerlendirmelerine İlişkin Görüşler	10
2.2.4 Sağlık Hizmetinde Kalitenin Göstergeleri	11
2.2.5 Hasta Memnuniyeti ve Kalite İlişkisi	11
2.2.6 Hasta Memnuniyetinin Boyutları	14
2.2.7 Birinci Basamakta Toplam Kalite Yönetimi	16
2.2.8 Genel Pratisyenlik /Aile Hekimliğinde Kalite	18
2.2.9 Birinci Basamak Bakımı İçin Hasta Katılımının Yöntem Ve Modelleri	19
2.2.10 EUROPEP: Aile Hekimliğini Değerlendirmek İçin Uluslararası Standardize Edilmiş Bir Ölçüt	21
2.2.11 EUROPEP' in Geçerliliği Ve Güvenilirliği Üzerine Kabuller	22
2.2.12 EUROPEP' in Geçerliliği Ve Güvenilirliği Üzerine Yapılan Çalışmalar	22
2.2.13 Bakımın Değerlendirilmesi İçin EUROPEP Nasıl Kullanılır?	24

<b>MATERYAL VE YÖNTEM</b>	<b>25</b>
3.1 Araştırmanın Yeri	25
3.2 Araştırmanın Tipi	25
3.3 Araştırmanın Evreni	25
3.4 Araştırmanın Örneklemi	25
3.5 Araştırmanın Veri Kaynakları	25
3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli	26
3.7 Veri Analizi	27
3.8 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar	27
3.9 Etik Konular	28
3.10 Araştırmanın Takvimi	28
3.11 Araştırmanın Bütçesi	28
3.12 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	28
3.13 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	28
<b>BULGULAR</b>	<b>29</b>
4.1 Demografik Veriler	29
4.2 EUROPEP İle İlgili Veriler	34
<b>TARTIŞMA</b>	<b>50</b>
<b>SONUÇLAR</b>	<b>59</b>
<b>ÖNERİLER</b>	<b>62</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>63</b>
<b>EKLER</b>	<b>70</b>
Ek- 1: Kişisel Bilgiler Anketi	70
Ek- 2: EUROPEP-TR	71
Ek- 3: OMÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından Alınan Yazılı İzin Belgesi	73
Ek- 4 : Samsın İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan Yazılı İzin Belgesi	74
Ek- 5 : Ondokuzmayıs Üniversitesi Rektörlüğünün Yazısı	75
Ek- 6 : 1 no'lu, 6 no'lu, 7 no'lu, 15 no'lu sağlık ocakları, Ondokuzmayıs MSO, Çiftlik, Kadıköy, Karşıyaka, Fatih ASM	76
Ek- 7: Gönüllüler İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu	84

## TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2. 1 Hasta memnuniyetine ilişkin yapılmış çalışmalarda boyutlar	15
Tablo 2. 2 Bir meta-analizde saptanan memnuniyeti belirleyen boyutlar	16
Tablo 4. 1 Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri	33
Tablo 4. 2 EUROPEP-TR Sorularına Verilen Puanların Frekans Dağılımı	35
Tablo 4. 3 EUROPEP-TR Sorularına 4-5 puan verenlerin ana başlıklara göre Dağılımı	37
Tablo 4. 4 Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi ve Sonrasında Puanların Karşılaştırılması	38
Tablo 4. 5 Cinsiyetin Hasta Memnuniyetine Etkisi	40
Tablo 4. 6 Yaşanılan Yerin Sağlık Kuruluşuna Uzaklığının Memnuniyete Etkisi	43
Tablo 4. 7 Bilinen Hastalığın Hasta Memnuniyetine Etkisi	45
Şekil 1: Bakımın iyileştirilmesi için hastaların katılımı	21

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü (WHO: World Health Organization)
EQUIP:	European Association for Quality in General Practice/Family Medicine
EUROPEP:	European Patients Evaluate General/Family Practice
EUROPEP-TR:	EUROPEP'in Türkçe Versiyonu
GP/AH:	Genel Pratisyenlik/ Aile Hekimliği
JCAHO:	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
RCGP:	Royal College of General Practice
TAHUD:	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TKY:	Toplam Kalite Yönetimi
WONCA:	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

## ÖZET

**Amaç:** Birinci basamakta hasta bakış açısını değerlendirmek gereklidir. Bizim amacımız Samsun’da birinci basamakta hasta memnuniyetine etki eden faktörleri ve aile hekimliği uygulamasının etkisini araştırmaktır.

**Yöntem:** Aralık 2006 ve Eylül 2007’de EUROPEP’in Türkçe versiyonu beş farklı kırsal ve kentsel birinci basamak merkezinde hastalara uygulanmıştır. Birinci basamak hekimleri beş iş günlük süre boyunca günde iki kez ziyaret edilmiştir. Her gün birinci basamak hizmeti almaya gelmiş en az on hasta, gönüllüler için bilgilendirilmiş olur ardından çalışmaya alınmıştır. Hastalara demografik bilgileri ve 1- 5 arası (kötüden mükemmele kadar) derecelendirilen bir ölçekle EUROPEP’teki 23 soru sorulmuştur. Demografik veriler ve bulgular değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** 580 hastanın 389’u (% 67,1) kadın, 191’i (% 32,9) erkekti. Toplam 383 kişi erişkindi, pediatrik grup için ebeveynle görüşülmüştür. “Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması”  $2,13 \pm 1,32$  ile en kötü sonuç olarak değerlendirildi. “Sizi dinlemesi”  $4,45 \pm 0,71$  ile en iyi sonuç olarak değerlendirildi. Samsun’da Aile Hekimliği uygulaması başladıktan sonra yedi soruya verilen puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yükselmişti. Bu sorular: “Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması”, “size uygun zamanlarda randevu alabilme”, “sağlık merkezine telefonla ulaşabilme” ve “doktorunuza telefonla ulaşabilme”, “acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunumu”, “uzmana uygun şekilde sevk” ve “bekleme odasında harcanan zaman”. Beş soruya verilen yanıtların puan ortalamaları aile hekimliği uygulaması sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde azalmıştı. Bu sorular: “Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi”, “tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması”, “sizi dinlemesi”, “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması”, “işini tam yapması”. Kadın hastalar (üç soruda  $0,02 < p < 0,03$ ) ve kronik rahatsızlığı olanlar (yedi soruda  $0,00 < p < 0,03$ ) daha yüksek puan vermişlerdi. Eğitim düzeyi ile hasta memnuniyeti arasında negatif korelasyon vardı. (19 soruda  $0,00 < p < 0,02$ ).

**Sonuç:** Bulgular EUROPEP’in bazı sorularında hasta memnuniyetinin arttığını, bazılarında azaldığını göstermektedir. Altı ay erken bir süre olduğundan, çalışma hasta memnuniyeti üzerindeki uzun dönem etkileri değerlendirmek üzere devam ettirilecektir.

**Anahtar kelimeler:** EUROPEP, kalite, hasta memnuniyeti, birinci basamak, aile hekimliği, genel pratisyenlik



## ABSTRACT

**Aim:** Evaluation of patient perspective is necessary in primary care. Our aim was to explore the factors and practice of family practice on the patient satisfaction on primary health care in Samsun.

**Methods:** Turkish version of the EUROPEP was administered to patients in five different rural and urban primary health care centers in December 2006 and September 2007. Primary care physicians were visited for the study in five day medical practices, twice for each day. Every day, a minimum of 10 patients who visited primary care, were consecutively included the study after the informed consent. The patients were asked about demographic details and 23 questions in EUROPEP with a rating scale 1-5 (bad to excellent). Demographic data and results were evaluated.

**Results:** Of the 580 patients, 389 (67.1%) were female, 191 (32.9%) were male. Total 383 were adults, parents were interviewed in pediatric group. “Providing quick services for urgent health problems” is evaluated worst with  $2.13 \pm 1.32$ . “The doctor listened to me” was the best with  $4.45 \pm 0,71$ . Seven EUROPEP domains improved after family medicine practice in Samsun. These domains were “explanation of the tests and therapies”, “appointment system”, “getting through to the doctor and practice on the telephone”, “providing quick services for urgent health problems”, “appropriate referral to specialist” and “waiting time”. Means of five domain scores decreased after the project: “Interest in your personal situation”, “involving you in decisions about your medical care”, “listening to you”, “keeping your records and data confidential”, “thoroughness”. Female patients (three domains  $0.02 < p < 0.03$ ) and the patients with chronic diseases (seven domains  $0.00 < p < 0.03$ ) were more satisfied. Educational status had negative correlation with patient satisfaction (19 domains  $0.00 < p < 0.02$ ).

**Conclusion:** These results show that patient satisfaction increased in some domains of the EUROPEP and decreased in some others. Because six months period is early, the study will be continued to evaluate the long term effects on patient satisfaction.

**Key words:** EUROPEP, quality, patient satisfaction, primary care, family medicine, general practice

# 1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

## 1.1 Giriş

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için hastalıkla ilgili ayrıntılar kadar hasta kişinin duygularını ve düşüncelerini de bilmemiz gerekir. Hastaların fikirlerini öğrenmenin en iyi yolu bu amaçla hazırlanmış sistematik değerlendirme araçlarını kullanmaktır (1). EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) ölçeği EQUIP (European Association for Quality in General Practice/ Family Medicine) tarafından hazırlanmış ve üç yıldır çeşitli Avrupa ülkelerinde hekim ve muayenehanesini değerlendirmede kullanılan bir ölçek olup 16 Avrupa ülkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Uygulanan ülkelerde hekime geri bildirim sunmakta ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkânı vermektedir. Hatta İsviçre ve Fransa'da muayenehanesinde EUROPEP ölçeğini kullanan hekimlere meslek örgütleri tarafından sürekli tıp eğitimi puanı verilmektedir (1).

## 1.2 Amaç

Bu çalışmada amaç, EUROPEP ölçeği kullanılarak, Aile Hekimliği uygulamasından önce ve uygulamanın altıncı ayında, hastaların Samsun'da birinci basamak hekimlerini ve aldıkları sağlık hizmetini değerlendirmesi yoluyla hasta memnuniyetini, bakım kalitesini ve bunu etkileyen faktörleri ve hasta memnuniyeti üzerine aile hekimliği uygulamasının etkisini araştırmaktır.

## 2. GENEL BİLGİ

### 2.1 TEMEL BİLGİLER VE TANIMLAMALAR

#### 2.1.1 Sağlık, Sağlık Sistemi Ve Sağlık Hizmetleri

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'ne göre sağlık: “sadece hastalığın bulunmaması hali değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Hastalık ise sağlıklı ilgili düzensizlik olarak algılanmalıdır (2, 3).

Sağlık Sistemi; sosyal, ekonomik, tıbbi, örgütsel ve teknolojik nitelikleri olan, toplum ve birey sağlığını kabul edilebilir bir düzeye ulaştırmaya yönelik bir bütündür. Sağlık ekonomi, ekoloji, eğitim, ulaşım, haberleşme gibi başka sistemlerle devamlı etkileşim içindedir ve bu etkileşimin sınırları ve özellikleri dinamik olduğu için sağlık sisteminin bir bütün olarak net bir tanımını yapmak imkansız gibidir (2).

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

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

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

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

- a. Birinci basamak sağlık hizmetleri: Toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta tedavi hizmeti veren sağlık sistemidir (5).

Donaldson, 1994'de birinci basamak hizmetlerini aile hekimliği disiplini bakış açısından aile ve toplum bağlamında katılımcı, hastalarla gelişerek

süren bir ortaklık kurarak, kişisel sağlık gereksinimlerinin büyük bir çoğunluğundan sorumlu olabilen doktorlar tarafından oluşturulan ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin sağlanması şeklinde tanımlamıştır (6).

Birinci basamağa ait bütün tanımlardaki ortak nokta, kişilerin hasta olmasını beklemeden hastalıklardan korumak ve ilk başvuru kurumu olmasıdır (5).

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

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

### **2.1.2 Aile Hekimliği**

Aile Hekimliği bir tıp disiplini. Aile Hekimliği disiplininin temel ilkeleri, kişileri ve aileleri içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele almak, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmeti sunmaktır. Bireylerin sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır. Coğrafi, ekonomik ve kültürel olarak bireylerin aile hekimine kolayca ulaşabilmesi gerekir. Aile Hekimleri bireylere verilen sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar. Aile Hekimi ile hizmet verdiği birey arasında yakın bir ilişki oluşur ve bu ilişkide güvenilirlik (confidentiality) esaslarına uyulur. Aile Hekimlerinin hizmet verdiği bireylerin değişik birey ve kurumlardan hizmet alması durumunda bireyleri savunucu özelliği vardır. Bireyler için sağlık kaynaklarının etkili bir şekilde kullanılmasını sağlar. Aile Hekimliğinde özgün bir görüşme süreci vardır. Aile Hekimi diğer disiplinler ve diğer sağlık personeli ile işbirliği içinde çalışır. Birinci Basamak Sağlık hizmetleri, yerine göre isim değişikliği olabilmekle birlikte, bugün için hemen tamamen Aile Hekimlerinin merkezde yer aldığı sağlık sistemleri tarafından sağlanmaktadır (6, 7, 8).

### 2.1.3 Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri

Aile Hekimliğinin dayandığı ilkeleri belirten birçok tanımlama yapılmıştır. 1974 Leeuwenhorst tanımı, 1998 WHO (World Health Organization) ve WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) 2000 ve 2002 tanımlarının temelini oluşturmuştur. GP / AH Avrupa'da tüm sağlık sistemlerinde yerini almış ve gittikçe önem kazanmakta, bu durum DSÖ Avrupa Bürosu'nun 1998'de yayınladığı çerçeve belgesinde vurgulanmıştır ve birçok ülkede de yeni oluşturulmakta olan sağlık sistemlerinin temeli olarak gösterilmektedir (8).

Son 30 yılda sağlık hizmetlerinde hastanın rolü giderek artmıştır. Geleceğin Aile Hekiminin kişi merkezli sağlık sunumunun, hasta- hekim iletişiminin öneminin farkında olması yanında; bu alanda aldığı eğitimi kullanabilecek özellikleri taşıması da gerekmektedir. RCGP (Royal College of General Practice) İlkbahar Toplantısında (2001) yaptığı sunumunda Van Weel, bilgi, uzmanlık ve deneyimin aktarılabilmesi, genel pratisyenliğin özgün niteliklerini açıklayan tekniklerin geliştirilmesi ve genel pratisyenlik hizmetinin etkinliğinin araştırılması için akademik gelişmeye olan gereksinimi vurgulamıştır (8).

Tıpta birçok disiplin başka disiplinlerin bileşiminden ortaya çıkmıştır. Cerrahi bilimlerin içinde anatomi, patoloji, fizyoloji ve biyokimyadan karma bilgiler vardır. Ancak bir disiplini tanımlarken bu disiplinin köklerini oluşturan konuları saymak yeterli olmaz, önemli olan bunların bir bütün halinde yeni bir oluşuma dönüştürülmek üzere yoğunlaşmasıdır (9) .

Aile Hekiminin mesleki görevleri, sağlık sisteminden ve bireylerin gereksinim ve isteklerinden doğrudan etkilenmektedir. 2002 yılında WONCA- Avrupa bölgesi GP/AH disiplini ve uzmanlığını değişen dünya ve bölge şartlarına göre yeniden tanımlamıştır. GP/AH, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir (7).

## 2.1.4 GP/AH Temel İlkelerinden Çekirdek Yeterlilikler

2002’de WONCA- AVRUPA GP/AH disiplini ve uzmanlık tanımında disiplinin özellikleri, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken yeterlilikleri bildirmiştir (10):

### 1. Birinci basamak yönetimi aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

- Hastalarla ilk teması yönetme ve ayrışmamış sorunlarla baş etme,
- Tüm sağlık durumlarını kapsayabilme,
- Birinci basamaktaki sağlık hizmetini koordine edebilme,
- Etkin ve amaca uygun sağlık bakımı sunumunu sağlayabilme,
- Hastanın sağlık sistemindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlama,
- Hastanın savunuculuğunu yapma.

### 2. Kişi merkezli bakım aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

- Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken hasta merkezli bir yaklaşım benimseme,
- Hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim- hasta ilişkisi oluşturma,
- İletişim kurma, öncelikleri belirleme ve hasta ile işbirliği yapma,
- Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş bakımın sürekliliğini sağlama,

### 3. Özgün problem çözme becerileri aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

- Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme,
- Öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerini yorumda seçici davranma,
- Gerektiğinde acil girişimde bulunma,
- Ayrışmamış durumları yönetme,
- Tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanma.

### 4. Kapsamlı yaklaşım aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:

- Çok sayıda yakınmayı, akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme, koruma, tedavi, bakım, rehabilitasyonu koordine etme

**5. Toplum yönelimli olma aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:**

- Var olan kaynakları dengeli bir biçimde kullanarak hastaların bireysel sağlık gereksinimleriyle, yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini karşılama.

**6. Bütüncül yaklaşım aşağıdaki yeterlilikleri kapsar:**

- Kültürel boyutları dikkate alan biyopsikososyal yaklaşımı uygulama.

### **2.1.5 Aile Hekimliği'nin Üç Uygulama Alanı**

#### **A. Klinik Görevler:**

- Çok geniş yakınma, sorun ve hastalık yelpazesini uzun süreli yönetebilme, tıbbi kanıtları ve deneyimi etkin bir şekilde dengeleme.

#### **B. Hastalarla İletişim:**

- Hasta görüşmesini yapılandırabilme, hastaya kolayca anlaşılabilir bilgi sunma,
- Çeşitli duygusal sorunlarla uygun şekilde baş etme.

#### **C. Uygulama Merkezi Yönetimi:**

- Hastalar için uygun bir ulaşılabilirlik sağlama,
- Uygulama birimini etkin bir şekilde düzenleme,
- Diğer birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlarla birlikte çalışma.

### **2.1.6 Aile Hekimliği Disiplininin Genel Özellikleri**

Hastalığın aile üyeleri ve hastanın geniş çevresi üzerindeki olası sonuçlarının farkında olma, etik anlayışa uygun davranma, bilimsel araştırmaya ilişkin genel ilkeler, yöntemler ve kavramlar konusunda bilgili olma, sürekli öğrenme ve kalite gelişimini sağlama ve sürdürme olarak özetlenebilir (10).

### **2.1.7 Mesleki Örgütlenme**

GP/AH'liğin mesleki, akademik, sosyal alanda tanınması ve gelişmesi için görev yapan ulusal ve uluslararası kuruluşlardan bazıları şunlardır (10):

#### **WONCA**

GP/AH ilke ve görevlerini tanımlayarak, standartlarını yükselterek, üye kuruluşlar arası bilgi ve deneyim paylaşımına uygun ortam sağlayarak eğitim, araştırma ve hizmet sunumu aktiviteleri ile toplumun yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır(10).

#### **EQUIP**

Avrupa GP/AH'likte Kalite Çalışma Grubu, WONCA Avrupa kolunun alt birimlerinden birisidir. GP/AH'likte hasta bakımının kalitesini arttırmayı amaçlar (10). Görevi dünyadaki aile hekimlerinin hizmet kalitesini şu ilkelerle geliştirmektir:

- Hizmetin kalitesini geliştirmek için hasta değer ve öncelikleri ile uyumlu, mesleki bilgisi ile uyumlu, en uygun ve etkin hizmet ve kolay ulaşılabilir kaynaklarla en iyi yapı, süreç ve getiriler için uğraşır.
- Kalite çabaları sorumluluğu artırılmalı ve hastalarla sağlık görevlileri arasında bu birlikteliği yansıtmalıdır.
- Kalite çabaları açık, sistematik, günlük pratik ile birlikte temel ve sürekli tıp eğitiminin bir parçası olarak aile hekiminin rolü ile uyumlu, cezalandırıcı değil, olumlu bir şekilde uygulanır olmalıdır (11).

#### **TAHUD**

1990 da Ankara'da kurulan Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Türkiye'de Aile Hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesini amaçlar (10).

## **2.2 SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE**

### **2.2.1 Tarihsel Gelişim**

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



bakım standartları oluşturmuştur. 20. yüzyıl başlarında çok sayıda Amerikalı hekim sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır. 1915 yılında Amerikan Cerrahi Birliği (The American College of Surgeons) hastane standardizasyon programı geliştirmek üzere harekete geçmiş ve bu program akredite edilmek isteyen hastanelere kontrol edilmeleri için kayıt sistemlerini birliğe sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir. Bu gelişmenin ardından hastanelerin daha fazla hasta çekmek amacıyla bu tür oluşumlara yöneldikleri gözlenmiştir (12).

1952’de aynı birlik, Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospitals Association), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) ve Amerikan Hekimler Birliği (American College of Physicians) ile birleşerek Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonunu’nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO) oluşturmuşlardır. Artık ABD kamu fonlarından yararlanmayanları çekebilmek için de akreditasyon, sağlık kurumları için önemli bir rekabet ölçütü olmuştur. Benzer akreditasyon sistemleri Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya’da da uygulanmaktadır (12).

1980’lerin başında sağlık hizmetlerinde kalite güvencesine bir alternatif olarak Toplam Kalite Yönetim (TKY) modeli gündeme gelmiştir. 1990’lı yıllarda ise bir yandan TKY felsefesinin bu alana neler kazandırabileceği tartışmaları sürerken, diğer yandan uygulamalar hızla yaygınlaştırılmıştır (13).

WHO’nun Avrupa ofisince 1984’de belirlediği “Avrupa’da herkes için sağlık” hedefleri 1991 yılında Bölge Komitesi’nce yeniden gözden geçirilerek güncelleştirilmiştir. Buna göre: “2000’li yıllarda tüm ülkeler sağlık hizmetlerinin kalitesinde sürekli bir gelişmeyi ve uygun sağlık teknolojisini kullanmayı sağlayacak yapı ve yöntemleri kurmalıdır.” (13).

### **2.2.2 Hizmet Sektörünün Özellikleri**

TKY’nin temelleri üretim sektöründe atılmıştır. Ancak bir de hizmet sektörü vardır ve sağlık hizmetleri bu sektöre dâhildir (13).

Hizmet kavramı şu şekilde tanımlanmaktadır: “Hizmet, insanların ya da grupların, gereksinimlerini gidermek amacıyla, belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeyen, yarar ve doyum oluşturan faaliyetler bütünüdür” (14).

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

- Bir mal “bir nesne, bir araç, bir materyal” iken, bir hizmet “bir eylem, bir performans, bir çaba”dır. Üretilen bir mal elle tutulmakta, gözle görülmektedir; ancak hizmet elle tutulmaz, gözle görülmez, duyulmaz, sergilenemez, bir ölçü biçimiyle ifade edilemez (14).
- Hizmette üretim ve tüketim eş zamanlıdır. Yani, hizmet üretildiği anda tüketilmektedir. Dolayısıyla da hataların ve ihmallerin gözlenmesi ve giderilmesi daha zor, hatta imkânsızdır. Örneğin yanlış bir tedavi sonucu bir hastanın sakat kalması ya da ölmesi halinde hatanın veya ihmalin sonucunun düzeltilmesi mümkün olamamaktadır (14).
- Bir malın üretimi sırasında fabrikada ya da atölyede, çalışanlarla tüketiciler yüz yüze gelmemektedirler. Oysa hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas söz konusudur; iletişim yüz yüze gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, hizmeti sunanların giyimi, konuşması, davranışları vb. tüketiciyi etkilemektedir (14).
- Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkünken, hizmetlerin stoklanması olanaksızdır. Şüphesiz, bina, araç-gereç ve insan gücü hizmet sunumu için hazır tutulabilir; ancak bunlar ürünün kendisini değil verimli kapasiteyi temsil ederler. Hizmet işletmesinde kullanılmayan kapasite, boşa akan musluk gibidir (14).
- Sağlık sektörü yüksek düzeyde profesyonel yeterlilik gerektirmektedir. Hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabilir; teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar veremeyebilir ve hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir (14).
- Üretim sektöründe, tek tipte çok sayıda mal üretilmektedir. Sağlık sektöründe ise her biri ayrı bir birey olarak ele alınması gereken hastalara hizmet sunulduğundan, hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir (14).

Bütün bu özellikler dikkate alındığında, kaliteli hizmet verilebilmesi için çok sayıda genel ve özel kriterin önceden belirlenmesinin gereği ve önemi ortaya çıkmaktadır (14).

### 2.2.3 Hastaların Kaliteyi Değerlendirmelerine İlişkin Görüşler

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi, bu hizmeti alanların algılama ve değerlendirilmeleri ile mümkün olmaktadır. Bu algılama ve değerlendirilmeler bazı teorilerce açıklanmaya çalışılmıştır. Bu teoriler şunlardır (15):

- Birincil veya çekirdek hizmet ile ikincil hizmetler vardır. Birincil hizmet tam olarak yerine getirilmediğinde, ikincil hizmetlerin iyi olması bunu telafi edememektedir. Kurum personeli, klinisyenler ve yöneticiler kaliteyi sıklıkla birincil hizmetler bağlamında tanımlamak eğilimindedirler. Oysa hastalar genellikle o kurumun, uygun işlemleri yapabilecek yeterlikte, “işinin ehli” klinisyenlere sahip olduğunu kabul etme eğilimindedirler. Çoğu hastalar uygun işlemin ne olduğunu bilmemektedirler. Hastaların bildiği ve tepki vereceği şey, hizmetin sunulmuş tarzı olmaktadır. Hizmeti sunan ile hizmeti alan arasındaki etkileşimin kalitesi kritik noktadır. Bir profesyonele kendini emanet eden insanın yaşantısı büyük ölçüde kişiseldir. O hassas durumda hasta, insanca bir dokunuşa, ilgi ve şefkate muhtaçtır. Artık, hizmet talep edenler en son teknolojinin yanı sıra bir hizmet sunuş kültürünü de aramaktadırlar (15).
- İkinci teoriye göre, sert işlevler ve yumuşak işlevler ayrımı vardır. Sert işlevler, hizmetin teknolojik boyutunu ifade etmektedir. Yumuşak işlevlerle hizmetin sunulmuş tarzı kastedilmektedir. Teknolojideki aksamaya karşı kişinin tutumu, hizmetin sunulmuş tarzından etkilenmektedir. Fakat zayıf etkileşimin etkileri yüksek teknolojik performans ile giderilememektedir (15).
- Hizmet alış veriş bir süreçtir. Değerlendirme süreç boyunca değişikliğe uğrayabilir, her aşamada değerlendirmenin olumlu ya da olumsuz yönde değişmesi olasılığı bulunmaktadır. Hasta ile karşılaşılan her aşamada, gerekenler en iyi şekilde yapılmalıdır. Her aşama önceki aşamalarda bırakılan yanlı izlenimin düzeltilmesi için bir fırsat oluştururken, tersi de olabilmektedir (15).
- Algılanan riskin derecesi ve hizmetin maliyeti üzerine kurulu bu teoriye göre, hizmetin elle tutulamaz nitelikte oluşu hizmeti alan için bir risk oluşturmaktadır. Çünkü neler olacağını işin başında değerlendirememektedir. Sunulan hizmetler kişinin şahsını ve parasını sürece katmaktadır. Risk veya maliyet düşük olduğunda, hasta titiz veya sıkı bir değerlendirme yapmama eğilimindedir (15).

Bu teorilerin hiçbiri tek başına durumu açıklayamaz. Hepsini birlikte ele almak daha bütüncül bir yaklaşımdır ve konunun daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (15).

#### **2.2.4 Sağlık Hizmetinde Kalitenin Göstergeleri**

<b>Gösterge</b>	<b>Özellikler</b>
Eşitlik	Hizmet ihtiyacı olan herkese sağlanmalı
Ulaşılabilirlik	Hizmete erişim sağlanmalı
Kabul edilebilirlik	Hizmeti kullananların beklentilerini karşılamalı
Uygunluk	Gereksiz, zararsız, gereksinim duyulan hizmet verilmeli
Kapsamlılık	Hizmetin sağlanması, hastalığın psikososyal yönleri de göz önünde bulundurularak, korunmadan nekahate tüm yönlerini kapsamalı
Etkinlik	Hizmet, hastanın sağlık durumunda veya yaşam kalitesinde olumlu değişiklikler oluşturmalı
Yeterlik	Oluşabilecek en düşük ücrete en iyi kalitede bakım sağlanmalı

Sağlık hizmetinde kalite, hizmetin yapısı, süreci ve sonuçlarına uygulanabilir. Yapı; personel, kolaylıklar, ekipman, organizasyon ve kapsam düzenlemelerini içerir. Süreç; hizmetin sağlanması ve alınmasını içeren aktiviteleri, zamanında ve süreklilik gibi özellikleri ile birlikte içine alır. Sonuçlar; yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti ile birlikte mortalite ve morbidite verilerini içerebilir (11).

#### **2.2.5 Hasta Memnuniyeti ve Kalite İlişkisi**

Pazarlama terimi gerek günlük hayatta gerekse iş dünyasında çok sık kullanılmakla beraber farklı çağrışımları olan; hatta uygulayıcıları tarafından bile değişik anlamlarda kullanılabilen bir terimdir. Bugün birçok kimse pazarlamayı satış ve reklâm olarak düşünür; çünkü kişiler işletmelerin en çok bu faaliyeti ile karşılaşır. Satış ve reklam karmaşık bir faaliyetler bütünü olan pazarlamanın en çok öne çıkan yüzüdür (16).

Pazarlama geleneksel olarak “mal ve hizmetlerin üreticiden tüketiciye veya kullanıcıya doğru akışını yönlüten işletme faaliyetlerinin yerine getirilmesidir” şeklinde tanımlanmıştır. Hayli dar kapsamlı olduğu, konuyu sadece satış anlamında ve mevcut malların satışı olarak ele aldığı için yetersiz kaldığının belirtilmesine rağmen, bu

geleneksel tanım yaklaşık yarım yüzyıldır literatürde yerini almıştır (16). Pazarlama, tüketici ihtiyaç ve isteklerinin tatmininin ön plana çıktığı bir faaliyettir (17).

Amerikan Pazarlama Birliği tarafından klasik tanım yerine 1985’de geliştirilen yeni tanımı temel alarak: “Pazarlama işletme amaçlarına ulaşmayı sağlayacak malların, hizmetlerin ve fikirlerin geliştirilmesi, fiyatlandırılması, tutundurulması ve dağıtılması sürecidir” şeklinde tanımlanabilir. Görüldüğü üzere pazarlama üretim öncesinden başlayan bir süreçtir (18).

Günümüzdeki anlamıyla pazarlama tüketici yönelimlidir ve tüketici ihtiyaçlarının karşılanması temeline dayanır. Söz konusu ihtiyaç tatmini sadece mevcut malların satışı şeklinde olmayıp, çok daha geniş kapsamlıdır. Her şeyden önce işletme ve tüketici arasındaki bağlantıyı sağlar. Böylece üretilmesi gereken mal ve hizmetlerle de ilgilenir (19).

Odağında tüketici olan bir pazarlama anlayışında, pazarlama faaliyetlerinin değerlendirilmesinde tüketici memnuniyeti temel alınmaktadır. Tüketicuyu memnun edecek her etkinlik, pazarlama faaliyeti olarak değerlendirilmektedir. Kalite olgusu da memnuniyeti artırıcı etkisinden dolayı tüketici odaklı yaklaşımların temelini oluşturmaktadır (19).

Sağlıkta kalite, sadece bir tıbbi bilgi-beceri konusu olsaydı, bütünüyle hizmet verenin sorumluluğunda olurdu. Bu durumda hastaların bu çok özgün mesleğin uygulanması konusunda söyleyecek pek bir şeyleri olamazdı. Bu yaklaşım başta hakkaniyet olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin hedefleriyle uyumlu olmazdı. Bu nedenle, hizmet verenin hizmette baskın ve tek yanlı rolünün azaltılması için, hizmet kalitesi hakkında hizmet alanın görüşüne başvurmak zorunlu hale gelmiştir. Böylece, son 10 yılda, kalite ölçütü olarak hastanın memnuniyeti önem kazanmıştır. Bu görüş sanayi alanından sağlık alanına kolayca girebilmiştir. Sonuçta, sağlık alanında da hasta ve toplumun beklenti ve algısına göre hizmetin ne kadar iyi verildiğine karar vermek bir yönetim yaklaşımı haline gelmiştir (20).

Hasta bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür (21).

Hastaların psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde beş temel psikolojik (kişilik, algılama, motivasyon, tutum, yenilikçilik düzeyi) ve üç temel sosyo-

kültürel ögenin (sosyal sınıf, kültür, aile ilişkileri) memnuniyeti etkilediği görülmektedir. Hastaların sunulan hizmetlerle ilgili beklentilerini ise, hastanın tıbbi ihtiyaçları, diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri deneyimler, sosyo-kültürel konum ve psikolojik durumları ile zihinlerindeki kalite tanımı etkilemektedir (21).

Kişilerin tıbbi ihtiyaçları, kendilerini rahatsız hissetmeleri, kaza ya da daha farklı sağlığı bozucu bir etkileşime girmeleri ile ortaya çıkmaktadır. Deneyim olgusu ise, hastaların bir sağlık kuruluşuna gelmeden önce diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübelerdir. Hastalar, önceki deneyimlerine koşut beklentiler içinde olabilecekleri gibi, yakınlarının bu sağlık kuruluşu hakkında ilettikleri deneyimlerine benzer beklentiler içinde de olabilirler (21).

Burada, “beklenti” ve “algı” anahtar sözcüklerdir. Memnuniyet “algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu” olarak ifade edilmektedir. Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri bulunmaktadır. Hizmeti kullandıktan sonra ise geçirdiği deneyime bağlı olarak birtakım algılara sahip olmaktadır. Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı karşılaştırma sonucunda memnun olup olmadığına karar vermektedir (20).

Hastaların beklentileri ise gereksinim, deneyim, teknoloji, yakınlarının deneyimleri, kültürel özellikler ve yaşam tarzı gibi faktörlerden etkilenmektedir (15).

Algılamayı etkileyen faktörlerin başlıcaları ise bireyin hizmet verildiği sıradaki ruhsal ve fiziksel sağlık durumu; tedaviye ihtiyaç olup olmaması, sağlık sorununun tedavi edilebilirliği, erken veya geç dönemde olması, hastanın kendisiyle ilgili kararlara katılma durumu ile kültürel özellikler ve yaşam tarzı şeklinde sıralanabilir (15).

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Hasta memnuniyeti sağlık bakım sürecinin bir çıktısıdır. Hastanın memnun olmaması durumunda, hizmetin kalitesi de tam olamamaktadır (22). Donebedian, hasta memnuniyetini "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlamıştır (23). Greeneich, Risser'in tanımına benzer şekilde hasta memnuniyetini hastanın beklentileri ile aldığı bakımın örtüşmesi olarak

tanımlamıştır. Konu ile ilgili diğer yayınlarda da hasta memnuniyeti buna benzer şekilde ifade edilmektedir (23).

Memnuniyetin sağlığa olumlu etkisi olduğu öne sürülmektedir (24). Hasta memnuniyeti için değişik tanımlamalar olmasına rağmen bugün için en uygun tanımlardan biri, hastanın tedavisi ve bakımı için beklentisinin veya daha fazlasının karşılanmasıdır (25).

Sağlık kurumlarının, hastaların hizmetlerden memnuniyeti üzerinde yoğunlaşmasını gerektiren bazı temel, özgül nedenler bulunmaktadır (26). Bunlar:

- İnsani boyut: Hastalar hassas durumdadırlar ve fiziksel, duygusal ve ekonomik durumları ile ilgili kaygılar bulunmaktadır.
- Etkililik boyutu: Memnun olana hizmet vermek daha kolay olmakta; hizmet daha etkili olmaktadır.
- Ekonomik boyut: İnsanların artık daha çok seçeneği bulunmaktadır. Tercih edilmek için hastayı ve yakınlarını da memnun etmek zorunludur.
- Pazarlama boyutu: Hizmet alan hastalar ve yakınları deneyimlerini başkalarına aktarmaktadırlar. Çalışmalar, insanların sağlık hizmeti konusundaki bilgilerini gittikçe artan oranda arkadaşlarından, yakınlarından, çevrelerinden aldığını ortaya koymaktadır (26).

Son iki boyut esas olarak özel sektör için büyük önem taşımaktadır. Hastalar memnun olmadığında hasta sayısında azalma ile karşı karşıya kalılabilmektedir (27). Sonuç itibarıyla, kalite ölçütü olarak hasta memnuniyetinin geçerliliğini tartışmanın gereksiz olduğu savunulmaktadır. Artıları ve eksileri ne olursa olsun, memnuniyete ilişkin bilginin kalite değerlendirilmesinde olduğu kadar, sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir (26).

### **2.2.6 Hasta Memnuniyetinin Boyutları**

Sadece genel memnuniyetin değerlendirilmesi, hangi konularda ve ne şekilde iyileştirmeler gerektiği konusunda bilgi vermediğinden yeterli görülmemektedir. Bu nedenle, hasta memnuniyeti farklı boyutlarda değerlendirilmektedir (28).

Bu konu üzerinde çalışan bazı araştırmacıları ve ele aldıkları boyutları, kronolojik olarak şu şekilde sıralamak mümkündür (Tablo 2. 1) (29):

**Tablo 2. 1 Hasta memnuniyetine ilişkin yapılmış çalışmalarda boyutlar**

Ley ve arkadaşları, 1967	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bilgilendirme</li></ul>
Korsch ve arkadaşları, 1968	<ul style="list-style-type: none"><li>• Genel memnuniyet</li></ul>
Hulka ve arkadaşları, 1975	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mesleki yetkinlik</li><li>• Hekimin kişisel nitelikleri</li><li>• Hizmetin maliyeti ve uygunluğu</li><li>• Hekimin davranışı</li></ul>
Ware ve arkadaşları, 1977	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hekimin davranışı</li><li>• Süreklilik ve uygunluk</li><li>• Ulaşılabilirlik</li></ul>
Wolf ve arkadaşları, 1978	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bilişsel boyut</li><li>• Davranışsal boyut</li><li>• Duygusal boyut</li></ul>
Feletti ve arkadaşları, 1986	<ul style="list-style-type: none"><li>• İletişim</li><li>• Bakım ve güven</li><li>• Profesyonel davranış ve tutumlar</li><li>• Teknik yeterlik</li><li>• Sırdaşlık (Hastanın derdine ortak olma)</li><li>• Hekime güvenme</li></ul>
Like ve Zyzanski, 1987	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tıbbi bilgi</li><li>• Psikososyal destek</li><li>• Terapotik dinleme</li><li>• Genel sağlıkla ilgili tavsiyeler</li><li>• Biyo-medikal tedavi</li></ul>
Greenfield ve Attkisson, 1989	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hekimin tavrı</li><li>• Hekimin bilgisi ve yetkinliği</li><li>• Genel memnuniyet</li><li>• Dinleme ve anlama yetisi</li><li>• Dikkatsizlik/kusursuz olma çabası</li><li>• Haklara saygı</li><li>• İyileşme</li></ul>
Güliz Elal Lawrence, 1996	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık personelinin tavrı ve bilgisi</li><li>• Psikolojik ve sosyal destek</li><li>• Genel memnuniyet</li><li>• İletişim ve fiziki şartlar</li></ul>

Mevcut meta-analizlerin muhtemelen en geniş kapsamlısı olan Hall ve Dornan'ın çalışmasının belirlediği 12 boyut ve her bir boyutun ele alındığı araştırmaların sayıları ve yüzdeleri aşağıda belirtilmiştir (Tablo 2. 2) (30). Burada görüldüğü üzere insancılık, bilgilendirme ve genel kalite, memnuniyetin %45'ini etkilemekte, olayın sonucu ve sürekliliği ise %2 gibi az bir oranda etkili olarak kalmaktadır (29).



**Tablo 2. 2 Bir meta-analizde saptanan memnuniyeti belirleyen boyutlar**

<b>BOYUTLAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
İnsancılık	143	18
Bilgilendirme	111	14
Genel kalite	100	13
Genel memnuniyet	96	13
Yetkinlik	95	13
Bürokrasi	61	8
Ulaşılabilirlik	59	8
Maliyet	40	5
Fiziksel koşullar	36	5
Sonuç	13	1
Süreklilik	10	1
Psikososyal destek	7	1
<b>TOPLAM</b>	<b>771</b>	<b>100</b>

Hall ve arkadaşları çalışmada, hasta memnuniyetinin teknik ve kişisel özelliklerden etkilendiğini belirtmişlerdir. Hastaya verilen bilgi miktarının, hekimin hasta ile daha uzun süre ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığını tespit etmişlerdir. Ayrıca genç hekimlerin, yaşlı hekimlere göre daha çok beğenildiğini ve memnun hastaların tedavilerine daha iyi uyum gösterdiklerini saptamışlardır (31, 32).

### **2.2.7 Birinci Basamakta Toplam Kalite Yönetimi**

Hizmetin başlangıcından itibaren her aşamada kalite standartlarının gerçekleştirilmesinden tüm çalışanlar sorumludur. İdeal olanı tam katılımın sağlanması, yani, alt kademelerden üst düzeylere kadar çalışmanın ve kalitenin sürekliliği ve yöneticilerin çalışanlara tam desteğidir. Sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmetin ön koşulları var olan kalite düzeyinin belirlenmesi, sürekli iyileştirilmesi, sorumluluk ve faaliyetlerin paylaşımı, personel ve hastaların memnuniyeti, toplumun bilinçlendirilmesi, işbölümü ve her aşamada, her alanda eğitimin sürekliliği olarak sayılabilir. TKY, bazı temel kavramlarla açıklanabilir (33):

- İşletmenin başarılı olabilmesi için satışı yapılmalı, bunun için bir alıcı olmalıdır.
- Tüketicilerin gereksinim ve beklentilerini bilmek, bunların zamanında ve doğru olarak karşılanabilmesi için gereklidir.
- Mal veya hizmet en düşük maliyetle en yüksek kalitede üretilmelidir.
- Hata ve fireler önlenerek verimlilik sürekli olarak artırılmalıdır.

TKY, kalite, müşteri ve süreç odaklı olmalı, tüm çalışanların katılımıyla devamlı olarak gelişmeli, üretim veya hizmetin elde edilmesindeki tüm aşamalarda, girdi ve kaynakların sürekli kontrolü yapılarak, insanları bilimsel bir şekilde geliştirmeli, topluma katkısı olmalı ve hataları daha oluşmadan önlemelidir (34).

TKY yaklaşımı, bilimseldir ve karar alma, sorun çözme, performansın ölçülmesi gibi faaliyetlerde verilerden yararlanmayı gerektirir. Bilimselliğin ve verilere dayalı olarak çalışmanın sağlık hizmetlerinde iyi bir hasta ve veri kayıt sistemini, yazılı kanıtlar getireceği açıktır. Kararların veri ve bilgiye dayandırılması, sorun çıkmasını önleyici kararlar alınması kaliteli bir sonuç için önemlidir. TKY uygulaması ayrıca takım çalışmasını ve çalışanın sürekli kendini geliştirmesini gerektirir. Bu da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için gerekli olan nitelikli doktor ve sağlık personeli demektir. Ayrıca birinci basamak ekibinin birlikte ve takım ruhuyla çalışması, sağlık hizmetlerinde devamlılığı sağlayacaktır. Çalışanların yazılı görev tanımlarının olması, bu konuda gelişebilecek karışıklıkları önler. Birimler arası engellerin ortadan kaldırılması ve bilgi alışverişinin kolaylaştırılması, basamaklar arası geri bildirim de kolaylaşması ve uygulanabilirliği anlaşılabilir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının boyutları olan klinik kalite, toplumun sağlık düzeyi ve sistemin bütünlüğüne olan güveni, sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik ve devamlılık, finansman, hizmet seçme serbestliğinin üst yönetimin de desteğiyle sağlanması, toplumun sağlık düzeyinde iyileşme ve gelişimle sonuçlanacaktır (35).

TKY'ne geçişte üst yönetimin desteği gereklidir (33, 35, 36, 37). Burada üst yönetim, devlet görevlileri olacaktır. Sağlık hizmetlerinde TKY öncelikli bir devlet politikası olmalıdır. Bu geçişin aynı anda tüm birimlerde uygulanması zordur. Bu nedenle pilot bölgeler seçilerek buradaki personelin eğitimiyle işe başlamak uygun olabilir. Sürecin uzun zaman alacağı bilinmelidir. Başka modellerden örnek almak yerine, kendi modelini yaratmaya gitmek daha kalıcı olacaktır. Kalite yönetim ekiplerinin kurulması, danışma ve denetim için yararlı olacaktır. TKY anlayışı, üstten

alta doğru anlaşılmaya ve benimsenmeye gerek duymaktadır (33, 37). Üst yönetimin önderliğinde alttan üste doğru gelişen bir hizmet sistemi kurulmalıdır. Öncesinde çalışanların ve hastaların istek ve gereksinimlerinin belirlenmesi gereklidir ve tüm bunlar çalışanların tümünün aktif katılımıyla, ekip anlayışı içinde yapılmalıdır. Hastalarla iyi iletişim kuran personel, personelinin her yönden destekleyen ve motive eden bir üst yönetim olmadan TKY'nin uygulanmasının zordur. TKY eğitimi de, yine üst yönetimden başlayarak verilirse özümsemesi kolay olacaktır (38).

### **2.2.8 Genel Pratisyenlik/ Aile Hekimliğinde Kalite**

Hastalar da sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için çok değerli katkılarda bulunabilirler. Hastalar iyi kalitenin ne olduğunu tanımlayabilir, sağlık hizmetinin sunumunu değerlendirebilir, kendi deneyimlerini aktarabilirler. Sağlık hizmetlerinin sunumunda katılımcı olarak kaliteyi daha doğrudan da yönlendirebilirler. Tüm bu nedenlerden dolayı hastalar için hizmetin hangi yönlerinin önemli, hangilerinin daha az önemli olduğunun bilinmesi hizmeti verenlerin göstereceği çabanın önceliğini belirlemede değerlidir, bu bilgiler sağlık hizmeti verenlerin hangi çabalarının hastaların istek ve ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vereceği konusunda onları bilgilendirir (39).

1994'de Wensing ve arkadaşları birinci basamaktaki hasta memnuniyeti ve kalitenin artırılması çalışmalarında, hastaların nadiren bu ölçütlerin belirlenmesinde fikir belirtebildiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine hastaların da bakış açısını değerlendirerek hizmet kalitesinin artırılabilmesi için geçerli ve güvenilir bir bilgi birikimi oluşturmak pek çok çalışmanın konusu haline gelmiştir (40).

Sağlık bakımının kalitesinin artırılmasında en üstün ölçüt hastaların sübjektif ve objektif açıdan ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilecek sağlık bakımının hangisi olduğunu bulmaktır. Hasta, günün sonunda verilen hizmetin sağlık durumunu ya da yaşam kalitesini artırmada başarılı olup olmadığını söyler. Bakımın sonuçları sadece sağlık kazanımları veya ihtiyaçların karşılanması açısından değil de, bakımın ulaşılabilirliği, hizmetin organizasyonu, hizmet sunanların davranışları, hastayı eğitebilme ve hastayla iletişim kurma becerileri açısından da önemlidir. Yöneticiler ve bakımı verenler arasında optimal bakımın tanımı ve sağlık bakımının kalitesinin geliştirilmesi açısından hastaların daha merkezi bir rol oynayabileceği ve oynaması gerektiği konusundaki dikkat giderek artmaktadır. Guadagnoli'nin 1998'deki hasta katılımıyla klinik karar verme konulu makalesinde belirttiği gibi, sağlık bakımının

kalitesinin geliştirilebilmesi için hastaların dâhil edilmesi sadece arzu edilen bir durum değil, aynı zamanda DSÖ'ne göre sosyal, ekonomik ve teknik bir gerekliliktir. Hasta merkezli bakım, hastalarla ortaklık, paylaşılmış karar verme yetkisi, hastanın sağlık durumu üzerindeki gücünün artırılması 1990'ların başından itibaren bilimsel açıdan kabul gören yeni kavramlar olmuşlardır. Hastalar önceye göre daha iyi bilgilendirilmekte, durumları hakkında gereken bakımın yapılabilmesi için uygulanan karar alma sürecinde çoğu zaman gerçek bir ortak gibi davranabilmektedirler. Bakım hizmetini verenlerin aksine hastaların süregelen bakımın koşulları hakkında önemli deneyimleri vardır, bu deneyimlerin paylaşılması bakımı verenler için çok değerli ve eğitici olabilir. Çoğu zaman hastaların, bakımı verenlerin bildiğinden farklı beklentileri, dilekleri ve öncelikleri vardır. Etkili bir bakım için bunların hesaba katılması çok önemlidir. Pek çok çalışmada gösterildiği gibi kolaylıkla yanlış yorumlanabilirler. Sonuç olarak hastaların, bakımın sonuçlarında genellikle payları vardır. Bakımdan elde edilmesi beklenen ve elde edilen sonuçlar büyük oranda hastayla ilişkili faktörlere ve hasta uyumuna bağlıdır (40).

### **2.2.9 Birinci Basamak Bakımı İçin Hasta Katılımının Yöntem Ve Modelleri**

Kalitenin iyileştirilmesi için hasta katılımını sağlayan değişik yöntemler bugün kullanımdadır. Bunlara örnek olarak; hasta hakları, şikâyet mekanizmaları, yasal takipler, memnuniyet araştırmaları ve hastayla iletişim becerilerinin geliştirilmesi için hekimlerin eğitimi gösterilebilir. Son zamanlarda hasta eğitim panelleri, video veya CD-ROM üzerinden interaktif eğitim, internet üzerinden bilgilendirme, e-posta yoluyla danışmanlık verme, hastaların tanı ve tedavi kararlarını alabilmesi için karar yardımcılarını yeni kullanılan metotlar olmuşlardır. Hasta katılımını artırma üzerine yürütülen çalışmaların etkinliği literatürde kısmen yer almasına rağmen konu hala emekleme aşamasındadır (40).

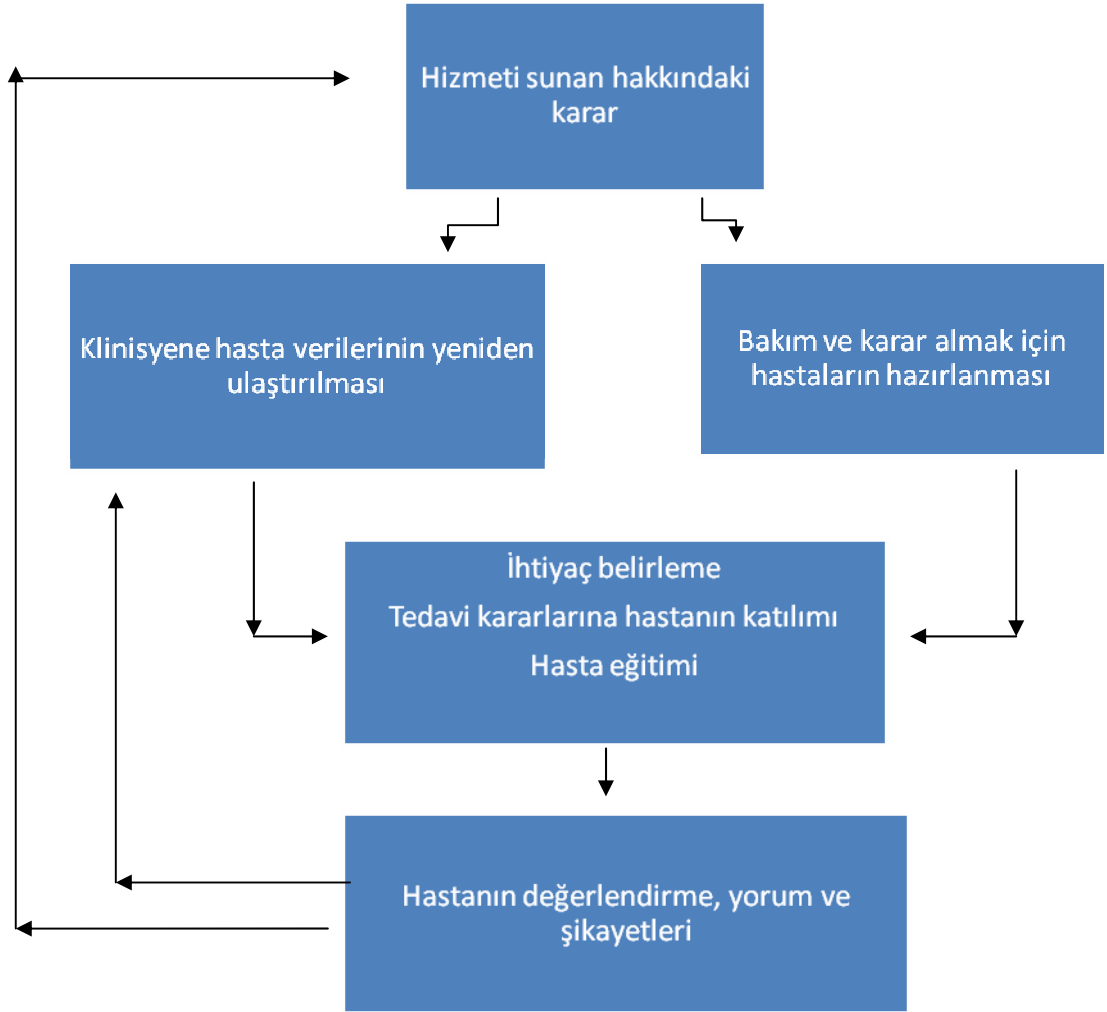
Bakımın iyileştirilmesi için hasta katılımını sağlayan model ve yöntemler değişik kategorilerde sınıflandırılabilir (40):

- Hastanın hangi basamakta sağlık bakımı alacağına karar vermesini etkileyen bilgilendirme kartları gibi yöntemler vardır.
- Hastaları ve bakımı verenleri görüşme esnasında alınabilecek kararlara hazırlayan yöntemler: Hastalar açısından eğitim materyalleri, interaktif video veya bilgisayar programları veya eğitilmiş personelle yapılacak olan kısa ön

görüşmeler hastaları nelerin tartışılacağına hazırlayabilir. Hastalara anket formu doldurarak potansiyel sorun ve beklentilerin tanımlanması, bunun hizmet sunucuya görüşme öncesi iletilmesi ile etkili sonuç alınabilmektedir. Örneğin, kronik hastalıklardaki mevcut yaşam kalitesinin durumu sorgulanarak daha işlevsel bir tedavi planı bulunabilir.

- Tanı sürecinde ve tedavi kararları alınırken hastanın aktif katılımını destekleyen yöntemler: Aile Hekimi görüşme esnasında paylaşılmış karar ilkesiyle seçenekleri hastaya sunar ve bunlar arasından seçim yaptırarak hastanın açık katılımını ister.
- Sonraki görüşmelerde bakımın kalitesini artırmak için uygulanabilecek yöntemler: Hasta veya hasta gruplarından alınan memnuniyet, yaşam kalitesi, mevcut sağlık durumu gibi verilerin, hastaların ilerideki bakımını planlamak için kullanılmasıdır.

Aile hekimlerinin hastaların ihtiyaç ve beklentilerine duyarlılığını artırmak bugün için önemli bir mücadeledir. Bunun için çok sayıda mülakatlar, odak grup toplantıları, araştırmalar yapılmaktadır. Bakım hizmetlerinin önceliklerinin hala pek çok yerde meslek çalışanları ve sağlık otoriteleri tarafından belirlendiği düşünülürse, hastaya öncelik veren tüm bu çalışmalar önemli bir basamaktır (40).



**Şekil 1: Bakımın iyileştirilmesi için hastaların katılımı (40)**

### **2.2.10 EUROPEP: Aile Hekimliğini Değerlendirmek İçin Uluslararası Standardize Edilmiş Bir Ölçüt**

EUROPEP ölçeği Avrupa'daki Aile Hekimliği bakımının sonuçlarının uluslararası bir karşılaştırmasını yapabilmek için geliştirilmiştir. Farklı sağlık sistemleri olan ülkeler arasındaki böyle bir kıyaslama sağlık politikaları üretenlere Avrupa'daki Birinci Basamak sistemlerinin geliştirilmesinde yardımcı olabilir. Aynı zamanda EUROPEP ölçeği hasta / tüketici örgütleri ve GP / AH'lerine eğitici geribildirim sağlaması için tasarlanmıştır. Bu geri bildirimler çalışanların, mesleki performansları ve bakım organizasyonlarının gelişimini sağlamaları için uyarıcı bir rol oynayabilir. 1995'te EUROPEP çalışmasının başlangıcında bir sürü onaylı ölçek bulunmasına rağmen uluslararası onaylanmış bir değerlendirme ölçeğinin eksikliği söz konusuydu.

EUROPEP projesi de değişik Avrupa ülkeleri arasında hasta değerlendirmelerinin bir kıyaslamasını yapabilmek için bir ölçek geliştirilmesini amaçlamıştı.

1995 – 1999 yılları arasında sekiz ülkenin temsilcileriyle oluşturulan bir çalışma grubu

EUROPEP ölçeğini geliştirmek ve test etmek amacıyla bir takım çalışmalar ve aktiviteler gerçekleştirdi. 1998 – 1999 yıllarını kapsayan son aşamada yedi farklı ülke daha bu projeye dâhil olmuşlardır. Pek çok uluslar arası kullanımı olan anket bir tek ülkede geliştirilmiş ve diğer dillere daha sonradan tercüme edilmiştir. Bu da kültür ve lisan kaynaklı sorunları doğurmuştur. EUROPEP’i yegâne yapan özelliği bu ölçeğin ilk baştan bu yana uluslar arası bir grup tarafından geliştirilmiş olmasıdır (40).

### **2.2.11 EUROPEP’ in Geçerliliği Ve Güvenilirliği Üzerine Kabuller**

EUROPEP ölçeği bazı özel kabuller üzerine kurgulanmıştır. Bu kabuller ölçeğin onay ve güvenilirliği üzerinde etki sahibidir. Ve yine bu kabuller EUROPEP projesi içindeki değişik çalışmalara rehberlik etmiştir (40).

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

### **2.2.12 EUROPEP’ in Geçerliliği Ve Güvenilirliği Üzerine Yapılan Çalışmalar**

1. Hasta öncelikleri ve ölçeğın geliştirilmesi için yapılan çalışmalar
2. Kalitatif pilot çalışma: Bu çalışma hastalar tarafından açık, anlaşılır ve uygun bir dille hazırlanmış soruları saptayabilmek için yapılmıştır.
3. Kantitatif pilot çalışma: Bu çalışma 1996 yılında yapılan EUROPEP grubu toplantısında aşağıdaki sorular ve düşüncelerle taslak üzerinde tartışma sağlamıştır.
  - Anket kaç sorudan oluşmalı, büyüklüğü ne olmalı?
  - 5’li Likert skalası uygun mu? Başka bir skalaya ihtiyaç var mı?
  - Pozitif ve negatif öğeler arasında denge var mı?
  - Kullanılan cümle kalıpları nasıl olmalıdır?

- Ölçek aile hekimliği üzerine mi yoksa aile hekimi üzerine mi odaklanmalı?
  - Zaman aralığı altı ay mı yoksa bir sene mi olmalı?
  - Bakımın kalitesi genelde nasıl değerlendirmeli?
  - Çalışan hakkında hangi özellikli sorular sorulmalı?
  - Açık uçlu soruların sayısı ve biçimi nasıl olmalı?
  - Eğitim, çalışma, hastalılar hakkında uluslar arası standardize sorular olabilir mi? Ankete bu sorular nasıl dâhil edilebilir? Sosyo-demografik veriler hakkında hangi sorular dâhil edilebilir?
  - Sağlık durumu veya yaşam kalitesi hakkında sorular eklenmeli mi? Ve hangileri eklenebilir?
4. Resmi çeviri prosedürü: İngilizce'deki kaynak versiyon önce üç bağımsız kişi tarafından ulusal dile tercüme edildi sonra bir uzlaşma toplantısı ile son hali oluşturuldu. Sonra farklı iki tercüman tarafından bu metin yeniden İngilizceye tercüme edilerek, EUROPEP araştırmacıları ve tercümanların uzlaşma toplantısı ile ankete son hali verildi.
  5. Geçerlilik çalışması: Bu çalışma, soruların her bir hasta ile ilgisini olduğu kadar çeşitli hastalar üzerindeki duyarlılığını da ölçmek için yapılmıştır. Sekiz ülkeden toplam 1008 kişinin katıldığı çalışma sonucu bazı soruların anket dışında bırakılmasına karar verilmiştir.
  6. Öğelerin nihai seçimi: Bu aktivitenin amacı sistematik ve tekrar edilebilir bir şekilde EUROPEP ölçeği içerisinde yer alacak nihai öğelerin seçimini yapabilmektir. Burada “kesin” ve “göreceli” terimleri ile sorular aldıkları puanların ölçeği etkilemesine göre sınıflandırılmış. Sonuç olarak nihai ankette 23 sorunun yer almasına karar verilmiştir.
  7. Nihai Geçerlilik: Psikometrik Çalışma: Bu çalışmadaki amaç, son çalışmada yer alan 23 sorunun psikometrik değerlendirmesinin yapılmasıdır. Sorular içeriğin geçerliliği (öğelere yanıt) ve güvenilirlik (içsel tutarlılık) yönünden değerlendirilmiştir.

Sonuçta; EUROPEP ölçeği, katılan ülkelerde bir seri çalışmalar yapılarak geliştirilmiştir. Sürecin pek çok noktasında EUROPEP grubunca yapılan çalışmalar ve tartışmaların neticesinde sorular değiştirilmiş veya çıkartılmıştır. Ölçeğin psikometrik



özelliklerinin değerlendirilmesi, değişik ulusal dillere resmi çevirilerinin yapılmasında, soruların son seçiminde yapılandırılmış prosedürler uygulanmıştır. Böylece EUROPEP, hastaların Avrupa'da Aile Hekimliğini değerlendirmesi için standardize, geçerli bir ölçek olmuştur (37).

### **2.2.13 Bakımın Değerlendirilmesi İçin EUROPEP Nasıl Kullanılır?**

EUROPEP ölçeği Aile Hekimliğinin kalitesini değerlendirmek için ve Aile hekimleri, hastalar ve değişik seviyelerdeki sağlık politikası belirleyenlerin konuyla ilişkili geribildirim sağlaması için oluşturulmuştur. EUROPEP projesi içindeki asıl ağırlık ölçeğin gelişimi ve geçerliliği üzerine olmuştur da projenin katılımcıları, Aile Hekimleri için hastalarının bakımı değerlendirmeleri ile ilgili geribildirim raporları hazırlamışlardır. Bu raporlar; sunulan bakım için geri bildirimler ve hastaların bakımın kalitesi üzerine bakışlarını yansıtmaktadır (40).

Bu çalışmaların ışığında, biz de ilimizdeki birinci basamak sağlık hizmetini kullanan hastalarımızın aldıkları hizmete yönelik kalite değerlendirmesini EUROPEP-TR kullanarak gerçekleştirmeyi amaçladık.

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Yeri**

Araştırmaya Etik Kurul onayı alındıktan sonra, kırsal ve kentsel sosyal özelliklerine göre rastlantısal olarak seçilen 1 no'lu, 6 no'lu, 7 no'lu, 15 no'lu sağlık ocakları ve Ondokuzmayıs Merkez Sağlık Ocağı'nda başlandı. Bu birinci basamak kuruluşlarında çalışan sekiz hekim çalışmaya katılmayı ve verdikleri sağlık hizmetinin hastalar tarafından değerlendirilmesini kabul etti, sekiz hekimden altısı hem sağlık ocağı hem de aile hekimliği uygulaması döneminde aynı yerde değerlendirildi, bir hekim Aile Hekimliği uygulamasına geçildiğinde uzmanlık sınavını kazanarak ayrıldı, bir hekim ise aile hekimliği uygulaması öncesinde sağlık ocağında çalışmadığı için sadece uygulama sonrasında çalışmaya katıldı. Aile Hekimliği uygulamasının altıncı ayında bu sağlık ocaklarının değişen isimleriyle Fatih Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Kadıköy ASM, Karşıyaka ASM, Çiftlik ve Ondokuzmayıs ASM'de çalışmanın ikinci kısmına devam edildi. Yani araştırma yeri olarak kullanılan binalar aynı binalardır, bu birimlerin uygulama öncesindeki adı Sağlık Ocağı, uygulama sonrasındaki adı Aile Sağlığı Merkezidir. Ölçeklerin uygulanması sırasında hastanın/ hasta yakınının bina içinde ayrı bir odada yalnız olması sağlandı.

#### **3.2 Araştırmanın Tipi**

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

#### **3.3 Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evreni Aralık 2006 ve Eylül 2007'de Samsun 1 no'lu, 6 no'lu, 7 no'lu, 15 no'lu Sağlık Ocakları, Ondokuz Mayıs Merkez Sağlık Ocağı ve değişen isimleriyle Fatih ASM, Kadıköy ASM, Karşıyaka ASM, Çiftlik ASM ve Ondokuz Mayıs ASM'de çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere başvuran tüm hastalardır.

#### **3.4 Araştırmanın Örnekleme**

Araştırma için herhangi bir örneklem seçimi yapılmamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden her hekimin o gün baktığı hastalardan, görüşmeyi kabul eden herkesle çalışma yapılmıştır.

#### **3.5 Araştırmanın Veri Kaynakları**

Veri toplamada araştırmacının literatürde birinci basamakta hasta memnuniyetine etkili demografik ve tıbbi faktörlerin yer aldığı çalışmalara uygun

olarak hazırlanmış olduğu kişisel bilgiler formu ile EUROPEP ölçeği Türkçe versiyonu kullanılmıştır (Ek 1, Ek 2). İlk bölümde hastaya ait 13 sorudan oluşan kişisel bilgiler formu doldurulmuştur. Bu formla kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, mesleği, çalışmakta olup olmadığı, yaşadığı yer ve o merkeze uzaklığı, bilinen sürekli hastalık varlığı, son bir yıldaki birinci basamak ve hastane başvuru sayısı, şu anki başvuru nedeni, öğrenim durumu ve sosyal güvencesi öğrenilmiştir. İkinci bölümde 23 sorudan oluşan EUROPEP-TR ölçeği kullanılmıştır.

EUROPEP-TR geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aktürk ve arkadaşları tarafından 2002'de gerçekleştirilmiştir (1). Önce 23 sorudan oluşan EUROPEP ölçeği beş ayrı araştırmacı tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ortaya çıkan metinler üzerinde bir uzlaşma toplantısı yapılmış ve yeni bir metin ortaya çıkarılmıştır. Bu metin, tercüme konusunda tecrübeli bir araştırmacı tarafından İngilizce'ye geriye tercüme edilmiştir. Orijinal metinle tercüme yeniden karşılaştırılmış ve son metin oluşturulmuştur. Türkçeleştirilmiş ölçek çeşitli şehirlerdeki araştırmacılar tarafından 1160 hastaya uygulanmıştır. Hastalar ölçekleri kendileri doldurmuş ve araştırmacılara teslim etmişlerdir. Ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için araştırmacıların konuyla ilgili görüşlerine başvurulmuş ve anket sorularının cevapsızlık oranlarına bakılmıştır. Bazı soruların cevapsızlık oranlarının beklenenden yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun kısmen ülkemizdeki sağlık kültüründen, kısmen de soruların yapısından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ölçeğin iç güvenilirliği için Cronbach alfa değeri 0.98 olarak hesaplanmıştır. Türkçeleştirilmiş EUROPEP ölçeğinin hastaların hekimi değerlendirmesinde uygun bir araç olduğu bulunmuştur (1).

### **3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli**

Araştırmanın birinci kısmı 1- 31 Aralık 2006'da 1 no'lu, 6 no'lu, 7 no'lu, 15 no'lu Sağlık Ocağı ve Ondokuz Mayıs Merkez Sağlık Ocağı'nda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ikinci kısmı da 1- 30 Eylül 2007 tarihleri arasında ve binaları aynı olmak koşuluyla bu sağlık ocaklarının değişen isimleriyle Fatih ASM, Kadıköy ASM, Karşıyaka ASM, Çiftlik ASM, Ondokuz Mayıs ASM'de uygulanmıştır.

Bu birinci basamak merkezlerinin (Sağlık Ocağı/ASM) çalışmaya katılmayı kabul eden sekiz hekiminden birine o gün başvuran kişilere poliklinikten çıkarken böyle bir çalışmada yer alıp almayacakları sorulmuş ve çalışmada yer almayı kabul eden tüm kişilerle görüşülmüştür. Günlük iş yoğunluğu haftanın farklı günlerinde değişebileceği

için birinci basamak sağlık kuruluşları (Sağlık Ocağı/ASM) haftanın beş günü, 8: 30-16: 00 saatleri arasında ziyaret edilmiştir. Görüşmeyi kabul eden her hasta/ hasta çocuksa hasta yakını ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin onamları alınarak, kişilerin sağlık çalışanlarıyla görüşme yaptıkları odadan uzak ve yalnız kalabilecekleri bir yerde soruları yanıtlamaları sağlanmıştır. Görüşmede kişilere araştırmanın içeriği anlatıldıktan sonra demografik verileri içeren form araştırmacı tarafından bizzat yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Kişilerden EUROPEP-TR'yi kendilerinin doldurması istenmiş, ölçeği okumakta ve soruları anlamakta güçlük çeken kişilerde ölçekler araştırmacı tarafından veya yardımla doldurulmuştur.

Aralık 2006'da 299 kişiyle, ve 1 Mart'ta başlayan Aile Hekimliği pilot uygulamasının altıncı ayına denk gelen Eylül 2007'de 281 olmak üzere toplam 580 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

### **3.7 Veri Analizi**

Uygulanan anketteki demografik veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences Version 12. 0) istatistik programına aktarılmış, bu veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiş, istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi ki-kare testiyle analiz edilmiştir.

EUROPEP formundaki değişkenlere hastalar tarafından verilen puanların ortanca, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmış, ortalamalar arasındaki istatistiksel farklılık bağımsız örneklem student-t testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupla uygulama sonrasındaki grubun değişkenleri bağımsız örneklem student-t testi, ki-kare ve gerekli durumda Mann-Whitney U testleriyle karşılaştırılmıştır. Korelasyon analizi yapılmıştır. Memnuniyet puanlarına etki eden faktörler için çapraz değerlendirmeler yapılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.8 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar**

Araştırma birinci basamakta yapıldığı için özellikle kırsal bölgelere gitmekte zorluklar yaşandı. Daha fazla zamana ihtiyaç duyuldu. Okuryazar olmayan ya da soruları anlamakta zorluk çeken kişilerin anketleri, araştırmacı tarafından sorular okunarak dolduruldu. Özellikle EUROPEP'in "kayıtların gizliliği" ile ilgili sorusu katılımcılar tarafından zor anlaşıldı ve gereksiz bir konu olarak algılandı.

### **3.9 Etik Konular**

1. Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı (Ek- 3).

2. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, 1 no'lu, 6 no'lu, 7 no'lu, 15 no'lu, Ondokuzmayıs Sağlık Ocakları ve aile hekimliği uygulaması sonrası değişen ismiyle ASM tabiplerinden sözlü ve yazılı izin alındı (Ek- 4, Ek- 6).

3. Çalışmadan önce araştırmaya katılmayı kabul eden her kişiye çalışma hakkında bilgi verildi ve gönüllüler için bilgilendirilmiş olur formu dolduruldu (Ek- 7).

### **3.10 Araştırmanın Takvimi**

Mayıs 2006'dan itibaren konu ile ilgili literatür taramasına başlandı. Hasta memnuniyeti ve EUROPEP ile ilgili araştırmalar toplandı. Kasım 2006'da Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden sözlü izin alındı. Aile hekimliği uygulaması sonrasında Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Araştırmanın birinci kısmı 1- 31 Aralık 2006 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın ikinci kısmı Samsun'da 1 Mart 2007'de başlayan aile hekimliği uygulamasının altıncı ayına denk gelen 1- 30 Eylül 2007 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### **3.11 Araştırmanın Bütçesi**

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

### **3.12 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:**

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

### **3.13 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:**

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

## 4. BULGULAR

### 4.1 Demografik Veriler

Çalışmaya 580 kişi alındı. Çalışmaya alınanların 191'i (% 32,9) erkek, 389'u (% 67,1) kadındı. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grup 299 (% 51,55) kişi uygulama sonrasındaki grup 281 (% 48,45) kişiden oluşmaktaydı. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grubun 200'ü kadın (% 66,9), 99'u (% 33,1) erkek, uygulama sonrasındaki grubun 189'u kadın (% 67,2) , 92'si (% 32,8) erkekti. İki grup arasında cinsiyet dağılımı açısından bir fark yoktu ( $p=0,930$ ).

Çalışmaya alınan kişilerin yaşları 1 ay- 88 yıl arasında değişmektedir. Yaş ortalaması  $31,18 \pm 20,14$ 'dür. Erkeklerin yaş ortalaması  $28,68 \pm 20,53$ , kadınların yaş ortalaması  $34,04 \pm 18,96$ 'dır. Uygulama öncesindeki grubun yaş ortalaması  $31,25 \pm 20,67$ , uygulama sonrasındaki grubun yaş ortalaması  $31,09 \pm 19,59$  idi. Aile hekimliği öncesi ve sonrasındaki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,928$ ).

Kişilerin medeni durumları incelendiğinde grubun tümünde 319 (% 55,00) kişinin evli, 238 (% 41,00) kişinin bekar, 7 (% 1,20) kişinin boşanmış, 16 (% 2,80) kişinin eşinin ölmüş olduğu saptanmıştır. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grubun 163'ü (%54,52) evli, 127'si (%42,48) bekar, 3'ü (%1,00) boşanmış, 6'sının (%2,00) eşi ölmüşken, uygulama sonrasındaki grubun 156'sı (%55,52) evli, 111'i (%39,51) bekar, 4'ü (%1,41) boşanmış ve 10'unun (%3,56) eşi ölmüştü. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki ve sonrasındaki grupların medeni durumlarının dağılımı incelendiğinde her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,61$ ).

254 (%43,8) kişinin çocuğunun olmadığı, 326 (% 56,2) kişinin ise en az bir çocuğunun olduğu bulunmuştur. Çocuklarının yaş ortalaması  $2,65 \pm 1,49$  idi. Minimum 1, maksimum 8 çocukları vardı. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki hasta grubunun çocuk sayısı ortalama  $2,78 \pm 1,59$  iken, uygulama sonrasındaki grubun çocuk sayısı  $2,51 \pm 1,36$  idi. İki grup arasında çocuk sayısı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,11$ ).

Kişilerin meslek durumlarının sorgulanması sonucu 234 (% 40,30) kişinin ev hanımı, 215 (% 37,0) kişinin çocuk ve/veya öğrenci, 86 (% 14,90) kişinin çalışan

(memur, işçi ve serbest) ,45 (% 7,80) kişinin emekli olduğu saptanmıştır. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grubun 130'u ev hanımı (% 43,48), 110'u (% 36,79) çocuk ve öğrenci, 39'u (% 13,04) çalışan, 20'si (% 6,69) emekli iken, uygulama sonrasındaki grubun 104'ü (% 37,02) ev hanımı, 105'i (% 37,37) çocuk ve öğrenci, 47'si (% 16,72) çalışan, 25'i (% 8,89) emekli idi. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki ve sonrasındaki grupların mesleklerinin dağılımı karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,082$ ).

Kişilerin yaşadıkları yerler sorgulandığında 509 (% 87,5) kişinin Samsun ili merkezinde, 71 (% 12,5) kişinin ise Samsun ili dışındaki bir ilde, Samsun ilçe ve köylerinde yaşadığı saptanmıştır. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta kişilerin yaşadığı yerin sağlık merkezine uzaklığı ortalama  $3,10 \pm 0,42$  kilometre iken, uygulama sonrasındaki grupta  $0,76 \pm 0,61$  kilometre idi ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ( $p=0,001$ ).

Bireylerin 235'inin (% 40,5) bilinen herhangi bir hastalığı mevcut iken, 345 (% 59,5) kişinin bilinen herhangi bir hastalığının olmadığı bulunmuştur. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki 127 (%42,47) kişide daha önceden bilinen bir hastalık mevcut iken, 172 (%57,53) kişinin önceden bilinen bir hastalığı yoktu. Uygulama sonrasında 108 (%38,43) kişinin bilinen bir hastalığı mevcut iken, 173 (% 61,57) kişinin bilinen herhangi bir hastalığı yoktu. Bilinen hastalık varlığı açısından her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,182$ ).

Son bir yıl içinde 570 (% 98,28) kişi en az bir kez birinci basamak veya ikinci ya da üçüncü basamak tedavi kuruluşlarından birine başvuru yapmıştır. Herhangi bir sağlık kuruluşuna son bir yıl içinde başvuru sayısı  $9,58 \pm 6,66$  olup, en fazla 53 kez (50'si birinci basamak, 3'ü devlet hastanesi) başvurusu olan bir olguya rastlandı. Toplam 119 kişi son bir yıl içinde ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşuna hiç başvurmamıştır. 174 (% 30,0) kişi herhangi bir sağlık kuruluşuna yılda 12 seferden fazla sayıda başvuru yapmıştır. Tüm grupta birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru ortalaması  $6,32 \pm 4,79$ , ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru ortalaması  $4,19 \pm 3,53$  saptanmıştır. Aile hekimliği uygulaması öncesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına son bir yıl içinde yapılan başvuru sayısı ortalama  $5,87 \pm 4,28$ , aile hekimliği uygulaması sonrasındaki grupta  $6,78 \pm 5,22$  idi. Aile hekimliği uygulaması öncesi ve sonrasındaki gruplarda birinci basamağa başvuru

sayısındaki artış istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $p=0,022$ ). Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grubun son bir yıl içindeki hastane başvuru ortalaması  $3,98 \pm 4,20$  iken, uygulama sonrası grubun hastane başvurusu  $4,38 \pm 2,78$  idi, iki grubun hastane başvuru sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,23$ ).

Rahatsızlık şikayetiyle 304 (% 52,4) kişi, ilaç yazdırmak için 123 (% 21,2) kişi, kontrol nedeniyle 90 (% 15,5) kişi, diğer nedenlerden (tetkik gibi) 35 (% 6,0) kişi, eski bir sağlık sorunu nedeniyle 15 (% 2,6) kişi, 9 (% 1,6) kişi aşı nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmuştu. Dört kişi başvuru nedenini açıklamadı. Aile Hekimliği uygulaması öncesinde başvuran 299 kişinin 64'ü (% 21,4), sonrasında başvuran 281 kişinin 59'u (% 21,0) ilaç yazdırmak için gelmişti. Aile hekimliği uygulamasının öncesindeki grupta 191 (% 81,27) kişi yeni bir rahatsızlık, 31 (% 13,19) kişi kontrol, 2 (% 0,85) kişi aşı yaptırmak amacıyla, 11 (% 4,68) kişi diğer nedenlerle gelmişti, bu grupta eski sorun nedeniyle başvuruya rastlanmamıştır. Uygulama sonrasındaki grupta 113 (% 40,21) kişi yeni bir rahatsızlık, 15 (% 5,34) kişi eski bir sorun, 59 (% 20,99) kişi kontrol, 7 (% 2,49) kişi aşı yaptırmak için ve 24 (% 8,5) kişi diğer nedenlerle başvurmuştu. Aile hekimliği uygulaması sonrasında kontrol sayısında, eski sorun nedeniyle başvuruda ve aşı başvurusundaki artış istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $p=0,001$ ). Aşı ve eski sorun nedeniyle başvuru sayılarının 30'un altında olması nedeniyle anlamlılık Mann-Whitney U testi ile yeniden araştırıldı ve istatistiksel anlamlılık saptandı ( $p=0,001$ ).

Toplam 580 kişinin 193'ünün çocuk ve ilköğretim düzeyinde öğrenci olduğu saptanmıştır. Kalan 387 kişinin öğrenim durumu sırasıyla şöyledir; 36'sı (% 6,2) okuryazar değil, 30'u (% 5,2) okuryazar, 163'ü (% 28,1) ilkokul mezunu, 65'i (% 11,2) ortaokul mezunu, 26'sı (% 4,5) lise mezunu, 67'si (% 11,6) üniversite mezunudur.

Aile hekimliği uygulaması öncesinde 99 (% 33,11) kişinin, sonrasında 94 (% 33,45) kişinin, çocuk ve ilköğretim düzeyinde öğrenci olduğu saptanmıştır. Aile hekimliği uygulaması öncesinde 19'u (% 6,36) okuryazar değil, 17'si (% 5,69) okuryazar, 83'ü (% 27,76) ilkokul mezunu, 36'sı (% 12,04) ortaokul mezunu, 14'ü (% 4,68) lise mezunu, 31'i (% 10,36) üniversite mezunuydu. Aile hekimliği uygulaması sonrası 17'si (% 6,05) okuryazar değil, 13'ü (% 4,63) okuryazar, 80'i (% 28,47) ilkokul mezunu, 29'u (% 10,32) ortaokul mezunu, 12'si (% 4,27) lise mezunu, 36'sı (% 12,81)



üniversite mezunuydu. Aile hekimliği uygulaması öncesi ve sonrasındaki gruplar arasında eğitim durumunun dağılımı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p= 0,08$ ).

Tüm gruptaki bireylerin 9'unun (% 1,6) sağlık güvencesi yokken, 337 (% 58,1) kişi SSK'lı, 92 (% 15,9) kişi emekli sandığı, 77 (% 13,3) kişi Bağ-kur, 65'i (% 11,2) yeşil kartlı idi. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grubun 181'inin (% 60,50) sağlık güvencesinin SSK, 36'sının (% 12,00) emekli sandığı, 30'unun (%10,00) Bağ-kur, 46'sının (% 15,40) yeşil kart olduğu, 6'sının (% 2,00) sağlık güvencesiz olduğu saptandı. Aile hekimliği uygulaması sonrasındaki grubun 156'sı (% 55,50) SSK'lı, 56'sı (% 19,90) emekli sandığı, 47'si (% 16,70) Bağ-kur, 19'u (% 6,80) yeşil kart güvencesine sahipken 3'ünün (% 1,10) sosyal güvencesi yoktu. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupla, uygulama sonrasındaki grubun sosyal güvence dağılımı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p= 0,001$ ).

Grubun tamamının sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de özetlenmiştir.

**Tablo 4.1 Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri**

Özellikler	Toplam		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	191	32,9
	Kadın	389	67,1
Medeni durum	Evli	319	55,0
	Bekar	238	41,0
	Eşi ölmüş	16	2,8
	Boşanmış	7	1,2
	Ev hanımı	234	40,3
Meslek	Çocuk ve Öğrenci	215	37,0
	Çalışan	86	14,9
	Emekli	45	7,8
	Samsun ili	509	87,5
Yaşanan yer	Samsun il dışı	71	12,5
	Bilinen hastalık	Var	235
Yok		345	59,5
Başvuru nedeni	Rahatsızlık	304	52,4
	İlaç yazdırma	123	21,2
	Kontrol	90	15,5
	Diğer	35	6,0
	Eski sağlık sorunu	15	2,6
	Aşı	9	1,6
Öğrenim durumu	Çocuk ve öğrenci	193	33,2
	Okur-yazar değil	36	36,0
	Okur- yazar	30	5,2
	İlkokul mezunu	163	28,1
	Ortaokul	65	11,2
	Lise	26	4,5
	Üniversite	67	11,6
Sağlık güvencesi	Yok	9	1,6
	SSK	337	58,1
	Emekli Sandığı	92	15,9
	Bağ-Kur	77	13,3
	Yeşilkart	65	11,2

## **4.2 EUROPEP İle İlgili Veriler**

Genel olarak tüm grupta en yüksek ve en düşük puan verilen sorular incelendi. En yüksek puan verilen sorular “sizi dinlemesi, sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması, sizin özel durumunuzla ilgilenmesi” idi. En düşük puan verilen sorular ise “doktorunuza ve merkeze telefonla ulaşabilmeniz ve size uygun zamanda randevu alabilmeniz” idi. Puanların frekans dağılımı Tablo 4.2’de sunulmaktadır.

**Tablo 4. 2 EUROPEP-TR Sorularına verilen puanların frekans dağılımı**

<b>EUROPEP Soruları</b>	<b>1 (n, %)</b>	<b>2 (n,%)</b>	<b>3 (n, %)</b>	<b>4 (n,%)</b>	<b>5 (n,%)</b>
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	3(0,5)	6(1,0)	81(14,0)	195(33,6)	291(50,2)
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	1(0,2)	5(0,9)	67(11,6)	191(32,9)	312(53,8)
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	1(0,2)	7(1,2)	56(9,7)	196(33,8)	314(54,1)
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	5(0,9)	11(1,9)	76(13,1)	182(31,4)	295(50,9)
Sizi dinlemesi	1(0,2)	5(0,9)	53(9,1)	190(32,8)	325(56,0)
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	1(0,2)	22(3,8)	78(13,4)	161(27,8)	300(51,7)
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	2(0,3)	15(2,6)	107(18,4)	178(30,7)	258(44,5)
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	3(0,5)	15(2,6)	94(16,2)	193(33,3)	258(44,5)
İşini tam yapması	5(0,9)	3(0,5)	65(11,2)	214(36,9)	286(49,3)
Sizi muayene etmesi	34(5,9)	26(4,5)	78(13,4)	157(27,1)	275(47,4)
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	64(11,0)	37(6,4)	78(13,4)	150(25,9)	236(40,7)
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	52(9,0)	33(5,7)	76(13,1)	159(27,4)	253(43,6)
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	19(3,3)	21(3,6)	91(13,7)	178(30,7)	266(45,9)
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	16(2,8)	29(5,0)	138(23,8)	164(28,3)	216(37,2)
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	13(2,2)	21(3,6)	115(19,8)	175(30,2)	242(41,7)
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	15(2,6)	23(4,0)	113(19,5)	157(27,1)	241(41,6)
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	151(26,0)	77(13,4)	110(19,0)	107(18,4)	115(19,8)
Doktor dışı personelin yardımı	21(3,6)	21(3,6)	108(18,6)	214(36,9)	187(32,2)
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	249(42,9)	60(10,3)	100(17,2)	101(17,4)	64(11,0)
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	244(42,1)	60(10,3)	106(18,3)	99(17,1)	64(11,0)
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	252(43,4)	48(8,3)	101(17,4)	118(20,3)	53(9,1)
Bekleme odasında harcadığınız zaman	25(4,3)	63(10,9)	228(39,3)	167(28,8)	91(15,7)
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	273(47,1)	95(16,4)	97(16,7)	60(10,3)	43(7,4)

EUROPEP'in 23 sorusunu literatüre uygun olarak dört ana başlık altında değerlendirdiğimizde altı soru hekim-hasta iletişimi ile ilgili idi (Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, sizi dinlemesi, görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi, sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması, tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması). Dört soru bilgilendirme ve destekle ilgiliydi (Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması, şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi, tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması, sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması). Beş soru tıbbi- teknik bakımla ilgiliydi (Sizi muayene etmesi, işini tam yapması, günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi, şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi, hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler). Sekiz sorunun organizasyonla ilgili olduğunu (Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması, doktor dışı personelin yardımı, uygun zamanlara randevu alabilmeniz, sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz, doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz, bekleme odasında harcadığınız zaman, uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda hazırlaması, önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi) saptanmıştır. Bu gruplara dört ve beş puan veren olguları ayrıca değerlendirdik (Tablo 4. 3).

**Tablo 4. 3 EUROPEP-TR Sorularına 4- 5 puan verenlerin ana başlıklara göre dağılımı**

<b>İletişim</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	502	88,2
Sizi dinlemesi	515	89,7
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	486	84,4
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	510	88,8
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	477	83,8
<b>Bilgi ve destek</b>		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	412	71,9
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	444	77,3
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	417	73,7
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	380	67,5
<b>Tıbbi-teknik bakım</b>		
Sizi muayene etmesi	433	75,9
İşini tam yapması	500	87,2
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	451	80,1
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	436	77,9
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	386	68,3
<b>Organizasyon</b>		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	103	18,2
Doktor dışı personelin yardımı	401	72,7
Bekleme odasında harcadığımız zaman	258	45,0
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	222	39,6
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	398	72,5
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	163	28,5
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	171	29,9
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	165	28,7

EUROPEP'in tüm sorularına verilen yanıtların puan ortalamaları Aile Hekimliği uygulaması öncesi ve sonrası puanlar kıyaslanarak karşılaştırıldı (Tablo 4. 4).

Yedi soruya verilen yanıtların puan ortalamaları aile hekimliği uygulaması sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde artmıştı. Bu sorular: Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması, uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda hazırlama, uygun zamanlara randevu alabilme, sağlık merkezine telefonla ulaşabilme, doktora telefonla ulaşabilme, bekleme odasında harcadığınız zaman, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması (Tablo 4. 4).

Beş soruya verilen yanıtların puan ortalamaları aile hekimliği uygulaması sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde azalmıştı. Bu sorular: Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi, tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması, sizi dinlemesi, kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, işini tam yapması (Tablo 4. 4).

**Tablo 4. 4 Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi ve Sonrasında Puanların Karşılaştırılması**

EUROPEP Soruları	Zaman	Ortalama	Standard Deviasyon	P değeri
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Önce	4,42	0,78	0,060
	Sonra	4,24	0,80	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Önce	4,50	0,70	0,010
	Sonra	4,30	0,77	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Önce	4,47	0,71	0,053
	Sonra	4,36	0,75	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Önce	4,42	0,80	0,033
	Sonra	4,22	0,88	
Sizi dinlemesi	Önce	4,56	0,64	0,001
	Sonra	4,34	0,77	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Önce	4,52	0,73	0,000
	Sonra	4,08	0,95	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Önce	4,20	0,90	0,903
	Sonra	4,21	0,84	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Önce	4,23	0,91	0,705
	Sonra	4,20	0,80	
İşini tam yapması	Önce	4,41	0,79	0,046
	Sonra	4,28	0,74	
Sizi muayene etmesi	Önce	4,04	1,32	0,548
	Sonra	4,11	0,96	

Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	Önce	3,70	1,52	0,056
	Sonra	3,92	1,13	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Önce	3,61	1,51	0,000
	Sonra	4,26	0,83	
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Önce	4,10	1,15	0,559
	Sonra	4,17	0,88	
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Önce	3,94	1,15	0,950
	Sonra	3,96	0,94	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Önce	4,10	1,08	0,514
	Sonra	4,06	0,89	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Önce	4,07	1,11	0,903
	Sonra	4,07	0,94	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Önce	2,32	1,56	0,000
	Sonra	3,56	1,11	
Doktor dışı personelin yardımı	Önce	3,88	1,11	0,078
	Sonra	4,03	0,91	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Önce	1,42	0,99	0,000
	Sonra	3,50	1,06	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Önce	1,52	1,17	0,000
	Sonra	3,44	1,00	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Önce	1,44	1,05	0,000
	Sonra	3,49	0,99	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Önce	3,31	1,12	0,021
	Sonra	3,52	0,89	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Önce	1,56	1,20	0,000
	Sonra	2,73	1,16	

Memnuniyet puanlarının yaşla ilişkisi araştırıldığında, tüm grupta sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması ( $p=0,043$ ), sizi dinlemesi ( $p=0,003$ ) soruları dışında yaş ile memnuniyet puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta sizi dinlemesi ( $p=0,025$ ), muayene etmesi ( $p=0,013$ ), tetkik ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ( $p=0,008$ ) sorularına yaşlılar daha yüksek puanlar vermişti. Uygulama sonrasındaki grupta sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması ( $p=0,003$ ), işini tam yapması ( $p=0,000$ ), tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ( $p=0,001$ ), önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ( $p=0,005$ ) olmak üzere dört soruda verilen puanlar yaş arttıkça artmaktaydı.



Memnuniyet puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği araştırıldığında yeterli zamanı olduğunu hissettirme, sorunları söylemeyi kolaylaştırma, önceki görüşmeleri hatırlaması sorularına kadınlar tarafından verilen puanların istatistiksel açıdan anlamlı olarak erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 5).

**Tablo 4. 5 Cinsiyetin Hasta Memnuniyetine Etkisi**

EUROPEP Soruları	Cinsiyet	Ortalama	Standart Deviasyon	p-değeri
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Erkek	4,23	0,79	0,03
	Kadın	4,38	0,79	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Erkek	4,31	0,76	0,32
	Kadın	4,45	0,73	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Erkek	4,38	0,74	0,03
	Kadın	4,44	0,72	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Erkek	4,22	0,90	0,32
	Kadın	4,37	0,81	
Sizi dinlemesi	Erkek	4,42	0,72	0,48
	Kadın	4,46	0,70	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Erkek	4,26	0,90	0,34
	Kadın	4,34	0,85	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Erkek	4,13	0,84	0,16
	Kadın	4,24	0,88	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Erkek	4,17	0,89	0,30
	Kadın	4,25	0,84	
İşini tam yapması	Erkek	4,32	0,72	0,47
	Kadın	4,37	0,79	
Sizi muayene etmesi	Erkek	4,09	1,08	0,62
	Kadın	4,07	1,19	
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	Erkek	3,86	1,31	0,53
	Kadın	3,78	1,36	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Erkek	3,86	1,29	0,39
	Kadın	3,95	1,26	
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Erkek	4,17	0,98	0,54
	Kadın	4,11	1,05	
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Erkek	3,95	1,06	0,96
	Kadın	3,95	1,04	

Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Erkek	4,06	1,00	0,69
	Kadın	4,09	0,99	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Erkek	3,93	1,10	0,02
	Kadın	4,14	0,98	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Erkek	3,04	1,48	0,19
	Kadın	2,87	1,50	
Doktor dışı personelin yardımı	Erkek	3,89	1,07	0,30
	Kadın	3,99	0,98	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Erkek	2,48	1,44	0,55
	Kadın	2,54	1,49	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Erkek	2,39	1,44	0,25
	Kadın	2,56	1,47	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Erkek	2,36	1,44	0,10
	Kadın	3,36	1,04	
Bekleme odasında harcadığımız zaman	Erkek	3,44	1,01	0,41
	Kadın	2,22	1,31	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Erkek	2,08	1,32	0,26
	Kadın	2,40	1,47	

Cinsiyetin memnuniyet üzerine etkisi aile hekimliği uygulaması öncesi ve sonrasındaki gruplarda ayrıca değerlendirildi. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta 23 sorudan 22 sorunun ortalamaları açısından cinsiyetler arasında bir fark saptanmadı. Doktora telefonla ulaşmak sorusunun kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak erkeklerden düşük olduğu saptandı ( $1,32 \pm 0,86$ 'ye karşılık  $1,68 \pm 1,32$  ve  $p=0,006$ ).

Aile hekimliği uygulaması sonrasındaki grupta cinsiyetin memnuniyet üzerine etkisi değerlendirildi. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi ( $4,06 \pm 0,79$ 'a karşılık  $4,32 \pm 0,78$ ,  $p=0,012$ ), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ( $4,09 \pm 0,78$ 'e karşılık  $4,40 \pm 0,74$ ,  $p=0,002$ ), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması ( $4,18 \pm 0,81$ 'e karşılık  $4,44 \pm 0,70$ ,  $p=0,007$ ), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ( $4,03 \pm 0,95$ 'e karşılık  $4,29 \pm 0,83$ ,  $p=0,019$ ), sizi dinlemesi ( $4,19 \pm 0,82$ 'ye karşılık  $4,41 \pm 0,73$ ,  $p=0,029$ ), şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi ( $4,05 \pm 0,83$ 'e karşılık  $4,29 \pm 0,83$ ,  $p=0,030$ ), işini tam yapması ( $4,14 \pm 0,74$ 'e karşılık  $4,35 \pm 0,73$ ,  $p=0,027$ ), önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ( $3,87 \pm 0,97$ 'ye karşılık  $4,16$

$\pm 0,92$ ,  $p=0,017$ ) sorularına kadınların verdiği puanlar erkeklerin puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek bulundu. Diğer soruların puan ortalamaları cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermiyordu.

Kişilerin medeni durumlarının memnuniyete etkisini araştırdığımızda, tüm grupta dört soru (sizi muayene etmesi, doktor dışı personelin tutumu, merkeze telefonla ulaşabilmeniz, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması) dışında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptayamadık.

Medeni durumun memnuniyete etkisi aile hekimliği uygulaması öncesindeki ve sonrasındaki grupta araştırıldı. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta doktor dışı personelin tutumu ( $p=0,000$ ), doktora telefonla ulaşmanız ( $p=0,007$ ) sorularının medeni durumla ilgisi saptanmış olup, evliler daha yüksek puanlar vermişlerdi. Aile hekimliği uygulaması sonrasındaki grupta ise sizi muayene etmesi ( $p=0,043$ ), merkeze telefonla ulaşabilmeniz ( $p= 0,014$ ), acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ( $p= 0,037$ ) sorularına evliler daha yüksek puanlar vermişlerdi. Diğer sorular açısından medeni durumla istatistiksel açıdan anlamlılık gösterebilecek bir ilişki saptanmadı.

Tüm grupta, aile hekimliği uygulaması öncesinde ve sonrasında sahip olunan çocuk sayısı ile memnuniyet arasında herhangi bir soruda istatistiksel anlamlılık gösteren bir ilişki saptanmadı.

Çalışmada yaşanan yerin sağlık kuruluşuna uzaklığı ve bu uzaklığın hasta memnuniyetine etkisi araştırıldı. Bu uzaklık kişilere kilometre üzerinden soruldu, anketteki yaşanan yer sorusuna alınan yanıt bilgisiyle doğrulandı. Aile hekimliği uygulaması öncesinde yaşanan yerin sağlık kuruluşuna uzaklığı  $3,10 \pm 0,42$  (0,1- 50) km iken, uygulama sonrasında bu mesafe  $0,76 \pm 0,61$  (0,1- 5) km olmuştu ( $p=0,001$ ). Uzak veya kısa mesafe kavramı araştırmanın başında standart olarak belirlenmemişti. Ancak aile hekimliği uygulaması sonrasında bu mesafenin, tüm kişilerin yaşadığı yere en yakındaki doktora kaydedilmesi nedeniyle bir kilometrenin altına düştüğü saptandı. Bu nedenle, herhangi bir vasıta kullanmadan yürüyerek ulaşılacak mesafe araştırmacılar tarafından bir kilometre olarak kabul edildi. Kısa ve uzak mesafenin memnuniyete etkisi araştırıldığında; test ve tedavileri açıklaması, sevk konusunda bilgilendirme, randevu alabilme, merkeze telefonla ulaşma, doktora telefonla ulaşma, acil hizmet sunma sorularında uzak mesafe dediğimiz  $>1$  km olanlarda memnuniyet istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 4.6).

**Tablo 4. 6 Yaşanılan Yerin Sağlık Kuruluşuna Uzaklığının Memnuniyete Etkisi**

<b>EUROPEP Soruları</b>	<b>Mesafe</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Deviasyon</b>	<b>p-değeri</b>
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	<1 km	4,29	0,80	0,44
	>1 km	4,35	0,78	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	<1 km	4,40	0,74	0,79
	>1 km	4,42	0,71	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	<1 km	4,42	0,73	0,89
	>1 km	4,41	0,73	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	<1 km	4,33	0,85	0,82
	>1 km	4,31	0,78	
Sizi dinlemesi	<1 km	4,47	0,71	0,40
	>1 km	4,41	0,71	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	<1 km	4,38	0,85	0,01
	>1 km	4,15	0,89	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	<1 km	4,21	0,87	0,90
	>1 km	4,22	0,84	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	<1 km	4,20	0,87	0,56
	>1 km	4,25	0,81	
İşini tam yapması	<1 km	4,32	0,81	0,59
	>1 km	4,37	0,66	
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında Sizi muayene etmesi istediğimiz bilgileri vermesi	≤1 km	3,93	1,27	0,27
	≥1 km	4,08	0,99	
Sağlık durumunuza bağlı fiziksel sorunlarla başa çıkmanızda yardımcı olması	≤1 km	3,94	1,30	0,89
	>1 km	3,96	0,95	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olmasını amaçlarını açıklaması	≤1 km	3,97	1,45	0,68
	>1 km	4,06	0,90	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve		3,99	1,08	0,11

söylediklerini bilmesi	<1 km			
	>1 km	4,15	0,95	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	<1 km	2,66	1,53	0,00
	>1 km	3,21	1,37	
Doktor dışı personel yardımı	<1 km	3,93	1,01	0,32
	>1 km	4,03	0,97	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	<1 km	2,01	1,37	0,00
	>1 km	2,97	1,41	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	<1 km	2,08	1,43	0,00
	>1 km	2,90	1,36	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	<1 km	2,03	1,41	0,00
	>1 km	2,99	1,36	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	<1 km	3,35	1,08	0,47
	>1 km	3,42	0,99	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	<1 km	1,97	1,35	0,02
	>1 km	2,29	1,27	

Aile hekimliği uygulaması öncesi ve sonrasındaki grupta yaşanan yerin sağlık merkezine uzaklığı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki ayrıca değerlendirildi. Uygulama öncesindeki grupta önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ( $p= 0,001$ ), doktor dışı personelin yardımı ( $p=0,001$ ), merkeze telefonla ulaşabilmeniz ( $p=0,000$ ), doktora telefonla ulaşabilmeniz ( $p=0,000$ ), acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ( $p=0,000$ ) sorularına verilen yanıtların puanları mesafe azaldıkça artmaktaydı. Aile hekimliği uygulaması sonrasındaki grupta mesafenin memnuniyetin hiçbir değişkeniyle istatistiksel bir ilişkisi saptanmadı.

Bilinen bir hastalık ile memnuniyet arasındaki istatistiksel ilişkiyi değerlendirdik. Görüşmeler sırasında yeterli zamanın olduğunu hissettirmesi, özel durumla ilgilenmesi, sorunları söylemeyi kolaylaştırması, kararlara katması, dinlemesi, önceki görüşmeleri hatırlaması, doktor dışı personelin yardımı sorularında bilinen hastalığı olanların verdikleri puanlar anlamlı derecede yüksekti. Muayene etme, merkezi telefonla arayabilme, acil hizmet sunma, randevu verme sorularında bilinen hastalığı olmayanların verdikleri puanlar yüksekti (Tablo 4. 7).

**Tablo 4. 7 Bilinen Hastalığın Hasta Memnuniyetine Etkisi**

<b>EUROPEP Soruları</b>	<b>Bilinen hastalık</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Deviasyon</b>	<b>p-değeri</b>
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Yok	4,2682	0,8081	0,03
	Var	4,4163	0,7617	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Yok	4,3430	0,7665	0,02
	Var	4,4914	0,6900	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Yok	4,3449	0,7662	0,00
	Var	4,5328	0,6590	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Yok	4,2287	0,8714	0,00
	Var	4,4561	0,7756	
Sizi dinlemesi	Yok	4,3830	0,7441	0,00
	Var	4,5517	0,6493	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Yok	4,3075	0,8430	0,90
	Var	4,3172	0,9003	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Yok	4,2024	0,8411	0,92
	Var	4,2096	0,9031	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Yok	4,1940	0,8624	0,35
	Var	4,2632	0,8453	
İşini tam yapması	Yok	4,3099	0,7565	0,14
	Var	4,4069	0,7850	
Sizi muayene etmesi	Yok	4,1701	1,0206	0,02
	Var	3,9348	1,3184	
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	Yok	3,8657	1,2797	0,23
	Var	3,7261	1,4292	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Yok	3,8944	1,2464	0,54
	Var	3,9612	1,3104	
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Yok	4,1316	0,9490	0,99
	Var	4,1330	1,1274	

Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Yok	3,8925	1,0326	0,11
	Var	4,0351	1,0572	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Yok	4,0506	0,9684	0,37
	Var	4,1261	1,0223	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Yok	3,9846	1,0364	0,02
	Var	4,1867	1,0048	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Yok	2,9182	1,4616	0,90
	Var	2,9348	1,5385	
Doktor dışı personelin yardımı	Yok	3,8723	1,0040	0,02
	Var	4,0721	1,0220	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Yok	2,5439	1,4640	0,02
	Var	2,2543	1,4445	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Yok	2,5710	1,4665	0,01
	Var	2,2511	1,4205	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Yok	2,5089	1,4210	0,11
	Var	2,3077	1,4821	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Yok	3,3628	0,9826	0,17
	Var	3,4809	1,0715	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Yok	2,2545	1,3213	0,00
	Var	1,9487	1,2994	

Bilinen hastalığın memnuniyete etkisini aile hekimliği uygulaması öncesindeki ve sonrasındaki gruplarda değerlendirdik. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta sizi muayene etmesi ( $4,20 \pm 1,14$ 'e karşılık  $3,83 \pm 1,50$ ), size uygun zamanlara randevu alabilmeniz ( $1,55 \pm 1,12$ 'ye karşılık  $1,25 \pm 0,76$ ), sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz ( $1,67 \pm 1,32$ 'ye karşılık  $1,32 \pm 0,91$ ), doktora telefonla ulaşabilmeniz ( $1,58 \pm 1,18$ 'e karşılık  $1,25 \pm 0,81$ ), acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ( $1,68 \pm 1,29$ 'a karşılık  $1,40 \pm 1,05$ ) sorularına verilen yanıtlar bilinen hastalığı olanlarda düşüktü. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması

sorusuna verilen yanıt ise bilinen hastalığı olanlarda daha yüksekti ( $4,33 \pm 0,85$ 'e karşılık  $4,55 \pm 0,69$ ,  $p=0,024$ ).

Bilinen hastalık varlığının memnuniyetle ilişkisi aile hekimliği uygulaması sonrasındaki grupta değerlendirildi. Aile hekimliği uygulaması sonrasındaki grupta görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi ( $4,14 \pm 0,82$ 'ye karşılık  $4,38 \pm 0,73$ ,  $p=0,015$ ), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ( $4,19 \pm 0,80$ 'e karşılık  $4,49 \pm 0,68$ ,  $p=0,001$ ), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması ( $4,26 \pm 0,79$ 'a karşılık  $4,51 \pm 0,64$ ,  $p=0,006$ ), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ( $4,12 \pm 0,89$ 'a karşılık  $4,36 \pm 0,85$ ,  $p=0,032$ ), sizi dinlemesi ( $4,24 \pm 0,80$ 'e karşılık  $4,50 \pm 0,68$ ,  $p=0,005$ ), önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ( $3,89 \pm 0,99$ 'a karşılık  $4,32 \pm 0,82$ ,  $p=0,000$ ), doktor dışı personelin yardımı ( $3,94 \pm 0,89$ 'a karşılık  $4,17 \pm 0,92$ ,  $p=0,041$ ), bekleme odasında harcadığınız zaman ( $3,42 \pm 0,85$ 'e karşılık  $3,66 \pm 0,95$ ,  $p=0,031$ ) sorularına bilinen hastalığı olanların verdikleri yanıtların puanları, hastalığı olmayanların verdiği puanlardan istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek bulundu. Diğer sorularda farklılık saptanmadı.

Hastaların eğitim düzeylerini değerlendirdiğimizde, eğitim düzeyleri yükseldikçe 19 soruya verilen puanların düştüğü gözlemlendi. Bunlar; görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi ( $p=0,000$ ), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ( $p=0,000$ ), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması ( $p=0,000$ ), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması ( $p=0,000$ ), sizi dinlemesi ( $p=0,000$ ), şikayetlerinizi çabuk geçirmesi ( $p=0,000$ ), günlük ihtiyaçlarınızı görecektik kadar iyi hissettirmesi ( $p=0,01$ ), sizi muayene etmesi ( $p=0,00$ ), test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ( $p=0,000$ ), şikayetleriniz ve hastalığınız hakkında bilgiler vermesi ( $p=0,000$ ), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkma ( $p=0,000$ ), tavsiyelere uymanızın önemini kavramınıza yardımcı olması ( $p=0,01$ ), önceki görüşmede yaptıklarınızı bilmesi ( $p=0,000$ ), uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz konusunda sizi uyarması ( $p=0,020$ ), doktor dışı personelin tutumu ( $p=0,010$ ), size uygun zamanda randevu alabilmeniz ( $p=0,000$ ), merkeze ve doktora telefonla ulaşabilmeniz ( $p=0,000$ ), acil sağlık hizmetlerini hızlı sunması ( $p=0,000$ ) sorularında öğrenim düzeyinin memnuniyete etkisinde istatistiksel anlamlılık saptadık.



Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta eğitim düzeyinin memnuniyete etkisi araştırıldı. Bu grupta eğitim düzeyi yükseldikçe 10 soruya verilen puanların düştüğü gözlemlendi. Bunlar; görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi (p=0,000), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi (p=0,000), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması (p=0,000), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması (p=0,001), şikayetlerinizi çabuk geçirmesi (p=0,000), sizi muayene etmesi (p=0,000), randevu alabilme (p=0,001), merkeze telefonla ulaşma (p=0,000), doktora telefonla ulaşma (p=0,001), bekleme zamanı (p=0,031).

Aile hekimliği uygulaması sonrasındaki grupta eğitim düzeyinin memnuniyete etkisi araştırıldı. Bu grupta eğitim düzeyi yükseldikçe 18 soruya verilen puanların düştüğü gözlemlendi. Bunlar; görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi (p=0,001), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi (p=0,001), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması (p=0,001), tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması (p=0,001), sizi dinlemesi (p=0,007), şikayetlerinizi çabuk geçirmesi (p=0,032), günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissettirmesi (p=0,014), sizi muayene etmesi (p=0,001), test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması (p=0,001), şikayetleriniz ve hastalığınız hakkında bilgiler vermesi (p=0,006), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkma (p=0,000), tavsiyelere uymanızın önemini kavramınıza yardımcı olması (p=0,019), önceki görüşmede yaptıklarınızı bilmesi (p=0,000), uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz konusunda sizi uyarması (p=0,027), doktor dışı personelin tutumu (p=0,000), size uygun zamanda randevu alabilmeniz (p=0,001), doktora telefonla ulaşabilmeniz (p=0,011), acil sağlık hizmetlerini hızlı sunması (p=0,008).

Hastaların sosyal güvence dağılımları incelendi. Emekli sandığı sosyal güvencesine sahip kişilerin bazı sorulara verdikleri memnuniyet puanlarının, diğer güvencelere sahip kişilere kıyasla daha yüksek olduğu saptandı. Sosyal güvencenin özelliğinin memnuniyete etkisinin saptandığı sorular: Test ve tedavileri açıklama (p=0,03), hastalıklardan korunma için hizmet sunumu (p=0,01), sevk konusunda hazırlama (p=0,00), randevu alabilme (p=0,00), doktora telefonla ulaşma (p=0,00), merkeze telefonla ulaşma (p=0,00), acil hizmetler için başvuru (p=0,00). Memnuniyet puanları açısından diğer sorularda sosyal güvence dağılımı ile bir ilişki saptanmadı.

Aile Hekimliği uygulaması öncesi ve sonrasındaki gruplarda sosyal güvencenin memnuniyete etkisi araştırıldı. Emekli sandığı sosyal güvencesine sahip kişilerin üç soruya verdikleri memnuniyet puanlarının diğer güvencelere sahip kişilere kıyasla daha yüksek olduğu saptandı.Uygulama öncesi grupta bu sorular: Randevu alabilme ( $p=0,04$ ), merkeze telefonla ulaşma ( $p=0,037$ ), doktora telefonla ulaşma ( $p=0,011$ ) idi. Uygulama sonrasındaki test ve tedavileri açıklama ( $p=0,000$ ), günlük ihtiyaçlarınızı göreceğ kadar iyi hissettirmesi ( $p=0,026$ ), hastalıklardan korunma için hizmet sunumu ( $p=0,001$ ), sevk konusunda hazırlama ( $0,031$ ) soruları üzerine sosyal güvencenin etkili olduğu saptandı.

## 5. TARTIŞMA

Araştırmamızdaki kişilerin % 67,1'i kadındır. Beşparmak ve arkadaşlarının çalışmasında % 95,6'ı kadındır (41). Akıllı ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 58'i erkektir (42). Grubumuzun yaş ortalaması 31 iken, EUROPEP ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada ise ortanca değer 51'dir (40), Wensing ve arkadaşlarının çalışmasında ise 50'dir (39). Grol ve arkadaşlarının çalışmasında bazı ülkelerde, daha yaşlı ve kadın hastaların EUROPEP sorularını daha fazla yanıtlayma eğiliminde oldukları tespit edilmiştir (43). Bizim çalışmamızdakilerin % 55'i evliyken, Devenci ve arkadaşlarının çalışmasında % 76,2'si (44), bir başka çalışmada % 45,7'si evlidir (45). Araştırmamızda kişilerin % 40,3'ü ev hanımı iken, Pala'nın çalışmasında ise % 91,3'ü ev hanımıydı (46). Çalışmamızda birinci basamağa başvurularda kadınların ve ev hanımlarının fazla olması, mesai saati içinde erkeklerin işte olması nedeniyle kadınların daha fazla başvuru yapması ve çocukları da annelerin doktora getirmesine bağlı olabilir.

Çalışmamızda bireylerin % 12,5'u ilçe ve köyde ikamet ederken, Gürgeç'in çalışmasında %52,2'si ilçe ve köyde ikamet ediyordu (47). Bu fark bizim çalışmamızda bir ilçe sağlık birimi dışındaki birimlerin şehir merkezinde olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda birinci basamağa başvuran bireylerin % 40,5'i bilinen bir hastalığa sahipken, bir tıp fakültesinin birinci basamak polikliniğinde yapılmış bir çalışmada başvuranların % 67,5'inde bilinen bir hastalık mevcut olduğu bildirilmektedir (48). Hearnshaw ve arkadaşlarının çalışmasında da bireylerin % 66,4'ü bilinen herhangi bir hastalığa sahipti (49).

2007'de Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru ortalaması ise yılda 5 olarak bildirilmektedir (50). Bizim çalışmamızda birinci basamağa son bir yıl içinde başvuru sayısı 6,32 idi. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına kişi başına başvuru oranı 2000 yılında 1,2 iken, 2004 yılında artan bir eğilimle 1,6'ya ulaşmış, 2005 yılında 2,3'e, 2006 yılında ise 3,7'ye ulaşmıştır (51). Kaynakta da belirtildiği gibi, kişi başı başvuru sayısının artışının temel nedeni olarak; kişilerin sağlık hizmetine daha rahat ulaşması, sağlık kuruluşunda aynı hekimi bulması ve sunulan sağlık hizmetinden memnuniyetin artması olabilir. Düzce ilinde kişi başına hastane polikliniklerine başvuru sayısı 2,02 düzeyinde iken, 2004'de 2,4'e çıktığı, 2006'da ise 2,2 olduğu bildirilmektedir (51). Çalışmamızda ise ikinci ya da üçüncü basamak sağlık

kuruluşlarına başvuru ortalaması  $4,19 \pm 3,53$  olarak saptanmıştır. Birinci basamağa son bir yıl içinde başvuran kişilerin sıklığını gözden geçirdiğimizde çalışmamızdaki kişilerin % 97,9'unun son bir yıl içinde birinci basamağa başvurmuş olduğunu saptarken, Pala'nın çalışmasında birinci basamağa son bir yıl içinde en az bir kere başvurmuş olanların oranı % 79'dur (46). Grol ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 70-80'dir (43). Çalışmamızda son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuranların oranı % 98,3 iken, Usta ve arkadaşlarının çalışmasında ise son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtenlerin oranı % 58,5 bulunmuştur (52). Çalışmamızdaki ikinci basamak başvuru sayısının yüksek olması Samsun'da çok sayıda hastane bulunması, birinci basamakta sevk zincirinin olmaması ve yeni mevzuat düzenlemeleriyle çalışan ve emeklilerin özel hastanelere ve SSK'luların da istedikleri hastaneye başvurabiliyor olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamıza katılanların % 52,4'ü rahatsızlıkla, % 21,2'si ise ilaç yazdırmak için başvuru yapmıştır. Bor ve arkadaşlarının çalışmasında ise kişilerin % 65,3'ünün rahatsızlıkla başvuru yaptığı bildirilmiştir (53). Topallı'nın yaptığı çalışmada ise başvuruların % 58,1'inin ilaç yazdırma, % 21,6'sının rahatsızlık amaçlı olduğu görülmektedir (54). Topallı ve arkadaşlarının yaptığı diğer çalışmalarda da başvuruların % 35-40'nın ilaç yazdırma amaçlı olduğu bulunmuştur (55, 56). Bizim çalışmamızda birinci basamağa başvuran hastaların beşte biri ilaç yazdırma amacıyla gelmişti. Aile hekimliği uygulaması sonrasında kontrol sayısında, eski sorun nedeniyle başvuruda ve aşı başvurusundaki artış istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Bu durum aile hekimliği uygulaması sonrasında hekimlerin kendilerine bağlı hastaları izlemek için daha fazla kontrole çağırması ve bilinen kronik hastalıklar için aile hekimleri tarafından yazılan reçetelerin sosyal güvenlik kurumunca ödenmesine bağlı olabilir. Aşı başvurusundaki sayı ise çok küçük olduğu için bu konuda yorum yapmak mümkün değildir. Ulusal literatürümüzde birinci basamağa başvuru nedenlerinin aile hekimliği uygulaması ile ilişkisine ait veriye rastlanmadı.

Çalışmamıza katılanların % 39,5'inin ilkokul veya altında (okuryazar, okuryazar değil) eğitim almış olduğu bulunmuş olup, Pearsman ve arkadaşlarının EUROPEP çalışmasında ise % 21,3'ünün eğitimi ilkokul veya altındadır (57). Düşük eğitim düzeyinin nedeni çalışmada yer alan 1 no'lu Sağlık Ocağı (Çiftlik ASM) dışındaki

sağlık birimlerinin (Sağlık Ocağı/ASM) Samsun'un göç alan, sosyoekonomik düzeyi düşük kısmen gecekondü mahallelerinde yer almış olmasına bağlanabilir.

Araştırmamızdaki bireylerin sosyal güvence durumlarına baktığımızda; % 1,6'sının sosyal güvencesi yokken, % 58,1'i SSK'lıdır. Öztürk'ün çalışmasında sosyal güvencesi olmayanların oranının % 5, SSK üyelerinin ise % 30 olduğu bulunmuştur (29). Çalışmamızda aile hekimliği uygulaması sonrasında emekli sandığı sosyal güvencesine sahip kişilerin sayısının arttığını ve SSK'luların sayısının azaldığını saptadık. Bunun nedeni uygulama sonrasına denk gelen bir düzenleme ile SSK'luların artık istedikleri sağlık kuruluşuna rahatlıkla başvurabilmesi nedeniyle, birinci basamağa olan taleplerinin azalması olabilir.

Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında en yüksek puan verilen sorular; tavsiyelerinize uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması, merkeze telefonla ulaşma, acil sağlık hizmeti hızlı sunumu olarak bulunmuştur (58). Bizim çalışmamızda ise en yüksek puan verilen sorular; sizi dinlemesi, sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması, sizin özel durumunuzla ilgilenmesi idi. Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında en düşük verilen sorular; sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması, bekleme odasında harcadığınız zaman, şikayetlerinizi çabuk geçirmesi olarak bulunmuştur (58). Bizim çalışmamızda ise en düşük verilen sorular; doktorunuza ve merkeze telefonla ulaşabilmeniz ve size uygun zamanda randevu alabilmeniz idi. Bunun nedeni, randevu ve sağlık merkezine telefonla ulaşmanın birinci basamakta yeterli kullanımının olmaması olabilir.

Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması Avrupa ülkelerinde daha yüksek puanlar alırken, klinik davranış boyutu ile ilgili sorulara Türk hastaların daha düşük puanlar verdiği gözlenmişti (58). Bizim çalışmamızda da Dağdeviren'in çalışmasına benzer şekilde sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkabilme sorusuna verilen puanlar genellikle düşüktü.

Kersnik'in çalışmasında EUROPEP sorularına bir puan verenlerden en düşük memnuniyet %26 ile bekleme odasında harcadığınız zaman olmuştur (59). Düşük memnuniyet puanları sırasıyla, sizin özel durumunuzla ilgilenmesi (% 46,5), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması (% 49,1), görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi (% 51,6) olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da bir puan verenlerden en düşük memnuniyet sizin özel durumunuzla ilgilenmesi (% 46,5) olarak bildirilmiştir.

0,2), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması (% 0,2), sizi dinlemesi (% 0,2) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bekleme odasında harcanan zamana bir puan verenler % 4,3, görüşmeler sırasında yeterli zamanının olduğunu hissettirmesine bir puan verenler % 0,5 bulunmuştur. Kişilerin bekleme odasında harcadıkları zamandan duydukları rahatsızlık ve görüşmeler sırasında hekimin hastaya yeterince zaman ayıramaması hekimlerin gün içerisinde çok fazla hasta muayene etmelerinden kaynaklanmış olabilir. Hekimlerin hasta merkezli olmaktan ziyade, hastalık merkezli bakıma odaklanmaları kişilerin özel ve duygusal durumlarıyla ilgilenmemelerine yol açmış olabilir. Hastaların bu konudaki memnuniyet düzeyleri hekimlerin mesleki gelişimlerine daha fazla dikkat etmeleri ve hekimlerin eğitimlerinin sürekliliği ile de artırılabilir.

Jung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, doktor-hasta iletişimi başlığı altında; kayıt ve bilgilerin gizliliği (% 94,6), sizi dinlemesi (% 88,5), görüşmeler sırasında yeterli zamanı olduğunu hissettirmesi (% 87,8), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması (% 82,5), bilgi ve destek başlığı altında; test ve tedavilerin amacını açıklaması (% 83,3), şikâyetleriniz ve hastalığınız hakkında bilgiler vermesi (% 82,7), organizasyon başlığı altında; acil sağlık hizmetlerini hızlı sunması (% 85,2), doktor dışı personelin yardımı (% 83,8), uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz konusunda sizi hazırlaması (% 74,7), doktora telefonla ulaşma (% 71,9), merkeze telefonla ulaşma (% 71,3), bekleme zamanı (% 61,2) sorularına sırasıyla bu puanlar verilmişti (60). Bizim çalışmamızda da doktor-hasta iletişimi başlığı altında en yüksek puanı sizi dinlemesi %89,7 aldı. Kayıt ve bilgilerin gizliliği ise % 88,2 aldı. Kayıtların gizliliği ile ilgili EUROPEP sorusu Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda hastalar tarafından oldukça büyük oranda önemli kabul edilmekle birlikte (61), bizim çalışmamızda bu sorunun daha düşük puanlarla değerlendirilmesi, araştırmacı tarafından bireylerin bu soruyu yeterince iyi anlamaması olarak değerlendirildi. Bilgi ve destek kısmında şikâyetleriniz ve hastalığınız hakkında bilgiler vermesi % 77,3 ile en yüksek puanı alırken, test ve tedavilerin amacını açıklaması ise % 71,9 puan aldı. Organizasyon kısmında ise önceki görüşmelerde söylediklerini ve yaptıklarını bilmesi % 72,5 ile en yüksek puanı alırken, acil sağlık hizmetlerini hızlı sunması % 18,2 ile en düşük puanı aldı.

Ülkeler arasındaki değerlendirmelerde ilginç farklılıklar vardır. Örneğin, İngiltere’de bireyler koruyucu hizmetler ve hekimin hastasını bilgilendirmesi konularında oldukça pozitif olup, bu iki konu son yıllarda oldukça fazla dikkat çekmektedir. Randevu alabilme ve hizmetlere telefonla ulaşabilme gibi, ulaşılabilirlik ile ilgili konular Almanya ve İsviçre’de yüksek değerlere sahiptir (40). Bunun nedeni, doğrudan uzmanlara gidebilecek hastaların memnuniyetini arttırmak için yapılan davranışlar olabilir. Daha küçük sağlık bakım merkezlerinde memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (60). Türkiye Sağlık Raporu 2004’de kişilerin birinci basamak sağlık kurumlarındaki bakımdan genellikle memnun olmadıkları, ancak bu konuda fazlaca veri olmadığı bildirilmektedir (62). Bizim çalışmamızda Aile Hekimliği uygulamasına geçmeden önce de, geçtikten sonra da 23 EUROPEP-TR sorusuna verilen puanların % 18,2- 89,7 arasında değişen oranlarda yüksek olarak kabul edebileceğimiz 4 veya 5 puanlar olduğunu gözledik. Aile Hekimliği uygulamasına geçtikten sonra uygun zamanlara randevu alabilme, test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması, sağlık merkezine ve doktora telefonla ulaşabilme, bekleme odasında harcanan zaman, acil sağlık hizmetlerini hızlı sunması, uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz konusunda sizi hazırlaması sorularına verilen puanlarda yükselme saptadık. Ancak bu konuda yorum yapabilmek için henüz erken olduğunu düşünmekteyiz.

Aile hekimliği uygulamasının memnuniyete etkisini araştırmak amacıyla, aile hekimliği uygulaması öncesi ve sonrasındaki grubun memnuniyet puanlarının ortalamaları karşılaştırıldı. 23 EUROPEP sorusu içinde yedi soruya verilen yanıtların puan ortalamaları aile hekimliği uygulaması sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde artmış, beş soruya verilen puanların ortalaması azalmış, 11 soruya verilen puanların ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır. Artış saptanan sorular: Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması, uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda hazırlama, uygun zamanlara randevu alabilme, sağlık merkezine telefonla ulaşabilme, doktora telefonla ulaşabilme, bekleme odasında harcadığınız zaman, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması. Beş soruya verilen yanıtların puan ortalamaları aile hekimliği uygulaması sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde azalmıştı. Bu sorular: Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi, tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması, sizi dinlemesi, kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, işini tam yapması. Aile hekimliği uygulaması öncesi ve sonrasındaki

puanlardaki değişiklikleri yeterince tartışabilmek için ulusal ve uluslar arası literatür tarandı. Olasılıkla Türkiye’de aile hekimliği uygulaması henüz yeni olduğu için, bu konuda daha önce literatürde yayınlanmış herhangi bir çalışmaya ulaşamadı. Uluslar arası literatürde de uygulama öncesi ve sonrasını karşılaştırabilecek bir çalışma saptanamadı. Bunun nedeni literatüre daha fazla katkı sağlayan Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde aile hekimliği zaten 50 yıldan beri mevcut olduğundan artık bu konuda bir çalışma yapılmıyor olmasına bağlı olabilir. Bu nedenle çalışmamız, uygulamanın etkisi konusunda yapılmış ilk çalışma olarak kabul edilebilir. Çalışmanın aile hekimliği uygulamasının altıncı ayında yapılmış olması hasta memnuniyetindeki değişikliğin etkisini yorumlamak için erken olabilir, uygulamanın etkisini uzun vadede değerlendirmek gerekli olabilir.

Araştırmamızda cinsiyetin hasta memnuniyetine etkisine baktığımızda; tüm grup değerlendirildiğinde yeterli zamanı olduğunu hissettirme, sorunları söylemeyi kolaylaştırma, önceki görüşmeleri hatırlaması sorularına kadınlar tarafından verilen puanlar, istatistiksel açıdan erkeklerden daha yüksekti. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta bir soruda, sonraki grupta sekiz soruda kadınların memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğunu gözlemledik. Hall ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların genel olarak daha memnun oldukları bulunmuştur (32). Milano ve arkadaşlarının yaptığı EUROPEP çalışmasında ise memnuniyet, hasta cinsiyetine göre farklılık göstermemektedir (63). Okumuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (64). Bizim çalışmamızda aile hekimliği uygulaması öncesinde ve sonrasında kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları memnuniyeti artırmış olabilir.

Carr-Hill ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları ifade edilirken (22), Uz ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (65). Hall ve Dornan’ın çalışmasında da yaş arttıkça memnuniyetin arttığı bulunmuştur (32). Bizim çalışmamızda ise tüm grupta 23 soru içinde sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması, sizi dinlemesi soruları dışında yaş ile memnuniyet puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta üç soruya, sonrasındaki grupta dört soruya verilen puanlar yaşla birlikte artış göstermekteydi.



Bir çalışmada bireylerin sağlık kurumlarına ulaşımdan % 84,8 oranında memnun olduğu saptanmıştır (66). Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların % 63'ü oturduğu yere yakın olduğu için birinci basamak sağlık merkezlerine başvurduğunu, %88,5'i birinci basamak sağlık hizmetlerine rahat ulaşabildiğini belirtmiştir (67). Heje ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların birinci basamak sağlık merkezlerine ulaşım mesafesi ve memnuniyetleri arasında bir istatistiksel ilişki saptanmamış ve bu durum şaşırtıcı olarak tanımlanmıştır. Araştırmada beklenen durum kırsal alanda yaşayanların aldıkları hizmetten daha az memnun oldukları iken, bulguları böyle bir ilişki ortaya koymamıştır (68). Bizim çalışmamızda aile hekimliği uygulaması sonrasında yaşanan yerin sağlık birimine uzaklığı azalmıştı. Bunun nedeni uygulama sonrasında kişilerin yaşadığı yere en yakın ASM'deki bir doktora kayıt edilmesi olabilir. Çalışmamızda tüm grup değerlendirildiğinde mesafe ile hasta memnuniyeti arasında belirgin bir ilişki yoktu, sadece test ve tedavileri açıklaması, sevk konusunda bilgilendirme, randevu alabilme, merkeze ve doktora telefonla ulaşma, acil sağlık hizmetini hızlı sunma sorularında uzak mesafede oturanların memnuniyeti daha yüksekti. Ancak özellikle aile hekimliği uygulaması öncesinde 40- 50 km gibi çok uzak mesafelerde oturmakta olan kişilerin tespit edilmiş olması, memnuniyetin mesafeyle ilişkisi konusunda değiştirici faktör olarak rol oynamış olabilir. Aile hekimliği uygulaması öncesi ve sonrasındaki grup ayrıca değerlendirildiğinde ise, uygulama öncesindeki grupta daha ziyade ulaşım ve organizasyonla ilişkili beş soruya verilen yanıtların mesafe kısaltıkça yükselmekte olduğu saptandı. Aile hekimliği uygulaması sonrasındaki grupta memnuniyetin hiçbir değişkeniyle mesafe arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı. Bunun nedeni uygulama sonrasında kişilerin tamamına yakınının kısa mesafeler içindeki doktora kayıtlı hale gelmesi ve bu konuda ikinci grubun kendi içinde büyük bir fark kalmamış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Kronik hastalığa sahip olanların birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet açısından daha yüksek puanlar verdikleri bildirilmektedir (49). Bizim çalışmamızda da; tüm grupta görüşmeler sırasında yeterli zamanın olduğunu hissettirmesi, özel durumla ilgilenmesi, sorunları söylemeyi kolaylaştırması, kararlara katması, dinlemesi, önceki görüşmeleri hatırlaması, doktor dışı personelin yardımı sorularında bilinen hastalığı olanların verdikleri puanlar anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun nedenlerinden biri, yaşlı hastaların daha çok kronik hastalığa sahip

olması ve yaşlıların memnuniyetlerinin daha yüksek olması olabilir. Uzun dönem sağlık bakım hizmeti alanlar, kısa dönemden beri bu hizmeti kullananlara göre daha yüksek memnuniyet oranlarına sahip olmuş olabilirler. Aile hekimliği uygulaması sonrasında başvuran grupta önceden bilinen bir hastalığa sahip olanların oranında bir değişiklik saptanmadı. Ancak bilinen hastalığın memnuniyete etkisi aile hekimliği öncesi ve sonrasındaki grupta ayrı ayrı değerlendirildiğinde, önceki grupta bilinen hastalığın olumlu etkisi bir soru üzerine saptanmışken, uygulama sonrasında sekiz soruya verilen yanıtların puanlarının, hastalığı olanlarda daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulgular uygulama sonrasında bilinen bir kronik hastalığı olanların daha memnun olduğunu öne sürebilir, bunun nedeni, artık kronik hastalıklarda aile hekimlerince reçete edilen ilaçların sosyal güvenlik kurumu tarafından ödenmekte olmasına bağlı olarak genel memnuniyet artışına bağlı olabilir. Kronik hastalık izleminde gerekli laboratuvar tetkiklerinin aile sağlığı merkezlerinde yapılabilmesi de bu hastaların memnuniyet düzeyini etkilemiş olabilir.

Ay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli olanlar ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden elde edilen memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (69). Bizim çalışmamızda ise aile hekimliği öncesindeki grupta 23 soruda iki soruya ve sonrasındaki grupta üç soruya evlilerin verdiği puanlar daha yüksek bulundu. Diğer sorularda medeni durumla memnuniyet ilişkisini öne sürebilecek bir bulgu saptanmadı. Grubun geneli değerlendirildiğinde medeni durumla memnuniyet arasında belirgin bir ilişki saptanmadı.

Lewis ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek eğitim düzeyi olanların daha memnuniyetsiz oldukları görülmüştür (28). Taşdemir'in çalışmasında öğrenim düzeyinin memnuniyet üzerine etkisi saptanmamıştır (70). Bizim çalışmamızda da tüm grupta 23 EUROPEP-TR sorusunun 19'unda, aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta 10 soruda, uygulama sonrası grupta 18 soruda eğitim düzeyleri yükseldikçe hasta memnuniyet puanlarının düştüğünü saptadık.

Sosyal güvence durumuna göre hekimlerden memnuniyet puan ortalaması karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olmayan grup ile Bağ-kur ve Emekli Sandığı üyesi gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (29). Bizim çalışmamızda herhangi bir sosyal güvencesi olmayan sadece dokuz kişi bulunduğundan, güvencesi olanlarla olmayanları karşılaştırmak mümkün değildi. Araştırmamızda sosyal güvencenin

dağılımının tüm grupta sadece yedi parametre üzerine etkisini saptadık. Aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupta üç, sonrasındaki grupta dört soruya verilen puanlarla sosyal güvence arasında bir ilişki saptandı. Diğer sorular üzerinde herhangi bir etki saptanmadı. Yani çalışmamızda sosyal güvenceyle memnuniyet arasında belirgin bir ilişki gözlenmedi. Bunun nedeni birinci basamak sağlık hizmetlerinin sosyal güvenceden bağımsız olarak ücretsiz olması olabilir. Ayrıca aile hekimliği uygulaması sonrasında muhtemelen SSK'lı hastaların istedikleri sağlık birimine başvurabilmesini sağlayan bir düzenlemeye bağlı olarak uygulama sonrasındaki grupta SSK'lı sayısının azalmış olması da bu sonucu etkilemiş olabilir.

## 6. SONUÇLAR

Çalışmaya; 1 no'lu, 6 no'lu, 7 no'lu, 15 no'lu, Ondokuzmayıs Merkez Sağlık Ocağı, Fatih ASM, Kadıköy ASM, Karşıyaka ASM, Çiftlik ASM'de, Aralık 2006 ile Eylül 2007'de başvuran kişilerden çalışmaya dahil olma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden 580 kişi dahil edilmiştir.

**6.1.** Çalışmaya katılanların yaşları 1 ay–88 yıl arasında değişmektedir. Yaş ortalaması  $31,18 \pm 20,14$ , ortanca değeri 32,0'dir. 191'i (% 32,9) erkek, 389'u (% 67,1) kadındır. 319 (% 55,0) kişinin evli, 234 (% 40,3) kişinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Yaş, cinsiyet ve meslek açısından aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupla, uygulama sonrasındaki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. 509 (% 87,5) kişinin Samsun ili merkezinde, 71 (% 12,5) kişinin ise Samsun ili dışındaki il, ilçe ve köylerinde yaşadığı saptanmıştır.

**6.2.** Bireylerin 235'inin (% 40,5) bilinen herhangi bir hastalığı mevcuttur. Rahatsızlık şikayetiyle 304 (% 52,4) kişi, ilaç yazdırmak için 123 (% 21,2) kişi başvuru yapmıştır. Bilinen hastalık varlığı açısından aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupla, uygulama sonrası grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aile Hekimliği uygulaması öncesinde başvuran 300 kişinin 64'ü (% 21,3), sonrasında başvuran 280 kişinin 59'u (% 21,1) ilaç yazdırmak için gelmiştir.

**6.3.** 570 (%98,28) kişi son bir yıl içinde en az bir kez birinci basamak veya ikinci ya da üçüncü basamak tedavi kuruluşlarından birine başvuru yapmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru ortalaması  $6,32 \pm 4,79$ , ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru ortalaması  $4,19 \pm 3,53$  saptanmıştır. 174 (%30) kişi herhangi bir sağlık kuruluşuna yılda 12 seferden fazla sayıda başvuru yapmıştır.

**6.4.** Bireylerin 193'ünün çocuk ve ilköğretim düzeyinde öğrenci olduğu saptanmıştır. Kalan 387'sinin 36'si (% 6,2) okuryazar değildir, 30'u (% 5,2) okuryazar, 163'ü (% 28,1) ilkokul mezunu, 65'i (% 11,2) ortaokul mezunu, 26'sı (% 4,5) lise mezunu, 67'si (% 11,6) üniversite mezunudur. Bireylerin 9'unun (% 1,6) sağlık güvencesi yoktur. Eğitim durumları açısından aile hekimliği uygulaması öncesindeki grupla uygulama sonrasındaki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

**6.5.** EUROPEP - TR sorularını doktor- hasta iletişimi başlığı altında incelersek en yüksek puanı sizi dinlemesi (% 89,7) aldı. Bilgi ve destek başlığı altında;

şikayetleriniz ve hastalığınız hakkında bilgiler vermesi % 77,3 ile en yüksek puanı alırken, organizasyon kısmında ise önceki görüşmelerde söylediklerini ve yaptıklarını bilmesi % 72,5 ile en yüksek puanı aldı.

**6.6.** Aile Hekimliği uygulaması sonrasında EUROPEP-TR sorularından, test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması, uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda hazırlama, uygun zamanlara randevu alabilme, sağlık merkezine ve doktora telefonla ulaşabilme, bekleme odasında harcanan zaman, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir yükselme saptandı.

**6.7.** Beş EUROPEP-TR sorusuna verilen yanıtların puan ortalamaları aile hekimliği uygulaması sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde azalmıştı. Bu sorular: Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi, tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması, sizi dinlemesi, kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, işini tam yapması.

**6.8.** Çalışmamızda yaşın memnuniyete etkisini değerlendirdiğimizde; sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması, sizi dinlemesi sorularında yaş arttıkça memnuniyetin yükseldiği saptandı. Bu sorular dışında yaş ile memnuniyet puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**6.9.** Çalışmamızda cinsiyetin hasta memnuniyetine etkisine baktığımızda; yeterli zamanı olduğunu hissettirme, sorunları söylemeyi kolaylaştırma, önceki görüşmeleri hatırlaması sorularına kadınlar tarafından verilen puanlar, istatistiksel açıdan anlamlı olarak erkeklerden daha yüksekti.

**6.10.** Çalışmamızda kişilerin medeni durumlarının memnuniyete etkisini araştırdığımızda muayene etmesi, doktor dışı personelin tutumu, merkeze telefonla ulaşabilme, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması sorularında evli kişilerin daha memnun olduğunu gözledik. Bu soruların dışında, medeni durumla memnuniyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptayamadık.

**6.11.** Çalışmamızda mesafenin memnuniyete etkisine baktığımızda; test ve tedavileri açıklaması, sevk konusunda bilgilendirme, randevu alabilme, merkeze telefonla ulaşma, doktora telefonla ulaşma, acil hizmet sunma sorularında uzak mesafede memnuniyet anlamlı olarak yüksek hesaplandı. Aile hekimliği uygulaması sonrasında en yakın doktora kayıt olunduğu için mesafeler kısalmıştı. Aile hekimliği uygulaması sonrasında mesafeyle memnuniyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

**6.12.** Çalışmamızda bilinen bir hastalık ile memnuniyet arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde; görüşmeler sırasında yeterli zamanın olduğunu hissettirmesi, özel durumla ilgilenmesi, sorunları söylemeyi kolaylaştırması, kararlara katması, dinlemesi, önceki görüşmeleri hatırlaması, doktor dışı personelin yardımı için başvuru sorularında bilinen hastalığı olanların verdikleri puanlar anlamlı derecede yüksekken, muayene etme, merkezi telefon arayabilme, acil hizmet sunma, randevu verme sorularında bilinen hastalığı olmayanların verdikleri puanlar daha yüksek bulundu. Aile hekimliği uygulaması sonrasında bilinen hastalığı olanların memnuniyetlerinin daha fazla olduğu gözlemlendi.

**6.13.** Çalışmamızda öğrenim düzeylerinin memnuniyete etkisini değerlendirdiğimizde; öğrenim düzeyleri yükseldikçe kayıt ve bilgilerini gizli tutması, işini tam yapması, hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler, bekleme odasında harcadığınız zaman soruları haricinde verilen puanların düştüğü gözlemlendi.

**6.14.** Çalışmamızda sosyal güvencenin memnuniyete etkisini değerlendirdiğimizde; test ve tedavileri açıklama, hastalıklardan korunma için hizmet sunumu, sevk konusunda hazırlama, randevu alabilme, doktora telefonla ulaşma, merkeze telefonla ulaşma, acil hizmetler için başvuru değişkenlerinde sosyal güvencenin özelliğinde ve dağılımındaki değişimin memnuniyete etkisinde anlamlılık saptandı.

## 7. ÖNERİLER

7.1 Çalışmamız Aile Hekimliği uygulamasının altıncı ayında gerçekleştirildiği için uzun vadede yeniden değerlendirme yapılması,

7.2 Birinci basamakta hasta bakım kalitesinin ve hasta memnuniyetinin izlenmesi ve izlemin ülke bazında gerçekleştirilmesi,

7.3 Bu konuda pilot illerdeki Aile Hekimliği Ana Bilim Dallarıyla çok merkezli çalışmalar planlanması önerilebilir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin E.M, Özer C, Yaman H, Göktaş O, Filiz T.M, Topsever P, Onganer E, Aydın S, Yarış F, Maraş I. Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor EUROPEP ölçeği. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002,16 (3), 153- 160.
2. WHO definition of health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19- 22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> erişim tarihi; 05.03.2008
3. Bircher J. Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. Med Health Care Philos.2005; 8 (3): 335- 341.
4. Çınar Ü, Sağlık Sistemlerinde Yöneylem Araştırması Ankara, Ongun Kardeşler Matbaası, 1982; 22.
5. Eren N, Öztekin Z. Sağlık Ocağı Yönetimi 6.baskı, Palme Yayınları, Ankara 1993.
6. Donaldson M, Yordy K, Vanselow N. Defining Primary Care: an interim report. Washington D.C. National Academy Press; 1994; 20- 21.
7. Paycı S, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’ de Aile Hekimliği Uygulamaları, TC Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 2004; 23- 30.
8. Rakel RE. The family physician. Textbook of Family Medicine 7nd ed. WB Saunders Philadelphia, 2007; 3- 14.
9. Mcwhinney IR. Basic principles of family medicine. A Textbook of Family Medicine, (2nd ed), Oxford University Press, New York1997; 3- 257.
10. Ungan M, Ceyhun G. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği <http://www.ailehekimligi.com.tr/Default.aspx?Ctrl=HTML&HTMLID=29> erişim tarihi; 11.07.2007
11. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving Health Systems: Contribution of Family Medicine. A Guidebook Collaborative Project of WONCA and WHO. WONCA Publications, Singapur, 2002.



12. Roberts JS, Coale JG, Redman RR. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. JAMA 1987; 258(7): 936- 940.
13. Ersoy K, Özgen H. Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış, Önce Kalite. Sağlık Bakanlığı, 1995; 13: 5- 9.
14. Erkut H. Hizmet Kalitesi. İstanbul: İnterbank TKY Dizisi. Yayın No: 2, 1995.
15. Omachonu VK. Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations. Georgia: Institute of Industrial Engineers and American Society for Quality Control, 1991, 23–24.
16. Mucuk İ. Modern İşletmecilik, İstanbul Türkmen Kitabevi, 1999; 58.
17. Oluç M. İşletme Organizasyonu ve Yönetimi İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayın No: 2430, 1996; 3– 4.
18. Neumark F. Boğaziçi'ne Sığınanlar. (Çeviri Bahadır ŞA). İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Enstitüsü Yayını: Ercivan mtb. 1982; 58.
19. Isaac Alfred. İşletme İktisadı. (Çeviri Tuna O). İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayınları.1940 <http://kutuphane.tbmm.gov.tr/cgi-bin/koha/opac-MARCdetail.pl?bib=133163&author=Isaac,%20Alfred&title=İşletme%20i ktisadı%20/&norequests=0>, erişim tarihi; 18 -03–2008
20. Kavuncubaşı Ş, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara, Siyasal Kitabevi, 2000; 73 -275.
21. Hayran O, Sur H. Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitapevleri, 1997; 62– 64.
22. Carr –Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med. 1992; 14 (3): 236- 249.
23. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001, 5 (2), 69- 74.
24. Baker R, Streatfield J. What type of general patients do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. Br J Gen Pract, 1995; 45 (401): 654- 659.

25. Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the emergency department: What does the literature say? Acad Emerg Med, 2000; 7 (6): 695- 709.
26. Donabedian A.The Quality of Care.How can it be assessed?1988. Arch Pathol Lab Med 1997; 121 (11): 1145-1150.
27. Hill N. Handbook of Customer Satisfaction Measurement. Cambridge: Gower Publishing Ltd, 1996.
28. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. Soc Sci Med. 1994; 39 (5): 655–670.
29. Öztürk M.M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesine yönelik bir pilot araştırma, 2002 İstanbul. <http://tez2.yok.gov.tr/> Tez no:135352 erişim tarihi; 12.05.2007.
30. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked? A meta analysis of satisfaction literature. Soc.Sci Med 1988; 27, 935-939.
31. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care:Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med 1988; 27, 637- 644.
32. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristicsas predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis Soc Sci Med 1990; 30 (7): 811–818.
33. Özveren M. Toplam Kalite Yönetiminin Gelişimi ve Temel Kavramlar. Toplam Kalite Yönetiminde 2. baskı. İstanbul, Alfa Yayınları, 2000.
34. Efil İ. Toplam Kalite Yönetiminin bir yönetim sistemi olarak karakteristik özellikleri ve temel unsurlar. Toplam Kalite Yönetimi ve ISO- 9000. Kalite güvence sisteminde,4. baskı. İstanbul, Alfa Yayınları,1999, 139- 185.
35. Çoruh M. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi yaklaşımı. Modern Hasta Yönetimi Dergisi 1997; 3, 3- 6.
36. Şahin Ü.Sağlık bakım hizmetleri sistemimiz için öneriler. Modern Hasta Yönetimi Dergisi 1999; 3: 4.

37. Weaver CN. TKY'nin kuruluşlar üzerindeki etkileri. Toplam Kalite Yönetiminin Dört Aşaması'nda, 2. baskı. İstanbul Sistem Yayıncılık, 2000; 273- 293.
38. Aydın S, Hatırlı Y. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Türk Aile Hek Derg 2003; 7 (3), 131- 134.
39. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A Systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Soc. Sci.Med 1998 ;47 (10): 1573–1588.
40. Grol R, Wensing M. Patients evaluate General/Family practice: The EUROPEP Instrument. Center for Quality of Care Research, Nijmegen, 2000.
41. Beşparmak A, Seviğ Ü. Kayseri İl Merkezi Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005, 14, 1– 6.
42. Akıllı A, Genç M. Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007, 14 (2), 95–99.
43. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szecsenyi J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Family Practice 1999; 16: 4- 11.
44. Deveci E. S, Öğetürk A, Ozan Tefvik A, Tokdem M, Açık Y. Bir Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Hasta Haklarının Farkında Olma Durumları. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005; 13: 174–178.
45. Ramsay J, Camphell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. Family Practice 2000; 17 (5): 372- 379.
46. Pala T. İnönü sağlık ocağı bölge halkı ve Narlıdere sağlık grup başkanları çalışanları tarafından sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. 1997 İzmir <http://tez2.yok.gov.tr/> Tez no:59054 erişim tarihi; 08.11.2007.

47. Gürgen B. Toplam Kalite Çerçevesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetine İlişkin Bir Uygulama. 2004 Kütahya <http://tez2.yok.gov.tr/> Tez no:146153 erişim tarihi; 07.08.2007.
48. Topallı R, Aladağ N, Filiz TM, Topsever P, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerinin sağlık hizmeti sunumundaki yeri: Değirmendere Deneyimi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2003; 7 (4): 165-170.
49. Hearnshaw H, Wensing M, Grol R, Ferreira P, Salmivaara HA, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Szecsenyi J. The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinions of general practice care in eight European countries. Primary Health Care Research and Development 2002; 3: 231- 237.
50. Denizli Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği 1. yıl paneli <http://www.denizli.saglik.gov.tr/> erişim tarihi; 05.02.2008.
51. Bahçebaşı T, Sönmez Ö, Aydın S, Mutlu E. Seksenbirin Sekseninden Farkı. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Düzce İlinde Sağlık Hizmetlerine Etkisi, Yavuz Ofset Matbaacılık, Düzce 2007.
52. Usta İ, Çetinkaya F. Seçilmiş ilçe merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1999; 8 (1- 2): 6-15.
53. Bor S, Öztürk Y. Kayseri Servet Sağlık Ocağı'na başvuran yetişkinlerin başvuru nedenleri ve sağlık ocağı'ndan beklentileri. VIII. Halk Sağlığı Günleri Özet Kitabı, 23- 25 Haziran Sivas, 2003; 161.
54. Topallı R. İlaç yazdırma amaçlı başvuruların sağlık ocaklarındaki poliklinik yükü üzerine etkisi: Piraziz Örneği [http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/d4\\_ilac\\_makale.pdf](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/d4_ilac_makale.pdf) erişim tarihi; 05.03.2008.
55. Topallı R, Filiz TM, Topsever P, Aladağ N, Görpelioğlu S. Akademik bir aile hekimliği polikliniği ile komşu sağlık ocağı arasında fark var mı? Bir aylık deneyim. VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi 4- 7 Mayıs 2004 Bursa, Kongre Kitabı, 211.

56. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek. Dergisi 2003; 7 (1): 18- 22.
57. Pearsman W, Jacobs N, De Maeseneer J, Seuntjens L. The Flemish version of a new European standardised outcome instrument for measuring patients' assessment of the quality of care in general practice. Arch Public Health 2002; 60: 39- 58.
58. Dağdeviren N, Aktürk Z. An Evaluation of Patient Satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument Yonsei Med J. 2004; 45 (1): 23- 28.
59. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care. 2000; 12 (2): 143- 147.
60. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. Qual Saf Health Care 2002; 11 (4) : 315- 319.
61. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl Per, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. British Journal of General Practice, 2000; 50 (460): 882- 887.
62. Ünüvar N, Aydın S. Turkey Health Report. Refik Saydam Hygiene Center School Of Public Health Publication no: SB-HM-2004/01, Ankara. [http://www.saglik.gov.tr/EN/Tempdosyalar/215\\_\\_turkeyhealthreport.pdf](http://www.saglik.gov.tr/EN/Tempdosyalar/215__turkeyhealthreport.pdf) erişim tarihi; 12.03.2008
63. Milano M, Mola E, Coliechio G. Validation of the Italian version of European instrument for patient evaluation of General Practice Care. Eur J Gen Pract. 2007;13 (2): 92- 94.
64. Okumuş H, Akçay H, Karayurt Ö, Demircan G. Bir Kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, İzmir Ege Üniversitesi Basımevi, 1993; 177- 183.
65. Uz HM, Özbakır Dİ, Ergin C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması. Haberal Eğitim Vakfı Yayını Ankara 1997; 113- 118.

66. Ankara ili Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, Ankara Valiliği İl Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ Bilgi İşlem ve İstatistik M¼d¼rl¼đ¼ <http://www.asm.gov.tr/UserFiles/hastamemnuniyetanketi.doc> erişim tarihi; 10.03.2008.
67. Ersoy F, Edirne T, Yıldırım C. Birinci basamakta hasta memnuniyeti. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Y¼netimi Sempozyumu, İstanbul, 27- 28 Eylül 2001; 366- 370.
68. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. BMC Health Serv Res 2007; 3: 7: 46.
69. Ay S, G¼ng¼r N, ¼zbařaran F. Manisa il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlananların aldıkları hizmetten memnuniyetin değerlendirilmesi. II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, 7- 8 Mayıs 2004.
70. Taşdemir M, Hayran O. Ayaktan bakım hizmeti veren çeşitli sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi. [http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik\\_Metinler/goto.aspx?id=2338](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=2338) erişim tarihi; 13.04.2008

**EK-1**  
**KİŞİSEL BİLGİLER**

1-) Adınız-soyadınız:

2-) Doğum yılınız:

3-) Cinsiyetiniz: \_\_Kadın \_\_ Erkek

4-) Medeni durumunuz:

\_\_Evli \_\_Bekar \_\_Boşanmış \_\_Eşi vefat etmiş

5-) Çocuğunuz var mı? \_Evet \_\_Hayır Evet ise, kaç tane ve yaşları...

6-) Mesleğiniz nedir?

7-) Halen çalışıyor musunuz?

\_\_Hayır. Ne zamandır çalışmıyorsunuz? (ay olarak belirtiniz )

\_\_Evet. Ne iş yapıyorsunuz?

8-) Yaşadığınız yer:

Yaşadığınız yerin bu sağlık ocağına uzaklığı kaç kilometredir?

9-) Bilinen sürekli bir hastalığınız var mı? Varsa nedir? Kaç yıldır?

10-) Son bir yıl içinde kaç kez doktora başvurduunuz? Kaçı birinci basamak, kaç tanesi hastane başvurusudur?

11-) Şu anki başvuru nedeniniz nedir?

a) Yeni rahatsızlık b) Eski bir sağlık sorunu c) Kontrol d) Aşı e) Diğer

12-) Öğrenim durumunuz:

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

13-) Ne tür bir sosyal güvenceniz var?

1-Yok 4-Emekli Sandığı 7-Diğer:.....  
2-SSK 5-Yeşil Kart  
3-Bağ-Kur 6-Özel Sigorta

**EK-2**  
**EUROPEP**

**Hastaların Hekimi ve Muayenehanesini Değerlendirme Ölçeği**

**Aile Hekiminiz (Doktorunuz) ve muayenehanesi hakkındaki görüşleriniz nelerdir?**

Merhaba,

Sizin sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğunuza inanıyoruz. Bu nedenle sağlık bakımının kalitesini artırmak için sizin görüşlerinizi almak istiyoruz. Doktorunuz bu anketin hastalarına uygulanmasını kabul etti. Anketi doldurup araştırma ekibine ulaştırırsanız çok memnun olacağız.

Bu ankette sizin son 12 ay boyunca genel olarak sağlık hizmeti aldığımız hekimin ve muayenehanesinin kalitesini derecelendirmenizi istiyoruz (Bu doktor bugün muayene olduğunuz doktor olmayabilir).

Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Dağıttığımız bütün anketlerin elimize ulaşmış olup olmadığını kontrol etmek için adresinizi sorsak ta cevaplarınızla isminiz herhangi bir şekilde ilişkilendirilmeyecektir. Anketi doldurduğunuz için çok teşekkür ederiz.

Lütfen bütün soruları cevaplandırdığınızdan ve her soruya yalnızca bir cevap verdiğinizden emin olunuz. Eğer soru sizinle ilgili değilse son kolondaki “Uygun değil/İlgisiz” seçeneğini işaretleyiniz.

Soruların karşısındaki sizin görüşünüze en yakın kutuya işaret ( ✓ ) koyunuz.

Örnek:

<b>Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?</b>	<b>Kötü</b>				<b>Mükemmel</b>	<b>Uygun değil / İlgisiz</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lütfen son 12 ayda en sık gördüğünüz doktorunuz veya muayenehanesini göz önünde tutarak değerlendirme yapınız. Sizden sadece bu belirlediğiniz doktor veya muayenehanesi hakkında değerlendirme yapmanızı istiyoruz.

Bu aile hekiminin (doktorun) adı nedir? \_\_\_\_\_



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

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı: EK: 353

30.11.2006

Sayın Yrd.Doç.Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

Etik kurulumuza sunmuş olduğunuz "Samsun'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlerin hastalar tarafından EUROPEP ölçeğiyle değerlendirilmesi" başlıklı Retrospektif (Anket) araştırma projeniz ile ilgili değerlendirme çalışmaları sonuçlandırılmıştır. Projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamalarınızı dikkate alarak değerlendirilmiş olup, OMÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul yönergelerinin 5. maddesi gereği sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere bu araştırmanın uygulanmasında herhangi bir etik sakıncanın olmadığına ve araştırma tamamlandıktan sonra sonucunun etik kurulumuza bildirilmesi gereğine 27.11.2006 tarihli etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.



Prof.Dr.Yüksel KESİM  
Etik Kurul Başkanı





T.C.  
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.ODM.0.70.00.00/107-5289  
Konu :

SAMSUN  
01 08 7  
...../...../ 200

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ:28.06.2007 gün ve 211-5752 sayılı yazınız.

Samsun Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan 27.07.2007 gün ve 25236 sayılı ekte gönderilen yazı ile Fakülteniz Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından Aile Hekimliği Uygulamasının değerlendirilmesi amacıyla İlimizdeki birinci basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan kişilere anket uygulaması yapılması talebinizin, Eylül ayında bir ay süre ile Aile Hekimliği Anabilim Dalı Asistanları tarafından Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılacak olan bu çalışmanın ayrıntılı sonuçlarının Müdürlüklerine bildirilmesi halinde uygun görüldüğü bildirilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Ahmet Rifat ŞAHİN  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

EK:1

İLGİLİ MAKAMA,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan Dr. Mahcube Çubukçu'nun "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'na başvuran hastalarda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezi çalışması için polikliniğimde takip edilen hastalarla görüşme yapması bilgim dahilindedir.

Dr.Ceyda Sucu Akdoğan

Uzm. Dr. Ceyda AKDOĞAN  
Diploma No : 22664/27132  
İhtisas No : 62286-92336  
5501003 Aile Hekimliği

İLGİLİ MAKAMA,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan Dr. Mahcube Çubukçu'nun "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'na başvuran hastalarda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezi çalışması için polikliniğimde takip edilen hastalarla görüşme yapması bilgim dahilindedir.

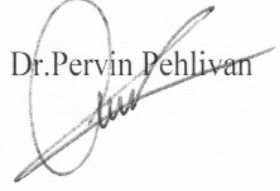
Dr.Onur Çubukçu



İLGİLİ MAKAMA,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan Dr. Mahcube Çubukçu'nun "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'na başvuran hastalarda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezi çalışması için polikliniğimde takip edilen hastalarla görüşme yapması bilgim dahilindedir.

Dr.Pervin Pehlivan



İLGİLİ MAKAMA,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan Dr. Mahcube Çubukçu'nun "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'na başvuran hastalarda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezi çalışması için polikliniğimde takip edilen hastalarla görüşme yapması bilgim dahilindedir.

Dr.Cem DEMİREL





İLGİLİ MAKAMA,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan Dr. Mahcube Çubukçu'nun "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'na başvuran hastalarda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezi çalışması için polikliniğimde takip edilen hastalarla görüşme yapması bilgim dahilindedir.

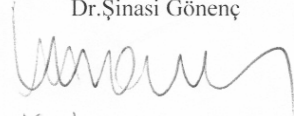
Dr.Halil İbrahim İnce



İLGİLİ MAKAMA,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan Dr. Mahcube Çubukçu'nun "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'na başvuran hastalarda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezi çalışması için polikliniğimde takip edilen hastalarla görüşme yapması bilgim dahilindedir.

Dr.Şinasi Gönenc

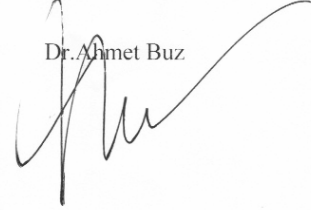


Kadıköy A.M.

İLGİLİ MAKAMA,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan Dr. Maheube Çubukçu'nun "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'na başvuran hastalarda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezi çalışması için polikliniğimde takip edilen hastalarla görüşme yapması bilgim dahilindedir.

Dr. Ahmet Buz



İLGİLİ MAKAMA,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan Dr. Mahcube Çubukçu'nun "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'na başvuran hastalarda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezi çalışması için polikliniğimde takip edilen hastalarla görüşme yapması bilgim dahilindedir.

Dr.Canan Kaynarca



## EK- 5

### GÖNÜLLÜLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Ben ....., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmekte olan “Samsun’da birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlerin hastalar tarafından EUROPEP ölçeğiyle değerlendirilmesi” adlı araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bana bu çalışmada; Türkçeleştirilmiş EUROPEP ölçeğinin kullanılacağı ve hastaların hekimi ve sağlık birimini değerlendirmesinin amaçlandığı ve elde edilen sonuçların ulusal bir veritabanı oluşturulmasına öncülük etmek için kullanılacağı anlatılmıştır.

Yapılacak bu anket sonrasında ilerleyen dönemlerde verdiğim bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı ve alınan bilgilerin gizli tutulacağı bana anlatıldı. Bana bu çalışma nedeniyle herhangi bir ilaç uygulaması yapılmayacağı veya benim üzerimde deney yapılmasının ya da verdiğim bilgilerin bilimsel olmayan bir şekilde kullanımının söz konusu olmadığı söylendi. Katıldığım anketin Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda değerlendirileceği ifade edildi.

Araştırma ile ilgili olarak beni endişelendiren bir durum veya merak ettiğim herhangi bir soru olduğu takdirde araştırmacı doktoru arayabileceğim söylendi. Başvuracağım doktorun adı ve soyadı Mahcube ÇUBUKÇU, telefon numarası 0- 362-3121919’dan 2744 ve 0- 505-2332232’dir.

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren yukarıdaki metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu konuda söz konusu araştırmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bu formun bir nüshası bana da verilmiştir.

Tanık:

Adı Soyadı:

İmza

Gönüllü katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

Anketi Uygulayan kişi:

Adı Soyadı: İmza: