

Araştırma / Research Article



Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma

A research on patient satisfaction in family medicine

Harun Kırılmaz, Kübra Öztürk

¹Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Sakarya, Türkiye
²Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Anahtar Kelimeler:
Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti, Sağlıkta Dönüşüm

Key Words:
Family Medicine, Patient Satisfaction, Health Transformation

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Harun Kırılmaz,
Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
Sakarya, Türkiye
hkirilmaz@sakarya.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
21.12.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:
19.01.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1513851202

ÖZET

Giriş: Sağlık reformları kaliteli, adil ve kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmak, sağlığı geliştirmek, kaynakları verimli kullanmak, sağlık göstergelerinin bölgesel farklılığı azaltmak gibi unsurları vurgulamaktadır. Bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşenlerinden Aile Hekimliği Sistemi, sağlık reformlarının önemli bir parçasıdır. 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama ile başlayan model, 2010 yılında ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Eskişehir ilinde yaşayan vatandaşların aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Araştırma, 30 soruluk anket formunun basit tesadüfî örneklem yöntemi ile seçilen 8 farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı 18 yaşını tamamlamış 120 vatandaşa uygulanmasıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada Avrupa genel pratisyenlik veya aile hekimliği değerlendirme ölçeği (EUROPEP) kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma sonucunda "çok iyi" ve "iyi" ölçekleri toplandığında en yüksek puan verilen ifadeler %90,84 ile "sizi dinlemesi", %87,5 ile "sizi muayene etmesi" ve %82,5 ile "kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" ifadeleri olmuştur. "Çok kötü" ve "kötü" ölçeklerinin toplanması ile oluşan en düşük puanlı ifadeler ise %23,34 ile "doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" ve %20 ile "muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz" ifadeleridir. Aile hekimliği modeline yönelik memnuniyet düzeyinin sosyo-demografik özelliklere göre $p < 0,05$ anlamlılık değerinde belirli bir farklılık göstermediği saptanmıştır. **Sonuç:** Araştırmanın sonucunda, Eskişehir ilinde aile hekimliği hizmeti alan hastaların genel anlamda memnun oldukları belirlenmiştir.

ABSTRACT

Introduction: Health care reforms offering high quality, easily accessible and equitable health care, improving health, use resources efficiently, emphasizes elements such as to reduce regional disparities in health indicators. In this framework, the Family Physician System, a component of the Health Transformation Program, is an important part of health care reforms. The model which started with the pilot implementation in the province of Düzce in 2005 has been spread throughout the country in 2010. **Purpose:** The aim of this study is to evaluate the level of satisfaction of citizens in the family medicine system in the city of Eskişehir. **Method:** The study was carried out by applying a 30-question survey of 120 citizens of the simple random sampling method with the age of 18 registered with the selected 8 different family health center. The European General Practitioners or European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Scale has been used in the study. **Findings:** Research results in "very good" and "good" when the scales meet the highest score given statements 90.84% "listened to", with 87.5% "to examine you" and also with 82.5% "recording and maintain the confidentiality of information" has been expressions. "Very bad" and "bad" scale of the collection consists of the lowest scoring 23.34% with phrases that "you can get your doctor on the phone" and 20% "you can reach the office by phone" expressions. The level of satisfaction with the family medicine model was not significantly different from the socio-demographic characteristics in the significance value of $p < 0.05$. **Conclusion:** As a result of the research, it was determined that the patients receiving family medicine services in Eskişehir were generally satisfied.

GİRİŞ

Küreselleşmenin ve rekabet stratejilerinin artması, teknolojinin gelişmesi, eğitim seviyesinin yükselmesi gibi etkenler beklentileri karşılama yolunda; sağlığa ulaşma, kaynakların etkin kullanımı, hizmet ve personel yeterliliği ile sınırlı kalmayıp; kaliteye ulaşma ve hasta memnuniyeti seviyesinin yükselmesi gibi faktörlerin de

öneminin artmasında temel olmuştur. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kavramı ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirmeye alınmıştır (1). Ülkemiz de bu gelişmelere 1980 yılları itibari ile süregelen iyileştirmeler, reform ve politikalar ile karşılık vermiştir. 2003 yılında kapsamlı bir reform çalışması olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini

oluşturan ve birey/aile odaklı verilmesini esas alan “Aile Hekimliği Modeli” oluşturulmuştur. Hasta ile ilk temasın sağlandığı bu sistemde bireylerin ihtiyaçları; aileleri, akut-kronik sağlık sorunları, yaşama koşulları, çevre şartları gibi bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde sürekli ve kapsamlı biçimde ele alınır. Sağlık hizmetlerinin coğrafi açıdan dengeye ulaşabilmesi, kırsal-kent arası sağlık hizmeti erişimi ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkları azaltılması, ilk tercih yeri olan hastanelerdeki yığılmaların önlenmesi gibi unsurların hedeflendiği model 2005 yılında Düzce ilinde pre-pilot uygulama yapılarak hayata geçirilmiştir. Düzce’den sonra ilk pilot il olarak 17 Temmuz 2006 yılında Eskişehir ilinde uygulamaya konan model, Aralık 2010 itibarıyla tüm Türkiye’de uygulanmaya başlamıştır (2). Hizmetin varlığı, ulaşılabilirliği, sunumu, sürekliliği; hizmet verenlerin nicel ve mesleki yeterliliği, hasta ile iletişimleri; hizmet verilen yerin fiziksel özellikleri gibi unsurları içinde bulunduran hasta memnuniyeti kavramı ise hizmetin değerlendirilmesi ve beklentilerin karşılanması noktasında bilgi veren temel ölçüt olarak karşımıza çıkar (3,4). Aile hekimliği modelinde hasta memnuniyeti düzeyinin araştırılması, sistemin algılanışı ve oturmuşluğu hakkında geri bildirim görevi görmektedir. Bu bağlamda, Eskişehir ilinde aile hekimliği hizmeti alan vatandaşların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi ve sistemin gereksinimlerine ışık tutması çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Çalışmada, aile hekimliği ve hasta memnuniyeti ile ilgili literatür çalışması yapılmış, oluşturulan modele ait memnuniyet düzeyi anket yöntemi ile araştırılıp çeşitli analizler yapılarak sonuçları ve olası önerileri sunulmuştur.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE AİLE HEKİMLİĞİ

Sağlık, insanlığın her döneminde geliştirilmeye çalışılan, daha iyisini bulma isteğinin sonlanmayacağı bir alandır. Beklentilerin yükselmesi ile birlikte dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hükümetler sağlık alanındaki çalışmalara ivme kazandırmış çeşitli politikalar gerçekleştirmişlerdir. Süregelen iyileştirme reformları, 2002-2003 yıllarında 58. ve 59. Hükümetlerce hazırlanan, Acil Eylem Planı çerçevesinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile bira araya getirilmiştir. Bu program Sağlık Bakanlığı tarafından “reform” başlığı altında toplansa da mevcut yapıyı sonlandırmadan hedeflere ulaşma şeklinde tanımlandığından “dönüşüm” adıyla gerçekleşmiştir (5). Tüm bireyleri kapsayarak kesintisiz ve bütüncül hizmet

sunumunu benimseyen, kişiye yönelik koruyucu hekimlik görevini üstlenen Aile Hekimliği Modeli de bu programın birbirini tamamlayan temel unsurlarındandır (6).

Aile Hekimliği, birinci kademedeki hizmetlerin niteliğini artıracak bir disiplindir. Aile Hekimliği, kadın erkek ayırt etmeksizin, tüm yaş gruplarını içine alan; sistemleri ve hastalıkları bütünsel inceleyen; bireylere ve ailelere sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren, bireylerin ikamet ettikleri yerden kolaylıkla ulaşabileceği, klinik bilimler ve davranış bilimlerinin oluşturduğu uzmanlık alanıdır (7). DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nün (WONCA) imzasının olduğu Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesinde, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış, ülkemizde de 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer alarak bir tıp uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (8). Uygulama 24 Kasım 2004 tarihinde 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile kabul edilmiş; 9 Aralık 2004’te Resmi Gazetede yayımlanmıştır. 11 Ekim 2011 tarihi itibarıyla adı “Aile Hekimliği Kanunu” olarak değiştirilmiştir (9). 2005 yılında pilot uygulama ile başlatılan model, 2010 yılı itibarı ile tüm Türkiye’de etkin olmuştur (10).

Aile hekimliği disiplininin kendine özgü bazı özellikleri ve amaçları vardır. Dünya Aile Hekimleri Birliği’nin Avrupa kolu (WONCA EUROPE) Aile Hekimliği disiplininin tanımlayan özellikleri 11 başlık altında tanımlanmış ve bunları “birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım-modelleme” şeklinde 6 çekirdek yeterlilikte toplamıştır (11). Disiplin, bireyi doğumdan ölene dek fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden ailesi ve çevresiyle ‘tek pencere’ sisteminde kişi merkezli bir yaklaşım ile bütüncül inceler. Yalnızca hastalık halinde değil sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetlerini de bir rehber gibi yönlendirerek verir, süreklilik sağlar. Gizlilik ve yakınlık esas alınarak ekip çalışmasıyla hizmet verilir. Gerektiği takdirde 2. ve 3. basamağa sevkleri gerçekleştirir, geribildirimlerini değerlendirir, entegrasyonu sağlar (12). Bu bağlamda aile hekimliği, ilgili dallara yönlendirme ve sevk zinciri özelliği ile “kapı tutucu (gatekeeper)” görevi görmektedir (13). Etkili iletişim ile bireylerin sağlıklarıyla ilgili söz sahibi olmasına olanak verir; aynı zamanda kendisinin de sorumluluk taşıdığı ve savunuculuk yaptığı güvenini sağlar (14). Aile hekimi kendisine kayıtlı hastaları içeren bölgelerini takip

etmesi sonucu hem bireylerin hem de toplumun sağlığı korunmuş olmaktadır. Böylelikle sorunları bireysel ve toplumsal örüntüleri bağlamında ele alır. Hizmetleri sunarken kaynakların etkili kullanımını sağlar, hastanın yararını da gözeterek hizmetin verimliliğini amaçlar ve gereksiz ilaç kullanımını önler (15). Hastanelerdeki yığılmaları azaltılmayı amaçlaması ve ilk temas noktası olmasıyla “sağlık sisteminin giriş kapısı” olarak da nitelendirilmektedir (11).

Aile hekimliğinde, aile hekimleri ve hemşire, ebe, sağlık memuru gibi meslek dallarının oluşturduğu aile sağlığı elemanları hizmet verir. Aile Hekimi, Aile Hekimliği Kanunu’nda tanımı yapıldığı üzere; bireylerin ikamet yerlerinden kolayca ulaşabilecekleri bir konumda bulunan; yaş, cinsiyet, ırk, din, hastalık ayırt etmeksizin kişiye yönelik koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsamlı, devamlı ve ücretsiz olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan ve tam gün esasına göre çalışan tabiptir (9). Hekim, bir pratisyen hekim olabileceği gibi aile hekimliği uzmanı da olabilir. Bu tanımlamaya göre, sağlık ocağı hekimi bir aile hekimidir (6). Aile hekimleri, engelli ya da yatalak olması sebebiyle aile sağlığı merkezine gelemeyen hastalarına “evde bakım hizmeti” sağlamakla, ulaşım ya da uzaklık sorunu nedeniyle sağlık hizmeti almakta sıkıntı yaşayan hastalarının yerleşim yerlerine giderek “gezici sağlık hizmeti” sunmakla ve cezaevi, huzurevi, ıslah evi gibi sağlık hizmetini bulunduğu yerde alması gereken bireylere “yerinde sağlık hizmeti” vermekle sorumludur (16).

Aile hekimi seçme ve değiştirme özgürlüğünün olması ile hasta ve hekim arasında gönüllü iletişim oluşur Bireylerin aile hekimlerini seçme özgürlüğü ile birlikte hekimlerin de hastaları seçme hakkı vardır. Bu haklar taciz, hekimin hizmet kalitesini düşürmesi vb durumlarda kullanılabilir. Yaşlı ya da kronik hasta olması sebebiyle doktorun hastayı reddetmesi durumunda hekim bakanlıkça belirlenir (17).

Aile hekimliği uygulamasında hizmet görevini aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri paylaşmaktadır. Sağlık personelleri tarafından aile hekimliği hizmeti verilen kuruluşlar Aile Sağlığı Merkezlerini oluşturmaktadır. Bu kuruluşlar, uygulama öncesi sağlık ocağı adı altında kamu hizmeti veren kuruluşlar ya da aynı hizmeti veren özel kuruluşlar olabilir (6). Toplum Sağlığı Merkezi ise bölgesindeki halkın sağlığını korumayı ve geliştirmeyi esas alarak birinci

basamak sağlık hizmeti planları yapıp uygulatan ve aynı zamanda bölgesindeki diğer sağlık kuruluşlarıyla koordinasyonu sağlayan, her il ve ilçede birer tane olması –nüfusu çok olan yerlerde her yüz bin kişiye 1 TSM olarak- uygun görülmüş sağlık kuruluşlarıdır (18). TSM, kurulacak yerin koşulları ve özelliklerine göre valiliklerin teklifi ve Bakanlığın onayı ile kurulur (19).

HASTA MEMNUNİYETİ

Hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile deneyimi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak ifade edilir (20). Bu ifade ile hastanın alacağı hizmetten önce bazı beklentilerinin olduğu ve hizmet deneyimi sonucu beklentilerinin ne ölçüde karşılandığına bağlı olarak belirli algıları kazandığı sonucuna varılır. Beklentiler ise bireyin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sahip olduğu bireysel ve sosyo-kültürel özellikleri, daha önce edindiği sağlık hizmeti tecrübeleri vb faktörlere göre farklılık kazanmaktadır. Beklenti, “bir şeyin olacağına inanmak” anlamındadır (21). Memnuniyetin sağlanması, sağlık hizmetlerinde kalite ölçümünün önemli belirleyicilerindedir (22). Sağlık hizmetleri sunumunda kalite, geçerliliği kabul edilmiş standartlara uygun tedavi ve bakım hizmetlerinin verilirken hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanabilir (23). Kaliteye ulaştığını düşünen kişi verilen hizmetten tatmin olur. Tatmin ile kalite arasındaki ilişki, Maslow’un hiyerarşi modeli düşünüldüğünde doğrusal yöndedir. Modelin tabanına ‘uygunluk’ bölümü standart bir hizmet sunulduğunu, en üst düzeydeki kalitede ise tatminkârlığın sağlanmış olduğu sonucuna varılır (24). Tüm bu ifadelerden hareketle hasta memnuniyetinin, algılanan kaliteyle birlikte oluşan tatmin duygusunun beklentileri karşılama derecesine göre artan subjektif bir sonuç olduğu söylenebilir.

Literatür incelendiğinde hasta memnuniyeti düzeyini etkileyen bazı faktörlerin bulunduğu görülmektedir. Hastaya ilişkin; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal sınıf, kültür, aile ilişkileri, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanı-tedavisi, beklentileri, deneyimi, kendi sağlık durumunu algılayışı, değer yargısı vb faktörler hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (25). Örneğin; Kars’ta yapılan bir araştırmada yaşın memnuniyet düzeyinde farklılık oluşturduğu belirlenmiştir (22). Diğer bir faktör ise sağlık hizmetini verenlere ilişkindir. Sağlık personelinin mesleki yetkinlikleri, kişilik özellikleri, hastaya

nitelikli zaman ayırması, karar sürecinde kontrolü hasta ile paylaşması, empati ve anlayışı, hastalarla olan iletişimi hizmet sürecini etkilemektedir (26). İzmir’de yapılan araştırmaya göre hastanın memnuniyetini en fazla etkileyen faktörün sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları olduğu sonucuna varılmıştır (25). Çevresel-kurumsal faktörlerden olan hizmete ulaşılabilirlik, hizmetin süresi, kurumun teknik ve fiziki olanakları, temizliği gibi unsurlar da hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (21). Aile hekimliğinde verilen hizmetin bütünlüğünün bozulmaması ve süreklilik taşıması sebebiyle memnuniyet seviyesi diğer basamaklardaki hizmetlere göre ayrıca önem taşır.

Hasta memnuniyetinin boyutları Aile Hekimliği Sistemi içinde incelendiğinde öncelikli faktör hastanın hizmet alımında ilk teması geçtiği kişi olarak aile hekimi ve tüm ASM personeliyle olan ilişkisidir. Hekimin, bireye yeterli zaman ayırması, açık net açıklamalarla aydınlatması, empati ile birikimini özenle sunması memnuniyeti sağlar. Bilgi asimetrisinden kaynaklanan dengesizlik kişilerin hekimlerine güven duyma ihtiyaçlarını doğurur (27). Güven boyutu, bireyin hizmet sunan ekibe, tedaviye ve ortama emin olarak yaklaşmasında etkilidir (23); böylelikle sağlık hizmetinin kesintiye uğramadan, hekimle işbirliği içinde ve özveriyle gerçekleşmesini sağlar. Bilgilendirmenin de etkin yapılması güveni arttırmakla birlikte özellikle yaşlı ve kronik hastalar için endişeleri minimuma indirir. Bilgilendirilme boyutu bireyin tedaviye uyumunu ve bağlılığını etkileyen temel hasta haklarından birisidir. Bu hak, Türkiye Hasta Hakları Yönetmeliği’nde, hastaların kendilerine verilen hizmetlerde olası fayda ve zararları öğrenme, hastalık seyri ve sağlık durumu hakkında sözlü veya yazılı olarak bilgi isteme hakkına sahip olduğunu içermektedir (20). Boyutlardan bir diğeri olan bürokratik işlemler 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine kıyasla Aile Hekimliği Sistemi’nde daha az olması ile hizmete kısa sürede, zaman kaybı olmadan ulaşmayı öngörür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu Aile Hekimliği Modeli’nde hiçbir sağlık güvencesine sahip olmayan kişiler de hizmetten ücretsiz olarak faydalanmaktadır. Bu nedenle ücret boyutu, Aile Hekimliği Sistemi’nde önemli bir rol oynamamaktadır (28).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Bu araştırmanın amacı, Eskişehir ilinde aile hekimliği hizmeti alan bireylerin memnuniyet

durumlarını sosyo-demografik özelliklerini de göz önünde bulundurarak değerlendirmektir. Araştırmada elde edilen bulguların, Eskişehir ilinin Aile Hekimliği Uygulamasında pilot il olma özelliği ile on seneyi aşkın sürede vatandaşlar tarafından memnuniyetin hangi düzeyde olduğunu belirlemesi ve sistemin yerleşmişliği açısından politika yapıcılara katkıda bulunması amaçlanmaktadır.

Çalışma, 15 Mart – 30 Mart 2017 tarihleri arasında Eskişehir Odunpazarı merkez ilçesine ait 3, Tepebaşı merkez ilçesine ait 3 farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı 87 kişiye; ilçelerde bulunan farklı 2 aile sağlığı merkezine kayıtlı 33 kişiye anket tekniği kullanılarak yapılmış tarama modeli tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini Eskişehir ili aile hekimliği uygulamasından son 12 ayda hizmet alan, 18 yaşını tamamlamış, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 120 birey oluşturmaktadır. Araştırma bir alan incelemesi olup sonuçları Eskişehir ili ile sınırlıdır.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür ışığında geliştirilmiş 30 soruluk bir anket formu yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bu anketin 1. bölümünde hastaya ait sosyo-demografik bilgilerin öğrenilmesini içeren 7 soru sorulmuştur. Bu sorular ile kişinin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, geliri ve yaşadığı yer öğrenilmiştir. 2. bölümde ise Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan EQUIP (European Society for Quality and Safety in Family Practice) tarafından 1999 yılında hazırlanmış, 2002 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş uluslararası kabul görmüş bir ölçek olan EUROPEP (European Patients Evaluate General / Family Practice) ölçeğinin Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Aynı araştırmacılar tarafından anketin geçerlik- güvenilirlik çalışması yapılmış ve çalışmada cronbach’s alpha değeri “0,98” olarak saptanmıştır. EUROPEP ölçeği “hekimin klinik davranışı” (17 soru) ve “hizmet organizasyonu” (6 soru) boyutlarıyla 23 sorudan oluşmaktadır (29).

Çalışmanın anketinde yer alan ifadeler 5’li likert ölçeğine göre hazırlanmış olup; “Çok Kötü (1), Kötü (2), Orta (3), İyi (4), Çok iyi (5)” biçiminde düzenlenmiştir. Elde edilen veriler, SPSS 16.0 istatistik paket programından faydalanılarak “tanımlayıcı istatistiksel (sayı, minimum, maksimum, aritmetik ortalama, standart sapma) analizler, Frekans Analizi, Independent Samples

Test ve Tek Yönlü Anova Testi” ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın Güvenirlik Analizi

Çalışmada, ölçeğe ait güvenilirlik analizi sonuçlarına göre Cronbach's Alpha (α) katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Bu değer “ $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ” aralığında yer aldığından ölçek yüksek derecede güvenilir bulunmuştur (30).

Araştırmanın Hipotezleri

- **H¹:** Kişilerin cinsiyeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H²:** Kişilerin yaşı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H³:** Kişilerin medeni durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H⁴:** Kişilerin öğrenim durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H⁵:** Kişilerin meslek türü ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H⁶:** Kişilerin gelir durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H⁷:** Kişilerin ikamet ettiği yer ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

BULGULAR

Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 120 bireyin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Katılımcıların %58,3’ü kadınlardan, %41,7’si erkeklerden oluşmakta ve çoğunluk sırası ile %40’ı 41-60 yaş, %26,7’si 26-40 yaş, %17,5’i 18-25 yaş, %15,8’i 61 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Bireylerin

%66,7’si evli, %33,3’ü ise bekârdır. Katılımcıların eğitim durumları sorgulandığında %44,2’sinin lise, %40,8’inin lisans ve üstü, %11,7’sinin ilkökul-ortaokul mezunu olduğu %3,3’ünün ise okuryazar olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin %21,7’si emekli, %20,8’si ev hanımı, %19,2’si memur/işçi, %17,2’si çiftçi/esnaf, %15,8’i öğrenci ve %5’i ise işsizdir. Ev halkı toplamı olarak aylık gelir durumları incelendiğinde; %45,8’i 1001-2500 TL, %40’ı 2501-5000 TL, %10,9’u 5001 TL ve üzeri, % 3,3’ü ise 0-1000 TL aralığında maaş sahibi oldukları ve bireylerin %72,5’inin il merkezinde, %27,5’inin ise ilçe merkezinde yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	70	58,3
Erkek	50	41,7
Yaş		
18-25	21	17,5
26-40	32	26,7
41-60	48	40,0
61 ve üzeri	19	15,8
Medeni Durum		
Evli	80	66,7
Bekâr	40	33,3
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	4	3,3
İlkokul-Ortaokul	14	11,7
Lise	53	44,2
Lisans ve üstü	49	40,8
Meslek		
Ev hanımı	25	20,8
Çiftçi/ Esnaf	21	17,5
Memur/ İşçi	23	19,2
Öğrenci	19	15,8
Emekli	26	21,7
İşsiz	6	5,0
Gelir Durumu		
0-1000 TL	4	3,3
1001-2500 TL	55	45,8
2501-5000 TL	48	40,0
5001 TL ve üzeri	13	10,9
İkamet Yeri		
İl merkezi	87	72,5
İlçe merkezi	33	27,5

EUROPEP-TR Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tüm grupta katılımcılar tarafından en yüksek ve en düşük puan verilen ifadeler incelenmiş ve verilen puanların frekans dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Yapılan çalışmanın sonucuna göre “çok iyi” ve “iyi” işaretlemelerinin toplanması ile belirlenmiş en yüksek puan verilen ifadeler incelendiğinde: “Sizi dinlemesi” ifadesine ankete katılan bireylerin %34,17’si ‘çok iyi’, %56,67’si ‘iyi’ (toplamda: %90,84); “Sizi muayene etmesi” ifadesine %50,83’ü ‘çok iyi’, %36,67’si ‘iyi’ (toplamda: %87,5) ve “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ifadesine ise %34,17’si ‘çok iyi’, %48,33’ü ‘iyi’ (toplamda: %82,5) yanıtını vermiştir. “İşini tam yapması” ve “Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” ifadelerinde ise

hiçbir katılımcı tarafından ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ seçenekleri işaretlenmemiştir. Katılımcıların “çok kötü” ve “kötü” işaretlemelerinin toplanması ile belirlenmiş en düşük puan verilen ifadeler incelendiğinde: “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ifadesine ankete katılan bireylerin %4,17’si ‘çok kötü’, %19,17’si ‘kötü’ (toplamda: %23,34); “Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ifadesine ise ankete katılan bireylerin %1,67’si ‘çok kötü’, %18,33’ü ‘kötü’ (toplamda: %20) yanıtını vermiştir. “Doktor dışı personelin yardımı” ifadesinde ise kötü ve çok kötü yanıtları toplamda %11,66’yı oluşturmaktadır.

Tablo 3’e göre çalışmamız için 120 kişiye yüz yüze anket yöntemi uygulanmış, anketler katılımcılar tarafından eksiksiz doldurulmuştur. Katılımcılar

Tablo 2. EUROPEP-TR İfadelerine Verilen Puanların Frekans Dağılımı

İfadeler	Çok kötü		Kötü		Orta		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	1	0,80	3	2,50	25	20,80	57	47,50	34	28,30
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	0	0	5	4,17	38	31,67	51	42,50	26	21,66
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	0	0	1	0,83	38	31,67	48	40,00	33	27,50
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	0	0	4	3,33	36	30,00	53	44,17	27	22,50
Sizi dinlemesi	1	0,83	0	0	10	8,33	68	56,67	41	34,17
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	0	0	1	0,83	20	16,67	58	48,33	41	34,17
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	0	0	2	1,67	25	20,83	61	50,83	32	26,67
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	0	0	2	1,67	23	19,17	68	56,66	27	22,50
İşini tam yapması	0	0	0	0	24	20,00	50	41,67	46	38,33
Sizi muayene etmesi	0	0	2	1,67	13	10,83	44	36,67	61	50,83
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	0	0	9	7,50	42	35,00	52	43,33	17	14,17
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	0	0	9	7,50	31	25,83	67	55,84	13	10,83
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	0	0	5	4,17	31	25,83	71	59,17	13	10,83
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla ilgili yardımcı olması	0	0	16	13,33	42	35,00	43	35,83	19	15,84
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	0	0	0	0	40	33,34	64	53,33	16	13,33
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	1	0,83	5	4,17	55	45,83	44	36,67	15	12,50
Uzmana sevkten beklentileriniz konusunda sizi hazırlaması	1	0,84	5	4,17	47	39,16	59	49,17	8	6,66
Doktor dışı personelin yardımı	1	0,83	13	10,83	30	25,00	52	43,33	24	20,00
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	0	0	5	4,17	39	32,50	67	55,83	9	7,50
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	2	1,67	22	18,33	45	37,50	43	35,83	8	6,67
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	5	4,17	23	19,17	53	44,17	28	23,33	11	9,17
Bekleme odasında harcadığınız zaman	1	0,83	9	7,50	42	35,00	47	39,17	21	17,50
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	2	1,67	5	4,17	20	16,67	58	48,33	35	29,17

Tablo 3. Tanımlayıcı (Betimleyici) İstatistikler

İfadeler	N	Min.	Max.	Ort.	Std. Sapma
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	120	1	5	4,00	0,82
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	120	2	5	3,82	0,82
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	120	2	5	3,94	0,79
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	120	2	5	3,86	0,80
Sizi dinlemesi	120	1	5	4,23	0,67
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	120	2	5	4,16	0,72
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	120	2	5	4,03	0,74
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	120	2	5	4,00	0,70
İşini tam yapması	120	3	5	4,18	0,74
Sizi muayene etmesi	120	2	5	4,37	0,74
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	120	2	5	3,64	0,82
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	120	2	5	3,70	0,76
Şikâyetlerinizi veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	120	2	5	3,77	0,69
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	120	2	5	3,54	0,92
Tavsiyelerine uyanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	120	3	5	3,80	0,66
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	120	1	5	3,56	0,80
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	120	1	5	3,57	0,72
Doktor dışı personelin yardımı	120	1	5	3,71	0,94
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	120	2	5	3,67	0,68
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	120	1	5	3,28	0,90
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	120	1	5	3,14	0,97
Bekleme odasında harcadığınız zaman	120	1	5	3,65	0,89
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	120	1	5	3,99	0,88

tarafından ifadelere minimum 1 (çok kötü) ile maksimum 5 (çok iyi) arasında puan verilmiştir. “İşini tam yapması” ve “Tavsiyelerine uyanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” ifadeleri için minimum puanı 3 (orta) oluşturmuştur. Çalışmamızda da standart sapma değerinin düşük olması (0,66-0,97 arasında) ile ifadelere verilen puanlar arası farklılığın çok olmadığı bulgusu elde edilmiştir. İfadelere göre verilen cevapların ortalamalarının genel olarak 3,5 ile 4,5 arasında olduğu görülmektedir. Değerlerin bu şekilde olması, cevapların orta- iyi- çok iyi seçeneklerinde seyir izlediğini göstermektedir. Buna göre en olumlu cevap 4,37 değerindeki ortalama ile “Sizi muayene etmesi”; en olumsuz cevap ise 3,14 değerindeki ortalama ile “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ifadesidir.

Araştırmanın Hipotezlerine İlişkin Analizler

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine

ilişkin bir farklılaşma olup olmadığı “Independent Samples Test” (Bağımsız t- test) ve “One Way Anova” (Tek Yönlü Varyans Analizi) ile analiz edilmiştir. Hipotezlerin test edilmesi sürecinde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bireylerin cinsiyeti, medeni durumu ve ikamet yeri değişkenleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı araştırmak amacıyla bağımsız grup t-testi gerçekleştirilmiştir. Analizlerin sonucuna göre bireylerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri ile cinsiyetleri ($p=0,11 > 0,05$), medeni durumları ($p=0,66 > 0,05$) ve ikamet yerleri ($p=0,12 > 0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yaşı, eğitim durumu, mesleği ve gelir durumu değişkenleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı saptamak için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analizlerin sonucuna göre bireylerin aile hekimliği uygulamasından

memnuniyet düzeyleri ile yaşları ($p=0,26>0,05$), eğitim durumları ($p=0,13>0,05$), meslekleri ($p=0,07>0,05$) ve gelir durumları ($p=0,25>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan analizlerin sonucuna göre ortaya konan hipotezlerin tümü kabul edilmiştir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Aile hekimliği sisteminden memnuniyetin Eskişehir ili çerçevesinde değerlendirilmesinin amaçlandığı çalışmadan elde edilen sonuçlar bu alanda yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, EUROPEP-TR ölçeğine ilişkin yapılan analiz sonucunda “çok iyi” ve “iyi” işaretlemelerinin toplanması ile belirlenmiş en yüksek puan verilen ifadeler %90,84 ile “Sizi dinlemesi”, %87,5 ile “Sizi muayene etmesi” ve %82,5 ile “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ifadeleri olmuştur. En düşük puan verilen ifadeler ise “çok kötü” ve “kötü” yanıtlarının toplanması ile oluşturulmuş ve bu ifadeler %23,34 ile “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, %20 ile “Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” şeklindedir. Literatür incelendiğinde, aynı ölçek ile gerçekleştirilen çalışmaların bulgularının,

araştırmamızın bulgularıyla paralellik taşıdığı görülmektedir. Çubukçu'nun Samsun ili örnekli çalışmasında en yüksek puan verilen ifade (%32,8) “iyi” ve (%56) “çok iyi” yanıtlarının toplamı olarak %89,7'lik bir oranla “Sizi dinlemesi” ifadesidir. Bu ifadeyi sırasıyla “Sorularınızı ona söylemenizi kolaylaştırması, Kayıt ve bilgilerini gizli tutması” takip etmektedir. Aynı çalışmada en düşük puan verilen ifade ise (%42,1) “çok kötü” ve (%10,3) “kötü” yanıtlarının toplamı olarak %52,4 ile “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” ifadesidir (31). Özdemir'in Kilis'te yapmış olduğu çalışmada ise en yüksek puan verilen ifade “Sizi muayene etmesi” iken “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, İşini tam yapması, Sizi dinlemesi” de diğer yüksek puan alan ifadeler arasındadır; bu çalışma ile birlikte Baltacı ve arkadaşlarının çalışmalarında en düşük puan verilen ifadeler “Doktorunuza muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ifadeleridir (15,32). Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri'de yapmış olduğu çalışmada, Özaras ve Dil'in Çankırıda yapmış olduğu çalışmada, Edirne'nin Vanda yapmış olduğu çalışmada ve Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğünün 2012-2013 yılları arasında hem Türkiye çapında hem de Eskişehir özelinde yaptığı araştırmada

Tablo 4. Hasta Memnuniyetinin Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Sosyo-Demografik Özellikler		N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Cinsiyet	Kadın	70	3,85	0,52	1,03	0,11
	Erkek	50	3,74	0,49		
Yaş	18-25 yaş	21	3,75	0,6	1,36	0,26
	26-40 yaş	32	3,83	0,45		
	41-60 yaş	48	3,74	0,5		
	61 yaş ve üzeri	19	4,01	0,51		
Medeni Durum	Evli	80	3,82	0,53	0,99	0,66
	Bekâr	40	3,78	0,48		
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	4	4,36	0,34	1,93	0,13
	İlkokul-Ortaokul	14	3,8	0,44		
	Lise	53	3,83	0,44		
	Lisans ve üstü	49	3,74	0,59		
Meslek	Ev hanımı	25	4,01	0,49	2,14	0,07
	Çiftçi/ Esnaf	21	3,76	0,43		
	Memur/ İşçi	23	3,72	0,51		
	Öğrenci	19	3,66	0,5		
	Emekli	26	3,75	0,57		
	İşsiz	6	4,2	0,29		
Gelir Durumu	0-1000 TL	4	3,95	0,54	1,39	0,25
	1001-2500 TL	55	3,82	0,48		
	2501-5000 TL	48	3,86	0,46		
	5001 TL ve üzeri	13	3,55	0,74		
İkamet Yeri	İl merkezi	87	3,86	0,47	0,02	0,12
	İlçe merkezi	33	3,23	0,54		

en yüksek ve en düşük puan verilen ifadeler çalışmamız bulguları ile paralellik taşımaktadır (33-36). Bu sonuçların aksine, Dağdeviren ve Aktürk ise çalışmasında “Merkeze telefon ile ulaşma” ifadesinin en yüksek puan verilen ifadeler arasında olduğu sonucuna ulaşmıştır (37). Genel bir değerlendirme yapıldığında, modelin “hasta ile kendine özgü görüşme süreci” bağlamında gizliliği esas aldığı, “ilk tıbbi temas noktasını oluşturma” ile muayeneleri gerçekleştirmesi açısından etkin olduğunu ve görüşmeler esasında hastanın sorunlarını acele etmeden anlatabildiğini göstermektedir. Aile hekimliği hizmetinin “sürekliliği” çerçevesinde ise, 24 saat sağlık hizmeti sunma sorumluluğunun çalışmamız örnek ili ile birlikte çoğu bölgede tam olarak yerleşmediği söylenebilir.

Literatürde, bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin çeşitli sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Araştırmada, katılımcıların cinsiyeti ile memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p=0,11>0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Kızıl ve arkadaşlarının Yalova’da yapmış olduğu araştırma ($p=0,300>0,05$) bulgumuzu desteklerken; Gümüşhanede EUROPEP ölçeği ile yapılan çalışmada ise farkın istatistikî açıdan anlamlı olduğu ($p=0,03<0,05$) ve kadın katılımcıların memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (38,39). Kadınların memnuniyetlerinin daha yüksek olması, aile hekimliğinin sunduğu bebek-izlem, gebe-izlem, aşılama vb hizmetlerden kadınların daha alakadar olmasından kaynaklanabilir. Eskişehir ili çerçevesinde bu unsur memnuniyete etki etmemektedir. Araştırmamızda, yaş grupları ile memnuniyet arasında önemli bir farklılığa rastlanmamıştır ($p=0,26>0,05$). Özdemir’in çalışması ile Mete ve arkadaşlarının çalışması yaşın yükseldikçe verilen memnuniyet puanlarında artış olduğunu fakat anlamlı bir fark bulunmadığını; Akıllı ve Genç’in çalışması ($p=0,00<0,05$) ile Nazlı ve arkadaşlarının çalışması ise farklılığın oluştuğunu ortaya koymuştur (15,40-42). Bu farklılık yaşın yükseldikçe aile sağlığı merkezine yapılan ziyaretlerin artmasından, ulaşımın kolaylığından, ilaç yazdırma sıklığından ve hekimin kişiye özel hizmet sunumunun ileri yaştaki bireyleri tatmin etmesinden doğabilir; ancak Eskişehir ilinde yaş değişkeni memnuniyeti belirleyici nitelikte değildir. Çalışmada, bireylerin evli ya da bekâr olması hasta memnuniyetine etkisi açısından anlamlı düzeyde değişiklik arz

etmemekte ($p=0,66>0,05$) ve birçok araştırmada bu sonucu desteklemektedir (13,31,38,28). Literatürde, eğitim seviyesinin yükselmesi ile beklentinin artacağı ve memnuniyetin azalacağı öngörülmektedir (25). Karadağ’ın çalışması ile Akıllı ve Genç’in çalışması bu sonucu doğrular niteliktedir (24,41). Çalışmamızda ise eğitim seviyesinin memnuniyet düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı değildir ($p=0,13>0,05$). Eskişehir’de eğitim seviyesinin cinsiyet ayırt etmeden üst sıralamalarda yer alması memnuniyet araştırmamızda anlamlı bir farklılığın oluşmasını engellemiş olabilir (43). Özaras ve Dil’in çalışması ile Kızıl ve arkadaşlarının ($p=0,297>0,05$) çalışması da bulgumuz ile paralellik taşımaktadır (34,38). Çalışmada, mesleğin memnuniyete etkisi araştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı ($p=0,07>0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Söyleyici’nin çalışmasında da mesleğin anlamlı farklılık oluşturmadığı ($p=0,098>0,05$) sonucuna ulaşılmış; Karadağ ile Nazlı ve arkadaşlarının çalışmasında ise araştırmamızın aksine meslek değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmuştur (44,42,24). Bu farklılık çalışan kesimin, ev hanımı ve emeklilere göre daha az memnuniyet duymalarından kaynaklanmaktadır. Bireylerin gelir durumları ile birlikte refah seviyesinin yükselmesi beklentilerin artmasına ve aynı sebeple memnuniyetin de düşmesi ile sonuçlanabilmektedir. Soysal ve arkadaşlarının Diyarbakır’da gerçekleşen çalışması ($p=0,05<0,05$) bu düşüncüyü doğrulamaktadır (13). Öztürk ve arkadaşları ise bu düşüncenin aksine, çalışmalarında, ekonomik durumu düşük olanların memnuniyetlerinin anlamlı olarak düştüğü sonucunu elde etmişlerdir (33). Çalışmamızda ise bireylerin gelir durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,25>0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Cengiz’in Edirne örnekli çalışması ($p=0,606>0,05$) ile Akıllı ve Genç’in Şanlıurfa örnekli çalışması da ($p=0,244>0,05$) bulgumuzla aynı yönde sonuç vermiştir (28,41). Çalışmamızda farklılığın oluşmama sebebinin aile hekimliği hizmetinin ekonomik sınıf ayrımı gözetmeksizin her kesime ücretsiz verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan analiz sonucunda, ankete katılan bireylerin il ve ilçe bazında farklı yerlerde ikamet etmesi ile memnuniyeti arasında ilişki olmadığı ($p=0,12>0,05$) saptanmıştır. Söyleyici’nin çalışmasında ise kır-kent karşılaştırmasına göre memnuniyet düzeyi açısından istatistikî olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu ($p=0,020<0,05$) tespit edilmiştir (44).

Bu sonucun Eskişehir ilinin ulaşım, coğrafya olanaklarının uygun olması ve gelişmişliğinden sağlandığı düşünülmektedir. Çalışmada, sosyo-demografik özellikler ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır. Kızıl ve arkadaşları da çalışmamıza benzer şekilde sosyo-demografik hiçbir değişkenin memnuniyete etki etmediği sonucuna ulaşmıştır (38).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın yapıldığı örnekleme elde edilen bulgulara göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmış ve konu ile ilgili bazı öneriler sunulmuştur.

- ✓ Çalışmada aile hekimliğinde hasta memnuniyet düzeyinin ölçülmesi EUROPEP-TR anketinin Eskişehir ilinde uygulanması ile gerçekleşmiş olup sonuçları Türkiye için genellenemez. Birinci basamakta verilen hizmetlerin niteliğini arttırmak için memnuniyet ölçme çalışmaları Sağlık Müdürlüğü'nün koordinatörlüğünde planlı ve devamlı olarak gerçekleştirilmelidir. Denetim sağlanmalıdır.
- ✓ Çalışmaya katılanların çoğunu kadınlar, 41-60 yaş grubu aralığındakiler, evliler, lise ve üzeri mezuniyete sahip olanlar, emekliler ve ev hanımları, 1001-2500 TL arası gelire sahip olanlar ve il merkezinde yaşayanlar oluşturmaktadır.
- ✓ Çalışma sonucunda bireylerin yüksek puan verdiği "Sizi dinlemesi, Sizi muayene etmesi, Yeterli zamanın olması, İşini tam yapması," ifadeleri aile hekimliği uzmanlığının yaygınlaştırılması ile daha da etkin gerçekleşebilir. Bireysel hizmetin önem taşıdığı modelde aile hekimine ait kayıtlı kişi sayısının çokluğu, zaman ve ilgi açısından kaliteyi etkileyebilir. Bundan hareketle aile hekimliği birimlerinde görev yapan doktor ve yardımcı personel sayısının yeterli düzeye getirilmeli, tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının sayısı artırılmalıdır.
- ✓ Aile hekimliğinde güven ve gizlilik unsurlarının sağlanması "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, Özel durumunuzla ilgilenmesi, Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması" ifadelerindeki memnuniyet derecelerinin artması ile gerçekleşir. Bu sebeple Aile hekimliği biriminde görev alan tüm sağlık çalışanlarının hasta psikolojisi, tutum, iletişim gibi unsurlarda gelişmesi adına rutin eğitimlere tabii tutulması gerekmektedir. Bireyler de alabilecekleri hizmet

ve model hakkında çeşitli eğitim ve seminerlerle bilinçlendirilmelidir.

- ✓ Uygulama asıl olarak koruyucu sağlık hizmetini ve sağlığın geliştirilmesini amaçlamaktadır. Hekimler bu doğrultuda sağlık koordinatörlüğünü üstlenir. Ancak çalışmada da yer verilen ifadelerden olan "doktora-muayenehaneye telefon ile ulaşabilme" aktif olarak kullanılmamakta, hizmet yalnızca muayenehane içinde sınırlı kalmaktadır. Özellikle kronik hastalarının ya da gebe izlem, bebek izlem süreci içinde olanların hekim ile iletişiminin sürekli olabileceği alternatifler oluşturulmalıdır. Böylelikle yüksek puan verilen "acil olan sorunlarda hızlı hizmet sunması" ifadesi de iletişim ağının artmasıyla ivme kazanacaktır.
- ✓ Çalışmada sosyo-demografik özelliklerin memnuniyete etki etmediği saptanmıştır. Bu sonuç ile Eskişehir ili genelinde kişiye ait faktörlerin memnuniyet düzeyinde belirleyici olmadığı, hizmetin bütünü'nün objektif biçimde değerlendirildiği sonucuna varılabilir.
- ✓ Çalışmada ikamet edilen il-ilçe ayırımında ki memnuniyette farklılık saptanmamıştır. Bu sonucun, Eskişehir ilinin ulaşım, coğrafya olanaklarının uygun olması ve gelişmişliğinden sağlandığı düşünülebilir. Gelişmemiş şehirlerdeki ilçe, köy, mezralarda ise sayılan olanakların yokluğu, eski uygulamada var olan sağlık evlerinin en yakın aile sağlığı merkezine bağlanarak sisteme entegre edilmesi ile kırsal farklılığının azalması ve uygulamanın bu alandaki amacına varılması sağlanabilir.
- ✓ Aile hekimliği uygulamasının temel taşlarından biri sevk zincirinin uygulanmasıdır. Ancak ülkemizde "Esnek Sevk Zinciri" olarak tabir edilen uygulama ile birey istediği basamaktan hizmet alabilmektedir. Caydırıcı olarak, kişinin sevk zincirini takip etmeden doğrudan diğer basamaklara başvurması ile ödeyeceği katılım payı daha yüksek olacaktır ki bu yalnızca maddi durumu düşük olan halkın kurum seçme hakkını kısıtlamaktadır. Aile hekimliğinin tamamlayıcı unsuru olan sevk zinciri maddesinin işlevlik kazanması gerekmektedir.
- ✓ Yapılan çalışmada Eskişehir ilinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasından genel olarak hastaların memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Memnuniyetin yüksek olması, bireylerin beklentilerinin karşılanabildiğini,

bundan hareketle Eskişehir ilinde aile hekimliği hizmetlerinin başarılı olduğu ortaya çıkmıştır.

KAYNAKLAR

1. Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Lemomdou, C. (1999), Patient Satisfaction: A Key Concept for Evaluation and Improving Nursing Services, *Journal of Nursing Management*, 7(1): 19-28.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı (2012), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), Sağlık Bakanlığı, Ankara.
3. Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P.H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Ribacke, M., Spenser, T., Szecsenyi J. (1999), Patients' Priorities with Respect to General Practice Care: An International Comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP), *Family Practice*, 16(1): 4-11.
4. Carr-Hill, R.A. (1992), The Measurement of Patient Satisfaction, *Journal of Public Health Med*, 3: 236-249.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm, Ankara.
6. Öztekin, Z. (2009), Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40: 6-12.
7. Ateş, M. (2013), Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Beta Yayınları, İstanbul.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Nedir, Erişim Tarihi: 10.02.2017, <http://www.tahud.org.tr/p/aile-hekimligi-nedir.html>.
9. Resmi Gazete (2003), Aile Hekimliği Kanunu, Tarih: 09.12.2004, Sayı 25665.
10. İlgün, G., Şahin, B. (2016), Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2): 115-130.
11. WONCA EUROPE (2002), Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Barcelona.
12. Ünal, P. (2004), Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri, T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 11-17.
13. Soysal, A., Kırac, R., Alu, A. (2016), Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi Ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri, *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(10): 76-89.
14. Dikici, M.F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A.S. ve Yarış, F. (2007), Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27: 412-418.
15. Özdemir, A. (2012), Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
16. Resmi Gazete (2013), Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Tarih: 25.01.2013, Sayı 28539.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı (2004), Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi, Erişim Tarihi: 20.02.2017, <http://ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>.
19. Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2015), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayınları, Ankara.
20. Kavuncubaşı, Ş. (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
21. Yılmaz, M. (2001), Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 69-74.
22. Yıldız, S., Yıldız, S.E. (2011), "Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars'taki Devlet ve Üniversite Hastaneleri'nde Bir Araştırma, Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 6(2): 125-140.
23. Taşlıyan, M., Gök, S., (2012), Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi, 2(1): 69-94.
24. Karadağ, Z. (2007), Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
25. Özer, A., ve Çakıl, Enver (2007), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3): 140-143.
26. Dinç, D., Ünal, P.C., Topsever, P., Özyavaş, S. (2009), Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(2): 93-98.
27. Akbaş, E. (2014), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler: Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
28. Cengiz, R. (2014), Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyeti: Edirne İl Merkezi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
29. Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Şahin, M.E., Özer, C., Yaman, H., Göktaş, O., Filiz, M.T., Topsever, P., Onganer, E., Aydın, S., Yarış, F., Maraş, İ. (2002), "Hastalar Hekimi Değerlendiriliyor: EUROPEP Ölçeği", *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3): 153-160.
30. İslamoğlu H.A., Alniçak, Ü. (2014), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
31. Çubukçu, M. (2008), Samsun'da Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda Memnuniyetin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun.
32. Baltacı, D., Kara, İ.H., Bahçebaşı, T., Sayın, S., Yılmaz, A., Çeler, A. (2011), Düzce İlinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma, *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(2): 9-15.
33. Öztürk, A., Şağiroğlu, M., Gün, İ., Balcı, E. (2012), Kayseri'de Aile Hekimliği'ne Başvuru Durumu ve Memnuniyet Düzeyi, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 179-181.
34. Özaras, G., Dil, S. (2011), Çankırı'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Memnuniyet Durumlarını Etkileyen Sosyo-demografik, Çevresel ve Psikososyal Faktörlerin İncelenmesi, *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2): 389-404.
35. Edirne, T., Kuflaşlan, A.D., Atmaca, B. (2009), Van İlinde Birinci Basamak Hasta Memnuniyeti: Anketeye Dayalı Kesitsel Çalışma, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(3): 137-147.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı (2012), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
37. Dağdeviren N., Aktürk Z. (2004), An Evaluation of Patient Satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument, *Yonsei Med J*, 45(1): 23-28.
38. Kızıl, C., Akman, V., Öztürk, S., (2015), Aile Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2): 6-31.
39. Bostan, S., Havvatoğlu, K. (2014), EURPEP Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4): 1067-1078.
40. Mete, B., Pehlivan, E., Tekin, Ç., Nacar, E., Ünver, E. Baran, A. (2015), Malatya İl Merkezinde Aile Hekimliği Hizmetinden Yararlanan Yetişkinlerin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, *Medicine Science*, 4(4): 2721-2731.
41. Akıllı, A., Genç, M. (2007), Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2): 95-99.
42. Nazlı, Ş., Alparslan, Ö., Nurhan, D., Atilla, E., Selim, K.H. (2014), Afyonkarahisar İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması, *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(1): 29-34.
43. Kabalıcı, M., Metin, G. (2011), İl ve Bölgelere Göre Eğitim Düzeyi Göstergeleri, Erişim Tarihi: 15.12.2017, http://tucaum.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/280/2015/08/sem7_34.pdf.
44. Söyleyici, T. (2010), Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.