

T.C.
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA VERİLEN HİZMETLERDE
HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA:
İSTANBUL MALTEPE ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
Merve ODABAŞI

İstanbul, 2024

T.C.
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA VERİLEN HİZMETLERDE
HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA:
İSTANBUL MALTEPE ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
Merve ODABAŞI

Öğrenci No
2020024061

ORCID ID
0000-0001-7154-6578

Danışman
Doç. Dr. Bora COŞAR

İstanbul, 2024

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum **“Birinci Basamakta Verilen Hizmetlerde Hasta Memnuniyeti Üzerine Bir Uygulama: İstanbul Maltepe Örneği”** başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım 20/12/2023

Merve ODABAŞI

T.C.
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

10.01.2024

Enstitümüz *İşletme* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **2020024061** numaralı **Merve ODABAŞI**'nın "*İstanbul Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Birinci Basamakta Verilen Hizmetlerde Hasta Memnuniyeti Üzerine Bir Uygulama : İstanbul Maltepe Örneği*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 04/12/2023 tarih ve 2023/48 sayılı toplantısında seçilen ve On-Line toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, İstanbul Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince 45 dakika süre ile Zoom programı aracılığıyla on-line olarak aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında "*OYBİRLİĞİ*" ile "*KABUL*" kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 2 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Doç. Dr. Bo*** CO***
(İstanbul Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Prof. Dr. Er*** AL***
(İstanbul Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Prof. Dr. Ay*** GÜ***
(Kocaeli Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Merve ODABAŞI
Danışmanı : Doç. Dr. Bora COŞAR
Derecesi ve Tarihi : Yüksek Lisans (Tezli), 2024
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Aile Hekimliği, Sağlık Kurumları, Birinci Basamak Hizmetleri

ÖZ

BİRİNCİ BASAMAKTA VERİLEN HİZMETLERDE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA: İSTANBUL MALTEPE ÖRNEĞİ

Gelişen ve değişen dünyada sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın artmasıyla sağlık hizmetlerinin değeri gün geçtikçe artmaktadır. Bu süreçte birinci basamak sağlık hizmetlerinden olan Aile Sağlığı Merkezlerinin koruyucu sağlık hizmetleri açısından rolü büyüktür. Bu araştırmanın amacı, birinci basamaktaki sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların, sağlık kuruluşlarından aldıkları hizmetin ve sağlık kuruluşlarından memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın birinci bölümünde sağlık hizmetlerinin rolü, bölümleri ve aile hekimliğine giriş yapılmış, ikinci bölümdeyse birinci basamak kapsamında aile hekimliğinden bahsedilerek yıllar içerisinde yapılan hasta memnuniyeti çalışmaları ve EUROPEP ölçeğiyle yapılan yurt dışı çalışmalarından bahsedilmiştir. Araştırmanın üçüncü bölümü çalışmanın araştırma kısmına ayrılmıştır. Hasta anket formu ve EUROPEP Türkçe versiyonu 400 hastaya yüz yüze yöntemiyle uygulanmıştır.

Çalışmadaki veriler SPSS 25.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Araştırmada faktör analizi, güvenilirlik analizi, t ve ANOVA testlerine yer verilmiştir. Araştırmanın sonucu olarak; ev hanımları diğer meslek gruplarına göre, ulaşım zorluğunun diğer kriterlere göre, evli olanların bekârlara göre, çocuk sahibi olanların olmayanlara göre, eğitimde ortaokul mezunlarının diğerlerine göre ve gelir durumu açısından daha düşük gelir durumuna sahip kişilerin hekim değerlemede anlamlılık gösterdiği göstermektedirler.

Name and Surname : Merve ODABAŞI
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Bora COŞAR
Degree and Date : Master's (Thesis), 2024
Major : Hospital and Healthcare Institutions Management
Keywords : Family Medicine, Health Institutions, Primary Care Services

ABSTRACT

AN APPLICATION ON PATIENT SATISFACTION IN PRIMARY CARE SERVICES: ISTANBUL MALTEPE EXAMPLE

With the increasing need for health services in the developing and changing world, the value of health services is increasing day by day. In this process, Family Health Centers, which are one of the primary health care services, have a great role in terms of preventive health services. The aim of this research is to measure the satisfaction levels of patients who apply to primary health care institutions, the service they receive from health institutions and their satisfaction levels with health institutions. In the first part of the study, the role of health services, departments and family medicine were introduced, and in the second part, family medicine was mentioned within the scope of primary care and patient satisfaction studies conducted over the years and foreign studies conducted with the EUROPEP scale were mentioned. The third part of the study is devoted to the research part of the study. The patient questionnaire form and the Turkish version of EUROPEP were applied to 400 patients by face-to-face method.

The data in the study were analyzed with the SPSS 25.0 package program. Factor analysis, reliability analysis, t and ANOVA tests were used in the study. As a result of the research; housewives are more likely than other occupational groups, transportation difficulties are more likely than other criteria, married people are more likely than single people, those who have children are more likely than those who do not have children, secondary school graduates are more likely than others in terms of education, and people with lower income status in terms of income status show significance in physician valuation.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ	iii
ŞEKİLLER LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
GİRİŞ	1

1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

1.1. Sağlık Hizmetleri.....	3
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Rolü.....	4
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Bölümleri.....	5
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	6
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
1.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	9
1.4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenleri.....	10
1.4.3. Sağlıkta Dönüşümün Nedenleri	11
1.5. Aile Hekimliği.....	13
1.5.1. Aile Hekimliğinin Tanımı	15
1.5.2. Aile Sağlığı Merkezi	17
1.5.3. Aile Hekimi	18

2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA AİLE HEKİMLİĞİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Aile Hekimliği	19
2.2. Birinci Basamak Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti.....	23
2.3. Europep Ölçeği.....	29

3. BİRİNCİ BASAMAKTA VERİLEN HİZMETLERDE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA: İSTANBUL MALTEPE ÖRNEĞİ

3.1. Araştırmanın Modeli ve Kapsamı	34
---	----

3.2. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi.....	35
3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiki Yöntemler.....	35
3.4. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	36
3.4.1. Demografik Veriler	36
3.4.2. Faktör Analizi.....	37
3.4.3. Güvenilirlik Analizi	39
3.5. Birinci Basamakta Verilen Hizmetlerde Katılımcıların Memnuniyet	
Düzeylerinin İncelenmesi	40
3.5.1. Bağımsız Örneklemeler İçin T Testi (Independent-Samples T Test)	40
3.5.2. Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One-Way	
ANOVA)	45
3.5.3. Araştırma Sürecinde İleri Sürülen Hipotezler ve Sonuçları.....	55
SONUÇ	59
KAYNAKÇA.....	64
EKLER	73
Ek-1: Hasta Anket Formu	73
Ek-2: EUROPEP Türkçe Versiyonu	75
Ek-3: Etik Kurul İzni.....	76

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Farkları....	7
Tablo 2. Türkçe EUROPEP Ölçeği.....	30
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4. Kaiser-Meyer-Olkin Geçerlilik Değerleri.....	37
Tablo 5. KMO ve Bartlett's Test İstatistikleri	38
Tablo 6. Faktör Analizi	38
Tablo 7. Güvenilirlik Analizleri	40
Tablo 8. Hekim Değerlendirme Durumuna İlişkin Görüşlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 9. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 10. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Katılımcıların Çocuğu Olup Olmama Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	43
Tablo 11. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Katılımcıların Bilinen Sürekli Bir Hastalığının Olup Olmama Durumuna Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 12. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Katılımcıların Fiziksel Bir Engelinin Olup Olmama Durumuna Göre Karşılaştırılması(Parametrik Olmayan Test - One Sample Kolmogorov-Smirnov Test).....	45
Tablo 13. Hekim Değerlendirme Durumuna İlişkin Görüşlerinin Doğum Tarihine Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 14. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Meslek Durumuna Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 15. Mesleki Durum/ Hekim Değerlendirme ile İlgili Çoklu Karşılaştırma- Tukey Testi- Sonuçları	49
Tablo 16. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	50

Tablo 17. Eğitim Durumu/ Klinik Davranışı ile İlgili Çoklu Karşılaştırma- Tukey Testi- Sonuçları	50
Tablo 18. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 19. Gelir Durumu/ Hizmet Organizasyonu ile İlgili Çoklu Karşılaştırma- Tukey Testi- Sonuçları	52
Tablo 20. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Sağlık Merkezine Ulaşma Zorluğuna Göre Karşılaştırılması.....	52
Tablo 21. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Sağlık Merkezine Ulaşma Zorluk Nedenine Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 22. Zorluk Nedeni/ Hekim Değerlendirme ile İlgili Çoklu Karşılaştırma- Tukey Testi- Sonuçları	54
Tablo 23. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Başvuru Nedenine Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 24. Araştırma Sürecinde İleri Sürülen Hipotezler ve Sonuçları	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Türleri.....	5
Şekil 2. Sağlık Hizmetleri.....	8
Şekil 3. Aile Hekimliği Birimlerinin Yıllar İçerisindeki Sayıları	15



KISALTMALAR

AH	: Aile Hekimi
ANOVA	: Analysis Of Variance (Varyans Analizi)
ASÇ	: Aile Sağlığı Çalışanı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
df	: Degree Of Freedom (Serbestlik Derecesi)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EQUIP	: European Working Party on Quality in Family Practice (Avrupa Aile Hekimliğinde Kalite Çalışma Grubu)
EUROPEP	: Patients Evalvate General/Family Practice (Hastalar Genel/Aile Hekimliğini Değerlendiriyor)
INDEPENDENT-SAMPLES T TEST:	Bağımsız Örneklemeler İçin T Testi
KMO	: Kaiser-Mayer-Olkin Uygunluk Testi
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
OMÜ	: Ondokuzmayıs Üniversitesi
ONE-WAY ANOVA	: Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi
POST-HOC/TUKEY	: Çoklu Karşılaştırma Testi
Sig	: Significance (Anlamlılık)
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü)

SÖZLÜK

Etkililik: Etkin olma durumu, tesirlilik

Rehabilitasyon: İyileştirme

Sağlık Hizmeti: Sağlık konularını içeren çalışma alanı

Verimlilik: Verimli olma durumu



GİRİŞ

Sağlık sistemi sağlığın geliştirilip daha da büyümesi açısından günümüzde önemli hizmet alanlarından biri olmaktadır. Sağlık sektörü temelinde insan hizmetini baz aldığı için diğer sektörlerden ayrılmaktadır. Emek odaklı hizmetlerin temelinde sağlık hizmetlerinin oluşu bu sektöre duyulan ihtiyacı da beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetleri dört ana türe ayrılmaktadır. Bunlar koruyucu, rehabilite edici, tedavi edici ve geliştirici sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde erişim kolaylığı açısından diğerlerine nazaran daha kapsayıcı olan koruyucu sağlık hizmetlerinde karşımıza Aile Sağlığı Merkezleri çıkmaktadır. Aile Sağlığı Merkezleri koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleriyle birlikte hastaların kolay erişim sağladığı ve sağlık hizmetleri aldıkları yerler başında gelmektedir.

Araştırma birinci basamakta verilen hizmetlerde hasta memnuniyetini ölçmek adına 400 hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle hasta anket formu ve EUROPEP Türkçe versiyonu kullanılarak veri toplanmıştır. SPSS 25.0 paket programda araştırmanın analizleri yapılmıştır. Araştırmada kişilerin demografik istatistikleri de yer almaktadır, ayrıca değişkenler üzerinde faktör, güvenilirlik analizi, t ve ANOVA testlerine de yer verilmektedir.

Araştırmamızın tipi birinci basamak hizmetlerindeki hasta memnuniyetine üzerine yapılan bu araştırmanın tipi tanımlayıcı olarak belirtilmektedir.

Araştırmamızın amacı birinci basamaktaki sağlık kuruluşlarına belirli bir dönem içerisinde başvuran hastaların, sağlık kuruluşlarından aldıkları hizmeti ve sağlık kuruluşlarından memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi olarak belirtilmektedir.

Araştırmamızın evreni/örnekleme, birinci basamak hizmetlerinden faydalanan hastaların sağlık kuruluşları içerisindeki memnuniyet seviyelerinin ölçülmesini kapsamaktadır. Araştırmanın, içerisinde cinsiyet ve yaş gözetmeksizin genel kapsamlı yapılması planlanmaktadır.

Araştırmamızın kısıtlılıkları (sınırları) şu şekilde sıralanmaktadır:

- Aile hekimliği birimi sayısı oldukça fazla olduğundan hepsine birden araştırma ve hasta memnuniyet doğrulaması yapılamamaktadır.

- Aile sağlığı merkezi çalışma koşulları ve saatleri bakımından hasta memnuniyet anketleri yeterli zaman ve mekan yoksunluğundan geniş bir ekte yapılamamaktadır.
- Hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarından memnuniyet koşullarının hizmetlere göre değişiklik göstermesi
- Memnuniyet araştırmasına katılım göstermek isteyen kişilerin sayısının minimum düzeyde olması

Araştırmanın kurumsal yararı olarak Aile hekimliği sistemi içerisindeki hizmeti alan kişilerce memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi ve karşılaştırılması gösterilmektedir. Araştırmanın toplumsal yararı olarak ise Aile hekimliği sistemi içerisinde kişilere verilen hizmetlerin yaygınlaştırılıp farkındalık kazandırılması, Aile hekimliği sistemi hizmetlerinin bireylere sunulması gösterilmektedir. Araştırmanın bilimsel yararı bulunmamaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara istinaden çalışma neticesinde birinci basamakta hasta memnuniyeti ile ilgili kurumlara bulgular sunulmuştur. Geliştirilmesi ve olumsuzlukların giderilmesi açısından araştırmacılara ve yöneticilere çeşitli öneriler getirilip, literatüre katkıda bulunmaktadır.

1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

Gelişen ve değişen günümüz şartlarında sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç devamlı artmaktadır. Sağlık alanı içerisinde oluşan ihtiyaçları karşılama gereksiniminden dolayı sağlık sektörü sağlık sisteminin içerisinde önemli bir yapı taşı olmaktadır (Yılmaz, 2017, s. 18). Sağlık bireyde var olan duyguların bütünleşmesiyle oluşan çok yönlü bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilerde var olan sağlık durumu sorumluluk ve inanç tutumunu da beraberinde getirmektedir. Kişilerde oluşan sağlıklı algısı bireylerin kaliteli yaşam geçirme süreçlerini kapsayan çok yönlü bir ifade olmaktadır (Sarı, 2021, s. 1).

1.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık kavramı geçmişten günümüze kadar gelen süreçte tanımsal ve anlamsal olarak üzerinde çokça araştırmaların yapıldığı ve sıkça tanımlanması yapılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. -Tam bir iyilik hali- olarak literatürlerde sıkça karşılaştığımız ve DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından belirtilen bu kavramın tanımı bakımından iyilik halinin ölçülemeyen bir boyut oluşunu göz önüne sermekte ve iyilik hali kavramı olarak karşımıza çıktığı görülmektedir. Sağlık kavramı bu yönüyle ele alındığında tek boyut olmamakla birlikte kavramsal olarak birden fazla tanımlamaya sahip olmaktadır (Öztürk ve Söyler, 2021, s. 404).

Sağlık hizmetleri süreci kişilerin hastalıklarının oluşumdan taburculuk süresince ye kadar gerçekleştirilebilecek tüm sağlık faktörlerini kapsamaktadır. Hastaların bakım ve tedavilerinde sağlık sunucularının doğru ve kontrollü kullanımı sağlık hizmetlerini geliştirmeyi sağlamaktadır (Ak, 2010, s. 405).

Sağlık hizmetleri yapılışı açısından diğer hizmet türlerinden farklılık göstermektedir. Hasta katılımlı hizmet türü olmakla birlikte hizmetin devamlılığı esas alınmaktadır. Sağlık hizmeti değişkenlik görebildiğinden kişilere göre hizmet kalitesi de etkilenebilmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde emek dayalı sistem benimsenmektedir. Sağlık hizmetlerinin başarısı hasta katılımlı daha da aktif hale geleceğinden hasta merkezli bir hizmet olmaktadır (Aydın ve Hatırlı, 2007, s. 132).

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Rolü

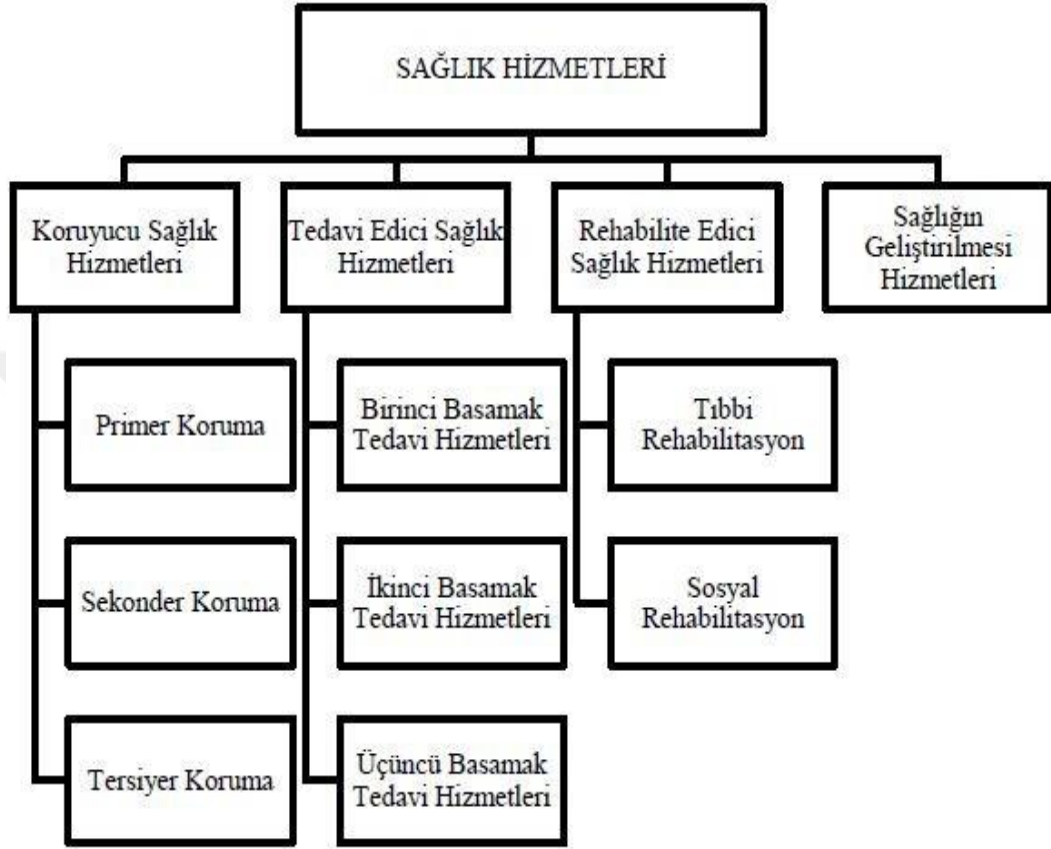
Sağlık hizmetleri toplumsal korunma ve iyileştirmede önemli bir roledir. Sağlık hizmetleri toplum sağlığında diğer faktörlerle birlikte oldukça etkili olduğu gibi bu etkileri düşürme aşamasında da önemli rolü üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin kişiyi hastalıklardan koruma, hastalıklarını tedavi etme ve rehabilitasyon sürecindeki yapılan hizmetler olduğu söylenmektedir (Toktaş, 2021, s. 2).

Sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin insan sağlığı ve insan yaşamının sürdürülebilirliği ile ilgili olması nedeniyle aynı faaliyet alanındaki kurumlardan farklılık göstermektedir. Sağlık sisteminde yıllar geçtikçe hastanelerin hizmet ayrımının oluşması, yıllar içerisinde değişen ve gelişen teknolojiyle birlikte oluşan rekabet ortamı sağlık personellerinde hizmet olarak birtakım değişikliğe gidilmesine neden olmuştur. Değişimlerle birlikte sağlık personelinin yaptığı işlerdeki artış, iş ortamında yaşanan baskı, hastalar tarafından maruz kalınan şiddet ve hakaretler, yönetimin isteklerini karşılama vb. istekler yüzünden iş ortamında zorlaşmalar görülmektedir (Yüncü ve Yılan, 2020, s. 375).

Yıllar içerisindeki değişim ve teknolojik gelişmeler birçok alanda yenileşmeyi ve daha küçük yapılara ayrılmayı mecbur hale getirmiştir. Sağlık hizmetleri sistemlerinde değişimler ve teknolojik yaklaşımlar dolayısıyla daha çok bölümlere ayrılmayı ve hasta hizmetinde daha aktif olmayı gerektirmektedir. Sağlık hizmeti üzerinde artan nüfus, ekonomik zorluklar, sağlık hizmetine erişim, sağlıklı çevre ve doğal kaynakların halk sağlığı açısından doğru kullanımı gibi birçok faktör toplumda sağlık hizmetlerinin artmasına ve daha kısa sürede daha çok kişiye ulaşımında aktif olma yükümlülüğü kazandırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok kişiye daha fazla imkanla ulaşımı ve doğru kullanımının sağlanması açısından birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık hizmetleri sağlayıcıları açısından temel sorumluluklarla görevlendirilmektedir. Birinci basamakta sağlık hizmeti veren aile hekimlikleri de hiçbir ayırım yapmaksızın sağladıkları hizmet çerçevesince kişilere gerekli sağlık hizmetlerini verebilmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 12).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Bölümleri

Ağdemir (2012)'nin yapmış olduğu yüksek lisans tezinde sağlık hizmetleri türleri aşağıdaki şekilde ifade edildiği gibidir (Ağdemir, 2012, s. 3):



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Türleri

Kaynak: Ağdemir, H (2012). *Sağlık sektöründe aile hekimliği yeri ve önemi ile hizmetten yararlananların ve hizmet sunanların memnuniyet durumu konusunda bir araştırma*. [Yüksek Lisans Tezi]. Çag Üniversitesi.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın koruyan ve olası hastalıkların önlenmesinde önemli rol oynayan koruyucu sağlık hizmetleri pek çok yöntemle gerçekleştirilmektedir (Hayran, 2019, s. 173). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri kişilere verilen hizmetler bakımından daha çok alanı kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde kişilerin ilk tanı ve tedavi aldıkları birinci basamak sağlık kuruluşlarında ihtiyaca göre

bir üst sağlık merkezine sevk edilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ayırım yapmaksızın kişilerin ihtiyalarını kapsamaktadır (Akman ve Tarım, 2020, s. 303).

Birinci basamak sağlık kuruluşuna kayıtlı kişiler bağlı bulundukları aile hekimliklerine başvurarak koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındaki uygulamalardan yararlanmaktadırlar. ASMLer (Aile Sağlığı Merkezi) de koruyucu sağlık hizmetleri tedavi edici hizmetleriyle birlikte sunulmaktadır. Oluşabilecek sağlık problemlerinin erkenden teşhisi ve tedavisi oldukça önemlidir. Gerekli görüldüğünde bir üst sağlık kuruluşuna sevinde ASMLer de yapılabilir. Toplum ve kişileri tehdit edebilecek sağlık problemlerinin oluşmadan önlenmesi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında büyük önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşları kolay ulaşılabilir oluşundan dolayı sağlığın sürdürülebilirliği açısından büyük önem arz etmektedir (Samancı, 2020, s. 392).

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hekimin mesuliyetinde olan ve hekimin yanında yardımcı sağlık çalışanlarının katılımıyla gerçekleşen hizmet bütününe sağlık hizmet denilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında sürdürülen faaliyetler kişilerin tedavi süreçlerini kapsayan tüm sağlık hizmetleridir. Tedavi edici hizmetler kişilerin bozulan sağlık sorunlarının yerine getirilmesine yardımcı olmak amacıyla sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Kişilere evde, ayakta veya yatarak tedavilerinin gerçekleştirildiği sağlık organizasyonudur (Karahüseyinoğlu, 2021, s. 396). Kişilerin sağlıklarındaki bozulmaların tedavisi için sağlık kuruluşlarından aldıkları tedavi hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerine girmektedir (Gençoğlu vd., 2021, s. 1599).

Tedavi edici hizmetler kapsam bakımından diğer sağlık hizmetlerinin yanında daha küçük ölçekte hizmet veren sağlık hizmetleri olarak kalmaktadır. Sağlık hizmetleri bakımından daha çok bireyselliğin ön planda olduğundan sağlık hizmetleri içerisinde diğerlerinden ayrılmaktadır (Gençer vd., 2021, s. 1130).

Akaydın ve Baltacı (2022)'nın çalışmasında tedavi edici sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri arasındaki farklar aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir (Akaydın ve Baltacı, 2022, s. 18):

Tablo 1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Farkları

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	Koruyucu Sağlık Hizmetleri
Birey ve aile boyutunda hizmet verilir	Toplum boyutunda hizmet sunulur
Medikal boyutta patoloji belirlenir	Riskin tespit edilmesive değerlendirilmesi esastır
Sağlığı geri kazanmak amaçtır	Riski ortadan kaldırmak esastır
Bireysel eğitime isteklendirme mevcuttur	Topluma karşı sorumluluk duygusu benimsenir
Klinik müdahaleler yer alır	Klinik müdahale birlikte davranışsal ve sosyal müdahaleler gerçekleşir

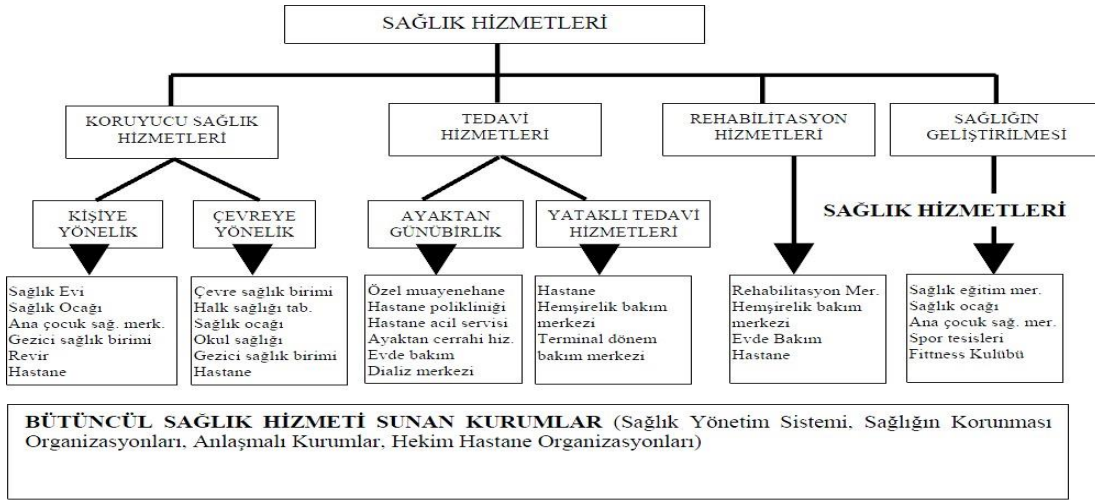
Kaynak: Akaydın, H. ve Baltacı, D. (2022). *Aile hekimliği hizmetlerinde hekim-hasta iletişiminin hasta tatminine ve hizmeti tavsiye etme niyetine etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Ufuk Üniversitesi.

1.3.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin sağlığında meydana gelen olaylardan sonra rehabilitasyon gerektiren sağlık hizmetleri bütünü olmaktadır. Toplumsal sağlık hizmetleri düzeylerinin korunması açısından kişilerdeki ruhsal bozulmalara yönelik tedavi gerektiren sağlık hizmetleridir (Kütükoğlu, 2020, s. 3).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri kapsamı kişilerin yaşanan sağlık problemlerinin ardından sağlık kalitelerini yeniden kazanmalarına yönelik yapılan çalışmalar bütünüdür. Ruh sağlıklarıyla ilgili ortaya çıkabilecek sorunları saptayıp iyileşmelerine katkıda bulunmayı hedeflemektedirler. Ruhsal problemler kişi kadar çevreyi de etkisi altına aldığından ruhsal hastalıklar geniş bir alanı kapsamaktadır (Güven, 2021, s. 77).

Zoralioğlu (2019) çalışmasında sağlık hizmetlerini dört başlık altında aşağıdaki (Şekil 2) gibi göstermektedir (Zoralioğlu, 2019, s. 30):



Şekil 2. Sağlık Hizmetleri

Kaynak: Zoralioğlu, O. (2019). *Sağlık hizmetlerinde ağızdan ağıza pazarlamanın; sağlık hizmetleri kullanıcılarının tavsiye verme ve alma alışkanlıklarının belirlenmesi üzerine bir araştırma: hastane – alan çalışması*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Okan Üniversitesi.

Özgen (2023) in yazmış olduğu yüksek lisans tezinde sağlık hizmetindeki talebi etkileyen faktörler maddeler halinde belirtilmektedir (Özgen, 2023, s. 28-31):

- Sağlık hizmetinde fiyatlandırma talebi olumsuz etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma ile talep arasında zıt ilişki görülmektedir. Fiyat arttıkça talep azalmakla birlikte fiyat düştüğünde talep artışı oluşmaktadır.
- Sağlık hizmetinde sigortaların erişilebilir olmasıyla sağlık hizmetlerine duyulan talepte artış gözlenmektedir.
- Tamamlayıcı mallardaki fiyat artışı talebi olumsuz etkilemekte ve tersi durumda tamamlayıcı malın fiyatındaki azalma daha çok talebe neden olmaktadır.
- Kişilerin gelir seviyesindeki yükselme sağlık hizmetlerine duyulan talebini de etkilemektedir.
- Kişilerdeki gelir yükselmesiyle daha çok maliyetli olan ama zaman açısından kısıtlı olan sağlık hizmetlerini tercih ettikleri görülebilmektedir.
- Zaman içerisinde sağlık hizmetlerinde maddi yönden artacağı veya azalacağı tahmin edilen ürünleri talep etmekte diğer taraftan baktığımızda ise beklenmektedir.

- Kişisel memnuniyet ya da aciliyet sağlık hizmetlerine duyulan talebi etkilemektedir.

1.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta dönüşüm programında amaç, etkin ve verimli sağlık hizmetlerinin sunumunda ve gösteriminde yeterlilik sağlanması olmaktadır. Aydınli (2022) çalışmasında sağlıkta dönüşüm programının amacını üç başlık halinde açıklamaktadır (Aydınli, 2022, s. 18):

Etkililik, yapılacak politikalar ile yaşam kalitesindeki artışı ifade etmektedir. Söz konusu amaçta yapılacak en önemli adım kişilerin yaşam kalitelerindeki iyileşmelerin gerçekleştirilip etkili yaşam kalitesi sunulması olmaktadır.

Verimlilik, kullanılan kaynakların uygunluğu ve az kaynakla çok iş yapmayı hedeflemektedir. Verimlilik artışı ile etkili ve amacına uygun ürünü kullanılarak, hastalar arasında doğru sınıfsal ayrımların yapılıp doğru kaynakların kullanımını sağlanması olup ve az fiyatla uzun süreli hizmet gücünün ortaya çıkarmaktır.

Hakkaniyet, kişilerin hepsine eşit derecede sağlık hizmetinin sunulmasının sağlanması olarak belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kişilere sunumunda hiçbir ayırım gözetmeksizin eşit şekilde dağılımı yapılmaktadır.

Doğruloğlu (2019) un yazmış olduğu yüksek lisans tezinde sağlıkta dönüşüm programı ile ilgili Sağlık Bakanlığınca belirtilen hedefler aşağıda listelenmektedir (Doğruloğlu, 2019, s. 29-30):

- Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı: Planlama ve denetleme açısından Sağlık Bakanlığı'nın yapılandırılmasını baz almaktadır.
- Genel Sağlık Sigortası: Genel sağlık sigortasının tüm herkesi kapsayacak şekilde yapılmasının sağlanması ve özel sağlık sigortasının gelişimsel desteğini içermektedir.
- Erişilebilir Sağlık Hizmeti Sistemi: Etkili ve kademeli olarak aile hekimliklerinin kurulumunun sağlanması ve birinci basamaktaki koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemi kapsamaktadır.

- Bilgili ve Donanımlı İnsan Gücü: Sağlık hizmetlerindeki personelin becerikli ve donanımlı olmalarını sağlayan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.
- Eğitim ve Bilgi Kurumları: Gereken araştırmaların yapıldığı kamu kurumlarında sağlık eğitimlerinin verilmesini sağlamaktadırlar. Yeterli donanımına sahip olup uzmanlık alanında yükümlülükleri yerine getiren yapılardan oluşmaktadırlar.
- Kalite ve Akreditasyon: Sağlık hizmetlerinde mevcut düzeni korumak amaçlı maliyetlerin azaltılması amacıyla kurulan yapılardan oluşmaktadır. Denetime dayalı ve var olan eksiklikleri üzerinde düzenlemelerin yapıldığı yapılar olmaktadır.
- Akılcı İlaç Kullanımında Yapılandırma: Ulusal İlaç Kurumu aracılığıyla ilaçların denetiminin yapılması planlanmaktadır. Tıbbi Cihaz Kurumu da kurumlardaki cihaz kullanımından sorumlu olmaktadır.
- Sağlık Bilgi Sistemleri: Bilgiye ulaşma ve kullanımı, kişilerin kayıtlarının tutulması ve bilgi akışından sorumlu olan kurumlardan olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 8 adet maddeden oluşan hedeflere 2007 yılı itibariyle 3 yeni madde daha eklenmektedir (Arslan, 2019, s. 12):

- Sağlığın gelecekte geliştirilebilmesi ve sağlıklı hayat programlarının varlığı gösterilmektedir.
- Sektörel anlaşmanın sağlanabilmesi için sağlıkta sorumluluk kavramı olmaktadır.
- Sağlık sisteminde ülke açısından faydalı olacak sağlık hizmetlerinin genişletilmesi olarak belirtilmektedir.

1.4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenleri

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında yayımladığı Sağlıkta Dönüşüm rehberinde sağlıkta dönüşüm programının 9 temel bileşenleri aşağıda gösterilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25):

- İnsan Merkezilik: Sağlık hizmetlerinden faydalanan kişinin ihtiyaçlarının benimsenmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. ‘‘Aile sağlığı’’ terimini karşılayıp sağlık ve aileyi bütünleştirmektedir.
- Sürdürülebilirlik: Sistemin geliştirilerek yıllarca var olmasını ifade etmektedir.
- Sürekli Kalite Gelişimi: Kişilere sunulan sağlık hizmetinde sürekli gelişimi ve yenilenmeyi hedef almayı belirtmektedir.
- Katılımcılık: Sağlık sisteminde gelişmeleri baz alan ortamların yaratılmasını amaçlamaktadır.
- Uzlaşmacılık: Sektörel bazda diğer sektörlerle ortak noktada buluşma olarak ele alınmaktadır. Birlik dayalı sistem baz alınmaktadır.
- Gönüllülük: Belirlenen amaçlar doğrultusunda sistemdeki birimlerin varlığı söz konusu olmaktadır.
- Güçler Ayrılığı: Sağlık sistemi içerisindeki yapıların birbirinden ayrılması olarak ifade edilmektedir.
- Desantralizasyon: Kurumların yenilikçi yapı anlayışını benimsemelerini ifade etmektedir.
- Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunucularının yarış halinde olmalarını ifade etmektedir.

1.4.3. Sağlıkta Dönüşümün Nedenleri

Sağlık sisteminde yenileşme modelinin temelinde geçmişten günümüze dek uzanan sağlık problemlerinin toplumsal alt yapı üzerinde yarattıkları etkiler neden olmaktadır. Sağlık sisteminde oluşan ve giderek çoğalan problemlerin çözümünde yenileşme ihtiyacını da beraberinde getirmektedir (Eligüzel, 2019, s. 73-77).

Sert (2019)’in yapmış olduğu çalışmada sağlıkta dönüşümün nedenleri maddeler halinde belirtilmektedir (Sert, 2019, s. 69-70):

- Sağlık hizmetinin sunumunda ayrımlar olmaktadır.
- Sağlık güvencesi açısından toplumda eksiklikler mevcut olmaktadır.
- Sağlık hizmetine erişimde olumsuzlar olmaktadır.
- Kullanılan sağlık kaynaklarında yetersizlikler olmaktadır.

- Ödeme yönteminde kayıt altında olmayan işlemler var olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin idare kısmının yetersiz olup, sevk sisteminde sıkıntılar olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde hasta yoğunluğunda düzensizlikler olmaktadır.

2003 ile 2005 yılları arasında ülkemizde gerçekleştirilen sağlıkta dönüşüm programının içeriği aşağıda belirtildiği gibi gösterilmektedir (Kumcu, 2019, s. 27-28):

2003 yılında gerçekleştirilen faaliyetler;

- Performansa dayalı sistem T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 10 hastane de gerçekleştirilmektedir.
- Sevk sistemi olmadan özel hastanelere başvuru bazı memurlara sağlanmaktadır.
- Ambulans sisteminden ücret alınmamaktadır.
- Hastane rehin tutulma olayı kaldırılmaktadır.

2004 yılında gerçekleştirilen faaliyetler;

- Sağlık çalışanlarının maaşlarında performans sistemine gidilmektedir.
- Bakanlığa bağlı hastanelerde hastalara hekim seçme hakkı tanınmaktadır.
- İlaçlardaki mevcut vergide azalmaya gidilmektedir.
- Yeşil Karta sahip hastalardan bazılarının hastane giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır.
- İlaç fiyatlandırılmasında yenilikler getirilmektedir.

2005 yılında gerçekleştirilen faaliyetler;

- Yeşil karta sahip kişilere eczane seçme hakkı verilmektedir.
- Aile hekimliği uygulamasına başlanmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında hayata geçirilen uygulamadan aile hekimliği sisteminin getirileri aşağıda belirtilmektedir (Döşkaya, 2019, s. 38):

- Aile hekimliği sisteminde herkes kayıt olmaktadır.
- Ödemeler aile hekimliğindeki listelere göre düzenlenmektedir.
- Sevk zincirinde diğer sağlık kurumlarına sevkte aile hekimliği sevk etmektedir.

- Aile hekimliklerindeki sağlık merkezlerinde, gelir ve gider ihtiyaşlarını kendileri karşılayabilmekte, sۆzleşmeli personel istihdamı geręekleştirebilmekte, verimli ve etkili yönetim anlayışını benimseyebilen kurumlar olmaktadırlar.

1.5. Aile Hekimliği

Aile hekimi denildiğinde kendine kayıtlı hastalarını tanımayabilen ve hastalar aısından en uygun tanı ve tedavi yöntemini geręekleştiren kişiler akla gelmektedir. Doktorluk alanı olarak tıbbi etik kararların alınmasında gereken tedaviyi oluşturan ve kişileri bireyselliği haricinde bütünsel olarak da ele alabilen bir alan karşımıza çıkmaktadır. Aile hekimi ayrıca kişilerin tedavi süreçlerinin yanında aile bireyleri aısından da bütünüyle ele alan kişiler olmaktadır. Aile hekimlikleri sevk zincirinde kişinin tanı ve tedavisini en iyi yöneten ve üst kuruluşları da tedavi ierisine alabilen yapılar olmaktadır. Koordineli çalışmada sağlık hizmetleri ierisinde aile hekimi sağlık kuruluşunda yönetici konumundadır. Aile hekimliği ierisinde birden çok yapıların bulunduğu, branş sayısı bakımından zengin çoklu yapılardan oluşmaktadır. Kişilerin sağlık hizmetini geręekleştiren en temel yapılardan biri olmakla birlikte kişilerde oluşturduğu güven verici bir sağlık sistemi olmaktadır. Aile hekimlikleri kişilerin sağlık kuruluşları bakımından ilk başvuru merkezleri halinde olduğundan diğer sağlık kuruluşlarının iş yükünü azaltmak görevini üstlenmektedirler (Yıldız ve Şahin, 2022, s. 18).

Sağlık sunucularının en başında bulunan birinci basamak sağlık hizmetleri hasta ayrımı gözetmeksizin sağlık hizmeti vermeye devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı ve bütünselliği bireysel olmakla birlikte birinci basamağın ana işlevlerinden olan bireyselciliği, toplumsal uyumu ve bireysel hizmet alımı olmaktadır. Birinci basamaktaki bir diğer unsurlar ilk karşılaşmayı kişi bazlı karşılayıp kişinin yararına olacak şekilde bakım planlayıp uygulayabilmektedir (Şakiroğlu ve Çayır, 2022, s. 117).

Birinci basamakta verilmekte olan hizmetler bütününde kişilere verilen hizmetler hizmet merkezli olmaktadır. Hastayla hekim iletişiminin ve aralarındaki bağın artışıında hastalardaki memnuniyet düzeylerine olumlu etkileri olmaktadır. Hasta

memnuniyeti kişilerdeki fiziksel ve kültürel faktörlerle birlikte etkin ve sağlam iletişim yönüyle de memnuniyet unsuru sayılabilmektedir (Hakverdi, 2022, s. 23).

Toplumsal yapının en önemli taşlarından biri olarak faaliyet gösteren birinci basamak sağlık kuruluşları ve Aile Hekimliği sistemi toplumda hiçbir ayırım yapmaksızın koruyucu sağlık hizmetlerini devamlılık göstererek yerine getirmektedirler (Türkili vd., 2021, s. 353). Aile hekimliği sisteminde kayıtlı hasta nüfuzu üzerinden işlem yapılmaktadır. Kişiler kendi tercih ettikleri aile hekimliği birimine kayıtlarını aldırılmaktadır. Ülke geneline yayılan aile hekimliği sistemi kişi merkezli olmakla birlikte koruyucu sağlık hizmeti sunmaktadır. Bölgesel olarak toplum sağlığı hizmetlerinden toplum sağlığı merkezleri görev üstlenmektedir (Tunç ve Yazar, 2021, s. 188).

Aile hekimliğindeki uygulamalar kapsamında birtakım genelgeneler yayınlanmaktadır (Oral, 2015, s. 46-47):

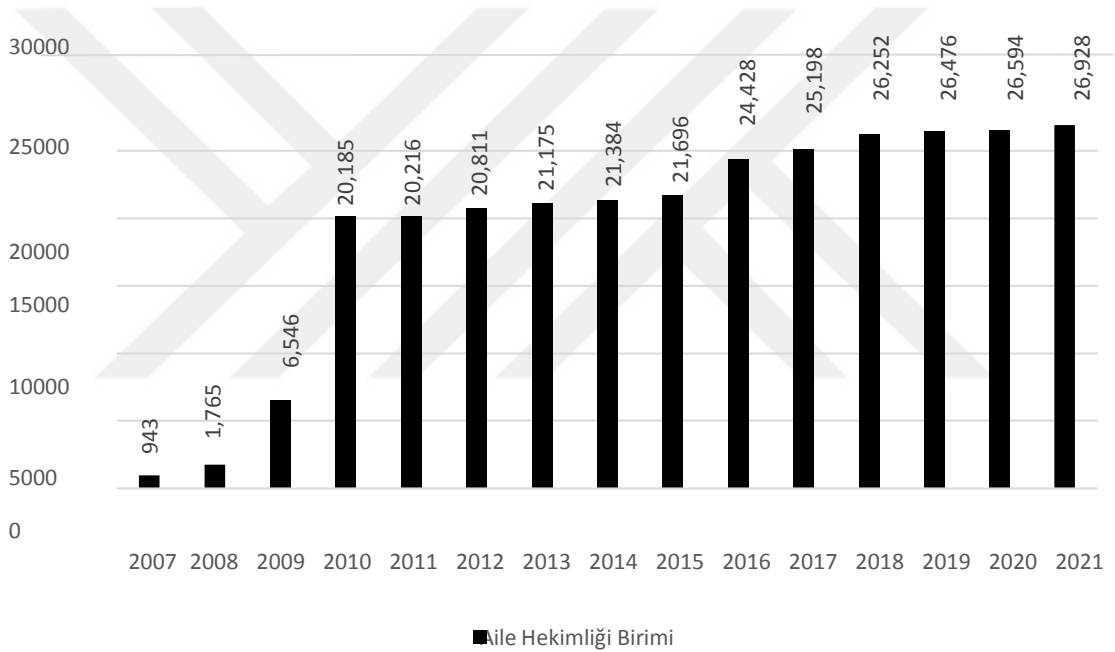
- 13.06.2008 tarih ve 2008/44 sayılı genelge de birtakım haklarla birlikte yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerinde geliştirilmeyi kapsamaktadır.
- 17.02.2006 tarih ve 2006/23 sayılı genelge de bulaşıcı hastalıklara dikkat çekerek kış mevsiminde hastalıkların önlenmesiyle ilgili bilgilere yer verilmektedir.
- 31.08.2009 tarih ve 2009/52 sayılı genelge de tüberküloz hastalarına yönelik tedavi ile ilgili bilgiler yer almaktadır.
- 22.06.2011 tarih ve 2011/45 sayılı genelge de bilgi sistemleri üzerine yayınlanmakta olup, hasta bilgi gizliliği, belge kaydı ile ilgili bilgiler yer almaktadır.
- Başka bir yayınlanan genelge de ise, yasal mevzuatlar ile ilgili bilgileri içermektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 28.02.2023 tarihinde yayınlanan T.C. Sağlık Bakanlığı 2022 Yılı Faaliyet Raporu verilerine göre, 2010'dan bu yana gerçekleştirilen aile hekimliği uygulamasında 2022 yıl sonu verilerinde Aile Sağlığı Merkezi sayısı 8.172 adet ve aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı personel sayısı 27.762 olarak belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023, s. 8).

Erdem (2023)'ün yapmış olduğu çalışmada birinci basamak hizmetlerinin topluma etkisini aşağıdaki gibi belirtmektedir (Erdem, 2023, s. 17-18):

- Topluma bütün olarak erişim sağlayabilen bakım kuruluşları olarak belirtilmektedir.
- Birinci basamaklar sağlık hizmetinde önemli bir görev üstlenmektedir.
- Birinci basamağın sağlık hizmetlerinde önemli amaçları bulunmaktadır.
- Birinci basamağın toplum hizmetlerindeki önemine dikkat çekmektedir.

Yılmaz (2023)'ın yüksek lisans tezinde aile hekimliği birim sayılarının yıllar içerisindeki değişen sayıları Şekil 3'deki gibi gösterilmektedir (Yılmaz, 2023, s. 44):



Şekil 3. Aile Hekimliği Birimlerinin Yıllar İçerisindeki Sayıları

Kaynak: Yılmaz, E. (2023). *Türkiye’de aile hekimliği sisteminin gelişimi*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstinye Üniversitesi.

1.5.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Birinci basamak sağlık kuruluşları hasta ayırt etmeksizin kişilerin kolaylıkla ulaşabildiği ve gerekli hizmeti aldığı kurumlar olduğundan kişi merkezli yaklaşımı temel almaktadırlar. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetleri etkili ve doğru bir şekilde kullanılmaktadır. Kişilerin olası tüm sağlık problemleriyle buralarda

ilgilenilmektedir (Andiç, 2019, s. 2). Birinci basamak sağlık kuruluşları toplumun bütününe hiçbir ayırım yapmaksızın hitap edebilen, sağlık hizmetinin durağan olmadığı kapsamlı hasta merkezinde bütünsel yaklaşımı olan sevk zincirinde görevli sağlık kuruluşlarından olmaktadır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarından oluşan birinci basamak sağlık kuruluşlarının temel yapılarından birini koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetleri oluşturmaktadır (Kaya vd., 2020, s. 413).

Birinci basamak sağlık kuruluşları kişilerin erişiminin kolay olduğu tanı ve tedavilerinin hızlıca yapılabilirdiği kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasının kolay olduğu yerler olmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekim hastayı ve ailevi öyküsünü daha yakından ve kolay bakabildiğinden gerekli tanı ve tedavisini kişiye uygun düzenleyebilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşları hastaların ulaşabildiği bir konumlandırmada olduğundan kişilere ulaşım ve aynı zamanda kişilerin hekime ulaşımı kolay olabilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşları kişilerin rahatlıkla ulaşabildiği bir yer olduğundan sağlık sisteminde mevcut yoğunluğun önemli bir kısmı burada hizmet almakta ve diğer sağlık kuruluşlarındaki yığılmaların ve fazla iş yükünün önemli bir ölçüde azaldığı gözlenebilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki iş tecrübelerinin yeterli ölçüde olmasıyla birlikte hastalara verilen hizmetlerde önemli ölçüde doyum ve tatmin oluşabilmektedir (Turhan, 2014, s. 14).

Kişi odaklı tanı ve tedavi yöntemini benimseyen aile hekimliği uygulaması kişilere yaşam sürelerince sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarından olmaktadır. Aile hekimliği uygulaması kişilere hastalık dönemlerinden hariç sağlık durumları iyiyken de danışmanlık başlığında sağlık hizmeti sunmaktadır. Danışmanlık hizmetiyle kişinin ihtiyacı olduğu konuda gerekli bilgilendirilmeler ve ihtiyaç halinde sevk yapılmaktadır. Aile sağlığı merkezleri sağlık erişiminin kolaylığı ve düşük maliyet açısından hasta bakım planlarının oluşturulması yönündeki kolay olduğu sağlık kuruluşlarıdır (Arslan, 2021, s. 101).

Sağlığın gelişen ve değişen teknolojik şartlar altında yenilikçi yaklaşıma duyduğu ihtiyacın sonuncunda giderek artan sağlık alanlarının açılmasına sebebiyet vermektedir. Bununla birlikte ekip anlayışı ile birbiriyle uyumlu halde çalışan pek çok yapı olmaktadır. Sağlık hizmeti sunarken kişilerin memnuniyet düzeyleri önem arz

etmektedir. Kişilerin almış oldukları hizmetten ve hizmetin getirilerinden memnuniyet düzeyleri sağlık sunucularının temel niteliğini oluşturmaktadır (Bakırcan, 2012, s. 21).

Aile hekimliği alanında en büyük ve kapsamlı kuruluş olan WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians) Avrupa bünyesinin Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplini özelliklerini tanımlamaktadır (Başak vd., 2011, s. 13):

1. Sağlık hizmeti almak isteyenlerin ilk başvurdukları yer olup; ayırım yapılmaksızın hizmet verilmektedir.
2. Diğer sağlık personelleriyle birlikte uyumlu çalışarak sağlık kaynaklarının verimliliği sağlanmaktadır.
3. Kişi merkezli yaklaşım benimsenmektedir.
4. Her hastaya özel bir sağlık hizmeti sunulmaktadır.
5. Hastaya verilen sağlık hizmeti mevcut ihtiyaçlar üzerine olmalıdır.
6. Hastalar üzerindeki karar mekanizmasına toplumdaki olgularda katılmaktadır.
7. Şimdiki ve geleceğe yönelik sağlık sorunlarıyla hastalıklar bütüncül olarak ele alınmalıdır.
8. Erken evrede müdahale edilebilecek sağlık problemlerini de yönetebilmektedirler.
9. Bireylerin sağlıklı ve iyilik hali içerisinde olma durumlarını etkili yöntemlerle çözüm sağlamaktadır.
10. Toplumsal sağlığı da gözetmektedirler.
11. Bireylerin sağlık problemlerini bir bütün olarak incelemektedir.

1.5.2. Aile Sağlığı Merkezi

Aile hekimlerinin çalışma alanına Aile Sağlığı Merkezi (ASM) adı verilmektedir. Aile hekimliğinden önce var olan sağlık ocakları için standart bir özellik

olmamakla birlikte ASM lerin fiziki ve teknik özelliklerinin nasıl olması gerektiği Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde belirtilmektedir (Oyan, 2013, s. 18).

1.5.3. Aile Hekimi

Aile hekimleri mesleği gereğince edinmiş oldukları kazanımları sağlık hizmeti boyunca disiplinler yaklaşımıyla bütünleştirip sağlık hizmeti sunucularına etkili bir biçimde aktarma yeteneğine sahip olmaktadır. Sağlık hizmeti boyunca kişilere yönelik sunulan hizmetlerin takibini ve kişilere etkinliğini kontrol etmektedirler. Aile hekimleri (AH) birinci basamaktaki sağlık kuruluşlarının disiplinler yaklaşımıyla bütüncül sağlık hizmeti sunumunda yöneticilik yapmaktadır (Maç ve Öztürk, 2018, s. 15).

Ülkemizde aile hekimliği sisteminde uzmanlık eğitimlerinin başlama tarihi 1985 tarihini kapsamaktadır. Aile hekimliği Anabilim Dalları 1993 tarihi itibarıyla başlamaktadır. Aile hekimliği kapsamında verilen uzmanlıkta çeşitli branşlarda hekimlere uzun yıllar süren eğitimler verilmektedir (Naldöken, 2016, s. 42).

24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu birinci basamakta gerçekleştirilecek hizmetlerin gelişmesinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde ve sağlıklı bir şekilde aile sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için personelin haklarını konu almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 1).

2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA AİLE HEKİMLİĞİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık seviyesinin büyümesi, kişilerin hastalıkları ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalıklardan arındırmak sağlık sisteminin amaçlarından olmaktadır. Sağlık sisteminde ayrımın yapılmamasıyla kişilerin sağlık sunucularına erişiminin kolay olması da sağlık sisteminin amaçları içerisinde yer almaktadır. Sağlık sistemindeki devamlılık ve sağlık sisteminin toplumu kapsayıcı olmaları Aile hekimliği uygulamasında aile hekimlerinin kişilere yönelik verdiği hizmetlerin içerisinde yer almaktadır. Sağlık sisteminin diğer bir basamağı olan ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çeşitli uzmanlık alanlarında kişilere alanında uzmanlarca hizmetler sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinde üçüncü basamak olan üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ise uzman hekimlerin kişilere yönelik ileri düzey tanı ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşları yer almaktadır. Sağlık ocağı sisteminin Aile Hekimliği Uygulamasına dönüştüğü 2005 ile 2010 yılları arasındaki değişim sürecinde sistemde birçok değişiklikler göze çarpmaktadır. Sağlık ocağı sisteminde karşımıza çıkan bölge bazlı geniş spektulumlu sağlık hizmetleri daraltılıp aile hekimliği uygulamasında birimlere kayıtlı hasta sistemiyle birlikte koruyucu sağlık hizmeti de kendi arasında ayrılmaktadır. Bireye ve topluma yönelik hizmetler koruyucu sağlık sisteminin alt dalı olmakla birlikte topluma yönelik sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) üzerinden sağlanmaktadır (İlgün ve Şahin, 2016, s. 116).

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Aile Hekimliği

Sağlıkta dönüşüm programının temel yapı taşlarından bir oluşum olan Aile hekimliği sistemi Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında Düzce ilinde ilk uygulama olarak başlamakta olup ülke geneline yayılımı 2010 tarihin görmektedir. Aile hekimlikleri kişilerin sağlık sunucularından almak istedikleri hizmetlerin başında gelmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki aile hekimlikleri bireylerin rahatsızlıklarına çözüm bulma ve sevk zincirini oluşturma gibi işlevlerinden dolayı bir sürü alanda işlevleri mevcut olmaktadır. Mevcut kaynakların doğru ve yararlı bir şekilde kullanılması sonucunda toplumda var olan sağlık hizmetlerindeki ihtiyaç artışının iyileştirilmesi sonucu kişilerin sağlık kuruluşlarına ulaşımını kolaylaştırmak ve

toplumdaki herkese sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasını ve benimsemesini Aile Hekimliği Uygulaması ile birlikte amaçlanmaktadır (Etçioğlu vd., 2021, s. 758).

Aile hekimliği sistemindeki önemli noktaların bazıları şu şekilde sıralanabilmektedir (Baş, 2017, s. 14):

1. Kaliteli sağlık hizmeti sunumunu ayırım gözetmeksizin bakılmaktadır.
2. Kişi merkezli sağlık hizmetinin sunumu hedeflenmektedir.
3. Aile hekimliğinde birimler arasındaki ekip olma bilincini geliştirmektedir.
4. Erken teşhis ve tedaviyle sağlık hizmetleri hızlıca sağlanmaktadır.
5. Birinci basamak sağlık merkezleri hastaların ilk başvuru yeri olup, sağlık ekibinin eğitimi doğrultusunda uygun tedavi sağlanmaktadır.
6. Birinci basamak sağlık kuruluşları yatış süresi, gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi ve acil hizmetlerinin kullanımının azalması maliyet açısından da düşme sağlamaktadır.

Aile hekimliği uygulaması yürütülürken bir rehber niteliğinde olan 24.11.2004 tarihli 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 8 inci maddesine dayanılarak hazırlanan ‘‘Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’’ne göre (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s. 1-2):

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a. Aile hekimi: Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun ngrdğ eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri,
- b. Aile hekimliği birimi: Bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı,
- c. Aile sağlığı elemanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim

kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenini,

- d. Aile sağlığı merkezi: Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu tanımlamaktadır.

Ayrıca yine aynı yönetmelikte geçen aile hekimi ve aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmektedir.

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları:

MADDE 4 – (1) Aile hekimleri aile sağlığı merkezlerinin yönetiminden, çalışanların denetiminden, belirlenen eğitimlerin alınmasından ve bireysel sağlık hizmetlerinin işleyişinden sorumlu olmaktadır.

(2) Hekimler kayıtlı hasta nüfuzunu bütüncül yaklaşımla ele alır ve bireysel sağlık hizmetleri sunmaktadırlar.

(3) Hekimin yükümlülükleri aşağıda belirtilmektedir.

- a) Sağlık hizmetinin yürütülmesi esnasında bulunduğu yerdeki TSM (Toplum Sağlığı Merkezi) ile çalışmaktadır.
- b) Sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan olası risklerde TSM'yi bilgilendirmek.
- c) Altı ay içerisinde kayıtlı hastalara ev ziyareti düzenlenmeli ve kayıtlı kişilerle irtibat içerisinde olmalıdır.
- d) Birinci basamakta bireysel koruyucu hizmetlerin verilmesini sağlamak ve danışmanlığının yapmaktadır.
- e) Kayıtlı nüfuza sağlığın gelişmesi ve üreme sağlığı açısından yol gösterici olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında anne-çocuk sağlığı eğitimlerinin verilmesini sağlamaktadır.
- f) Sağlık hizmetlerinin düzenli aralıklarla yapılması sağlanmaktadır.
- g) Kayıtlı nüfuzun fiziki özelliklerine göre taramanın yapılması sağlanmaktadır.
- h) Kayıtlı nüfuzdan engel durumuna göre takip-tedavisinin evde olması gereken kişilere ev ziyareti düzenlenmektedir. Kişilere koruyucu sağlık hizmeti açısından danışmanlık verilmektedir.

- i) Diğer sağlık kuruluşları ile organize şekilde çalışmakta, sevk gereken kişileri sevk etmekte, sevk istenilen hastaları değerlendirmektedir.
- j) Tetkik hizmeti kapsamında gerekli işlemleri yapmaktadır.
- k) Sağlık hizmetini kayıt altına almakta, gerekli durumlarda bildirimini sağlamaktadır.
- l) Kayıtlı nüfuzu senede en az bir defa sağlık durumları bakımından değerlendirmektedir.
- m) Gerekli hallerde kişilere gözlem altında tedavilerini yapmaktadır.
- n) Bazı sağlık kuruluşlarında gözlem altında yatış verip tedavilerini yapmaktadır.
- o) Kişilere düzenlenen sağlık rapor ve reçete gibi evraklar tutulmaktadır.
- p) Hizmetle ilgili eğitimleri almaktadır.
- q) Mevzuatta yer alan görevleri yerine getirmektedir.

Aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları:

MADDE 5 – (1) Hekimle birlikte oluşturdukları sağlık ekibi ile kişilere gerekli sağlık hizmeti sunulmakta ve kişilerin sağlık bilgilerinin kaydından sorumlu olmaktadır. Madde 4’te belirtilen görevleri hekim ile birlikte yapmaktadır.

(2) ASÇ (Aile Sağlığı Çalışanın) nın yükümlülükleri aşağıda belirtilmektedir.

- a) Hayati bulgularına bakıp, kayıt altına almaktadır.
- b) Hekim nezaretinde ilaç vermektedir.
- c) Pansuman yapmaktadır.
- d) Kullanılan cihaz ve aletlerin kullanıma hazır olmasını sağlamaktadır.
- e) Tıbbi sekreterin olmadığı zamanlarda sevk organizasyonuna yardımcı olmaktadır.
- f) Laboratuvarıda numunenin alınmasını sağlamakta ve numunelerin teslim edilmesini sağlamaktadır.
- g) Anne-çocuk ve üreme sağlığı hakkında gerekli eğitimlerin verilmesini sağlamak, ev ziyaretinde hekime yardımcı olmaktadır.
- h) Hizmet açısından gerekli eğitimlere katılım sağlamaktadır.
- i) Sağlık hizmetleri açısından hekim tarafından verilen diğer işlerinin yapılması sağlanmaktadır.
- j) Mevzuatta belirtilen işleri yapmaktadır.

2.2. Birinci Basamak Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

1) Sünter vd. nin O.M.Ü Tıp Dergisinde (Ondokuzmayıs) yayımlanan hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmasında Samsun il merkezindeki 20 sağlık ocağından rastgele seçilen 10 sağlık ocağından hizmet alan 383 kişiye, yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyo-demografik özelliklerle birlikte sağlık ocağının da özelliklerini sorgulayan anket formu uygulanmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Sünter vd., 2010, s. 135):

- Araştırmanın sonucunda %68,4 ü sağlık ocağını ilk başvuru yeri olarak belirtmektedir.

- Kişilerin %54,2 si sağlık ocağının evlerine yakın olduğunu belirtmektedir.

Bu iki veri ışığında araştırma sonucunda sağlık ocakları kolay ulaşılan ve yaygın kullanılan birimler olmaktadır.

- Katılımcıların %29 unun tercih nedeninin sosyal güvence olduğu belirtilmektedir.

Bu veri ile birlikte sosyal güvence sağlık ocağı kullanımını etkilemektedir.

- Katılımcıların %79.1'i Hekim muayene süresinin yeterli olduğu görüşünü belirtmektedir.

- Katılımcıların %89.3'ü Hastalıkları hakkında bilgi verildiğini belirtmektedir.

- Katılımcıların %91.4'ü Hekim davranışı, %82.2 si de hekim dışı personel davranışını çok iyi/iyi yorumlamaktadır.

- Bu verilerle hastaların çoğu daha fazla bilgiye ihtiyaç duymaktadır yorumu çıkarılmaktadır.

- Katılımcıların %97.1'i sağlık ocağına tekrar başvururum diye belirtmektedir.

Bu veri ile genel memnuniyet düşünülmektedir.

- Sonuç olarak hekimin hastasına daha fazla zaman ayırmasını sağlayan düzeneklerde sağlık ocağının tercih edilebilirliğinin artırılacağı düşünülmektedir.

2) Karadağ Z.'nin Düzce ilinde çeşitli kriterle seçilen 7 ASM den hizmet alan hastaları kapsayan hasta memnuniyeti konulu yüksek lisans tezinde 850 hasta yüz yüze görüşülerek ve rastgele örneklem yoluyla seçilen 25 hasta ile EUROPEP ölçeği ve 66 sorudan oluşan anket sorulmuş ayrıca belirlenen ASM lerde görev alan Aile Hekimleri tarafından forum doldurulmuştur.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Karadağ, 2007, s. 136):

- Katılımcılardan evli olan hastalar bekarlara kıyasla memnun olmaktadır.
- Katılımcılardan okur-yazar olmayanlar, okur-yazar hastalara göre memnun olmaktadır.
- Katılımcılardan serbest meslek, ev hanımı ve emekliler öğrencilere göre daha memnun olmaktadır.
- Katılımcılardan sağlık kuruluşuna 1-2 kez gelenler memnun değilken, 5-10 kez gelenler memnun olmaktadır.

3) Kocadağ D.'nin Bolu ilinde yapmış olduğu memnuniyetin ölçülmesiyle ilgili yüksek lisans tezinde Eylül-Kasım 2015 tarihinde 552 kişi ile anket tekniği kullanılarak araştırma yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Kocadağ, 2016, s. 127):

- Katılımcılardan kadınlar erkeklere göre daha memnun olmaktadır.
- Katılımcıların 56 yaş ve üstü en memnun grup, 15-25 yaş en az memnun grup çıkmaktadır.

Bu veri ışığında yaş ile birlikte memnuniyet düzeyi artmaktadır.

- Katılımcıların ortaöğrenim mezunu olanlar en memnun, üniversite mezunu olanlar en az memnun grup olmaktadır.

Bu veri ışığında eğitim seviyesi arttıkça memnuniyet azalmaktadır.

- Yapılan anket sonucunda elde edilen bilgilere göre aylık gelir düzeyi yükseldikçe memnuniyet azalmaktadır.

4) Kırılmaz ve Öztürk Eskişehir ilinde 8 farklı ASM ile yapmış olduğu ‘‘Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma’’ sında 120 vatandaş ile EUROPEP ölçeği ve 30 soruluk anket formu kullanılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Kırılmaz ve Öztürk, 2018, s. 69):

- Sosyo-demografik özellikler memnuniyete etki etmemektedir.
- İl-ilçe ayrımında farklılık gözlenmemektedir.
- Genel olarak hastalar memnun kabul edilmektedir.

5) Bostan ve Havvatoğlu’ nun Gümüşhane’de yapmış oldukları Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisinde yayımlanan 6 Asm ye memnuniyet üzerine yaptığı çalışmada yüz yüze yöntemle SPSS 16 ve EUROPEP ölçeği kullanılarak 142 cevaplı anket yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Bostan ve Havvatoğlu, 2014, s. 1067):

- Araştırmanın memnuniyet düzeyi %87,5 kabul edilmektedir.
- Genel olarak hastalar memnun olmaktadır.
- Memnuniyet düzeyi düşük sorular: Soru 18, Soru 14 ve Soru 11 kabul edilmektedir.
- Memnuniyet düzeyini belirleyen soru ‘‘işini tam yapması’’ olarak belirtilmektedir.

6) Cengiz R.’ nin hasta memnuniyeti ile ilgili tezinde 152 hasta ile yüz yüze anket çalışması yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Cengiz, 2014, s. 85):

- $P < 0.05$ değerleri istatistiksel açıdan anlamlılık ifade etmektedir.

- Doktor davranışları yönünden bakıldığında hasta karşılamada memnuniyet düzeylerindeki olumlu cevaplardan dolayı memnuniyet düzeylerinde yükseklik tespit edilmektedir.
- Hasta memnuniyetini bekleme sürelerindeki azalmaların olumlu yönde etkilediği görülmektedir.
- Hasta memnuniyet düzeylerinde ASM ye ulaşım kolaylığı açısından memnuniyet artışı görülmektedir.
- Hasta mahremiyeti ile birlikte hasta memnuniyet düzeylerinde artış görülmektedir.
- Kişilerin hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olan sağlık personelleri hastayı bilgilendirip yönlendirilmesi hususunda memnuniyet düzeylerinde artış gözlemlenmektedir.

7) Üstün S.' nin yazdığı hasta memnuniyeti tezinde 400 hastaya yüz yüze anket çalışması ve EUROPEP ölçeği ile araştırma yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Üstün, 2019, s. 98):

- Yaş aralığına bakıldığında 45 ile 54 yaş arasında olan katılımcıların hasta memnuniyet düzeyleri düşük çıkmaktadır.
- Evli katılımcılar bekar katılımcılara göre daha memnun çıkmaktadır.
- Eğitim seviyesi açısından bakıldığında eğitim seviyesi düşük katılımcılar daha memnun gözükmemektedir.

8) Gürfidan C.'nin yazdığı beklenti ve memnuniyetle ilgili tezinde yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Gürfidan, 2014, s. 117):

- Çalışmaya katılan katılımcıların aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğu tespit edilmektedir.
- Aşı ve izlem takibi açısından bebek ve çocuklar aileler tarafından önemsenmektedir.
- Kalite açısından sağlık hizmetlerinde yapılan gelişmeler hasta memnuniyetinde artış gözlemlenmektedir.

9) Pınar M.'nin yazdığı hasta memnuniyeti çalışmasında 200 katılımcı ile araştırma yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Pınar, 2019, s. 57):

- Hasta memnuniyeti açısından memnuniyet düzeyleri yüksek çıkmaktadır.
- Cinsiyet açısından memnuniyet farkı gözükmemektedir.
- Medeni durum açısından hasta memnuniyetinde farklılıklar çıkmaktadır.
- Katılımcıların Aile Hekimini tanıma duruma göre de hasta memnuniyetinde farklılıklar çıkmaktadır.

10) Kantarcı Y.'nin hasta sağlığı üzerine yazmış olduğu tezinde 285 katılımcı ile araştırma yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Kantarcı, 2015, s. 49):

- Yapılan araştırmada katılımcıların %62.8'i aile hekimliği tercihin kendisi yapmaktadır.
- Katılımcıların %90.9'lık kısmı aile hekimliği personelinin güler yüzlü ve ilgili olduklarını belirtmektedir.
- Katılımcılardan %78.9'lık kısmı aile hekimliğinde fiziki mekan açısından yeterli bulmaktadır.
- Katılımcıların %94.7'si hasta mahremiyetine özen gösterildiğini belirtmektedir.
- Katılımcıların %83.9'u laboratuvar koşullarına kendilerine uygun hale getirildiğini belirtmektedir.
- Katılımcıların %89.1'lik kısmı aşılama olduğunu, %88.8'i ise bebek-çocuk izlemlerinin olduğunu belirtmektedir.

11) Ardahan vd.'nin yazdığı çalışmada 143 hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ve EUROPEP ölçeği kullanılarak yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Ardahan vd., 2018, s. 68):

- Araştırmada memnuniyet düzeyi 4.06 ± 0.72 değeri bulunmaktadır.

- Katılımcıların %83.9'unun ilk başvuru yeri ASM olmaktadır.
- Katılımcıların %95.1'i birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

12) Turgu vd.'nin Edirne il merkezinde 1170 katılımcı ile yapmış olduğu hasta memnuniyeti üzerine araştırması sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Turgu vd., 2018, s. 79):

- Katılımcıların aylık gelirleri ve eğitim durumları ile memnuniyetleri arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır.
- Katılımcıların yaş, çocuğunun olup olmaması ve hastalık durumu ile memnuniyetleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır.
- Katılımcıların memnuniyet düzeylerinde gelir, yaş, eğitim, medeni durumu, çocuk sahipliği, hastalık ve cinsiyet arasında ilişki olduğu belirtilmektedir.

13) Kara A.'nın 400 hasta ile yaptığı yüksek lisans tezinde yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırma yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Kara, 2019, s. 65):

- Katılımcılardan aile hekimliği ile ilgili bilgisi olan %53.3'ünün bilgi düzeyi orta olarak belirtilmektedir.
- İlk başvuru yeri olarak devlet hastanesini seçen katılımcıların yüzdesi 55.2 olarak hesaplanmaktadır.
- Katılımcıların %34'ü ayda bir defa aile hekimliğine başvuruda bulunduğunu belirtmektedir.
- Yapılan araştırmada örneklemin büyüklüğüne bakıldığına uygun olarak belirtilmektedir.
- Tutum ve davranış, aile hekimliği uygulaması, aile hekimliği sistemi ve aile hekimliğinin fiziki koşulları göz önünde bulundurulduğunda katılımcılar memnun olarak belirtilmektedir.

14) Bulut A.'nın 1290 katılımcı ile hasta memnuniyeti üzerine yapılan doktora tezinde EUROPEP ölçeği Türkçe formu ve kişisel bilgi formu kullanılarak araştırma yapılmış.

Yapılan araştırma sonucunda elde edilen bilgilerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Bulut, 2014, s. 85):

- Aile hekimliğine ulaşım konusunda katılımcılardan zorluk çekmediğini belirtenler %43,6, zorluk çektiğini belirtenler ise %29,2 lik dilimi oluşturmaktadır.
- Gelir aralığı düzeyi katılımcılardan edinilen bilgiler ışığında 300 ile 10.000 TL arasında belirtilmektedir.
- Katılımcıların geneli aile hekimliği uygulaması hakkında memnun olduklarını belirtmektedirler.
- Katılımcılardan aile hekimliğine ulaşımında zorluk çektiğini belirten hastalardan (728 hastadan) %47.1'i (343 hasta) sıranın çok olmasından, %16.1'i (117 hasta) alınan randevularda zorluk çektiğini belirtmektedir.
- Araştırmanın puan ortalaması 97.90 ± 17.82 belirtilmektedir.
- Ortalama puan açısından bakıldığında erkek hastaların ortalama puan değerleri kadın hastaların ortalama puan değerlerinden yüksek olduğu belirtilmektedir.

2.3. Europep Ölçeği

EUROPEP (Petients Evalvate General/Family Practice) ölçeği EQuIP (European Working Party on Quality in Family Praetice) tarafından 1999 yılında hazırlanıp Avrupa ülkelerinde kullanılmaya devam eden değerlendirme anketidir. 23 sorudan oluşan EUROPEP ölçeği 5 ayrı araştırmacı tarafından Türkçe ye çevrilmiş, 5'li likert skalası stilinde düzenlenen ölçek baştan 16 soru klinik davranışı, kalan sorularla hizmet organizasyonu ölçümü sağlanmaktadır.

EUROPEP ölçeği birçok Avrupa ülkesi tarafından doktor ve sağlık yerlerinin değerlemesinde karşımıza çıkmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonu 1160 hastaya araştırmacılar tarafından uygulanmaktadır. 5 araştırmacının hazırlığı bu ölçekte elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilmektedir (Aktürk vd., 2002, s. 153):

- EUROPEP'in Türkçe versiyonu hekim ve hekimin muayenehanesinin değerlendirilmesi açısından kullanımı uygun bir ölçek olarak gösterilmektedir.
- EUROPEP ölçeği kullanılarak hekim muayenehane ve poliklinik değerlendirmelerinin uygun veri tabanı oluşması doğrultusunda fikir benimsenmektedir.

Tablo 2. Türkçe EUROPEP Ölçeği

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

Kaynak: BULUT, A. (2014). *Elazığ il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda memnuniyetin değerlendirilmesi*. [Doktora tezi]. Fırat Üniversitesi.

1) Dimova vd. (2017) nın Bulgaristan’da yapmış olduğu çalışmalarında EUROPEP ölçeğinin iç tutarlılık düzeyi ve test-tekrar test güvenilirliğine bakılmaktadır. EUROPEP ölçeğinin hasta memnuniyetini değerdendirilmek üzere kullanıldığı görülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir (Dimona vd., 2017, s. 63–74):

- Çalışma amacını kullanılan EUROPEP ölçeğinin Bulgar versiyonunun doğruluğunun kontrolü olarak açıklanmaktadır.
- 23 sorudan ankette iki ana bölüm oluşmaktadır.
- Madde 1 ile 16 arasındaki sorular klinik davranışları, madde 17 ile 23 arasındaki sorular bakım sürecini belirtmektedir

2) Sebo vd. (2016) ‘nın İsviçre’nin Cenevre bölgesinde gerçekleştirilen çalışmalarında memnuniyetin ölçülmesi adına EUROPEP ölçeği kullanılmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir (Sebo vd., 2016, s. 17.1: 1-8):

- Hastaların çoğunun memnun olduğu belirtilmektedir.
- Anketin Fransızca olarak doğrulanmakta ve kullanımının kolay olduğu belirtilmektedir.
- Çalışmada cinsiyet ve memnuniyet arasında anlamlılığa bakılmış ve anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmektedir.

3) Szecsenyi vd. (2011) nın Almanya’da hasta memnuniyeti ile hasta bakımında görevli personel arasındaki iş tatmininin araştırılması için yaptığı çalışmalarında EUROPEP ölçeği kullanılmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir (Szecsenyi vd., 2011, s. 508-514):

- Hekim dışı personelin iş bakımı ve hasta memnuniyeti arasında ilişki saptanmaktadır.
- Çalışmadaki korelasyon şekline bakıldığında hekim olmayanların memnuniyeti ile hekim – hasta arasındaki memnuniyet arasında farklar görülmektedir.

4) Wensing vd. (2008) 'in bazı Avrupa ülkelerinde yapmış oldukları araştırmalarında EUROPEP ölçeği kullanılmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir (Wensing vd., 2008, s. 389-390):

- Gelişmiş ülkelerin çoğunda genel pratisyenlik bakımından bakıldığında yükseliş gözükmemektedir.
- Hastalar sağlık personeli bakımından daha az sayılı pratisyenlikleri tercih etmektedirler.

5) Mourad vd. (2007) 'nin Gazze Şeridi – Filistin'de yapmış olduğu çalışmasında EUROPEP ölçeği kullanılmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir (Murad vd., 2007, s. 497-503):

- Bakım organizasyonu ve klinik davranış arasındaki değerlendirmede klinik davranış değerlerinin daha yüksek olduğu gösterilmektedir.
- Kuruma telefonla ulaşım, telefonla doktora ulaşım, bekleme odasındaki zaman ve kişinin duygusal problemler ile başa çıkma soruları negatif yönde değerlendirilmektedir.
- Genel olarak hastalar memnun gözükmemektedir.
- Çalışmada düzeltmeler adına uygun stratejiler sunulmaktadır.

6) Emrahımpour vd. (2015) 'nin İran'da yapmış olduğu çalışmalarında EUROPEP ölçeği kullanılmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir (Ebrahimipour vd., 2015, s. 25-34):

- Bu çalışmada hasta memnuniyeti araştırılmaktadır.
- Memnuniyet değerleri %40.2 iyi, %15.8 orta ve %0.4 zayıf gösterilmektedir.
- İran'daki 3 merkezde (Khoshab, Rodab ve Davarzan) memnuniyet düzeylerinin çok yüksek olduğu gözlenmektedir.
- Kişilerin demografik bilgileri ile memnuniyetleri arasında bağlantı bulunmamaktadır.

7) Goetz vd. (2018) ‘in yapmış oldukları çalışmalarında EUROPEP ölçeği kullanılmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir (Goetz vd., 2018, s. 1123-1128):

- Çalışmanın faktör analizinde, tıbbi bakım, hekim – hasta ilişkisi, bakım koordinasyonu ve erişilebilirlik analizi çıkmaktadır.
- Çalışma uygun iç tutarlılık ve yakınsal yapı geçerliliği göstermektedir.

8) Vova-chatzı vd. (2020) ‘nın Yunanistan’da yapmış oldukları çalışmalarında EUROPEP ölçeği kullanılmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir (Vova-chatzı vd., 2020, s. 856-864):

- Çalışmada Cronbach alfa değeri 0.7 kriterini karşılamaktadır.
- Ölçekler incelenen değişkenler açısından bakıldığında çoğunluğu ile anlamlı korelasyona uygunluğu gözükmektedir.
- Farklı ekonomik zaman dilimleri açısından EUROPEP ölçeği hastaların görüş farklılıklarını etkin bir şekilde ortaya koyduğu gözükmektedir.

3. BİRİNCİ BASAMAKTA VERİLEN HİZMETLERDE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA: İSTANBUL MALTEPE ÖRNEĞİ

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın model ve kapsamı, araştırmada kullanılan yöntemler, analizler ve hipotezler yer almaktadır.

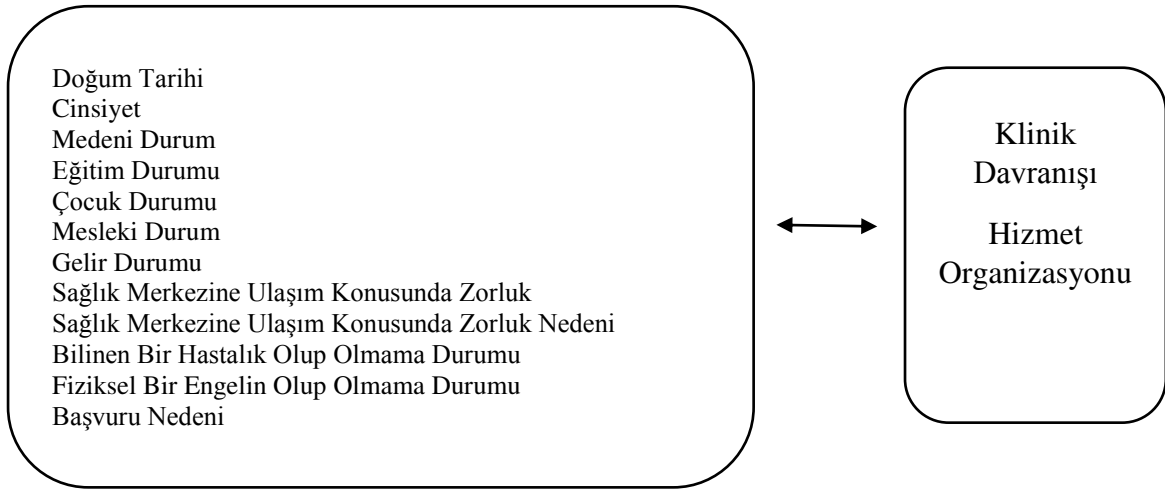
3.1. Araştırmanın Modeli ve Kapsamı

Araştırmada 13 sorudan oluşan hasta anket formu ve 23 sorudan oluşan EUROPEP Türkçe versiyonu kullanılmıştır. İki boyut 23 ifadeden oluşan araştırma ölçeği araştırma da iki farklı boyut ve 17 maddeden oluşmaktadır. Araştırmada Aliye BULUT (2014) tarafından doktora tezinde olan ve kanıtlanmış geçerlilik ve güvenilirliğe sahip hasta anket formu ve EUROPEP Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Anketin değerlendirme seçenekleri şu şekildedir: (1) kötü, (2), (3), (4), (5) mükemmel, uygun değil/ilgisiz. Tarama modeline sahip bir araştırmadır.

Araştırmada İstanbul Maltepe’de birinci basamaktaki katılımcıların hasta memnuniyeti incelenmiştir. Anketin bilimsel özelliği olmamakla birlikte bazı kriterler ön plana çıkmaktadır:

- Anlaşılır ve akıcı bir üslup kullanılan anketin içeriğinden katılımcılara bahsedilmiştir.
- Ankette gizlilik ilkesine uyulacağından katılımcılara bilgi verilmiştir.
- Ankette 5’li likert ölçeği kullanılmıştır.
- Katılımcılara sade, kolay ve anlaşılabilir bir üslup kullanılmasına özen gösterilmiştir.
- Katılımcılara sorulan soruların kendileriyle ilgili olmayacağını düşündüklerinde uygun değil/ilgisiz seçeneğini işaretleyebilecekleri bilgisi ankette yer verilmiştir.
- Ankette ayrıca anketin uygulama amacı, gizlilik ve parasal sorumluluk olmayacağı hakkında bilgilendirme yapılmış ve anketin içeriğinde bu bilgiye yer verilmiştir.
- Anket 400 hastaya uygulanmıştır.
- Anket tanımlayıcı bir çalışma olarak nitelendirilmektedir.

Araştırma modeli aşağıda gösterilmektedir:



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

3.2. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılacak araştırmada, sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerden hasta memnuniyet değerini ölçmek adına 400 hastaya EUROPEP ölçeği ve hasta anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi tekniğiyle çalışma uygulanmaktadır. Elde edilen veriler, EUROPEP ölçeği ve hasta anket formu kullanılıp yüz yüze görüşme yöntemi ile kişilerden alınan bilgiler toplanarak ortaya çıkmaktadır.

3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemler

Araştırmanın analizleri SPSS 25.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada öncelikle katılımcılara ait demografik istatistiklere (Doğum Tarihi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk durumu, mesleki durum, gelir durumu, sağlık merkezine ulaşım konusunda zorluk, sağlık merkezine ulaşım konusunda zorluk nedeni, bilinen bir hastalık olup olmama durumu, fiziksel bir engelin olup olmama durumu, başvuru nedeni) yer verilmektedir. Sonrasında sırasıyla değişkenlerin faktör analizi, güvenilirlik analizi, t ve ANOVA testleri gerçekleştirilmiştir.

3.4. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmada demografik bilgilerle ilgili birtakım bilgilere ihtiyaç duyulmuştur. Bunlar doğum Tarihi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk durumu, mesleki durum, gelir durumu, sağlık merkezine ulaşım konusunda zorluk, sağlık merkezine ulaşım konusunda zorluk nedeni, bilinen bir hastalık olup olmama durumu, fiziksel bir engelin olup olmama durumu, başvuru nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.4.1. Demografik Veriler

Aşağıdaki tabloda tüm demografik değişkenlerin sayı ve oranlarına ulaşmak mümkün olmaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Verileri	Sıklık	Oran
Doğum Tarihi		
2000 ve üzeri	33	8,3
1990-1999	113	28,2
1980-1989	75	18,8
1970-1979	71	17,8
1960-1969	62	15,5
1959 ve öncesi	46	11,5
Cinsiyet		
Erkek	116	29,0
Kadın	284	71,0
Medeni Durum		
Evli	346	86,5
Bekâr	54	13,5
Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	99	24,8
Ortaokul Mezunu	81	20,3
Lise Mezunu	123	30,8
Üniversite Mezunu	97	24,3
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Yok	79	19,8
Var	321	80,2
Mesleki Durum		
Memur	46	11,4
Serbest Çalışan	143	35,8
Ev Hanımı	211	52,8
Gelir Durumu		
0-10.000 TL	108	27,0
11.000-20.000 TL	235	58,8
21.000-30.000 TL	57	14,2
Sağlık Merkezine Ulaşım Konusunda Zorluk Çekme Durumu		
Hiçbir zaman	59	14,7
Nadiren	131	32,7

Bazen	210	52,6
Sağlık Merkezine Ulaşım Konusunda Zorluk Nedeni		
Randevu Alma	93	23,3
Sıra Bekleme	168	42,0
Ulaşım Zorluğu	139	34,7
Bilinen Bir Hastalık Olup Olmama Durumu		
Yok	57	14,2
Var	343	85,8
Fiziksel Bir Engelin Olup Olmama Durumu		
Yok	3	0,8
Var	397	99,2
Başvuru Nedeni		
Kontrol	222	55,5
Kişisel Koruyucu (Aşı vb.)	74	18,5
Reçete Yazdırma	104	26,0

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

3.4.2. Faktör Analizi

Ölçeklerin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi için öncelikli olarak Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Uygunluk Testine bakılmaktadır. Bu ölçütün geçerli değer aralıkları Tablo 4’de görüldüğü gibidir (Yurdugül, 2017, s. 1).

Tablo 4. Kaiser-Meyer-Olkin Geçerlilik Değerleri

Ölçüt	Açıklama
$1.00 \leq KMO \leq 0.90$	Mükemmel
$0.90 \leq KMO \leq 0.80$	İyi
$0.80 \leq KMO \leq 0.70$	Orta
$0.70 \leq KMO \leq 0.60$	Zayıf
$0.60 \leq KMO \leq \dots$	Kötü

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablodaki verilen değerlere göre Barlett test sonucunun anlamlı çıkması ve aynı zamanda KMO test sonucunsa 0.50 değerinden yüksek çıkması gerekmektedir. Barlett Testi ve KMO testi sonuçlarına aşağıdaki tabloda yer verilmektedir. Buna göre hekim değerlendirme durumu ile ilgili araştırmada yer alan ölçeğin KMO değeri 0,731 çıkmış ve elde edilen değer faktör analizinde örneklem büyüklüğünün orta seviyede olduğu göstermektedir. Barlett testi sonuçlarına bakıldığında ki-kare ($p < 0,01$) değerinde anlamlı görülmektedir.

Tablo 5. KMO ve Bartlett's Test İstatistikleri

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Uygunluğu Ölçüsü	,731
Bartlett's Küresellik Testi Yaklaşık Ki-Kare Değeri	4873,420
Serbestlik Derecesi (df)	253
Anlamlılık Düzeyi (Sig.)	,000

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Faktör analizi öncesinde iki boyut ve 23 ifadeden ibaret olan hekim değerlendirme durumunda, analiz sonrasında tekrardan iki farklı boyut ile 17 ifadeden meydana gelmektedir. Bu analize bağlı olarak 0,500 değeri altında olan ifadeler ölçek dışı kalmıştır. Faktör analizine göre ölçeğin son şekli aşağıdaki gibidir.

Tablo 6. Faktör Analizi

İfadeler	Klinik Davranışı	Hizmet Organizasyonu
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	,642	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	,637	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	,672	
Tıbbi bakımınızla ilgili konulara sizi de katması	,639	
Sizi dinlemesi	,576	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	,557	
Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	,603	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	,491	
İşini tam yapması		,324
Sizi muayene etmesi		,505
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)		,661
Test ve tedavilerin amacını açıklaması		,541
Şikayetleriniz veya hastalıklarınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi		,394

Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	,239	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	,580	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	,641	
Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	,592	
Doktor dışı personelin yardımı		,444
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz		,665
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz		,757
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz		,684
Bekleme odasında harcadığınız zaman		,544
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması		,200

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

3.4.3. Güvenilirlik Analizi

Güvenirlik, ölçekte ölçülmek istenilen özelliğin doğruluğunu, çoğalabilirliğini ve devamlılığını ortaya koymaktadır. Güvenilirlikte istenilen yenilenebilir test olması ve alıntılanabilir oluşu önemlidir. Güvenirlik ölçmede mevcut sorular arasındaki uyumu ve yeterli oluşunu ortaya koyan bir kavramdır. Ölçekler arasından likert türünde mevcut tutarlılığın varlığı Cronbach alpha (α) yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Çakmur, 2012, s. 340). Değişkenler üzerinde güvenilirliğe bakıldığında bu değer 0.700'den büyük çıkması güvenilirlik açısından anlam ifade etmektedir. Boyut ölçümlerinde karşılaşılan bu durumda anlamlılığa yarar sağlamaktadır (Dinç ve Abdioğlu, 2009, s. 172).

Çalışmamız içerisindeki ölçeklerin değerlerinin 0,700'den büyük olduğu görülmektedir. Alfa katsayısının 0,700'den büyük olması, değişkenlerin güvenilir olduklarını göstermektedir.

Tablo 7. Güvenilirlik Analizleri

Değişkenler	İfade Sayısı	Cronbach Alpha (α) Değerleri
Europep Ölçeği		
Klinik Davranışı	10	0,831
Hizmet Organizasyonu	7	0,771
Ölçeğin Tümü	17	0,830

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

3.5. Birinci Basamakta Verilen Hizmetlerde Katılımcıların Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi

Araştırmada elde edilen veriler ışığında birinci basamakta verilen hizmetlerde katılımcıların memnuniyet düzeylerinin incelenmekte olup çalışmaya aktarılmaktadır.

3.5.1. Bağımsız Örneklemeler İçin T Testi (Independent-Samples T Test)

T testi likert ölçeklerle demografik verilerin bağımsız değişkenleri ile bağlantısında uygulanmaktadır. Bu test tekniğinde, psikometrik ölçümlerden elde edilen iki farklı ortalamanın anlamlılık düzeyine, t dağılımı gözetilerek bakılmaktadır. Bağımsız Grup t Testi çalışmada gerçekleştirilmiştir (Koç, 2016, s. 36). Bu noktada araştırmanın analizlere bağlı olarak oluşan hipotezler ve sonuçları şu şekildedir:

H₁: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{1a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{1b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₂: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{2a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{2b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₃: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, çocuğu olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{3a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, çocuğu olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{3b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, çocuğu olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₄: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, bilinen sürekli bir hastalığının olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{4a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, bilinen sürekli bir hastalığının olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{4b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, bilinen sürekli bir hastalığının olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₅: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, fiziksel bir engelinin olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{5a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, fiziksel bir engelinin olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{5b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, fiziksel bir engelinin olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Araştırmanın demografik özelliklerinden biri olan cinsiyet değişkeninin, hekim değerlendirme durumu ile olan ilişkileri Tablo 8’de görüldüğü gibidir. Bu sonuçlara göre 0,05 anlamlılık düzeyinde, katılımcıların cinsiyete göre klinik davranışı ile ilgili görüşleri $p>0,05$ olduğu için (p : 0,977) anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ayrıca katılımcıların cinsiyete göre hizmet organizasyonu ile ilgili görüşleri de $p>0,05$ olduğu için (p : 0,114) yine anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Bu sonuçlara bağlı olarak H_{1a} ve H_{1b} hipotezlerinin desteklenmediği görülmektedir. Bu bilgiler ışığında H₁ hipotezinin desteklenmediğini söylemek mümkündür.

Tablo 8. Hekim Değerlendirme Durumuna İlişkin Görüşlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Cinsiyet	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Erkek	116	4,5534	0,3586	0,977
Kadın	284	4,5521	0,4470	
Hizmet Organizasyonu				
Cinsiyet	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Erkek	116	4,3658	0,4661	0,114
Kadın	284	4,4442	0,4417	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmada yer alan demografik özelliklerden medeni durum ile ilgili değişken göz önüne alındığında hekim değerlendirme ile ilgili görüşler Tablo 9’da görüldüğü gibidir. Buna göre 0,05 anlamlılık düzeyinde, katılımcıların medeni duruma göre klinik davranışı ile ilgili görüşleri $p < 0,05$ olduğu için (p : 0,022) anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Katılımcıların ortalama değerlerine bakıldığında evli olanların (4,5717) bekâr olanlara oranla (4,4296) oranla klinik davranışı ile ilgili olarak daha olumlu görüşlerinin olduğunu söylemek mümkündür. Diğer taraftan katılımcıların medeni durumuna göre hizmet organizasyonu ile ilgili görüşleri $p > 0,05$ olduğu için (p : 0,422) anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Bu sonuçlara bağlı olarak H_{2a} hipotezinin desteklendiği, H_{2b} hipotezinin ise desteklenmediği görülmektedir. Bu bilgiler ışığında H_2 hipotezinin kısmi olarak desteklendiğini söylemek mümkündür.

Tablo 9. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Medeni Durum	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Evli	346	4,5717	0,4008	0,022
Bekâr	54	4,4296	0,5318	
Hizmet Organizasyonu				
Medeni Durum	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Evli	346	4,4286	0,4350	0,422
Bekâr	54	4,3757	0,5368	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmanın demografik özelliklerinden katılımcıların çocuğu olup olmama durumu değişkeninin hekim değerlendirme ile ilgili görüşleri Tablo 10'da görüldüğü gibidir. Buna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde, katılımcıların çocuğu olup olmama durumuna göre klinik davranışı ile ilgili görüşleri $p < 0.05$ olduğu için ($p: 0.042$) anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Katılımcıların ortalama değerlerine bakıldığında çocuğu olanları (4.5738) oranı, çocuğu olmayanlara oranla (4.4658) klinik davranışla ilgili daha olumlu görüşe sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca katılımcıların çocuğu olup olmama durumuna göre hizmet organizasyonu ile ilgili görüşleri $p > 0.05$ olduğu için ($p: 0.264$) anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Bu sonuçlara bağlı olarak H_{3a} hipotezinin desteklendiği, H_{3b} hipotezinin ise desteklenmediği görülmektedir. Bu bilgiler ışığında H_3 hipotezinin kısmi olarak desteklendiğini söylemek mümkündür.

Tablo 10. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Katılımcıların Çocuğu Olup Olmama Durumuna Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Çocuk	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Yok	79	4,4658	0,4657	0,042
Var	321	4,5738	0,4096	
Hizmet Organizasyonu				
Çocuk	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Yok	79	4,3707	0,4909	0,264
Var	321	4,4339	0,4389	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmadaki demografik özelliklerden katılımcıların bilinen sürekli bir hastalığının olup olmama durumu değişkeninin hekim değerlendirme ile ilgili görüşleri Tablo 11'de görüldüğü gibidir. Buna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde, katılımcıların bilinen sürekli bir hastalığının olup olmama durumuna göre klinik davranışı ile ilgili görüşleri $p > 0.05$ olduğu için ($p: 0.120$) anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Ayrıca katılımcıların bilinen sürekli bir hastalığının olup olmama durumuna göre hizmet organizasyonu ile ilgili görüşleri $p > 0.05$ olduğu için ($p: 0.746$) anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Bu sonuçlara bağlı olarak H_{4a} hipotezinin ve H_{4b} hipotezinin desteklenmediği görülmektedir. Bu bilgiler ışığında H_4 hipotezinin desteklenmediğini söylemek mümkündür.

Tablo 11. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Katılımcıların Bilinen Sürekli Bir Hastalığının Olup Olmama Durumuna Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Hastalık	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Yok	57	4,5659	0,4066	0,120
Var	343	4,4719	0,5066	
Hizmet Organizasyonu				
Hastalık	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Yok	57	4,4244	0,4353	0,746
Var	343	4,4035	0,5325	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcıların fiziksel bir engelinin olup olmaması durumu ile hekim değerlendirmeye ilişkin görüşlere bakıldığında fiziksel engelinin olduğunu söyleyen katılımcıların sayısının üç olduğu görülmektedir. İstatistiksel veri analizlerinde 30 ya da daha az katılımcının olduğu durumlarda parametrik olmayan analizler kullanılmaktadır. Buna bağlı olarak bu analizlerde t testi yerine parametrik olmayan One Sample Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır (Yöntem, 2021). Bu sonuçlara göre Tablo 12’de de görüldüğü üzere değişkenler arasında herhangi bir anlamlılık olmadığı ortaya konmuştur ($p>0,05$).

Bu sonuçlara bağlı olarak H_{5a} ve H_{5b} hipotezlerinin desteklenmediği görülmektedir. Bu bilgiler ışığında H_5 hipotezinin desteklenmediğini söylemek mümkündür.

Tablo 12. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Katılımcıların Fiziksel Bir Engelinin Olup Olmama Durumuna Göre Karşılaştırılması
(Parametrik Olmayan Test - One Sample Kolmogorov-Smirnov Test)

Klinik Davranışı				
Fiziksel Engel	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Mann-Whitney (p)
Var	3	1,0075	0,0863	0,274
Yok	397	4,5525	0,4229	
Hizmet Organizasyonu				
Fiziksel Engel	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Mann-Whitney (p)
Var	3	1,0075	0,0863	0,093
Yok	397	4,4214	0,4497	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

3.5.2. Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA)

Demografik verilerdeki bağımsız değişkenlerle Likert ölçeğine ait örgütsel iletişim ölçeğiyle ilişkisinde çalışmanın ikiden fazla seçeneği olan bağımsız demografik özellikleri ANOVA testiyle (Analysis Of Variance) analiz edilmektedir. Bu değişkenlerin arasındaki ortalamaları ve ilişkileri “bağımsız örneklemeler için tek faktörlü varyans analizi (One-Way ANOVA)” ile ölçülmektedir. Ayrıca gruplar arasındaki farklılıkların kaynağını saptayabilmek amacıyla da post-hoc analizleri yapılmıştır. (Koç, 2016, s. 36). Bu noktada araştırmanın analizlere bağlı olarak oluşan hipotezler ve sonuçları şu şekildedir:

H₆: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, doğum tarihine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{6a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, doğum tarihine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{6b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, doğum tarihine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₇: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{7a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{7b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₈: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{8a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{8b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₉: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{9a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{9b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, gelir göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₁₀: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluğuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{10a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluğuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{10b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluğuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₁₁: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluk nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{11a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluk nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{11b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluk nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₁₂: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, başvuru nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{12a}: Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma başvuru nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H_{12b}: Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma başvuru nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Araştırmanın demografik özelliklerinden biri olan doğum tarihi değişkeninin, hekim değerlendirme durumu ile olan ilişkileri Tablo 13’de görüldüğü gibidir. Bu sonuçlara göre katılımcıların doğum tarihine göre klinik davranışı ile ilgili görüşleri $p>0,05$ olduğu için (p : 0,805) anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yine aynı şekilde katılımcıların doğum tarihine göre hizmet organizasyonu ile ilgili görüşleri de $p>0,05$ olduğundan dolayı (p : 0,583) anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamaktadır.

Bu sonuçlara bağlı olarak H_{6a} ve H_{6b} hipotezlerinin desteklenmediğini söylemek mümkündür. Bu bilgiler ışığında H_6 hipotezinin de desteklenmediği görülmektedir.

Tablo 13. Hekim Değerlendirme Durumuna İlişkin Görüşlerinin Doğum Tarihine Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Doğum Tarihi	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
2000 ve üzeri	33	4,5030	0,4895	0,805
1990-1999	113	4,5478	0,4336	
1980-1989	75	4,5307	0,4145	
1970-1979	71	4,5775	0,4362	
1960-1969	62	4,6097	0,4047	
1959 ve öncesi	46	4,5196	0,3703	
Hizmet Organizasyonu				
Doğum Tarihi	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
2000 ve üzeri	33	4,4632	0,5369	0,583
1990-1999	113	4,3932	0,4639	
1980-1989	75	4,4362	0,4696	
1970-1979	71	4,4044	0,3982	
1960-1969	62	4,3779	0,4290	
1959 ve öncesi	46	4,5217	0,4207	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmanın demografik özelliklerinden biri olan mesleki durum değişkeninin, hekim değerlendirme durumu ile olan ilişkileri Tablo 14’de görüldüğü gibidir. Bu sonuçlara göre katılımcıların mesleki durumuna göre klinik davranışı ile ilgili görüşleri $p<0,01$ olduğu için (p : 0,001) anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Buna bağlı olarak katılımcıların ortalama değerlerine bakıldığında ev hanımı olanların (4,5953) diğerlerine oranla klinik davranışıyla ilgili daha olumlu

görüşlerinin olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca katılımcıların mesleki duruma göre hizmet organizasyonu ile ilgili görüşleri de $p < 0,01$ olduğu için ($p: 0,000$) anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Ortalama değerler göz önüne alındığında ev hanımı olanların (4,4807) diğerlerine oranlara hizmet organizasyonu hakkında olumlu görüşlere sahip oldukları görülmektedir.

Bu sonuçlara bağlı olarak H_{7a} ve H_{7b} hipotezlerinin desteklendiğini söylemek mümkündür. Bu bilgiler ışığında H_7 hipotezinin de desteklendiği görülmektedir.

Tablo 14. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Meslek Durumuna Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Mesleki Durum	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Memur	46	4,3478	0,5849	0,001
Serbest Çalışan	143	4,5552	0,3881	
Ev Hanımı	211	4,5953	0,3919	
Hizmet Organizasyonu				
Mesleki Durum	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Memur	46	4,1988	0,6504	0,000
Serbest Çalışan	143	4,4056	0,4465	
Ev Hanımı	211	4,4807	0,3798	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Çalışmanın post-hoc/tukey sonuçlarıyla ilgili aşağıdaki tablo incelendiğinde, memur olanların serbest çalışanlar ilişkisinde yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p < 0,05$). Ortalama değerler göz önüne alındığında serbest çalışanların (4,5552), memurlara (4,3478) oranla klinik davranışı konusunda daha olumlu görüşlere sahip olduğunu söylemek mümkündür. Yine aynı şekilde ev hanımları da (4,5953), memurlara (4,3478) oranla klinik davranışı konusunda daha olumlu görüşlere sahip durumdadır ($p < 0,01$).

Mesleki durum ile hizmet organizasyonu arasındaki ilişkiler çoklu karşılaştırma testi (post-hoc/tukey) ile incelendiğinde memur olanlar ile serbest çalışanlar arasında yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p < 0,05$). Ortalama değerler göz önüne alındığında serbest çalışanların (4,4056), memurlara

(4,1988) oranla hizmet organizasyonu konusunda daha olumlu görüşlere sahip olduğunu söylemek mümkündür. Yine aynı şekilde ev hanımları da (4,4807), memurlara (4,1988) oranla klinik davranışı konusunda daha olumlu görüşlere sahip durumdadır ($p<0,01$).

Tablo 15. Mesleki Durum/ Hekim Değerlendirme ile İlgili Çoklu Karşılaştırma- Tukey Testi- Sonuçları

Mesleki Durum/Klinik Davranışı		Anlamlılık Değeri (p)
Memur	Serbest Çalışan	0,010
	Ev Hanımı	0,001
Serbest Çalışan	Memur	0,010
	Ev Hanımı	0,650
Ev Hanımı	Memur	0,001
	Serbest Çalışan	0,650
Mesleki Durum/Hizmet Organizasyonu		Anlamlılık Değeri (p)
Memur	Serbest Çalışan	0,017
	Ev Hanımı	0,000
Serbest Çalışan	Memur	0,017
	Ev Hanımı	0,261
Ev Hanımı	Memur	0,000
	Serbest Çalışan	0,261

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmanın demografik özelliklerinden eğitim durumu değişkeninin hekim değerlendirme durumuyla ilişkileri Tablo 16’da belirtilmektedir. Sonuçlara bakıldığında katılımcıların eğitim durumuna göre klinik davranışıyla ilgili görüşleri $p<0.05$ olduğu için ($p:0.022$) anlamlı bir farklılık görülmektedir. Araştırmada ortalama değerlerine bakıldığında ortaokulu mezunlarının (4.6346) klinik davranışla ilgili diğerlerine oranla daha olumlu görüşe sahip oldukları söylenebilmektedir. Ayrıca katılımcıların eğitim durumuna göre hizmet organizasyonu ile ilgili görüşlerinde $p>0.05$ olduğundan ($p:0.074$) anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

Bu sonuçlar ele alındığında H_{8a} hipotezinin desteklendiği, H_{8b} hipotezinin ise desteklenmediği görülmektedir. Bu bilgilere istinaden H_8 hipotezinin kısmi desteklendiğini söylemek mümkündür.

Tablo 16. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Eğitim Durumu	Kişi Sayısı	Ort.	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
İlkokul Mezunu	99	4,5495	0,4350	0,022
Ortaokul Mezunu	81	4,6346	0,3775	
Lise Mezunu	123	4,5829	0,3696	
Üniversite Mezunu	97	4,4485	0,4897	
Hizmet Organizasyonu				
Eğitim Durumu	Kişi Sayısı	Ort.	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
İlkokul Mezunu	99	4,4113	0,4138	0,074
Ortaokul Mezunu	81	4,4374	0,4068	
Lise Mezunu	123	4,4901	0,3784	
Üniversite Mezunu	97	4,3314	0,5757	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Eğitim durumunun post-hoc/tukey sonuçlarına ait tabloya bakıldığında, ortaokul mezunu ile üniversite mezunu arasında anlamlı bir farklılık gözükmemektedir ($p < 0.05$). Ortalama değerler göz önünde bulundurulduğunda ortaokulu mezunu (4.6346), üniversite mezununa oranla (4.4485) klinik davranışı açısından daha olumlu görüşlere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 17. Eğitim Durumu/ Klinik Davranışı ile İlgili Çoklu Karşılaştırma-Tukey Testi- Sonuçları

Mesleki Durum/Klinik Davranışı		Anlamlılık Değeri (p)
İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	0,529
	Lise Mezunu	0,935
	Üniversite Mezunu	0,332
Ortaokul Mezunu	İlkokul Mezunu	0,529
	Lise Mezunu	0,825
	Üniversite Mezunu	0,018
Lise Mezunu	İlkokul Mezunu	0,935
	Ortaokul Mezunu	0,825
	Üniversite Mezunu	0,086
Üniversite Mezunu	İlkokul Mezunu	0,332
	Ortaokul Mezunu	0,018
	Lise Mezunu	0,086

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmanın demografik bilgilerinden biri olan gelir durumu değişkeninin, hekim değerlendirme durumu ile ilişkileri Tablo 18’de gösterilmektedir. Katılımcıların gelir durumu değişkeninin klinik davranışlarıyla alakalı görüşleri $p>0.05$ olduğu için ($p:0.104$) anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Katılımcıların gelir durumuyla hizmet organizasyonu ile ilgili görüşlerine bakıldığında ise $p<0.05$ olduğu için ($p:0.029$) anlamlı bir farklılık görülmektedir. Araştırmadaki ortalama değerlerine bakıldığında gelir durumu 0-10.000 TL olanların (4.4762) diğer gelir durumlarına oranla hizmet organizasyonu ile ilgili daha olumlu görüşlere sahip olduğu görülmektedir.

Elde edilen bu sonuçlara göre H_{9a} hipotezinin desteklenmediği, H_{9b} hipotezinin ise desteklendiği görülmektedir. Bu bilgilere göre H_9 hipotezi kısmi desteklendiğini söylemek mümkündür.

Tablo 18. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Gelir Durumu	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
0-10.000 TL	108	4,5583	0,3852	0,104
11.000-20.000 TL	235	4,5762	0,4058	
21.000-30.000 TL	57	4,4439	0,5365	
Hizmet Organizasyonu				
Gelir Durumu	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
0-10.000 TL	108	4,4762	0,4101	0,029
11.000-20.000 TL	235	4,4298	0,4140	
21.000-30.000 TL	57	4,2832	0,6147	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Gelir durumunun hizmet organizasyonu ile ilgili çoklu karşılaştırma testi – tukey testi – tablosu incelendiğinde, gelir durumu 0-10.000 TL ile gelir durumu 21.000-30.000 TL arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Ortalama değerler açısından da bakıldığında gelir durumu 0-10.000 TL arasında olanların (4.4762) diğerlerine oranla hizmet organizasyonu konusunda daha olumlu görüşlere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 19. Gelir Durumu/ Hizmet Organizasyonu ile İlgili Çoklu Karşılaştırma- Tukey Testi- Sonuçları

Gelir Durumu/Hizmet Organizasyonu		Anlamlılık Değeri (p)
0-10.000 TL	11.000-20.000 TL	0,645
	21.000-30.000 TL	0,024
11.000-20.000 TL	0-10.000 TL	0,645
	21.000-30.000 TL	0,069
21.000-30.000 TL	0-10.000 TL	0,024
	11.000-20.000 TL	0,069

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmadaki demografik özelliklerden sağlık merkezine ulaşma zorluğu değişkeninin hekim değerlendirme durumu ile ilişkileri Tablo 20’de olduğu gibidir. Sonuçlara bakıldığında katılımcıların sağlık merkezine ulaşma zorluğuna göre klinik davranış görüşleri $p>0.05$ olduğundan ($p: 0.115$) anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ayrıca hizmet organizasyonu ile ilgili görüşleri de $p>0.05$ olduğundan ($p:0.129$) anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Bu sonuçlara göre H_{10a} ve H_{10b} hipotezlerinin desteklenmediğini söylemek mümkündür. Bu bilgilere göre H_{10} hipotezinin desteklenmediği görülmektedir.

Tablo 20. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Sağlık Merkezine Ulaşma Zorluğuna Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Zorluk Çekme Durumu	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Hiçbir zaman	59	4,4373	0,4475	0,115
Nadiren	131	4,5420	0,4617	
Bazen	210	4,5838	0,3915	
Hizmet Organizasyonu				
Zorluk Çekme Durumu	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Hiçbir zaman	59	4,3293	0,4650	0,129
Nadiren	131	4,3413	0,5540	
Bazen	210	4,5014	0,3325	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmadaki demografik özelliklerden biri olan sağlık merkezine ulaşma zorluk nedeni değişkeninin hekim değerlendirmeyle ilişkileri Tablo 21’de

gösterilmektedir. Sonuçlara göre sağlık merkezine ulaşma zorluk nedenine göre klinik davranış görüşleri $p<0.01$ olduğundan ($p:0.000$) anlamlı bir fark ortaya çıkmaktadır. Ortalama değerlerine bakıldığında ulaşım zorluğunu seçenler (4.6086) diğerlerine göre klinik davranışı ile ilgili daha olumlu görüşlere sahip olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca katılımcıların ulaşma zorluk nedenlerinin hizmet organizasyonu ile ilgili görüşlerine bakıldığında $p<0.01$ olduğu için ($p: 0.001$) anlamlı bir fark bulunmaktadır. Ortalama değerler açısından bakıldığında ise ulaşım zorluğu seçeneğini seçenler (4.5262) diğerlerine oranla hizmet organizasyonu açısından daha olumlu görüşlere sahip olmaktadır.

Bu bilgiler ışığında H_{11a} ve H_{11b} hipotezlerinin desteklendiğini söylemek mümkündür. Bunlara istinaden H_{11} hipotezinin de desteklendiği görülmektedir.

Tablo 21. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Sağlık Merkezine Ulaşma Zorluk Nedenine Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Zorluk Nedeni	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Randevu Alma	93	4,4032	0,4994	0,000
Sıra Bekleme	168	4,5887	0,3886	
Ulaşım Zorluğu	139	4,6086	0,3849	
Hizmet Organizasyonu				
Zorluk Nedeni	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Randevu Alma	93	4,3088	0,5387	0,001
Sıra Bekleme	168	4,3971	0,4113	
Ulaşım Zorluğu	139	4,5262	0,4077	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Çoklu karşılaştırma -tukey testi- sonuçları ile ilgili aşağıdaki tabloya bakıldığında, randevu alma ve ulaşım zorluğu arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.01$). Ortalama değer açısından bakıldığında ise ulaşım zorluğu seçeneğini seçenler (4.6086) randevu almayı seçenlere oranla (4.4032) klinik davranışı ile ilgili daha olumlu görüşlere sahip olmaktadır. Aynı şekilde bakıldığında sıra bekleme seçeneğini seçenler (4.5887) randevu alma seçeneğini seçenlere oranla (4.4032) klinik davranışı açısından daha olumlu görüşlere sahip oldukları söylenebilmektedir ($p<0.01$).

Sağlık merkezine ulaşma zorluğu nedeniyle hizmet organizasyonu ile ilişkileri tukey testi ile incelendiğinde ulaşım zorluğu ile randevu alma arasında anlamlı bir fark gözlemlenmektedir ($p<0.01$). Ortalama değerlerine bakıldığında ise ulaşım zorluğunu seçenlerin (4.5262) randevu almaya oranla (4.3088) hizmet organizasyonu bakımından daha olumlu görüşlere sahip olduğunu söylemek mümkündür ($p<0.01$).

Tablo 22. Zorluk Nedeni/ Hekim Değerlendirme ile İlgili Çoklu Karşılaştırma-Tukey Testi- Sonuçları

Zorluk Nedeni/Klinik Davranışı		Anlamlılık Değeri (p)
Randevu Alma	Sıra Bekleme	0,002
	Ulaşım Zorluğu	0,001
Sıra Bekleme	Randevu Alma	0,002
	Ulaşım Zorluğu	0,908
Ulaşım Zorluğu	Randevu Alma	0,001
	Sıra Bekleme	0,908
Zorluk Nedeni/Hizmet Organizasyonu		Anlamlılık Değeri (p)
Randevu Alma	Sıra Bekleme	0,272
	Ulaşım Zorluğu	0,001
Sıra Bekleme	Randevu Alma	0,272
	Ulaşım Zorluğu	0,031
Ulaşım Zorluğu	Randevu Alma	0,001
	Sıra Bekleme	0,031

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmada yer alan demografik özelliklerden başvuru nedenine göre değişkeninin hekim değerlendirmesi ile ilgili ilişkileri Tablo 23’de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların başvuru nedenine göre klinik davranışı ile ilgili görüşleri $p>0.05$ olduğundan ($p:0.440$) anlamlı bir fark görülmemektedir. Ayrıca katılımcıların başvuru nedenine göre hizmet organizasyonu görüşlerine bakıldığında $p>0.05$ olduğu için (0.063) anlamlı bir fark görülmemektedir.

Bu sonuçlara göre H_{12a} ve H_{12b} hipotezlerinin desteklenmediğini söylemek mümkündür. Bunlara istinaden H_{12} hipotezinin desteklenmediği görülmektedir.

Tablo 23. Hekim Değerlendirmeye İlişkin Görüşlerinin Başvuru Nedenine Göre Karşılaştırılması

Klinik Davranışı				
Başvuru Nedeni	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Kontrol	222	4,5401	0,4304	0,440
Kişisel Koruyucu (Aşı vb.)	74	4,6095	0,3409	
Reçete Yazdırma	104	4,5385	0,4582	
Hizmet Organizasyonu				
Başvuru Nedeni	Kişi Sayısı	Ortalamalar	Standart Sapma	Anlamlılık Değeri (p)
Kontrol	222	4,4550	0,4335	0,063
Kişisel Koruyucu (Aşı vb.)	74	4,4459	0,4423	
Reçete Yazdırma	104	4,3324	0,4804	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

3.5.3. Araştırma Sürecinde İleri Sürülen Hipotezler ve Sonuçları

Araştırma süresi boyunca ileri sürülen hipotezler ve bu hipotezlerin sonuçları aşağıdaki Tablo 24'deki gibi gösterilmektedir:

Tablo 24. Araştırma Sürecinde İleri Sürülen Hipotezler ve Sonuçları

HİPOTEZLER	SONUÇ
H₁: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{1a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{1b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H₂: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Kısmi Olarak Desteklendi
H _{2a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi
H _{2b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H₃: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, çocuğu olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Kısmi Olarak Desteklendi
H _{3a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, çocuğu olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi

H _{3b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, çocuğu olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H₄: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, bilinen sürekli bir hastalığının olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{4a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, bilinen sürekli bir hastalığının olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{4b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, bilinen sürekli bir hastalığının olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H₅: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, fiziksel bir engelinin olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{5a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, fiziksel bir engelinin olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{5b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, fiziksel bir engelinin olup olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H₆: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, doğum tarihine göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{6a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, doğum tarihine göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{6b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, doğum tarihine göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H₇: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi
H _{7a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi
H _{7b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi
H₈: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Kısmi Olarak Desteklendi
H _{8a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi
H _{8b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H₉: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Kısmi Olarak Desteklendi
H _{9a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi

H _{9b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, gelir göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi
H₁₀: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluğuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{10a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluğuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{10b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluğuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H₁₁: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluk nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi
H _{11a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluk nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi
H _{11b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma zorluk nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklendi
H₁₂: Katılımcıların hekim değerlendirme durumuna ilişkin görüşleri, başvuru nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{12a} : Katılımcıların klinik davranışına ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma başvuru nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi
H _{12b} : Katılımcıların hizmet organizasyonuna ilişkin görüşleri, sağlık merkezine ulaşma başvuru nedenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.	Desteklenmedi

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

H₇ hipotezinde demografik özelliklerinden olan mesleki duruma göre değişkeninin hekim değerlendirmeye ilişkin görüşler üzerine katılımcıların anlamlı ve pozitif yönlü etkisi vardır. H₇ hipotezinde meslek değişkeninde ev hanımlarının hekim değerlendirme durumunda klinik davranış ve hizmet organizasyonu ile ilgili görüşlerinde diğerlerine oranlarda daha anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi vardır. Sonuçlara bakılarak ev hanımlarının diğer meslek gruplarına göre daha memnun olduğu düşünülmektedir.

H₁₁ hipotezinde demografik özelliklerden sağlık merkezine ulaşma zorluk nedeni değişkeninde ulaşım zorluğunun hekim değerlendirmeye ilişkin görüşleri üzerine anlamlı ve pozitif yönlü etkisi vardır. H₁₁ hipotezinde sağlık merkezine ulaşma zorluk nedeni değişkeninde ulaşım zorluğunun hekim değerlendirme durumunda klinik davranış ve hizmet organizasyonu ile ilgili görüşlerinde diğerlerine oranla daha anlamlı ve negatif yönlü ilişkisi vardır. Sonuçlara bakılacak olursa ulaşım zorluğu

kriterinin diğer seçeneklere göre daha çok ortalamaya sahip olduğundan zorluk nedeninin ulaşım nedeni olmasında daha anlamlılık gösterdiği söylenebilmektedir. H₁₁ hipotezinde ayrıca randevu alma ve ulaşım zorluğu seçeneklerinde anlamlı bir sonuç gösterilmektedir. Bu sonuçlara istinaden randevu alma ve ulaşım zorluğunda negatif yönlü bir anlamlılık mevcut olmaktadır.

H₂ hipotezinde klinik davranış açısından hekim değerlendirme durumuna göre görüşleri medeni durum değişkeni açısından daha anlamlı ve pozitif yönlü etkisi vardır. H₂ hipotezinde medeni durum demografik değişkenine göre evliler bekarlara göre daha anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi vardır.

H₃ hipotezinde klinik davranışında hekim değerlendirme durumuna göre görüşleri çocuk olup olmama durumuna göre anlamlı ve pozitif yönde etkisi vardır. H₃ hipotezinde klinik davranış açısından hekim değerlendirme durumuna göre çocuğu olanların olmayanlara göre daha anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi vardır.

H₈ hipotezinde hekim değerlendirme durumunun klinik davranış açısından eğitim durumuna göre anlamlı ve pozitif yönlü etkisi vardır. H₈ hipotezinde ayrıca klinik davranış açısından hekim değerlendirme durumuna göre eğitim durumunda ortaokul mezunlarının diğerlerine oranla daha anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi vardır.

H₉ hipotezinde hizmet organizasyonu açısından hekim değerlendirme durumuna göre bakıldığında gelir durumu değişkeninin anlamlı ve pozitif yönlü etkisi vardır. H₉ hipotezinde gelir durumu değişkeninin hizmet organizasyonu açısından hekim değerlendirme durumuna göre bakıldığında 0-10.000 TL arasında olanların diğerlerine oranla daha anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi vardır.

SONUÇ

Gelişen ve değişen dünyada sağlık kavramı çok yönlü bir kavram olmakla birlikte iyilik hali olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıkla birlikte sağlık hizmetlerinde kişiler üzerinde yaşam devamlılığı açısından önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin türlerine bakıldığında koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi olarak dörde ayrılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri karşımıza koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden aile sağlığı merkezleri hasta merkez odaklı oluşundan dolayı hastaların kolay erişebildiği ve tanı tedavi yöntemlerinin yapılabilirdiği yerler olmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının temel yapılarından olan birinci basamak sağlık hizmetlerinden aile hekimliği sistemi hasta ayırt etmeksizin sağlık hizmetlerinin sunulduğu, etkin ve diğer sağlık kuruluşlarının iş yükünü hafifletici yapılar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmanın sonucunda sağlık merkezine başvuran hastaların sağlık kuruluşundan aldıkları hizmeti ve sağlık kuruluşundan memnuniyetlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Araştırma cinsiyet, yaş gözetmeksizin genel kapsamlı olarak yapılmıştır. Yapılan araştırma sonucunda elde edilen veriler aşağıda belirtilmektedir.

Araştırmadaki hekim değerlendirme durumunda klinik davranışı ve hizmet organizasyonuna ait görüşlerinde meslek durumuna göre anlamlı ve pozitif yönde etkili olmaktadır. Meslek durumu değişkeninde ev hanımlarının diğer meslek gruplarına göre daha anlamlı düşüncelerinin mevcut olduğu görülmüştür. Bu duruma göre ev hanımlarının hekim değerlendirme durumunda diğer mesleklere göre daha özverili olduğu sonucu çıkmaktadır. Ev hanımlarının diğerlerine nazaran daha müsait oluşundan dolayı hekim değerlendirme üzerinde daha olumlu düşünceleri olduğu düşünülmektedir. Meslek durumu değişkenindeki ev hanımlarının anlamlılık düzeylerindeki farklılıkların oluşması diğer meslek gruplarına göre bölgede ev hanımlarının daha yüksek yoğunlukta oluşundan kaynaklanmaktadır. Çalışan kesimin gerek özel sağlık kuruluşları tercihi gerekse çalışma saatlerinin birinci basamağın mesai saatlerine uymayışından veya yoğun mesai saatleri nedeniyle tercih edilmemesi olduğu düşünülebilir.

Araştırmada yer alan sağlık merkezine ulaşma zorluk nedeninde klinik davranışı ve hizmet organizasyonu açısından sağlık merkezine zorluk nedenine göre anlamlı ve negatif yönde etkisi olmaktadır. Anlamlılık açısından ulaşım zorluğu seçeneğinin diğerlerine oranla daha ön planda olduğu görülmektedir. Buna istinaden birinci basamağa ulaşımında kişilerin zorluk çekme nedeniyle kişilerde mağduriyet olduğu ve hasta memnuniyet düzeylerinde negatif yönlü etkileşim sağladığı söylenmektedir. Ulaşım zorluğu kriterinin hekim değerlendirme açısından negatifliğini gidermek amaçlı yetkililerin ve kurumların gerekli önlemleri alıp hasta memnuniyet düzeylerinde iyileşme sağlaması mümkündür. Ulaşım zorluğu nedenlerinden sağlık merkezine giden otobüs, minibüs saatlerindeki değişiklik, sağlık merkezi çevresinde mevcut olan okul, hastane gibi yapılar nedeniyle oluşan yoğunluk, açık adresinde meydana gelen değişiklikler sonucu sağlık merkezinin bulunamayışı (acar/açar) bölgedeki kentsel dönüşüm nedeniyle kişilerin bölgeden ayrılması ve bölgedeki düzensiz yerleşim yerleri olduğu düşünülebilir.

Ayrıca araştırmada yer alan tukey testi sonuçlarında ulaşım zorluğu ile randevu alma arasında anlamlılık ifade edilmektedir. Ulaşım zorluğu kriterinin düzeltme çalışmalarına ek olarak kişilerin hekim randevu sisteminde yapılabilecek iyileşmelerde hasta memnuniyeti açısından önem kazanmaktadır. Randevu almadaki anlamlılık nedeni randevu alma kanalları olan 182 ve MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) deki oluşan aksaklıklardan olduğu düşünülebilir. Sistem içerisindeki yoğunluğun azalmasıyla hasta odaklı çözümler getirilebilir. Genel olarak aile hekimlikleri nüfus sayısının fazla oluşundan randevu sistemiyle oluşan iş yükünü azaltmayı planlamaktadır. Sağlık merkezlerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında, enjeksiyon, pansuman, muayene, rapor ve evrak işleriyle birlikte artan bir iş yükü olduğu gözlemlenmektedir. Kurumların çalışan sağlığı ve daha verimli iş performansı açısından bu konuda gerekli düzenlemeler yapılması önerilmektedir. Ayrıca aile hekimliklerindeki birim sayısına düşen hasta nüfusunun azaltılmasıyla hem daha verimli sağlık hizmeti sunumu sağlanabilir hem de koruyucu sağlık hizmetleri açısından daha aktif bir sağlık merkezleri ile karşılaşabiliriz.

Bir diğerkriter olan hekim değerkleme durumunda meslek değışkeninde klinik davranış açısından daha anlamlı ve pozitif yönlü etkisi vardır medeni durum demografik değışkeninde evliler bekarlara göre daha anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi vardır. Sonuç olarak bakıldığında evlilerin bulundukları hukuki konum itibariyle bekârlara nazaran daha hassas olduğı düşünölmektedir. Evli kişilerin birey olma konumundan çıkıp eşıyle bir bütün aile olma konumuyla ilgili bu kararda hassasiyet gördükleri düşünölebilir. Kişı burada kendi sağlığıının yanında eşı ve ileride doğacak çocuklarının sağlığı açısından da gerekli eğitim ve bilgileri almakta daha aktif olmaktadır. Aile planlaması hizmetleri, 15-49 yaş kadın sağlığı hizmetler, gebelik izlemler, çocuğun psikososyal davranışsal eğitiminde çocuk, anne ve babanın da eğitimleri, evlilik öncesi danışmanlıklar bunlara örnek verilebilir. Bekârların hasta memnuniyeti açısından sunulan sağlık hizmetlerinde daha kapsayıcı eğitim ve hizmetler sunularak kapsam içerisine alınabilir.

Çocuk sahibi olup olmama kriterinde hekim değerkleme durumuna göre klinik davranış açısından göre anlamlı ve pozitif yönde etkisi vardır. Çocuğı olanların olmayanlara göre daha anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi vardır. Bunun sonucunda çocuk sahipliğı kişilerde daha olumlu düşöncelere yer vermekte ve çocuğı olan kişilerde daha hassasiyet olduğundan diğerklere göre daha olumlu düşöncelere sahip olduğü düşünölmektedir. Çocuk dini değerkler ve ölkemiz açısından korunması gereken, bakım ihtiyacı olan ve gelişim süresince dikkat isteyen bir varlıktır. Çocukla birlikte ailede oluşın etik değerklerin veya bakış açılarındaki değışimlerin bu sonucu elde etmede etkili olduğü düşünölebilir. Gebelik süresince ve sonrasında yaşanan sağlık hizmeti ihtiyaçları, alınan hizmetler ve süreç boyunca alınan eğitimler ve bilgilendirmeler aileler açısından memnuniyet yönünden önem taşımaktadır. Gebe izlem, psikososyal gelişimin değerklendirilmesi, bebek-çocuk izlemler, aşılar, beslenme, tuvalet eğitimi, otizm, göz, kalça displazisi, neonatal tarama, göz muayenesi, kan değerkleri, vitamin kullanımı, boy-kilo değerklendirmesi, okul çağı durum değerklendirilmesi, anne-bebek bakımı bunlardan bazılarıdır ve bunlar aileler açısından memnuniyet kriterlerine girdiğı düşünölebilir. Hasta memnuniyeti açısından çocuğı olmayanlara yönelik sağlık hizmeti programları oluşturulup kurumlarca geliştirilebilir.

Eğitim durumunun klinik davranış açısından hekim değerklendirme durumunda anlamlı ve pozitif yönlü etkisi vardır. Ayrıca klinik davranışı açısından hekim değerkleme

duruma göre eğitim durumunda ortaokul mezunlarının diğerlerine oranla daha anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi vardır. Bu duruma göre. Ortaokul mezunlarının daha olumlu ve memnuniyet düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Artan eğitim seviyesiyle birlikte oluşan memnuniyetsizliğe çözüm olarak hizmet sunumu ve anlayışında düzeltmelere gidilebilir. Bölgesel olarak yükseköğrenim düzeyine sahip kişilerden oluşmayan bir sağlık merkezi çevresi tanımı yapılabilmektedir. Üniversite mezunu kişilerin sağlık merkezi tercihlerinde birinci basamağı tercih etmedikleri düşünülmektedir. Bunun sebebi olarak kişilerin bekledikleri ilgi alaka ve istenilen bilgi düzeyinin kabul görmediği çıkarılabilir ya da kişilerin çalışma durumu nedeniyle bölgede olamama veya tercih dışı bırakılması olabilir. Daha düşük eğitim seviyesindeki kişilerin bilgilendirilme ve yönlendirilme konusunda sıkıntı yaşanmazken daha yüksek eğitim düzeyindeki kişilerin farklı kaynaklardan bilgi edinmesi veya bölgesel memnuniyetsiz nedeniyle bilgiyi kabul etmeme durumu kabul edilebilir ayrıca yüksek öğretimli kişilerin özel sağlık hizmeti yararlanma isteği günümüz şartlarında daha çok olduğu görüldüğünden birinci basamakta onlar açısından pek talep görülmemektedir.

Gelir durumu değişkeninde hizmet organizasyonu açısından hekim değerlemede durumunda anlamlı ve pozitif yönlü etkisi vardır. Gelir durumunda hizmet organizasyonu açısından 0-10.000 TL arasında olanların diğerlerine oranla daha anlamlı ve pozitif yönlü ilişkisi vardır. Gelir durumuyla hasta memnuniyeti arasında dengesiz bir ilişki söz konusudur. Gelir durumu yüksek olan kişilerin birinci basamaktaki sağlık hizmetini tercih etmedikleri düşünülmektedir. Daha çok kişiye hitap edebilmek açısından hizmet sunumunda gerekli iyileştirmelerin yapılması sağlanmalıdır. Eğitim ve meslek durumu değişkeninde de karşımıza çıkan özel sağlık hizmetlerindeki talebin artışı gelir durumu değişkeninde de karşılaşmaktayız. Gelir durumu değişkeninde mali açıdan düşük olanların daha anlamlılık ifade emesi bu üç değişken arasında bağlantıyı göstermektedir. Bununla birlikte gelir durumu olmayan veya daha düşük olanla birinci basamak sağlık hizmetlerinden diğerlerine oranla daha memnun olduğu düşünülmektedir. Meslek, eğitim veya mali açıdan artışla birlikte kişiler birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha izole olmayı tercih ettikleri çıkarılabilir. Sağlık hizmetlerindeki yoğunluk, ulaşımın zorluğu, hafta sonu sağlık

hizmetlerine erişimler kişilerin sağlık hizmetleri açısından memnuniyetini ve sağlık hizmeti alım kriterlerini değiştirebileceğini karşımıza çıkarmaktadır.

Aile hekimlikleri yaygın ve geniş kapsamlı bir sistemden oluştuğu ve hepsinin hasta memnuniyeti araştırması için aynı zaman diliminde müsaitliği olmadığı için araştırma tek bir bölgeyi kapsamaktadır bu da araştırmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Daha çok katılımcı ve araştırmacı ile birlikte daha geniş ölçekli sonuçlar ve araştırmalar yapmak mümkün olmaktadır. Hasta memnuniyetinin bölgesel ve il bazında çeşitli ölçeklerle araştırma yapılması literatüre katkı sağlayabilmektedir. Hasta memnuniyeti aynı zamanda toplumsal ve kurumsal yararı da içerisinde barındırmaktadır. Aile sisteminin getirileri ve sunulan hizmetler çeşitlendirilerek birçok araştırma bulguları elde edilebilmektedir. Birinci basamakta hasta memnuniyeti değerlendirme ölçekleri geliştirilerek sistem ve hasta arasında eksikliklerin ölçülüp ve bu eksiklikler üzerinden yapılabilecek çalışmalarla giderilebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızdaki birinci basamaktaki hasta memnuniyetinin katılımcıların demografik bilgileriyle arasındaki anlamlılıklarında birden fazla değişkenin anlamlılık gösterip ortalama değerlerindeki farklılıklar göz önüne sunulmaktadır. Ortaya çıkan bu değerlerin artırılıp bir araya getirilerek gerekli kurumlar ve yöneticiler tarafından eksikliklerin giderilebileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda mevcut bulgulara istinaden elde edilen sonuç ve öneriler bu şekilde olmakta birlikte daha fazla sonuç ve öneri çıkarılabileceği düşünülmektedir. Yapılacak yeni çalışmalar sonucunda daha kapsamlı verilerin elde edilmesi için araştırmadaki kişilerin artırılması, sağlık hizmeti memnuniyeti için form ve anketlerin eklenmesi hasta memnuniyetiyle ilgili daha fazla veri elde edilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Ağdemir, H. (2012). *Sağlık sektöründe aile hekimliği yeri ve önemi ile hizmetten yararlananların ve hizmet sunanların memnuniyet durumu konusunda bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi], Çağ Üniversitesi.
- Ak, M. (2010). Akademik bir disiplin olarak aile hekimliği. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 17(4), 403-405.
- Akaydın, H., ve Baltacı, D. (2022). Aile hekimliği hizmetlerinde hekim-hasta iletişiminin hasta tatminine ve hizmeti tavsiye etme niyetine etkisi. *Turkish Journal of Marketing*, 7(4), 162-186.
- Akman, E., ve Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: Birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.
- Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Şahin, E. M., Özer, C., Yaman, H., Göktaş, O., ve Maraş, İ. (2002). Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(16), 153-160.
- Andiç, M. (2019). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin hastalarda birincil koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi düzeyi ve davranışlar*. [Uzmanlık Tezi]. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.
- Ardahan, M., Arabacı, Z., ve Saka, M. C. (2018). Bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(40), 53-70.
- Arslan, İ. (2019). *Sağlıkta dönüşüm programı'nın tıpta uzmanlık dalı tercihlerine etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Bursa Uludağ Üniversitesi.
- Arslan, M. (2021). Aile hekimliğinde danışmanlık hizmetleri. *Aile Sağlığı Merkezi Yönetimine Güncel Yaklaşım 2*, (8), 101-114.
- Aydın, S., ve Hatırlı, Y. (2007). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 7(3), 131-134.

- Aydınlı, B. (2022). *Sağlıkta dönüşüm programının sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi], İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Bakırcan, N. (2012). *Gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyetlerinin değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Haliç Üniversitesi.
- Baş, S. (2017). *Bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebepleri*. [Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Başak, O., Saatçi, E., Aktürk, Z., Yaman, H., Topsever, P., ve Akdeniz, M. (2011). WONKA Avrupa 2005 basımı Türkçe çevirisi. *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları* – 4 Nisan 2011. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı.
- Bostan, S., ve Havvatoğlu, K. (2014). EUROPEP Aile hekimliği memnuniyeti ölçeğine göre Gümüşhane aile hekimliği memnuniyet araştırması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1067-1078.
- Bulut, A. (2014). *Elâzığ il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda memnuniyetin değerlendirilmesi* [Doktora Tezi]. Fırat Üniversitesi.
- Cengiz, R. (2014). *Aile hekimliği uygulaması ve hasta memnuniyeti (Edirne il merkezi örneği)* [Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 11(3), s. 339-344.
- Dinç, E. ve Abdioğlu, H., (2009). İşletmelerde kurumsal yönetim anlayışı ve muhasebe bilgi sistemi ilişkisi: İmkb-100 şirketleri üzerine ampirik bir araştırma. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 12(21), s. 157-184.
- Dimova, R., Stoyanova, R., ve Keskinova, D. (2017). The europep questionnaire for patient's evaluation of general practice care: bulgarian experience. *Hrvat Med J*. 2017 Şubat; 58(1): 63–74. <https://doi.org/10.3325/Cmj.2017.58.63>.
- Doğruloğlu, İ. (2019). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinde piyasalaşma süreci sağlıkta dönüşüm programı kapsamında kamu özel ortaklığı modeli* [Yüksek Lisans Tezi]. Namık Kemal Üniversitesi.

- Döşkaya, İ. E. (2019). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programının 2003-2017 yılları arasında Türkiye’ye katkısının incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Ebrahimipour, H., Vejdani, M., Vafae-Najar, A., Nejatzadegan, Z., Amini, Ar ve Nezamdoust, F. (2015). Patients Stisfaction From Family Physicians İn Healt Centers Affiliated With Sabzevar Universityof Medical Sciences With Europep-2012. *Toloo-E-Behdasht*. 2015, 13 (6), S25-34. 22.00.
- Eligüzel, C. (2019). *Değişen sosyal güvenlik sistemi ve sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir değerlendirme: Ardahan örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Yıldız Teknik Üniversitesi.
- Erdem, M. (2023). *Birinci basamak sağlık kuruluşları hekimlerinin hasta güvenliği kültürü hakkındaki algılarının belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir Ekonomi Üniversitesi.
- Etçioğlu, E., Aydın, A., Ekerbiçer, H., Feride, Ö. Z. E. N., Aydın, M. R., Elif, K. Ö. S. E., ve Muratdağı, G. (2021). Aile hekimlerinin çalışma şartlarının değerlendirilmesi: Niteliksel bir araştırma. *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(4), 757-764.
- Gençer, Ç., Filiz, Er., Barut, B., ve Yunus, Kara. (2021). Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(3), 1125-1142.
- Gençoğlu, P., Kuşkaya, S., ve Toguc, N. (2021). Sağlık hizmetlerini vergilerle finanse eden ülkeler üzerine ampirik bir analiz. *OPUS International Journal of Society Researches*, 18(Yönetim ve Organizasyon Özel Sayısı), 1596-1613.
- Goetz, K., Hahn, K. ve Steinhauer, J. (2018). Psychometric properties of the arabic version of the europep questionnaire. *Patient prefer adherence*. 12 (2018), 1123-1128. <https://doi.org/10.2147/PPA.S169355>.
- Gürfidan, C. (2014). *Aile hekimliğine ilişkin bilgi beklenti ve memnuniyet (Kırklareli il merkezi örneği)* [Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.

- Güven, E. (2021). Sağlık hizmetleri ve ruhsal hastalıklarda hizmet modelleri: bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 75-90.
- Hakverdi, Ö. A. (2022). Aile hekimlerinin iletişim becerileriyle hastaya yaklaşımları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 26(1), 17-24.
- Hayran, O. (2019). Koruyucu hizmetler sağlık harcamalarını azaltabilir mi? *Journal Of Biotechnology And Strategic Health Research*, 3(3), 170-175.
- İlgün, G., ve Şahin, B. (2016). Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- Kantarcı, Y. (2015). *Aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığı üzerine etkisi: Nurdağı aile sağlığı merkezi örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi.
- Kara, A. (2019). *Aile hekimliğine geçiş ve hasta memnuniyeti: Sivas merkez kılavuz aile sağlığı merkezi örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Karadağ, Z. (2007). *Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Karahüseyinoğlu, E. K. (2021). Kalite yönetimi perspektifinde sağlık hizmetleri. *Journal Of Academic Value Studies*, 7(3), 394-402.
- Kaya, M. V., Orhan, M., ve Sayar, B. (2020). Aile hekimliği tercih edilmeme düzeylerinin demografik özellikler açısından değerlendirilmesi: Şanlıurfa ili örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 9 (2), 412-419.
- Kırılmaz, H., ve Öztürk, K. (2018). Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 60-70.
- Kocadağ, D. (2016). *Aile hekimliği uygulamasına ilişkin düşünceler ve aile hekimlerinin sunduğu hizmetlerden memnuniyet: Bolu ili örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.

- Koç, M. (2016). Demografik özellikler ile empatik eğilim arasındaki ilişki: Yetişkinler üzerine ampirik bir araştırma. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9, s. 25-47.
- Kumcu, H. (2019). *Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde aile hekimliklerinin çalışma koşulları* [Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Kütükoğlu F.M. (2020). *Bireylerin sağlık hizmeti alma davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Maç, Ç. E., ve Öztürk, G. Z. (2018). Bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği poliklinikleri ile eğitim aile sağlığı merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kayıtlarının karşılaştırılması. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 14-21.
- Mourad, A, Shashaa, S. ve Markaki, A. (2007). Et Al. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: The use of europep in gaza strip-palestine. *J Med Syst* 31, 497-503, 2007. <https://doi.org/10.1007/S10916-007-9090-Z>.
- Naldöken, N. (2016). *Üniversite öğrencilerinin aile hekimliği uygulamasına ilişkin farkındalık düzeylerinin ve hizmetten yararlanma durumlarının belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Oral, R. (2015). *Ülkemizde ve dünyada aile hekimliği sisteminin işleyişi* [Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Oyan, N. K. (2013). *Tıp fakültesi hastanesine başvuran hastaların aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi ve düşünceleri* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Özgen, G. (2023). *Sağlıkta dönüşüm programı sonrası Türkiye’de sağlık hizmetleri arzı ve arzı etkileyen faktörlerin analizi* [Yüksek Lisans Tezi]. Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi.
- Öztürk, Y. E., ve Söyler, S. (2021). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni bir uygulama: Sağlıklı hayat merkezlerinde hizmet sunumu, yaşanan sorunlar ve

çözüm önerileri. *Ekonomi İşletme Siyaset Ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 7(2), 403-418.

Pınar, M. (2019). *Aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyet düzeyi: Şarkışla örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.

Samancı, V. M. (2020). Birinci basamak sağlık hizmetleri ve pandemi süreci. *Konuralp Medical Journal*, 12(S1), 390-392.

Sarı, A. (2021). *Covid 19 hakkındaki inançların sağlık anksiyetesi ile ilişkisinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.

Sebo, P., Herrmann, F.R. ve Haller, D.M. (2016). Is patient satisfaction with organizational aspects of their general practitioner's practice associated with patient and doctor gender? An observational study. *Bmc Fam Pract* 17, 120. <https://doi.org/10.1186/S12875-016-0513-0>.

Sert, S. (2019). *Türkiye'de sağlık sistemi ve sağlıkta dönüşüm programı (2003-2019)* [Yüksek Lisans Tezi]. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.

Sünter, A. T., Dabak, Ş., Canbaz, S., ve Pekşen, Y. (2010). Samsun il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti. *Journal Of Experimental And Clinical Medicine*, 20(3).

Szecsényi, J., Goetz, K. ve Campbell, S. (2011). Et Al. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *Bmj Quality & Safety* 20 (2011), 508-514. <https://doi.org/10.1136/Bmjqs.2009.038166>.

Şakiroğlu, F., ve Çayır, Y. (2022). Aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 26(3), 116-123.

Toktaş, G. (2021). *Koronavirüs (covid-19) pandemisinde sağlık çalışanlarının karşılaştığı riskler ve iş sağlığı ve güvenliği kapsamında hastane uygulamaları* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Rumeli Üniversitesi.

Tunc, S. ve Yazar, O. (2021). Sağlıkta dönüşüm politikalarında Türkiye ve İngiltere karşılaştırması. *Journal Of Management Marketing And Logistics*, 8(3), 184-196.

- Turgu, S., Öztora, S., Çaylan, A., ve Dağdeviren, H. N. (2018). Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumu ile ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 78-91.
- Turhan, E. S. (2014). *Aile hekimliği dünya ve Türkiye uygulamaları: Aile hekimliğinde hekim-hasta ilişkisinde iletişimin rolü ve tarafların memnuniyeti üzerine etkilerinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması* [Yüksek Lisans Tezi], Ufuk Üniversitesi.
- Türkili, S., Uysal, Y., Tot, Ş., ve Mert, E. (2021). Aile hekimlerinde korona virüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 15(2), 348-356.
- Üstün, S. (2019). *Aile hekimliği hizmetlerinde hasta memnuniyeti: İstanbul ili Avrupa (Fatih–Eyüp–Gaziosmanpaşa) ve Anadolu yerleşkesinde (Kadıköy–Beykoz–Üsküdar) bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Vova-Chatzi, C., Symvoulakis, E., Parpoula, C., Sbarouni, V. ve Lionis, C. (2020). Robustness of the europep questionnaire as regards data quality, reliability, and construct validity: The greek experience before and after the economic crisis. *Health Policy*, 8 (124), 2020. Pages 856-864. Issn 0168-8510. <https://doi.org/10.1016/J.Healthpol.2020.05.021>.
- Wensing, M., Hermesen, J., Grol, R., ve Szecsenyi, J. (2008), Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in europe. *Health Expectations*, 11: 384-390. <https://doi.org/10.1111/J.1369-7625.2008.00507.X>.
- Yıldız, A., ve Şahin, T. (2022). Aile hekimliği uygulamasının birey perspektifinden değerlendirilmesi: Bitlis ilinde bir araştırma. *Karya Journal Of Health Science*, 3(3), 290-296.
- Yılmaz, D. (2017). *Sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi: Tekirdağ'daki sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi.

- Yılmaz, E. (2023). *Türkiye’de aile hekimliği sisteminin gelişimi* [Yüksek Lisans Tezi]. İstinye Üniversitesi.
- Yüncü, V., ve Yılan, Y. (2020). Covid-19 pandemisinin sağlık çalışanlarına etkilerinin incelenmesi: Bir durum analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (Ek Sayı (2020))*, 373-402.
- Zoralioğlu, O. (2019). *Sağlık hizmetlerinde ağızdan ağıza pazarlamanın; sağlık hizmetleri kullanıcılarının tavsiye verme ve alma alışkanlıklarının belirlenmesi üzerine bir araştırma: Hastane – alan çalışması*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Okan Üniversitesi.

İnternet Kaynağı

- T.C. Sağlık Bakanlığı, *2022 Yılı Faaliyet Raporu, Şubat* (2023). 28.12.2023 tarihinde <https://sgb.saglik.gov.tr/TR-94966/tc-saglik-bakanligi-2022-yili-faaliyet-raporu-yayinlanmistir.html> adresinden edinilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*, (24.11.2004), s.1-2, 28.09.2023 tarihinde <https://mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=17051&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeli&mevzuatTertip=5> adresinden edinilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara* (2004), s.12, 22.05.2023 tarihinde <https://docplayer.biz.tr/636322-Aile-doktorlari-icin-kurs-notlari.html> adresinden edinilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Aile Hekimliği Kanunu* (2004). 28.12.2023 tarihinde <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5258.pdf> adresinden edinilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm Programı, Aralık* (2003). 27.12.2023 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> adresinden edinilmiştir.

Türk Dil Kurumu (t.y). *Türk Dil Kurumu sözlükleri*. 2 Ocak 2024 tarihinde <https://sozluk.gov.tr/> adresinden edinilmiştir.

Yöntem (2021, 5 Nisan). *Parametrik ve Parametrik olmayan testler*. 14.10.2023 tarihinde <https://www.yontemistatistik.com/post/parametrik-ve-parametrik-olmayan-testler/> adresinden edinilmiştir.

Yurdugül, H. (2017). *Faktör analizinde KMO ve Bartlett Testleri Neyi Ölçer*. 16.09.2023 tarihinde <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Kuresellik.pdf>, adresinden edinilmiştir.



EKLER

Ek-1: Hasta Anket Formu

"Bu çalışmada aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ile bu durumu etkileyen faktörler ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Değerli Katılımcılar, anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazılmayacak ve bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz."

- 1- Doğum yılınız:
- 2- Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın
- 3- Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr 3) Diğer
- 4- Öğrenim durumunuz: 1) Okur-yazar değil
2) Okur-yazar
3) İlkokul mezunu
4) Ortaokul mezunu
5) Lise mezunu
6) Üniversite mezunu
- 5- Çocuğunuz var mı? 1) Hayır 2) Evet (Sayısı:.....)
- 6- Mesleğiniz nedir?
1) Memur 2) İşçi 3) Çiftçi 4) Serbest 5) Ev hanımı
6) Diğer
- 7- Aylık hane geliriniz ne kadar?
- 8- Sağlık merkezine ulaşımında zorluk çekiyor musunuz?
1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Bazen 4) Çoğu zaman
5) Her zaman
- 9- Sağlık merkezine ulaşımında zorluk çekiyorsanız nedeni nedir?
1) Randevu almakta zorluk çekiyorum 2) Maddi nedenlerden ötürü
3) Çok sıra oluyor 4) Bedensel engelimden dolayı
5) Ulaşımında zorluk çekiyorum 6) Diğer.....

10- Bilinen sürekli bir hastalığınız var mı?

1)Hayır

2) Evet.....

Kaç yıldır?.....

11- Bilinen fiziksel bir engeliniz var mı?

1)Hayır

2) Evet.....Kaç yıldır?.....

12- Son bir yıl içinde kaç kez doktora başvurduunuz?

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

13- Şu anki başvuru nedeniniz nedir?

1)Yeni rahatsızlık

2) Kronik (müzmin) bir sağlık sorunu

3) Kontrol

4) Kişisel koruyucu sağlık hizmetleri (Aşı vb)

5) Reçete yazdırmak

6) İlaç raporu çıkartmak

7) Diğer.....

Aşağıdaki bölümde lütfen bütün soruları cevaplandırıdığınızdan 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.

Ek-2: EUROPEP Türkçe Versiyonu

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

Ek-3: Etik Kurul İzni

Tarih ve Sayı: 30.11.2022-83827



BEYKENT ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER İÇİN YAYIN ETİĞİ KURULU

Sayı : E-15778635 050.99-83827
Konu : Merve Odabaşı'nın Etik Kurul Onay
Yazısı

30.11.2022

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü, 30.11.2022 Tarihli ve 74966756- - 274 Sayılı
Yazı,

Beykent Üniversitesi 2020024061 numaralı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencisi Merve Odabaşı'nın Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nden gelen "Birinci Basamakta Verilen Hizmetlerde Hasta Memnuniyeti Üzerine Bir Uygulama: İstanbul Maltepe Örneği" başlıklı yüksek lisans tezinin 29.11.22 tarihli Sosyal ve Beşeri Bilimler için Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu toplantısında etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiş ve ekte onay yazısı sunulmuştur.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. Akile Reside GÜRSOY
ŞATIROĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSK14C4-5M5 Pin Kodu: 72952

Belge Takip Adresi: Bilgi Teknoloji ve İletişim Kurumu - 5500662D-BSK14C4-5M5 Pin Kodu: 72952

Adres: Beykent Üniversitesi Avaraka Maslak Yerleşkesi Avaraka Mah. Erdemirani Yolu Kat: No: 19

Bilgi san: Akile Reside Gürsoy

Şişli/İstanbul

Şatiroğlu

Tel: 0212 444 1997 Faks: 0212 239 64 00

Görsel: Doğru

e-Posta: info@beykent.edu.tr Web: www.beykent.edu.tr

Kep Adresi: hsg@beykent.edu.tr



Özet: Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır. Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.