

Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: Anketeye dayalı kesitsel çalışma

Patient satisfaction in a primary care setting in Van: a cross-sectional survey study

Tamer Edirne¹, Dilek Kuşaslan Avcı², Burçak Atmaca²

Özet

Amaç: Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini değerlendiren yöntemlerden biri hasta memnuniyeti anketidir. Bu çalışmada, Van ilindeki hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri hakkındaki memnuniyetini araştırdık.

Yöntem: Bu kesitsel ve tanımlayıcı çalışmaya Nisan 2007 ile Nisan 2008 tarihleri arasında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikososyal birimine başvuran 479 yetişkin dahil edildi. Katılımcılara evet-hayır ile dört ve on puanlı Likert sorularından oluşan bir anket uygulandı. Son 12 ayda hastaların sağlık hizmetlerine ulaşma, hasta-hekim iletişimi, bilgilendirilme ve sağlık hizmetlerinden memnuniyeti soruldu. Veriler Ki-kare ve Kruskal Wallis testleri ile incelendi. Sonuçlar odds ratio (OR) olarak %95 güven aralığında (%95 GA), anlamlılık 0.05 ve 0.01 düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 202'si (%42.2) kadın, 277'si (%57.8) erkekti; %44.3'ünün aylık geliri 500 TL ve altında idi. Hastaların %8.1'i (39) hekimin şikayetlerini hiçbir zaman, %42.8'i (205) ise bazen dikkatli bir şekilde dinlediğini bildirdi. Hastaların %4.4'ü (21) hiçbir zaman, %39.2'si (188) bazen hekimlerin konuşmalarını anlayabiliyorlardı. Tüm vücut muayenesi, hastaların %37.0'ına (177) hiçbir zaman, %31.3'üne (150) ise bazen uygulanmıştı. Muayene süresini yeterli bulan, dikkatle dinlendiğini söyleyen katılımcıların memnuniyeti anlamlı derecede yüksekti ($p<0.01$). Hastalıkları ile baş etmek için yeterli kadar bilgi edinilenlerin memnuniyet puanı anlamlı olarak yüksekti ($p<0.01$). Hastanın geliri ne kadar çoksa, kendini, hekimin yanında o ölçüde güvende hissediyordu (OR 1.60; %95 GA 1.06-2.42) ve sağlık sorunları için daha az sayıda doktora başvuruyordu (OR 2.58; %95 GA 1.23-5.38). Hastanın geliri arttıkça başvurduğu doktorun test isteme oranı (OR 4.48; %95 GA 2.58-7.78) ve reçete yazma oranı yükseliyordu (OR 1.95; %95 GA 1.07-3.54). Her zaman ve genellikle tüm vücut muayenesi yapılan hastalara, bazen ya da hiçbir zaman yapılmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha az oranda reçete yazılmıştı (OR=0.48; %95 CI=0.28-0.83).

Sonuç: Hastalar aile hekimliği ilkelerine uygun olarak, dinlenilmeye ve bilgilendirilmeye önem veriyorlardı. Memnuniyeti etkileyen başlıca faktörler hastanın dinlenmesi, yeterli zaman ayrılması, tüm vücut muayenesinin yapılması ve hastalıkla ilgili yeterli bilgi verilmesi idi. Ayrıca, ekonomik etkenler de sağlık davranışını etkileyebiliyordu.

Anahtar sözcükler: Hasta memnuniyeti, birinci basamak, sağlıkta kalite.

Summary

Objective: One of the surveys used to evaluate the efficacy and quality of health care services is the patient satisfaction questionnaire. In this study, we evaluated patients' satisfaction about primary health care services in Van.

Methods: This descriptive, cross-sectional study was conducted with 479 adult patients who were examined at the outpatient clinic of Medical Faculty, of the Van Yuzuncu Yil University between October 2007 and April 2008 and accepted to complete a face-to-face survey. Patients were asked to complete a questionnaire consisting of yes-no and four and ten point Likert scale questions prepared for the evaluation of primary care about their thoughts on accessibility, physician-patient relationship and satisfaction about obtained information and health care services in the last 12 months. Data analysis was performed using Chi-square and Kruskal Wallis tests. Results were displayed in odds ratio (OR) and 95% confidence intervals. A statistical significance of $p<0.05$ and $p<0.01$ was accepted as significant.

Results: Patients consisted of 202 (42.2%) women and 277 (57.8%) men with 44.3% reporting a monthly income of 500 TL or below. The rate of patients who never and sometimes understood the physicians' terminology was 4.4% (21) and 39.2% (188) respectively ($p<0.01$). Patients stated that the doctor listened always carefully in 8.1% (39) and never carefully in 42.8% to their complaints during the visits. During the visits in the last 12 months, patients reported to never have a complete body physical examination in 37.0% (177) and sometimes in 31.3% (150). Satisfaction of patients was significantly higher ($p<0.01$) in patients reporting sufficient consultation length and being listened carefully to their problems. Satisfaction of patients stating that their physicians gave enough explanation to cope with their illnesses was significantly higher ($p<0.01$). An increase in patient income was related with an increase in trust to the physician (OR 1.60; 95% CI 1.06-2.42) and a decrease in the number of physicians admitted (OR 2.58; 95% CI 1.23-5.38). An increase in patient income was associated with an increase in the rate of tests ordered (OR 4.48; 95% CI 2.58-7.78) and prescriptions written (OR 1.95; 95% CI 1.07-3.54) by the physician. Having a complete physical examination always and usually was associated with a significant lower rate of prescriptions compared with sometimes and never (OR=0.48; %95 CI=0.28-0.83).

Conclusions: This study shows that family medicine principles such as being listened to and being informed by the physician are important for patients in the primary care setting. Satisfaction of patients was mainly related to being listened to by the physicians, sufficient consultation length, complete body physical examination and obtaining adequate information about their illnesses. In addition, level of income influenced health behaviors and perceptions.

Key words: Patient satisfaction, primary health care, quality of care.

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr., Van

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Van

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini değerlendiren performans ölçümleri hizmetin iyileştirilmesini hedefler. Bu konuda sayısız ölçek hazırlanmış, ancak hizmet sunanlar, finanse edenler ve hizmet alanlar ölçek seçiminde görüş birliğine varamamışlardır.^{1,2}

Kullanılan yöntemlerden biri hasta memnuniyeti anketidir. Hasta memnuniyeti genel anlamda hizmetin beklentileri karşılama ve hizmetin algılamasına bağlıdır. Sağlıkta kalitenin geliştirilmesi için hazırlanan programlarda hastaların görüşlerinin alınması ve değerlendirilmesi son derece önemlidir.³

Ülkemizde aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması, birinci basamak sağlık hizmetinden beklentilerin bilinmesinin önemini artırmaktadır. Biz, bu çalışmada, Van ilinde hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri hakkındaki görüş ve beklentilerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Ekim 2007 ile Nisan 2008 tarihleri arasında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı sorumluluğundaki mediko-sosyal birimine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 479 yetişkin hastaya yüz yüze görüşme ile bir soru formu uyguladık: Katılımcıların demografik verileri ile memnuniyete yönelik dört (hiçbir zaman, bazen, genellikle ve her zaman) ve on (1-10 arası) puanlı Likert tipi ve evet-hayır şıklarından oluşan 35 soru uygulandı. Hastanın son 12 ayda hizmete ulaşabilmesi, muayene sayısı, hekim ve diğer sağlık personeli ile ilişkisi, reçete yazılması, test uygulanma sıklığı, genel sağlık durumu ve demografik özellikleri sorgulandı.

Bu amaçla, ABD Sağlık ve İnsan Dairesi, Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Birimi'nin birinci basamak için hazırladığı Sağlık Hizmeti Sistemlerinin ve Sunanlarının Kullanıcılar Tarafından Değerlendirilmesi (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) anketininin yetişkin formu kullanıldı.⁴

Bu konuda tecrübeli bir hekim tarafından Türkçeye çevrilen anket, önce 20 kişilik bir gruba uygulandı, anlaşılır olması ve hataların düzeltilmesi amacıyla tekrar de-

ğerlendirildi; gerekli görülen kültürel ve dilbilimsel düzeltmeler yapılarak son şekli verildi. Bulguların analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde), non-parametrik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, çoktan seçmeli şıkların ortalamaların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sonuçlar odds ratio (OR) olarak %95 güven aralığında, p<0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Dört puanlı cevap çizelgesi kullanılan sorular olumsuz ("hiçbir zaman" ve "bazen") ve olumlu ("genellikle" ve "her zaman") ikili değışkene dönüştürüldü. Anket, yüz yüze ve bilgilendirilmiş onam alınarak uygulandı.

Bulgular

Hastaların 202'si (%42.2) kadın, 277'si (%57.8) erkekti ve yaşları 19 ile 73 arasında değışiyordu; yaş ortancası 29 idi. Evli olanların sayısı 270 (%56.4), evli olmayanların sayısı 209 (%43.6) idi. Ankete katılanların özellikleri **Tablo 1**'de görülmektedir.

Son 12 ay içinde sağlık hizmetlerine ulaşma ile ilgili bilgiler **Tablo 2**'de yer almaktadır.

Son 12 ay içinde hastaların hekim ile görüşmeleri hakkındaki düşünceleri **Tablo 3**'te yer almaktadır.

Son 12 ay içinde hekimin hastalık yönetimi ile ilgili hasta görüşleri **Tablo 4**'te yer almaktadır.

Reçete Yazma, Bilgilendirme ve Test İsteme Oranları

Son 12 ay içinde tedavinin bir parçası olarak 396 (%82.7) olguya reçete yazılmıştı. Reçeteleme ve test isteme ile ilgili veriler **Tablo 5**'te görülmektedir.

Genel Sağlık Hizmeti Değerlendirmeleri

Hastaların son 12 ayda aldıkları danışmanlık ve tedavi hizmetine verdikleri genel puan ortalaması (-0 ile 10 üzerinden) 6.01±2.27 puandı. Son 12 ayda aldıkları danışmanlık ve tedavi hizmetinden hastaların %8.8'i hiç, %15'i az, %53.7'si biraz ve %22.5'i çok fayda görmüştü. Son 12 ayda, hastaların %14.2'si ile bir, %40.7'si iki, %26.3'ü üç, %18.8'ü dört ve daha fazla sayıda hekime muayene olmuşlardı. Hastalar muayene oldukları hekimlere (10 üzerinden) ortalama 7.22±2.17 puan verdiler. Hastalardan 5'i (%1.0) kendi sağlık durumunu mükem-

mel, 79'u (%16.5) çok iyi, 327'si (%68.3) iyi, 63'ü (%13.2) kötü ve 5'i (%1.0) çok kötü buluyordu.

Hastaların Eğitim ve Ekonomik Durumlarına Göre Değerlendirmeler

Hastaların danışmanlık, tedavi ve ilaç için sağlık kuruluşuna başvurma sayısı ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki saptandı. Aylık geliri 1000 TL'nin altında olanlarda 10-15 kez ve 15 kez ve üzeri başvuruların oranları diğer gelir düzeylerinden daha yüksekti ($p>0.05$) (Şekil 1).

Başvurulan hekimin yanında kendini güvende hissetme ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı. Gelir düzeyi arttıkça kendini güvende hissetme oranı da artıyordu (OR 1.60; %95 GA 1.06–2.42) (Şekil 2).

Tedavinin bir parçası olarak reçete yazılması ile hastanın gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Hastanın gelir düzeyi arttıkça hekimin reçete yazma oranı yükseliyordu (OR 1.95; %95 GA 1.07–3.54) (Şekil 3).

Tablo 2. Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşma ile ilgili tecrübeleri

Cevaplar	n	%
Bir sağlık personeline danışmak için telefon kullanma		
Evet	142	29.6
Hayır	337	70.4
Telefonda ihtiyaç duyulan danışmanlık hizmetini alma (n=142)		
Hiçbir zaman	26	18.3
Bazen	76	53.5
Genellikle	27	19.0
Her zaman	13	9.2
Son 12 ay içinde danışmanlık, tedavi veya ilaç için sağlık kuruluşuna başvurma oranı		
1-5	320	66.8
5-10	96	20.0
10-15	46	9.6
15 üstü	17	3.5
Sağlık kuruluşuna gidildiğinde 15 dakika içinde hekimin yanına girebilme oranı		
Hiçbir zaman	119	24.8
Bazen	239	49.9
Genellikle	84	17.5
Her zaman	37	7.7

Tablo 1. Hastaların özellikleri

Özellikler	n	%
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	57	11.9
İlkokul mezunu	109	22.8
Ortaokul mezunu	51	10.6
Lise mezunu	132	27.6
Yüksekokul mezunu	61	12.7
Üniversite mezunu	69	14.4
Aylık gelir durumu		
100-500 TL	212	44.3
501-1000 TL	139	29.0
1001-1500 TL	49	10.2
1501-2000 TL	29	6.1
2001 TL üzeri	50	10.4
Son 12 ay içinde ameliyat olanlar	32	6.6
Bir ya da daha fazla kronik hastalığı olanlar	75	15.6
Özel sağlık sigortası olanlar	6	1.3
Sağlık sigortası olmayanlar	3	0.6
Hastalandığında sağlık ocağını tercih edenler	257	53.6
İlaç yazdırmak için sağlık ocağını tercih edenler	388	81.0

Tablo 3. Hastaların hasta-hekim görüşmesi hakkındaki düşünceleri

Cevaplar	n	%
Hekimin dikkatli bir şekilde dinlemesi		
Hiçbir zaman	39	8.1
Bazen	205	42.8
Genellikle	163	34.0
Her zaman	72	15.0
Hekimin anlaşılacak bir dilde bir şeyler anlatması		
Hiçbir zaman	21	4.4
Bazen	188	39.2
Genellikle	202	42.2
Her zaman	68	14.2
Hekimin yanında kendini güvende hissetme		
Hiçbir zaman	57	11.9
Bazen	150	31.3
Genellikle	189	39.5
Her zaman	83	17.3
Hekimin anlaşılacak bir dilde bir şeyler anlatması		
Hiçbir zaman	48	10.0
Bazen	223	46.6
Genellikle	171	35.7
Her zaman	37	7.7

Tablo 4. Hastaların hekimlerin hasta yönetimi hakkındaki görüşleri

Cevaplar	n	%
Hekimin tüm vücut muayenesi yapması		
Hiçbir zaman	177	37.0
Bazen	150	31.3
Genellikle	95	19.8
Her zaman	57	11.9
Hekimin hastalıkla baş etmek için yeterli bilgi vermesi		
Evet	246	51.4
Hayır	233	48.6
Hekimin hastayı tedavi kararlarına arzu ettiği kadar dahil etmesi		
Hiçbir zaman	94	19.6
Bazen	202	42.2
Genellikle	146	30.5
Her zaman	37	7.7

Tablo 5. Reçete yazma, bilgilendirme ve test isteme oranları

Cevaplar	n	%
Tedavinin bir parçası olarak reçete yazılması		
Evet	396	82.7
Hayır	83	17.3
İlaçların yan etkilerinin anlatılması (Son 12 ay içinde reçeteli ilaç yazılan 396 olgu)		
Evet	152	38.3
Hayır	244	61.7
Bu ilaçların yan etkilerini anlatan kişi (n=152)		
Hekim	120	19.6
Eczacı	20	42.2
Diğer sağlık personeli	7	4.6
Diğer	5	3.3
Tedavi olmak için başvuru alan hekimin test istemesi		
Evet	331	69.1
Hayır	148	30.9

Son 12 ay içinde hastanın sağlığı ile ilgilenen doktor sayısı ile gelir düzeyi arasında da istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki vardı. Gelir düzeyi arttıkça sağlık sorunları için başvuru alan doktor sayısı azalmaktaydı (OR 0.55; %95 GA 0.32-0.93). Geliri 1500 TL ve üzerinde olan olgularda sadece bir doktora başvuru oranı dikkat çekici düzeyde yüksekti (Şekil 4).

Tedavi olmak için başvuru alan doktorun test istemesi ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Gelir düzeyi arttıkça başvuru alan doktorun test isteme oranı yükseliyordu (OR 4.48; %95 GA 2.58-7.78) (Şekil 5).

Hasta Hekim İletişimi ile İlgili Değerlendirmeler

Son 12 aydaki hasta-hekim görüşmelerinde muayene süresini yeterli bulan hastalarımızın hekime duydukları güven anlamlı olarak yüksekti (OR 18.5; %95 GA 11.10-30.83).

Son 12 aydaki hasta-hekim görüşmelerinde muayene süresi uzadıkça, ilaç yan etkilerinin anlatılma oranı da anlamlı olarak artıyordu (OR 0.38; %95 GA 0.25-0.58).

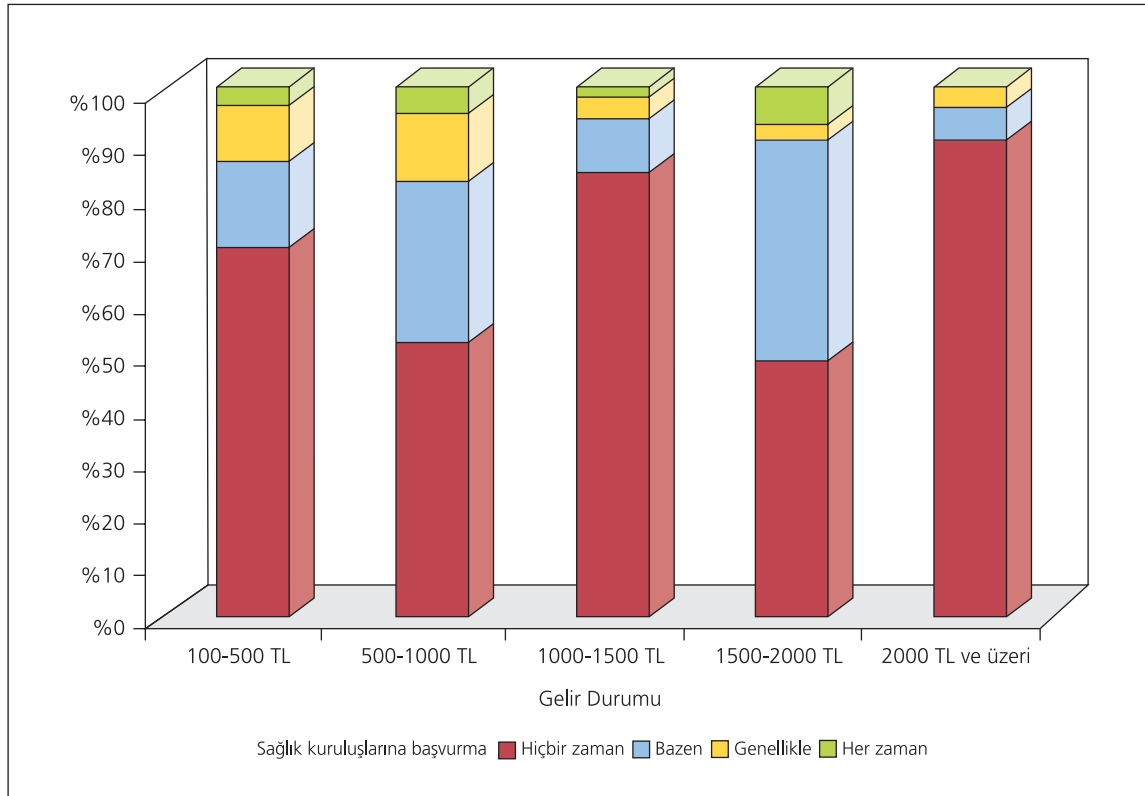
Tüm vücudun muayene edilmesi ile reçete yazılması arasında anlamlı bir ilişki vardı. Tüm vücut muayenesi bazen yapılan ya da hiçbir zaman yapılmayanlara oranla her zaman ve genellikle tüm vücut muayenesi yapılanlara anlamlı derecede daha az sayıda reçete yazılmıştı (OR=0.48; %95 CI=0.28-0.83). Hekimin, tüm vücudu muayene etmesi ve test istemesi sıklıkları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6).

Hasta Memnuniyeti

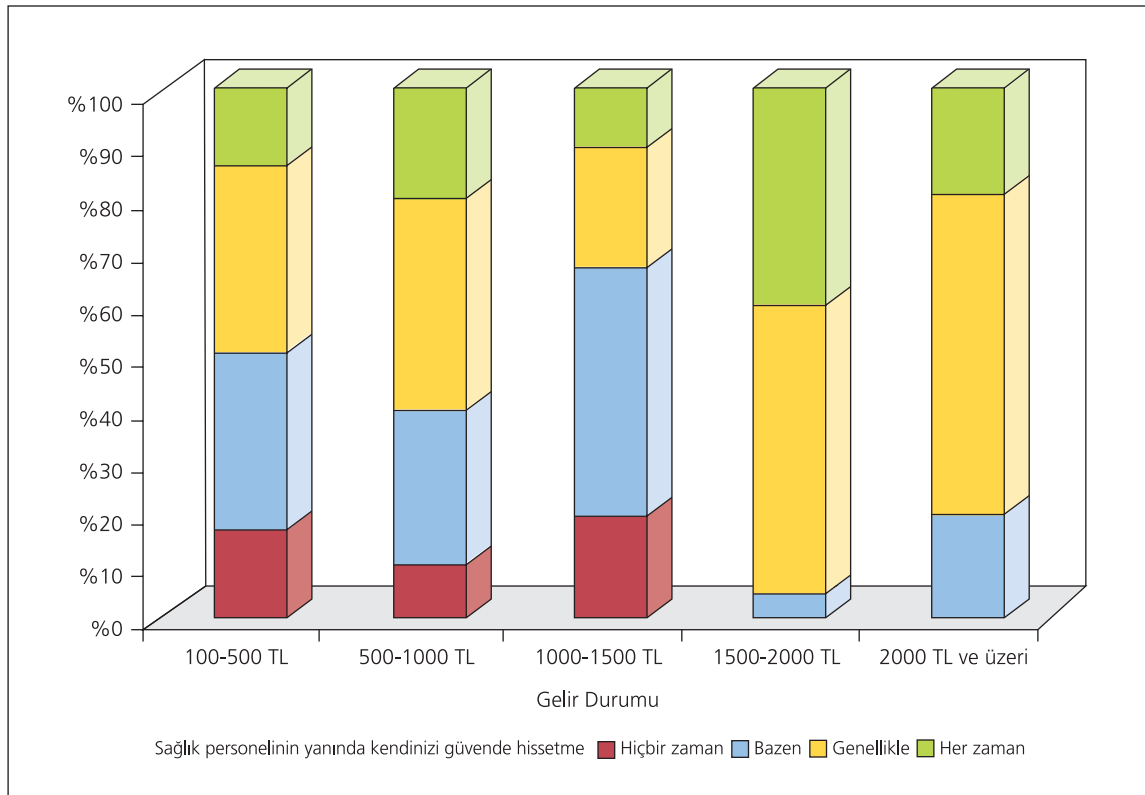
Son 12 ayda tüm vücut muayenesi olanların memnuniyet puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi ($p<0.05$). Hiçbir zaman tüm vücut muayenesi olmayanların memnuniyet puanları ortalaması (5.73 ± 2.4), genellikle muayene olduğunu söyleyenlerin ortalamasından (6.48 ± 1.61) anlamlı derecede düşüktü ($p=0.010$). Diğer tüm vücut muayenesi olma ortalamaları ile memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$).

Son 12 ayda başvuru alan hekimin yeteri kadar zaman ayırmasına göre memnuniyet puanı istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık gösteriyordu ($p<0.01$). Hekimin “hiçbir zaman yeterli zaman ayırmadığını” söyleyenlerin memnuniyet puanı ortalaması (3.54 ± 2.44), “bazen” (5.28 ± 1.85 ; $p<0.01$), “genellikle” (7.08 ± 1.64 ; $p<0.01$) ve “her zaman” (8.67 ± 1.71 ; $p<0.01$) yeteri kadar zaman ayırdığını düşünenlerden anlamlı derecede düşüktü.

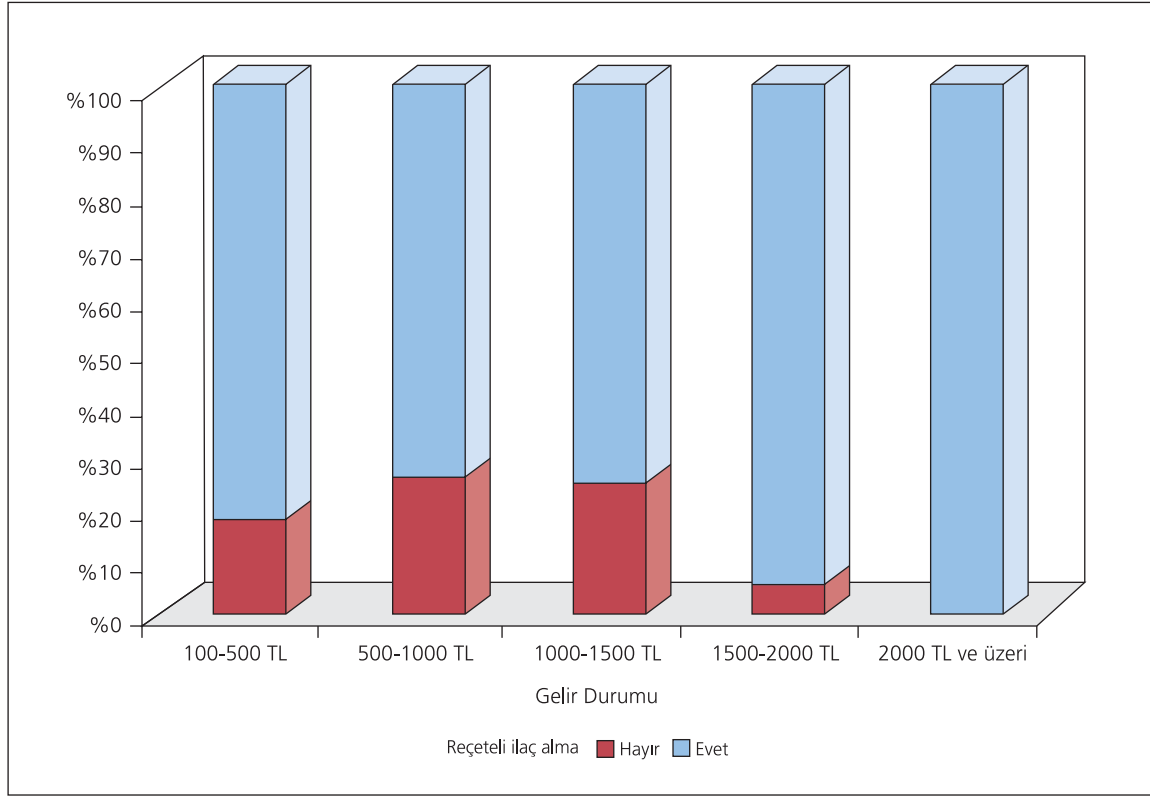
Son 12 ayda, başvuru alan hekimin sorunları dikkatle dinlemesine göre memnuniyet puanı ortalamaları istatis-



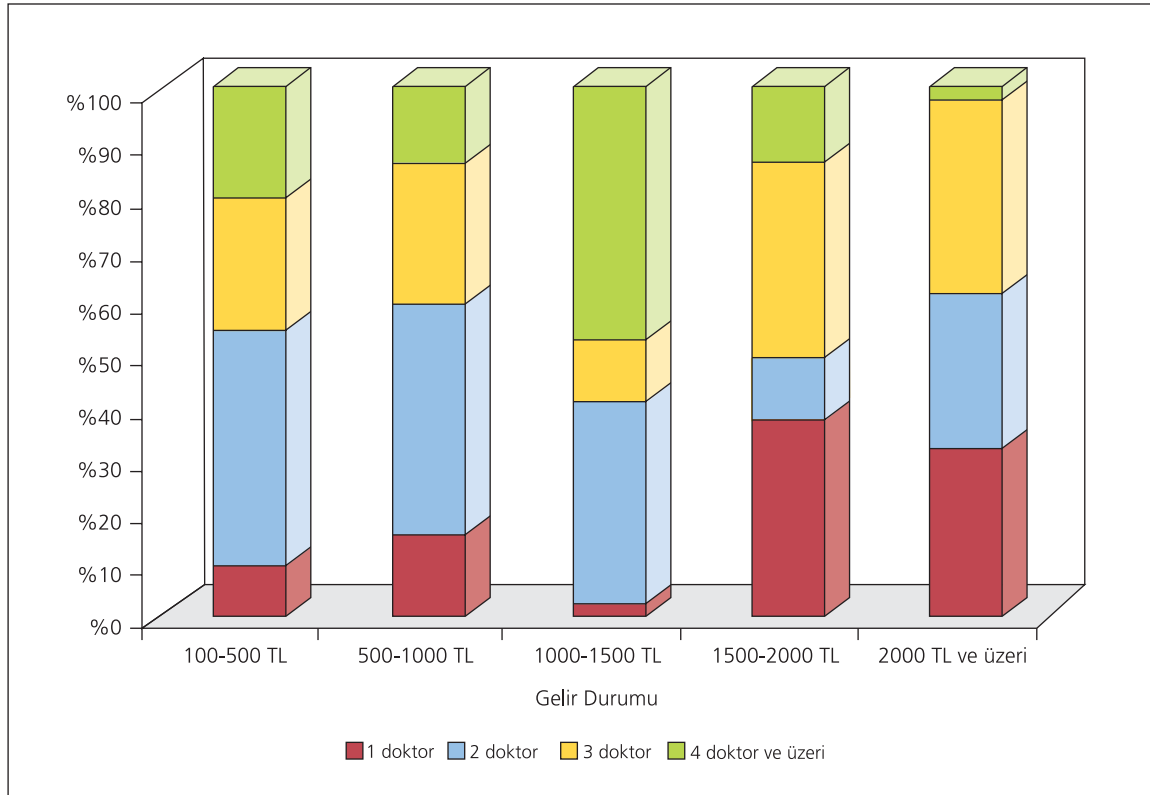
Şekil 1. Sağlık kuruluşuna başvurma sayılarına göre gelir düzeyi dağılımı.



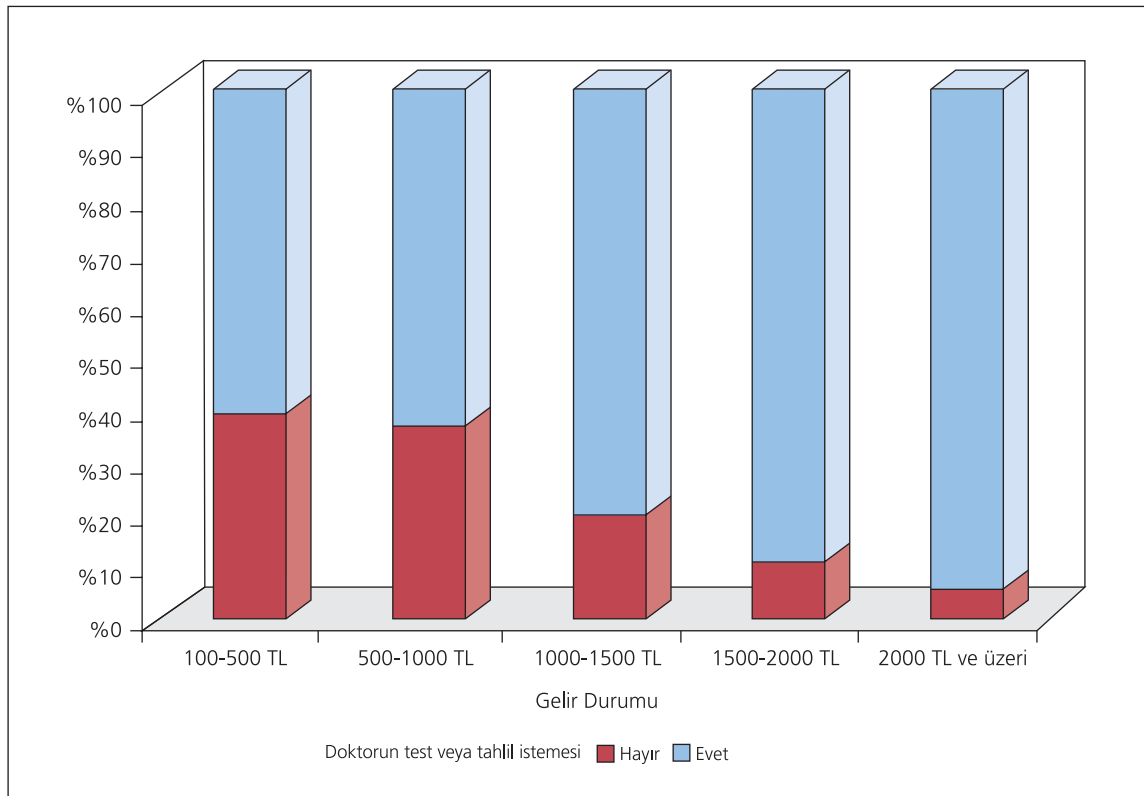
Şekil 2. Sağlık personelinin yanında kendini güvende hissetme ve gelir düzeyi dağılımı.



Şekil 3. Reçete yazılmasına göre gelir düzeyi dağılımı.



Şekil 4. Başvurulan doktor sayısına göre gelir düzeyi dağılımı.



Şekil 5. Gelir düzeyi ile doktorun test isteme arasındaki ilişki.

tiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık gösterdi. Hekimin, sorunlarını, “hiçbir zaman dikkatle dinlemediğini” söyleyenlerin memnuniyet puanı ortalaması (3.69 ± 3.07), “bazen” (5.34 ± 1.83 ; $p < 0.01$), “genellikle” (6.85 ± 1.85 ; $p < 0.01$) ve “her zaman” (7.27 ± 2.19 ; $p < 0.01$) dikkatle dinlediğini söyleyenlerin puan ortalamasından anlamlı derecede düşüktü.

Birden fazla hekime başvuranların, bir hekime başvuranlara göre, hastalıkları ile baş etmek için anlamlı derecede daha az bilgi alabildiklerini düşünüyorlardı (OR 0.20; %95 GA 0.11-0.38). Buna bağlı olarak, hastalıkları ile baş etmek için yeteri kadar bilgi edinenlerin memnuniyet puanı ortalaması (7.04 ± 1.89), bu konuda yeteri kadar bilgi edinmeyenlerin ortalamasından (4.92 ± 2.13) anlamlı olarak yüksekti ($p < 0.01$).

Tablo 6. Hekimin tüm vücut muayenesi yapması ile reçete yazması ve test istemesi arasındaki ilişki

		Son 12 ayda tüm vücut ne sıklıkla muayene edildi?				p*
		Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Her zaman	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tedavinin bir parçası olarak reçeteli ilaç verilmesi	Evet	157 (88.7)	116 (77.3)	73 (76.8)	50 (87.7)	0.013*
	Hayır	20 (11.3)	34 (22.7)	22 (23.2)	7 (12.3)	
Tedavi olmak için başvuru alan hekimin test istemesi	Evet	54 (30.5)	50 (33.3)	32 (33.7)	12 (21.1)	0.339
	Hayır	123 (69.5)	100 (66.7)	63 (66.3)	45 (78.9)	

*Ki kare test, * $p < 0.05$.

doğru orantılı olduğu saptanmıştır.¹⁹⁻²¹ Bu çalışmada da muayene süresini yeterli bulan hastalarımızın bulmayanlara göre hekime daha fazla güven duyduklarını saptadık.

Ortak Karar Verme

Hastalarımızın yarıdan fazlası hekimin tedavi kararlarına arzu ettikleri kadar dahil olamadıklarını düşünüyorlardı. Bu sorun, İngilizce konuşulan beş ülkeyi kapsayan bir çalışmada da dile getirilmiştir; hekimin, tedavi ile ilgili düşüncelerini sormadığı hastaların sayısı azımsanmayacak kadar yüksektir.¹⁶ Buna göre, bu sorunun gelir düzeyi ile ilgili olmadığı düşünülebilir.

Ortak karar vermenin hasta üzerindeki etkilerini araştıran bir derlemeye göre özellikle kronik hastalıklarda ve birden fazla hasta-hekim görüşmesi söz konusu olduğunda sürece katılabilme hasta memnuniyetini artırmaktadır.²²

Bilgilendirme

Çalışmamızda, sağlık sorunları ile baş etmede yeterince bilgilendirilenlerin genel memnuniyeti anlamlı derecede yüksek bulundu. Hastalarımızın büyük çoğunluğuna muayene sonrasında reçete yazılmış olmasına rağmen, hastaların yalnızca üçte bir kadarına reçetede ilaçların yan etkileri anlatılmıştı. Muayene süresi uzadıkça, ilaç yan etkilerinin hastalara anlatılma oranları da anlamlı olarak artıyordu.

Ayrıca, hastalarımızın yarıya yakını hastalıklarıyla ilgili yeterince bilgi alamadıklarını ifade ettiler. Ülkemizde birinci basamakta tanı, tedavi ve tetkikler hakkında bilgi alabilmenin zor olduğu,^{6,23} ve ilaca bağlı yan etkilerin hasta uyumunu önemli ölçüde bozduğu bildirilmiştir.²⁴ Birden fazla ilaç kullananların sayıca fazla olduğu gelişmiş ülkelerde de yazdıkları ilaçların tümünü, hastaları ile gözden geçirmeyen aile hekimlerinin oranı azımsanmayacak kadar yüksektir.¹⁶ Bu ülkelerde, hekim sayısı, alınan reçeteli ilaç sayısı ve yaşanan yan etkiler arasında korelasyon bildirilmiştir.²⁵

Ülkemizde bir çalışmaya göre eczaneden reçetesiz ilaç alanların sayısı reçeteli ilaç alanların 1.75 katıdır; bu veri, ilaç yan etkilerinin anlatılmasında eczacının rolünü göstermektedir.²⁶ Bizim çalışmamızda da ilaç yan etkilerini anlatanlar arasında eczaneler ilk sıralarda yer almıştır.

Gelir Düzeyi ve Sağlık Davranışları

Anketimizi yanıtlayanların yarıya yakını aylık geliri, 100-500 TL ile asgari ücretin altında idi. Çalışmamızda bölgemizin ön plana çıkan sosyo-ekonomik özellikleri göz önünde bulundurularak yapılan karşılaştırmanın sonuçları dikkat çekici idi. Gelir düzeyine göre yaptığımız analizlerde, düşük ve yüksek gelirli arasında dikkat çekici farklar ortaya çıktı. Gelir düzeyi arttıkça hastanın hekimin yanında kendine güvenme oranı anlamlı olarak artıyordu. Geliri düşük olan hastaya anlamlı derecede az test isteği ve reçete yazılıyordu. Gelir düzeyi düşük olanlar sağlık kuruluşlarına anlamlı derecede daha çok başvuruları da elde ettiğimiz bir başka sonuçtu.

Türkiye’de sosyo-ekonomik koşulların hastalanma oranlarını etkilediği,²⁷ sosyal güvencesi olmayanların birinci basamağa daha fazla başvurdukları gösterilmiştir.²⁸ Benzer şekilde, yurtdışında, sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerdeki yoğun sağlık ve toplum sorunlarının birinci basamak üzerinde büyük bir yük oluşturduğu, muayene talebinin yüksek, muayene süresinin kısa olduğu, muayene de çok sayıda problem ile uğraşıldığı bildirilmiştir.^{29,30}

Yoksul kadın hastaların hekime güven duymaları ile iletişim kurmaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, benzer şekilde düşük gelirli kronik hastaların orta gelirli olanlara göre hekim tarafından daha az dinlendikleri ve buna bağlı olarak da daha az güven duydukları rapor edilmiştir.^{31,32} Yine, hasta ile hekim arasındaki gelir farkının hastanın güveninin azalmasına yol açtığı, bunun da hasta memnuniyetini etkilediği ileri sürülmüştür.³³ Gelir düzeyi düşük bölgelerde komorbidite, psikolojik ve fiziksel problemler daha yoğun, ancak muayene süresi daha kısa bulunmuştur.^{20,34-36}

Son 12 ayda tüm vücudu muayene edilenlere anlamlı derecede az reçete yazıldığı ise elde ettiğimiz bir başka sonuç oldu: Ülkemizde, sağlık harcamaları içinde, ilaca ayrılan pay çok yüksektir;^{36,37} ancak, tüm vücut muayenesinin akılcı ilaç kullanımını üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmaya biz ulaşamadık. Ama sağlık ocaklarına başvuru nedenleri arasında “ilaç yazdırmak” ilk sırayı aldığından, hekimin, bu hastalara tüm vücut muayenesi yapması beklenmeyebilir.²³

Sonuç olarak, son 12 ayda ameliyat geçiren, kronik hastalığı olan ve özel sağlık sigortası olanların göreceli az-

lığı; hastalık ve ilaç yazdırmak için sağlık ocaklarını tercih edenlerin göreceli fazlalığı, popülasyonumuzun birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında tecrübeli olduğunu düşündürmektedir. Diğer taraftan, anket çalışmalarının sonuçlarını değerlendirirken, dikkatli olmakta fayda vardır. Anket sonuçlarının var olan en güncel verileri içerdikleri ve eskiye ait verilerin zaman içerisinde belirgin olarak değişmedikleri varsayılmaktadır ki, bu her zaman doğru olmayabilir. Katılımcıların yaş dağılımı da önemlidir; 65 yaş üstü hastaların daha kolay memnun oldukları belirlenmiştir.^{38,39} Benzer şekilde, hasta memnuniyetinin etnik kökenle ilgisi araştırılmış, etnik azınlıkların daha zor memnun oldukları ileri sürülmüştür.³⁸ Bu çalışmada yer alan sonuçların bu açıdan değerlendirilmeleri gerekebilir.

Türkiye’de birinci basamakta hasta memnuniyeti ile ilgili verilere ihtiyaç olduğuna inanarak tasarladığımız bu çalışmanın sonuçları, kırsal bir bölgede yaşayan yoksul hastaların sağlık sisteminden beklentilerini yansıtmaktadır. Ülkemizde sağlıkta kalite ile ilgili araştırmalara çok fazla rastlanılmamaktadır. Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, hastalar ve hekimler sağlıktaki en önemli arzuları duygudaşlık ve insancılıktır.⁴⁰⁻⁴²

Bu çalışma ile gelir düzeyi düşük hastaların sağlık konusunda güven ve etkili iletişim gibi aile hekimliğinin temel değerlerine önem verdiklerini gösterdik. Ayrıca, gelir düzeyinin sağlık davranışlarını ve algılayışlarını etkilediğini saptadık. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin başında hekimin hastasını dinlemesi, yeterince zaman ayırması, tüm vücudu muayene etmesi ve hastalıkla ilgili yeterli bilgi vermesi gelmekte idi.

Bu değerlerin sağlık göstergeleri üzerindeki etkilerini anlamamız için daha büyük çaplı niceliksel ve niteliksel çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: a Practical Guide to their Development and Use. Oxford, Oxford Medical Publications, 1995.
2. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 358-64.
3. Wensing M, Elwyn G. Methods for incorporating patients' views in health care: validity, effectiveness and implementation. *BMJ* 2003; 326: 877-9.
4. CAHPS® Clinician & Group Survey-Adult Primary Care Questionnaire. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. December 2006.
5. Kapaklı E, Kök Z, Salgar K, Emin N, Başaran E, Yayla F. Moda Sağlık Ocağına başvuranların verilen hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005; 14: 55-61.
6. Dönmez L, Culbant AB, Yüce A, Taşkın T. Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15 yaş üzeri kişilerin bazı hasta haklarını kullanma durumu ve farklı sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin davranışları konusundaki görüşleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethic* 2001; 9:42-8.
7. Jeremy FY Lim, Veena Dhanajay Joshi. Public perceptions of healthcare in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2008; 37: 91-5.
8. Nesanır N, İlhan Ö, Dalloğlu S, Manisalı B, Erdoğan A, Başyurt HU, Dinç G. Manisa'da bir gecekondu bölgesinde sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmet kullanımı üzerinde etkili faktörler. *Sağlık ve Toplum* 2005; 15: 18-24.
9. Pala T, Ergin S. İnönü Sağlık Ocağı bölgesinde hizmet alan kesimin hoşnutluk ve beklentileri. *Sağlık ve Toplum* 1999; 9: 3-8.
10. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ* 2003; 326: 258.
11. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarín-Ruad MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice* 2006; 23: 308-16.
12. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 601-5.
13. Howie JGR, Porter AMD, Heaney DJ, Hopton JL. Long-to-short consultation ratio: a proxy measure of the quality of care for general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 48-54.
14. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Prog Plann* 1983; 6: 185-210.
15. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52: 609-20.
16. Blendon RJ, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Zapert K. Common concerns amid diverse systems: Health care experiences in five countries. *Health Affairs* 2003; 22: 106-21.
17. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice* 2007; 8: 22.
18. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross-sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325: 472-74.
19. Campbell SM, Hann M, Hacker J ve ark. Identifying predictors of high quality care in English General Practice: observational study. *BMJ* 2001; 323: 784-7.
20. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR ve ark. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ* 2002; 324: 880-82.
21. Baker R, Mainous AG III, Gray DP, Lover MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21:27-32.
22. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 219-26.
23. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, Çalı Ş, Oktay Ş. Yüzbaşılar Sağlık Ocağı bölgelerindeki 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. *Türk J Geriatrics* 2000; 3: 91-7.
24. Arslan LS, Şemin S. Sağlık ocağına başvuran hastaların reçetede yazılan ilaçları kullanımı ve bunu etkileyen etmenler. *Sağlık ve Toplum* 2005; 15: 57-64.
25. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2269-76.

26. Hayran O, Kayhan M, Gürsoy A, Aksayan S. Şehirde yaşayan kişilerin sağlığının korunması ve tedavi işlemleri hakkındaki eğilimleri üzerine bir araştırma. *T Klin Tıp Bilimleri* 1998; 18: 90-5.
27. Erçevik HE, İdil A. Sosyoekonomik düzeyi farklı iki ilköğretim okulunda bağırsak parazitleri prevalansı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2002; 22: 113-18.
28. Kışoğlu AN, Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R. Isparta'da halkın sağlık ocaklarından yararlanma ve memnuniyet durumu. *T Klin J Med Ethics Law and History* 2003; 11: 184-8.
29. Hasegawa H, Reilly D, Mercer SW, Bikker AP. Holism in primary care: the views of Scotland's general practitioners. *Primary Health Care Research and Development* 2005; 6: 320-8.
30. McKinstry B, Porter M, Wrate R, Elton R, Shaw J. The MAGPI (Morale Assessment in General Practice Index): A new way for doctors to self-assess their morale. *Education for Primary Care* 2004; 15: 231-42.
31. Sheppard VB, Zambra RE, O'Malley AS. Providing health care to low-income women: a matter of trust. *Fam Pract* 2004, 21: 484-91.
32. Becker G, Newsom E. Socioeconomic status and dissatisfaction among chronically ill African Americans. *Am J Public Health* 2003; 93: 742-8.
33. Malat J. Social distance and patients' ratings of healthcare providers. *J Health Soc Behav* 2001; 42: 360-72.
34. Watt G. The inverse care law today. *Lancet* 2002, 360: 252-3.
35. Stirling M, Wilson P, McConnachie A. Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *BJGP* 2001; 51: 456-60.
36. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Geriatrı* 2000; 2: 56-60
37. Top, M, Tarcan, M., Türkiye ilaç ekonomisi ve ilaç harcamaları 1998-2003 dönemi değerlendirmesi. *Liberal Düşünce* 2004; 35: 177.
38. Taylor J, Page B, Duffy B, Burnett J, Zelin A. Frontiers of Performance in the NHS. London, MORI Social Research Institute, 2004.
39. Bowling A. An 'inverse satisfaction' law? Why don't older patients criticise health services? *Jnl Epidemiology and Comm Health* 2002; 56: 482.
40. Fairhurst K, May C. What general practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform. *Ann Fam Med* 2006; 4: 500-5.
41. Mercer SW, Reynolds W. Emphaty and quality of care. *BJGP* 2002; 52): 9-12.
42. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part I: description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1573-88.

Geliş tarihi: 22.01.2009

Kabul tarihi: 25.05.2009

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Tamer Edirne
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
65100, Van
Tel: (0432) 216 47 11 / 6108
e-posta: tameredirne@yyu.edu.tr