

Bir Askeri Hastanenin Dahiliye Polikliniğini Kullanan Hastaların Kalite Algıları

Sıdıka KAYA*, Çetin, YİĞİT**, Suat PEKER**, H. İbrahim CANKUL**

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, dahiliye polikliniğini kullanan hastaların kalite algılarını, hastalara göre kalitenin en önemli alanlarının neler olduğunu ve kalite algıları ile hastaların demografik özellikleri ve sağlık statüleri arasındaki ilişkileri incelemektir. Şubat 2002'nin ilk iki haftasında bir askeri hastanenin dahiliye polikliniklerini kullanan hastaların üçte birine posta ile anket gönderilmiştir. Ankete cevap veren 452 hasta 60 maddenin yüksek kaliteli bakım açısından önem derecesini 5 seçenekli bir ölçek üzerinde belirtmiştir (1=hiç önemli değil, 5=çok önemli). Yüksek kaliteli poliklinik hizmetinin sunulmasında önemli olduğu düşünülen 60 madde, önceden tanımlanan 8 alan altında gruplanmıştır: doktorun klinik becerileri, doktorun kişiler arası becerileri, poliklinik destek personeli, poliklinik ortamı, sağlıkla ilgili bilgi verilmesi, hastanın bakıma katılımı, hizmetin ulaşılabilirliği ve bakımın koordinasyonu. Genel olarak, hastalar en çok doktorun klinik becerilerine, en az poliklinik ortamına önem vermektedir. Hastaların algıları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve algılanan sağlık statüsü arasında anlamlı ilişki vardır. Bulguların hasta memnuniyeti, sürekli kalite iyileştirme, tıp eğitimi ve sağlık hizmetleri planlaması açısından önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta algıları, bakım kalitesi, sosyodemografik özellikler, dahiliye poliklinikleri

* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

** Uz., GATA, Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı

Quality Perceptions of Patients Using Internal Medicine Polyclinics of a Military Hospital

ABSTRACT

The objectives of this study are to analyze quality perceptions of patients using internal medicine polyclinics, the most important domains of quality according to the patients, and the relationships between patient perception of quality and patients' demographic characteristics and health status. A questionnaire was sent by post to one third of patients who had recently used internal medicine polyclinics of a military hospital in the first two weeks of February 2002. Four hundred and fifty-two patients, who responded to the questionnaire, rated each 60 elements on its importance to high-quality care on a 5-point scale: 1 = not important; 5 = essential. The 60 elements thought to be important in the delivery of high-quality polyclinic care grouped into the following 8 domains, which were defined a priori: physician clinical skill, physician interpersonal skill, polyclinic support staff, polyclinic environment, provision of health-related information, patient involvement in care, access, and coordination of care. In general, patients ranked physician clinical skill first important, and polyclinic environment last important. Patients' perceptions were significantly associated with age, gender, marital status, educational status, and perceived health status. The importance of findings on patient satisfaction, continuous quality improvement, medical education, and health services planning were emphasized.

Key Words: Patient perceptions, quality of care, sociodemographic characteristics, internal medicine polyclinics

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin iyileştirmeye ihtiyacı olan yönlerine dikkat çekmek ve performansı ve bakımın kalitesini izlemek için hastalardan geri bildirim almaya artan bir ilgi vardır. Bazı ülkelerde hükümetler ve düzenleyici otoriteler hastanelerden düzenli aralıklarla hasta araştırmaları organize etmelerini talep etmektedir. Örneğin, İngiltere'de Sağlık Departmanı ulusal hasta araştırmaları programını başlatmıştır. İsviçre'de Kalite İyileştirme Ulusal Koordinasyon ve Enformasyon Bürosu, hastaların sağlık bakımıyla ilgili deneyimlerini değerlendiren Picker araştırma araçlarının her yıl 300 hastanede uygulanmasını önermiştir (Jenkinson et al. 2002).

Uzun süredir profesyonel standartların uygulanmasına dayalı olan bakım kalitesinin değerlendirilmesi, hasta algıları ölçümlerini gittikçe daha fazla içermektedir. Hasta algılarının ölçümü, hastaları kendilerini ilgilendiren kararlara

daha fazla katma, beklentilerini daha iyi karşılama, ya da bütçe kısıtlamalarının ulaşılabilirlik ve kalite üzerindeki etkilerini değerlendirme arzusu gibi çeşitli düşüncelerle desteklenmektedir (Haddad et al. 2000).

Rosenthal ve Shannon'ın (1997) belirttiği gibi, son yıllarda, çeşitli güçler hasta algularını sağlık bakım kalitesinin bir ölçüsü olarak geliştirmek için bir noktada birleşmiştir. Bu güçler şunları içerir: (1) sağlık bakımında artan rekabet ve yönetimli bakımın (managed care) ortaya çıkması, (2) maliyet sınırlama politikalarının ulaşılabilirlik ve kaliteli bakım üzerindeki potansiyel ters etkileri konusundaki endişeler, (3) endüstriye dayalı sürekli kalite iyileştirme modellerinin sağlık bakımına uygulanması, (4) sağlık hizmetleri araştırmalarına sosyal bilimcilerin katılımı.

Hastaların bakımın kalitesini değerlendirmek için gereken bilimsel ve teknik bilgiden yoksun oldukları (Vuori 1991) görüşleri bulunmakla beraber, çeşitli pratik, ampirik ve teorik tartışmalar hasta algularını değerlendirmek için güçlü bir temel sağlamaktadır:

(1) Hastalar, bakımın ulaşılabilirliği ve etkililiği hakkında temel ve hatta diğerlerini dışarıda bırakan bir kaynağı oluştururlar (Haddad et al. 2000). Hastalar, bakımın verildiği şartlar ve kişiler arası ilişkiler gibi bakımın belirli yönlerinin en iyi hakemleridirler (Vuori 1991).

(2) Sağlık bakım hizmetlerinden yüksek düzeyde doyumun, hizmetlerin istenen bir çıktısı ve hatta sağlık statüsünün tamamlayıcı bir ögesi olduğu düşünülür (Donabedian 1980). Hastaların bakıma ilişkin alguları ve memnuniyetleri, tıbbi bakım arama, hizmet sunucularını değiştirme ve önerilen tedavi stratejilerine uyma kararlarıyla doğrudan ilişkilidir. Gerçekte, memnun olmayan hastaların istenmeyen sağlık çıktılarında sahip olma olasılığı daha fazla olabilir (Rosenthal, Shannon 1997; Baron-Epel et al. 2001). Başka bir deyişle, hastanın düşüncesi, tedaviye uyumunu, hasta-doktor ilişkisinin sürekliliğini ve böylece bakım çıktılarını doğrudan etkiler (Haddad et al. 2000). Ayrıca, memnun olan ve iyi bilgilendirilen hastalar, tıbbi direktifleri izlemeyi daha kolay bulabilir ve böylece gereksiz vizitler elimine edilebilir (Nathorst-Böös et al. 2001).

(3) Uygun olmayan süreçlerin ya da istenmeyen çıktılarının ölçümüne odaklanan negatif yaklaşımların aksine, hasta algularının ölçümü, kalitenin değerlendirilmesine pozitif bir yaklaşım oluşturur ve daha yeni kalite iyileştirme modellerini daha iyi tamamlar (Haddad et al. 2000; Rosenthal, Shannon 1997).

(4) Özerklik prensibi, yeterli hastaların kendileri için en iyisinin ne olduğuna karar verme hakkı olduğunu dikte eder (Vuori 1988). Demokratik bir toplumda, hastaların kendilerini etkileyen kararları ve faaliyetleri etkileme hakkının olması gerektiğine inanılır. Hasta memnuniyetinin ölçümü, sağlık bakımında toplum katılımı prensibini gerçekleştirir (Vuori 1991).

(5) Çeşitli ampirik kanıtlar, hasta algılarının kalitenin diğer göstergeleri ile doğrudan ilişkili olabileceği ve güvenilir olabileceği fikrini verir. Örneğin, araştırmacılar, hastaların bakımın “teknik” kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin doktorların değerlendirmeleri ile ilişkili olduğunu ve hastaların kalitenin “teknik” yönlerini “kişiler arası” yönlerinden ayırabildiklerini göstermiştir. Çalışmalar, hastaların bakımdan memnuniyetinin, bakımın önemli yönlerinin sunumunda algılanan problemlerle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (Rosenthal, Shannon 1997).

(6) Hasta algıları, sağlık bakım sunum sistemlerindeki farklılıklara bir çok geleneksel kalite ölçüsünden (örneğin, riske göre düzeltilmiş mortalite ya da komplikasyon hızları) daha fazla duyarlı olabilir. Hasta algılarının öğrenilmesi, doktor incelemesi gibi diğer kalite değerlendirme yöntemlerinden daha ucuz ve daha güvenilir olabilir ve bakımın kişiler arası ilişkiler yönü veya sağlık statüsü hakkındaki bilgiyi nadiren içeren tıbbi kayıtların tamlığına dayanmaz (Rosenthal, Shannon 1997).

Güzellik gibi, kalite de, en azından kısmen, bakanın gözündedir. Kalitenin iki yönü vardır: faaliyetin kalitesi ve algının kalitesi. Dışarıdan bir kişinin gözlemleriyle her zaman orantılı olmasa da, algılar güçlüdür. Algılar hastaların memnuniyetini belirler ve davranışlarına gerçekler kadar rehberlik eder. Memnuniyet derecesi, bir hastanın alternatif bakım yerin. resmi bakımı, rakibi yerine bu hastaneyi, caddenin karşısındaki yerine bu muayenehaneyi seçip seçmeyeceğini veya dava etmek yerine doktora çiçekler gönderip göndermeyeceğini belirleyebilir (Vuori 1991).

Yukarıda belirtilen nedenlerle, hasta görüşlerinin hesaba katılması, bakım kalitesini değerlendirmenin faydalı bir tamamlayıcısı, gerçekte gerekli bir ögesi olarak gittikçe daha fazla dikkate alınmaktadır. Bu ilgi bir çok ölçüm araçlarının, yani anketlerin geliştirilmesine yol açmaktadır. Bu anketlerin çoğu, hastaların kaliteyle ilgili düşüncelerinden çok kullanıcıların (hastaların) memnuniyetine yöneliktir (Haddad et al. 2000).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının bir çok potansiyel faydası vardır. Bu araştırmalar politika ve hizmet geliştirmeye ilgili bilgi sağlar. Tekrarlayan araştırmalar politika belirleyicilerin politikaların ve programların etkililiğini ve bunların değişen hasta ihtiyaçlarına uyarlanıp uyarlanmadıklarını değerlendirmelerine imkan verir. Hastane düzeyinde, odaklanmış dahili geri bildirim ya da benzer hastanelerle kıyaslama (benchmarking), hizmetleri iyileştirmek üzere faaliyete geçmeye teşvik edebilir. Araştırma sonuçlarının halka açık yayınlanması, sorumluluğu (accountability) artırmanın bir yolu olarak görölmektedir ve bu iyileştirmeyi de teşvik edebilir. Yayınlama, vergilerle sermaye sağladıkları sistemin, onu kullanan insanların gözünde nasıl çalıştığı konusunda topluma bilgi sağlar (Draper et al. 2001).

Press'in (2002) belirttiği gibi, hasta memnuniyeti, bir kuruluşun misyonuna ulaşması ve bunu sürdürmesi için temel bir strateji olabilir. Hastalar memnun olduğunda; daha kaliteli bakıma ulaşılabilir, personel işlerinden daha fazla hoşnut olabilir ve devir hızı azalabilir, finansal olarak sağlıklı kalma olasılığı artabilir, rekabetçi pozisyon güçlendirilebilir ve dava edilme olasılığı azalabilir.

Hasta memnuniyetini artırmanın yukarıda belirtilen faydalarına rağmen ölçümü hakkındaki eleştiriler gittikçe artmaktadır. Memnuniyet değerlendirmeleri, gerçeği yansıtmamakla ve bu yüzden kalitenin faydalı bir ölçüsü olmamakla eleştirilmektedir (Drain 2001). Hastaların bakımın kalitesini değerlendirmeleri, memnuniyet terimleriyle açıklanmayabilir ve memnuniyetin ölçümü, hastaların kaliteli bakım aldığı algısını yansıtmayabilir. Ayrıca, memnuniyet, oldukça duygusal bir boyut içerir ve hastanın kalite algısından çok beklentilerine dayalı olduğu düşünölmür (Haddad et al. 2000).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının sonuçlarını yorumlamadaki güçlüklerden biri de, araştırmaların çoğunun, tüketicilerin sağlık bakım deneyiminin hangi yönlerine en çok değer verdiklerini ve değişim için önceliklerinin ne olduğunu belirlemeye çalışmamasıdır (Draper et al. 2001). Mevcut kaynaklarla hasta memnuniyetini en yüksek düzeye çıkartmak, bir çok sağlık sisteminin önemli amaçlarından biri olmakla birlikte, hasta memnuniyeti araştırmalarının çoğu bu amaca hizmet etmeyebilir. Çünkü, bu araştırmaların ortaya koyduğu, hastaların en az memnun oldukları alanlar, hastaların seçme imkanları olsa iyileştirilmesini tercih edecekleri alanlar olmayabilir. Örneğin, hastalar en az hastane ortamından memnun olabilir fakat diğer alanlarla karşılaştırıldığında (tıbbi bakım, hemşirelik bakımı, bilgi, vb.), iyileştirilmesini öncelikle tercih edecekleri alan hastane ortamı

değil, başka bir alan olabilir (Scott, Smith 1994). Hastaların neye önem verdiklerini bilmek, sağlık bakım pazarında rekabet avantajı sağlamada, beklentileri ve performansı daha iyi yönetmede, hastalar ve hizmet sunucuları arasındaki iletişim ve işbirliğini güçlendirmede önemli olabilir (Jun et al. 1998).

Hasta memnuniyetinin ölçümüne karşı reaksiyonlar nedeniyle şimdi bir çok örgüt “hasta algılarının” ölçümüne önem vermektedir. Örneğin, Sağlık Bakım Örgütlerinin Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) bireylerin ihtiyaçlarına, beklentilerine ve endişelerine ne kadar iyi cevap verdikleri konusunda örgütlerin performansını daha iyi ölçmek için “memnuniyet” terimini “bakım ve hizmet algıları” ile değiştirmiştir (Drain 2001).

Aslında, hizmetin kalitesine ilişkin algılar, uzun-dönemli tüketici tutumları olarak; hasta memnuniyeti ise kısa-dönemli, hizmete-özel tüketici değerlendirmeleri olarak görülebilir (Jun et al. 1998). Bu yüzden, sağlık bakımının kalitesinin iyileştirilmesi, hem hasta memnuniyetinin hem de hastaların kaliteye ilişkin algılarının etkili bir şekilde ölçülmesini gerektirir (Drain 2001).

Bu ölçümler, farklı sağlık bakım birimleri ya da zaman içindeki eğilimleri karşılaştırmak için kullanılacaksa, karşılaştırmaların güvenilir olması için, bakımın kalitesiyle ilgili veriyle beraber yaş, cinsiyet, sağlık statüsü gibi verilerin de toplanması, dikkat edilmesi gereken önemli bir noktadır. Bu faktörler kontrol edilmezse, anlamlı sonuçlar, bu faktörlerdeki farklılıklardan kaynaklanabilir (Rahmqvist 2001).

Çeşitli araştırmalar, hastaların bakımla ilgili algıları ve beklentilerinin, sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre sistematik olarak değişebileceğini göstermektedir (Aharony, Strasser 1993; Cleary, McNeil 1988). Bazı özelliklerle (örneğin, yaş ve sağlık statüsü) hasta algıları arasındaki ilişkiler çeşitli çalışmalarda tutarlı olmakla birlikte (örneğin, daha yaşlı hastalar genellikle bakımdan daha fazla memnundur), diğer özelliklerle (örneğin, cinsiyet, ırk ve sosyoekonomik statü) ilişkiler daha az kesindir (Rosenthal, Shannon 1997).

Ülkemizde hasta memnuniyetinin ölçümüyle ilgili pek çok araştırma yapılmış olmakla birlikte, hastaların hizmetin kalitesiyle ilgili algıları çok az araştırılmıştır. Bu araştırmanın amacı, bir askeri hastanenin dahiliye polikliniğini kullanan hastaların kalite algılarını, kalitenin en çok hangi alanlarına önem verdiklerini,

kalite algılarının çeşitli demografik özelliklerine ve sağlık statülerine göre fark gösterip göstermediğini incelemektir.

II. YÖNTEM

Araştırmanın evreni, Şubat 2002'nin ilk iki haftası boyunca Ankara'daki bir askeri hastanenin dahiliye polikliniklerini kullanan hastalardır. Bu hastaların üçte biri tesadüfi olarak örnekleme seçilmiş ve posta yolu ile adreslerine anket gönderilmiştir. Anket ile birlikte pullu ve dönüş adresi üzerinde yazılı olan bir zarf da gönderilmiştir. Hastalardan, polikliniklerdeki tüm işlemleri bittikten sonra anketi doldurarak postaya vermeleri istenmiştir.

Araştırmada kullanılan anket oluşturulmadan önce, hastaların bakımla ilgili algıları konusunda kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Hasta-merkezli bakımın boyutları (Gerteis et al. 1993), hasta beklentileri ve memnuniyeti konusunda gerek araştırmanın yapıldığı hastanede gerekse diğer hastanelerde daha önce yapılmış ve yayınlanmış olan çalışmalar incelenmiş ve araştırma yapılacak polikliniklerde kaliteli hizmetle ilgili olabilecek maddeler listelenmiştir. Yüksek kaliteli poliklinik hizmetinin sunulmasında önemli olduğu düşünülen 60 madde, önceden tanımlanan 8 alan altında gruplanmıştır: doktorun klinik becerileri, doktorun kişiler arası becerileri, poliklinik destek personeli, poliklinik ortamı, sağlıkla ilgili bilgi verilmesi, hastanın bakıma katılımı, hizmetin ulaşılabilirliği ve hizmetin koordinasyonu. Alanlar **Ek**'te tanımlanmıştır.

Daha sonra, hastalardan kendi görüşlerine göre, bir poliklinikte sunulan hizmetin kalitesine karar verirken 60 maddenin her birinin ne kadar önemli olduğunu belirtmelerini isteyen anket oluşturulmuştur. Hastalar, her bir maddenin yüksek kaliteli bakım açısından önem derecesini 5 seçeneqli bir ölçek üzerinde belirtmişlerdir: hiç önemli değil (1), az önemli (2), orta derecede önemli (3), önemli (4), çok önemli (5). Hastalardan, her bir maddenin, kendi doktorları ya da araştırma yapılan hastanedeki poliklinikler açısından değil, genel olarak poliklinik hizmetleri açısından önem derecesini belirtmeleri istenmiştir.

Analizde, her hastanın 8 alandaki maddelere verdiği önem derecelerinin ayrı ayrı ortalaması hesaplanarak, alana-özel önem derecesi belirlenmiştir. Örneğin, bir hasta doktorun klinik becerileri alanındaki 7 maddenin önem derecelerini 5,4,5,3,3,4 ve 5 olarak belirttiyse, bu hastanın doktorun klinik becerileri alanına verdiği önem derecesi 4.14'tür $([5+4+5+3+3+4+5]/7)$. Parametrik test varsayımları yerine getirilmediği için, hasta grupları arasında karşılaştırma

yapılırken, iki grup arasında fark arandığında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup arasında fark arandığında ise Kruskal Wallis varyans analizi yapılmıştır.

III. BULGULAR

Anket gönderilen hastaların % 60'ından cevap almıştır (452/753). Bu hastaların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Özellikleri

Özellikler	Hastalar	
	Sayı	%
Yaş		
16-30	85	18.8
31-45	123	27.2
46-64	179	39.6
65-86	65	14.4
Cinsiyet		
Kadın	239	52.9
Erkek	213	47.1
Eğitim Durumu		
Okuma-yazması yok	10	2.2
İlkokul mezunu	81	17.9
Ortaokul mezunu	51	11.3
Lise mezunu	178	39.4
Üniversite mezunu	132	29.2
Medeni Durumu		
Evli	349	77.2
Bekar	71	15.7
Dul, boşanmış, ayrı yaşıyor	32	7.1
Algılanan sağlık statüsü		
Mükemmel	8	1.8
Çok iyi	44	9.7
İyi	176	38.9
Orta	195	43.1
Kötü	29	6.4

Genel olarak, hastalar en çok doktorun klinik becerilerine, en az ise poliklinik ortamına önem vermektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların kalitenin çeşitli alanlarına verdiği önem dereceleri

Alan	Önem Derecesi
Doktorun klinik becerileri	4.75 (0.31) ^a
Doktorun kişiler arası becerileri	4.54 (0.50)
Koordinasyon	4.53 (0.42)
Bilgi verme	4.48 (0.46)
Ulaşılabilirlik	4.45 (0.45)
Destek personeli	4.41 (0.60)
Hastanın katılımı	4.29 (0.57)
Poliklinik ortamı	4.23 (0.51)

^aOrtalama (Standart Sapma)

"Doktorun klinik becerileri" dışındaki alanların hepsine kadın hastalar erkek hastalardan daha fazla önem vermektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların alanlara ve cinsiyetlerine göre kalite algıları

Alan	Cinsiyet	
	Erkek	Kadın
Doktorun klinik becerileri ^b	4.73 (0.33) ^a	4.77 (0.30) ^a
Doktorun kişiler arası becerileri ^c	4.47 (0.52)	4.60 (0.47)
Poliklinik destek personeli ^d	4.33 (0.59)	4.48 (0.60)
Poliklinik ortamı ^d	4.15 (0.52)	4.31 (0.48)
Bilgi verme ^d	4.41 (0.46)	4.54 (0.46)
Hastanın katılımı ^e	4.23 (0.58)	4.34 (0.55)
Ulaşılabilirlik ^d	4.36 (0.47)	4.52 (0.42)
Koordinasyon ^d	4.45 (0.44)	4.60 (0.38)

^aOrtalama (Standart Sapma), ^bp>0.05, ^cp<0.01, ^dp<=0.001, ^ep<0.05

Hastaların alanlara ve yaş gruplarına göre kalite algıları incelendiğinde, sadece doktorun klinik becerileri alanında yaş gruplarına göre bir fark olduğu bulunmuştur. En yaşlı grup olan 65-86 yaş grubundaki hastalar bu alana daha az önem vermektedir [Önem dereceleri: 65-86 yaş grubu 4.64 (0.38); 16-30 yaş grubu 4.79 (0.30); 31-45 yaş grubu 4.72 (0.33); 46-64 yaş grubu 4.79 (0.26); p<0.05].

Poliklinik destek personeli, poliklinik ortamı ve hastanın katılımı alanlarına dul, boşanmış ve ayrı yaşayanlar (diğer grubu) evli ve bekarlardan daha fazla önem

vermektedir (Tablo 4). Sadece evliler ve bekarlar karşılaştırıldığında ise, hiçbir alanda medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4. Hastaların alanlara ve medeni durumlarına göre kalite algıları

Alan	Medeni Durum		
	Evli	Bekar	Diğer
Doktorun klinik becerileri ^b	4.74 (0.32) ^a	4.77 (0.29) ^a	4.86 (0.20) ^a
Doktorun kişiler arası becerileri ^b	4.52 (0.50)	4.53 (0.51)	4.74 (0.36)
Poliklinik destek personeli ^c	4.39 (0.55)	4.33 (0.83)	4.74 (0.38)
Poliklinik ortamı ^d	4.20 (0.52)	4.25 (0.49)	4.53 (0.30)
Bilgi verme ^b	4.46 (0.47)	4.49 (0.46)	4.64 (0.36)
Hastanın katılımı ^c	4.26 (0.55)	4.25 (0.66)	4.61 (0.41)
Ulaşılabilirlik ^b	4.44 (0.44)	4.42 (0.48)	4.58 (0.45)
Koordinasyon ^b	4.53 (0.42)	4.50 (0.40)	4.64 (0.36)

^aOrtalama (Standart Sapma), ^bp>0.05, ^cp<0.01, ^dp=0.001

Poliklinik destek personeline ve poliklinik ortamına ilkokul mezunları daha fazla önem vermektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların alanlara ve eğitim durumlarına göre kalite algıları

Alan	Eğitim Durumu				
	Okuma-Yazması Yok	İlkokul Mezunu	Orta Okul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite Mezunu
Doktorun klinik becerileri ^b	4.64 (0.34) ^a	4.77 (0.32) ^a	4.69 (0.32) ^a	4.75 (0.30) ^a	4.78 (0.31) ^a
Doktorun kişiler arası becerileri ^b	4.43 (0.46)	4.59 (0.49)	4.52 (0.54)	4.53 (0.50)	4.54 (0.48)
Poliklinik destek personeli ^c	4.08 (0.72)	4.53 (0.54)	4.45 (0.52)	4.33 (0.61)	4.46 (0.61)
Poliklinik ortamı ^c	4.11 (0.35)	4.35 (0.54)	4.22 (0.50)	4.19 (0.50)	4.23 (0.49)
Bilgi verme ^b	4.28 (0.47)	4.50 (0.54)	4.51 (0.39)	4.45 (0.45)	4.50 (0.46)
Hastanın katılımı ^b	4.23 (0.44)	4.33 (0.60)	4.34 (0.52)	4.26 (0.56)	4.28 (0.60)
Ulaşılabilirlik ^b	4.38 (0.40)	4.53 (0.47)	4.43 (0.47)	4.44 (0.44)	4.41 (0.45)
Koordinasyon ^b	4.41 (0.47)	4.61 (0.39)	4.55 (0.37)	4.52 (0.40)	4.50 (0.46)

^aOrtalama (Standart Sapma), ^bp>0.05, ^cp<0.05

Doktorun klinik becerilerine algılanan sağlık statüsü kötü olanlar; bilgi vermeye algılanan sağlık statüsü mükemmel olanlar ve kötü olanlar;

ulaşılabilirliğe ve koordinasyona ise algılanan sağlık statüsü mükemmel olanlar daha çok önem vermektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların alanlara ve algılanan sağlık statülerine göre kalite algıları

Alan	Algılanan Sağlık Statüsü				
	Kötü	Orta	İyi	Çok İyi	Mükemmel
Doktorun klinik becerileri ^b	4.89 (0.18) ^a	4.77 (0.29) ^a	4.70 (0.34) ^a	4.83 (0.31) ^a	4.61 (0.20) ^a
Doktorun kişiler arası becerileri ^c	4.72 (0.35)	4.52 (0.54)	4.52 (0.47)	4.60 (0.46)	4.44 (0.53)
Poliklinik destek personeli ^c	4.44 (0.60)	4.39 (0.62)	4.43 (0.51)	4.45 (0.76)	3.91 (0.53)
Poliklinik ortamı ^c	4.36 (0.47)	4.25 (0.52)	4.17 (0.50)	4.30 (0.45)	4.18 (0.47)
Bilgi verme ^d	4.63 (0.28)	4.51 (0.44)	4.38 (0.52)	4.57 (0.35)	4.64 (0.31)
Hastanın katılımı ^c	4.46 (0.38)	4.30 (0.59)	4.22 (0.57)	4.36 (0.59)	4.28 (0.50)
Ulaşılabilirlik ^d	4.51 (0.48)	4.48 (0.46)	4.37 (0.45)	4.50 (0.38)	4.56 (0.28)
Koordinasyon ^d	4.62 (0.33)	4.55 (0.42)	4.46 (0.44)	4.61 (0.37)	4.82 (0.20)

^aOrtalama (Standart Sapma), ^bp=0.001, ^cp>0.05, ^dp<0.05

IV. TARTIŞMA

Araştırmanın bulgularına göre, dahiliye polikliniğini kullanan hastalarının en çok önem verdiği üç alan sırasıyla; doktorunun klinik becerileri, doktorun kişiler arası becerileri ve bakımın koordinasyonudur. En az önem verilen alanlar ise poliklinik ortamı ve hastanın katılımıdır. Bu bulgular diğer ülkelerde yapılan çalışmaların çoğunda elde edilen bulgulara paraleldir. Örneğin, İsveç'te bir üniversite hastanesinin ayakta hasta kliniğinde yapılan bir araştırmada, hastaların en çok doktorun davranışına (gösterdiği saygı, içten cevap vermesi, pozitif davranışta bulunması, dinlemesi, bağlılık ve ilgi göstermesi) ve tıbbi bakıma (muayene, tıbbi tedavi, doktorun ve hemşirenin becerileri), en az ise ulaşılabilirlik (randevu almak için telefon saatleri, randevu almak için hemşireye ulaşabilme, doktora telefon saatleri, doktora telefonla ulaşabilme, kliniğin açık olduğu saatler) ve katılımı (randevu zamanını seçme, doktor seçme, alternatif tedavileri tartışma, muayene sırasında öğrencilerin bulunup bulunmayacağını seçme) değer verdikleri bulunmuştur (Nathorst-Böös et al. 2001).

İsrail'de yapılan bir araştırmada, temel sağlık hizmetlerini kullananların %79-90'ının, doktorun hastayla etkileşim düzeyi ile ilgili (sorulara cevap vermesi, problemleri dinlemesi, açıklaması ve tartışması) beklentilerinin yüksek ve çok yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Baron-Epel et al. 2001). İngiltere'de, 15 yaş

ve üzerindeki ulusal nüfusu temsil eden bir örnek üzerinde yapılan bir araştırmada, “mesleki bilgi ve becerilerini güncel tutmayan doktorların Genel Tıp Konseyi kayıtlarından çıkarılması gerektiğini düşünüyor musunuz?” sorusuna, halkın % 33’ü “evet, kesinlikle çıkarılmalıdır”, % 17’si “hayır, kesinlikle çıkarılmamalıdır” şeklinde cevap vermiştir. “Saygı göstermeyen ve gizli bilgiyi korumayan doktorların Genel Tıp Konseyi kayıtlarından çıkarılması gerektiğini düşünüyor musunuz?” sorusuna ise, halkın % 53’ü “evet, kesinlikle çıkarılmalıdır”, % 8’i “hayır, kesinlikle çıkarılmamalıdır” cevabını vermiştir. Genel Tıp Konseyine kayıtlı olmak, İngiltere’de tıp mesleğini uygulamak için temel bir ön-gerekliliktir (Peters et al. 2001).

Kanada’da yapılan bir araştırmada, temel sağlık hizmetlerini kullanan hastaların doktora ilişkin düşüncelerinin, doktorun verdiği bilgi, mesleki becerileri (klinik muayene, tedavi) ve kişisel becerileri (dinleme, saygı, hastaya gösterdiği ilginin kalitesi) konularındaki algıları ile belirlendiği bulunmuştur (Haddad et al. 2000). İsviçre’de bir üniversite hastanesinin dahiliye ayakta hasta kliniğinde yapılan bir araştırmada ise, hastaların en önemli beklentilerinin sırasıyla; teşhis hakkında bilgi, prognozu tartışma, bakımın sürekliliği ve koruma olduğu bulunmuştur (Sanchez-Menegay, Stalder 1994).

Ankara’daki askeri lojmanlarda ikamet eden subay, astsubay ve sivil memurlar ile bunların yakınları üzerinde yapılan bir araştırmada, bu kişilerin beklentilerini betimleyen boyutlar sırasıyla; hastane çevresi, personel davranışı ve yeterliliği, kurumsal teknik yeterlilik ve bürokrasi, konfor, kurum dışı hizmet olanakları, bilgilendirme ve sıra bekleme olarak bulunmuştur (Çerekçi 1998). Marmara Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların poliklinik hizmetinden beklentilerinin sırasıyla; beklemeden muayene olmak (%35.2), sağlığına kavuşmak (%31.5), tanının tam ve kolay konulması (%17.9), iletişim ve ilginin iyi olması (%11.7), temiz ve rahat ortam (%3.7) olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %54.9’u destek hizmetlerini (temizlik, düzen, sekreterlik, vb.) sağlık hizmeti kadar önemli olarak değerlendirmiştir (Demir 1998). Ankara’daki iki özel hastanede yapılan bir araştırmada da, hastaların özel hastaneyi tercih etmelerinin en önemli nedenleri, tedavinin kısa sürede başlaması ve hasta-doktor ilişkisinin iyi olması olarak belirlenmiştir (Daloğlu 1991).

Bekleme süresi ülkemizde önemli memnuniyetsizlik kaynaklarından. Sağlık hizmetleri kullanım araştırmasına göre, Türkiye’de sağlık hizmetlerini kullanan

hastaların %45'i bekleme süresinden memnun kalmamıştır (Ministry of Health 1995). Ankara'da üç çocuk hastanesinde polikliniklere başvuran hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirildiği bir araştırmada, hasta yakınlarının %33.4'ünün doktoru görmek için beklenen süreden memnun olmadığı bulunmuştur (Öztaş 1996). Dokuz Avrupa ülkesinde yapılan bir araştırmada ise, hastaların bekleme süresinden memnuniyetlerinin İsviçre'de en yüksek (%79), İngiltere'de en düşük (%50) olduğu bulunmuştur (Wensing et al. 2002). Bu araştırmada, bekleme süresini içeren "ulaşılabilirlik" alanının hastaların ilk sıralardaki beklentileri arasında yer almamasının nedeni, askeri hastanelerdeki bekleme süresinin diğer hastanelerdekinden kısa olması olabilir. Bu görüşün doğrulanması için başka araştırmalara gerek vardır.

Araştırmamızda, "bilgi verme" hastaların önem verdiği dördüncü alan olarak bulunmuştur. Marmara Üniversitesi Hastanesinde yapılan araştırmada ise (Demir 1998), hastaların doktordan beklediği en önemli davranışın muayene konusunda bilgi vermesi (%59.3) olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmetleri kullanım araştırmasına göre (Ministry of Health 1995), Türkiye'de sağlık hizmetlerini kullanan hastaların %39.1'i doktorun verdiği bilgiden memnun kalmamıştır. Ankara'da çocuk hastanelerinde yapılan araştırmada (Öztaş 1996), hasta yakınlarının %21.9'unun doktorun durumuyla ilgili açıklamasından memnun olmadığı bulunmuştur. Bir askeri hastanede yatarak tedavi olan hastalar arasında yapılan bir araştırmada da (Cihangiroğlu 1996) hastalıkları, uygulanan tedaviler ve hastaneden ayrıldıktan sonra yapılması gerekenler ile ilgili doktorların verdiği bilgileri hastaların %22'si yetersiz, %18'i orta olarak değerlendirmiştir.

Araştırmalar, doktorlar ve hastaları arasındaki iletişimin kalitesinin hasta memnuniyeti kadar sağlık çıktılarına da katkıda bulunduğunu göstermektedir. Hastalar semptomlarını, endişelerini ve kişisel durumlarını tamamen açıkladıklarında, doktorlar daha doğru teşhis koyar ve daha etkili tedavi planları yapar. Doktorlar teşhisi, tedavi seçeneklerini ve direktifleri açıkça anlattıkları zaman hastalar daha fazla bağlanabilir ve faaliyet planını uygulamaya daha iyi hazırlanabilir (Kim et al. 2002). ABD'de ayakta sağlık hizmetlerini kullananlar arasında yapılan bir araştırmada, sağlık bilgisinin iletilmesiyle ilgili problemlerin (doktorların her zaman hastaların istediği kadar tıbbi bilgi vermemesi, soruları cevaplamaya yeterli zaman ayırmaması ya da sorulara anlaşılır cevaplar vermemesi) doktora duyulan güven, doktoru değerlendirme ve doktoru değiştirmeyi düşünme ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Keating et al. 2002).

Bu araştırmada, kalitenin çeşitli alanlarına verilen önem derecelerinin, hastaların çeşitli özelliklerine göre fark gösterip göstermediği de incelenmiştir. Doktorun klinik becerileri alanına verilen önemin cinsiyetlere göre fark göstermediği, ancak kadın hastaların doktorun kişiler arası becerileri, poliklinik destek personeli, poliklinik ortamı, bilgi verme, hastanın katılımı, ulaşılabilirlik ve koordinasyona erkek hastalardan daha fazla önem verdiği bulunmuştur.

Hastaların cinsiyeti ile memnuniyet arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalarda bulunan sonuçlar birbirleriyle tutarlı değildir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) temel sağlık hizmetlerini kullanan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, kadın hastaların bakım kalitesini erkek hastalardan daha yüksek buldukları (Drain 2001), yine ABD'de ayakta sağlık hizmeti alan hastalar arasında yapılan başka bir araştırmada da, kadınların daha fazla memnun oldukları bulunmuştur (Like, Zyzanski 1987). Oysa, İngiltere'de yapılan bir araştırmada, kadınların genel pratisyenden biraz daha az memnun olmaya eğilimli olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin sadece %2'si, kadınların ise %8'i genel pratisyenden memnun olmadıklarını belirtmiştir (Williams, Calnan 1991). Estonya'da yapılan bir araştırmada ise, temel sağlık hizmeti sunan doktorlarından memnuniyet düzeylerinin cinsiyete göre değişmediği bulunmuştur (Polluste et al. 2000).

İstanbul'da ayakta bakım hizmeti veren beř sağlık kuruluşunda (Taşdemir, Hayran 2001), Tokat il merkezindeki sağlık ocaklarında (Eker ve diğerleri 2000), Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisinde (Sezgin 1998) ve Ankara'daki Jandarma Genel Komutanlığına bağlı bir dispanserde (Uz ve diğerleri 1996) yapılan araştırmalarda, cinsiyetin memnuniyeti etkilemediği bulunmuştur. Erzurum il merkezindeki sağlık kurumlarının sundukları sağlık hizmetlerinin, Erzurum Atatürk Üniversitesi öğrencileri tarafından algılanan kalite düzeylerini belirlemek için yapılan bir araştırmada ise, erkek öğrencilerin bayan öğrencilere göre sağlık hizmetlerini daha kaliteli algıladıkları bulunmuştur (Karabulut, Yaprak 2000).

Hastaların cinsiyeti ve memnuniyeti arasındaki ilişki konusunda birbirleriyle çelişen sonuçlar, kültürler arasında ya da farklı sağlık bakım sistemleri arasında karşılaştırma yapmanın kompleksliğine işaret etmektedir. Bu, kullanılan yöntemlerin ya da sorulan soruların farklılığından da kaynaklanabilir (Lewis 1994). Bu araştırmada, genel olarak kadınların kaliteye erkeklerden daha fazla önem vermesi, cinsiyete göre farklı kullanım modelleri ve sağlık bakım

deneyimleriyle ilişkili olabilir. Fakat bu kadınlar ve erkeklerin farklı ihtiyaç ve beklentilerini de yansıtabilir.

Araştırmamızda, en yaşlı hastaların doktorun klinik becerilerine daha az önem vermesinin dışında, hastaların kalite algılarının yaş gruplarına göre fark göstermediği bulunmuştur. Yaşlıların doktorun klinik becerilerine daha az önem vermesi, sağlık bakımından daha az, daha gerçekçi beklentileri olduğunu yansıtabilir.

Çeşitli araştırmalarda, yaşlıların sağlık hizmetlerinden gençlere göre daha fazla memnun oldukları bulunmuştur (Drain 2001; Polluste et al. 2000; Lewis 1994; Hall, Dornan 1990; Like, Zyzanski 1987; Taşdemir, Hayran 2001). Hastanın yaşının memnuniyeti etkilemediğini gösteren araştırmalar da vardır (Uz ve diğerleri 1996, Eker ve diğerleri 2000).

ABD’de bir üniversite hastanesinin genel dahiliye kliniğine giden hastaların tıbbi bakım konusundaki önceliklerinin incelendiği bir araştırmada, 30 yaşından küçük hastaların bakımın koordinasyonuna, 30 ve daha yukarı yaştaki hastaların ise sürekliliğe birinci derecede öncelik verdiği bulunmuştur (Fletcher et al. 1983). İngiltere’de yapılan bir araştırmada, 18-30 yaşları arasındaki kişilerin %65’i, 60 ve daha yukarı yaştaki kişilerin ise %98’i genel pratisyenin yeterli bilgi verdiğini düşünmüştür. Benzer şekilde, gençlerin %89’u, yaşlıların %98’i genel pratisyenlerinin tıbbi becerilerinin iyi olduğunu düşünmüştür (Williams, Calnan 1991).

Bu araştırmada, dul, boşanmış ve ayrı yaşayanlardan oluşan grubun poliklinik destek personeli, poliklinik ortamı ve hastanın katılımına evli ve bekarlardan daha fazla önem verdiği bulunmuştur. Sadece evliler ve bekarlar karşılaştırıldığında ise kalite algıları değişmemektedir. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin tıbbi bakımdan duydukları memnuniyetle ilişkisini incelemek için yapılan bir meta-analiz sonucunda ise (Hall, Dornan 1990), daha fazla memnuniyetin evli olmayla sınırdan anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda, hastanın bakıma katılımına daha çok dul, boşanmış ve ayrı yaşayanlar ile kadınların önem verdiği belirlenmiştir. ABD’de yapılan bir araştırmada, doktorların katılımcı karar verme stiline, kişiler arası bakım kalitesinin geçerli ve güvenilir bir göstergesi olduğu, hasta memnuniyetiyle olumlu, doktora bağlılıkla olumsuz yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Kaplan et al. 1996). Yine ABD’de bir üniversite tıp merkezinde ayakta sağlık hizmeti alan

hastalar arasında yapılan bir araştırmada, tedavinin etkileri hakkında tartışan ve sağlık eğitimi alan hastaların daha fazla memnun olduğu bulunmuştur (Robbins et al. 1993). Avrupa'daki Picker Enstitüsünün yaptığı araştırmaya göre, İngiltere'de, bakımlarıyla ilgili kararlara katılmadığını hissededen hastaların yüzdese, Avrupa'nın diğer yerlerindeki ve ABD'deki hastaların yüzdeseinden fazladır (Ferriman 2001).

Araştırmamızda, poliklinik destek personeli ve poliklinik ortamına ilkokul mezunlarının daha fazla önem verdiği bulunmuştur. Memnuniyet araştırmaları, genellikle, eğitim düzeyi daha düşük hastaların daha çok memnun olduklarını göstermektedir (Da Costa et al. 1999; Lewis 1994; Hall, Dornan 1990; Stein et al. 1993; Eker ve diğerleri 2000). Ankara'daki Jandarma Genel Komutanlığına bağlı bir dispanserde yapılan bir araştırmada ve İstanbul'da yapılan bir araştırmada ise eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediği bulunmuştur (Uz ve diğerleri 1996; Taşdemir, Hayran 2001).

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre, hastaların kalite algıları, algılanan sağlık statüsüne göre de değişmektedir. Doktorun klinik becerilerine en az önem verenler algılanan sağlık statüsü mükemmel olanlar, en çok önem verenler sağlık statüsü kötü olanlardır. Bilgilendirilmeye en az değer verenler sağlık statüsü iyi olanlar, en çok değer verenler ise sağlık statüsü kötü olanlar ve mükemmel olanlardır. Ulaşılabilirlik ve koordinasyona en çok sağlık statüsü mükemmel olanlar önem vermektedir. ABD'de bir üniversite hastanesinin genel dahiliye kliniğine giden hastalar arasında yapılan bir araştırmada (Fletcher et al. 1983) ise, kronik problemleri olan hastaların, sürekliliğe akut problemleri olan hastalardan daha fazla değer verdiği bulunmuştur.

Genellikle, sağlık düzeyinin kötü olması hasta memnuniyetini azaltmaktadır (Rahmqvist 2001). Da Costa ve diğerleri (1999), demografik ve klinik statü değişkenleri kontrol edildiğinde, hastaların kendileri tarafından belirtilen daha iyi fiziksel ve ruhsal sağlık statüsünün daha yüksek genel hasta memnuniyetiyle ilişkili olduğunu bulmuştur. Hastaların daha az memnun olmasının bir açıklaması, hizmetlere daha fazla ihtiyacı olan kişilerin sağlık bakım sistemiyle daha fazla etkileşimde bulunması ve bu yüzden hayal kırıklığına uğrama olasılıklarının daha fazla olmasıdır. Şüphesiz, önemli sağlık problemleri olan kişilerin, diğerlerine göre, bir dizi sağlık hizmetini içeren bakımın zamanında verilmesine ihtiyaç duyma ve durumları, prognozları ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi isteme olasılıkları daha fazladır. Daha fazla tedavi kararları ve müdahale ile birlikte,

bakımın hem teknik hem de kişiler arası kalitesini içeren istenmedik durumların ortaya çıkma şansı da artar (Iezzoni et al. 2002).

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çeşitli pratik, ampirik ve teorik nedenlerle, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirirken hastaların kalite algıları ve kalitenin en çok hangi alanlarına önem verdikleri de değerlendirilmelidir. Bu araştırmanın bulgularına göre, dahiliye polikliniğini kullanan hastalar en çok doktorun klinik becerilerine ve kişiler arası becerilerine, en az poliklinik ortamına önem vermektedir.

Bakımın koordinasyonu hastaların üçüncü önem verdiği alan olarak bulunmuştur. Koordinasyonu artırmak için doktorun davranışları dışında hizmet sunum sisteminde de değişiklikler yapmak gerekebilir. Hastanın sağlığından ve bakımının koordinasyonundan tümüyle sorumlu olan belirli bir doktorunun olmasını gerektiren sistemlerde koordinasyon daha iyi sağlanabilir.

Bilgi verme, hastaların önem verdiği dördüncü alandır. Aslında, iletişimle ilgili ya da kişiler arası beceriler teknik becerilerdir, bunlardan yoksun olan doktorların, tıpkı bunları ihmal eden eğitim kurumlarının yetersiz teknik eğitim verdiklerinin söylenebileceği gibi, teknikte yetersizliklerinin bulunduğu söylenebilir. Bunlar genel pratisyenin kullanabileceği, belki de en az vurgulanan ve en çok pazarlanabilir araçlardır. Bu araçlar maliyet etkilidir ve bu yüzden meslek kadar yönetimin de daha fazla ilgisini hak ederler (Lewis 1994).

İletişim becerileri konusunda, özellikle sorulara hastaların anlayabileceği şekilde cevap vermeye, sorulara cevap vermeye yeterli zaman ayırmaya, yeterli miktarda bilgi vermeye ve testlerin, prosedürlerin ve sevklerin gerekli olup olmadığı hakkındaki düşünce farklılıklarını tartışmaya odaklanacak şekilde, doktorların daha fazla eğitilmesi, hasta-doktor ilişkilerini güçlendirebilir. Bu tür eğitim etkilidir ve tıp fakültelerinde, asistan eğitim programlarında ve sağlık bakım örgütlerinde bir öncelik olmalıdır (Keating et al. 2002).

Araştırmanın bulgularına göre, "ulaşılabilirlik" hastaların beşinci önem verdiği alandır. Bu alanda iyileştirme yapılabilmesi; hastanın doktorunu seçebilmesi, ihtiyaç duyduğunda doktora ulaşabilmesi, telefonla doktora ulaşabilmesi, bekleme süresinin kısaltılması gibi faktörlere bağlıdır.

“Destek personeli” hastaların altıncı önem verdiği alandır ve bunu hastanın katılımı izlemektedir. Hastanın katılımı çeşitli yaklaşımlarla artırılabilir. Kamu Politikası Araştırmaları Enstitüsünün raporuna göre, uzmanlar ve hastalar arasında daha eşit bir ortaklık (partnership) geliştirmek için çeşitli değişikliklere ihtiyaç vardır: Paternalistik tutumlara son verilmelidir, uzmanların iletişim becerileri geliştirilmelidir, uzmanların ortak karar verme yaklaşımı için gereken özel beceriler konusunda eğitime ihtiyaçları vardır, hastaların kendi sağlık statüleriyle ilgili tedavi seçenekleri ve çıktılar konusunda bilgi veren karar araçlarına ihtiyacı vardır; bu tür araçlar interaktif videolar, bilgisayar programları, bantlar ve basılı materyaller şeklinde mevcuttur (Ferriman 2001).

Eğer doktorlar hastaları dinlemeyi, tercihlerini anlamayı ve onları kendi bakımları hakkındaki kararlara katmayı zor buluyorlarsa, katılımcı karar verme konusunda eğitim almaya ihtiyaçları olabilir. Hastaları daha fazla güçlendirmenin zamanları üzerinde daha fazla yük anlamına gelebileceğinden endişe eden doktorlar, bu yükü paylaşmanın yollarını düşünmelidir. Bilgi verme, hastalara tercihlerini düşünme konusunda yardım etme ya da onları aktif kişisel yönetim konusunda eğitime, hemşireler, diğer personel veya emsal hastalar tarafından yapılabilir. Bunun için bilgilendirici materyaller ve eğitim paketleri kullanılabilir (Coulter 2002).

Bu araştırmanın bulguları değerlendirilirken sınırlılıkları göz önüne alınmalıdır. Anketlere cevap vermeyenlerle ilgili bilgi elde edilememiştir. Cevap vermeyenlerin kalite algıları cevap verenlerden farklı olabilir. Ayrıca, araştırma sadece bir askeri hastanenin dahiliye polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Bulguların diğer kurumlara genellenebilmesi için araştırmanın başka kurumlarda da tekrarlanması gerekmektedir.

Bu sınırlılıklarına rağmen, araştırma, dahiliye polikliniğini kullanan hastaların kaliteli poliklinik hizmeti oluşturan alanlara verdiği değere ilişkin rakamsal veri sağlamaktadır. Bulguların hasta memnuniyeti, sürekli kalite iyileştirme, tıp eğitimi ve sağlık hizmetleri planlaması açısından önemi vardır.

Hastalardan geri bildirim alma, sürekli kalite iyileştirme çalışmaları için zengin bir kaynak olabilir. Sınırlı kaynaklar hastalar tarafından daha fazla değer verilen alanlarda iyileştirme yapmak için kullanılırsa memnuniyet daha fazla artırılabilir. (Scott, Smith 1994). Sağlık bakım kaynakları verimli olarak tahsis edilecekse, hastaların neye ihtiyacı olduğu ve istediği ile beraber önceliklerini de hesaba

katmak, planlama amaçları açısından yararlı olacaktır. Tıbbi bakımın bütün yönleri herkese sağlanamayacağından ve seçim yapmak gerektiğinden, sağlık hizmetleri planlanırken hastaların öncelikleri hesaba katılmalıdır (Fletcher et al. 1983).

Bu araştırmada, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve algılanan sağlık statüsünün hastaların kalite algılarını etkilediği bulunmuştur. Ancak, bu bulguların arkasındaki faktörler, konular ve süreçleri açıklığa kavuşturmak için daha ayrıntılı ve kalitatif araştırmaların yapılması gerekir.

Ek. Alanların Tanımları

Doktorun klinik becerileri: Doktorun bilgili ve becerili olması; doğru teşhis koyması; hastaya sorduğu soruların eksiksiz olması; muayenesinin eksiksiz olması; uygun testlerin yapılmasını istemesi ve uygun tedaviyi önermesi.

Doktorun kişiler-arası becerileri: Doktorun hastaya gösterdiği saygı ve nezaket; hasta ile gizlilik ve güven ilişkisi kurması; hastayı rahatlatması ve rahatça konuşabilmesini sağlaması; muayene esnasında ve sonrasında hastaya karşı davranış tarzı.

Poliklinik destek personeli: Doktor dışındaki sağlık personelinin bilgili ve becerili olması; hastaya gösterdiği saygı, nezaket ve ilgi; diğer yardımcı personelin işlerini hızlı, zamanında ve doğru yapması; hastaya gösterdiği saygı, nezaket ve ilgi.

Poliklinik ortamı: Poliklinik bölgesinin fiziksel imkanlarının yeterli olması; temizlik, düzen, rahatlığı ve yeri; sosyal tesislerinin yeterli olması.

Sağlıkla ilgili bilgi verme: Doktorun hastalara hastalıkları, tedavileri ve sağlık davranışları hakkında bilgi vermesi; sağlık hakkında yaptığı tavsiyeler; tıbbi konuları hastaların anlayabileceği şekilde açıklama yeteneği.

Hastanın bakıma katılımı ve hasta değerlerine saygı: Doktorun uygulayacağı tedavi yönteminin seçimine hastayı katması; tedavi planını hastanın yaşam tarzına uygun hale getirmede istekliliği; hastanın söylediklerini dinlemesi ve hastanın önem verdiği konuları anlayabilmesi; hasta bakımına yardımcı olmaları için, hasta yakınlarının teşvik edilip desteklenmesi; hastanın kendi tıbbi bakımına katılmasını teşvik etmesi.

Ulaşılabilirlik: Hastanın doktorunu seçebilmesi; ihtiyaç duyduğunda doktora ulaşabilmesi; telefonla doktora ulaşabilmesi; bekleme süresi; tetkik isterken veya tedaviyi planlarken doktorun maliyeti göz önünde bulundurması.

Bakımın koordinasyonu: Doktorun hastanın bakımına katkı sağlayabilecek diğer doktorlarla iletişim kurması; hastanın değerlendirilmesi ve tedavisinin öğelerini organize etme becerisi; problemleri ya da şikayetleri devam ederse, daha kötüye giderse ya da tekrarlırsa ne yapması gerektiğini hastaya açıklaması; hastanın, poliklinikten ayrıldıktan sonra yardıma ihtiyacı olursa ya da başka soruları olursa kimi arayacağını bilmesi.

KAYNAKLAR

1. Aharony L. and Strasser S. (1993) Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review* 50 (1): 49-79.
2. Baron-Epel O., Dushenat M., Friedman N. (2001) Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care* 13 (4): 317-323.
3. Cleary P.D. and McNeil B.J. (1988) Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 25: 25-36.
4. Coulter A. (2002) Patient's views of the good doctor. *BMJ* 325: 668-669.
5. Çerekçi S. (1998) Ankara garnizonundaki subay-astsubay ve ailelerinin GATA Eğitim Hastanesinden beklentilerinin analizi. TC Genelkurmay Başkanlığı GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
6. Cihangiroğlu N. (1996) GATA Eğitim Hastanesinde yatarak tedavi olan hastalara verilen sağlık bakım hizmet kalitesi ve hasta tatmininin incelenmesi. TC Genelkurmay Başkanlığı GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
7. Da Costa D., Clarke A.E., Dobkin P.L., Senecal J., Fortin P.R., Danoff D.S., Esdaile J.M. (1999) The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care* 11 (3): 201-207.
8. Daloğlu G (1991) Özel hastaneyi kullananların tercih nedenleri ve seçilen hastalık gruplarındaki ortalama yatış süresi. Yayınlanmamış bilim uzmanlığı tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
9. Demir H. (1998) Marmara Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların hizmetlerden duydukları tatmin düzeylerinin ölçülmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

10. Donabedian A. (1980) Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
11. Drain M. (2001) Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. *The Journal of Ambulatory Care Management* 24 (2): 30-46.
12. Draper M., Cohen P., Buchan H. (2001) Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? *International Journal for Quality in Health Care* 13 (6): 463-468.
13. Eker H.H., Usta İ., Şen S. (2000) 'Sağlık ocaklarında hizmet memnuniyeti ve buna etki eden faktörler'. I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi. İçinde: Tatar M, Şahin İ, Erigüç G. (Ed.) ss. 313-323. Minpa Matbaacılık Tic.Ltd.Şti., Ankara.
14. Fletcher R.H., O'Malley M.S., Earp J.A., Littleton T.A., Fletcher S.W., Greganti M.A., Davidson R.A., Taylor J. (1983) Patient's priorities for medical care. *Medical Care* 21 (2): 234-242.
15. Ferriman A. (2001) Patients need to be more involved in care decisions. *BMJ* 323:10
16. Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1993) 'Introduction: Medicine and Health from the Patient's Perspective'. In: Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (eds) *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*, pp 1-15, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, California.
17. Haddad S., Potvin L., Roberge, D., Pineault R., Remondin M. (2000) Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family Practice* 17 (1): 21-28.
18. Hall J.A. and Dornan M.C. (1990) Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine* 30 (7): 811-818.

19. Iezzoni L.I., Davis R.B., Soukup J., O'day B. (2002) Satisfaction with quality and access to health care among people with disabling conditions. *International Journal for Quality in Health Care* 14 (5): 369-381.
20. Jenkinson C., Coulter A., Bruster S. (2002) The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care* 14 (5): 353-358.
21. Jun M., Peterson R.T., Zsidisin G.A. (1998) The identification and measurement of quality dimensions in health care: Focus group interview results. *Health Care Management Review* 23 (4): 81-96.
22. Kaplan S.H., Greenfield S., Gandek B., Rogers W.H., Ware J.E. (1996) Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Annals of Internal Medicine* 124: 497-504.
23. Karabulut K. ve Yaprak Ş. (2000) 'Sağlık hizmetlerinde algılanan kalite düzeyinin belirlenmesi: Erzurum'da bir uygulama'. I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi. İçinde: Tatar M., Şahin İ., Eriğiç G. (Ed.) ss 279-291. Minpa Matbaacılık Tic.Ltd.Şti., Ankara.
24. Keating N.L., Green D.C., Kao A.C., Gazmararian J.A., Wu V.Y., Cleary P.D. (2002) How are patient's specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *Journal of General Internal Medicine* 17: 29-39.
25. Kim Y., Figueroa M.E., Martin A., Silva R., Acosta S.F., Hurtado M., Richardson P., Kols A. (2002) Impact of supervision and self-assessment on doctor-patient communication in rural Mexico. *International Journal for Quality in Health Care* 14 (5): 359-367.
26. Lewis J.R. (1994) Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Science & Medicine* 39 (5): 655-670.

27. Like R. and Zyzanski S.J. (1987) Patient satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinants. *Social Science & Medicine* 24 (4): 351-357.
28. Ministry of Health (1995) Health Services Utilization Survey in Turkey. Ministry of Health of Turkey, Health Project General Coordination Unit, Ankara.
29. Nathorst-Böös J., Munck I.M.E., Eckerlund I., Ekfeldt-Sandberg C. (2001) An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care* 13 (3): 257-264.
30. Öztaş D. (1996) Ankara'da üç çocuk hastanesinde polikliniklere başvuran hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. Yayınlanmamış bilim uzmanlığı tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
31. Peters J., McManus I.C., Hutchinson A. (2001) Good Medical Practice: comparing the views of doctors and the general population. *Medical Education* 35 (Suppl. 1): 52-59.
32. Press I. (2002) Patient Satisfaction defining, measuring and improving the experience of care. Health Administration Press, Chicago, Illinois.
33. Polluste K., Kalda R., Lember M. (2000) Primary health care system in transition: the patient's experience. *International Journal for Quality in Health Care* 12 (6): 503-509.
34. Rahmqvist M. (2001) Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care* 13 (5): 385-390.
35. Robbins J.A., Bertakis K.D., Helms L.J., Azari R., Callahan E.J., Creten D.A. (1993) The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Family Medicine* 25 (1): 17-20.

36. Rosenthal G.E. and Shannon S.E. (1997) The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care* 35 (11): NS58-NS68, supplement.
37. Sanchez-Menegay C. and Stalder H. (1994) Do physicians take into account patients' expectations? *Journal of General Internal Medicine* 9:404-406.
38. Sezgin B. (1998) Acil servise başvuran hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
39. Scott A. and Smith R.D. (1994) Keeping the customer satisfied: Issues in the interpretation and use of patient satisfaction surveys. *International Journal for Quality in Health Care* 6 (4): 353-359.
40. Stein M.D., Fleishman J., Mor V., Dresser M. (1993) Factors associated with patient satisfaction among symptomatic HIV-infected persons. *Medical Care* 31 (2): 182-188.
41. Taşdemir M ve Hayran O. (2001) 'Ayakta bakım hizmeti veren çeşitli sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi'. 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. İçinde: Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü. ss. 456-471, İstanbul.
42. Uz M.H., Özbakır İ.D., Ergin C. (1996) 'Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: Bir saha çalışması'. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu' İçinde: Çoruh M. (Ed.) ss. 113-118, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
43. Vuori H. (1988) Patient satisfaction: An attribute or indicator of quality care? *IJHCQA* 1 (2): 29-32.
44. Vuori H. (1991) Patient satisfaction-does it matter? *Quality Assurance in Health Care* 3 (3): 183-189.
45. Wensing M., Vedsted P., Kersnik J., Peersman W., Klingenberg A., Hearnshaw H., Hijortdahl P., Paulus D., Künzi B., Mendive J., Grol R. (2002) Patient satisfaction with availability of general practice: an

international comparison. *International Journal for Quality in Health Care* 14 (2): 111-118.

46. Williams S.J. and Calnan M. (1991) Convergence and divergence: Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science & Medicine* 33 (6): 707-716.