

SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN ARAŞTIRMALARI VESİLESİ İLE HASTA MEMNUNİYETİ

Zeliha ÖCEK*

Özet: İki İki bölümden oluşan bu yazı sağlık hizmetlerinde memnuniyet kavramına ve bu konuda yapılan araştırmaların geçerliliğine yönelik bir tartışma ile başlamaktadır. İkinci bölümde ise Sağlık Bakanlığı'nın 2010 ve 2011 tarihli "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" çalışmaları değerlendirilmiştir.

Sağlık reformları ile birlikte hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik çalışmaların sayısında çok çarpıcı bir artış gerçekleşmiştir. Diğer yandan bu çalışmaların kavramsal bir çerçeveye dayanmadığını, memnuniyetin son derece subjektif ve karmaşık bir olgu olduğunu, elde edilen sonuçların geçerlilik ve topluma genellenebilirlik açısından çok sınırlı olduğunu ortaya koyan kanıtlar da güçlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın çalışmalarının da bu sorunlardan yoğun biçimde etkilendiği görülmektedir. Çalışmalar örneklem grubu ve veri toplama yöntemi açısından ciddi sistematik hata kaynakları barındırmaktadır. İl grupları arasında yapılan karşılaştırmaların sonuçları sosyal belirleyicilerin dikkate alınmamış olması nedeniyle herhangi bir anlam ifade etmemektedir. Sonuç olarak iki çalışma da kavramsal içerik ve yönetsel yaklaşım açısından bilimsel araştırma yeterliliklerini karşılamamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hasta memnuniyeti, birinci basamak sağlık hizmeti, aile hekimliği

Patient Satisfaction on The Occasion of Studies of Ministry of Health

Abstract: This article consists of two parts, starts with a discussion on the concept of satisfaction in health care services and on the validity of the studies done on this topic. In the second part "Patient Satisfaction in Primary Health Care Services" studies of The Ministry of Health dated 2010 and 2011 were assessed.

Along with health care reforms, the number of studies aiming to measure patient satisfaction has been increased dramatically. On the other hand, strengthened evidences revealed that studies are not based on a conceptual framework, satisfaction is a highly subjective and complex phenomenon and the validity of the results obtained have important limitations according to their validity and generalizability to the general population. It can be seen that the studies of Ministry of Health have been impacted by these problems seriously. The studies contains crucial sources of biases according to sample group and data collection methodology. The comparison made between the groups of provinces does not provide meaningful results since social determinants have not been taken into consideration. In conclusion both of the studies do not fulfil the requirements of scientific researches both according to conceptual framework and methodological approach.

Key words: Patient satisfaction, primary care services, family medicine

"Özgürlük, sürekli olarak mutluluğun peşinde koşma ve tüketici memnuniyeti; Amerikan toplumunun başlıca idealleri. Memnuniyete o kadar çok önem veriyoruz ki ölçümü için enerjimizin, kaynaklarımızın ve zamanımızın önemli bir bölümü harcıyoruz. Her yerde karşımıza memnuniyet anketleri çıkıyor. Telefonla, faksla, internetle, postayla geliyorlar; alışveriş yaparken, sokakta, evimizde kapımızı çalıp karşımıza çıkıyorlar. Biz de artık muayenehanelerimizde hastalarımızın duyularını ölçmek üzere tasarlanmış anketler kullanıyoruz".

Yukarıdaki sözler ABD'de çalışan bir kadın-doğum hastalıkları uzmanına aittir (Lucas, 2012). Tıpkı ABD'de olduğu gibi ülkemizde de memnuniyet kavramının popüleritesi her geçen gün artmakta ve yaşamın neredeyse tüm alanlarında memnuniyet düzeyimizi ölçen bir takım çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalara gösterilebilecek en

güncel örneklerden biri de başbakan Erdoğan'ın siyaset başdanışmanı Yalçın Akdoğan'ın 2013 yılının Kasım ayında açıkladığı bireysel özgürlükler hakkındaki memnuniyet ile ilgili kamuoyu yoklamasıdır. Gezi olaylarında milyonlarca insanın sokaklara döküldüğü Türkiye'de bu anketin sonuçlarına göre neredeyse hiç kimse ayrımcılığa uğradığını

* Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

düşünmemektedir; örneğin çalışmaya katılanların %97'si cinsiyet, %94'ü de etnik kökenle ilgili ayrımcılığa uğramadığını belirtmiştir (Birgün, 2013). Toz pembe sonuçlar müjdeleyen benzer memnuniyet araştırmalarından sağlık alanı da nasibini bolca almıştır. Özellikle sağlık reformlarının uygulandığı ülkelerde sık karşılaştığımız günlük gülistanlık hasta memnuniyeti araştırmalarının Türkiye'deki en geniş ölçekli örneği Sağlık Bakanlığı'nın 2010 ve 2011 tarihli "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" çalışmalarıdır. Bu iki kardeş çalışmanın temel iddiası ülkemizde birinci basamakta aile hekimliğinden sonra hemen tüm sorunların çözüldüğü yönündedir. Bu yazının kaleme alınmasının amacı ise araştırmacıların iddialarını destekleyen kanıtlar elde edip etmemiş olduklarını sorgulamaktır. Yazımızda öncelikle sağlık hizmetlerinde memnuniyet kavramının ne anlama geldiği, bu konudaki araştırma sonuçlarının ne kadar geçerli olduğu ve neyi gösterdiği ya da göstermediği hakkında teorik bir tartışma yürütülecek, ardından her iki çalışmanın raporu bilimsel makalelerin eleştirel bakış açısı ile okunmasında dikkate alınan temel kriterler çerçevesinde değerlendirilecektir.

Hasta Memnuniyeti Araştırmaları Sağlık Hizmetlerini Değerlendirmenin Altın Anahtarı Olabilir mi?

Sağlık hizmetlerinin "Kalite güvencesi" ve bunun önemli bir göstergesi olduğu iddia edilen "hasta memnuniyeti" kavramları ile tanışması seksenli yılların başına denk düşmektedir. Bu tanışmanın en önemli aracısı olarak kabul edebileceğimiz Donabedian memnuniyeti hasta bakımının bireyler arası boyutunun temel çıktısı olarak tanımlamıştır (Donabedian, 1980). Fakat bir anda moda haline geliveren memnuniyet çalışmalarının önemli bölümünde Donabedian'ın çerçevesinin epeyce dışına çıkıldığı, memnuniyetin klinik sonuçlar, ekonomik ölçütler, yaşam kalitesi, vb dahil hizmetin tüm boyutlarını değerlendirmek için tek başına yeterli bir gösterge olarak ele alındığı görülmektedir (Gill, 2009).

Hasta memnuniyeti çalışmalarına bu denli büyük bir önem atfedilmesi sağlık reformları ile çok benzer bir seyir izlemiştir. Örneğin Ulusal Sağlık Hizmetlerini özelleştirme yolunda önemli adımlar atan İngiltere memnuniyet çalışmalarının da önemli bir bölümünün ev sahibidir (Paddison, 2013; Reid, 1995). Slovenya, Polonya Estonya gibi sağlık reformlarının en dolu dizgin gittiği Doğu Avrupa ülkelerinde de bol bol memnuniyet çalışmaları yapılmaktadır (Vodopivec-Jamsek, 2009; Marcinowicz, 2010; Polluste, 2004). Seksenlerden bu yana

memnuniyete atfedilen önem geçtiğimiz on yılda araştırma yapmanın ötesine geçmiş ve artık ABD İngiltere, Fransa Brezilya gibi pek çok ülkede hekimlere hastalarından aldıkları puanlar ölçüsünde ücret verilmeye başlamıştır (Press, 2011; Paddison, 2013; Boyer, 2006; Atkinson, 2009). Bir yandan egemenliği bu denli güçlenirken, diğer yandan memnuniyet konusunda çok dikkatli davranmak gerektiğini gösteren araştırmalar yayınlanmış, memnuniyetin neyi gösterdiğinin çok şüpheli olduğu ortaya konmuştur (Atkinson, 2009). Yazımız da bundan sonra hasta memnuniyetini sorgulayan literatürde tartışılan sorular çerçevesinde ilerleyecektir.

1. Hasta memnuniyeti çalışmaları hangi kavramsal çerçeveye dayanıyor?

Hasta memnuniyeti çalışmalarını gerçekleştiren araştırmacılara getirilen en ciddi eleştiri ölçmeye çalıştıkları olgunun ne anlama geldiği konusunda yeterince kafa yormamış olmalarıdır (Fitzpatrick, 1997; Sitiza, 1997; Williams, 1998). Bu eleştiriye ifade eden yazarlar araştırmalarda izlenen aşamalar ile ilgili en temel kuralı hatırlatmıştır. Williams "kavramlar bağımsız birer olgu değildir, öncelikle söz konusu kavramla ne kast etmek istediğimizi açıklar, ardından da bu tanıma göre kavramı ölçmek üzere araçlar geliştiririz" derken, Sitiza eleştirilerini "Mantıksal olarak, kavramsal ve teorik konular hakkındaki tartışma ölçümden çok önce tamamlanmış olmalıdır. Fakat memnuniyet çalışmalarında bunun tam tersi yönde bir yol izlenmiştir." ifadesi ile açıklamıştır (Williams, 1998; Sitiza, 1997). Hasta memnuniyetini çalışmalarını ele alan derleme çalışmaları araştırmaların kavramsal bir çerçeve zemininde kurgulanmamış olduğunu ve ortak bir memnuniyet tanımının bulunmadığını bildirmektedir. Örneğin, yöntemsel konuları araştıran 37 çalışma ve memnuniyetin bileşenleri değerlendiren 138 çalışma tanımlayan Crowe sağlık hizmetinde memnuniyetle ilgili kesin bir kavramsallaştırmanın mevcut olmadığını ve hangi süreç sonucunda hastaların memnun ya da memnuniyetsiz olduğu sorusunun henüz yanıtlanmadığını bildirmiştir (Crowe, 2002). Sonuç olarak, teorik tartışmalar yapılan araştırmaların sonuçlarını açıklamaya çalışmakla sınırlı kalmış, memnuniyetin anlamına dair teorik alt yapı es geçilmiştir. Üstelik, sorunun sadece hasta memnuniyeti açısından yaşanmadığı aslında genel olarak pazarlama sektöründe tüketici memnuniyetinin ne anlama geldiği konusunda kavramsal bir alt yapı bulunmadığı belirtilmektedir (Sitiza, 1997; Gill, 2009).

Hasta memnuniyeti ile ilgili teorilerin büyük bölümünün bir diğerinin yeniden ifadesi şeklinde

olduğu görülmektedir (Gill, 2009). Linder-Pelz'in (1982) beklenti-değer teorisine göre memnuniyet, bakımla ilgili bireysel inanç ve değerlerin yanı sıra daha önceki deneyimlerle de ilişkilidir ve "sağlık hizmetinin farklı boyutları için yapılan pozitif değerlendirmeler" olarak tanımlanabilir. Ardından gelen farklı teorilerde memnuniyet, hastaların tercihleri ve beklentileri tarafından şekillendirilen deneyimlerine verdikleri subjektif bir yanıt olarak ele alınmıştır. (Gill, 2009). Crowe da hasta memnuniyetinin hizmetlerin emosyonel etkilere son derece açık bir şekilde gerçekleşen bilişsel değerlendirilmesi olduğunu ve bu nedenle bireysel bir subjektif algı olarak kabul edilmesi gerektiğini savunmuştur (Crowe, 2002).

Subjektif olma, hasta memnuniyeti ile ilgili teorilerin hemen hepsinde yer alan bir saptamadır. Memnuniyetin son derece karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmasının nedenini de subjektif algıya dayalı olmasına bağlayabiliriz. Bu göreceli ve karmaşık yapının hangi değişkenlerden etkilendiği konusunda da bilgimiz oldukça sınırlıdır (Fenton, 2012). Üstelik araştırmaların sonuçları memnuniyetin anahtar değişkenleri konusunda birbirinden oldukça farklı tablolar çizmektedir. Sadece yaş tüm araştırmalarda tutarlı bir şekilde önemli bir değişken olarak tanımlanmakta ve yaşlıların memnuniyet düzeyinin gençlerden daha fazla olduğu bildirilmektedir (Atkinson, 2009). Yaşlıların yanı sıra, sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin, sağlık sorunları yoğun olanların, dezavantajlı coğrafik bölgelerde yaşayan toplumların daha kolay memnun olduğu gösterilmiştir.

2. Hasta memnuniyeti çalışmalarında kullanılan ölçekler geçerli mi?

Kavramsal çerçeve yetersizliğinin yanı sıra hasta memnuniyeti ölçeklerine geçerlilikleri açısından da oldukça ciddi eleştiriler yöneltilmektedir. Bu eleştirilerde en çok vurgulanan konu ölçeklerin sağlık hizmetinin sadece bir kaç boyutu üzerinde yoğunlaşmasıdır (Gill, 2009; Williams, 1998). Meta analiz çalışmaları da eleştirileri haklı çıkartmakta ve iyi tanımlanmış bir metodolojiye dair çok az sayıda kanıt rastlandığını bildirmektedir. Örneğin van Campen hasta memnuniyeti ile ilgili 3000 makale taramış, 113 ölçek saptamış ve bu ölçeklerden sadece beşinin teorik veya yönetsel olarak güçlü kabul edilebileceğini, bunların arasında da ancak ikisinin gerçekten de algılanan hizmet kalitesini ölçmek üzere tasarlanmış olduğunu bildirmiştir (Campen, 1995). Sitza 1997'de gerçekleştirdiği benzer bir değerlendirmede, araştırmaların %81'inde yeni bir

ölçek kullanıldığını, kalan %10'da mevcut bir ölçeğin modifiye edildiğini, %60'ında da herhangi bir psikometrik veri sunulmadığını bildirmiştir. Williams 1998'de yayınlanan makalesini "en iyimser bakış açısı ile ölçeklerin büyük bölümünün geçerli olmadığını ortaya koyan kanıtların giderek güçlendiğini, en kötümser açıyla da ölçeklerin hiçbirinin geçerli olmadığını söyleyebiliriz" cümlesi ile sonuca bağlamıştır (Williams, 1998).

3. Hasta memnuniyeti ölçekleri sağlık sistemlerinde gerçekleşen değişimin sonuçlarına yeterince hassas mı?

Nguyen hemen tüm çalışmalarda elde edilen skorların çok yüksek olması nedeniyle memnuniyet ölçeklerinin sonuçları arasında bir karşılaştırma yapılamadığını açıklanmıştır (Nguyen, 1983). Bu sorun Avustralya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirmeyi amaçlayan Allan ve arkadaşlarının da karşısına çıkmıştır; 1994 ve 2003 arasındaki izleme dayalı memnuniyet verilerini değerlendiren araştırmacılar akreditasyon, mezuniyet sonrası eğitim vb önemli değişimler gerçekleşmiş olmasına karşın, skorların zaten başlangıçta da çok yüksek olması nedeniyle bir karşılaştırma yapamadıklarını belirtmiş ve hizmetleri değerlendirmek için başka yöntemlere başvurulmasını önermiştir (Allan, 2009). Aynı sorunun aile hekimliğine geçişin ardından Slovenya'da hasta memnuniyetinde gerçekleşen değişimin EUROPEP ölçeği ile değerlendiren araştırmacıları da etkilediği görülmektedir (Vodopivec-Jamsek, 2009). Memnuniyet ölçeklerinin sağlık sistemleri arasındaki farklılıkları yansıtabilme açısından pek başarılı kabul edilemeyeceğini düşündüren bir çalışma da Avrupa ülkeleri düzeyinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada da sekiz Avrupa ülkesinde (Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda, Slovenya, İsviçre, İngiltere) hastaların 1998 ve 2009 yıllarında birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi EUROPEP ölçeği ile ölçülmüştür. Bu yıllar arasında araştırmaya alınan ülkelerde pek çok önemli değişim gerçekleşmiş, örneğin, İngiltere performans dayalı ödeme sistemine, Doğu Avrupa'da ise aile hekimliğine geçmiştir. Fakat araştırmacılar tüm ülkeleri birlikte değerlendirdiklerinde 1998 ve 2009 arasında memnuniyet düzeyinde herhangi bir değişim gözlenmemiş, ülkelerin kendi içlerindeki değişimleri analiz ettiklerinde de oldukça sınırlı düzeyde bir değişime rastlamıştır (Petek, 2011).

4. Memnuniyet çalışmalarının sonuçları tüm topluma genellenebilir mi?

Slovenya'da aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyet düzeyini değerlendiren Kersnik son

derece olumlu bir tablo ile karşılaşmıştır; katılımcıların %88'i ölçeğin tüm maddelerine "mükemmel" veya "iyi" skorlarını vermiştir (Kersnik, 2000). Fakat araştırmacıların makalesinin sonunda yer alan açıklama can alıcı bir noktaya işaret etmektedir: aile hekimlerine nadiren gidenler, evlerinden çıkamayan hastalar, bakımevi gibi kurumlarda yaşayanlar, uzmanlık hizmetlerini tercih edenler bu çalışmada yer almamıştır. Aslında hasta memnuniyetini ölçen araştırmaların hemen hepsi söz konusu hizmetlerden yararlanan hastaları kapsamaktadır (Rodriguez, 2007). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde geniş ölçekli araştırmalar yapma ve ülke çapında verilere ulaşma hedefi uğruna en az maliyetli ve zahmetsiz veri toplama yollarını tercih edildiği görülmektedir. Başvuran hastalardan örnek alma, sağladığı kolaylık açısından çok çekici bir strateji olmakla birlikte, birinci basamaktan hiç hizmet almayan hatta hekimlerin kayıtlarında dahi yer almayan kişiler tamamen yok sayılmaktadır. Bırakalım birinci basamağa yolu hiç düşmeyen hastaları, belli bir zaman dilimde başvuranlar üzerinde yapılan çalışmalara bu basamaktan düzenli olarak hizmet alanların dahil edilme olasılığının çok daha yüksek olduğu, nadiren gerçekleşen başvuranların ise çok düşük bir olasılıkla araştırmanın verilerinin toplandığı günlere denk geldiği gösterilmiş, üstelik birinci basamağı düzenli olarak kullanan bu kişilerin doktorla iletişim, hizmetlere erişim, eşgüdüm vb açısından olumsuz deneyim yaşama olasılığının da daha düşük olduğu bildirilmiştir (Rodriguez, 2007).

5. Sağlık hizmetlerinde önemli yetersizliklerin yaşandığı bölgelerde hasta memnuniyetinin çok yüksek bulunması nasıl açıklanabilir?

Farklı bölgelerde yapılan memnuniyet çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında ilginç bir ilişki ile karşılaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin oldukça yetersiz durumda olduğu bazı bölgelerde toplum çok memnun gözükmektedir. Örneğin Brezilya'da ambulansların gitmediği, sağlık evinin her zaman kapalı olduğu kırsal bir bölgede çok yüksek düzeyde memnuniyet saptanmıştır (Atkinson, 2009). Bu çelişkinin nedenleri üç alternatif model çerçevesinde tartışılmaktadır. Ele alınan ilk model hastaların beklentilerine dayanmaktadır. Buna göre memnuniyet, hizmet ile ilgili beklentinin karşılanmış hatta aşılmış olmasıdır. Bu nedenle de yüksek düzeydeki memnuniyet beklentinin düşüklüğünden kaynaklı bir yanıltıcı sonuç olabilir. Diğer yandan bu modele yönelik eleştirilerde beklentinin memnuniyetteki varyasyonun sadece bir bölümünden sorumlu olduğu belirtilmektedir. Ayrıca pek çok kişinin

hizmetlerden yararlanmadan önce neler yaşayacakları ilgili bir fikir ve beklentilerinin olmadığı da eklenmektedir (Atkinson, 2009).

İkinci açıklayıcı model olan "bağlamsal dinamikler ve değerlendirme" hastaların içinde buldukları koşullardan etkilenecek şekilde gerçekte hissettiklerinden çok daha yüksek düzeyde bir değerlendirme yapabileceklerini savunur. Bu durum otorite sahibine saygı gösterme ya da görüşmeciye nazik davranma çabasından veya eleştirilerin hizmet sunanlara aktarılacağı endişesinden kaynaklanabilir (Atkinson, 2009; Gill, 2009). Modelin dikkate aldığı bir diğer olasılık da aşırı memnuniyetin hastalar tarafından bazen iyi bir tedaviyi güvence altına alma stratejisi olarak görülebilmesidir. Aslında birisine fikrinin sorulması bile değerli olduğunu hissetmesine ve memnun olmasına yol açabilmektedir. Birşeyin değişeceğine dair bir inançları yoksa insanların kendilerine yöneltilen sorulara ilgisiz davranıp, baştansavma yanıtlar verebildikleri de değerlendirilen diğer olasılıklar arasındadır (Atkinson, 2009).

İlk iki modelin ortadadaki çelişkinin açıklanmasına kısmen de olsa yardımcı olduğu, ama son modelin daha güçlü bir açıklama getirdiği belirtilmektedir. "Deneyimden değerlendirmeye giden süreçte aracı filtreler" adı verilen bu modele göre, katılımcıların değerlendirmeleri yaşadıkları deneyimlerin düz bir yansıması değildir; deneyim ve değerlendirme arasındaki ilişkide araya pek çok etmen girer, sonuçta da bu farklı etmenlerin filtresinden geçmiş bir değerlendirme skoru ortaya çıkar. En önemli aracı filtreler "söz konusu iş sağlık sisteminin ve çalışanların görevi mi?" ve "bu görev yerine getirilmediği için sağlık sistemi suçlanabilir mi?" soruları ile ifade edilebileceğimiz görev ve kusur algısıdır. (Williams, 1998; Atkinson, 2009). Biraz daha açarsak; hastanın talebi hizmetle ilgili görev algısı kapsamındaysa, yani hastanın zaten beklediği bir durum söz konusu ise skor "memnun", hastanın görev algısı açısından beklemediği bir durum söz konusu ise "çok memnun" olacaktır. Yaşanan olumsuz bir deneyim eğer hastanın görev algısı çerçevesinde yer almıyorsa skor yine "memnun"dur. Fakat görev algısına göre olmasını beklediği bir durumla karşılaşmayan ve bunu bir kusur olarak değerlendiren hasta skorunu "memnun değil" olarak işaretleyecektir. Son olarak, eğer hasta bu durumu bir kusur olarak görmediyse, sonuç yine "memnun" olacaktır. Williams'ın çalışması, eğer sağlık çalışanlarının sıkıntı içinde olduğunu düşünüyorlarsa hastaların görev olarak algıladığı beklentilerini askıya alınabileceğini ya da değiştirilebileceğini göstermiştir

(Williams, 1998). Sonuç olarak yüksek memnuniyet skorları hastaların her zaman sağlık hizmeti ile ilgili çok iyi deneyimler yaşadığı anlamına gelmez, tam aksine memnuniyet genellikle "ellerinden gelenin en iyisini yapıyorlar" şeklinde ifade edebileceğimiz bir tutumun sonucudur ve hizmetin iyi olduğu şeklinde değil, sadece uç düzeyde kötü bir durum yaşanmadığı şeklinde yorumlanmalıdır (Williams, 1998).

Atkinson sorgulanan referans zaman aralığının da önemli bir aracı filtre olduğunu, söz konusu dönemin hangi toplumsal süreçlere denk geldiğine göre farklı yanıtlar alınabildiğini savunmuştur (Atkinson, 2009). İngiltere'de çok yüksek düzeyde memnuniyet bildiren ölçeklerin aslında memnuniyetten başka bir şeyi ölçtüğünü, bunun da Ulusal Sağlık Hizmetlerini desteklemekle yani ideolojik eğilimle ilişkili olduğunu açıklayan Staniszewka'nın çalışması da bu iddiayı desteklemektedir (Staniszewka, 1999). Sonuç olarak, çok geniş bir çerçevede yer alan politik, kültürel veya duygusal faktörler bireylerin memnuniyet ile ilgili ifadelerini etkilemekte ve bu nedenle çalışmalar bakımın belli bir epizoduna özgü memnuniyeti değil, çok daha geniş bir çerçevede yer alan bir tutumu ölçmektedir (Atkinson, 2009).

6. Çok memnun olmanın bir bedeli olabilir mi?

Pek çok araştırmanın sonucuna göre, hasta memnuniyeti ile hizmet kalitesi ya da sağlık çıktıları arasında kayda değer bir ilişki bulunmamaktadır (Rao, 2000; Sequist, 2008; Chang, 2006). Fakat bu konudaki diğer araştırmalar bugün sağlık sistemlerinin geldiği noktanın çok zayıf ya da hiç bulunmayan bir ilişkiden bahseden araştırmaların çizdiği tablodan çok daha vahim olduğunu göstermektedir.

Forbes, çok uluslu şirketlerinin haberlerinin yer aldığı, tüm dünyada sermaye çevrelerinin yakından izlediği bir dergidir. Genel çizgisi dikkate alınırsa bu derginin web sayfasında hasta memnuniyeti ölçümünün sakıncalarına işaret eden bir yazı ile karşılaşmak oldukça şaşırtıcıdır (Falkenberg, 2013). Yazı, bir önceki ay memnuniyet skorları düşük geldiği için dış ağrısıyla acil servise başvuran hastaya kanserden kaynaklı ağrılarda kullanılan çok güçlü bir intramusküler narkotik olan Dilaudid veren hekim örneği ile başlamaktadır. ABD hastanelerinde memnuniyet ölçümü yapan şirketlerin türediğini, hekimlerin de ücretlerini memnuniyet skorlarına göre aldığını anlatan makale, okuyucuları "bu sistem sizi öldürebilir" diyerek uyarıştır. Hekimlerin

hastaların tüm isteklerini sorgulamaksızın yerine getirmelerinin memnuniyette artış ile ilişki olduğunu gösteren araştırma sonuçlarına bakıldığında Forbes'in uyarısının boşuna olmadığı görülmektedir (Macfarlane, 1997; Kravitz, 2002; Kravitz, 2005). Fakat Forbes gibi kapitalizmin kalbini tutan bir dergiyi bile endişelendirebilen asıl neden Fenton'un çalışması olmuştur (Fenton, 2012).

Fenton ve arkadaşları ABD'de tüm toplumu temsil eden 52 000 yetişkinden oluşan bir kohort grubunu 2000 ve 2007 yılları arasındaki dönemde izlemiştir (Fenton, 2012). Araştırmanın sonuçlarına göre hizmetlerden en çok memnun olan hastaların hastaneye kabul edilme olasılığı %12 daha fazladır, toplam sağlık harcamalarında %9, hekim tarafından reçetelenen ilaç harcamalarında %9 oranda daha fazla yer almışlardır. Üstelik en fazla ölenler de bu en çok memnun olan hastalardır. Memnuniyet ile hastaların her istediklerinin yerine getirilmeleri arasındaki ilişkiye dikkat çeken Fenton memnuniyet düzeyi yüksek olan hastaların mortalityte düzeyinin de yüksek olmasının gereksiz ve aşırı tedavilerden, hastane yatışlarından, ilaç kullanımından kaynaklı advers olaylara bağlanabileceğini açıklamıştır (Fenton, 2012).

7. Tüm bunları dikkate alırsak, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi ne kadar doğru bir stratejidir?

Sağlık sistemlerinin hasta memnuniyeti ölçekleri aracılığı ile değerlendirilmesi pek çok yazar tarafından çok sert bir dille eleştirmiştir. Crowe'a göre subjektif özelliği nedeniyle memnuniyet ölçümü her zaman için ciddi geçerlilik sıkıntıları ile karşılaşmaya mahkum bir çabadır (Crowe, 2006). Atkinson memnuniyet düzeyi ve hizmet niteliği arasındaki tutarsızlığı değerlendirdiği çalışmasında vardığı sonucu "kullanıcı memnuniyeti ölçeklerinin sonuçları ve uygulama alanları çok ciddi düzeyde tehlikelidir" sözleriyle ifade ederken; Gill, memnuniyet üzerinde yoğunlaşmasını büyük bir yanlış olarak tanımlamış ve bakımın teknik ve işlevsel kalitesinin ölçülmesi gerektiğini savunmuştur (Atkinson, 2009; Gill 2009).

Bu noktada yanlış anlamaya neden olmamak için eleştirilerin asıl odağını biraz açmakta yarar vardır. Araştırmacıların memnuniyet ölçeklerinin uygulanmasını doğru bulmaması, hastaların görüş ve deneyimlerini önemsemedikleri anlamına gelmemektedir. Karşı çıkılan, kavramsal alt yapı, geçerlilik ve sağlık sisteminde geliştirilmesi gereken

alanlara işaret edebilme yeteneği açısından çok sorunlu olan bu ölçeklerin sistemi tüm boyutları ile ortaya koyduğunun iddia edilmesidir. Araştırmacıların önerisi ise, açıklayıcı, yani hastaların görüşlerini ve deneyimlerini anlamaya yardımcı olan, bu deneyimlerin hangi süreçler sonucunda yaşandığını çözümlen, hastaların bu deneyimlere verdikleri anlam ve değerleri açıklayabilen yani memnuniyete değil, deneyimlere odaklanan çalışmalar yapılmasıdır (Gill, 2009; Canadian Foundation for Healthcare, 2012; Williams, 1998).

8. Peki, o zaman neden hasta memnuniyeti çalışmaları yapılmaktadır?

Hasta memnuniyeti çalışmalarının çok ciddi sınırlılıklar içerdiğini ve sağlık hizmetlerini bu çalışmaların sonuçlarına göre değerlendirmenin ne denli yanlış olduğunu açıklayan yazıların tarihi çok yeni değildir. Üstelik uzun bir süredir dile getirilen bu eleştiriler her geçen gün daha da güçlenmektedir. Bu durumda memnuniyet çalışmalarının yapılmasından neden hala vazgeçilmediğini sorusu karşımıza çıkmaktadır. Bu soruyu önce iyimser bir bakış açısı ile yanıtlamaya çalışalım. Amaç, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde hastaların da sesinin duyurulması, yani hasta katılımının sağlanması olabilir. Ama, sağlık hizmetine gerçekte bir hasta katılımı, kapalı uçlu sorular sorup sonra bunların yanıtlarını tabloştırmaktan çok daha öte bir çabadır. Memnuniyet hatta deneyim verisi toplamak bile en iyi olasılıkla son derece geniş bir kapsama sahip olan hasta katılımı stratejilerinin sadece bir bileşeni olarak görülebilir (Canadian Foundation for Healthcare, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 tarihli ve "Avrupa Sağlık Reformu. Mevcut Stratejilerin Analizi" adlı yayınında yer alan "Hem Doğu hem de Batı Avrupa'daki hastalar giderek daha huzursuz ve sabırsız olmaktadır. Hastalar, artık hizmet sunumu sisteminde pasif kalmayı istememektedir" ifadesi sağlık reformlarının hedeflediği hasta kimliğini tanımlamaktadır. Bu yeni kimliğinde hastanın öncelikle adı değişmiş ve artık "tüketici" olmuştur. Eskiden sadece hasta ve hekim arasında gerçekleşen mahrem ve paternalist ilişkiye artık sigorta şirketleri, devlet vb pek çok farklı taraf girmiştir. Hekime duyulan güvenin yerine ise hastanın aldığı hizmeti sürekli olarak sorguladığı klinik tüketici geçmiştir (McKinlay, 1985). Hasta memnuniyeti ölçekleri de işte tam bu hastanın tüketiciye dönüşümü öyküsünde karşımıza çıkmıştır (Mold, 2011). Bu nedenle de kar amaçlı ABD sağlık sektörü tarafından başlatılan hasta memnuniyeti çalışmaları bugün sağlık reformu

uygulayan tüm ülkelerde benzer yöntemlerle tekrar edilmekte, benzer sonuçlar elde edilmekte ve hep aynı yorumlar yapılmaktadır (Gill, 2009). Sonuç olarak, buralık sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine ve geliştirilmesine hastaların katılımını sağlayan bir strateji olmayı, hasta memnuniyeti ölçekleri neoliberalizmin son sömürgeci olan hastaların sesinin sonunda tamamen yok olmak üzere kısılmasının bir aracı olarak kullanılmaktadır (Gill, 2009; Uhri, 2009).

Sağlık Bakanlığı 2010 ve 2011 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları

Sağlık Bakanlığının önce 2010, ardından 2011 yılında yayınladığı bu iki araştırmada konuya benzer bir kapsamda giriş yapılmış, hemen hemen aynı yöntem izlenmiş ve aynı ölçek aracılığı ile elde edilen bulgular sunulmuştur. Bulguların yorumlanması bakımından da araştırmalar arasında önemli bir farklılık yoktur. Bu nedenle iki çalışmayı birlikte değerlendirebiliriz.

Önsöz ve Sunuş Yazıları

Araştırma raporları dönemin sağlık bakanı Prof.Dr. Recep Akdağ'ın önsöz yazıları ile başlamaktadır. Akdağ hastaya fazla zaman ayırmanın memnuniyetin en önemli belirleyicisi olduğunu, ama aile hekimlerinin iş yükünün ve hasta sayısının bu açıdan önemli bir sorun yarattığını belirtmiş, çözüm için de tıp fakültesi kontenjanlarının artırıldığını ifade etmiştir. Akdağ'ın bu sözleri oldukça yanlış kurgulanmış bir nedensellik ilişkisini yansıtmaktadır. Hastaya yeterince zaman ayırmak etkin bir sağlık hizmetinin temel koşuludur, ama eğer asıl amaç hastayı memnun etmekse bunun için ne kadar süre ayrılması gerektiğini bilmek çok zor ve bir o kadar da gereksizdir. Aile hekimlerinin iş yükünün ve hasta sayısının fazla olduğu doğrudur. Ama bir önceki bakan bunun kısırlanmış taleple, birinci basamakta yok edilen ekip çalışması ve bütüncül hizmet anlayışıyla bağlantısını görmezden gelmiştir. Bir yandan kontenjanları artarken, diğer yandan nitelik açısından çok ciddi kayıplar yaşayan tıp fakültelerinin mezun edeceği hekimlerin bu sorunun çözümüne ne derece katkı sağlayabilecekleri ise tartışmaya açıktır.

Mollahaliloğlu tarafından kaleme alınan sunuş yazısında ise memnuniyet çalışmalarının hasta katılımını sağlamak için uygulandığı belirtilmiştir. Ama, yazımızın ilk bölümünde aktardığımız gibi hastaların daha doğrusu toplumun sağlık hizmetlerine katılımı hizmet almak için gelenlere bir takım ölçekler

doldurtup, hizmetlere puanlar verilmesinin istenmesinden çok daha öte bir çabayı ve son derece farklı bir yaklaşımı gerektirmektedir.

Giriş Bölümü

Hasta memnuniyeti çalışmalarına yöneltilen en temel eleştiri olan teorik alt yapı ve kavramsal çerçeve eksikliğinin Sağlık Bakanlığı'nın her iki araştırması açısından da geçerli olduğuna dair ilk işareti giriş bölümleri vermektedir. Konuya son derece sınırlı bir kapsamda giriş yapılmış, bu alandaki teorik tartışmalara özet olarak bile değinilmemiştir. Özellikle ilk raporda gösterilen kaynakların sınırlılığı bu eleştirimizi desteklemektedir. İkinci raporda daha çok sayıda olan uluslararası kaynakların ise büyük bölümüne aslında yazarların okudukları Türkçe makaleler aracılığı ile ulaştıkları, yani orjinal kaynakları okumadıkları görülmektedir. Bugün pek çok dergi orjinal kaynağa erişilemediği takdirde bu çalışmadan alıntı yapan kaynağın (ikinci el kaynak) belirtilmesini uygun görmektedir. Fakat burada kritik olan orjinal kaynağa ulaşmanın yazarlar açısından gerçekten de olanaksız olmasıdır (**Töreci, 2010**). Bu açıdan Sağlık Bakanlığı'nın uluslararası dergilere ulaşamamış olmasını görmek üzücüdür. Çünkü bir konuda gerçekleştirilmiş çalışmaların, yürütülen teorik tartışmaların orjinal yazarları tarafından kaleme alınmış makaleleri aracılığı ile öğrenilmesi araştırmacıların hem kavramsal çerçeveye hakim olmalarını sağlar hem de ikinci el kaynakların neden olabileceği yanlış anlamaların önüne geçer.

Her iki araştırma raporunun da giriş bölümünde Carr-Hill'in 1992'de yaptığı, yazarların ise Özcan'ın makelesinden aldığı hasta memnuniyeti tanımına yer verilmiştir (**Özcan, 2008**). Bu tanıma göre hasta memnuniyeti hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüttür. Hasta memnuniyetinin farklı şekillerde tanımlandığından yazımızın ilk bölümünde bahsetmiştik. Uluslararası literatürde pek fazla kaynak gösterilmeyen bu tanım da pek çok farklı alternatifinden biri olarak görülebilir. Fakat hastanın esas otorite olduğu ifadesinin üzerinde durmak gerekmektedir. Bu alandaki en klasik açıklama olarak kabul edilen Parsons modeli hekim ve hasta arasındaki ilişkileri dört sınıfa ayırır: Hekimin otorite olduğu paternal ilişki; her iki tarafın da sürece aktif biçimde katıldığı karşılıklı ilişki; hekimin hasta üzerindeki kontrolünü azalttığı kaçınma ve hakimiyetin hastada olduğu hekimin de hastanın istediği her şeyi yerine getirmeye çalıştığı ticari ilişki (**Cirhinoğlu, 2001**). Görüldüğü gibi Carr-Hill'in tanımı

ticari temelli bir hasta-hekim ilişkisine dayanmaktadır. Hasta memnuniyeti çalışmalarının da sağlığı bir tüketim ürününe dönüştürmeyi hedefleyen sürecin bir aracı olduğu dikkate alınırca raporda bu tanımın kullanılmış olması aslında kendi içinde bir tutarlılık göstergesidir. Aynı tutarlılık memnuniyet çalışmalarının amacının ifadesinde de gözlenmektedir. Yazarlar, bu araştırmaların hastaların aldıkları hizmet kalitesini nasıl bulduklarını öğrenmek, memnuniyeti etkileyen faktörlerin öncelik sırasını, kurumu tercih nedenlerini, kurumdan beklentileri belirlemek ve hizmet sunum tarzının bu beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanmak amacıyla uygulandığı açıklanmıştır. Görüldüğü gibi memnuniyet çalışmaları "müşteri"nin nasıl daha fazla memnun edilebileceğine ve böylece nasıl daha fazla tüketmeye alıştılabileceğine odaklanmaktadır.

Amaç

İlk çalışmanın amacı "birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun aile hekimliğine geçen ve geçmeyen illerdeki hastalar tarafından nasıl algılandığını ve aile hekimliği illeri ile diğer iller arasında farklılık olup olmadığını ortaya koyma, soru bazında her iki grup illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan vatandaşların memnuniyet ve memnuniyetsizliklerini inceleme" olarak ifade edilmiştir. İkinci çalışma da hemen hemen aynı amaçla uygulanmış, araştırmacıların "eskiden beri aile hekimliği olan iller (AHE)" adını verdikleri 2010 eylülünden önce aile hekimliğine geçmiş iller ile "aile hekimliğine yeni geçilen iller (AHY)" olarak adlandırdıkları iller karşılaştırılmış, ayrıca 2010 ve 2011 arasındaki sürede gerçekleşen değişimin değerlendirilmiştir. Her iki çalışmanın da kurgusunun temelini oluşturan aile hekimliği uygulamasına göre ayrılan il grupları arası karşılaştırmaların ne kadar sağlıklı sonuçlar verebileceğini bulgular ve sonuç bölümlerine bırakarak raporları okumaya devam edebiliriz.

Gereç Yöntem

Niceliksel verilerin elde edildiği çalışmalarda evrende yer alan kişi sayısı, incelenen olayın görülme sıklığı, güven aralığı, hata payı gibi verilerin belirtilerek örnek büyüklüğünün nasıl hesaplandığının, bu örnekte yer alacak kişilerin hangi yöntemle belirlendiğinin açıklanmış olması beklenir (**Aksakoğlu, 2013**). Ulusal düzey gibi geniş ölçekli bir araştırmada bu açıklamalar daha da önem kazanır. Her iki çalışmanın da raporunda karekök örnekleme yöntemi kullanıldığı belirtilmiştir. Alan çalışmalarında görmeye alışık olmadığımız bu yöntemi daha iyi öğrenebilmek için yazarların gösterdikleri kaynağa baktığımız da ise karşımıza bilgi işlem endüstrisinin

görüntü işleme uygulamalarında kullandığı piksel örneklemeyle ilgili bir çalışma çıkmaktadır (**Chang, 2010**). İl bazında kır/kent ve kadın/erkek nüfus yoğunluklarının dikkate alındığı yazılmakta, ama bunun nasıl yapıldığına dair bir açıklama yer almamaktadır.

Yazarlar, anketörlerin günün değişik saatlerinde her bir sağlık kurumundan en fazla on kişi olacak şekilde tamamen rasgele seçilen kişilerle görüşüğünü belirtmiştir. Burada "tamamen rasgele" terimi üzerinde durmakta yarar vardır. Rasgele sayılar tablosu ile örnekleme araştırma sistematüğinde en güvenilir örnek seçimi olarak kabul edilir. "Rasgele" teriminin kullanılması örneğin bu tablodan seçildiğini ifade eder (**Aksakoğlu, 2013**). Fakat okuduklarımızdan anketörlerin rasgele sayılar tablosundan değil, en iyi olasılıkla günlük hayatta karşılaştığımız rasgelelik çerçevesinde, biraz şüpheli olursak da en rahat görüşebilecekleri kişileri tercih etme yönünde bir seçim yapmış olabilecekleri anlaşılmaktadır. İlk çalışmada 94.2, ikinci çalışmada ise 96.0 gibi bu tip çalışmalarda çok zor ulaşılan yanıt verme yüzdeleri ile karşılaşmamız şüpheli yaklaşımın daha gerçekçi olduğunu düşündürmektedir. Üstelik çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişilerin yerine anketörlerin yine "rasgele" olarak başka bir kişi seçmemiş olduklarının hiç bir güvencesi yoktur. Raporlarda araştırma grubunun yüzde kaçının yedeklerden oluştuğu ve yedeklerin nasıl seçildiği hakkında bilgi verilmemiş olması bu şüphelerimizi desteklemektedir. Ayrıca, 2010 çalışmasına katılan vatandaşlardan "denek" olarak bahsedilmesi başlı başına bir talihsizliktir.

Her iki çalışmada da Dünya Aile Hekimleri Birliği Avrupa Örgütü'nün bir alt birimi olan European Working Party on Quality in Family Practice tarafından geliştirilmiş olan EUROPEP ölçeği Türkçe'ye çevirilerek kullanılmıştır. Yeni bir ölçek geliştirmek yerine belli bir alanda kabul görmüş ve geçerliliği kanıtlanmış bir ölçeğin kullanılması oldukça mantıklıdır. Ama, ölçeğin yeni bir dile kazandırılması için geçerli bir yöntem dayanan çeviri ve topluma uyarılma süreci izlenmelidir (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası**). Üstelik çeviri ve uyarılma da yeterli değildir, ölçeğin bu yeni versiyonun güvenilir ve geçerli olduğu kanıtlanmalıdır. Güvenilirlik, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının hesaplanmasının yanı sıra test-tekrar test, iki yarım test vb teknikler aracılığıyla ölçülürken, geçerlilik değerlendirilmesi bir dizi kapsamlı aşamadan oluşur (**Balcı, 2006**). EUROPEP'e dönersek; öncelikle ölçeğin Türkçe'ye nasıl bir yöntem izlenerek uyarıldığı

hakkında herhangi bir bilgiye rastlanmamaktadır. Güvenilirliğin Cronbach alfa katsayısı ile ölçüldüğü anlaşılmakta, ama diğer değerlendirme tekniklerine rastlanmamaktadır. Yöntemin sonuna doğru boyut analizi için temel bileşenler analizi uygulandığı yazılmaktadır. Buradan geçerlilik değerlendirmesine yönelik bir çaba olduğunu sonucunu çıkarsak da analiz sonuçlarına her iki raporda da rastlanmaması nedeniyle ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli olduğuna ikna olmak için yeterli nedenimiz bulunmamaktadır.

EUROPEP ölçeğinin maddelerine biraz daha yakından baktığımızda aklımızda pek çok soru oluşmaktadır. İlk soru hem genel olarak hem de halkımız özelinde düşünürsek hastaların hekimin işini tam yapıp yapmadığına, hastalıklardan korumak için sunduğu hizmetlerin düzeyine, kayıt ve bilgilerinin gizliliğine yönelik olanlar başta olmak üzere ölçeğin pek çok maddesinde sorgulanan hizmet yeterliliklerini ne derecede doğru değerlendirebileceğidir. İkinci soru, kısırlanmış hizmet talebinin ve hastaların aile hekimlerine uyguladıkları rapor, reçete yazma baskılarının her geçen gün arttığı ülkemizde, hastanın tedaviye katılımı, hekimin şikayetleri çabuk gidermesi gibi maddelerin hastalar açısından nasıl yorumlandığıdır. Bir diğer soru da ülkemizde uygulanmayan sevk sistemiyle, birinci basamakta hiç bir zaman var olmayan randevu uygulamasıyla ilgili maddelerin ölçeğin yapısını nasıl etkilemiş olabileceğidir.

Her iki çalışmanın da bağımlı değişkeninin "memnuniyet" olduğu görülmektedir. Bağımsız değişken olarak ise karşımıza sadece yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi çıkmaktadır. Sitzia'nın çok temel sosyodemografik değişkenler dışındaki belirleyicilerin memnuniyet çalışmalarında dikkate alınmadığını, bu nedenle araştırma sonuçlarının geçerli kabul edilemeyeceğini belirten; Williams'ın da hastaların deneyimlerinin sosyal koşulları ve sağlık inançları hakkında bilgi sahibi olmadan anlaşılamayacağını vurgulayan uyarılarını dikkate alırsak, çalışmaların önemli bir sınırlılığı daha ortaya çıkmaktadır (**Sitzia, 1997; Williams, 1998**).

Anlayabildiğimiz kadarıyla iki çalışmanın verileri farklı şekilde toplanmıştır. İlk çalışmada verilerin sağlık çalışanlarından oluşan tecrübeli ve uzaktan eğitim almış olan anketörler tarafından toplandığı yazılmaktadır. Ama tecrübeye nasıl karar verildiğine, eğitimin içeriğine ve nasıl değerlendirildiğine yönelik bir bilgi yoktur. İkinci çalışmanın verilerini yine deneyimli olduğu belirtilen, ama bu sefer

özel bir şirketin çalıştırdığı kişiler toplamıştır. Fakat bu kişilerin de tecrübelerinin neye dayandığına, veri toplama sürecinde uyulması gereken kurallar ve araştırmanın özellikleri hakkında eğitim almış olup olmadıklarına dair bilgi verilmemiştir. Anketin özel bir araştırma firmasına yaptırılmasının nedeni taraf tutma riskini ortadan kaldırma olarak belirtilmiştir. Taraf tutma riskini kontrol etmek için araştırmanın bağımsız bir kurum tarafından gerçekleştirilmesi akılcıdır, karşılığında ücret ödenen bir özel kuruluşun ne kadar bağımsız olabileceği ise şüphelidir.

Bulgular ve Sonuç

Aslında araştırma raporlarının okunmasını burada bitirebiliriz. Çünkü bir çalışma yönetsel açıdan ciddi sınırlılıklar içeriyorsa bulguları üzerinden bir yorum yapmak pek akılcı değildir. Bununla birlikte iki raporda sunulan bulgular ve varılan sonuçlar hakkında özet bir yorum yapmakta yarar görüyoruz.

Her iki çalışmanın da bel kemiğini aile hekimliği uygulaması bakımından ayrılan il gruplarının karşılaştırılması oluşturmaktadır. İlk çalışmada aile hekimliğine geçmiş ve geçmemiş iller, 2011 çalışmasında ise 2010 Eylül'ünden önce (AHE) ve sonra (AHY) geçmiş iller karşılaştırılmış, aile hekimliğine geçişin hasta memnuniyetinde artış ile sonuçlandığına karar verilmiştir. Bu karşılaştırmaların sonuçları her bir ölçek maddesi özelinde ayrıntılı olarak tartışılabilir. Ama, yapılan işin mantığını sorgulamak daha önceliklidir. Bu konudaki şüphelerimiz birden çok nedene dayanmaktadır. İlk nedenimiz gerek birey gerekse il düzeyindeki sosyal belirleyicilerin dikkate alınmamış olmasından kaynaklanmaktadır. 2010 çalışmasında aile hekimliğine henüz geçmemiş illerin, 2011 çalışmasında ise yeni geçmiş illerin daha genç bir katılımcı grubuna sahip oldukları görülmektedir. Bu noktada ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sosyoekonomik açıdan daha avantajlı illerde gelişme olanağı bulduğunu yansıtan araştırma sonuçlarını ve aile hekimliğine ilk sırada bu illerin (örneğin, Denizli, İzmir, Eskişehir, Edirne) geçtiğini hatırlamakta yarar vardır (**Öcek, 2007**). Bu açıdan da il grupları arası yaş ve eğitim düzeyi farkı aslında aile hekimliğinin sağlık ocaklarından devraldığı mirasın farkını yansıtmaktadır.

İller arası karşılaştırmaya şüphe ile yaklaşmamızın ikinci nedenini 2011 çalışması üzerinden açıklayabiliriz. "Eskiden beri aile hekimliği olan iller" başlığı ile 2010 Eylül'ünden önce aile

hekimliğine geçmiş olan iller biraraya getirilmiştir. Bu illerin arasında aile hekimliğine ilk sırada geçen Düzce ve Denizli gibi illerin yanı sıra 2010 yılının Temmuz (örneğin Ankara ve Çanakkale) ve Ağustos (örneğin Kars, Tekirdağ) aylarında geçen iller de yer almaktadır. Görülüyor ki eski ve yeni diye adlandırılan iki grup arasındaki tarih çizgisi oldukça bulanıktır. Salt aile hekimliğine geçiş tarihi üzerinden İzmir ve Kars gibi çok farklı toplumsal ve ekonomik yapıya sahip illeri aynı grupta biraraya getiren, ardından da gruplar arası karşılaştırmalarda bu karıştırıcı faktörleri kontrol etmeye yönelik hiç bir yaklaşım izlenmeyen değerlendirmelerin sonuçlarını geçerli kabul etmek aşırı iyimserlik olacaktır.

Son olarak da, hizmetlerin çok yetersiz olduğu bölgelerde bildirilen yüksek düzeyde memnuniyetin nedenlerini açıklayan modeller çerçevesinden bakabiliriz. İlk olarak bağlamsal dinamikler modelini ele alırsak, sağlık ocağından farklı olarak aile hekimliğinde hastanın tek bir hekimden ve elemanından hizmet almasının etkisi ortaya çıkmaktadır. Nazik olma çabası, vereceği yanıtın hekiminin haberdar olacağı endişesi gibi etmenlerin aile hekimliğine geçişin tamamlandığı illerde daha güçlü bir oynayabileceği açıktır. Aracı filtreler modeli ise araştırmaların yapıldığı dönemlerin hangi toplumsal süreçlere denk geldiğinin sorgulanmasını önerir (**Atkinson, 2009**). Araştırmalar, topluma aile hekimliği ile birlikte artık hizmetlerine amade bir hekimin bulunacağını müjdelendiği ve talep patlaması yaratmak için ister özel ister kamu tüm sağlık kuruluşlarının kapılarının sonuna dek açıldığı bir dönemde gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla hasta memnuniyeti hizmetlerden çok toplumun içinde bulunduğu politik ortamla ve duygusal ruh hali ile açıklanabilir.

Her iki çalışmanın da sonuç bölümünde memnuniyet araştırmalarının her yıl tekrarlanması önerilmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bakanlığın bu iki rapor dışında yayınlanmış olan bir hasta memnuniyeti araştırması bulunmamaktadır. Fakat geçerli bir yöntemle uygulanacak olan hasta memnuniyeti çalışmalarının gerek içinde bulunduğumuz gerekse önümüzdeki günlerde nasıl sonuçlar vereceğini merak etmemek elde değildir. Örneğin, ilk soru olan "hekimin hastalara yeterli zamanı olduğunu hissettirmesi" açısından memnuniyet düzeyi AHY için %91.4, AHE için ise %94.6 olarak bildirilmiştir. Yüzde 3.2'lik artışı aile hekimliğinin başarısına bağlasak bile mevcut koşulları dikkate alırsak bu gelişmenin devamlılığı epeyce şüphelidir. Aile

hekimlerinin başlangıçta görece makul başlayan hasta listeleri büyüklüğü bugün 4000'e dayanmış, hatta geçmiştir ve hekimler günde ortalama 70-80 hasta bakmanın yanı sıra idari işlerin yükünün altından ezildiklerini açıklamaktadır (Üstü, 2011; Dünya Bankası, 2013; Öcek, 2013). Bu koşullarda aile hekimlerinin her bir hasta için yeterli zaman ayırmasının ve hastalarının özel durumları ile ilgilenmesinin mümkün olamayacağı açıktır. Diğer yandan gerek önsözde gerekse raporların diğer bölümlerinde iş yükü sorununu hekim sayısını artırmanın dolayısıyla hekim emeğini değersizleştirmenin bir kılıfı olarak kullanma çabası ile karşılaşmaktadır.

Gerek 2010 gerekse 2011 raporlarında memnuniyetin hangi illerde daha düşük hangilerinde de daha yüksek olduğunu görmek mümkündür. Örneğin 2011 çalışmasına göre, Isparta (AHE), Gümüşhane (AHE) ve Nevşehir (AHE) memnuniyetin en yüksek olduğu, Gaziantep (AHY), Tunceli (AHE) ve Yalova (AHE) da en düşük olduğu illerdir. Bir önceki yıl öncesi ile karşılaştırıldığında 2011'de memnuniyetin en çok Batman, Bingöl ve Kayseri'de arttığı, ama 19 ilde de azaldığı görülmektedir. Fakat Isparta ve Yalova ya da herhangi bir başka iki il arasındaki farkın nedeni merak eden bir okuyucunun alabileceği bir yanıt bulunmamaktadır. İller arasındaki farkları ve iki yılda gerçekleşen değişimi tartışabilmek için raporun bize sunduğu tek veri ölçeğin farklı maddelerinin aldığı değerlerdir. Buradan sadece doktora ve ASM'ye telefonla ulaşmanın, randevu alma kolaylığının veya benzer bir başka maddenin söz konusu farkları açıkladığı sonucu çıkmaktadır ki bu da bizi önemli bir yere götürmemektedir. Yazarların bulgularını yorumlamamış olmaları tartışmanın yetersizliğine bağlanabilir, ama asıl sorun çalışmanın bu farklılıkları açıklayacak bir kapsama sahip olmamasıdır. Daha önce de belirttiğimiz gibi, gerek birinci basamak hizmetlerinin yapı ve işleyiş özelliklerini gerekse sosyodemografik yapılarını dikkate almaksızın illeri birbirleri arasında ya da yıllara göre kendi içlerinde karşılaştırmak hizmetlerin nasıl geliştirilebileceğine yönelik tartışmalara herhangi bir yarar sağlamamaktadır. Tüm bunların yanı sıra iller arası farkların ve zamanla gerçekleşen değişimlerin boyutu veri toplama yönteminin geçerliliği ile ilgili kuşularımızı desteklemektedir. Örneğin Bingöl'de %19.05 olan memnuniyetsizliğin nasıl olup da 2011'de %1.45'e düşürülebildiğini merak etmemek elde değildir.

Son Söz

Hasta memnuniyeti çalışmalarının sonuçlarına dayanarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile

hekimliğine atfedilen başarı iddiasına en güzel yanıt Atkinson'un "Memnuniyetin ne olduğunu kavramadan nasıl ölçülebileceğini tartışmak hele hele sağlık sisteminin buna göre başarılı ya da başarısız olduğuna karar vermek çok mantıksızdır." şeklinde ifade ettiği sözleri vermektedir (Atkinson, 2009). Kavramsal içerik ve yöntemsel yaklaşım açısından ciddi sıkıntılar barındıran bu iki çalışmanın sonuçlarının da aile hekimliğinin başarılı olduğunu kanıtlayıcı kaygısı ile tartışıldığı görülmektedir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı'na önerimiz ise hasta memnuniyeti ile ilgili yeni anket uygulamaları başlatmak yerine birinci basamak sağlık hizmetini tüm boyutlarını birlikte ele alan bir değerlendirme yaklaşımı izlenmesi, eşitliğin tüm değerlendirmelerde en temel ölçüt olarak alması ve hastaların hizmetlerle ilgili algısını ölçeklerle ve skorlarla sınırlandırmadan daha katılımcı yollar ile öğrenmeye ve anlamaya çalışmasıdır. Bu çalışmaların "tarafsız" şirketler değil, toplumdaki taraflardan biri olan bağımsız araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmesi de bir diğer önerimizdir.

Kaynaklar

- Akdağ, R. (Editör), Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Boz, D., Bulut Demirok, A. (2011) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hfzıssihha Merkezi Başkanlığı, Hfzıssihha Mektebi Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Akdağ, R. (Editör), Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Ateşoğlu, D., Çiftçi, E., Tuncel, T. (2011) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hfzıssihha Merkezi Başkanlığı, Hfzıssihha Mektebi Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Aksakoğlu, G. (2013) Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme (3. Yazım). İzmir: Meta Basım.
- Allan, J., Schattner, P., Stocks, N., Ramsay, E. (2009) Does Patient Satisfaction of General Practice Change over A Decade? BMC Family Practice, 10: 13
- Atkinson, S., Medeiros, R.L. (2009) Explanatory Models of Influences on the Construction and Expression of User Satisfaction. Social Science and Medicine, 68 (11): 2089-96.
- Balci, A. (2006) Sosyal Bilimlerde Araştırma. Yöntem, Teknik ve İlkeler (6. Basım). Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Birgün, 15 Kasım 2013. <http://birgun.net/haber/anketli-fasizm-6893.html>
- Cirihlioğlu, Z. (2001) Sağlık Sosyolojisi. Ankara. Nobel Yayın Dağıtım
- Boyer, L., François, P., Doutré, E., Weil, G., Labarere, J. (2006). Perception and Use of The Results of Patient Satisfaction Surveys by Care Providers in a French Teaching Hospital. International Journal for Quality in Health Care, 18 (5): 359-64
- Canadian Foundation for Healthcare web sayfası. (2012) Mythbusters. Myth: High Patient Satisfaction Means High Quality Care. Erişim Tarihi 18 Eylül 2013, <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/mythbusters/Myth-Patient-Satisfaction-E.pdf?sfvrsn=0>
- Carr-Hill, A.R. (1992) The Measurement of Patient Satisfaction. Journal of Public Health Medicine, 14: 236-49

- Chang, J.T., Hays, R.D., Shekelle, P.G., Mac Lean C.H., Solomon, D.H., Reuben, D.B.** (2006) Patients' Global Ratings of Their Health Care Are Not Associated with the Technical Quality of Their Care. *Annals of Internal Medicine*, 144 (9): 665-72
- Chang, H.W., Chen, H.T.** (2010) A Square Root Sampling Approach to Fast Histogram-Based Search. *Computer Vision and Pattern Recognition (CVPR)*, 2010 IEEE Conference, Erişim Tarihi, 10 Ağustos 2013, <http://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=5540056>
- Crowe, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., Thomas, H.** (2002) The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for Practice from A Systematic Review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32): 1-244
- Donabedian, A., Arbor, A.** (1980) *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring.* MI: Health Administration Press.
- Dünya Bankası, Beşeri Kalkınma Sektörü Avrupa ve Orta Asya Bölgesi.** (2013) Türkiye Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması Tasarım ve Kazanımlar. Rapor No: 77029-TR, Erişim Tarihi 25 Ağustos 2013, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/05/23/000445729_20130523112114/Rendered/PDF/770290Revised002B00PUBLIC00Turkish0.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü web sayfası.** Process of Translation and Adaptation of Instruments. Erişim Tarihi 20 Kasım 2013, http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Falkenberg, K.** (2013) Why Rating Your Doctor is Bad For Your Health? *Forbes*, Erişim Tarihi 18 Eylül 2013, <http://www.forbes.com/sites/kaifalkenberg/2013/01/02/why-rating-your-doctor-is-bad-for-your-health/>
- Fenton, J.J., Jerant, A.F., Bertakis, K.D., Franks, P.** (2012) The Cost of Satisfaction: A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *Archives of Internal Medicine*, 12; 172(5): 405-11
- Fitzpatrick, R., White, D.** (1997) Public Participation in The Evaluation of Health Care. *Health and Social Care in the Community*, 5 (1): 3-8
- Gill, Liz., White, L.** (2009) A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22 (1): 8-19
- Kersnik, J.** (2000) An Evaluation of Patient Satisfaction with Family Practice Care in Slovenia. *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (2): 143-7
- Kravitz, R.L., Bell, R.A., Azari, R., Krupat, E., Kelly-Reif, S., Thom, D.** (2002) Request Fulfillment in Office Practice: Antecedents and Relationship to Outcomes. *Medical Care*, 40(1): 38-51
- Kravitz, R.L., Epstein, R.M., Feldman, M.D., Franz, C.E., Azari, R., Wilkes, M.S., Hinton, L., Franks, P.** (2005) Influence of Patients' Requests for Direct-to-consumer Advertised Antidepressants: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 293(16): 1995-2002
- Linder-Pelz, S.U.** (1982) Toward A Theory of Patient Satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16 (5): 577-82.
- Lucas, J. A.** (2012) The Satisfaction Survey That Matters. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 206(6):518-22.
- Macfarlane, J., Holmes, W., Macfarlane, R., Britten, N.** (1997) Influence of Patients' Expectations on Antibiotic Management of Acute Lower Respiratory Tract Illness in General Practice: Questionnaire Study. *British Medical Journal*, 315(7117): 1211-4
- Mckinlay, J.B., Arches, J.** (1985) Towards The Proletarianization of Physicians. *International Journal of Health Services*, 15 (2): 161-95
- Marcinowicz, L., Chlabicz, S., Grebowski, R.** (2010) Understanding Patient Satisfaction with Family Doctor Care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(4):712-5
- Mold, A.** (2011) Making the Patient-Consumer in Margaret Thatcher's Britain. *The Historical Journal*. 54(2):509-28
- Nguyen, T.D., Attkisson, C.C., Stegner, B.L.** (1983) Assessment of Patient Satisfaction: Development and Refinement of a Service Evaluation Questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4): 299-313
- Öcek, Z., Soyer, A.** (2007) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları
- Öcek, Z. (Editör), Çiçeklioğlu, M (Editör), Yücel, U., Özdemir, R., Türk, M., Taner, Ş.** (2013) Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları
- Özcan, M., Özkaynak, V., Toktaş, İ.** (2008) Silvan Devlet Hastanesi'ne Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyi. *Dicle Tıp Dergisi*, 35 (2): 96-101
- Paddison, C.A., Abel, G.A., Roland, M.O., Elliott, M.N., Lyratzopoulos, G., Campbell, J.L.** (2013) Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey, *Health Expectations*, (Epub ahead of print)
- Petek, D., Küinzi, B., Kersnik, J., Szecsenyi, J., Wensing, M.** (2011) Patients' Evaluations of European General Practice - Revisited After Years. *International Journal of Quality in Health Care*, 23 (6): 621-8
- Polluste, K., Kalda, R., Lember, M.** (2004) Evaluation of Primary Health Care Reform in Estonia from Patients' Perspective: Acceptability and Satisfaction. *Croatian Medical Journal*, 45 (5): 582-7
- Press, I., Fullam, F.** (2011) Patient Satisfaction in Pay for Performance Programs. *Quality and Management in Health Care*, 20(2):110-5
- Rao, J.K., Weinberger, M., Kroenke, K.** (2000) Visit-specific Expectations and Patient-centered Outcomes: A Literature Review. *Archives of Family Medicine*, 9(10): 1148-55
- Reid, N., Reid, R., Morris, D.** (1995) Customer complaints in the National Health Service. *Journal of Nursing Management*, 3(6): 295-9
- Rodriguez, H.P., von Glahn, T., Chang, H., Rogers, W.H., Safran, D.G.** (2007) Patient Samples for Measuring Primary Physician Performance. *Medical Care*, 45(10): 989-96
- Saltman R.B., Figueras J.** (1998) "Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi (European Health Care reform, Analysis of Current Strategies, 1997)" Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara
- Staniszewska, S., Ahmed, L.** (1999) The Concepts of Expectation and Satisfaction: Do They Capture The Way Patients Evaluate Their Care? *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2): 364-372
- Sequist, T.D., Schneider, E.C., Anastario, M., Odigie, E.G., Marshall, R., Rogers, W.H., Safran, D.G.** (2008) Quality Monitoring of Physicians: Linking Patients' Experiences of Care to Clinical Quality and Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 23(11): 1784-1790
- Sitzia j., Wood N.** (1997) Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Social Sciences and Medicine*. 1997; 45(12): 1829-43.
- Töreç, K.** (2010) Tıpta Yayın Etiği (Bizden de Örneklerle) ANKEM Dergisi, 24 (Sayı 1'e Özel Ek): 1-41
- van Campen, C., Sixma, H., Friele, R.D., Kerssens, J.J., Peters, L.** (1995) Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Medical Care Research and Review*. 52(1): 109-33
- Uhr, M.** (2009) Son Sömürge: Hastalar, Erişim Tarihi 10 Ağustos 2013 <http://www.harftamircisi.com/son-somurge-hastalar.html>
- Üstü, Y., Uğurlu, M., Eğici, T., Yıldırım, O., Örnek, M.** (2011) Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları - I, Sağlık Bakanlığı, 50-54
- Vodopivec-Jamsek, V., Kersnik, J., Svab I.** (2009) Trends in Patients' Satisfaction with Family Practice in Slovenia. *Zdrav Var*, 48: 145-51
- Williams, B., Coyle, J., Healy, D.** (1998) The Meaning of Patient Satisfaction: An Explanation of High Reported Levels. *Social Sciences and Medicine*, 47 (9): 1351-9