

ABSTRACT

TUNCER, Nursel. *Reasons Why Patients Not Going To Outpatient Clinic Appointments and Their Determinants: Example of a University Hospital*, Master's Thesis, Ankara, 2022.

Patients not attending appointments is a common problem faced by hospital administrators and clinicians. The aim of this study is to determine the reasons and determinants of patients who have made an outpatient clinic appointment in a university hospital and to measure the participation level of the patients in the measures that can be taken against non-attendance. The number of patients who received an appointment from outpatient clinics in 1-year period between October 2018-September 2019 at Hitit University Erol Olçok Training and Research Hospital in Çorum, where the study was conducted, was used to determine the sample size. The validity and reliability analysis of the questionnaire developed to be used in generating the data in the study was performed and 795 questionnaire have been conducted to patients who did not attend their appointments. SPSS 23.0 program has used for the analysis of the statistical tests in accordance with the data obtained. The analysis reveals that, the rate of outpatient non-attendance in January-February 2020 was 16.2%. Male patients, those aged 20-39, those who are single, and those who made an appointment from a pediatric or dental outpatient clinic has associated with higher probability of non-attendance. Considering the reasons for non-attendance; forgetting, being in another place, taking care of family, thinking that the health problem has improved are the leading causes. It has been observed that gender, age, marital status, education level, income, employment status, residential area, the outpatient clinic and the duration of making an appointment are effective in determining the reasons for non-attendance and these features also affect the level of participation in the dimensions (informing, sanctioning, improving) of the measures for reducing non-attendance. It is thought that the findings obtained from the study will help to better understand the problem of absenteeism and will guide health managers and policy makers.

Keywords

Appointment, Appointment Systems, Outpatient Appointment, Missed Appointments, No-Show Appointments

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KUYRUK VE RANDEVU SİSTEMLERİ.....	5
1.1. Kuyruk Sisteminin Tanımı ve Bileşenleri	5
1.2. Poliklinik Hizmetleri ve Randevu Sistemlerine Genel Bakış.....	11
1.3. Poliklinik Randevu Sistemlerinin Sınıflandırılması	14
1.3.1. Tek Blok Randevu Sistemleri	14
1.3.2. Bireysel Randevu Sistemleri.....	15
1.3.3. Blok Randevu Sistemleri	16
1.3.4. Bireysel Blok Randevu Sistemleri	17
1.4. Poliklinik Randevu Sistemleri Parametreleri	18
1.4.1. Makro Parametreler	18
1.4.2. Hastane Ölçekli Parametreler	19
1.4.3. Randevu Parametreleri.....	20

1.5. Dünyada ve Türkiye’de Randevu Uygulamaları.....	21
1.5.1. Dünyada Randevu Uygulamaları.....	22
1.5.2. Türkiye’de Randevu Uygulamaları	25
2. BÖLÜM: POLİKLİNİK RANDEVU SİSTEMLERİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR	33
2.1. Gidilmeyen Randevuların Etkileri ve İlgili Çalışmalar.....	38
2.1.1. Gidilmeyen Randevuların Sağlık Hizmeti Sunumu Üzerindeki Etkileri.....	38
2.1.2. Gidilmeyen Randevuların Sağlık Hizmeti Maliyeti Üzerindeki Etkileri.....	39
2.2. Randevuya Katılmamayı Önleme Girişimleri	42
2.2.1. Randevu Planlama Yöntemleri	42
2.2.2. Hatırlatmalar	44
2.2.3. Eğitim.....	45
2.2.4. Gidilmeyen Randevu İçin Ücret	46
3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	47
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	47
3.2. Problem Cümlesi	48
3.3. Hipotezler	48
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	50
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı ve Uygulanması	52
3.6. Veri Analizi	56
3.7. Geçerlilik Analizi	58
3.7.1. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları	60
3.7.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	62
3.8. Güvenilirlik Analizi.....	63
3.9. Varsayımlar	64
3.10. Sınırlılıklar.....	64

4. BÖLÜM: BULGULAR.....	66
4.1. Araştırmaya İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	66
4.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular	85
4.2.1. Randevuya Gitmeme Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	85
4.2.2. Randevuya Gitmeme Nedenlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	87
4.2.3. Randevuya Gitmeme Durumuna Yönelik Alınabilecek Önlemlere İlişkin Bulgular	100
5. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	105
5.1. Randevuya Gitmeme Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Değerlendirmeler	105
5.2. Randevuya Gitmeme Durumunun Olası Nedenlerine İlişkin Değerlendirmeler	108
5.3. Randevuya Gitmeme Durumuna Yönelik Alınabilecek Önlemlere İlişkin Değerlendirmeler.....	112
6. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	116
KAYNAKÇA	121
EKLER.....	139
Ek 1. Tez Orijinallik Raporu	139
Ek 2. Etik Kurul İzni	140
Ek 3. Kurum İzni	142
Ek 4. Anket Formu	143

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
FCFS	First Come First Served (İlk Gelen Hizmeti İlk Alır)
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
SHI	Statutory Health Insurance (Zorunlu Sağlık Sigortası)
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
KBB	Kulak Burun Boğaz
VHA	Veterans Health Administration (Gaziler Sağlık İdaresi)
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
KMO	Kaiser Meyer Olkin

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Evren ve Örnekleme Yer Alan Hasta Sayılarının Polikliniklere Göre Dağılımı	52
Tablo 2. Soru Kağıdında Bulunan Olası Randevuya Gitmeme Nedenlerinin Belirlenmesinde Yararlanılan Kaynaklar.....	54
Tablo 3. Randevuya Katılmamayı Önlemek İçin Alınabilecek Önlemlere İlişkin AFA Bulguları	61
Tablo 4. DFA Ölçüm Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri	63
Tablo 5. Randevuya Gitmemeyi En Aza İndirmek İçin Alınabilecek Önlemlere İlişkin Maddelerin Güvenilirlik Analizi Bulguları.....	64
Tablo 6. Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak-Şubat 2020 Döneminde Randevu Alan Hastalara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	66
Tablo 7. Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak-Şubat 2020 Döneminde Hastaların Poliklinik Randevularına Gitme Durumu	68
Tablo 8. Katılımcıların Kişisel ve Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=795).....	68
Tablo 9. Katılımcıların Poliklinik Randevularına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	71
Tablo 10. Katılımcıların Son 1 Ayda Aldıkları Randevuların Polikliniklere Göre Dağılımı	73
Tablo 11. Katılımcıların Son 1 Ayda Gitmedikleri Randevuların Polikliniklere Göre Dağılımı	74
Tablo 12. Katılımcıların Son 1 Ayda Aldıkları Randevuların Hastanelere Göre Dağılımı	76
Tablo 13. Katılımcıların Son 1 Ayda Gitmedikleri Randevularının Hastanelere Göre Dağılımı	77

Tablo 14. Katılımcıların Randevuya Katılmama Nedenlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	78
Tablo 15. Randevuya Gitmeme Durumunu En Aza İndirmek İçin Alınabilecek Önlemlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	81
Tablo 16. Katılımcıların Tercih Ettiği Randevu Hatırlatma Yöntemleri	85
Tablo 17. 2020 Yılı Ocak ve Şubat Aylarında Randevu Alan Hastaların Randevularına Gitmemelerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	86
Tablo 18. ‘Randevumu unuttum’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	87
Tablo 19. ‘Randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere (akupunktur, bitkisel tedavi gibi geleneksel yöntemler) yöneldim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	88
Tablo 20. ‘Ailemle ilgilenmem gerektiği için randevuma gidemedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	89
Tablo 21. ‘Hastalığım ağırlaştığı ve dışarı çıkmama engel olduğu için gidemedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları.....	90
Tablo 22. ‘İstedğim doktordan randevu alamadığım için gitmedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	91
Tablo 23. ‘Ulaşım aracı bulamadığım için gidemedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	92
Tablo 24. ‘Uyuyakaldım’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	93
Tablo 25. ‘Sağlık sorunum düzeldiği için gitmeye gerek görmedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	94

Tablo 26. ‘İşten izin alamadım’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	95
Tablo 27. ‘Hava şartları nedeniyle randevuya gidemedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	96
Tablo 28. ‘Başka bir yerde olmam gerekiyordu’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları.....	97
Tablo 29. ‘Doktorumun başka bir işi çıktığı için randevum hastane tarafından iptal edildi/ertelendi’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	99
Tablo 30. Hastaların Randevularına Gitmemelerini Önlemeye İlişkin Olarak ‘Bilgilendirme Boyutu’ Kapsamındaki Önerilere Katılım Düzeylerini Etkileyen Faktörler	100
Tablo 31. Hastaların Randevularına Gitmemelerini Önlemeye İlişkin Olarak ‘Yaptırım Boyutu’ Kapsamındaki Önerilere Katılım Düzeylerini Etkileyen Faktörler ..	101
Tablo 32. Hastaların Randevularına Gitmemelerini Önlemeye İlişkin Olarak ‘İyileştirme Boyutu’ Kapsamındaki Önerilere Katılım Düzeylerini Etkileyen Faktörler ..	103

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Genel Kuyruk Sistemi	6
Şekil 2. Kuyruk veya Bekleme Hattı Genel Şekli	10
Şekil 3. Poliklinik Randevu Süreci	13
Şekil 4. Muayene Öncesi Randevu ve Kayıt Süreci	31
Şekil 5. Randevuya Gitmemeyi En Aza İndirmek İçin Alınabilecek Önlemlere İlişkin DFA Ölçüm Modeli	62

GİRİŞ

Sağlık yöneticileri, sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirmek için birbiriyle ilişkili olan üç faktörü bir ölçü olarak kullanırlar. Bunlar: maliyet kontrolü, hasta bakımının kalitesi ve hasta bakımının erişilebilirliğidir (Niles, 2015). Sağlık hizmetlerine erişilebilirlik konusunda bir kesintinin yaşanması, sağlık hizmetinin kalitesini ve kontrolünü etkileyebilmektedir (Dai, 2015; Fortin vd., 2015). Planlanan bir poliklinik randevusuna gidilmediğinde randevu almak isteyip alamayan hastalar erişim sorunu yaşayabilecek, hastalar arasında memnuniyetsizlik ve yetersiz sağlık bakım sonuçları kendini gösterebilecek (Murray, 2000; Nguyen vd., 2011; Samuels vd., 2015) ve bundan dolayı oluşan hasta deneyimleri, kalite değerlendirmesinde oldukça önemli bir bileşen olarak ortaya çıkabilecektir (Tabish ve Nabil, 2013).

Hasta randevuları, sağlık kurumlarının vermiş olduğu klinik ve idari hizmetler üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Hastalar tarafından kaçırılan/gidilmeyen randevular verilen hizmetin verimliliğini düşürebilmekte ve finansal açıdan sağlık kurumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca bu sorun, aynı klinikteki diğer randevu programlarında kesintilere ve sağlık hizmeti kaynaklarının verimsiz kullanımına da yol açmaktadır (Chung vd., 2004). Randevusuna gitmeyen hastalar, hastanelerde verimsiz ve uyumsuz bir ortamın oluşmasına neden oldukları gibi diğer hastaları gerektiğinde sağlık hizmeti sağlayıcısını görmekten mahrum bırakmaktadırlar (Hwang vd., 2015). Bununla birlikte gidilmeyen randevular neticesinde diğer hastaların bekleme sürelerini arttıran yığılmalar meydana gelmektedir (Zacharias ve Pinedo, 2014).

Gidilmeyen randevular konusu hem ‘Sağlık Hizmetleri Araştırması’ hem de ‘Yöneylem Araştırması’ ile ilgili literatürde yer alan çalışmaların odak noktasını oluşturmaktadır. Yöneylem araştırması ile ilgili literatürde yapılan çalışmalar, gidilmeyen randevu oranlarının dışsal olduğunu varsaymakta ve matematiksel modeller aracılığıyla farklı randevu stratejilerini değerlendirmeye odaklanmaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili literatürde ise araştırmacılar öncelikle gidilmeyen randevuların nedenlerini belirlemekte

ve ardından bunları ortadan kaldırmak için stratejiler önermektedir. Bu tür stratejilerin etkisi, müdahalelerin uygulanmasından önce ve sonra gidilmeyen randevu oranlarını karşılaştıran deneysel çalışmalarla ortaya konulmuştur. Gidilmeyen randevuların nedenleri arasında; unutkanlık, gidilmeyen randevunun ortaya çıkardığı sağlık sonuçları hakkında bilgi eksikliği, alışılmayan hizmet sunucularla oluşturulan randevular, dil engeli ve ulaşımında yaşanan zorluklar yer almaktadır (Gupta ve Wang, 2012).

Ayakta tedavi randevularının planlaması karmaşık bir süreçtir. Çünkü, süreç çok sayıda paydaşı, sıralı randevuları, rastgele gelişleri, gelmeyen hastaları, farklı hastaların farklı ihtiyaçları için değişen aciliyet derecesini, hizmet süresinin değişkenliği ile hizmet sunucular ve hastaların tercihlerindeki farklılıkları gibi çok sayıda faktörü içermektedir (Gupta ve Wang, 2012). Hastaların tüm bu değişkenler göz önünde bulundurularak planlı bir şekilde polikliniklere kabul edildiği sistemler randevu sistemleridir. Poliklinik randevu sistemleri, sağlık hizmeti kapasitesi ile sağlık hizmetine yönelik oluşan belirgin talep arasındaki dengeyi çeşitli yollarla (hastalara muayene için belirli bir zaman planlanması, hastanelere hasta kabulü için yapılan planlamalar, ameliyathane planlamaları gibi) sağlamaya çalışan uygulamalardır (Çınar, 1982). Hastane kaynaklarında önemli bir müdahale şekli olan ayakta tedavi randevu sistemleri hastane hizmetlerinin etkililiğini ve hasta deneyimlerini önemli ölçüde etkilemektedir (W. Su vd., 2020).

Randevu sistemlerinin programlanması 1950'lerden itibaren önemli bir çalışma alanı olmuştur (R. R. Chen ve Robinson, 2011). Lindley ve Bailey'in yaptıkları çalışmalar bu alanda öncü olarak kabul edilmektedir. Lindley; randevu programlama sorununu çözümlenmeli bir şekilde incelemiş, tek sunuculu bir kuyruk sistemi geliştirmiştir. Bu sistemde, randevu aralıklarının eşit dağıtılması üzerinde durmuştur (Lindley, 1952). Bailey ise yaptığı çalışmada matematiksel bir formül geliştirerek hastaların randevu sistemlerinde bekleme süreleri ile hekimlerin boşa harcanan zamanı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İncelenen çalışmada, hiçbir hastanın randevusuna geç kalmadığı ve tüm hastaların aldıkları randevuya geldikleri varsayılarak beş dakikada bir programlanan hasta gelişleri olan bireysel blok randevu sistemi önerilmiştir (Bailey, 1952).

Türkiye’deki randevu programlama sistemine bakıldığında hastaneler muayene sürelerini eşit aralıklara bölerek dağıtmaktadır. Hastalar çeşitli kanallarla (çağrı merkezi, online randevu, poliklinik sekreterliği vb.), belirlenen zaman aralıklarından kendilerine uygun olanı seçerek randevularını oluşturmaktadırlar (Alagöz, 2013).

Planlanan randevu saatinde polikliniğe gitmeme, sağlık sistemindeki verimsizliğin yaygın bir nedenidir. Bu durum idari işler, tıp ve hemşirelik ile ilgili zamanın boşa harcanmasına neden olmaktadır. Bu tür gecikmeler potansiyel olarak daha uzun bekleme süreleri, artan sağlık hizmeti maliyetleri, hasta memnuniyetsizliği ve morbidite ile sonuçlanmaktadır (Casey vd., 2007). Hastaların poliklinik randevusuna gitmeme oranının hasta popülasyonuna ve uzmanlık alanına bağlı olarak %3 ila %80 arasında değiştiği ifade edilmektedir (Dantas vd., 2018; Rust vd., 1995). Berg ve diğerleri (2013) akademik bir tıp merkezine bağlı ayakta tedavi endoskopi ünitesinde yaptıkları çalışmada randevuya gitmeme oranını günlük %18 olarak, Hamilton ve diğerleri (2002) tarafından seçilen 5 farklı aile hekimliği uygulamasında ortalama randevuya gitmeme oranı %3,9 olarak, Mbada ve diğerleri (2013) tarafından bir fizyoterapi polikliniğinde geriye dönük 3 yıllık bir süreci kapsayan çalışmada ise randevuya gitmeme oranı %79,2 olarak ortaya konulmuştur. Ayrıca randevuya gitmeme oranlarının çalışmanın yapıldığı kıtaya ve çalışmanın ortaya çıktığı yıla bağlı olarak farklılaştığı belirtilmektedir. Buna göre en yüksek ortalama randevuya gitmeme oranı Afrika kıtasında (%43) olmakla birlikte, bunu Güney Amerika (%27,8), Asya (%25,1), Kuzey Amerika (%23,5), Avrupa (%19,3) ve Okyanusya (%13,2) takip etmekte (Dantas vd., 2018) ve bu devamsızlık oranlarının birçoğunun hem hastaların hem de sağlık sisteminin sorumluluklarının bir birleşimi olduğu kabul edilmektedir (Casey vd., 2007).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde randevularını kaçıran hastaların randevularını kaçırmaya sebeplerini ve bu sebeplerden ne kadarının kısa mesaj randevu hatırlatma sistemiyle önlenabilir olduğunu tespit etmeye yönelik olarak Yüce ve diğerleri (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, randevusunu kaçıran hastaların potansiyel olarak %22,7’sinin böyle bir sistem ile randevularını kaçırmalarının engellenebileceği ortaya konulmuştur. Yüce ve diğerleri (2007) tarafından yapılan başka bir çalışmada özellikle

unutmaya bağlı olarak kaçışılan hasta randevularını önleyebilecek, hastaların randevularını hatırlatan bir sistemin tasarısı yapılarak buna dayalı bir prototip geliştirilmiştir. Çolak ve diğerleri (2020) tarafından yapılan bir çalışmada ise; hastaların romatoloji polikliniğine gitmeme sıklığı ve nedenleri araştırılmış, ancak bu çalışmanın tek bir poliklinikte ve az sayıda örnekleme gerçekleştirildiği görülmüştür. Uluslararası literatürde gidilmeyen/kaçışılan poliklinik randevuları (no-show appointments/misssed appointments) konusunda çok yönlü çalışmaların yapıldığı bilinmekle birlikte, Türkiye’de hastaların randevuya gitmemelerinin düzeylerini, belirleyicilerini ve nedenlerini hastaların başvurdukları polikliniklere ve hastaların özelliklerine göre inceleyen çalışmaların varlığı konusunda ciddi bilgi eksikliğinin yaşandığı bilinmektedir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesine başvuran hastaların randevularına gitmemelerinin nedenleri ve belirleyicileri ile gidilmeyen randevuları en aza indirebilmek için alınabilecek önlemler hakkında hastaların görüşlerine yer verilerek bu konudaki boşluğun doldurulması amaçlanmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetlerinde kuyruk ve randevu sistemleri başlığı altında; kuyruk sistemi kavramı, poliklinik hizmetleri ve randevu sistemleri, poliklinik randevu sistemlerinin sınıflandırılması ve parametreleri ile dünyada ve Türkiye’de randevu uygulamaları hakkında bilgi verilmiştir. İkinci bölümde poliklinik randevu sisteminde karşılaşılan sorunlar ile birlikte gidilmeyen randevuların etkileri ve randevuya katılmamayı önleme girişimleri ele alınmıştır. Üçüncü bölümde hastaların poliklinik randevularına gitmeme nedenleri, belirleyicileri ve randevuya gitmeme durumunu en aza indirebilmek için alınabilecek önlemler hakkında hastaların görüşlerini ortaya koymak amacıyla yapılan araştırmanın metodolojisi ile ilgili açıklamalar yapılmıştır. Çalışmanın dördüncü bölümünde, araştırmanın hipotezlerini test etmek için yapılan analizlerin bulgularına, beşinci bölümünde bu bulgulara yönelik tartışmalara, altıncı ve son bölümde ise sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

1. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KUYRUK VE RANDEVU SİSTEMLERİ

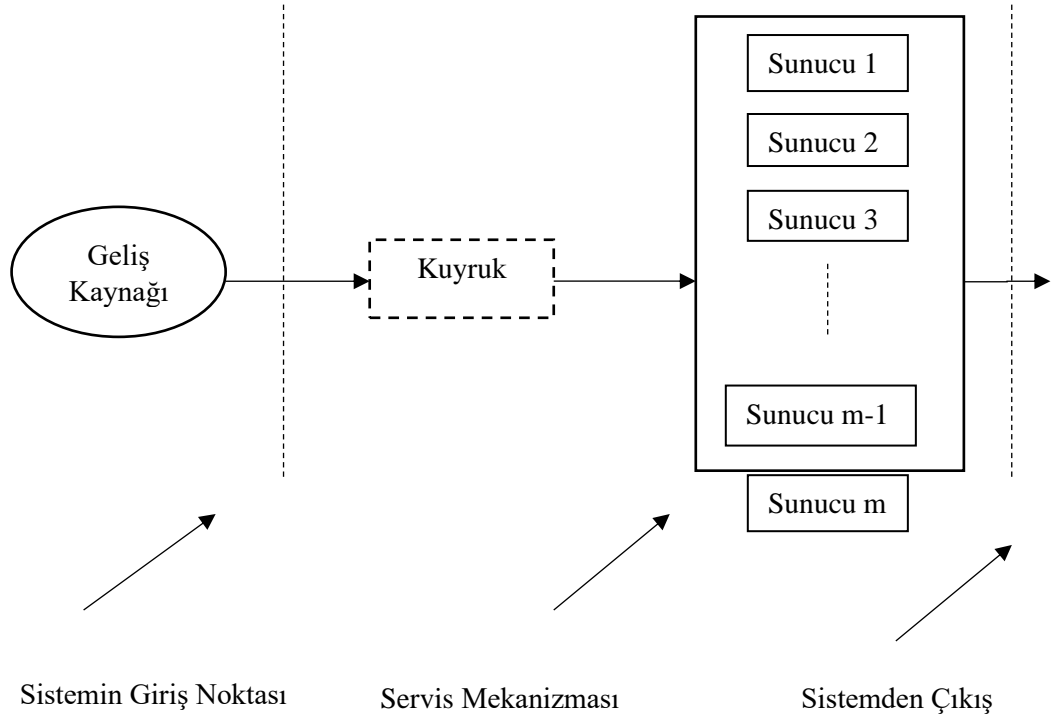
Çalışmanın bu bölümünde kuyruk sistemleri, poliklinik randevu sistemleri ile dünyada ve Türkiye’de randevu uygulamaları hakkında genel bilgilere yer verilmiştir.

1.1. Kuyruk Sisteminin Tanımı ve Bileşenleri

Kuyruk sistemleri, bir hizmet almak için gelen, bekleyen ve bekledikten sonra hizmeti olarak ayrılan müşterilerin görüldüğü sistemlerdir (Shortle vd., 2018). Servis ve müşteri kavramları kuyruk sistemleri içinde önemli bir yere sahiptir. Servis kavramı, kuyruk sistemlerinde hizmet biriminin sağladığı hizmete verilen genel isimdir. Müşteri ise, hizmetin sağlandığı birimde hizmet için bekleyen insan ve insan dışındaki ünitelerdir. Buna göre bir kuyruk sistemi için müşteri, bir insan olabileceği gibi depolanacak bir mamul mal, montajı yapılacak bir parça veya tamiri yapılacak bir makine de olabilir (Karahana ve Gürpınar, 2009). Sağlık hizmetleri açısından düşünüldüğünde ise hastalar kuyruk sisteminin müşterileri olarak kabul edilmektedir.

Şekil 1’de görüldüğü gibi kuyruk sistemi bileşenleri:

- Geliş kaynağı
- Girdi süreci
- Kuyruk
- Servis disiplini
- Servis mekanizması
- Sistemden ayrılış, şeklindedir.



Şekil 1. Genel Kuyruk Sistemi

Kaynak: Larson ve Odoni, 1981.

Şekil 1’de gösterilen genel kuyruk sistemini bir araya getiren bileşenler hakkında temel bilgiler aşağıda açıklanmıştır:

- **Geliş Kaynağı**

Kısaca ana kütle hacmi olarak adlandırılan geliş kaynağı, müşterilerin geldiği grubun büyüklüğü ya da hacmidir (Halaç, 1995). Geliş kaynağı, hizmet tesisinden yararlanacak olan müşteri topluluğudur ve sistemler arasında farklılık göstermektedir. Kitlenin büyüklüğü, müşterilerin hizmeti hangi istatistiksel modele göre alacağı ve müşterilerin tutumları gibi unsurlar geliş kaynağının niteliğini belirlemektedir (Sezgin ve Ada, 1991).

Geliş kaynağı sonlu ve sonsuz olarak iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Potansiyel müşteri sayısına göre sınıflandırılan geliş kaynağında ana kütle genellikle 30 veya 50’nin

altındaysa sonlu kaynaklı, 30 veya 50'nin üstündeysen sonsuz kaynaklı olarak adlandırılır (Sariaslan, 1986; Halaç, 1995). Ancak geliş kaynağının sonlu ya da sonsuz olarak belirlenmesindeki ölçüt geliş oranının (belli bir zaman dilimi içinde sisteme gelen ortalama müşteri sayısı) ana kütleyle olan oranıdır. Gelişlerin olasılığı ana kütlede ayrılan müşterilerden önemli ölçüde etkilenmiyorsa geliş kaynağı sonsuz, tam tersi durumda ise sonlu olarak adlandırılmaktadır (Sariaslan, 1986).

- **Girdi Süreci**

Girdi süreci, hizmet almak üzere başvuran müşterilerin sisteme geliş akışını belirtmektedir (Sariaslan, 1986). Bu süreçte müşteri gelişleri farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Düzenli varışlar, düzenli fakat rötarlı varışlar, birbirinden bağımsız varışlar, tamamen rassal varışlar, zamana göre değişen varışlar, grup halinde varışlar, tam saatlerde varışlar, karmaşık düzenli varışlar, sistemin diğer özelliklerine bağlı varışlar vs. şeklinde uygulamada karşılaşılabilecek çok sayıda varış çeşidi bulunmaktadır (Sezgin ve Ada, 1991).

- **Kuyruk**

Mal veya hizmet üreten işletmelerde, bir hizmet ya da işlem için bekleyen insan, makine ve malzeme kümesi kuyruk olarak tanımlanmaktadır (Tütek vd., 2016). Başka bir tanımda ise kuyruk; herhangi bir hizmet sistemine gelen müşterilerin, sistemin başka bir müşteriye hizmet sunması nedeniyle oluşturdukları birikimdir (Sezgin ve Ada, 1991). Dolayısıyla kuyruk, hizmet için oluşan talebin hizmet kapasitesinden büyük olduğu durumlarda meydana gelmektedir (Sariaslan, 1986).

- **Servis Disiplini**

Servis disiplini, bir kuyruktaki yer alan müşterilerin hangi sıraya göre hizmet alacağını ortaya koyan öncelik kuralı olarak tanımlanmaktadır (Tütek vd., 2016). Müşterilerin bir kuyruktan seçilme sırasını temsil eden servis disiplini, kuyruk modellerinin analizinde

önemli bir faktördür (Taha, 2007). Kuyruk sistemlerinde en çok kullanılan servis disiplinleri aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir (Sztrik, 2001):

- **İlk Gelen Hizmeti İlk Alır (First-Come-First-Served: FCFS):** Bu disiplinde müşteriler geliş sıralarına göre hizmeti almaktadır.
- **Son Gelen Hizmeti İlk Alır (Last-Come-First-Served: LCFS):** En son gelen müşterinin hizmeti ilk aldığı servis disiplindir.
- **Rastgele Sırayla Hizmet (Service-In-Random-Order: SIRO):** Hizmet verilecek müşteri seçiminin rastgele yapıldığı disiplindir.
- **Dönen Tur (Round Robin):** Bu disiplinde, verilen hizmet belirlenen zaman aralığının sonunda tamamlanamazsa sıra FCFS disiplini doğrultusunda bekleyen müşteriye geçmektedir. Bu durum hizmet tamamlanana kadar tekrar eder.
- **İşlemci Paylaşımı (Processor Sharing):** İşlerin çok küçük zaman dilimlerine ayrıldığı disiplindir. Bu disiplinde tüm hizmetler eş zamanlı sunulmakta ve hizmet süresi buna paralel olarak artmaktadır.
- **Sonsuz Sunucu (Infinite Server):** Sunucu sayısının çok olduğu servis disiplindir. Böylece kuyruk oluşumunun önüne geçilmektedir.
- **Öncelikli Seçim (Priority):** Sisteme katılan bazı müşterilerin bekletilmeden hizmet aldığı disiplindir. Örneğin; hastane polikliniklerine gelen acil hastalar öncelikli seçim disiplinine göre bekletilmeden servise dahil edilir (Köksal, 1950).

Servis disiplini uygulanırken müşterilerin kuyruk disiplini kurallarını bilmeleri ve bu kurallara uymaları önemlidir. Ayrıca hizmet veren birimde bu disiplini yönetecek bir sistemin olması gerekmektedir. Aksi halde servis disiplini uygulama sürecinde çeşitli sorunların ortaya çıkacağı belirtilmektedir (Tütek vd., 2016).

- **Servis Mekanizması**

Servis mekanizması, belirli bir hizmet almak üzere sisteme gelen müşterilerin istedikleri faaliyetleri belirtmektedir. Servis mekanizmasının belirlenmesinde bilinmesi gereken birtakım değişkenler bulunmaktadır. Bunlar; müşterilere hizmet sunulan yerler, aynı anda

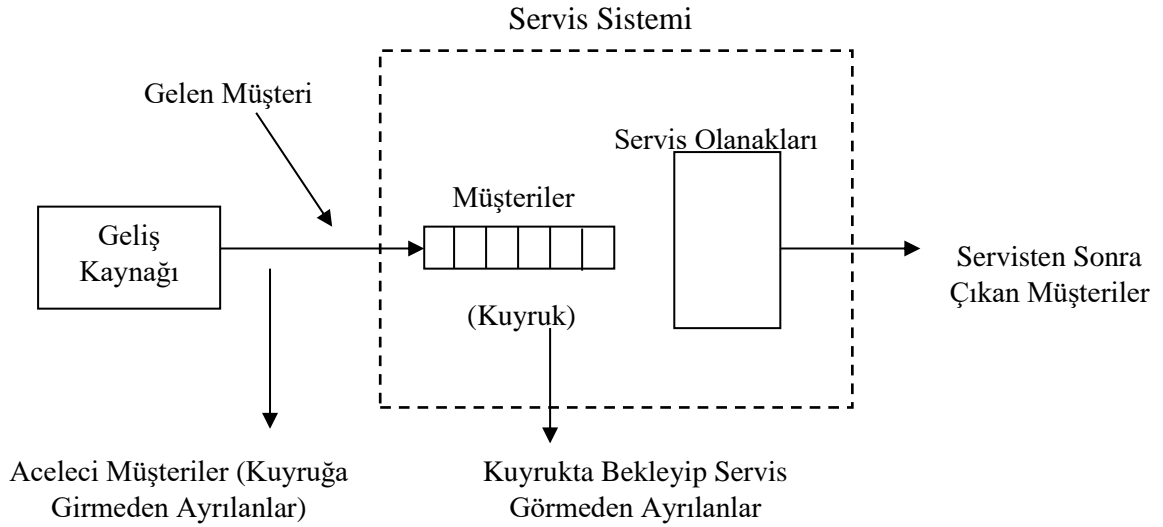
hizmet edilen müşteri sayısı, hizmet süresi ve belirli bir zaman diliminde hizmet edilen ortalama müşteri sayısı şeklinde ifade edilmektedir (Sarıaslan, 1986).

‘Servis kanalı’ müşterilere hizmetin verildiği yerlerdir. Bir kanalın yer aldığı sistemler tek kanallı, birden çok kanalın yer aldığı sistemler ise çok kanallı sistemler olarak adlandırılmaktadır (Sarıaslan, 1986). Hastanelerde görülen çeşitli servis mekanizmaları bulunmaktadır. Polikliniklerde muayene ve teşhis süreci doğrultusunda hastaların önce kayıt birimi önünde bekleyip randevu almaları, poliklinik önlerinde muayene için beklemeleri ve hizmeti aldıktan sonra laboratuvar tetkikleri için bekleme durumu çok kanallı-çok aşamalı servis mekanizmasına örnek verilirken; acil servislerde hastaların triyaj uygulaması kapsamında sağlık durumlarının şiddetine göre kırmızı, sarı veya yeşil alanlarda kabul edilmeleri ise çok kanallı-tek aşamalı servis mekanizmasına örnek oluşturmaktadır (Alagöz, 2013).

- **Sistemden Ayrılış**

Sistemden ayrılış, kuyruk sistemini oluşturan son bileşendir. Hizmet almak üzere gelen müşteriler sırada beklerken, bekleme süresinin uzayacağını görüp hizmet almaktan vazgeçebilir veya sürekli uzayan sırayı gördükten sonra hiç beklemeden sıraya girmek istemeyip ayrılabilirler. Bu şekilde servis edilmeyen müşteriler geliş kaynağına dönmekte ve bu duruma ‘geri alma’ denilmektedir. Farklı bir durum ise, müşteri sayısının sistem kapasitesinin üzerinde olduğu durumdur. Hizmet veren birim böyle bir durumda, belli bir sayıdan fazla müşteriye hizmet veremeyeceğini bildirir. Buna ‘sıranın kesilmesi’ denir (Sarıaslan, 1986).

Şekil 2’de, hizmet almak amacıyla gelen müşterilerin sistemden ayrılış biçimleri gösterilmektedir.



Şekil 2. Kuyruk veya Bekleme Hattı Genel Şekli

Kaynak: Halaç, 1995.

Şekil 2’de de görüldüğü gibi müşteriler hizmet almak üzere geldikleri sistemden çeşitli şekillerde ayrılabilir. Bunlar; kuyruğa girmeden ayrılma, kuyrukta bekleyip servis görmeden ayrılma ve servisten sonra çıkma şeklindedir.

Kuyruk sistemlerinde karşılaşılan en önemli problemlerden birinin maliyet olduğu belirtilmektedir. Söz konusu maliyet müşterilerin bekleyişlerinden dolayı oluşabileceği gibi hizmet olanaklarının boş kalışı veya yeterli olmayışından da kaynaklanabilir. Sisteme gelen müşterilerin büyük kısmına hizmet verilmek istendiğinde, hizmet kapasitesi gereğinden fazla tutulmuş olacak ve bu da hizmet olanaklarının boş kalmasına (müşterilerin olmaması, müşterilerin hizmet alana kadar beklememesi veya müşterilerin geliş zamanlarının farklılaşması sonucu) sebep olacaktır. Taleplere cevap verilmesinde bir darlık olduğunda ise (olanakların azlığı veya düzensiz olması sonucu) müşteriler hizmet almak için beklemek durumunda kalmaktadırlar. Sistemin hizmet olanaklarının boş kalışı ve müşterilerin bekleme sorunları en aza indirilirse sistemin etkinliği artırılmış olacaktır (Çevik ve Yazgan, 2008).

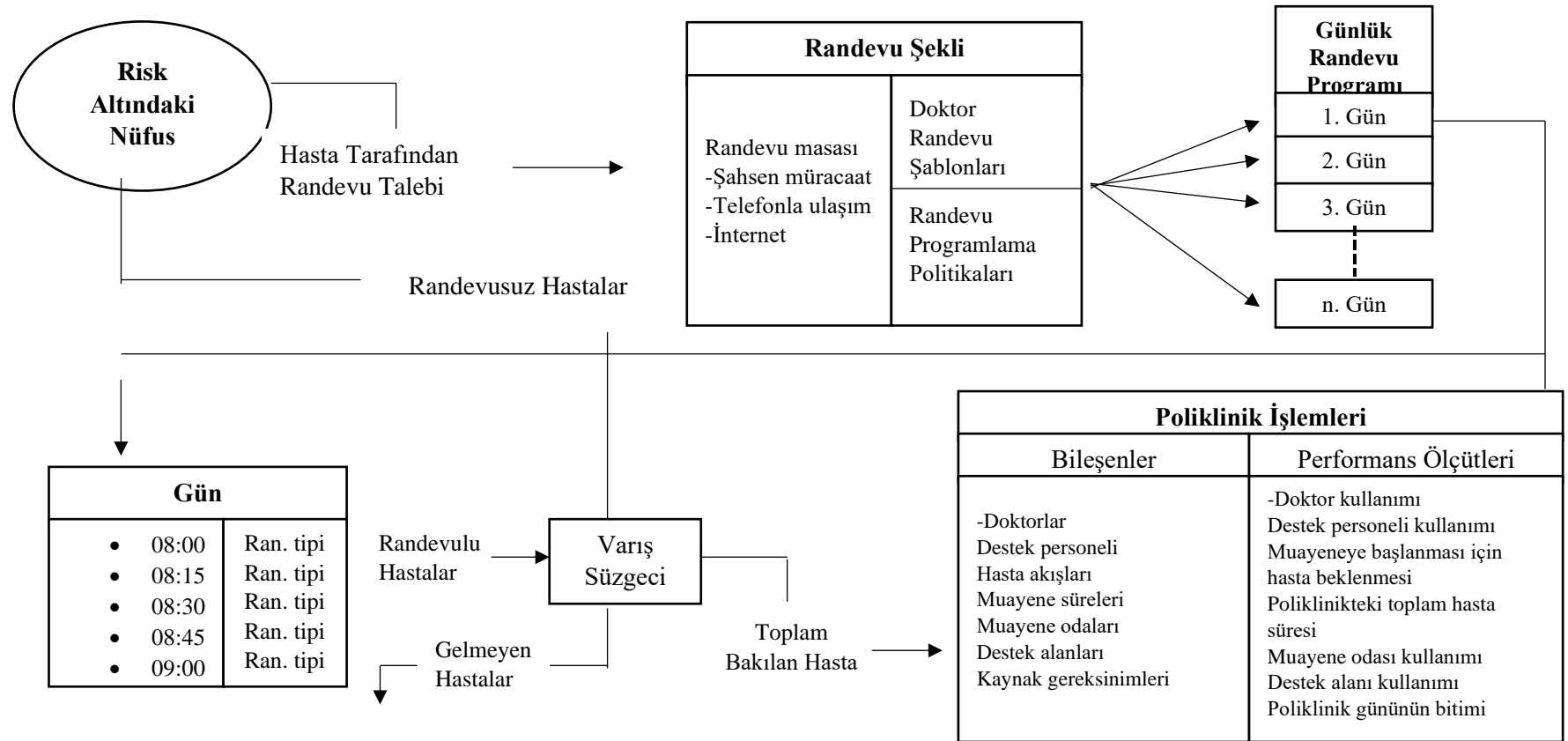
1.2. Poliklinik Hizmetleri ve Randevu Sistemlerine Genel Bakış

Yataklı tedavi kurumları; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983). Yataklı tedavi kurumlarında verilen tedavi hizmetleri, sağlık durumu bozulan bireyleri sağlığına kavuşturmak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri genel itibarıyla uzman hekim ve diğer sağlık personelinin ekip halinde çalışmasıyla sunulmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerini, gününbirlik (ayakta) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olarak iki ana grupta toplamak mümkündür (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015). Hastalar, tedavileri ve hastalıkları süresince bir hastanede veya bakım kuruluşunda kalmaları gerektiğinde yataklı tedavi hizmetlerinden faydalanmaktadırlar. Ayakta tedavi hizmetlerinde ise hastalar aynı gün içinde tedavi edilmekte ve sağlık kuruluşundan ayrılmaktadır (Côté, 1999).

Poliklinikler; hastaların randevu veya poliklinik sırası olarak geldikleri ve muayene oldukları, girişimsel işlem yaptırdıkları, görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi tetkik sonuçlarını gösterdikleri ve tedavileri için bilgilendirildikleri yerlerdir (Ağırbaş, 2016). Poliklinikler, hastaların gününbirlik tedavi hizmeti aldıkları birimler olmalarının yanı sıra yatarak tedavinin, diğer ifadelerle servis hizmeti veya kliniklerin öncülü durumundadırlar. Genel olarak, hastaların yatarak tedavi hizmeti almaları için öncelikle polikliniğe müracaat etmeleri gerekmekte, ardından burada yapılacak işlemler doğrultusunda kliniklere kabulü gerçekleşmektedir (Çıraklı, 2019).

Programlama, kaynakların etkili dağıtımı ile ilgili bir konudur (Brown vd., 1995). Muayene olmak üzere randevu talebinde bulunan hastalar önceden belirlenen zamanlara programlanmaktadır. Bu programlamanın, diğer bir ifadeyle randevu vermenin amacı, muayene için polikliniklerde oluşan hasta akışını zamana yaymak ve polikliniklerdeki iş yükünü düzenli bir hale getirmektir (S. Su ve Shih, 2003).

Isken ve diğeri (1999), poliklinik randevu sürecini Şekil 3'teki gibi ele almışlardır. Buna göre; risk altındaki nüfus şeklinde belirtilen geliş kaynağındaki hastalar muayene olabilmek için poliklinik sekreterliğinden şahsen başvuru, telefon, internet gibi çeşitli yöntemlerle hastanelerden randevu almaktadırlar. Hastaneler, doktor ve poliklinik sayılarına göre bu randevu taleplerini zamana dağıtmakta ve randevu programları oluşturmaktadır. Hastalar poliklinik randevularına gelerek doktor ve destek personelinin çalışmasıyla muayene odalarında muayene olmakta ve süreç tamamlanmaktadır (Şekil 3).



Şekil 3. Poliklinik Randevu Süreci

Kaynak: Isken vd., 1999.

Poliklinik hizmetlerinde kaynak kullanımının iyileştirilmesi sağlık kurumunun etkililiğini artıracaktır. Sağlık sektöründe artan rekabet göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetinin hızlı olması önemli bir avantaj sağlayacaktır (Davis ve Heineke, 1994; S. Su ve Shih, 2003). Bu açıdan poliklinik hizmetlerinin dağıtımıyla ilgili planlama ve uygulama faaliyetleri önem arz etmektedir (Côté, 1999).

1.3. Poliklinik Randevu Sistemlerinin Sınıflandırılması

Randevu planlama sistemleri hem hastalar hem de sağlık hizmeti sunucuları açısından çeşitli faktörleri içermektedir. Hastalar hizmet almak amacıyla sağlık kurumlarına istedikleri zamanda ulaşamadıklarında veya uygun randevu aralıklarının olmaması nedeniyle, sağlık hizmeti sunucuları ise hasta randevularının sayısının günden güne değişmesi ve belirsizliği nedeniyle hayal kırıklığına uğrayabilmektedir. Ayakta tedavi hizmetlerine olan talebin giderek artması, hastaların ayakta tedavi hizmetlerine erişimini kontrol etmek ve düzenlemek için etkili bir yöntem gerektirmektedir. Bu amacı gerçekleştirebilmek için oluşturulması gereken sistem, randevu planlama sistemleridir (Moh'd Ragheb, 2012). Poliklinik randevu sistemleri Soriano (1966) tarafından dört genel gruba ayrılmıştır. Bunlar:

- Tek Blok Randevu Sistemleri
- Bireysel Randevu Sistemleri
- Blok Randevu Sistemleri
- Bireysel Blok Randevu Sistemleri

şeklindedir ve aşağıda bu randevu sistemleriyle ilgili bilgi verilmiştir.

1.3.1. Tek Blok Randevu Sistemleri

Tek blok randevu sisteminde, herhangi bir günde tedavi edilmesi planlanan tüm hastalar için poliklinik seansının başında ortak bir randevu zamanı atanmaktadır (Soriano, 1966). Yani tüm hastalar poliklinik başlamadan önce hazır bulunmakta ve geliş sıralarına göre muayene edilmektedir.

Geçmişte yaygın olarak kullanılmasına rağmen, tek blok randevu sistemi bugün hala pek çok hastane tarafından kullanılmaktadır. Hastane yöneticileri ve doktorlar, tıbbi konsültasyon süresinin değişken olduğunu ve önceden tahmin edilmesinin genellikle zor olduğunu; ayrıca hastaların randevularına genellikle geç geldiğini belirterek bu sistemin kullanımını uygun görmüşlerdir. Burada amaçlanan, hastaların bekleme maliyeti pahasına doktorlardan yüksek verim almaktır (Soriano, 1966).

1.3.2. Bireysel Randevu Sistemleri

Bireysel randevu sistemi, her hastaya farklı bir randevu zamanı atanmış olan ve sürenin poliklinik oturumu boyunca eşit aralıklarla dağıtıldığı sistemdir (Soriano, 1966). Burada amaç, bekleme sürelerinin daha kısa olmasını ve verilen hizmetten daha çok yararlanılmasını sağlamaktır. Bireysel randevu sistemlerinde kullanılan belli başlı uygulamalar; açık ofis programlama, değişken aralıklı randevu verme, düşük varyasyonla başlama ve orantılı programlama şeklindedir.

Açık ofis programlama uygulamasında üç çeşit randevu yer almaktadır. Bunlar; aynı gün randevular, kontrol randevuları ve önceden planlanmış randevulardır. Açık ofis programlamada bütün randevuların oluşturduğu toplam zamanın yalnızca belirli bir kısmı aynı gün randevuları için ayrılmaktadır. Kontrol randevularını hastaların düzenli ziyaretleri oluştururken, sağlık kontrolü ve kronik hastaların yıllık testleri ise önceden planlanmış randevuların kapsamına girmektedir (Herriott, 1999). Kontrol randevuları ile önceden planlanmış olan randevular için iki haftadan daha uzun bir süreye programlama yapılmamaktadır (Acar, 2005).

Değişken aralıklı randevu verme uygulamasında; sağlık tesisinin boş kalmasının önüne geçmek için hastalar erken poliklinik oturumlarında ortalama muayene süresinden daha kısa aralıklarla programlanmaktadır. Geç poliklinik oturumlarında hastaların ortalama muayene süresinden daha uzun aralıklarla programlanmasındaki amaç ise hastaların bekleme sürelerini azaltmaktır (C.J. Ho ve Lau, 1992; C. J. Ho ve Lau, 1997). Örneğin diş tedavilerinin; diş temizliği, kanal tedavisi, muayene veya diş çekimi gibi birbirinden

farklı sürelerle sahip işlemleri bulunmaktadır. Diş hekimleri, randevu programlarını dört bölüme ayırıp her bir bölümde benzer işlemleri yaparlarsa, hastaların da bekleme süreleri kısaltılmış olacaktır (Alagöz, 2013).

Düşük varyasyonla başlama uygulaması, muayene sürelerinin olasılık dağılımından faydalanılan bir uygulamadır. Bu uygulamada randevular, muayene sürelerinin değişim katsayısına göre programlanmaktadır. Randevu verici, değişim katsayısının düşük olacağını varsaydığı servis sürelerini başa, değişim katsayısının yüksek olacağını varsaydığı servis sürelerini ise sona koyar (Klassen ve Rohleder, 1996). Düşük varyasyonla başlama uygulamasında; hastalarla ilgili varyasyon bilgilerinden hareketle, hastaların bekleme süresi ile polikliniğin atıl kalma süresini en aza indirmek amaçlanmaktadır (Acar, 2005).

Orantılı programlama uygulamasında muayeneler kısa, orta ve uzun olarak 3 şekilde sınıflandırılmaktadır. Kısa muayeneler 15 dakika ve daha az, orta muayeneler 15-30 dakika arası ve uzun muayeneler ise 30 dakikadan fazla süreleri kapsamaktadır. Bu uygulamada randevular günlük olarak; herhangi bir zaman dilimine doğru biçimde kısa, orta ve uzun muayeneler yayılarak programlama yapılmaktadır (Arslan, 2011).

1.3.3. Blok Randevu Sistemleri

Blok randevu sistemlerinde dalga programlama, grup programlama ve kabulü öne alma olmak üzere başlıca 3 çeşit uygulama bulunmaktadır.

Dalga programlama uygulaması, birçok prosedür odası bulunan ve bunlara yetecek personele sahip tıbbi tesislerde etkili bir şekilde kullanılabilen bir uygulamadır. Dalga programlama sistemi kullanılarak hastalar sadece her saatin ilk yarım saatinde programlanmakta ve önce ilk gelen hasta muayene edilmektedir. Örneğin, üç hastaya saat 11:00'da randevu verilebilir. Genellikle ilk gelen hasta ilk önce görülür. Tüm hastalar zamanında gelirse, aciliyeti olan hasta önce alınacak ve diğer iki hasta için bir bekleme

süresi olacaktır. Uygulamaya bağlı olarak, bazı idari asistanların üç hastayı saat başına ve sonrasında gelecek olan iki veya üç hastayı yarım saatin sonuna (örneğin 11:30) programlamaları istenecektir. Bu yöntemde randevuya gitmeme durumu ve geç varışlar göz önünde bulundurulmakta ve randevular oluşturulurken hasta sorunlarına tam olarak öncelik verebilecek personele ihtiyaç duyulmaktadır (Lindh vd., 2010).

Grup programlama uygulaması, diyabet, hipertansiyon veya geriatrik şikayetler gibi hastaya özgü kronik rahatsızlıklar etrafında kurulan, aynı anda bakılacak hastaların aynı bloklarda programlandığı bir uygulamadır. Grup programlamanın altında yatan düşünce; benzer hizmet, muayene veya tetkiklere ihtiyaç duyabilecek bir hasta grubuna aynı anda bakılmasının daha etkili olacağıdır (Acar, 2005).

Kabulü öne alma uygulaması, bir tür aynı gün randevu sistemidir. Randevu almak isteyen hastalara aynı güne veya en fazla ertesi güne randevu verilmektedir. Bu uygulamada tüm randevular 15-20 dakika süren bloklar halinde programlanmaktadır (Murray ve Tantau, 2000). Aynı gün veya ertesi gün için verilen randevularla birlikte hastaların randevularına gitmeme durumunu azaltmak ve sisteme ulaşma zamanlarını yakınlaştırmak amaçlanmaktadır (Acar, 2005).

Bu sistemlerde aynı randevu zamanı birden fazla hastaya atandığı için, aynı randevu zamanı atanan hastalar bloklar oluşturmaktadır. Blok uzunlukları ve bloklarda yer alan hasta sayıları genellikle eşit olmaktadır. Bir hasta randevusuna gelmediyse, geç kaldıysa veya hastanın muayene süresi uzadıysa bu risk blok geneline yayılmaktadır (Karahan ve Gürpınar, 2009).

1.3.4. Bireysel Blok Randevu Sistemleri

Bireysel blok randevu sistemleri, poliklinik seansının başlangıcında gelen bir grup hasta ile eşit zaman aralıklarında gelmeleri planlanan diğer hastalar için düzenlenen sistemlerdir (Soriano, 1966). Hem blok hem de bireysel randevu sistemlerinin kuralları

geçerli olup poliklinik başlangıcında bir iş yükü depolama stratejisi düşünülerek programlamada etkililiği hedefleyen bir randevu sistemidir (Acar, 2005).

1.4. Poliklinik Randevu Sistemleri Parametreleri

Ayakta bakım sürecinde hastalar için randevu programlama süreci; randevu ihtiyacının acil olup olmadığı, hastanın başka bir sağlayıcıdan sevk olup olmadığı, yeni ve takip hastalar için kayıt yöntemleri, iptal ve yeniden programlama politikalarının uygulanması, hatırlatma sistemlerinin kullanılması ve tıbbi malzeme ile ilaç şirketi temsilcilerinin ziyaretler düzenlenmesi gibi birtakım değişkenler içermektedir (Lindh vd., 2010). Randevu sistemlerinde, hastaların randevu taleplerine cevap verirken göz önünde bulundurulmuş kriterler randevu parametreleri olarak adlandırılmaktadır. Acar (2005), bu parametreleri 3 ana başlık altında toplamıştır. Bunlar:

- Makro Parametreler
- Hastane Ölçekli Parametreler
- Randevu Parametreleri şeklindedir.

1.4.1. Makro Parametreler

Makro parametreler; yasal düzenlemeler, sağlık politikaları ve sosyal politikalar, hitap edilen nüfus ve randevu talep eden ortalama hasta sayısıdır (Acar, 2005).

1.4.1.1. Yasal Düzenlemeler, Sağlık Politikaları ve Sosyal Politikalar

Bir ülkede yürürlükte olan kanun ve her türlü yasal düzenlemeler, ülke çapında oluşturulan sağlık politikaları ve sosyal politikalar, hastane polikliniklerinde benimsenen çalışma esasları üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmaktadır. Örneğin, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özel hastanelerde hastaların tedavi ödemelerinde kesinti yapması nedeniyle artacak olan tedavi ücretleri, kişilerin bu hastaneleri daha az tercih etmesine ve kamu hastanelerine yönelmesine sebep olabilecektir. Böylelikle hem özel hastanedeki hem de kamu hastanesindeki randevu planlamaları değişebilecektir (Alagöz, 2013).

1.4.1.2. Hitap Edilen Nüfus

Hastaneden randevu talebinde bulunması muhtemel olan kümeyi temsil etmektedir. Sayıca fazla olan bu kümede bulunan hastalık riskleri, randevu verici için önem teşkil etmektedir. Örnek vermek gerekirse; yaşlı veya yaşlanmakta olan nüfusa sahip ülkelerin sağlık kurumları, ayakta tedavi hizmetleri ve randevu planlaması da dahil olmak üzere söz konusu nüfusun ihtiyaçlarına uygun ortamlar sağlamak için zaman harcayacaklardır (Lindh vd., 2010).

1.4.1.3. Randevu Talep Eden Ortalama Hasta Sayısı

Hitap edilen nüfus içinden hastaneye yapılan randevu isteklerini ifade etmektedir. Randevu talep eden hasta sayısı, poliklinikte verilen hizmetleri ve hastanenin uyguladığı randevu sistemini geliştirmek adına önemli bir parametredir.

1.4.2. Hastane Ölçekli Parametreler

Hastane ölçekli parametreler; hastanenin hasta kabulünde benimsediği politikalar, hastanenin poliklinik hizmetlerine ayırmış olduğu kaynaklar, doktor sayısı, yardımcı personel sayısı ve poliklinik sayısı ile bekleme alanlarının büyüklüğüdür (Acar, 2005).

1.4.2.1. Hastanenin Hasta Kabulünde Uyguladığı Politikalar

Hastane bazı zamanlarda farklı kriterlere göre hasta kabul edebilmektedir. Buna, çeşitli sigorta kapsamındaki hastaları kabul edip etmemesi örnek verilebilir. Bu durum, makro parametreler içinde yer alan hitap edilen nüfus ve randevu talebinde bulunan ortalama hasta sayısını etkileyecek ve dolayısıyla randevu sistemi de etkilenecektir.

1.4.2.2. Hastanenin Poliklinik Hizmetlerine Ayırdığı Kaynaklar

Hastanelerin polikliniklere ayırdığı maddi kaynaklar, polikliniklerde yürütülen araştırma ve geliştirme faaliyetleri; poliklinik hizmetlerini ve buna bağlı olarak randevu yönetimini etkileyecektir.

1.4.2.3. Doktor Sayısı

Doktor sayısı, randevu talep eden hasta sayısının belirlenmesinde ve randevu planlamalarında oldukça önemli bir yere sahiptir (Acar, 2005). Bazı yarı zamanlı hizmet sağlayıcıların çalışma saatlerinin artırılması veya daha fazla sağlayıcının bulundurulmasıyla poliklinik kapasitesinin artırılması sağlanabilir (Gupta ve Wang, 2012).

1.4.2.4. Yardımcı Personel Sayısı

Polikliniklerde doktor haricinde hizmet veren hemşire, ebe, poliklinik sekreteri gibi personeldir. Bu personel muayene sırasında doktora çeşitli şekillerde yardımcı olarak muayene süresinin kısalmasında önemli bir rol üstlenmektedir.

1.4.2.5. Poliklinik Sayısı ile Bekleme Alanlarının Büyüklüğü

Hastanelerde mevcut olan poliklinik oda sayısı, yatak sayısı ve bekleme alanlarının büyüklüğü; hastaların randevu taleplerini ve randevu sistemini etkilemektedir (Acar, 2005). Polikliniklerin yeterli kapasiteye sahip olmaması, hastaların bekleme sürelerini uzatmanın yanında sağlık sistemindeki diğer kliniklerde ve hatta sağlık sistemi dışında hizmet aranmasına sebep olabilir (Gupta ve Wang, 2012).

1.4.3. Randevu Parametreleri

Randevu parametreleri; randevuya gelmeme oranları, hasta gelişleri ve hasta zamanlamaları, hasta kabul etmede aralık süreleri, muayene süreleri ve hekim zamanlamalarından oluşmaktadır.

1.4.3.1. Randevuya Gelmeme Oranları

Randevuya gelmeme oranı, belirli bir zaman diliminde randevusuna çeşitli nedenlerle gelmeyen hastaların söz konusu zaman diliminde randevu alan toplam hasta sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Hastaneden poliklinik randevusu alan ve randevusuna

gelmeyen hastalar, polikliniklerin boş kalma süresini artırmaktadır (Acar, 2005). Yüksek gelmeme ve geç iptal oranları gelir kaybı, daha uzun hasta bekleme süreleri, düşük kaliteli hizmet gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir.

1.4.3.2. Hasta Gelişleri ve Zamanlamaları

Randevu alan hastaların polikliniklere geliş zamanlarını ifade etmektedir. Hastalar poliklinik muayenesi için almış oldukları randevulara erken gelebilecekleri gibi geç de gelebilirler. Hastaların randevularına erken gelmeleri durumunda poliklinik önlerinde kuyruklar oluşabilmekte, geç gelmeleri durumunda ise hizmet aksamaları meydana gelebilmektedir. Oluşan hizmet aksamaları ve kuyruklar randevu sistemini de etkilemektedir.

1.4.3.3. Muayene Süreleri ve Hekim Zamanlamaları

Doktorların her bir hastaya ayırdığı süreyi ifade etmektedir. Doktorlar verdikleri hizmeti, muayene için programlanmış olan randevu zamanlarından önce veya sonra bitirebilmektedir. Hekimler hizmeti programlanmış randevu zamanından önce bitirdiklerinde poliklinik boş kalmakta, programlanan zamandan sonra bitirdiklerinde ise yığılmalar olmaktadır. Bu durumlar sonucunda randevularda kaymalar oluşmaktadır.

1.4.3.4. Hasta Kabul Etmede Aralık Süreleri

Art arda randevu verilen iki hastanın randevu zamanları arasındaki fark, hasta kabul etme aralığını ortaya koymaktadır. Aralık süreleri, bir hasta çıktıktan sonra diğer hastayı polikliniğe almak için; doktorun mola vermesi, müsait olmaması, polikliniğin hazırlanması gibi sebeplerle ortaya çıkan boşluklar olarak görülmektedir.

1.5. Dünyada ve Türkiye’de Randevu Uygulamaları

Randevu sistemleri, operasyonel anlamda en iyiye ulaşmanın, polikliniklerde hizmet etkinliğinin ve kalitesinin artırılmasının ve aynı zamanda hasta memnuniyetinin en

önemli araçlarından biridir. Randevuların planlanması için bir sistemin oluşturulması hekimlerin zamanını ve hastaların bekleme sürelerini yönetmeye yardımcı olmanın yanında, hizmete erişimi ve hizmetin kalitesini geliştirme konularında da önemli bir yere sahiptir (Küçük vd., 2021). Özellikle toplumsal salgınların olduğu dönemlerde yayılım riskini en aza indirebilmek için, randevu sistemlerinin kullanımı daha da önem kazanmaktadır. Bu dönemlerde mevcut randevuların zamanında tamamlanması ve bekleme salonlarında en az süreyle beklemenin, randevu sistemlerinin doğru planlanması ve işlemesiyle gerçekleşeceği düşünülmektedir.

Aşağıda dünyada ve Türkiye’de kullanılmakta olan çeşitli randevu uygulamalarından bahsedilmiştir.

1.5.1. Dünyada Randevu Uygulamaları

Günümüzde, tıbbi bir randevu planlamak için birçok farklı yöntem kullanılmaktadır. Yüz yüze veya telefonla alınan randevular bazen randevuları yanlış tarih veya saate koyan, hastayı yanlış sağlık kuruluşuna göndermek gibi hatalar yapan gerçek kişilerle sözlü iletişimi gerektirdiğinden hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebilir (Wang ve Gupta, 2011). İnternetin gelişmesiyle birlikte web tabanlı randevu planlama yöntemleri de pek çok ülkede sıkça kullanılmaya başlamıştır. Dünyada pek çok ülkede yapılan çalışmalarda; online randevu sistemlerinin yaygın olarak kullanıldığı, bu sistemlerin randevuya gitmeme oranları (Parmar vd., 2009; Siddiqui ve Rashid, 2013) ile personel iş gücünü ve bekleme sürelerini azalttığı (Zhao vd., 2017) ve memnuniyet düzeyini artırdığı ortaya konulmuştur. Aşağıda bazı ülkelerde kullanılan randevu planlama yöntemleri ele alınmıştır.

Almanya ayakta tedavi hizmetlerinin aile hekimliklerince verildiği bir ülkedir. Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetleri yanında tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesinden sorumludur (Kavukçu ve Burgazlı, 2011). Almanya’da sağlık sigortası sisteminin büyük bir kısmını ise kamu sağlık sigortası (Statutory Health Insurance: SHI) oluşturmaktadır. 2015 yılında politika yapıcılar, ayakta tedavi sektöründe bekleme süresi

sorununu çözmeyi amaçlayan bir reform başlatmıştır. Reform, genel olarak tıbbi hizmetleri iyileştirmeyi amaçlayan “SHI Bakım Hizmetini Güçlendirme Yasası”nın bir parçasıdır. Bu yasa, SHI Hekimleri Bölgesel Birliklerinin randevular için hizmet noktaları oluşturmasını gerektirmektedir (European Commission, 2019). Bir hastanın talebi üzerine, bu hizmet noktalarının, hastanın ikamet yerine yakın bir mesafede bulunan bir muayenehaneden randevu bulması beklenir. Ayrıca randevunun 4 haftayı geçmemesi gerekmektedir (Heinrich vd., 2017). Mayıs 2019'da ise SHI sistemindeki hizmet kullanılabilirliğini artırmak için çıkarılan "Randevu Hizmetleri Merkezlerini ve Bakım Sunumunu Güçlendirme Yasası" ağırlıklı olarak birinci basamak ve ayakta tedavi sağlayıcılarının erişilebilirliğini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. SHI Hekimleri Bölgesel Birliklerinin mevcut randevu hizmet merkezlerini daha da güçlendirmeleri istenmektedir. Ocak 2020'den itibaren, bu hizmet merkezlerine ülke çapında “116117” numaralı telefon numarasıyla 7/24 ulaşılabilmesine imkan tanınması kararlaştırılmıştır. Bu reformdan önce, çalışma saatleri ve telefon numaraları bölgeler arasında farklılık göstermekteydi. Hizmet merkezleri bir hafta içinde bir pratisyen hekim, çocuk doktoru veya uzmanla, iki hafta içinde ise bir psikoterapistle randevu almakla yükümlüdür. Ayrıca, randevu hizmet merkezlerinin, akut bakıma ihtiyaç duyan hastaları, yakındaki bir tıbbi uygulama veya hastane olabilecek uygun bir sağlayıcıya yönlendirmesi gerekmektedir (Busse ve Blümel, 2014).

İngiltere’de, Türkiye’de uygulanmakta olan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)’ne benzer bir randevu sistemi bulunmamaktadır. Pratisyen hekim randevusu almak isteyen hastalar, Pratisyen Online Servis (GP Online Service) sitesinden randevu alabilmekte; randevu konusunda ne yapması gerektiğini bilmeyenler ise 111 numaralı hattı arayabilmektedir (NHS, 2020). Ayrıca 2004 yılında İngiltere’de başlatılan ve hastalara bir hastanede veya klinikte bir uzmanla ilk ayakta tedavi randevuları için yer, tarih ve saat seçeneği sunan “Choose and Book” adıyla ulusal bir elektronik sevk ve kayıt sistemi bulunmaktadır (Parmar vd., 2009). Parmar ve diğerleri (2009), odyoloji kliniğinde yaptıkları bir çalışmada “Choose and Book” sistemini kullanan hastalarda randevuya katılım oranının geleneksel yöntemi kullanan hastalara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Özdemir (2019) tarafından davranışsal içgörünün etkilerinin araştırıldığı ve gidilmeyen randevuların sayısını azaltmak amacıyla İngiltere Ulusal Sağlık

Hizmetleri'nden örneklem alınarak (5 hastane ve yaklaşık 20 bin hasta) rastgele kontrol denemelerinden oluşan bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma 2 aşamalı olarak gerçekleştirilmiş olup yapılan denemelerde toplam 7 tane mesaj test edilmiştir. İlk aşamada yapılan davranışsal müdahalede en etkili sonucu veren mesaj randevuya gelmemenin NHS'ye maliyetinin yaklaşık £160 olduğunu söyleyen mesaj (gidilmeyen randevularda %23 oranında azalma sağlayan mesaj) olmuştur. Ayrıca ikinci aşamada da aynı mesaj (spesifik maliyet mesajı) en etkili mesaj olmuştur (Özdemir, 2019).

Çin'de çeşitli randevu kayıt sistemleri bulunmaktadır. Bunlar; 114 telefonla randevu hattı, Çin'de bulunan bir bankanın müşteri çağrı merkezine dayanan 95533 telefon randevu sistemi, doktorların, hastaların konsültasyondan hemen sonra bir sonraki muayene için randevu almalarına olanak tanıyan klinik randevu sistemi (Clinical Appointment System: CAS), hastanenin web sitesini kullanan web tabanlı randevu sistemi (Web-Based Appointment System: WAS) ve hastaların hastaneye gelmesini ve randevu almak için sıraya girmesini gerektiren yerinde randevu sistemi (The On-Site Appointment System: OAS) şeklindedir (Yu vd., 2013). Çin'de Yu ve diğerleri (2013) tarafından bir hastanenin farklı bölümlerinden rastgele seçilen 1009 hasta üzerinde yapılan çalışmada, çalışmaya katılanların %63,4'ü randevu kayıt sistemlerini tercih etmiştir. Bunlar arasında 114 telefon randevu sistemi en çok tercih edilen seçenek olmuştur (%30,4). Hastaların %22,9'u yerinde randevu almayı tercih etmiş, diğer sistemler ise katılımcılar tarafından nadiren kullanılmıştır. Randevu kayıtlarının sadece %0,7'si web sitesi üzerinden tamamlanmıştır. Çalışmada ayrıca randevu alan ve randevusuz gelen hastalar arasında yaş bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamış olup; Chengdu şehrinde yaşayan daha yüksek eğitim derecesine sahip kadın katılımcıların kayıt için randevu sistemlerini kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yu vd., 2013). Çin'de poliklinik kayıt hizmetinde web tabanlı randevu sisteminin etkinliğinin araştırıldığı ve geleneksel kuyruk sistemiyle karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada, web tabanlı randevu sisteminin tercih edilmemesinde en yaygın neden, hastaların sistemin varlığından habersiz olmaları (%52,9) olarak belirtilmiştir. Diğer nedenler ise; insanların internete güvenmemeleri (%28,1) ve bilgisayar kullanamamaları şeklinde ifade edilmiştir (Cao vd., 2011).

1.5.2. Türkiye’de Randevu Uygulamaları

Polikliniklerin iş akışlarına bakıldığı zaman, hastaların muayene sürecinin randevu talebinde bulunulması ve randevu alınmasıyla başladığı görülmektedir. Günümüzde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile özel sağlık kuruluşları, hastalara talep ettikleri randevuları farklı kanallardan vermektedir. Bu kanallar arasında; telefonla randevu, internet üzerinden randevu, poliklinik sekreterliğine şahsen başvurarak randevu, kiosk cihazı ile randevu yer almaktadır (Özveri ve Yüksel, 2018). 2010 yılında uygulamaya konulan MHRS, kamu hastaneleri ve bunlara bağlı sağlık kuruluşları için telefon ve internet üzerinden alınan hastane randevularını düzenleyen (Kördeve vd., 2017) ve dağınık bir şekilde verilen randevu hizmetlerini tek uygulamada toplayan bir sistem olmuştur (Alacadağlı, 2019).

Telefonla randevu alma uygulaması, hastaların telefonla randevu almak istediklerinde ilgili bölüm sekreterliğini arayıp randevu alabildikleri uygulamadır (Özveri ve Yüksel, 2018). MHRS uygulaması üzerinden randevu oluşturmak isteyen hastalar ise 182 numaralı çağrı merkezini aradıklarında hastane, poliklinik ve hekim tercihi yaparak randevu talebinde bulunabilmektedir. Yapılan bir çalışmada; 2014, 2015 ve 2016 yıllarında aynı ay içinde (Mart) poliklinik randevusu almış olan 313 hastaya, MHRS randevusu alırken hangi yöntemi kullandıkları sorulmuş ve 2014 yılı için hastaların %58,33’ü Alo 182 hattından, %41,67’si internet üzerinden online randevu aldıklarını belirtmişlerdir. 2015 yılında hastaların randevu tercih yöntemi Alo 182 hattından %68,04 ve internet üzerinden %31,96 iken 2016 yılında bu oran Alo 182 hattı için %77,45 ve internet üzerinden alınan randevu için %22,55 olarak ortaya konulmuştur (Yıldızbaşı vd., 2016). Kıraç (2019) tarafından yapılan başka bir çalışmada MHRS randevusu alırken en çok tercih edilen yöntem sorulmuş ve çalışmaya katılan kişilerin %44,5’i 182 çağrı merkezini, %35’i MHRS internet sitesini ve %14’ü MHRS mobil uygulamasını tercih ettiğini söylemiştir.

İnternet üzerinden randevu talebinde bulunmak isteyen hastalar, randevu almak istedikleri hastanenin web sayfası üzerinden randevu alabilmektedirler. Girilen web sayfasında randevu alma linkine tıklandığında sıralanan poliklinik ve hekimler arasından

tercih yapılabilmektedir (Özveri ve Yüksel, 2018). Kamu hastanelerinde ise MHRS ve e-Nabız uygulamaları ile istenilen hastane, poliklinik ve hekim seçilerek randevu oluşturabilmektedir.

Randevusu olmayan hastaların, poliklinik sekreterliğinden randevu talebinde bulunmaları halinde durumu acil olmayan hastalara uygun bir tarih ve saatte randevu verilmektedir. Randevusu olan veya durumu acil olan hastaların ise hastaneye ilk defa gelen bir hasta olup olmadığının kontrolü yapılmaktadır. Hasta ilk kez geldiyse poliklinik sekreterliği tarafından hastaya dosya açılmakta, ilk kez gelen bir hasta değilse dosyası kontrol edilip giriş işlemi tamamlanarak muayenesi için beklemek üzere bekleme salonuna alınmaktadır (Kırıcı vd., 2011).

Hastaların randevu alırken kullandıkları bir diğer yöntem de kiosklardır. Kiosk cihazı; herkesin ulaşabileceği kamuya açık bir alanda bulunan, kendi kendine hizmet alabilmeyi sağlayan bir teknoloji istasyonu niteliğinde interaktif bilgi işleme yeteneğine sahip bir cihazdır (Rowley ve Slack, 2007). Sağlık kurumları açısından bakıldığında zaman bu cihaz, hastaların kayıt bankosuna gitmeden randevu almalarını sağlamaktadır. Hindistan'da üçüncü basamak bir sağlık merkezinde hastaların kiosk kullanım memnuniyetini değerlendirmek amacıyla 154 hastaya muayene sonrası anket uygulanmıştır. Çalışma çerçevesinde önceden belirlenmiş parametrelerin 0-9 aralığında değerlendirilmesi istenmiş; hastaların %62'si kiosku kullanım kolaylığı bakımından, %45'i sağlık bilgilerinin var olması bakımından, %62'si kioskun yol gösterimini öğrenmenin kolaylığı bakımından, %59'u sağlık bilgisinin yeterliliği bakımından iyi ve mükemmel arasında değerlendirmiştir (Raj vd., 2013). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise kioskun kolay kullanımını belirleyen faktörler yaş, iş durumu ve doğum yeri olarak tespit edilmiş buna göre; İngiltere'de doğan ve vasıflı işçi olarak istihdam edilen kullanıcıların, İngiltere doğumlu olmayan kullanıcılara ve İngiltere'de doğmuş vasıfsız kullanıcılara kıyasla kiosk kullanımını çok kolay bulma olasılıkları iki katın biraz altında, 75 yaşın üzerindeki kiosk kullanıcılarına kıyasla sistemi kullanımı çok kolay bulma olasılıkları yaklaşık sekiz kat daha az bulunmuştur (Nicholas vd., 2001).

1.5.2.1. MHRS

E-sağlık kavramı Eysenbach (2001) tarafından halk sağlığı, tıp bilişimi ve ticaret ile internet ve ilgili teknolojilerle birlikte geliştirilen sağlık hizmetlerinin ve bilgilerin kesiştiği bir alan olarak tanımlanmıştır. Ayrıca bu kavramın daha geniş anlamıyla, bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılarak sağlık hizmetinin yerel, bölgesel ve dünya çapında geliştirilmesi için yalnızca teknik açıdan gelişmeyi değil aynı zamanda bir düşünme biçimini, bir tutumu ve küresel düşünmeyi ifade ettiği belirtilmektedir (Eysenbach, 2001). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise e-sağlık uygulamaları ile uzak nüfus ve yetersiz hizmet alan topluluklara hizmet sunumunun kolaylaştırıldığını, elektronik sağlık kayıtları aracılığıyla hasta bilgilerinin zamanında ve doğru bir şekilde sağlandığını, bilgi ve iletişim teknolojilerinin stratejik kullanımı yoluyla sağlık hizmetleri sistemlerinin işleyişi ile finansal verimliliği iyileştirdiğinin altını çizmektedir (World Health Organization, 2016).

Sağlık Bakanlığı'nın e-sağlık kapsamında uygulamaya koyduğu projelerden biri MHRS'dir. MHRS; hastane randevusu almak isteyen kişilerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile aile hekimlerine çeşitli kanallarla (182 MHRS çağrı merkezi, internet, mobil uygulamalar) ulaşarak istedikleri hastane ve hekimden randevu aldıkları bir uygulamadır. MHRS ile muayene öncesi oluşan kuyrukların azaltılarak bekleme sürelerinin ortadan kaldırılması amaçlanmıştır. Böylece poliklinik önlerinde daha sakin bir ortam oluşacaktır. Hekimlerin işgücünün etkin kullanımının sağlanması da MHRS'nin bir diğer amacıdır. Ayrıca sağlık hizmetleri sunum kapasitesinin artırılması için kaynakların kullanımı ve dağıtımının ölçülmesinde MHRS verilerinin, sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir yere sahip olduğu ifade edilmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

1.5.2.1.1. MHRS'nin Gelişimi

MHRS, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2010 yılında uygulanmaya başlamış, randevu kanallarından biri olan 182 çağrı merkezi Kayseri ve Erzurum illerinde faaliyete geçmiştir. 2012 yılında ise MHRS'ye İstanbul da dahil edilmiş, böylelikle MHRS tüm Türkiye'yi kapsayan bir sistem olarak karşımıza çıkmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Sağlık Bakanlığı 2012 yılında MHRS kapsamında verilecek olan randevu hizmetlerini düzenlemek amacıyla ‘MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’yi uygulamaya koymuştur. Bu yönerge ile MHRS hizmetlerinin koordinasyonu, yürütülmesi ve çalışma esasları belirlenmiştir (MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2012).

2013 yılında aile hekimlerinin hastalara randevu oluşturup hastanelere yönlendirmesine imkan verilmiştir. Aile Sağlığı Merkezleri de MHRS kapsamına alınarak aile hekimlerinin sisteme dahil olması sağlanmıştır. 2014 yılı itibariyle MHRS ve e-Nabız birleşimi sağlanarak bu kişisel sağlık sistemi üzerinden de MHRS randevusu alma uygulaması söz konusu olmuştur. Online randevu talebinde bulunan hastalar ile randevusunu çeşitli nedenlerle iptal eden hastalar için randevu bilgilerinin e-posta ile hatırlatılması 2015 yılında başlamıştır. Aynı yıl içinde; 65 yaş ve üstü hastalara, engelli hastalara ve yüksek riskli hamilelere randevu alırken öncelik tanınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

2016 yılıyla birlikte e-Devlet uygulaması üzerinden MHRS’ye erişim sağlanarak MHRS’nin kapsamı genişletilmiştir. Ankara Mevki Asker Hastanesi ile Ankara Etimesgut Asker Hastanesinin sivilleşmesiyle birlikte 2016 yılında tüm hastaneler MHRS uygulamasına dahil edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Yine 2016 yılında glokom, kornea, retina gibi göz hastalıklarının özellikle polikliniklerinde kontrol randevularının; MHRS kapsamında yer almayan diş hekimliği uzmanlık polikliniklerinin devam eden muayene ve kontrol randevularının, yalnızca hekimlerin randevu verdiği ‘Devam Eden Muayene’ cetvelleri üzerinden verilmesi sağlanmıştır. Ayrıca ana dal polikliniklerinde de kontrol randevuları ‘Devam Eden Muayene’ cetvelleri üzerinden verilmeye başlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

MHRS’de çeşitli nedenlerle boş kalan randevuların doldurulması için aynı gün hastane içinden randevu verilmesine yönelik pilot çalışma 2017 yılında yapılmış ve tüm Türkiye’de uygulanmaya başlaması planlanmıştır. Yine 2017 yılında sağlık kurulu

polikliniklerine muayene randevularının düzenlenmesi işleminin MHRS üzerinden yapılması için Necip Fazıl Şehir Hastanesi'nde pilot uygulama başlatılmış, 2018 yılında ise bu uygulamaya yönelik hazırlıklar tamamlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

1.5.2.1.2. MHRS'nin Yapısı

MHRS temelde üç yapıya dayanmaktadır. Bunlar; teknik alt yapı, hastaneler ve çağrı merkezleridir. Bunların dışında MHRS yardım masası, MHRS alt yapısının şekillenmesinde rol oynayan bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu başlık altında MHRS kapsamında sistem yönetimi ve teknik alt yapı, kamu hastaneleri, çağrı merkezleri ve MHRS yardım masası konuları ele alınmıştır.

- **Sistem Yönetimi ve Teknik Alt Yapı**

MHRS sistem yönetiminden Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlar sorumludur. Sistem yöneticileri olarak SB ve bağlı kuruluşlar iş sürecinin yönetimi ve kontrolü için gereken araçlar olan kodlama ve parametre yönetim araçlarını hazır hale getirmişlerdir (MHRS Projesi Uygulama Kullanım Kılavuzu, 2009). MHRS'nin proje yönetim sürecinde 38 sunucu bulunmaktadır. Bunların 20'si sanal sunucu ve 18'i fiziksel sunucudur. Sistemi, anlık olarak ortalama 400-500 adet çağrı merkezi operatörü kullanmakta ve internet aracılığıyla günlük ortalama 200.000 adet kullanıcı ziyaret etmektedir. Ayrıca sistemde günlük ortalama 6 milyon işlem yer aldığı ve internet sitesinin henüz tanıtımı yapılmamış olmasına rağmen Türkiye'de en popüler 500 siteden biri olduğu belirtilmektedir. MHRS'nin; Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), Kimlik Paylaşım Sistemi (KPS; mernis), Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYYS) ile entegrasyonu bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

- **Kamu Hastaneleri**

Sağlık tesislerinin MHRS uygulama sürecinde, MHRS-HBYS entegrasyonu ile hekim çalışma cetvellerinin temel iki bileşen olduğu ifade edilmektedir (MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2012).

MHRS süreçlerinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi ve randevu talebinde bulunan hastaların randevu bilgilerinin doğru aktarılması için HBYS ve Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi (AHBS)'nin Sağlık Bakanlığı MHRS yazılımı ile entegre bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Bu entegrasyonun sağlanmasında, ilgili sağlık tesisinin MHRS sorumlusu ve Toplum Sağlığı Merkezi sorumlu hekimi görev almaktadır (MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2012)

Hekimlerin çalışma saatleri içinde yer alan programlarını içeren bilgilerin MHRS'ye tanımlanması işlemi Hekim Çalışma Cetvelini oluşturmaktadır. Hekim Çalışma Cetveli sisteme birtakım kurallar dahilinde tanımlanmaktadır. Bu kurallar MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'de yer almaktadır (MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2012).

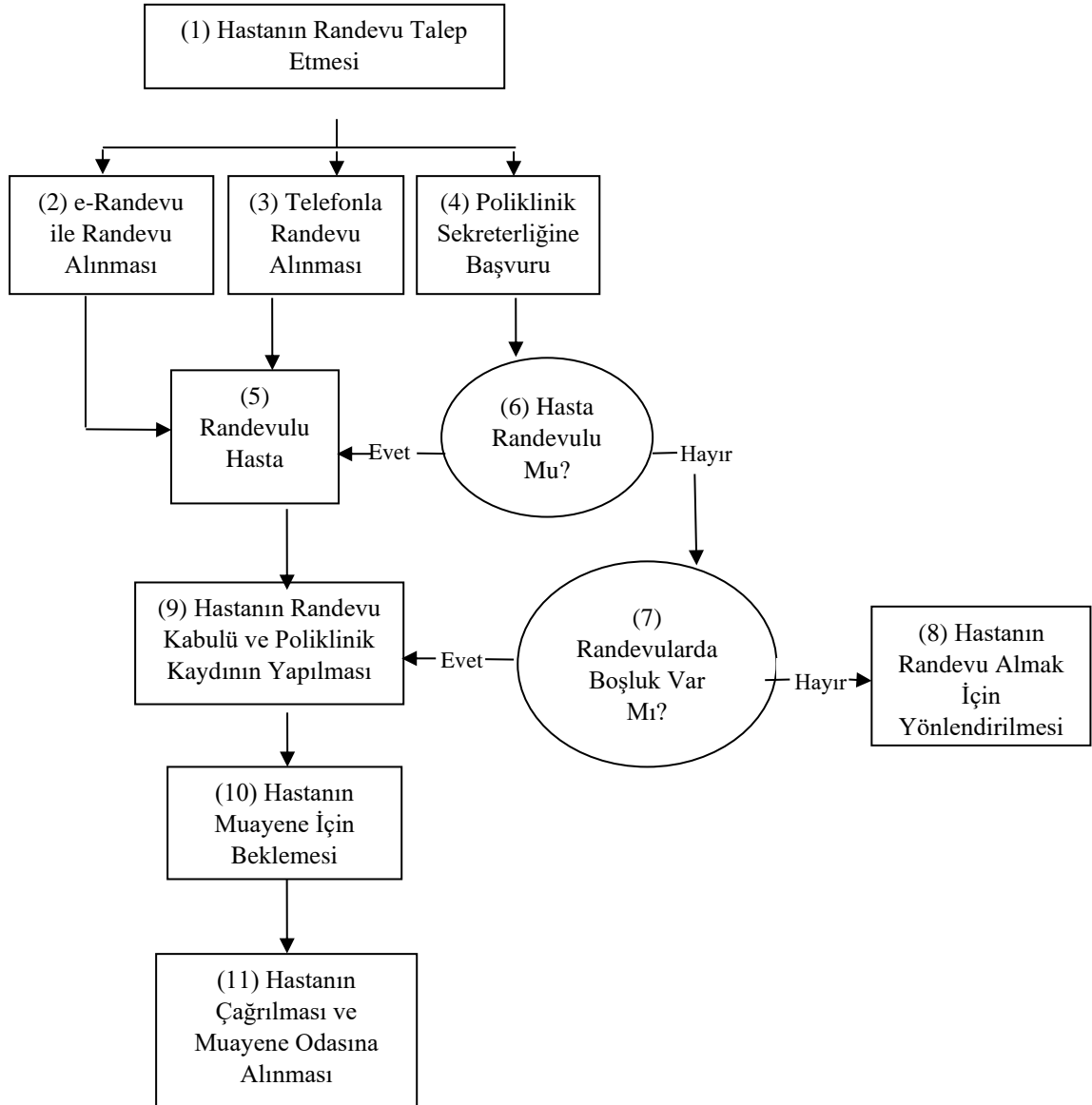
- **Çağrı Merkezleri**

MHRS'nin uygulanmaya başladığı 2010 yılı itibariyle randevu kanallarından biri olan 182 numaralı çağrı merkezi de faaliyete başlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Çağrı merkezleri, Alo 182'yi arayıp randevu almak isteyen tüm bireylerin istedikleri hastane ve hekimden, mümkün olan en kısa sürede randevu taleplerini karşılamaya yönelik hizmet veren birimlerdir. 2017 yılı MHRS Hizmet Raporu'nda, randevu kanalları dağılımında %64 oranla Alo 182'den alınan randevuların ilk sırada yer aldığı ifade edilmektedir. Aynı raporda toplam çağrı sayısının 2013 yılında 67.909.875 iken 2017 yılında 128.981.855 olduğu belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

- **MHRS Yardım Masası**

MHRS Yardım Masası; il sağlık müdürlükleri, hastaneler, HBYS firmaları ve çağrı merkezlerine teknik destek vermek üzere kurulmuş bir birimdir. MHRS randevusu alan ve randevusuyla ilgili 184 numaralı Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)'ne şikayette bulunan bireyler için şikayet kayıtlarının oluşturulup yorumlanması, takibi ve çözümleme süreçlerini de MHRS Yardım Masası yürütmektedir. Ayrıca bu birim MHRS

ile ilgili tüm birimlerle çalıştığı için proje alt yapısının şekillenmesinde rol oynamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Şekil 4'te muayene olmadan önceki süreci oluşturan randevu alma ve kayıt işlemleri gösterilmiştir.



Şekil 4. Muayene Öncesi Randevu ve Kayıt Süreci

Kaynak: Özveri ve Yüksel, 2018:8.

Şekil 4’te gösterildiği gibi poliklinik muayene süreci, hastaların randevu talep etmesiyle başlamakta ve çeşitli kanallardan randevusunu alan hastanın randevu kabulü ve poliklinik kaydı yapılmaktadır. Randevusuz gelen hastalar için ise randevularda boşluk olup olmadığı kontrol edilmekte; eğer boşluk yoksa hasta randevu alması için yönlendirilmekte, boşluk varsa bu hastaların da poliklinik kayıtları oluşturulmaktadır. Bu süreçlerden sonra hasta muayenesi için beklemekte ve sırası geldiğinde çağrılarak muayene odasına alınmaktadır.

2. BÖLÜM

POLİKLİNİK RANDEVU SİSTEMLERİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Hastanelere tedavi almak üzere başvuran hastaların teşhis ve ihtiyaç duydukları tedavi konusunda birbirinden ayrılması, her bir hastanın muayene süresini farklılaştırmakta ve bu sürenin önceden tahmin edilmesini güçleştirmektedir. Her bir hastanın muayenesinin ne kadar süreceği ve gün içinde kaç hastaya bakılabileceğinin öngörülememesi gibi durumlar polikliniklerde uzun bekleme sürelerine ve hekimden yeterince verim alınamamasına sebep olmaktadır (Karahana ve Gürpınar, 2009). Poliklinik randevu sistemlerinin başta gelen sorunu olan randevu sistemlerinin tasarım sorunu, pek çok çalışmaya konu olmuştur.

Gupta ve Denton (2008) yaptıkları çalışmada randevu programlama için çevre ve karar unsurlarını üç sistem içinde ele alarak gruplandırmışlardır. Bunlar; birinci basamak sağlık hizmetleri, klinik hizmetler ve ameliyat randevularıdır (Gupta ve Denton, 2008). Aşağıda, bu sistemlerde söz konusu randevuların programlanması hakkında bilgiler yer almaktadır. Bu bölümde ayrıca gidilmeyen randevuların etkileri ve randevuya gitmemeyi önleme girişimlerinden bahsedilmiştir.

- **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Randevu Programlama**

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına sağlık hizmeti almak üzere başvuran hastalar genellikle sabit bir süre içinde ihtiyaç duydukları hizmeti almaktadır.

Doktorlar, mevcut klinik sürelerini, genellikle 15 ile 30 dakika uzunluğunda olan randevu aralıklarına bölmekte, sağlık hizmeti sunucuları ise her randevu talebi kategorisi için gereken standart zaman aralığı sayısını belirlemektedir. Fiziksel muayeneler gibi belirli randevu türleri, birden fazla zaman aralığı gerektirir. Diğer türler, örneğin rutin takip ziyaretleri, tek bir zaman aralığı gerektirir. Sağlık hizmeti sunucuları, her gün için çalışma

programlarının başlangıç ve bitiş zamanlarını, önceden belirlenmiş bir süre boyunca (4 hafta gibi), bu süreden birkaç hafta önce seçerler. Ayrıca, programlayıcılara, randevular için gelen taleplere uygun zaman aralıklarının nasıl atanabileceği konusunda kısıtlamalar sağlarlar. Örneğin, fiziksel muayeneler için her gün belirli randevu aralıkları ayrılır ve bu, programlayıcıların bu tür randevular için gereken bitişik açık aralıkları bulmasını kolaylaştırır. Bu uygulama aynı zamanda hekimlerin günlerini önceden planlamalarına yardımcı olmaktadır.

- **Klinik Hizmetlerde Randevu Programlama**

Klinikler, genellikle karmaşık teşhis ve tedavilere odaklanan belirli sağlık hizmetlerini sunmak üzere tasarlanmışlardır. Bu nedenle hastanın talep ettiği sağlık hizmetinin standart sürelerle ayrılması zordur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından gelen hastalar da dikkate alınarak randevular periyodik olarak programlanabilmektedir. Ayrıca acil hastalar için de ek randevu zamanları oluşturulmaktadır (Ak ve Çayırılı, 2011).

- **Ameliyat Randevularının Programlanması**

Ameliyatlar yatarak veya ayakta tedavi bazında yapılabilir. Yatan hasta ortamında, hastalara bir hastane yatağı tahsis edilir ve planlanan prosedür tamamlandıktan sonra hastalar iyileşmek için odalarına dönerler. Ayaktan hastalar ise ameliyat günü hastaneye gelirler. Bu hastalar ameliyattan sonra iyileşme tamamlanana kadar tutulurlar ve ardından taburcu edilirler (Gupta ve Denton, 2008).

Ameliyat randevularının programlanması, birinci basamak ve kliniklere göre daha karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu randevuların programlanmasında birçok kaynağın (cerrahi ekip, anestezi uzmanı, uzman hemşire ekibi vs.) aynı zamanda hazır olması beklenmektedir. Bu nedenle, hastaların ameliyat öncesi verilmesi gereken sağlık hizmetinin yerine getirilerek hazır duruma getirilmesi, kayıt yapılması ve acil durum hastalarının planlanan randevu iptal veya gecikmesine neden olma gibi tüm ihtimaller göz

önünde bulundurularak hem hasta hem de ameliyat esnasında ihtiyaç duyulan tüm kaynaklar değerlendirilip programlama yapılmaktadır (Ak ve Çayırılı, 2011).

Aciliyeti olmayan ameliyatlara için randevu planlama sistemleri literatürde blok planlama ve açık planlama şeklinde yer bulmaktadır. Bir blok planlama sisteminde, cerrahlara belirli bir ameliyathanenin zaman blokları periyodik bir programda (haftalık veya aylık) atanmaktadır. Cerrahlar, vakaların blok süresine “uyması” koşuluyla, vakaları atanmış bloklara kaydedebilir. Vakaların uygun olup olmadığını belirlemek için genellikle geçmiş kayıtlardan elde edilen ortalama ameliyat süreleri kullanılmaktadır. Uygun olmayan durumlarda, cerrahlar çifte rezervasyon için izin talep etmektedir. Açık bir planlama sisteminde ise, cerrahlar, ameliyathane saati için talepte bulunur ve ameliyathane yöneticisi tarafından ameliyat gününden önce bir ameliyathane programı oluşturulur. Program, hangi ameliyatların hangi ameliyathanelere atandığını ve başlangıç zamanlarını belirtir. Bunların dışında hibrit sistemler de yaygındır. Bu gibi durumlarda bazı ameliyathaneler bloke edilirken diğerleri açık bırakılır ya da kullanılmayan blok süresi, planlanan seanstan belirli bir gün önce belirlenen bir süre sonunda diğer cerrahlara sunulur. Kısa sürede ortaya çıkan acil durumlarda ise müdahalenin hızı, hastaların iyileşme potansiyeli için kritik öneme sahiptir. Bu tür acil durumlarda yapılması gereken ameliyatlara planlı olmayıp herhangi bir günde planlanmış ameliyatlara birlikte yerleştirilmelidirler. Bazı hastanelerde bu tür durumlar için bir veya daha fazla ameliyathane ayrılırken, bazılarında plansız ameliyatlara düşünülerek boş zaman birden fazla ameliyathaneye yayılmıştır (Gupta ve Denton, 2008).

Çayırılı ve Veral (2003) ise çalışmalarında randevu sistemlerinin programlanması ile ilgili olarak; randevu programlama kuralları, hastaların sınıflandırılması ve randevusuna gelmeyen/randevusuz gelen hastalar gibi unsurları değerlendirmişlerdir.

- **Randevu Programlama Kuralları**

Randevu sistemlerinin tasarımında en temel aşama, hastaların hangi sayıda ve hangi aralıklarla geleceklerinin belirlendiği randevu kurallarının oluşturulmasıdır. Randevu

kurallarını belirleyen 3 ana değişken bulunmaktadır. Bunlar; her bloğa kaç hastanın çağrıldığını gösteren blok sayısı, mesai saatinin başlangıcına kaç hastanın çağrıldığını ortaya koyan başlangıç bloğu ve iki randevu arası süreyi belirten randevu aralığıdır.

1952 yılında Bailey, hastane polikliniklerinde oluşan kuyruk sürecine ilişkin bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada tüm hastaların poliklinik hizmet sunumu başlamadan önce çağrılmasına bir alternatif geliştirilmiştir. 'Bailey kuralı' olarak adlandırılan bu yöntemde ilk iki hastaya poliklinik başlangıcının ilk randevusu verilmekte, belirlenen konsültasyon süresi ortalamasına göre ise sabit aralıklarla diğer hastalar çağrılmaktadır (Ak ve Çayırılı, 2011).

- **Hastaların Sınıflandırılması**

Çalışmaların çoğunda hastaların homojen bir yapıda olduğu ve ilk arayan hastaya ilk randevunun verileceği varsayılmakta, buna göre planlama yapılmaktadır. Çeşitli nitelikler açısından farklı olduğu bilinen hasta grupları (örn. hizmet süresi, karakteristik özellikler, varış modelleri, bekleme maliyetleri vb.) olduğunda, bu tür farklılıkların göz önüne alınarak bir randevu sisteminin iyileştirilip iyileştirilemeyeceği konusu gündeme gelmektedir (Cayirli ve Veral, 2003).

Ayakta tedavi planlamasında hasta sınıflandırması iki amaç için kullanılabilir. Bunlar; hastaları randevu sırasında sıralamak ve farklı hasta gruplarının farklı hizmet sürelerine göre randevu aralıklarını ayarlamaktır. Literatürde, programlama amaçları için yeni/tekrar hasta, hizmet sürelerinin değişkenliği (ör. düşük/yüksek varyanslı hastalar) ve prosedür tipi gibi kullanılan bazı sınıflandırmalar yer almaktadır (Cayirli ve Veral, 2003).

Kulak Burun Boğaz (KBB) polikliniğinde yapılan bir çalışmada kurulan simülasyon modeliyle yeni ve daha önce en az bir kere randevu almış olan hastaların sıralanmasında kullanılabilecek yaklaşımlar incelenmiştir (Cox vd., 1985). Hastaların konsültasyon sürelerindeki farklılıklara göre randevu verilirken nasıl sıralanmaları gerektiğini araştıran

bir çalışmada kullanılan simülasyon modellerinde, mesai başlangıcında düşük varyanslı hastaların olmasının polikliniğin boş kalma süresini kısaltma konusunda en iyi yöntem olduğu ortaya konulmuştur (Klassen ve Rohleder, 1996). Simülasyon tekniğinin kullanıldığı başka bir çalışmada radyoloji bölümünde benzer muayene sürelerine sahip hastalar farklı oturlara ayrılarak randevu sisteminin iyileştirilmesi olasılığı araştırılmıştır. Çalışmada muayene sürelerinin hastaların yaşı, fiziksel hareketliliği ve hizmet türü gibi faktörlere bağlı olduğu bulunmuştur (Walter, 1973).

- **Randevusuna Gelmeyen/Randevusuz Hastalar**

Hastaların randevularına gitmeme oranını azaltma konusunda idari mekanizmalar tarafından etkili olabilecek uygulamalar yapılmasına rağmen (randevu tarihinden önce randevunun hatırlatılması, gidilmeyen randevular için ücret ödenmesi gibi) gidilmeyen randevuları tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir (Cayirli ve Veral, 2003). Diğer taraftan randevusuz başvuru eğilimi ile düşük sosyal sınıf ve aciliyet algısı arasında güçlü bağlantılar bulunmaktadır (Taylor, 1984; Virji, 1990). Bu bulgular, randevusuz hastaları reddeden bir kliniğin bu grupları daha da dezavantajlı duruma getirebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, genel olarak daha iyi bir yaklaşım, randevuya gitmeme veya randevusuz gitme durumlarını önceden tahmin etmek ve yıkıcı etkilerini azaltmak için randevu sistemini düzenlemektir (Cayirli ve Veral, 2003).

Blanco White ve Pike (1964) tarafından randevusuna gelmeyen hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada; beklenen ortalama gelmeyen hasta sayısını telafi etmek için fazladan hasta eklemenin etkilerini ortaya koymayı amaçlayan bir simülasyon kullanılmıştır. Çalışmada böyle bir ayarlamının sistem performansını önemli ölçüde artırabileceği bulunmuştur (Blanco White ve Pike, 1964). Başka bir çalışmada ise randevusuna gelmeyen hastalar ile randevusuz gelen hastaların, aynı hacimde veya bir poliklinik oturumunda aynı anda ortaya çıktıkları için birbirlerinin yerlerini dolduracağını varsaymanın tehlikeli olduğu üzerinde durulmuştur. Böyle bir girişim, hastaların bekleme sürelerini ve sağlık sunucularının iş yükünü artırma potansiyeline sahip olabilmektedir (Fetter ve Thompson, 1966).

2.1. Gidilmeyen Randevuların Etkileri ve İlgili Çalışmalar

Planlanan bir randevunun kullanılmaması veya o randevuya gidilmemesi olarak tanımlanan ve uluslararası literatürde ‘no-show’ olarak yer bulan randevular, maliyet etkin sağlık hizmeti sunumunda önemli bir engel oluşturmaktadır (Kheirkhah vd., 2016). Gidilmeyen her hastane randevusu, uygun hasta bakımının sunulması ve aynı zamanda o hasta ziyareti neticesinde ödeme almak için kaçırılmış bir fırsat anlamına gelmektedir (Mieloszyk vd., 2018).

2.1.1. Gidilmeyen Randevuların Sağlık Hizmeti Sunumu Üzerindeki Etkileri

Performans hedeflerine ulaşmak ve hastalar için akut bakım kullanımını azaltmak, sağlık hizmeti sunum sistemleri için giderek daha önemli bir hedef haline gelmektedir. Yetersiz bakım ve yüksek kaynak kullanımına neden olan riskli bireylerin belirlenmesi, sağlık çıktılarını iyileştirmek için müdahalelerin tasarlanmasında ilk adımı oluşturmaktadır. Ayakta tedavi randevularını sık sık kaçıran veya randevusuna gitmeyen hastalar, kolayca tanımlanabilen yüksek riskli bir grubu temsil edebilir (Hwang vd., 2015).

Gidilmeyen randevular hastalar için daha kötü bakıma, personelin verimsiz kullanımına ve artan bekleme sürelerine yol açmaktadır (Karter vd., 2004; Murray, 2000). Bununla birlikte, hastalar planlanmış tıbbi randevuları kaçırdığında, sağlık hizmeti sunumunun sürekliliği ve etkinliği azalmakta, hastaların sağlık durumlarının uygun bir şekilde izlenmesi gecikmekte ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin maliyeti artmaktadır (Karter vd., 2004). Bu durum özellikle kaçırılan randevuların; sağlık hizmetinin sürekliliğini zayıflattığı ve düzenli koruyucu taramaları, zamanında hasta bakımını ve ilaç değişikliği ihtiyacını etkilediği hastalıklar için geçerlidir (Macharia vd., 1992). Moore ve diğerlerine (2001) göre, randevularını iptal etmeyen ve kaçıran hastalar sağlıklarını ve refahlarını tehlikeye atabilmekte ve hizmet sağlayıcılarının terapötik çabalarına müdahale edebilmektedir. McQueenie ve diğerlerinin (2019); hastaların randevu devam geçmişi, uzun süreli sağlık sorunu sayısı ve reçete verilerini oluşturarak yaptıkları çalışmada, bir ila üç tane uzun süreli sağlık sorunu olan hastaların randevularını kaçırma dolayısıyla %30 daha fazla risk altında, dört veya daha fazla uzun süreli sağlık sorunu olan hastaların ise %70 daha fazla risk altında oldukları bulunmuştur. Aynı çalışmada uzun süreli sağlık

koşulları fiziksel ve zihinsel sağlık koşulları olarak daha ayrıntılı bir şekilde ele alındığında ise, uzun süreli zihinsel sağlık sorunları olan hastaların randevuları kaçırma dolayısıyla fiziksel sağlık sorunları olan hastalara göre daha fazla risk altında oldukları ortaya konulmuştur.

Randevuya gitmeme sonucunda ortaya çıkan aralıklı bakım, genellikle acil bakım merkezleri, acil servis gibi diğer beklenmedik, maliyetli tıbbi bakım biçimlerine yol açabilmektedir (Kim ve Giachetti, 2006; Samuels vd., 2015). Nguyen ve DeJesus (2010) tarafından yapılan bir araştırma, asistan doktorlarla randevularını kaçıran hastaların acil servise başvurma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Literatüre bakıldığında; kaçırılan randevuların kronik sağlık koşulları, psikiyatrik durumlar ve bilişsel faktörler gibi diğer değişkenlere göre gelecekteki acil servis kullanımının daha iyi bir yordayıcısı olduğu görülmektedir (Nguyen ve Dejesus, 2010; Renee Miller-Matero vd., 2018).

Randevuya uyma, kronik hastalık yönetimi ve diğer sağlık koşullarının daha da ilerlemesini engelleyebilecek diyabet ve hipertansiyon gibi ciddi hastalıkların tedavisi için önemlidir. Gidilmeyen hastane randevuları; doktorların hastalıklar için zamanında teşhis koyma fırsatlarını azaltmakta ve bir hastalığın erken veya çok geç teşhis edilmesi arasında fark yaratabileceğinden, hastalar için ciddi sağlık riskleri oluşturabilmektedir. (Gier, 2017). Her ne kadar tanı amaçlı testler ve tarama, hasta şikayetlerinin ve belirtilerinin erken teşhis edilmesine yardımcı olsa da hastalar kritik randevuları kaçırdığında söz konusu teşhis süreci uzayacaktır (Kheirkhah vd., 2016).

2.1.2. Gidilmeyen Randevuların Sağlık Hizmeti Maliyeti Üzerindeki Etkileri

Gidilmeyen randevular, sosyal maliyetler ve sağlık hizmeti sunucularına finansal maliyetler olmak üzere iki tür maliyete yol açabilmektedir. Bech (2005), gidilmeyen randevuların sosyal maliyetinin, kullanılmayan veya yanlış kullanılan kaynakların kayıp değeri olduğunu ve bunun da daha düşük üretkenlik ile sonuçlandığını belirterek sosyal maliyetlerin; kullanılmayan veya yanlış kullanılan personel zamanını, ekipman ve servis

kapasitesini, bekleme odalarında potansiyel olarak daha uzun zaman geçiren hastaları içerdiğini ifade etmiştir. Randevularını kaçıran hastaların neden olduğu boş kaynakların yeniden dağıtılmasındaki başarısızlık, kullanılmayan veya yanlış kullanılan kaynakların fırsat maliyetine eşit olan sosyal maliyetleri temsil etmektedir. Fırsat maliyeti, alternatif olarak bu kaynaklarla üretilebilecek olan kayıp değerdir; örneğin, başka bir hasta potansiyel olarak tedaviden faydalanabilirdi (Bech, 2005).

Gidilmeyen randevuların finansal maliyeti ise, sağlık hizmeti sunucusunun randevuya katılmama durumu sonucunda yüzleştiği gelir kaybıdır. Hizmet başına veya vaka başına ödeme şemaları ile (kısmen) geri ödeme yapılan sunucular gelirlerini kaybedebilirler; çünkü gidilmeyen randevu bir faaliyet olarak değerlendirilmez ve bu nedenle üçüncü taraf ödeyici tarafından bir geri ödeme yapılmaz. Randevusuna gitmeyen kişi, gelir getirebilecek başka bir faaliyetle (başka bir hastayı tedavi etmek gibi) yer değiştiremediğinde, sağlık hizmeti sunucuları gelir kaybına uğrar. Ancak çoğu durumda, kaçırılan bir randevu mutlaka bir finansal kayıp (ya da sosyal bir maliyet) değildir; çünkü aynı gün bakım arayan hastalar planlanan zaman aralığında yerlerini alabilir (Bech, 2005).

Gidilmeyen randevular ve bunun sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki etkisi konusunda uluslararası literatürde çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Berg vd., 2013; Dantas vd., 2018; Guzek vd., 2015). Hastalar randevulara gelmediğinde, önleyici bakıma erişilmediğinde daha maliyetli bir tedaviye yol açma potansiyeline sahip bir dalgalanma etkisi yaratmakta (Foushee, 2020) ve tıbbi tesis, telafisi olmayan bir şekilde para kaybetmektedir (Berg vd., 2013). Artan hasta iptalleri ve gidilmeyen randevu oranı, tıbbi kaynakların boşa harcanmasına ve hastane için gelirin azalmasına neden olmaktadır (Kheirkhah vd., 2016; Marbough vd., 2020).

Branş randevuları için gelmeme ile ilişkili maliyetler, birinci basamak randevularından daha yüksektir (Aggarwal vd., 2016; Bech, 2005); birinci basamak sağlık kurumları normalde gün içinde çok sayıda randevusuz hasta aldıkları için gidilmeyen randevu

olguyla daha kolay başa çıkabilirler (Yan vd., 2014). Planlı randevular; kişiye özel randevular veya uzun süreli randevuları olan hizmetlere kıyasla, randevusuz veya akut hastaların sürekli ziyaretleri nedeniyle, randevusuz hastalarla daha kolay yer değiştirilme potansiyeline sahiptir. Ayrıca planlanan randevu uzmanlaşma gerektiren bir alan ve belirli hastalara özel olduğunda, randevuya katılmama önemli maliyetler içerebilir. Bu mantığa göre; pratisyen hekim, diş hekimi, fizyoterapist gibi sağlık hizmeti sağlayıcılarına devamsızlık, sürekli hasta akışı ve randevu sürelerinin kısa olması nedeniyle göz ardı edilebilen maliyetler içerirken, uzmanlaşma gerektiren tedavilere devamsızlık önemli maliyetler içerir. Bu durum yalnızca hasta akışının niteliğine değil, aynı zamanda devamsızlık oranına da bağlıdır. Devamsızlık oranı fazlaysa, birinci basamak sağlık hizmetleri için de önemli maliyetler ortaya çıkabilmektedir (Bech, 2005).

Bir psikiyatri kliniğine sevk randevularıyla ilgili 3 aylık bir çalışmada, yalnızca bu 3 aylık süre boyunca gidilmeyen her randevunun kliniğe maliyetinin 463 dolar olduğu ve sonuç olarak yıllık gelirden 17.131 dolarlık bir kayıpla sonuçlanacağı bulunmuştur (Clouse vd., 2017). Bir akademik tıp merkezinde yapılan çalışmada radyoloji, görüntüleme ve tanısal görüntüleme randevuları için kaçırılan gelirin yılda 1 milyon dolara ulaştığı tahmin edilmektedir. Kaçırılan bu gelirin, her yıl yeni bir 3T MR tarayıcının satın alınmasını karşılayabileceği ifade edilmiştir (Mieloszyk vd., 2018). Guzek ve diğerleri tarafından (2015) bir pediatrik nöroloji kliniğinde yapılan çalışmada yıllık randevuya gitmeme düzeyinin %26 olduğu ve bu düzeyle birlikte gidilmeyen randevulardan kaynaklanan gelir kaybının 257.724 dolar olduğu ortaya konulmuştur. Bir vasküler laboratuvarında yapılan araştırma, %12'lik bir gidilmeyen randevu oranının laboratuvara yıllık brüt 89.107 dolar kayba neden olabileceğini bulmuştur. Aynı çalışmada, gidilmeyen randevu oranının %5'e düşürülmesinin, gelirin 51.769 dolar artmasıyla sonuçlanacağı da gösterilmiştir (Satiani vd., 2009).

Aile hekimliği uygulamasında yapılan başka bir çalışmada Moore ve diğerleri, (2001) gidilmeyen randevuların etkisini iki ölçüm kullanarak araştırmıştır; zaman ve para kaybı. Bu araştırmada 4.055 randevudan oluşan bir örnek üzerinde çalışılmış ve gelmeme oranı günde %24,4 olarak ortaya konulmuştur. Bazı gidilmeyen randevular ve iptaller,

randevusuz gelen hastalarla dengelenmiştir. Ancak, gidilmeyen randevular ve iptaller nedeniyle boş kalan randevu aralıkları hala önemli bir para ve kapasite kaybı yaratmakta ve planlanan randevuların %31,1'ini temsil etmekteydi. Son olarak söz konusu çalışmada, toplam gelirin %3 ile %14 arasında değişen yıllık bir açık olduğu tespit edilmiştir.

2.2. Randevuya Katılmamayı Önleme Girişimleri

Randevuya gitmeme durumuna neden olabilecek hasta ve randevu özelliklerinin anlaşılmasıyla, randevuya gitmeme durumuna yönelik girişimler ve bu girişimler arasından en çok fayda sağlayacak olanlar belirlenebilmektedir. Ayrıca hastaların randevularına gitmeme nedenlerinin ele alınması da randevuların oluşturulması ve gidilmeyen randevulara yönelik önlemlerin alınması noktasında yardımcı olacaktır. Gidilmeyen randevuları en aza indirebilmek amacıyla müdahalelerin etkililiğini analiz etmek için yapılan araştırmalar, bu müdahalelerin çoğunun gidilmeyen randevuların tamamen ortadan kaldırılmasına yardımcı olmadığı, ancak gidilmeyen randevu yüzdesinde önemli bir azalma sağladığı üzerinde durmuştur (Vijayan, 2014). Aşağıda, gidilmeyen randevulara yönelik bazı girişimler ve yapılan çalışmalar hakkında bilgi verilmiştir.

2.2.1. Randevu Planlama Yöntemleri

Literatürde temelde üç tane randevu planlama yöntemi bulunmaktadır. Bunlar geleneksel (traditional), biçimlendirilmiş (carve-out) ve gelişmiş erişim (advanced access) yöntemleridir. Geleneksel planlama yönteminde, klinisyenin randevu aralıkları genellikle aylara göre önceden ayrılmaktadır. Bu yöntemde hasta randevuları acil (aynı gün) ve acil olmayan şeklinde düşünülerek hasta durumunun aciliyeti belirlenmekte ve genellikle zaten dolu olan randevu aralığı tekrar rezerve edilmektedir. Biçimlendirilmiş yöntemde acil veya aynı gün randevular için zaman bloke edilerek geleneksel yaklaşım değiştirilmektedir. Gelişmiş erişim yönteminde ise, her hekimin uygun randevu aralıkları bulunmakta ve aynı gün randevularına öncelik verilmektedir (Murray ve Berwick, 2003; Murray ve Tantau, 2000). Gelişmiş erişim veya açık erişim olarak adlandırılan randevu planlama sisteminin, gidilmeyen randevuları önleme konusundaki etkileri üzerine çeşitli

çalışmalar mevcuttur (Bundy vd., 2005; Mallard vd., 2004; O'Connor vd., 2006; Pomerantz vd., 2008).

Kuzey Karolina'da bulunan birinci basamak dört sağlık merkezinde kalite geliştirme amacıyla yapılan bir zaman serisi çalışmasında, gelişmiş erişim sisteminin gidilmeyen randevuları %5 oranında düşürdüğü bulunmuştur (Bundy vd., 2005). Mallard ve diğerleri (2004), Alabama'da bir toplum sağlığı kliniğinde, gelişmiş erişim sisteminin randevuya katılma oranını anlamlı bir şekilde artırıp artırmadığı yönündeki lojistik regresyon analizinde, sistemin kullanıldığı dönemde hastaların randevularına gitme olasılıklarının 2,2 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır.

Genellikle geleneksel randevu planlaması içinde kullanılan ve çifte rezervasyon (overbooking) şeklinde adlandırılan yöntem ise, hastaların gitmedikleri randevuların etkilerini azaltmak için tercih edilen bir müdahale olmuştur. Oluşturulan randevulara gitmeyen hastaların var olacağı beklentisiyle birden fazla hasta randevusu aynı randevu aralığına planlanmakta, böylelikle polikliniklerin kullanılmamasından kaynaklanabilecek gelir kaybı ve sağlık hizmeti sunucusunun boş kalmasının önüne geçilebileceği düşünülmektedir (Gebhart, 2017). Literatürde, geçmişe dönük gidilmeyen randevu oranı kullanılarak veya hasta özelliklerinden yararlanılarak randevuya gitmemenin rölatif riskini hesaplayarak randevuları çifte rezervasyon halinde planlayan çalışmalar bulunmaktadır. Ancak gidilmeyen randevu tahminlerinin kötü yapılması, hastaların randevularında uzun gecikmeler ve personelin artan iş yüküyle sonuçlanabilecektir (Huang ve Hanauer, 2014).

Harris ve diğerleri (2016), Gaziler Sağlık İdaresi (Veterans Health Administration: VHA)'nde poliklinik randevusuna giden ve gitmeyen hasta verileri üzerinde yaptıkları çalışmada; bir hastanın randevuya devam geçmişine dayanarak randevuya gitmeme davranışını tahmin etmek için yeni bir model oluşturmuşlardır. Bu modelin; geçmiş davranışın gelecekteki davranışları nasıl etkileyebileceğine dair fikir verecek parametreleri tahmin eden ve sağlık hizmetini iyileştirmeye yönelik klinik planlama

kararları için önem teşkil eden, regresyon benzeri modelleme ve fonksiyonel yaklaşımı birleştiren analitik bir teknik olduğu belirtilmektedir. Lotfi ve Torres (2014), Michigan Üniversitesi'ne bağlı bir fizyoterapi kliniğinde, karar ağacı yöntemini baz alarak hastaların randevuya gitmeme olasılıklarını değerlendiren bir model geliştirmişlerdir. Zacharias ve Pinedo (2014), optimal bir randevu programının, etkili kaynak kullanımının faydaları ile hastaların bekleme süresi ve doktorun fazla mesai maliyetleri arasındaki dengeyi sağladığı düşüncesinden hareketle; farklı gelmeme olasılıkları ve farklı hasta gruplarıyla birlikte, bir tıbbi tesise gelmeme davranışı altında varışları programlamak için bir çifte rezervasyon modeli üzerinde çalışmışlardır. Çalışma sonucunda randevuya gitmeme oranı ve hastaların heterojen oluşlarının, optimal program üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ve dikkate alınması gerektiğini ifade etmişlerdir.

2.2.2. Hatırlatmalar

Gidilmeyen randevular için sıklıkla ortaya çıkan nedenlerden biri randevuların unutulmasıdır (Hon vd., 2005; Mohamed ve Al-Doghaither, 2002; Murdock vd., 2002; Neal vd., 2005; Skaret vd., 2000; Zailinawati vd., 2006). Herhangi bir randevu hatırlatma şekli (SMS, cep telefonu, e-mail gibi) randevuya gitmeme oranını ve gidilmeyen randevulardan kaynaklanabilecek verimsizliği ve maliyeti azaltmaya yardım edecektir. Randevuların, hastaların tercih ettikleri yöntemlerle hatırlatılması hem hastalara daha kolay ulaşılmasını sağlayacak hem de randevusunu iptal etmek isteyen hastalara bir fırsat yaratmış olacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine katılımı iyileştirmek amacıyla yapılan, kısa mesaj da dahil olmak üzere telefon hatırlatmaları alan bir grup hastanın, hatırlatma almayan hastalarla karşılaştırıldığı sekiz randomize kontrollü çalışmanın incelendiği bir araştırmada; kısa mesaj hatırlatıcılarının, hatırlatma almayan gruba kıyasla gidilmeyen randevu oranlarını azalttığı ve randevulara katılımı artırdığı ortaya konulmuştur. Ayrıca hatırlatıcı olmayan grupta klinik randevulara katılım oranı %67,8; kısa mesaj hatırlatıcıları grubu ve telefon görüşmesi hatırlatıcıları grubunda %80 ortalamayla klinik randevulara katılımında benzer artışlar olduğu saptanmıştır (Gurol-Urganci vd., 2013). Çin'de bir sağlığı geliştirme merkezine katılım oranlarını iyileştirmek amacıyla SMS ve

telefon hatırlatıcılarının etkinliğini karşılaştırmak için yapılan çalışmada, analiz için uygun bulunan 1848 katılımcı SMS hatırlatma, telefon hatırlatma ve kontrol (hatırlatma olmayan) olarak 3 gruba ayrılmıştır. Çalışmanın sonucunda; katılım oranlarının SMS (OR= 1,698; p=0,001) ve telefon gruplarında (OR= 1,829; p<0,001) kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Chen vd., 2008). Siwicki (2018) tarafından ele alınan bir çalışmada ise New Hampshire’de bir kadın hastalıkları ve doğum kliniğindeki randevuya gelmeme oranını azaltmak amacıyla bir metin mesajı stratejisi kullanılmıştır. Bu çalışmada randevu alan hastalara, randevudan yirmi dört saat önce ve bir saat önce mesaj gönderilerek kaçırılan randevularda %60 oranında azalma sağlanmıştır.

2.2.3. Eğitim

Hastaların gitmedikleri poliklinik randevuları için öne sürdükleri bir neden de randevu sistemleri ve gidilmeyen randevuların sağlık sistemi üzerindeki etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarıdır.

DuMontier ve diğerleri (2013) Wisconsin Üniversitesi’ne bağlı bir aile hekimliği merkezinde; öncelikle randevusuna gitmeyen hasta grubuna yönelik gidilmeyen randevuların etkilerinin tartışıldığı bir eğitim programının uygulanması, daha sonra sağlık hizmeti sağlayıcılarının programlarında çifte rezervasyon yapılmasına yönelik bir yöntem ve son olarak geleneksel randevu planlama yönteminin değiştirildiği gelişmiş erişim sisteminin uygulanması olmak üzere üç aşamalı karma bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda, randevulara gitme konusundaki en büyük gelişmenin, gelişmiş erişim sisteminin uygulanmaya başlamasından sonra sağlandığı ve randevusuna gitmeyen hasta grubundaki gidilmeyen randevu oranının %33,3’ten %17,7’ye düştüğü ortaya konulmuştur. Guse ve diğerleri (2003), bir aile hekimliği merkezinde muayene çıkışında görüşmeler şeklinde yapılan hasta eğitimlerinin gidilmeyen randevu oranı üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Girişimin yapıldığı grup ve kontrol grubu belirlenmiş ve yapılan basit lojistik regresyon analizi, girişimin yapıldığı grupta randevuya gitmeme olasılığının önemli bir azalma gösterdiğini ortaya koymuştur (OR= 0,71; p= 0,04).

Bu nedenle hastaların gidilmeyen randevuların oluşturduğu olumsuz etkiler hakkında farkındalık kazanmalarının hem hizmet sürekliliğinin sağlanmasında hem de sağlık sistemlerinin işleyişinde aksaklıkların ortaya çıkmasının önlenmesinde oldukça önemli olduğu kabul edilmektedir.

2.2.4. Gidilmeyen Randevu İçin Ücret

Literatürde gidilmeyen randevuların azaltılması konusunda etkisi olduğu düşünülen diğer bir yöntem, gidilmeyen randevu için bir ücret ödenmesidir. Bu girişimin amacı, gidilmeyen randevu oranıyla birlikte sağlık kaynaklarını optimize etmek ve sağlık fonlarının uygun kullanımını güvence altına almaktır (Bech, 2005).

Mäntyjärvi (1994), randevusuna gitmeyen hastalara gidilmeyen randevu ücreti uyguladığı ve müdahale öncesi ve müdahale sonrası durumu karşılaştırdığı çalışmada gidilmeyen randevu ücretinin getirilmesinden sonra randevuya gitmeme oranının %6,4'ten %5,5'e düştüğünü bildirmiştir. Lesaca (1995) ise, yaptığı çalışma sonucunda randevuya gelmeme oranının müdahale öncesi %20,1'den müdahale sonrası %9,27'ye düştüğünü bulmuştur.

Hastaneler, klinikler ve diğer tıbbi bakım merkezleri gidilmeyen randevu için ücret ödemeyi randevuya gitmeme oranını azaltmak için bir çözüm olarak tercih etse de bu girişim hastalar için daha az arzu edilen bir çözümdür; çünkü bu yaklaşım özellikle kısıtlı bir gelire sahip hastaların hizmete erişimini sınırlandırabilir (Daggy vd., 2010).

Sonuç olarak, bu müdahaleler sonucunda gidilmeyen randevularda bir azalmanın olması, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bir hastanın sağlık durumunu daha etkili bir şekilde izlemesini sağlamalıdır (Amos, 2019).

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı ve önemi, problem cümlesi, hipotezler, araştırmanın evreni ve örnekleme, varsayımlar, kısıtlılıklar, araştırmada kullanılan veri toplama aracı ve uygulanması ile veri analizi başlıkları detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Polikliniklerde kaçırılan veya gidilmeyen randevular sağlık kurumları açısından hem zamanın hem de kaynakların boşa harcanması olarak değerlendirilmektedir. Uluslararası literatürde bu konuda pek çok çalışma yapılmış olmakla birlikte Türkiye’de yeterli düzeyde çalışma yapılmadığı bilinmektedir. Kaçırılan/gidilmeyen randevuların günlük hasta muayene planı, sağlık hizmeti kaynaklarının kullanımı ve hizmetin verimliliği gibi konular üzerinde olumsuz sonuçlara neden olduğu göz önünde bulundurulduğunda Türkiye’deki hastanelerde de bu sorunun hangi boyutlarda olduğunun görülmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada bu boşluğun giderilmesi için bir üniversite hastanesinin polikliniklerinden alınan randevulara gidilmeme düzeyi ile bu düzeyi etkileyen faktörleri belirlemek, hem de hastaların son 1 ay içinde aldıkları randevularına gitmeme nedenleri ile bunların kişisel özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığını ve randevuya gitmeme durumuna ilişkin alınabilecek önlemleri etkileyen faktörleri tespit etmek amaçlanmaktadır. Çalışmadan elde edilecek bulguların, kaçırılan/gidilmeyen randevu problemi ile ilgili çözüm yöntemlerinin geliştirilmesi ve bundan sonra yapılacak çalışmalar için yol gösterici olması hedeflenmektedir.

Bu amaç kapsamında, hastaların poliklinik randevularına gitmeme olasılıkları ve bunu etkileyen faktörler, hastaların son 1 ayda aldıkları randevulara gitmeme nedenleri ve bu nedenlerin hastaların kişisel ve demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, eğitim durumu,

gelir, iş durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, genel sağlık durumu, kronik hastalık, yerleşim yeri, ulaşım türü, randevu tercih yöntemi, randevu alma süresi, randevu verilme süresi, başvuru poliklinik) göre farklılaşp farklılaşmadığı ve ayrıca randevuya gitmeme durumuna yönelik alınabilecek önlemleri etkileyen faktörlerin hangileri olduğu değerlendirilmiştir. Randevuya gitmeme nedenleri arasında, kişisel nedenler ve sistemden kaynaklı nedenler yer almaktadır. Gidilmeyen randevuları en aza indirmek için ise, kişisel nedenler ve sistemden kaynaklı nedenlere yönelik alınabilecek önlemler hakkında hastaların görüşleri incelenmiştir.

3.2. Problem Cümlesi

Araştırma kapsamında yukarıda belirtilen amaçlara ulaşmak için aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır.

1. Hastaların aldıkları poliklinik randevularına gitmeme düzeyi ve bu düzeyi etkileyen faktörler nelerdir?
2. Hastaların son 1 ayda aldıkları poliklinik randevularına gitmeme nedenleri nelerdir?
3. Hastaların poliklinik randevularına gitmeme nedenleri kişisel özelliklerine göre (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir, iş durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, genel sağlık durumu, kronik hastalık, yerleşim yeri, ulaşım türü, randevu tercih yöntemi, randevu alma süresi, randevu verilme süresi, başvuru poliklinik) farklılık göstermekte midir?
4. Hastaların poliklinik randevularına gitmemelerini en aza indirmek için alınabilecek önlemler kişisel özelliklerine göre (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir, iş durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, genel sağlık durumu, kronik hastalık, yerleşim yeri, ulaşım türü, randevu tercih yöntemi, randevu alma süresi, randevu verilme süresi, başvuru poliklinik) farklılık göstermekte midir?

3.3. Hipotezler

Bu çalışmada yukarıda belirtilmiş araştırma amacına ulaşmak ve problem cümlesini yanıtlamak için test edilecek hipotezler aşağıdaki gibidir:

Hipotez 1: Hastaların randevularına katılmama olasılıkları kişisel özelliklerine [a) cinsiyet b) yaş c) medeni durum d) başvuru poliklinik] göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 2 : Hastaların randevularına katılmamalarının olası nedenleri [1) “Randevumu unuttum”, 2) “Randevumu iptal etmek için çok uğraştım ama iptal edemedim”, 3) “Randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere (akupunktur, bitkisel tedavi gibi geleneksel yöntemler) yöneldim”, 4) “Randevu uzak bir tarihe verildiği için tedaviden vazgeçtim”, 5) “Ailemle ilgilenmem gerektiği için randevuma gidemedim”, 6) “Hastalığım ağırlaştığı ve dışarı çıkmama engel olduğu için gidemedim”, 7) “İstediğim doktordan randevu alamadığım için gitmedim”, 8) “Daha önce karşılaştığım olumsuz tutum ve davranışlar nedeniyle gitmedim”, 9) “Ulaşım aracı bulamadığım için gidemedim”, 10) “Uyuyakaldım”, 11) “Randevu saatinden önce randevuyu iptal etmişim”, 12) “Sağlık sorunum düzeldiği için gitmeye gerek görmedim”, 13) “İşten izin alamadım”, 14) “Hava şartları nedeniyle randevuma gidemedim”, 15) “Randevu saatimde hastanenin başka bir biriminde olduğum için yetişemedim”, 16) “Aynı anda iki farklı hastane/birimden randevu aldığım için diğerine gidemedim”, 17) “Başka bir yerde olmam gerekiyordu”, 18) “Aile üyelerimden biri hastaydı/ vefat etti”, 19) “Doktorumun başka bir işi çıktığı için randevum hastane tarafından iptal edildi/ertelendi”, 20) “Cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozuk olduğu için randevuma gelmemem söylendi”, 21) “Sigortam kapsamadığı için gidemedim”, 22) “Param olmadığı için gidemedim”, 23) “Hastanedeki bürokratik işlemlerin karmaşıklığı gözümü korkuttuğu için gitmekten vazgeçtim”] hastaların kişisel özelliklerine [a) cinsiyet b) yaş c) eğitim durumu d) gelir e) iş durumu f) medeni durum g) sağlık güvencesi h) genel sağlık durumu ı) kronik hastalık i) yerleşim yeri j) ulaşım türü k) randevu tercih yöntemi l) randevu alma süresi m) randevu verilme süresi n) başvuru poliklinik] göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 3: Hastaların randevularına katılmamalarını en aza indirmek için bilgilendirme boyutunda alınabilecek önlemleri benimseme düzeyleri kişisel özelliklerine [a) cinsiyet b) yaş c) eğitim durumu d) gelir e) iş durumu f) medeni durum g) sağlık güvencesi h) genel sağlık durumu ı) kronik hastalık i) yerleşim yeri j) ulaşım türü k) randevu tercih

yöntemi l) randevu alma süresi m) randevu verilme süresi n) başvuru poliklinik] göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 4: Hastaların randevularına katılmamalarını en aza indirmek için yaptırım boyutunda alınabilecek önlemleri benimseme düzeyleri kişisel özelliklerine [a) cinsiyet b) yaş c) eğitim durumu d) gelir e) iş durumu f) medeni durum g) sağlık güvencesi h) genel sağlık durumu ı) kronik hastalık i) yerleşim yeri j) ulaşım türü k) randevu tercih yöntemi l) randevu alma süresi m) randevu verilme süresi n) başvuru poliklinik] göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 5: Hastaların randevularına katılmamalarını en aza indirmek için iyileştirme boyutunda alınabilecek önlemleri benimseme düzeyleri kişisel özelliklerine [a) cinsiyet b) yaş c) eğitim durumu d) gelir e) iş durumu f) medeni durum g) sağlık güvencesi h) genel sağlık durumu ı) kronik hastalık i) yerleşim yeri j) ulaşım türü k) randevu tercih yöntemi l) randevu alma süresi m) randevu verilme süresi n) başvuru poliklinik] göre farklılık göstermektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İki aşamadan oluşan bu çalışmanın ilk aşamasında, hastaların randevularına gitmeme düzeyi ve bu düzeyi belirleyen faktörleri tespit etmek amacıyla araştırmanın yapıldığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bilgi sisteminden alınan ve 2020 Ocak-Şubat aylarını kapsayan 2 aylık döneme ait veriler (hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu ve randevu aldıkları poliklinik) esas alınmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında ise hastaların son 1 ayda poliklinik randevularına gitmeme nedenlerini belirlemek amacıyla uygulanacak anket çalışması için Ekim 2018'den Eylül 2019'a kadarki 1 yıllık süreçte dahili poliklinikler (561.786 hasta) ile cerrahi polikliniklerden (527.889 hasta) randevu alan hasta sayısı (N=1.089.675)

örneklem büyüklüğüne karar vermek için kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formülden yararlanılarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N - 1) + t^2pq}$$

Formüle göre;

t: Güven düzeyine ait t dağılımının tablo değeri (%99 güven düzeyi için 2,58)

p: Olayın oluş olasılığı %53,6 olarak alınmıştır. Hastaların poliklinik randevularına gitmeme oranı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmadan (Yüce vd., 2006) alınmıştır.

q: Olayın olmayış olasılığı (1-p) ise %46,4'dır.

d: Örnekleme hatası 0,01 olarak seçilmiştir.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N - 1) + t^2pq}$$

$$n = \frac{1.089.675 \times 2,58^2 \times 0,536 \times 0,464}{0,01^2 \times (1.089.675 - 1) + 2,58^2 \times 0,536 \times 0,464}$$

$$n = 662$$

Ancak, bu tür alan araştırmalarında genellikle %20 cevapsızlıkla karşılaşıldığı için örneklem büyüklüğüne %20 cevapsızlık eklenerek bulunan örneklem hacmi 795 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hacminin hesaplanmasından sonra Tablo 1'deki poliklinikler için örnek seçimi yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihten bir önceki yılın (Ekim 2018-

Eylül 2019) poliklinik başvuru sayılarına dikkat edilerek bu sayıların evrendeki dağılımına uygun kotada örneklem seçilmiştir.

Tablo 1. Evren ve Örnekleme Yeri Alan Hasta Sayılarının Polikliniklere Göre Dağılımı

Poliklinikler	Evrendeki Hasta Sayısı (N)	Örnekleme'deki Hasta Sayısı (n)
Dahili Poliklinikler Toplamı	561786	410
Aile Hekimliği	10042	7
Anestezi ve Palyatif	16286	12
Dermatoloji	73853	54
Endokrinoloji	30205	22
Enfeksiyon Hastalıkları	29990	22
Fizik Tedavi	71538	52
Gastroenteroloji	19301	14
Göğüs Hastalıkları ve TBC	25076	18
İç Hastalıkları (Dahiliye)	118321	86
Kardiyoloji	91602	67
Nefroloji	19663	14
Nöroloji	55909	41
Cerrahi Poliklinikler Toplamı	527889	385
Beyin ve Sinir Cerrahisi	40850	30
Genel Cerrahi	56554	41
Göğüs Cerrahisi	2833	2
Göz Hastalıkları	94645	69
Kadın Hastalıkları ve Doğum	92079	67
Kalp Damar Cerrahisi	21855	16
KBB	72179	53
Ortopedi ve Travmatoloji	81186	59
Plastik	21263	16
Üroloji	44445	32
Genel Toplam	1.089.675	795

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı ve Uygulanması

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden poliklinik randevusu alan hastaların poliklinik randevularına gitmeme düzeylerini ve gitmemelerini etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla, hastane bilgi sisteminden randevusuna giden ve gitmeyen hasta sayıları ile hastaların kaydedilen kişisel özellikleri talep edilmiştir. Bu verilerin geçmişe dönük 1 ayı kapsayacak şekilde verilebileceği ve hastaların yalnızca cinsiyet, yaş,

medeni durum, randevu aldıkları poliklinik ve randevuya gitme durumlarının kaydedildiği belirtilmiştir. Hastanenin bilgi işlem biriminden bu verilere ilişkin 2020 Ocak ve Şubat dönemini kapsayan kayıtlar istenmiştir. Bu veriler Microsoft Office Excel formatında alınmıştır. Alınan verilerde öncelikle kontrol, veri temizleme ve düzenlemeler yapılmış ve SPSS programına aktarılarak ilgili analizler gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada, hastaların son 1 ayda aldıkları randevulara gitmeme nedenleri ve bu nedenlerin kişisel özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için kullanılan anket formu (Ek 4) oluşturulurken Tablo 2’de gösterilen literatürden yararlanılmıştır. Geliştirilen anketin birinci bölümünde hastaların kişisel ve demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir, iş durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, genel sağlık durumu, kronik hastalık, yerleşim yeri, ulaşım türü, randevu tercih yöntemi, randevu alma süresi, randevu verilme süresi ve başvuru poliklinik) ile ilgili sorular yer almaktadır. Ayrıca ilk bölümde, son 1 ayda hastane randevusu almış ve randevusunu kaçırmış olanlara “Son 1 ayda kaç kez hastane randevusu aldınız?”, “Son 1 ay içinde hangi hastalık(lar) için hangi poliklinik(ler)den ve hastane(ler)den randevu aldınız?”, “Son 1 ay içinde gitmediğiniz/kaçırdığınız hastane randevuları hangi hastalık(lar) için hangi poliklinik(ler)den ve hangi hastane(ler)de oldu?” soruları sorulmuştur. Anket formunun ikinci bölümünde, hastane randevusuna gitmeme davranışı altında yatan 23 nedene yer verilmiştir. Hastalardan gitmediği her bir randevu için randevuya gitmeme neden(ler)ini işaretlemesi istenmiştir. Randevuya gitmeme davranışı altında yatan 23 nedenden bazıları (“Randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere (akupunktur, bitkisel tedavi gibi geleneksel yöntemler) yöneldim”, “Randevu uzak bir tarihe verildiği için tedaviden vazgeçtim”, “Daha önce karşılaştığım olumsuz tutum ve davranışlar nedeniyle gitmedim”, “Aynı anda iki farklı hastane/birimden randevu aldığım için diğerine gidemedim”, “Doktorumun başka bir işi çıktığı için randevum hastane tarafından iptal edildi/ertelendi”, “Cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozuk olduğu için randevuma gelmemem söylendi”, “Param olmadığı için gidemedim”, “Hastanedeki bürokratik işlemlerin karmaşıklığı gözümü korkuttuğu için gitmekten vazgeçtim”) soru kağıdına araştırmacı tarafından eklenerek geliştirilmiştir.

Tablo 2. Soru Kağıdında Bulunan Olası Randevuya Gitmeme Nedenlerinin Belirlenmesinde Yararlanılan Kaynaklar

No	Olası Randevuya Gitmeme Nedenleri	Yararlanılan Kaynaklar
1	Randevumu unuttum.	(Frost vd., 2017; Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005; Samuels vd., 2015)
2	Randevumu iptal etmek için çok uğraştım ama iptal edemedim.	(Frost vd., 2017; Neal vd., 2005)
5	Ailemle ilgilenmem gerektiği için randevuma gidemedim.	(Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005)
6	Hastalığım ağırlaştığı ve dışarı çıkmama engel olduğu için gidemedim.	(Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005)
7	İstediğim doktordan randevu alamadığım için gitmedim.	(Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005)
9	Ulaşım aracı bulamadığım için gidemedim.	(Frost vd., 2017; Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005; Samuels vd., 2015)
10	Uyuyakaldım.	(Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005)
11	Randevu saatinden önce randevuyu iptal etmişim.	(Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005)
12	Sağlık sorunum düzeldiği için gitmeye gerek göremedim.	(Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005)
13	İşten izin alamadım.	(Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Murdock vd., 2002; Neal vd., 2005; Samuels vd., 2015)
14	Hava şartları nedeniyle randevuma gidemedim.	(Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005)

Tablo 2. Soru Kağıdında Bulunan Olası Randevuya Gitmeme Nedenlerinin Belirlenmesinde Yararlanılan Kaynaklar (Devam)

No	Olası Randevuya Gitmeme Nedenleri	Yararlanılan Kaynaklar
15	Hava şartları nedeniyle randevuma gidemedim.	(Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005)
17	Başka bir yerde olmam gerekiyordu.	(Frost vd., 2017; Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005; Samuels vd., 2015)
18	Aile üyelerimden biri hastaydı/vefat etti.	(Frost vd., 2017; Hamilton vd., 2002; Hussain-Gambles vd., 2004; Neal vd., 2005; Samuels vd., 2015; Murdock vd., 2002)
21	Sigortam kapsamadığı için gidemedim.	(Samuels vd., 2015)

Anket formunun üçüncü bölümünde ise; randevuya gitmeme durumunu en aza indirmek için, ikinci bölümde yer alan randevuya gitmeme nedenlerine yönelik olarak, alınabilecek önlemler hakkında hastaların görüşlerinin yer aldığı 15 maddeden oluşan beşli Likert ölçeğine dayalı olarak geliştirilen ifadeler yer almaktadır. “Hastalar önceden randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirilmelidir”, “Hastaları randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirmek için hastane bekleme salonlarına hatırlatıcı ilanlar asılmalıdır”, “Randevularını önceden iptal ettirmeyen hastalardan ilave katkı payı alınmalıdır”, “Randevularına gelmeyen hastalara belli bir süre randevu verilmemelidir” ve “Hastaların randevusunu hastane içi sebeplerle kaçırmamasını önlemek için hastane birimleri arasında koordinasyon iyileştirilmelidir” önlemleri için Hussain-Gambles ve diğerleri (2004) tarafından yapılan çalışmadan yararlanılmıştır. Diğer önlemler ise (“Hastalar randevu iptal sistemine kolaylıkla ulaşabilmelidir”, “Randevu iptal yöntemleri hakkında hastalar bilgilendirilmelidir”, “Hasta randevu aldığı sırada çağrı merkezi elemanı hastanın randevuya gelmemesi durumunda randevusunu iptal etmesi gerektiği konusunda bilgi vermelidir”, “Randevusuna gitmeyen hastalara randevularını önceden iptal ettirmemeleri durumunda işin aksayacağına ilişkin bir uyarı mesajı gönderilmelidir”, “Randevuya gelmeme durumunu azaltmak için hastalara tercih ettikleri doktordan

randevu verilmeye dikkat edilmelidir”, “Doktordan ve cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozukluğundan kaynaklanan randevu iptal ya da değişimleri hastaya bildirilmelidir”, “Hastaların randevularına gelmelerini sağlamak için sağlık personelinin hastalara karşı daha fazla ilgili olmaları sağlanmalıdır”, “Doktorların kongre, çalıştay gibi toplantılara katılımları nedeniyle randevu iptallerine neden olmamak için bu tür toplantılar önceden planlanmalıdır”, “Tıbbi cihaz ve ekipmanların bozulması gibi nedenlerle randevu iptallerine neden olmamak için bu tür cihazların bakım ve onarımları zamanında yapılmalıdır”, “Hastaların randevularını unutmasını önlemek için 24 saat öncesinden hatırlatma yapılmalıdır”) randevuya gitmeme nedenini çözmeye yönelik olarak araştırmacı tarafından soru kağıdına eklenmiştir. Ölçeğe göre; 1=hiç etkili değil, 2=etkili değil, 3=kısmen etkili, 4=etkili ve 5=çok etkili anlamına gelmektedir.

Araştırma için düzenlenmiş olan soru formunun belirlenen örnekleme uygulanması 10 Şubat – 10 Mart 2020 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemine dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Hastalara anket uygulanmadan önce her bir hastaya çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Hastalara anket formundaki cevapların gizli tutulacağı, kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacağı, formda yer alan bilgilerin yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı açıklamaları yapılmıştır. Anket uygulaması hastane poliklinik bekleme salonlarında, randevularını bekleyen hastalara yapılmıştır. Anket formu hastalara uygulanmış, soruların eksiksiz yanıtlanmasına özen gösterilmiş ve her bir hastanın ankete cevap vermesi yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.6. Veri Analizi

Araştırma verilerinin girişi ve analizi SPSS programı (23.0) ile yapılmıştır. Analizden önce kayıp veri kontrolü yapılmış ve kayıp veriye rastlanmamıştır. Hastane bilgi sisteminden 2020 yılı Ocak-Şubat aylarında randevu almış olan hastaların randevuya gitmeme olasılığını belirlemek için sayı ve yüzdelerden oluşan tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Randevuya gitmeme olasılığını etkileyen faktörleri belirlemek için lojistik regresyon analizine başvurulmuştur. Lojistik regresyon analizi bireyin hangi grubun üyesi olduğunu kestirmede kullanılan bir regresyon denklemi kurar. Bu analizin temel amacı bireyleri gruplara göre sınıflandırma diğer amacı ise bağımlı ve bağımsız değişkenler

arasındaki ilişkileri araştırmaktır (Mertler ve Vannatta, 2005). Lojistik ve çoklu doğrusal regresyon analizlerindeki temel fark çoklu doğrusal regresyonda bağımlı değişkenin değeri kestirilirken, lojistik regresyonun bağımlı değişkenin alabileceği değerlerden birinin gerçekleşme olasılığını kestirmesidir (Bircan, 2004). Bu analizin en önemli varsayımı bağımlı değişkenin iki kategorili (1 ve 0), bağımsız değişkenlerin ise sürekli ya da kategorik olmasıdır. Lojistik regresyon analizinde randevuya gitme durumuna (0=gitme, 1=gitmeme) bağımlı değişken olarak yer verilirken hastaların kişisel özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum ve randevu alınan poliklinik) de bağımsız değişken olarak yer verilmiştir.

Hastaların randevuya gitmeme nedenleri ile çeşitli demografik özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığı ise çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ile incelenmiştir. Lojistik regresyon analizinde kullanılabilecek değişkenleri belirlemek için yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı çıkan değişkenler lojistik regresyon modellerine dahil edilmiştir. Yapılan analizlerde her bir randevuya gitmeme nedeni modelde bağımlı değişken olarak yer alırken, hastaların kişisel özellikleri bağımsız değişkenler olarak yer almıştır. Ancak, çalışmada yer verilen 23 adet olası gitmeme nedeninden bazılarında (“Cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozuk olduğu için randevuma gelmemem söylendi”, “Sigortam kapsamadığı için gidemedim”, “Param olmadığı için gidemedim” ve “Hastanedeki bürokratik işlemlerin karmaşıklığı gözümü korkuttuğu için gitmekten vazgeçtim”) gözlem sayısı yeterli büyüklükte olmadığından lojistik regresyon analizi çalışmamıştır. Ayrıca "İşten izin alamadım" diyen hastaları tahminleyen lojistik regresyon analizine iş durumu değişkeninin kategorilerinden biri olan ev hanımları mantıksal olarak uygun olmayacağı için dahil edilmemiştir.

Araştırmanın problemi doğrultusunda; hastaların randevularına gitmemelerini önlemek amacıyla bilgilendirme, yaptırım ve iyileştirme kapsamındaki önlemlere katılım düzeylerini tahmin etmek için çok değişkenli doğrusal regresyon yöntemi kullanılmıştır. Regresyon modellerinde hastaların bu üç boyut altında yer alan ifadelerle katılım düzeylerini gösteren boyut ortalamalarına bağımlı değişkenler olarak yer verilirken, hastaların kişisel özelliklerine (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir, iş durumu, medeni

durum, sağlık güvencesi, genel sağlık durumu, kronik hastalık, yerleşim yeri, ulaşım türü, randevu tercih yöntemi, randevu alma süresi, randevu verilme süresi ve başvurulan poliklinik) bağımsız değişken olarak yer verilmiştir. Ayrıca bu değişkenler arasında kategorik olan değişkenler için kukla değişken oluşturulmuştur. Bu yöntem parametrik bir yöntem olup varsayımları vardır. Veri sayısının yeterli büyüklükte olması, bağımlı değişkenin sürekli olması ve bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı problemi olmaması gerekmektedir (Pallant, 2010; Tabachnick ve Fidell, 2014). Pallant (2010) tolerans değeri 0.10'dan ve Varyans Őiřme değeri (VIF) 10'dan az olduğunda bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin yüksek olduğunu ve çoklu bağlantı problemi olmayacağını belirtir. Analizlere dahil edilen tüm modeller bu varsayım doğrultusunda değerlendirildiğinde çoklu bağlantı probleminin olmadığı grlmştir.

Ayrıca çalışmada kullanılan veri toplama araçlarının; toplanması amaçlanan veriyi başka verilerle karıştırmadan topladığından ve tutarlı sonuçlar verdiğinden emin olmak için geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması da büyük önem taşımaktadır (Morse vd., 2002). Aşağıda, çalışmada kullanılan soru kağınının geçerliliği ve güvenilirliği ile ilgili yapılan işlemler konusunda bilgi verilmiştir.

3.7. Geçerlilik Analizi

Geçerlilik, ölçülmek istenen özelliğin diğer özelliklerle karıştırılmadan ne derece doğru lldğyle ilgilidir. Amaçlanan lmenin geekleştirilebilme derecesi, lme sonuçlarının geçerliliğini gösterir (Büyüköztürk vd., 2015).

Araştırmada kullanılan anket formu içerik-kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği bakımından incelenmiştir. Anket formunu içerik geçerliliği açısından incelemek amacıyla; sağlık yönetimi alanından akademisyenler, hastane müdür ve müdür yardımcıları ile poliklinik hizmetleri sorumlusundan oluşan 7 kişilik uzman grubundan formda yer alan maddeleri ‘‘uygun’’, ‘‘uygun, ancak düzeltilmeli’’ ve ‘‘uygun değil’’ seçenekleri çerçevesinde değerlendirerek düşüncelerini ifade etmeleri istenmiştir. Anket formunun ikinci bölümünde bulunan hastaların poliklinik randevularına gitmeme

nedenlerinden; “Sağlık personelinin hastalara karşı olumsuz tutum ve davranışları nedeniyle gitmedim” ifadesinin “Daha önce karşılaştığım olumsuz tutum ve davranışlar nedeniyle gitmedim” ifadesiyle, “Başka bir hastaneye gittiğim için randevuma gidemedim” ifadesinin “Aynı anda iki farklı hastane/birimden randevu aldığım için diğerine gidemedim” ifadesiyle, “Doktorumun başka bir işi olduğu için randevuma gelmemem söylendi” ifadesinin “Doktorumun başka bir işi çıktığı için randevum hastane tarafından iptal edildi/ ertelendi” ifadesiyle değiştirilmesi önerilmiştir. Ayrıca “Randevunun gerekli olduğunu düşünmüyordum” ifadesi için uzmanların çoğunluğu formdan çıkarılması yönünde görüş bildirmiş, forma “Hastanedeki bürokratik işlemlerin karmaşıklığı gözümü korkuttuğu için gitmekten vazgeçtim” ifadesinin eklenmesi önerilmiştir.

Anket formunun üçüncü bölümünde yer alan randevuya gitmemeyi en aza indirmek için alınabilecek önlemler hakkında hastaların görüşleri, uzmanlar tarafından şu şekilde değerlendirilmiştir: “Randevusuna gitmeyen hastalara randevularını önceden iptal ettirmemeleri durumunda işin aksayacağına ilişkin bir uyarı mektubu gönderilmelidir” ifadesindeki “mektup” günümüz koşullarında yaygın olarak kullanılmadığı için “mesaj” şeklinde, “Sağlık personeli hastalara karşı ilgili olmalı, nazik ve güler yüzlü davranmalıdır” ifadesinin “Hastaların randevularına gelmelerini sağlamak için sağlık personelinin hastalara karşı daha fazla ilgili olmaları sağlanmalıdır” ifadesiyle, “Doktorların kongre, çalıştay gibi toplantılara katılımları durumunda o doktordan randevu alan hastalara randevunun iptali hakkında bilgi verilmelidir” ifadesinin “Doktordan ve cihaz (MR, tomografi, endoskopi) bozukluğundan kaynaklanan randevu iptal ya da değişimleri hastaya bildirilmelidir” ifadesiyle değiştirilmesi önerilmiştir. Bunların yanı sıra “Hastaların randevu iptali konusunda bilinçlenmeleri için hastane bekleme salonlarında kaçırılan son randevu sayısı görüntülenmelidir” ifadesi için uzmanlar tarafından anket formundan çıkarılması yönünde öneri sunulmuştur. Bu bağlamda, uzman görüşleri doğrultusunda anket formu yeniden düzenlenerek forma son şekli verilmiştir.

Soru kağıdının içerik geçerliliğinden emin olduktan sonra yapı geçerliliğini saptamak için ise Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır. Aşağıda yapılan bu analizler hakkında daha detaylı bilgiler bulunmaktadır.

3.7.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Soru kağıdının yapı geçerliliği için öncelikle AFA yapılmıştır. Bu analiz yöntemi çok değişkenli bir istatistiksel yöntem olup temel amacı birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişkenleri (faktörler, boyutlar) bulmaktır (Çokluk vd., 2012). AFA’da faktör çıkartma yöntemlerinden biri olan Temel Bileşenler Analizi (TBA) ve döndürme yöntemi olarak ise varimax dik döndürme yöntemi kullanılmıştır.

Faktör sayısına karar vermede ise literatürde çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Kaiser ve Rice (1974) tarafından özdeğerin 1’den büyük olması ve yamaç birikinti grafiği AFA’da faktör sayısına karar vermede tercih edilen ve kullanılan başlıca yöntemlerdir (Büyüköztürk, 2002; Fabrigar vd., 1999). Ancak maddeler ve ilişkili faktörlerle ilgili çeşitli kriterler de yer almaktadır. Faktör yükünün en az 0,30 ve bir madde birden fazla faktöre faktör yükü verdiğinde faktör yükleri arasındaki farkın en az 0,10 olması gerekmektedir (Stevens, 2002). Ancak bu çalışmada faktör yükü olarak minimum değer 0,40 olarak alınmıştır. Buna göre randevuya gitmemeyi en aza indirmek için alınabilecek önlemlerin oluşturduğu 15 maddelik soru formunda genel olarak tüm faktör yükleri yüksek olup madde atılmadan 3 faktörlü yapı elde edilmiş ve Tablo 3’te gösterilmiştir.

KMO örneklemin faktör analizi için yeterli olup olamayacağını gösteren bir indekstir ve bu indeksin oranının 0,60’tan büyük olması örneklemin yeterli büyüklükte olduğunu gösterir. Bartlett küresellik testinin anlamlılık değerinin (p) 0,01 düzeyinde anlamlı olması ise kovaryans matrisinin faktör analizi için uygunluğunu ifade etmektedir (Büyüköztürk, 2002; Kaiser ve Rice, 1974; Thompson, 2004). Tablo 3’te görüldüğü üzere 795 hastanın anket verilerine dayalı olarak yapılan AFA sonucunda KMO değeri 0,841, Bartlett küresellik testinin ($X^2 = 3450,182$, $sd=105$, $p<0,001$) anlamlı olduğu tespit

edilmiştir. Buna göre örneklemin yeterli büyüklükte ve verinin faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür.

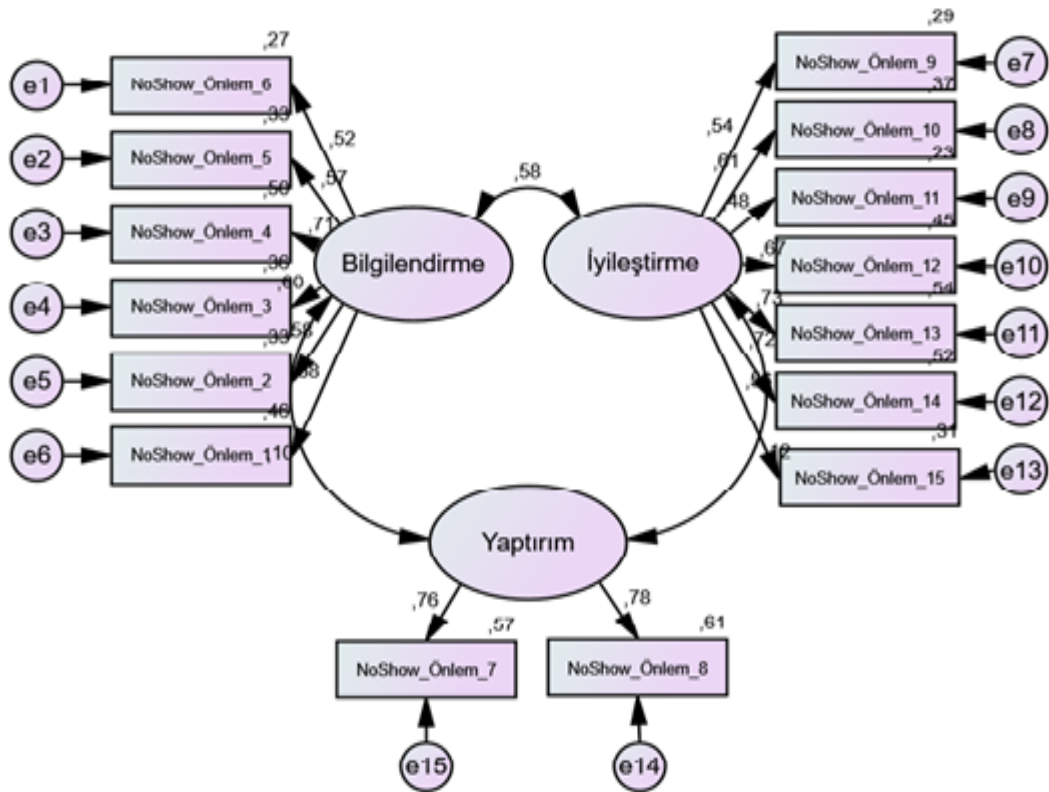
Tablo 3. Randevuya Katılmamayı Önlemek İçin Alınabilecek Önlemlere İlişkin AFA Bulguları

Maddeler	İyileştirme	Bilgilendirme	Yaptırım
m14	,806		
m13	,748		
m12	,699		
m15	,669		
m10	,646		
m9	,502		
m11	,474		
m2		,741	
m4		,709	
m1		,682	
m5		,663	
m6		,598	
m3		,591	
m7			,882
m8			,875
Özdeğer	3,268	3,022	1,638
Açıklanan Varyans	21,788	20,148	10,918
Toplam Varyans	21,788	41,936	52,854
Cronbach Alfa	0,774	0,803	0,766
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,841		
Bartlett Küresellik Testi	3450,182		
p	<0,001		

Tablo 3’te faktörlerden ilki olan ve daha çok randevuya gitmeme durumunu önlemek için sağlık kurumunun kendisinden kaynaklanabilecek sorunların iyileştirilmesine yönelik maddelerden oluşan iyileştirme faktörüne ait faktör yüklerinin 0,474-0,806 arasında olduğu ve bu faktörün tüm varyansın %21,8’ini açıkladığı görülmektedir. Diğer bir faktör olan bilgilendirme faktörü hastaların randevu konusunda bilinçlendirilmesine yönelik maddelerden oluşmakta ve bu faktöre ait faktör yükleri 0,591-0,798 arasında olup tüm varyansın %20,2’sini açıklamaktadır. Son olarak randevu aksaklıklarının önüne geçmek için hastalara yönelik yaptırımlarla ilgili maddelerden oluşan yaptırım faktörüne ait faktör yükleri ise 0,882 ve 0,875 olup bu faktör tüm varyansın %10,9’unu açıklamıştır. 3 faktörlü elde edilen bu yapı ise tüm varyansın %52,9’unu açıklamaktadır.

3.7.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Soru kağıdındaki randevuya gitmemeyi önlemek için alınabilecek önlemlere uygulanan AFA sonucu elde edilen 3 boyutlu yapının doğrulanıp doğrulanmadığını belirlemek için ise DFA yapılmış ve bunun için AMOS 23 programı kullanılmıştır. DFA'ya dayalı ölçüm modeli Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Randevuya Gitmemeyi En Aza İndirmek İçin Alınabilecek Önlemlere İlişkin DFA Ölçüm Modeli

Şekil 5'e göre tüm maddelerin faktör yükleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bilgilendirme boyutuna ilişkin regresyon katsayıları 0,27-0,71 değerleri arasında, iyileştirme boyutuna ilişkin regresyon katsayıları 0,48-0,72 değerleri arasında ve yaptırım boyutuna ilişkin regresyon katsayıları ise 0,76 ve 0,78 olarak elde edilmiştir.

Modelin uyum iyiliği indeksleri ile ilgili referans değerler ve modele ait değerler ise Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. DFA Ölçüm Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

İndeksler	Mükemmel Uyum Ölçütü	İyi Uyum Ölçütü	Araştırma Bulgusu	Karar
X^2/sd	0-3	3-5	5,198	Kabul Edilebilir
RMSEA	$,00 \leq RMSEA \leq ,05$	$,05 \leq RMSEA \leq ,10$	0,073	İyi Uyum
CFI	$,95 \leq CFI \leq 1,00$	$,90 \leq CFI \leq ,95$	0,890	Kabul Edilebilir
NFI	$,95 \leq GFI \leq 1,00$	$,90 \leq GFI \leq ,95$	0,868	Kabul Edilebilir
TLI	$,95 \leq GFI \leq 1,00$	$,90 \leq GFI \leq ,95$	0,850	Zayıf Uyum

Kaynak: Schumacker ve Lomax, 2010.

DFA'da ulaşılan modelin uyum iyiliğine karar vermek için çok sayıda indeks bulunmaktadır. En sık kullanılan uyum iyiliği indekslerinden biri olan X^2/sd olan oranı 3'ün altında olması mükemmel uyuma 5'in altında olması iyi uyum olduğunu belirtir (Kline, 2005). Bu değer 5,198 olarak bulunmuştur. Diğer sık kullanılan ve bu çalışmada yer verilen uyum indeksleri ise model uyumu için tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index, CFI), iyilik uyum indeksi (Goodness of Fit Index, GFI), normleştirilmiş uyum indeksi (Normed Fit Index, NFI), Tucker-Lewis Index (TLI) gibi istatistikler kullanılmıştır. Tablo 4'e göre model yapıya iyi uyum göstermektedir (RMSEA=0.073, CFI=0.890, NFI=0.868, TLI=0.850). Buna göre randevuya gitmemeyi en aza indirmek için alınabilecek önlemlere ilişkin 3 boyutlu yapı doğrulanmıştır.

3.8. Güvenilirlik Analizi

Çalışmada katılımcıların randevuya katılmama durumuna ilişkin alınabilecek önlemlere yönelik verdikleri cevapların güvenilirliği için iki yöntem kullanılmıştır. Bunlardan birincisi; anketin bu bölümüne ve alt boyutlarına ilişkin içsel tutarlılık katsayısının değerlendirilmesi, ikincisi ise 25 kişiye yapılan test-tekrar test analizleridir.

Tablo 5. Randevuya Gitmemeyi En Aza İndirmek İçin Alınabilecek Önlemlere İlişkin Maddelerin Güvenilirlik Analizi Bulguları

Boyutlar	Madde Sayısı	Test-Tekrar Test	Cronbach Alfa İçsel Tutarlılık Katsayısı
İyileştirme	7	0,817	0,803
Bilgilendirme	6	0,853	0,766
Yaptırım	2	0,903	0,745
Genel	15	0,851	0,774

Tablo 5’te görüldüğü gibi; iyileştirme boyutuna ilişkin güvenilirlik (Cronbach alfa) katsayısı 0,803, bilgilendirme boyutuna ilişkin güvenilirlik katsayısı 0,766 ve yaptırım boyutuna ilişkin güvenilirlik katsayısı ise 0,745 olarak elde edilmiştir. Elde edilen bulgular kullanılan soru kağıdının her bir boyutu ve genel içsel tutarlılık katsayısının kabul edilebilir güvenilirlik düzeyinde (0,60-0,80) (Kalaycı, 2010) olduğunu ortaya koymaktadır. Tüm soru kağıdının ve boyutlarının test tekrar test korelasyon katsayısı 0,80’den yüksektir. Dolayısıyla test-tekrar test güvenirliliği de yüksek olarak elde edilmiştir.

3.9. Varsayımlar

Çalışmanın yapıldığı hastanenin bilgi sisteminden alınan verilerin gerçek durumu yansıttığı ayrıca, anketin uygulandığı hastaneden poliklinik randevusu olarak randevusuna gitmemiş olan hastalardan ankete katılmayı kabul eden hastaların verdikleri cevapların yansız olduğu ve katılımcıların bilinçli olarak yanlış ya da eksik bilgi vermediği varsayılmaktadır.

3.10. Sınırlılıklar

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

1. Araştırma kapsamı, anket formundaki sorular ile hastane bilgi sisteminden alınan verilerle (hastaların cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları ve başvurdukları poliklinik) sınırlıdır.

2. Hastane bilgi sisteminden alınan veriler 2020 yılı Ocak ve Şubat ayları ile sınırlı olduğu için mevsimsel etkiler söz konusu olabilir.
3. Araştırma bulguları Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinden poliklinik randevusu almış olan hastalarla sınırlıdır. Araştırma Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinden randevu alan ve randevusuna gitmeyen 795 hastaya yapıldığı için sonuçları randevusuna gitmeyen tüm hastalara genellemek mümkün değildir. Ancak sonuçların randevusuna gitmeyen hastalar hakkında fikir vereceği söylenebilir.
4. Araştırmada randevuya gitmeme durumunun bireylerin hastalıklarına göre değişip değişmediği de değerlendirilmek istenmiş ancak anket uygulaması sırasında bireylere hastalıkları sorulduğu halde hastaların büyük bir çoğunluğu hastalıkları yerine semptomlarını anlattıkları için hastalığa göre bir değerlendirme yapılamamıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, hastaların poliklinik randevularına gitmeme olasılığı, bu olasılığı etkileyen faktörler, randevuya gitmeme nedenleri ve belirleyicileri ile randevuya gitmemeyi önlemeye yönelik önlemlere hastaların katılımlarını etkileyen faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılan araştırmaya ait tanımlayıcı bulgulara ve hipotezlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Araştırmaya İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamında Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinden randevu almış olan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile poliklinik randevularına gitmeme nedenleri ve gidilmeyen randevuları en aza indirebilmek adına alınabilecek önlemler hakkında hastaların görüşlerini tanımlayan bulgular yer almaktadır.

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak-Şubat 2020 döneminde randevu almış olan hastalara ait tanımlayıcı bulgular Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak-Şubat 2020 Döneminde Randevu Alan Hastalara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	64566	63,0
Erkek	37995	37,0
Yaş		
<20	16535	16,1
20-39	28215	27,5
40-59	32451	31,6
>=60	24873	24,3

Tablo 6. Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak-Şubat 2020 Döneminde Randevu Alan Hastalara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (Devam)

Değişkenler	n	%
Medeni Durum		
Evli	63079	61,5
Bekar	28582	27,9
Dul	6061	5,9
Randevu Alınan Bölüm		
Cerrahi Bölümler	35092	34,2
Dahili Bölümler	51059	49,8
Kadın Doğum Bölümü	8008	7,8
Çocuk Bölümü	6768	6,6
Diş Bölümü	787	0,8

Tablo 6'da görüldüğü üzere, belirtilen süreçte hastane randevusu alan hastaların çoğunluğu (%63) kadınlardan oluşmaktadır. Yaş değişkenine bakıldığında; hastaların %31,6'sının 40-59 yaş grubunda, %27,5'inin 20-39 yaş grubunda, %24,3'ünün 60 yaş ve üzerinde, %16,1'inin ise 20 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Bu hastaların %61,5'i evli, geri kalanı ise dul veya bekindir. Ocak-Şubat 2020 döneminde hastaların yarısı (%49,8) Dahili bölümlerden randevu almıştır. Hastaların %34,2'si Cerrahi bölümlerden, %7,8'i Kadın Doğum bölümünden, %7,4'ü ise Çocuk hastalıkları ve Diş hastalıkları bölümlerinden randevu almışlardır.

İki aşamalı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada ilk olarak; poliklinik randevusuna gitmeme düzeyini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek için hastane bilgi sistemi verilerine başvurulmuş ve bu kapsamda Ocak- Şubat 2020 tarihleri arasında 2 aylık dönemde verilen poliklinik randevularına hastaların gidip gitmeme durumları incelenmiştir (Tablo 7). Buna göre; bu süreçte randevu almış olan hastaların %83,8'i randevusuna gitmiş, %16,2'si ise gitmemiştir. Yani Ocak-Şubat 2020 döneminde randevuya gitmeme oranı %16,2'dir.

Tablo 7. Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak-Şubat 2020 Döneminde Hastaların Poliklinik Randevularına Gitme Durumu

	n	%
Randevusuna Giden	85930	83,8
Randevusuna Gitmeyen	16631	16,2
Toplam	102561	100,0

Çalışmanın ikinci aşamasında ise anket yöntemine dayalı olarak hastaların poliklinik randevularına gitmeme nedenleri belirlenmeye çalışılmış ve bu nedenlerin onların kişisel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Anketi cevaplayan ve son 1 ay içinde gitmediği en az 1 randevusu olan 795 katılımcı ile ilgili kişisel ve demografik veriler Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Kişisel ve Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=795)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	437	55,0
Erkek	358	45,0
Yaş		
18-25	216	27,2
26-35	184	23,1
36-45	169	21,3
46-55	135	17,0
56-65	61	7,7
>65	30	3,8
Eğitim		
Okuryazar değil & Okuryazar	28	3,5
İlkokul	152	19,1
Ortaokul	78	9,8
Lise	196	24,7
Yüksekokul	63	7,9
Üniversite	259	32,6
Yüksek Lisans & Doktora	19	2,4

Tablo 8. Katılımcıların Kişisel ve Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=795)
(Devam)

Gelir		
<=2000	110	13,8
2001-4000	372	46,8
4001-6000	210	26,4
6001-8000	76	9,6
8001-10000	17	2,1
>10000	10	1,3
İş durumu		
Tam zamanlı	283	35,6
Yarı zamanlı	20	2,5
Ev hanımı	208	26,2
İşsiz	47	5,9
Öğrenci	158	19,9
Emekli	79	9,9
Medeni Durum		
Bekar	299	37,6
Evli	496	62,4
Sağlık Güvencesi		
Sigorta yok	24	3,0
SSK	472	59,4
BağKur	92	11,6
Emekli Sandığı	166	20,9
Yeşil Kart	30	3,8
Özel sigorta	11	1,4
Genel Sağlık Durumu		
Çok kötü	9	1,1
Kötü	28	3,5
Orta	288	36,2
İyi	420	52,8
Mükemmel	50	6,3
Kronik Hastalık		
Evet	214	26,9
Hayır	581	73,1
Yerleşim Yeri		
Köy	80	10,1
Belde	28	3,5
İl ve ilçe merkezi	687	86,4
Toplam	795	100,0

Tablo 8'e göre, katılımcıların %55'i kadın, %45'i erkektir. 18-25 yaş aralığında bulunan katılımcılar %27,2 oranla çoğunluğu oluşturmaktadır. Bunu 26-35 (%23,1), 36-45 (%21,3), 46-55 (%17) ve 56-65 (%7,7) yaş grupları takip etmektedir. 66 yaş ve üzeri hastaların ise çalışmaya %3,8 oranla dahil olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından bakıldığında katılımcıların %62,4'ü evli, %37,6'sı bekadır. Örneklem grubundaki hastaların eğitim durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, %32,6'sının üniversite mezunu olduğu, %24,7'sinin lise, %19,1'inin ilkokul, %9,8'inin ortaokul, %7,9'unun yüksekokul mezunu olduğu, okuryazar olmayan ve okuryazar grubunda ise 28 hastanın (%3,5) olduğu ve 19 hastanın (%2,4) yüksek lisans ve doktora derecesine sahip olduğu bulgulanmıştır. Hastaların gelir durumlarına bakıldığında %46,8 ile çoğunluğun 2001-4000 TL gelir grubunda yer aldığı görülmektedir. Bunu %26,4 oranla 4001-6000 TL, %13,8 oranla 0-2000 TL, %9,6 oranla 6001-8000 TL, %2,1 oranla 8001-10000 TL gelir grupları izlemektedir. 10000 TL üstü gelire sahip olanlar ise katılımcıların sadece %1,3'ünü oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların iş durumuna bakıldığında, katılımcıların %35,6'sının tam zamanlı çalıştığı, %26,2'sinin ise ev hanımı olduğu görülmektedir. Bu yüzdeleri; %19,9 ile öğrenciler, %9,9 ile emekliler, %5,9 ile işsiz olanlar ve %2,5 ile yarı zamanlı çalışanlar takip etmektedir. Sağlık güvencesi açısından değerlendirildiğinde %3'ü herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların %59,4'ü SSK, %20,9'u Emekli Sandığı, %11,6'sı BağKur, %3,8'i Yeşil Kart ve %1,4'ü özel sigortaya sahiptir. Araştırmaya katılanlara genel sağlık durumları sorulduğunda; katılımcıların %52,8'i "iyi", %36,2'si "orta", %6,3'ü "mükemmel", %3,5'i "kötü" ve %1,1'i "çok kötü" hissettiğini söylemiştir. Ankete cevap verenlerin %73,1 herhangi bir kronik hastalığı olmadığını söylerken %26,9'u kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Araştırmada yer alan katılımcıların yerleşim yerine göre dağılımlarına bakıldığında; %86,4'ü il ve ilçe merkezinde, %10,1'i köyde ve %3,5'i beldede yaşadığını ifade etmiştir.

Tablo 9'da araştırmada yer alan katılımcıların poliklinik randevularına ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Poliklinik Randevularına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Ulaşım Yöntemi	n	%
Kendi Aracım	257	32,3
Otobüs/dolmuş	467	58,7
Taksi	13	1,6
Yürüyerek	42	5,3
Ailemin Aracı	185	23,3
Ambulans	2	0,3
Diğer	2	0,2
Randevu Tercih Yöntemi		
Çağrı merkezini arayarak	374	47,0
İnternet üzerinden online randevu (MHRS)	359	45,2
Poliklinik sekreterliği	61	7,7
Diğer	1	0,1
Randevu Alma Süresi		
Aynı gün içinde	610	76,7
1-3 gün içinde	148	18,6
4-7 gün içinde	31	3,9
Diğer	6	0,8
Randevunun Verilme Süresi		
Aynı gün ya da ertesi gün için	89	11,2
1-2 hafta sonrası için	587	73,8
3-4 hafta sonrası için	112	14,1
Diğer	7	0,9
Son 1 Ay İçinde Alınan Randevu Sayısı		
1 randevu alanlar	100	12,6
2 randevu alanlar	390	49,1
3 randevu alanlar	237	29,8
4 randevu alanlar	54	6,8
5 randevu alanlar	14	1,8
Son 1 Ay İçinde Randevusuna Gitmeyenler		
1 randevusuna gitmeyenler	705	88,7
2 randevusuna gitmeyenler	86	10,8
3 randevusuna gitmeyenler	4	0,5
Toplam	795	100,0

Tablo 9’da görüldüğü gibi, “Hastaneye giderken genellikle kullandığınız ulaşım türünü belirtiniz” şeklinde sorulan ve birden fazla seçeneğin işaretlenebileceği ifade edilen soruya katılımcıların %58,7 gibi büyük bir kısmını “Otobüs/dolmuş” cevabını vermiştir. Bunu %32,3 ile kendi aracını, %23,3 ile ailesinin aracını kullanan katılımcılar takip

etmekle birlikte; %5,3 randevuya yürüyerek gittiğini, %1,6 taksi kullandığını ve 2 hasta ise randevusuna gitmek için ambulansa ihtiyacı olduğunu söylemiştir. 1 katılımcı randevusuna arkadaşının aracıyla, 1 katılımcı da servisle gittiğini ifade etmiştir. Katılımcılara poliklinik randevusu alırken en çok tercih ettikleri yöntem sorulduğunda; çağrı merkezini arayarak randevu aldığını söyleyenler katılımcıların %47'sini, internet üzerinden online randevu aldığını söyleyenler %45,2'sini ve poliklinik sekreterliğinden aldığını söyleyenler %7,7'sini oluşturmaktadır. 1 kişi ise randevusunu aile doktorunun aldığını belirtmiştir. “Randevunuzu genellikle ne kadar sürede alabiliyorsunuz?” sorusuna katılımcılar büyük oranla (%76,7) “aynı gün içinde” cevabını vermiştir. “1-3 gün içinde” cevabını veren katılımcıların oranı %18,6 ve “4-7 gün içinde” cevabını veren katılımcıların oranı ise %3,9’dur. 3 katılımcı randevu alma süresinin 10 gün, 3 katılımcı ise 15 gün olduğunu belirtmiştir. Ankete cevap veren katılımcılardan %73,8’i, “Randevunuzu genellikle kaç gün sonrası için alabiliyorsunuz?” sorusuna “1-2 hafta sonrası için” cevabını vermiştir. Bu soruyu katılımcıların %14,1’i “3-4’ hafta sonrası için”, %11,2’si “aynı gün ya da ertesi gün için” şeklinde cevaplamıştır. Randevunun kendisine 3-4 gün içinde verildiği söyleyen 4 kişi, 5 gün içinde verildiğini söyleyen 1 kişi, 40 gün içinde verildiğini söyleyen 1 kişi ve 5 hafta sonrasına verildiğini söyleyen 1 kişi bulunmaktadır. Katılımcılara sorulan “Son 1 ay içinde kaç kez hastane randevusu aldınız?” sorusuna hastaların yaklaşık yarısı “2” cevabını vermiştir. Bunu %29,8 oranla “3”, %12,6 oranla “1”, %6,8 oranla “4” ve %1,8 oranla “5” cevapları takip etmektedir. Son 1 ay içinde en az 1 kez poliklinik randevusu almış olan hastalara, bu randevularından kaç tanesine gitmedikleri/kaçırdıkları sorulduğunda; 705 kişi (%88,7) randevusuna 1 kez gitmediğini, 86 kişi (%10,8) 2 kez gitmediğini ve son olarak 4 kişi (%0,5) ise 3 kez gitmediğini söylemiştir.

Tablo 10, araştırmada yer alan katılımcıların son 1 ayda aldıkları randevu sayısının polikliniklere göre dağılımını göstermektedir. Ankete cevap veren hastalar, son 1 ayda en fazla 5 kez poliklinik randevusu almışlardır.

Tablo 10. Katılımcıların Son 1 Ayda Aldıkları Randevuların Polikliniklere Göre Dağılımı

Poliklinikler	1 Randevu Alanlar		2 Randevu Alanlar		3 Randevu Alanlar		4 Randevu Alanlar		5 Randevu Alanlar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dahili Poliklinikler Toplamı	420	53	384	48,4	163	20,7	39	5	9	1,1
Dahiliye	109	13,7	93	11,7	43	5,4	16	2,0	1	0,1
Göğüs Hastalıkları	33	4,2	26	3,3	10	1,3	2	0,3	1	0,1
Dermatoloji	88	11,1	75	9,4	26	3,3	3	0,4	2	0,3
Kardiyoloji	62	7,8	47	5,9	19	2,4	3	0,4	2	0,3
Nöroloji	33	4,2	41	5,2	18	2,3	4	0,5	1	0,1
Nefroloji	9	1,1	3	0,4	2	0,3	1	0,1	-	-
Romatoloji	4	0,5	5	0,6	2	0,3	-	-	-	-
Enfeksiyon Hastalıkları	11	1,4	6	0,8	3	0,4	1	0,1	1	0,1
Fizik Tedavi	26	3,3	37	4,7	19	2,4	2	0,3	-	-
Endokrinoloji	13	1,6	12	1,5	8	1,0	-	-	1	0,1
Ruh ve Sinir Hastalıkları	14	1,8	11	1,4	5	0,6	2	0,3	-	-
Gastroenteroloji	15	1,9	21	2,6	5	0,6	5	0,6	-	-
Aile Hekimliği	3	0,4	6	0,8	3	0,4	-	-	-	-
Akupunktur	-	-	1	0,1	-	-	-	-	-	-
Cerrahi Poliklinikler Toplamı	375	47	313	39,4	142	17,7	30	3,9	5	0,6
Kadın Hastalıkları ve Doğum	72	9,1	48	6,0	12	1,5	3	0,4	-	-
KBB	81	10,2	71	8,9	28	3,5	4	0,5	1	0,1
Göz	58	7,3	53	6,7	20	2,5	6	0,8	-	-
Üroloji	28	3,5	31	3,9	13	1,6	6	0,8	1	0,1
Ortopedi	54	6,8	37	4,7	27	3,4	5	0,6	1	0,1
Genel Cerrahi	33	4,2	26	3,3	13	1,6	2	0,3	-	-
Beyin ve Sinir Cerrahisi	13	1,6	11	1,4	13	1,6	1	0,1	-	-
Kalp ve Damar Cerrahisi	8	1,0	12	1,5	5	0,6	-	-	-	-
Göğüs Cerrahisi	2	0,3	2	0,3	1	0,1	-	-	-	-
Plastik Cerrahi	5	0,6	5	0,6	2	0,3	2	0,3	-	-
Diş	21	2,6	17	2,1	8	1,0	1	0,1	2	0,3
Genel Toplam	795	100	697	87,8	305	38,4	69	8,9	14	1,7

Son 1 ayda en az 1 kez poliklinik randevusu almış olan hastaların dahil olduğu bu çalışmada, Tablo 10'da görüldüğü gibi hastaların %13,7'si Dahiliye polikliniğinden, %11,1'i Dermatoloji polikliniğinden, %10,2'si KBB polikliniğinden, %9,1'i Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinden ve %7,8'i Kardiyoloji polikliniğinden randevu

almıştır. Son 1 ayda 2 kez poliklinik randevusu almış olan hastaların %11,7'sinin aldığı randevu Dahiliye, %9,4'ünün Dermatoloji, %8,9'unun KBB, %6,7'sinin Göz, %6'sının Kadın Hastalıkları ve Doğum ve %5,9'unun Kardiyoloji polikliniklerinden olmuştur. Son 1 ayda aldığı randevu sayısı 3 olan hastaların %5,4'ü Dahiliye, %3,5'i KBB, %3,4'ü Ortopedi, %3,3'ü Dermatoloji ve %2,5'i Göz polikliniklerinden randevu aldıklarını ifade etmiştir. Son 1 ayda 4 kez poliklinik randevusu alan hastaların %2'si Dahiliye polikliniğinden ve 5 kez randevu alan hastaların Dermatoloji (%0,3), Kardiyoloji (%0,3), Diş (%0,3), Göğüs Hastalıkları (%0,1), KBB (%0,1), Dahiliye (%0,1), Üroloji (%0,1), Ortopedi (%0,1), Nöroloji (%0,1), Enfeksiyon Hastalıkları (%0,1) ve Endokrinoloji (%0,1) polikliniklerinden randevu aldıkları görülmektedir.

Tablo 11'de katılımcıların son 1 ayda gitmedikleri randevuların polikliniklere göre dağılımı verilmiştir. Ankete cevap veren hastaların arasında son 1 ayda en fazla 3 kez randevusuna gitmeyen hasta bulunmaktadır.

Tablo 11. Katılımcıların Son 1 Ayda Gitmedikleri Randevuların Polikliniklere Göre Dağılımı

Poliklinikler	1 Randevuya Gitmeyenler		2 Randevuya Gitmeyenler		3 Randevuya Gitmeyenler	
	n	%	n	%	n	%
Dahili Poliklinikler Toplamı	432	54,2	53	6,5	1	0,1
Dahiliye	114	14,3	19	2,4	-	-
Göğüs Hastalıkları	29	3,6	4	0,5	-	-
Dermatoloji	100	12,6	11	1,4	1	0,1
Kardiyoloji	42	5,3	3	0,4	-	-
Nöroloji	40	5,0	3	0,4	-	-
Nefroloji	7	0,9	1	0,1	-	-
Romatoloji	-	-	2	0,3	-	-
Enfeksiyon Hastalıkları	9	1,1	1	0,1	-	-
Fizik Tedavi	34	4,3	4	0,5	-	-
Endokrinoloji	12	1,5	2	0,3	-	-
Ruh ve Sinir Hastalıkları	19	2,4	1	0,1	-	-
Gastroenteroloji	20	2,5	2	0,3	-	-
Aile Hekimliği	5	0,6	-	-	-	-
Akupunktur	1	0,1	-	-	-	-

Tablo 11. Katılımcıların Son 1 Ayda Gitmedikleri Randevuların Polikliniklere Göre Dağılımı (Devam)

Poliklinikler	1 Randevuya Gitmeyenler		2 Randevuya Gitmeyenler		3 Randevuya Gitmeyenler	
	n	%	n	%	n	%
Cerrahi Poliklinikler Toplamı	363	45,8	37	4,8	3	0,3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	51	6,4	3	0,4	-	-
KBB	89	11,2	6	0,8	1	0,1
Göz	69	8,7	11	1,4	1	0,1
Üroloji	28	3,5	2	0,3	1	0,1
Ortopedi	53	6,7	8	1,0	-	-
Genel Cerrahi	26	3,3	3	0,4	-	-
Beyin ve Sinir Cerrahisi	12	1,5	-	-	-	-
Kalp ve Damar Cerrahisi	3	0,4	2	0,3	-	-
Göğüs Cerrahisi	2	0,3	-	-	-	-
Plastik Cerrahi	3	0,4	1	0,1	-	-
Diş	27	3,4	1	0,1	-	-
Genel Toplam	795	100	90	11,3	4	0,4

En az 1 poliklinik randevusu almış olup (çalışmaya göre en fazla 5) bu randevularına en az 1 kez gitmemiş olan (çalışmaya göre en fazla 3) hastalardan, Tablo 11’de görüldüğü gibi randevusuna 1 kez gitmemiş olan hastaların %14,3’ü Dahiliye, %12,6’sı Dermatoloji, %11,2’si KBB, %8,7’si Göz, %6,7’si Ortopedi ve %6,4’ü Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinden aldıkları randevulara gitmediklerini belirtmişlerdir. Randevusuna 2 kez gitmemiş olan hastaların gitmedikleri polikliniklerden bazıları; Dahiliye (%2,4), Dermatoloji (%1,4), Göz (%1,4) ve Ortopedi (%1) olarak görülmektedir. 4 hasta, son 1 ayda poliklinik randevusu alıp randevusuna 3 kez gitmediğini ifade etmiştir. Bu hastaların randevu alıp gitmedikleri poliklinikler; KBB (1 hasta), Göz (1 hasta), Üroloji (1 hasta) ve Dermatoloji (1 hasta) poliklinikleridir.

Tablo 12’de araştırmada yer alan katılımcıların son 1 ayda aldıkları randevuların hastanelere göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 12. Katılımcıların Son 1 Ayda Aldıkları Randevuların Hastanelere Göre Dağılımı

Hastaneler	1 Randevu Alanlar		2 Randevu Alanlar		3 Randevu Alanlar		4 Randevu Alanlar		5 Randevu Alanlar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hitit Üniversitesi Erol Olçok EAH	763	96,0	684	86,0	296	37,2	67	8,4	14	1,8
İskilip Devlet Hastanesi	3	0,4	2	0,3	2	0,3				
Dışkapı Mevki Hastanesi			1	0,1						
Dr. Sami Ulus	1	0,1								
Özel Elitpark Hastanesi	6	0,8			1	0,1				
Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi	5	0,6	1	0,1						
Osmancık Devlet Hastanesi			2	0,3			1	0,1		
Ankara Sanatoryum Hastanesi			1	0,1						
Yozgat Şehir Hastanesi	1	0,1			1	0,1	1	0,1		
Bafra Devlet Hastanesi	1	0,1	1	0,1	1	0,1				
Zile Devlet Hastanesi	1	0,1								
Sarıkaya Devlet Hastanesi	1	0,1								
Çorum Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM)	3	0,4	2	0,3	2	0,3				
Çorum Özel Hastanesi	9	1,1	1	0,1	1	0,1				
Alaca Devlet Hastanesi	1	0,1	1	0,1	1	0,1				
Toplam	795	100,0	697	87,7	305	38,4	69	8,7	14	1,8

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bu çalışmada Tablo 12'de görüldüğü gibi, 1 kez poliklinik randevusu almış olan hastaların %96'sının randevularını bu hastaneden almış oldukları görülmektedir. Hastaların %1,9'u Çorum merkezinde bulunan diğer hastanelerden (Çorum Özel Hastanesi, Özel Elitpark Hastanesi ve Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi) randevu aldıklarını, %0,4'ü Çorum ADSM'den randevu aldığını ve geri kalan hastalar Çorum'un ilçelerinde bulunan hastanelerden (%0,5) ve çevre illerdeki hastanelerden (%0,5) randevu aldıklarını söylemişlerdir.

Son 1 ayda 2 kez randevu almış olan hastaların %86'sı 2. randevularını Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden, %0,5'i Çorum merkezinde bulunan diğer hastanelerden (Çorum Özel Hastanesi, Çorum ADSM ve Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi), geri kalan hastalar ise (%0,7) Çorum'un ilçelerinde bulunan hastanelerden ve çevre illerdeki hastanelerden (%0,3) aldıklarını söylemişlerdir.

Katılımcıların son 1 ayda randevu alıp gitmedikleri hastanelere ve randevu sayısına göre dağılımları Tablo 13'te yer almaktadır.

Tablo 13. Katılımcıların Son 1 Ayda Gitmedikleri Randevularının Hastanelere Göre Dağılımı

Hastaneler	1 Randevuya Gitmeyenler		2 Randevuya Gitmeyenler		3 Randevuya Gitmeyenler	
	n	%	n	%	n	%
Hitit Üniversitesi Erol Olçok EAH	778	97,9	89	11,2	4	0,5
İskilip Devlet Hastanesi	3	0,4				
Dr. Sami Ulus			1	0,1		
Özel Elitpark Hastanesi	2	0,3				
Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi	2	0,3				
Osmancık Devlet Hastanesi	1	0,1				
Bafra Devlet Hastanesi	1	0,1				
Sarıkaya Devlet Hastanesi	1	0,1				
Çorum ADSM	4	0,5				
Çorum Özel Hastanesi	2	0,3				
Alaca Devlet Hastanesi	1	0,1				
Toplam	795	100,0	90	11,3	4	0,5

Tablo 13'te görüldüğü gibi, randevusuna 1 kez gitmemiş olan hastaların %97,7'si bu randevusuna Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gitmediğini, %1,4'ü randevularına Çorum merkezinde bulunan diğer hastanelerde (Çorum Özel Hastanesi, Özel Elitpark Hastanesi, Çorum ADSM ve Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi) gitmediklerini, %0,6'sı Çorum'un ilçelerinde bulunan

hastanelerde gitmediğini ve geri kalanlar ise çevre illerde bulunan hastanelerde bu randevularına gitmediklerini söylemiştir.

Tablo 14’te katılımcıların randevuya katılmama davranışları altında yatan nedenlere ilişkin tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. Araştırmada yer alan katılımcıların gitmedikleri her randevu için belirttikleri bir veya birden fazla neden bulunmaktadır.

Tablo 14. Katılımcıların Randevuya Katılmama Nedenlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Randevuya Gitmeme/Kaçırma Nedenleri	1 Randevuya Gitmeyenler		2 Randevuya Gitmeyenler		3 Randevuya Gitmeyenler	
	n	%	n	%	n	%
1. Randevumu unuttum.	112	14,1	7	0,9		
2. Randevumu iptal etmek için çok uğraştım ama iptal edemedim.	30	3,8	1	0,1		
3. Randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere (akupunktur, bitkisel tedavi gibi geleneksel yöntemler) yöneldim.	25	3,1	1	0,1		
4. Randevu uzak bir tarihe verildiği için tedaviden vazgeçtim.	62	7,8	15	1,9	1	0,1
5. Ailemle ilgilenmem gerektiği için randevuma gidemedim.	88	11,1	6	0,8		
6. Hastalığım ağırlaştığı ve dışarı çıkmama engel olduğu için gidemedim.	18	2,3	1	0,1		
7. İstedğim doktordan randevu alamadığım için gitmedim.	33	4,2	7	0,9		
8. Daha önce karşılaştığım olumsuz tutum ve davranışlar nedeniyle gitmedim.	5	0,6	4	0,5	1	0,1
9. Ulaşım aracı bulamadığım için gidemedim.	41	5,2	8	1,0	1	0,1
10. Uyuyakaldım.	28	3,5				
11. Randevu saatinden önce randevuyu iptal etmişim.	9	1,1	1	0,1		
12. Sağlık sorunum düzeldiği için gitmeye gerek görmedim.	79	9,9	3	0,4		
13. İşten izin alamadım.	66	8,3	11	1,4		
14. Hava şartları nedeniyle randevuma gidemedim.	30	3,8	2	0,3		

Tablo 14. Katılımcıların Randevuya Katılmama Nedenlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (Devam)

Randevuya Gitmeme/Kaçırma Nedenleri	1 Randevuya Gitmeyenler		2 Randevuya Gitmeyenler		3 Randevuya Gitmeyenler	
	n	%	n	%	n	%
15. Randevu saatimde hastanenin başka bir biriminde olduğum için yetişemedim.	23	2,9	3	0,4		
16. Aynı anda iki farklı hastane/birimden randevu aldığım için diğerine gidemedim.	17	2,1	1	0,1		
17. Başka bir yerde olmam gerekiyordu.	95	11,9	10	1,3	1	0,1
18. Aile üyelerimden biri hastaydı/ vefat etti.	28	3,5	4	0,5		
19. Doktorumun başka bir işi çıktığı için randevum hastane tarafından iptal edildi/ertelendi.	26	3,3	9	1,1		
20. Cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozuk olduğu için randevuma gelmemem söylendi.	1	0,1				
21. Sigortam kapsamadığı için gidemedim.	3	0,4				
22. Param olmadığı için gidemedim.	7	0,9				
23. Hastanedeki bürokratik işlemlerin karmaşıklığı gözümü korkuttuğu için gitmekten vazgeçtim.	6	0,8				
24. Diğer	16					

Tablo 14’te görüldüğü gibi randevusuna 1 kez gitmemiş olan 112 hasta (% 14,1) gitmeme nedeni olarak “Randevumu unuttum” seçeneğini işaretlemiştir. 95 hasta (%11,9) gitmedikleri randevu için “Başka bir yerde olmam gerekiyordu”, 88 hasta (%11,1) “Ailemle ilgilenmem gerektiği için randevuma gidemedim”, 79 hasta (%9,9) “Sağlık sorunum düzeldiği için gitmeye gerek görmedim” nedenlerini belirtirken; işten izin alamadığını söyleyen 66 hasta (%8,3), randevu uzak bir tarihe verildiği için tedaviden vazgeçtiğini söyleyen 62 hasta (%7,8), ulaşım aracı bulamadığı için randevusuna gidemediğini ifade eden 41 hasta (%5,2) bulunmaktadır.

Randevusuna 2 kez gitmemiş hastalardan 15’i (% 1,9) ikinci randevuları için, randevu uzak bir tarihe verildiği için tedaviden vazgeçtiğini belirtmiştir. 11 hasta (% 1,4) işten izin alamadığını, 10 hasta (%1,3) başka bir yerde olması gerektiğini, 9 hasta (%1,1) doktorunun başka bir işi çıktığı için randevusunun hastane tarafından iptal

edildiğini/ertelendiğini, 8 hasta (%1,0) ulaşım aracı bulamadığı için gidemediğini ifade etmiştir.

Poliklinik randevusuna son 1 ayda 3 kez gitmediğini belirten hastaların, aldıkları üçüncü randevu için gitmeme nedenleri “Başka bir yerde olmam gerekiyordu” (1 kişi), “Ulaşım aracı bulamadığım için gidemedim” (1 kişi), “Daha önce karşılaştığım olumsuz tutum ve davranışlar nedeniyle gitmedim” (1 kişi) ve “Randevu uzak bir tarihe verildiği için tedaviden vazgeçtim” (1 kişi) şeklindedir.

Tablo 15’te randevuya gitmemeyi en aza indirmek için alınabilecek önlemler hakkında hastaların görüşlerine ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir. Buna göre “Bilgilendirme” boyutundaki maddelere (m1-m6) katılım düzeyi 3,93-4,45 aralığında, “Yaptırım” boyutundaki maddelere (m7 ve m8) katılım düzeyi 2,61 ve 3,19 arasında ve “İyileştirme” boyutunda yer alan maddelere (m9-m15) katılım düzeyi ise 4,38-4,74 aralığındadır. Boyutlar itibariyle değerlendirildiğinde en yüksek katılımın “İyileştirme” boyutu ($x=4,58$) altında yer alan önlemlere ilişkin olduğu, bunu bilgilendirme boyutunun izlediği ($x=4,28$) ve en düşük katılımın ise yaptırım boyutuna ($x=2,90$) ait olduğu görülmüştür.

Tablo 15. Randevuya Gitmeme Durumunu En Aza İndirmek İçin Alınabilecek Önlemlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Öneriler	Ort	Ss	Hiç Etkili	Etkili	Kısmen	Etkili	Çok
			Değil	Değil	Etkili	Etkili	Etkili
			%	%	%	%	%
Bilgilendirme	4,28	0,58					
Hastalar önceden randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirilmelidir. (m1)	4,45	0,72	0,5	1,0	7,4	35,6	55,5
Hastaları randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirmek için hastane bekleme salonlarına hatırlatıcı ilanlar asılmalıdır. (m2)	3,93	1,11	4,3	6,5	19,5	31,1	38,6
Hastalar randevu iptal sistemine kolaylıkla ulaşabilmelidir. (m3)	4,52	0,66	0,1	0,6	6,5	32,5	60,3
Randevu iptal yöntemleri hakkında hastalar bilgilendirilmelidir. (m4)	4,46	0,68	0,3	1,0	6,0	37,9	54,8
Hasta randevu aldığı sırada çağrı merkezi elemanı hastanın randevuya gelmemesi durumunda randevusunu iptal etmesi gerektiği konusunda bilgi vermelidir. (m5)	4,33	0,76	0,8	0,4	12,1	38,4	48,4
Randevusuna gitmeyen hastalara randevularını önceden iptal ettirmemeleri durumunda işin aksayacağına ilişkin bir uyarı mesajı gönderilmelidir. (m6)	4,19	0,90	0,6	3,8	17,9	31,2	46,5
Yaptırım	2,90	1,28					
Randevularını önceden iptal ettirmeyen hastalardan ilave katkı payı alınmalıdır. (m7)	3,19	1,46	20,6	11,8	19,9	23,0	24,7
Randevularına gelmeyen hastalara belli bir süre randevu verilmemelidir. (m8)	2,61	1,41	30,7	20,6	19,9	15,1	13,7

Tablo 15. Randevuya Gitmeme Durumunu En Aza İndirmek İçin Alınabilecek Önlemlere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (Devam)

Öneriler	Ort	Ss	Hiç Etkili	Etkili	Kısmen	Etkili	Çok
			Değil	Değil	Etkili	Etkili	Etkili
			%	%	%	%	%
İyileştirme	4,58	0,46					
Randevuya gelmeme durumunu azaltmak için hastalara tercih ettikleri doktordan randevu vermeye dikkat edilmelidir. (m9)	4,38	0,77	1,0	1,0	9,1	36,7	52,2
Doktordan ve cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozukluğundan kaynaklanan randevu iptal ya da değişimleri hastaya bildirilmelidir. (m10)	4,64	0,63	-	1,0	5,4	22,4	71,2
Hastaların randevularına gelmelerini sağlamak için sağlık personelinin hastalara karşı daha fazla ilgili olmaları sağlanmalıdır. (m11)	4,47	0,77	0,9	1,6	7,2	29,9	60,4
Hastaların randevusunu hastane içi sebeplerle kaçırmamasını önlemek için hastane birimleri arasında koordinasyon iyileştirilmelidir. (m12)	4,55	0,71	0,4	1,5	6,3	26,8	65,0
Doktorların kongre, çalıştay gibi toplantılara katılımları nedeniyle randevu iptallerine neden olmamak için bu tür toplantılar önceden planlanmalıdır. (m13)	4,61	0,65	0,1	0,8	6,0	24,5	68,6
Tıbbi cihaz ve ekipmanların bozulması gibi nedenlerle randevu iptallerine neden olmamak için bu tür cihazların bakım ve onarımları zamanında yapılmalıdır. (m14)	4,67	0,61	0,4	0,1	4,5	22,4	72,6
Hastaların randevularını unutmasını önlemek için 24 saat öncesinden hatırlatma yapılmalıdır. (m15)	4,74	0,54	0,1	0,8	2,3	18,4	78,5

Tablo 15'e göre araştırmaya katılan hastaların %91,1'i "Hastalar önceden randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirilmelidir", %69,7'si "Hastaları randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirmek için hastane bekleme salonlarına hatırlatıcı ilanlar asılmalıdır", %92,8'i "Hastalar randevu iptal sistemine kolaylıkla ulaşabilmelidir", %92,7'si "Randevu iptal yöntemleri hakkında hastalar bilgilendirilmelidir", %86,8'i "Hasta randevu aldığı sırada çağrı merkezi elemanı hastanın randevuya gelmemesi durumunda randevusunu iptal etmesi gerektiği konusunda bilgi vermelidir", %77,7'si "Randevusuna gitmeyen hastalara randevularını önceden iptal ettirmemeleri durumunda işin aksayacağına ilişkin bir uyarı mesajı gönderilmelidir" maddelerinin randevuya gitmemeyi önleme konusunda "çok etkili" ve "etkili" olduğunu söylemişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların %47,7'si "randevusuna katılmayan hastalardan ilave katkı payı alınması gerektiği", %28,8'i "randevularına gelmeyen hastalara belli bir süre randevu verilmemesini" "çok etkili" ve "etkili" olarak değerlendirmişlerdir. Hastaların %88,9'u "Randevuya gelmeme durumunu azaltmak için hastalara tercih ettikleri doktordan randevu verilmeye dikkat edilmelidir", %93,6'sı "Doktordan ve cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozukluğundan kaynaklanan randevu iptal ya da değişimleri hastaya bildirilmelidir", %90,3'ü "Hastaların randevularına gelmelerini sağlamak için sağlık personelinin hastalara karşı daha fazla ilgili olmaları sağlanmalıdır" maddelerinin "çok etkili" ve "etkili" olduğunu söylemişlerdir.

Tablo 15'te görüldüğü gibi araştırmaya dahil olan hastaların; %91,8'i randevuya katılmamayı en aza indirebilmek adına randevuların hastane içi sebeplerle kaçırılmasını önlemek için hastane birimleri arasında koordinasyonun iyileştirilmesi gerektiği, %92,5'i doktorların çeşitli görevleri nedeniyle randevu iptallerine neden olunmaması için bu görevlerin önceden planlanması gerektiği, %95'i tıbbi cihaz ve ekipmanların bozulması gibi nedenlerle randevu iptallerinin yaşanmaması için bu tür cihazların bakım ve onarımlarının zamanında yapılması gerektiği, %96,9'u randevuların unutulmasını önlemek için 24 saat öncesinden hatırlatma yapılması gerektiği maddelerine "etkili" ve "çok etkili" cevaplarını vermişlerdir.

Tablo 15’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların %1,5’i “Hastalar önceden randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirilmelidir”, %10,8’i “Hastaları randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirmek için hastane bekleme salonlarına hatırlatıcı ilanlar asılmalıdır”, %0,7’si “Hastalar randevu iptal sistemine kolaylıkla ulaşabilmelidir”, %1,3’ü “Randevu iptal yöntemleri hakkında hastalar bilgilendirilmelidir”, %1,2’si “Hasta randevu aldığı sırada çağrı merkezi elemanı hastanın randevuya gelmemesi durumunda randevusunu iptal etmesi gerektiği konusunda bilgi vermelidir”, %4,4’ü “Randevusuna gitmeyen hastalara randevularını önceden iptal ettirmemeleri durumunda işin aksayacağına ilişkin bir uyarı mesajı gönderilmelidir” maddelerine “hiç etkili değil” ve “etkili değil” cevaplarını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların %32,4’ü “randevusuna katılmayan hastalardan ilave katkı payı alınması gerektiği”, %51,3’ü “randevularına gelmeyen hastalara belli bir süre randevu verilmemesini” “hiç etkili değil” ve “etkili değil” olarak değerlendirmişlerdir. Hastaların %2’si “Randevuya gelmeme durumunu azaltmak için hastalara tercih ettikleri doktordan randevu verilmeye dikkat edilmelidir”, %1’i “Doktordan ve cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozukluğundan kaynaklanan randevu iptal ya da değişimleri hastaya bildirilmelidir”, %2,5’i “Hastaların randevularına gelmelerini sağlamak için sağlık personelinin hastalara karşı daha fazla ilgili olmaları sağlanmalıdır” maddelerini “hiç etkili değil” ve “etkili değil” şeklinde değerlendirmişlerdir.

Son olarak araştırmaya dahil olan hastaların; %1,9’u randevuya katılmamayı en aza indirebilmek adına randevuların hastane içi sebeplerle kaçırılmasını önlemek için hastane birimleri arasında koordinasyonun iyileştirilmesi gerektiği, %0,9’u doktorların çeşitli görevleri nedeniyle randevu iptallerine neden olunmaması için bu görevlerin önceden planlanması gerektiği, %0,5’i tıbbi cihaz ve ekipmanların bozulması gibi nedenlerle randevu iptallerinin yaşanmaması için bu tür cihazların bakım ve onarımlarının zamanında yapılması gerektiği, %0,9’u randevuların unutulmasını önlemek için 24 saat öncesinden hatırlatma yapılması gerektiği maddelerine “hiç etkili değil” ve “etkili değil” cevaplarını vermişlerdir.

Tablo 16’da katılımcıların tercih ettiği randevu hatırlatma yöntemleri yer almaktadır.

Tablo 16. Katılımcıların Tercih Ettiği Randevu Hatırlatma Yöntemleri

Hatırlatma Yöntemi	n	%
SMS	235	29,6
E-mail	2	0,3
E-mail ve SMS	27	3,4
Cep telefonu	161	20,3
Cep telefonu ve SMS	326	41
Cep telefonu ve e-mail	4	0,5
Cep telefonu, e-mail ve SMS	32	4
Cep telefonu ve ev telefonu	5	0,6
Cep telefonu, ev telefonu ve SMS	3	0,4
Toplam	795	100

Katılımcıların %41’i randevularının hatırlatılması için SMS ve cep telefonunu birlikte tercih etmiş, %29,6’sı ise yalnızca SMS’i seçmiştir. Katılımcıların %20,3’ü ise yalnızca cep telefonu ile hatırlatma seçeneğini tercih etmiştir (Tablo 16).

4.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

4.2.1. Randevuya Gitmeme Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastane bilgi sisteminden alınan ikincil verilere ilişkin (2020 yılı Ocak ve Şubat aylarında randevu alan hastalar) lojistik regresyon analizi kullanılarak elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Araştırma kapsamındaki Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin bilgi sisteminden alınan verilere göre 2020 yılı Ocak-Şubat aylarında hastaların randevuya gitmeme oranı %16,2 olarak bulunmuştur. Tablo 17’de hastaların randevularına gitmeme durumlarının kişisel özelliklerinden etkilenip etkilenmediği lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur ($\chi^2_{(16)}=825,042$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değerleri, bağımlı değişkendeki varyansın %15’inin bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model hastaların %84,5’ini doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Tablo 17. 2020 Yılı Ocak ve Şubat Aylarında Randevu Alan Hastaların Randevularına Gitmemelerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Cinsiyet (E; Ref=K)	0,048	0,019	6,230	0,013	1,049	1,010	1,090
Yaş (Ref=<20)			324,277	<0,001			
Yaş (20-39)	0,307	0,035	75,161	<0,001	1,359	1,268	1,457
Yaş (40-59)	-0,073	0,041	3,228	0,072	0,929	0,858	1,007
Yaş (>=60)	-0,114	0,044	6,772	0,009	0,892	0,819	0,972
Medeni (Ref=Evli)			97,583	<0,001			
Medeni (Bekar)	0,248	0,028	80,778	<0,001	1,282	1,214	1,353
Medeni (Dul)	0,181	0,041	19,121	<0,001	1,199	1,105	1,301
Branş (Ref=Cerrahi)			120,734	<0,001			
Branş (Dahili)	-0,068	0,020	11,478	0,001	0,934	0,898	0,972
Branş (Kadın Doğum)	-0,215	0,038	31,949	<0,001	0,806	0,748	0,869
Branş (Çocuk)	0,141	0,043	10,939	0,001	1,152	1,059	1,252
Branş (Diş)	0,639	0,082	60,744	<0,001	1,894	1,613	2,224
Sabit	-1,515	0,023	4441,227	<0,001	0,220		

$\chi^2_{(16)}=825,042$; $p<0,001$; Nagelkerke $R^2=0,15$

Tablo 17’de görüldüğü gibi hastaların randevularına gitmeme durumları ile cinsiyetleri ($\beta=0,048$, Wald=6,230, $p=0,013$), yaşları (Wald=324,277, $p<0,001$), medeni durumları (Wald=97,583, $p<0,001$) ve randevularını aldıkları poliklinik branşı (Wald=120,734, $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Erkek hastaların referans grup olan kadın hastalara göre randevuya gitmeme olasılıkları $[(1,049-1)*100]=\%4,9$ daha yüksektir. Yaş itibariyle 20-39 yaş aralığındaki hastaların randevuya gitmeme olasılığı referans grup olan 20 yaş ve altındaki hastalara göre $[(1,359-1)*100]=\%35,9$ daha yüksek, ancak 60 yaş ve üzerindeki hastaların randevuya gitmeme olasılıkları ise 20 yaş ve altındakilere göre $[(1-0,892)*100]=\%10,8$ daha düşüktür. Medeni durum açısından ise bekar hastaların randevuya gitmeme olasılıklarının referans grup olan evli hastalara göre $[(1,282-1)*100]=\%28,2$ daha yüksek, dul hastaların ise $[(1,199-1)*100]=\%19,9$ daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların randevuya gitmeme durumları randevu aldıkları poliklinik branşı açısından incelendiğinde ise dahili bölümlerden randevu alan hastaların randevuya gitmeme olasılığı cerrahi bölümlerden randevu alan hastalara göre $[(1-0,934)*100]=\%6,6$ daha düşük, kadın doğum bölümünden randevu alan hastaların randevuya gitmeme olasılığı cerrahi bölümlerden

randevu alan hastalara göre $[(1-0,806)*100]=\%19,4$ daha düşük, buna karşın çocuk bölümünden randevu alan hastaların randevuya gitmeme olasılığı cerrahi bölümlerden randevu alan hastalara göre $[(1,152-1)*100]=\%15,2$ daha yüksek ve diş bölümünden randevu alan hastaların da randevuya gitmeme olasılığı cerrahi bölümlerden randevu alan hastalara göre $[(1,894-1)*100]=\%89,4$ daha yüksektir. Bu bulgulara göre Hipotez 1.a, 1.b, 1.c ve 1.d kabul edilmiştir.

4.2.2. Randevuya Gitmeme Nedenlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma hipotezleri kapsamında; hastaların randevularına gitmeme nedenlerini etkileyen çeşitli kişisel özelliklerini belirlemede kullanılan lojistik regresyon analizi bulguları yer almaktadır.

Tablo 18’de randevuya gitmeme nedeni olarak “Randevuyu unuttum” diyen hastaları tahmin etmek için lojistik regresyon analizi kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur ($\chi^2_{(9)}=24,726$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değeri, bağımlı değişkendeki varyansın $\%15,7$ ’sinin bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model, hastaların $\%85,8$ ’ini doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Tablo 18. ‘Randevumu unuttum’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref= <30)			8,760	0,067			
Yaş (30-39)	-0,445	0,381	1,365	0,243	0,641	0,304	1,352
Yaş (40-49)	0,165	0,346	0,226	0,634	1,179	0,598	2,324
Yaş (50-59)	0,638	0,401	2,525	0,112	1,892	0,862	4,155
Yaş (≥ 60)	-0,283	0,56	0,255	0,614	0,754	0,251	2,260
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			6,274	0,099			
İş Durumu (Ev Hanımı)	0,907	0,392	5,347	0,021	2,476	1,148	5,340
İş Durumu (İşsiz)	0,561	0,343	2,677	0,102	1,752	0,895	3,431
İş Durumu (Emekli)	0,157	0,411	0,147	0,702	1,170	0,523	2,619
Randevu Alma (1-3 gün; Ref=Aynı Gün)	-0,417	0,272	2,356	0,125	0,659	0,387	1,122
Poliklinik (Diğer; Ref=Cerrahi)	-0,484	0,210	5,336	0,021	0,616	0,409	0,929
Sabit	-1,701	0,182	87,794	$<0,001$	0,183		

$\chi^2_{(9)}=24,726$; $p=0,003$; Nagelkerke $R^2=0,157$

Tablo 18’de yer alan modele göre hastaların randevularına “randevumu unuttum” diyerek gitmemeleri ile randevu aldıkları poliklinik branşı ($\beta=-0,484$, Wald=5,336, $p<0,05$) ve iş durumları ($\beta=0,907$, Wald=5,347, $p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Buna karşın hastaların yaşı ve randevu alma süresinin “randevumu unuttum” diyerek randevuya gitmeme durumunu anlamlı bir şekilde etkilemediği ($p>0,05$) görülmektedir. Diğer polikliniklerden randevu alan hastaların randevularını unuttukları için gitmediklerini söyleme olasılığı cerrahi polikliniklerden randevu alan hastalara göre $[(1-0,616)*100]=\%38,4$ daha düşüktür. İş durumu açısından ise tam zamanlı ve yarı zamanlı çalışanlar referans grup olarak alındığında ev hanımı olan hastaların tam zamanlı ve yarı zamanlı çalışan hastalara göre randevularını unuttukları için randevuya gitmediklerini söyleme olasılığı $[(2,476-1)*100]=\%147,6$ daha yüksektir. Bu bulgulara göre Hipotez 2.1.e ve 2.1.n kabul edilirken, Hipotez 2.1.b ve 2.1.l reddedilmiştir.

Tablo 19. ‘Randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere (akupunktur, bitkisel tedavi gibi geleneksel yöntemler) yöneldim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			2,681	0,613			
Yaş (30-39)	0,440	0,652	0,456	0,499	1,553	0,433	5,575
Yaş (40-49)	-0,824	0,925	0,793	0,373	0,439	0,072	2,690
Yaş (50-59)	-0,516	1,063	0,235	0,628	0,597	0,074	4,798
Yaş (≥ 60)	-17,766	4935,052	0,000	0,997	0,000	0,000	
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			0,739	0,864			
İş Durumu (Ev Hanımı)	-18,258	5572,687	0,000	0,997	0,000	0,000	
İş Durumu (İşsiz)	-0,490	0,572	0,734	0,392	0,612	0,200	1,880
İş Durumu (Emekli)	-0,087	1,300	0,005	0,946	0,916	0,072	11,723
Randevu Alma (Ref=Aynı Gün)			1,894	0,388			
Randevu Alma (1-3 gün)	-1,037	0,753	1,894	0,169	0,355	0,081	1,552
Randevu Alma (4-7 gün)	-17,553	6624,313	0,000	0,998	0,000	0,000	
Poliklinik (Ref=Cerrahi)			0,023	0,999			
Poliklinik (Dahili)	0,034	0,437	0,006	0,937	1,035	0,439	2,439
Poliklinik (Kadın Doğum)	-17,586	5370,636	0,000	0,997	0,000	0,000	
Poliklinik (Diş))	0,159	1,106	0,021	0,886	1,172	0,134	10,238
Medeni Durum (Evlili; Ref=Bekar)	-1,334	0,590	5,122	0,024	0,263	0,083	0,836
Yerleşim yeri (İl ve ilçe; Ref=Diğer)	-0,851	0,603	1,987	0,159	0,427	0,131	1,394
Sabit	-21,56	3097,350	0,000	0,994	0,000		

$\chi^2_{(14)}=28,828$; $p=0,011$; Nagelkerke $R^2=0,036$

Tablo 19’da görüldüğü gibi hastaların demografik özelliklerinin randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere yönelme durumlarına olan etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur ($\chi^2_{(14)}=28,828$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değeri, bağımlı değişkendeki varyansın %3,6’sının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model, hastaların %96,8’ini doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Demografik değişkenlerden “medeni durum” ile hastaların randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere yönelme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($\beta =-1,334$, Wald=5,122, $p<0,05$). Bekar hastalar referans kategori olarak alınmış olup evli olan hastaların randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere yönelme olasılığı bekar olan hastalara göre $[(1-0,263)*100]=\%73,7$ daha düşüktür. Sonuç olarak, Hipotez 2.3.f kabul edilirken; Hipotez 2.3.b, 2.3.e, 2.3.i, 2.3.l ve 2.3.n reddedilmiştir.

Tablo 20. ‘Ailemle ilgilenmem gerektiği için randevuma gidemedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			5,548	0,236			
Yaş (30-39)	0,096	0,386	0,062	0,804	1,101	0,516	2,347
Yaş (40-49)	-0,142	0,401	0,125	0,723	0,867	0,395	1,905
Yaş (50-59)	0,010	0,470	0,000	0,984	1,010	0,402	2,538
Yaş (≥ 60)	-1,730	0,849	4,150	0,042	0,177	0,034	0,936
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			3,195	0,362			
İş Durumu (Ev Hanımı)	0,430	0,461	0,873	0,350	1,538	0,623	3,795
İş Durumu (İşsiz)	-0,601	0,499	1,454	0,228	0,548	0,206	1,457
İş Durumu (Emekli)	-0,153	0,509	0,091	0,763	0,858	0,316	2,325
Randevu Alma (Ref=Aynı Gün)			1,102	0,576			
Randevu Alma (1-3 gün)	-0,332	0,316	1,102	0,294	0,717	0,386	1,334
Randevu Alma (4-7 gün)	-19,281	7050,342	0,000	0,998	0,000	0,000	
Poliklinik (Ref=Cerrahi)			4,875	0,181			
Poliklinik (Dahili)	0,422	0,257	2,693	0,101	1,525	0,921	2,524
Poliklinik (Kadın Doğum)	-0,513	0,645	0,633	0,426	0,599	0,169	2,119
Poliklinik (Diş)	0,685	0,601	1,301	0,254	1,984	0,611	6,443
Medeni Durum (Evli; Ref=Bekar)	0,645	0,374	2,975	0,085	1,906	0,916	3,965
Yerleşim yeri (İl ve ilçe; Ref=Diğer)	-0,421	0,339	1,540	0,215	0,657	0,338	1,276
Sabit	-8,854	2350,114	0,000	0,997	0,000		

$\chi^2_{(14)}=34,382$; $p=0,0012$; Nagelkerke $R^2=0,086$

Tablo 20’de, hastaların demografik özelliklerinin aileleri ile ilgilendikleri için randevuya gitmeme durumlarına etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenen ve istatistiksel olarak anlamlı bulunan modele yer verilmiştir ($\chi^2_{(14)}=34,882$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değeri, %8,6’sının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model, hastaların %89’unu doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Demografik değişkenlerden 30 yaş altındaki hastalar ve 60 yaş üzerindeki hastalar ile hastaların aileleri ile ilgilendikleri için randevuya gitmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($\beta=-1,73$, $Wald=4,15$, $p<0,05$). 30 yaş altı hastalar referans kategori olarak alınmış olup 60 yaş ve üzeri hastaların aileleri ile ilgilendikleri için randevuya gitmeme olasılığı 30 yaş altındaki hastalara göre $[(1-0,177)*100]=\%82,3$ daha düşüktür. Buna göre, Hipotez 2.5.b kabul edilmiş; Hipotez 2.5.e, 2.5.f, 2.5.i, 2.5.l ve 2.5.n reddedilmiştir.

Tablo 21. ‘Hastalığım ağırlaştığı ve dışarı çıkmama engel olduğu için gidemedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			5,836	0,212			
Yaş (30-39)	1,131	1,341	0,711	0,399	3,098	0,224	42,890
Yaş (40-49)	2,198	1,286	2,923	0,087	9,010	0,725	112,007
Yaş (50-59)	2,213	1,276	3,009	0,083	9,146	0,750	111,512
Yaş (≥ 60)	2,860	1,359	4,434	0,035	17,469	1,219	250,403
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			1,601	0,659			
İş Durumu (Ev Hanımı)	-16,657	5551,729	0,000	0,998	0,000	0,000	
İş Durumu (İşsiz)	1,552	1,227	1,600	0,206	4,722	0,426	52,314
İş Durumu (Emekli)	0,074	0,715	0,011	0,917	1,077	0,265	4,372
Randevu Alma (1-3 gün, Ref=Aynı Gün)	1,225	0,488	6,306	0,012	3,406	1,309	8,863
Poliklinik (Diğer; Ref=Cerrahi)	0,087	0,515	0,028	0,866	1,090	0,398	2,991
Sabit	-7,476	1387,932	0,000	0,996	0,001		

$\chi^2_{(9)}=17,826$; $p=0,037$; Nagelkerke $R^2=0,114$

Tablo 21’de görüldüğü gibi, hastaların demografik özelliklerinin hastalıkları ağırlaştığı ve dışarı çıkmalarına engel olduğu için randevuya gidememe durumuna etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur

($\chi^2_{(9)}=17,826$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değeri, bağımlı değişkendeki varyansın %11,4'ünün bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model, hastaların %97,7'sini doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

“Randevu alma süresi” ve “yaş” değişkenleri ile hastaların hastalıkları ağırlaştığı ve dışarı çıkmalarına engel olduğu için randevularına gidememe durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($\beta=1,225$, Wald=6,306, $p<0,05$). Aynı gün içinde randevu alan hastalar referans kategori olarak alınmış olup 1-3 gün içinde randevu alan hastaların hastalıkları ağırlaştığı ve dışarı çıkmalarına engel olduğu için randevularına gidememe olasılıkları aynı gün içinde randevu alan hastalara göre $[(3,416-1)*100]=\%241,6$ daha yüksektir. 30 yaş altı hastalar referans kategori olarak alınmış olup 60 yaş ve üzeri hastaların hastalıkları ağırlaştığı ve dışarı çıkmalarına engel olduğu için randevularına gidememe olasılıkları 30 yaş altındaki hastalara göre $[(17,469-1)*100]=\%1646,9$ daha yüksektir. Sonuç olarak, Hipotez 2.6.b ve 2.6.l kabul edilmiş; Hipotez 2.6.e ve 2.6.n reddedilmiştir.

Tablo 22. ‘İstediğim doktordan randevu alamadığım için gitmedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			4,611	0,330			
Yaş (30-39)	0,555	0,569	0,952	0,329	1,743	0,571	5,317
Yaş (40-49)	0,733	0,569	1,663	0,197	2,082	0,683	6,345
Yaş (50-59)	-1,234	1,140	1,170	0,279	0,291	0,031	2,722
Yaş (≥ 60)	0,569	0,884	0,415	0,519	1,767	0,313	9,993
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			1,326	0,723			
İş Durumu (Ev Hanımı)	0,367	0,662	0,308	0,579	1,444	0,395	5,281
İş Durumu (İşsiz)	-0,555	0,751	0,548	0,459	0,574	0,132	2,499
İş Durumu (Emekli)	-0,422	0,926	0,208	0,648	0,656	0,107	4,025
Randevu Alma (1-3 Gün; Ref=Aynı Gün)	1,170	0,366	10,210	0,001	3,221	1,572	6,601
Poliklinik (Diğer; Ref=Cerrahi)	-0,299	0,367	0,663	0,415	0,742	0,361	1,522
Sabit	-3,146	0,341	84,946	<0,001	0,043		

$\chi^2_{(9)}=20,184$; $p=0,037$; Nagelkerke $R^2=0,086$

Tablo 22, hastaların demografik özelliklerinin istedikleri doktordan randevu alamadıkları için randevularına gitmeme durumuna etkisinin lojistik regresyon analizi ile incelendiği ve istatistiksel olarak anlamlı bir modelin bulunduğu tablodur ($\chi^2_{(9)}=20,184$, $p<0,05$). Nagelkerke R² değeri, bağımlı değişkendeki varyansın %8,6'sının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model hastaların %95,8'ini doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Demografik değişkenlerden 1-3 gün arasında ve aynı gün içinde randevu alan hastalar ile istedikleri doktordan randevu alamadıkları için randevuya gitmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($\beta =1,17$, Wald=10,21, $p<0,05$). Aynı gün içinde randevu alan hastalar referans kategori olarak alınmış olup 1-3 gün içinde randevu alan hastaların istedikleri doktordan randevu alamadıkları için randevuya gitmeme olasılıkları aynı gün içinde randevu alan hastalara göre [(3,221-1)*100]=%222,1 daha yüksektir. Buna göre, Hipotez 2.7.1 kabul edilirken; Hipotez 2.7.b, 2.7.e. ve 2.7.n reddedilmiştir.

Tablo 23. ‘Ulaşım aracı bulamadığım için gidemedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			12,589	0,013			
Yaş (30-39)	-0,023	0,672	0,001	0,972	0,977	0,262	3,646
Yaş (40-49)	0,509	0,620	0,673	0,412	1,663	0,493	5,608
Yaş (50-59)	1,085	0,639	2,881	0,090	2,960	0,845	10,363
Yaş (≥ 60)	1,894	0,660	8,224	0,004	6,645	1,821	24,243
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			0,154	0,985			
İş Durumu (Ev Hanımı)	0,141	0,777	0,033	0,856	1,152	0,251	5,280
İş Durumu (İşsiz)	-0,185	0,710	0,068	0,794	0,831	0,207	3,343
İş Durumu (Emekli)	0,081	0,474	0,029	0,864	1,085	0,428	2,748
Randevu Alma (1-3 Gün; Ref=Aynı Gün)	0,316	0,363	0,759	0,383	1,372	0,674	2,792
Poliklinik (Diğer; Ref=Cerrahi)	0,313	0,358	0,764	0,382	1,368	0,678	2,760
Sabit	-2,755	0,288	91,586	<,001	0,064		

$\chi^2_{(9)}=22,627$; $p=0,007$; Nagelkerke R²=0,084

Tablo 23'te görüldüğü gibi, hastaların demografik özelliklerinin, ulaşım aracı bulamadıkları için randevuya gidememe durumuna etkisi lojistik regresyon analizi ile

incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur ($\chi^2_{(9)}=22,627$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değeri, bağımlı değişkendeki varyansın %8,4'ünün bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model hastaların %94,8'ini doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Demografik değişkenlerden 60 yaş üzerindeki hastalar ($\beta=1,894$, $Wald=8,224$, $p<0,05$) ile ulaşım aracı bulunamadığı için randevuya gidememe durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. 30 yaş altındaki hastalar referans kategori olarak alınmış olup 60 yaş ve üzerindeki hastaların 30 yaş ve altındakilere göre ulaşım aracı bulamadıkları için randevuya gidememe durumlarına ilişkin olasılıkları $[(6,645-1)*100]=\%564,5$ daha yüksektir. Sonuç olarak, Hipotez 2.9.e, 2.9.1 ve 2.9.n reddedilirken; Hipotez 2.9.b kabul edilmiştir.

Tablo 24. ‘Uyuyakaldım’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			7,192	0,126			
Yaş (30-39)	-2,228	1,082	4,241	0,039	0,108	0,013	0,898
Yaş (40-49)	-2,166	1,086	3,976	0,046	0,115	0,014	0,964
Yaş (50-59)	-0,585	0,825	0,503	0,478	0,557	0,110	2,807
Yaş (≥ 60)	-17,340	4598,861	0,000	0,997	0,000	0,000	
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			2,668	0,446			
İş Durumu (Ev Hanımı)	-17,709	5613,300	0,000	0,997	0,000	0,000	
İş Durumu (İşsiz)	0,789	0,483	2,668	0,102	2,201	0,854	5,671
İş Durumu (Emekli)	-16,938	4171,772	0,000	0,997	0,000	0,000	
Randevu Alma (1-3 Gün; Ref=Aynı Gün)	-0,218	0,515	0,179	0,672	0,804	0,293	2,207
Poliklinik (Diğer; Ref=Cerrahi)	0,230	0,437	0,277	0,598	1,259	0,534	2,965
Sabit	-15,867	1975,609	0,000	0,994	0,000		

$\chi^2_{(9)}=42,635$; $p<0,001$; Nagelkerke $R^2=0,053$

Hastaların demografik özelliklerinin uyuyakaldıkları için randevuya gidememe durumuna etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve Tablo 24'te görüldüğü gibi istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur ($\chi^2_{(9)}=42,635$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değerleri, bağımlı değişkendeki varyansın %5,3'ünün bağımsız değişkenler tarafından

açıklandığını göstermektedir. Model hastaların %94,6'sını doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Demografik değişkenlerden 30-39 yaş aralığındaki hastalar ($\beta=-2,228$, Wald=4,221, $p<0,05$) ve 40-49 yaş aralığındaki hastalar ($\beta=-2,166$, Wald=3,976, $p<0,05$) ile uyuyakaldıkları için randevuya gitmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. 30 yaş ve altındaki hastalar referans kategori olarak alınmış olup 30-39 yaş aralığındaki hastaların uyuyakaldıkları için randevuya gidememe durumlarına ilişkin olasılıkları 30 yaş ve altındakilere göre $[(1-0,108)*100]=\%89,2$ daha düşük ve 40-49 yaş aralığındaki hastaların yine 30 yaş ve altındakilere göre aynı nedenden dolayı randevuya gitmeme olasılıkları ise $[(1-0,115)*100]=\%88,5$ daha düşüktür. Sonuç olarak, Hipotez 2.10.b kabul edilirken; Hipotez 2.10.e, 2.10.l ve 2.10.n reddedilmiştir.

Tablo 25. ‘Sağlık sorunum düzeldiği için gitmeye gerek görmedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			1,063	0,900			
Yaş (30-39)	0,027	0,406	0,005	0,946	1,028	0,464	2,278
Yaş (40-49)	-0,312	0,448	0,485	0,486	0,732	0,304	1,761
Yaş (50-59)	-0,285	0,575	0,245	0,620	0,752	0,244	2,322
Yaş (≥ 60)	-0,197	0,736	0,071	0,789	0,822	0,194	3,476
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			4,142	0,247			
İş Durumu (Ev Hanımı)	0,445	0,502	0,788	0,375	1,561	0,584	4,171
İş Durumu (İşsiz)	0,664	0,432	2,358	0,125	1,942	0,832	4,531
İş Durumu (Emekli)	-1,031	0,814	1,603	0,205	0,357	0,072	1,759
Randevu Alma (Ref=Aynı Gün)			0,367	0,832			
Randevu Alma (1-3 gün)	0,086	0,321	0,071	0,789	1,090	0,581	2,043
Randevu Alma (4-7 gün)	0,323	0,567	0,324	0,569	1,381	0,454	4,196
Poliklinik (Ref=Cerrahi)			4,253	0,235			
Poliklinik (Dahili)	-0,411	0,254	2,624	0,105	0,663	0,403	1,090
Poliklinik (Kadın Doğum)	-0,145	0,488	0,089	0,766	0,865	0,332	2,250
Poliklinik (Diş)	-1,519	1,042	2,125	0,145	0,219	0,028	1,688
Medeni Durum (Evlili; Ref=Bekar)	0,467	0,404	1,335	0,248	1,595	0,722	3,521
Yerleşim yeri (İl ve ilçe; Ref=Diğer)	1,704	0,738	5,337	0,021	5,496	1,295	23,329
Sabit	-3,300	0,516	40,836	<,001	0,037		

$\chi^2_{(14)}=26,397$; $p=0,023$; Nagelkerke $R^2=0,069$

Tablo 25’te görüldüğü gibi Hastaların demografik özelliklerinin sağlık sorunları düzeldiği için randevuya gitmeye gerek görmemeleri durumuna etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur ($\chi^2_{(14)}=26,397$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değerleri, bağımlı değişkendeki varyansın %6,9’unun bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model hastaların %90’ını doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Demografik değişkenlerden yerleşim yeri ile hastaların sağlık sorunları düzeldiği için randevuya gitmeye gerek görmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\beta=1,704$, Wald=5,337, $p<0,05$). Diğer yerleşim yerlerinde yaşayan hastalar referans kategori olarak alınmış olup il ve ilçe merkezinde yaşayan hastaların sağlık sorunları düzeldiği için randevuya gitmeye gerek görmeme olasılıkları diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre [(5,496-1)*100]=%494,6 daha yüksektir. Buna göre, Hipotez 2.12.i kabul; Hipotez 2.12.b, 2.12.e, 2.12.f, 2.12.l ve 2.12.n reddedilmiştir.

Tablo 26. ‘İşten izin alamadım’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			6,564	0,161			
Yaş (30-39)	-0,110	0,418	0,069	0,792	0,896	0,395	2,033
Yaş (40-49)	0,498	0,419	1,415	0,234	1,645	0,724	3,738
Yaş (50-59)	-0,715	0,613	1,360	0,244	0,489	0,147	1,627
Yaş (≥ 60)	-18,597	4948,528	0,000	0,997	0,000	0,000	
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			0,402	0,818			
İş Durumu (İşsiz)	-19,820	3161,484	0,000	0,995	0,000	0,000	
İş Durumu (Emekli)	-0,522	0,823	0,402	0,526	0,593	0,118	2,980
Randevu Alma (Ref=Aynı Gün)			0,077	0,962			
Randevu Alma (1-3 gün)	-0,048	0,363	0,018	0,894	0,953	0,467	1,943
Randevu Alma (4-7 gün)	-0,204	0,805	0,064	0,800	0,815	0,168	3,952
Poliklinik (Ref=Cerrahi)			5,392	0,145			
Poliklinik (Dahili)	0,094	0,293	0,102	0,749	0,911	0,513	1,617
Poliklinik (Kadın Doğum)	-0,902	0,646	1,951	0,162	0,406	0,114	1,439
Poliklinik (Diş)	1,096	0,668	2,696	0,101	2,994	0,809	11,082
Medeni Durum (Evlili; Ref=Bekar)	-0,698	0,355	3,880	0,049	0,497	0,248	0,997
Yerleşim yeri (İl ve ilçe; Ref=Diğer)	1,486	0,743	4,003	0,045	4,421	1,031	18,965
Sabit	-12,984	1445,708	0,000	0,993	0,000		

$\chi^2_{(13)}=74,345$; $p<0,001$; Nagelkerke $R^2=0,215$

Hastaların demografik özelliklerinin, işten izin alamadıkları için randevuya gidememe durumuna etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunan model Tablo 26’da gösterilmiştir ($\chi^2_{(13)}=74,345$, $p<0,001$). Nagelkerke R^2 değeri, bağımlı değişkendeki varyansın %21,5’inin bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model hastaların %91,4’ünü doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Demografik değişkenlerden medeni durumu evli ya da bekar olan hastalar ($\beta=-0,698$, Wald=3,88, $p<0,05$) ve il ve ilçe yerleşim yerlerinde yaşayan hastalar ya da diğer yerlerde yaşayan hastalar ($\beta=1,486$, Wald=4,003, $p<0,05$) ile işten izin alamadıkları için randevuya gidememe durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Medeni durum değişkeni için bekar hastalar referans kategori olarak alınmış olup evli olan hastaların işten izin alamadıkları için randevuya gidememe olasılıkları bekar hastalara göre [(1-0,497)*100]=%50,3 daha düşüktür. Yerleşim yeri değişkeni için diğer yerleşim yerlerinde yaşayan hastalar referans kategori olarak alınmış olup il ve ilçe merkezinde yaşayan hastaların işten izin alamadıkları için randevuya gidememe durumuna ilişkin olasılığı diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre [(4,421-1)*100]=%342,1 daha yüksektir. Bu bulgulara göre Hipotez 2.13.f ve 2.13.i kabul edilirken; Hipotez 2.13.b, 2.13.e, 2.13.l ve 2.13.n reddedilmiştir.

Tablo 27. ‘Hava şartları nedeniyle randevuya gidemedim’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			7,225	0,124			
Yaş (30-39)	0,386	0,839	0,212	0,645	1,471	0,284	7,614
Yaş (40-49)	0,620	0,818	0,574	0,449	1,858	0,374	9,231
Yaş (50-59)	1,571	0,799	3,865	0,049	4,812	1,005	23,048
Yaş (≥ 60)	1,791	0,856	4,377	0,036	5,995	1,120	32,096
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			0,709	0,871			
İş Durumu (Ev Hanımı)	-0,090	1,066	0,007	0,933	0,914	0,113	7,388
İş Durumu (İşsiz)	0,134	0,881	0,023	0,879	1,144	0,203	6,433
İş Durumu (Emekli)	0,425	0,520	0,668	0,414	1,530	0,552	4,238
Randevu Alma (1-3 Gün; Ref=Aynı Gün)	0,150	0,430	0,122	0,727	1,162	0,500	2,697
Poliklinik (Diğer; Ref=Cerrahi)	-0,044	0,393	0,012	0,911	0,957	0,443	2,068
Sabit	-3,068	0,356	74,097	<,001	0,047		

$\chi^2_{(9)}=17,868$; $p=0,037$; Nagelkerke $R^2=0,081$

Tablo 27’de görüldüğü gibi hastaların demografik özelliklerinin hava şartları nedeni ile randevuya gidememe durumlarına olan etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur ($\chi^2_{(9)}=17,868$, $p<0,05$). Nagelkerke R² değerleri, bağımlı değişkendeki varyansın %8,1’inin bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model hastaların %96,2’sini doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Demografik değişkenlerden 50-59 yaş aralığındaki hastalar ($\beta=1,571$, Wald=3,865, $p<0,05$) ve 60 yaş ve üzerindeki hastalar ($\beta=1,791$, Wald=4,377, $p<0,05$) ile hava şartları nedeni ile randevuya gidememe durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. 30 yaş ve altındaki hastalar referans kategori olarak alınmış olup 50-59 yaş aralığındaki hastaların hava şartları nedeni ile randevuya gidememe durumlarına ilişkin olasılıkları 30 yaş altındaki hastalara göre $[(4,812-1)*100]=\%381,2$ daha yüksek olup 60 yaş ve üzerindeki hastaların yine 30 yaş altındaki hastalara göre aynı nedenden dolayı randevuya gidememe olasılıkları ise $[(5,995-1)*100]=\%499,5$ daha yüksektir. Buna göre, Hipotez 2.14.b kabul edilmiş; Hipotez 2.14.e, 2.14.l ve 2.14.n reddedilmiştir.

Tablo 28. ‘Başka bir yerde olmam gerekiyordu’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			8,703	0,069			
Yaş (30-39)	-0,599	0,366	2,686	0,101	0,549	0,268	1,125
Yaş (40-49)	-0,924	0,402	5,289	0,021	0,397	0,181	0,872
Yaş (50-59)	-1,087	0,560	3,769	0,052	0,337	0,112	1,010
Yaş (≥ 60)	-1,735	0,851	4,155	0,042	0,176	0,033	0,935
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			6,407	0,093			
İş Durumu (Ev Hanımı)	-0,326	0,558	0,341	0,560	0,722	0,242	2,157
İş Durumu (İşsiz)	0,697	0,313	4,972	0,026	2,008	1,088	3,706
İş Durumu (Emekli)	0,100	0,672	0,022	0,881	1,106	0,296	4,125
Randevu Alma (1-3 Gün; Ref=Aynı Gün)	-0,554	0,310	3,184	0,074	0,575	0,313	1,056
Poliklinik (Diğer; Ref=Cerrahi)	0,181	0,242	0,559	0,455	1,199	0,745	1,928
Sabit	-2,667	0,259	105,818	<0,001	0,069		

$\chi^2_{(9)}=48,013$; $p<0,001$; Nagelkerke R²=0,113

Tablo 28’de görüldüğü gibi hastaların demografik özelliklerinin, başka bir yerde olmaları gerektiği için randevuya gidememe durumuna etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur ($\chi^2_{(9)}=48,013$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değeri, bağımlı değişkendeki varyansın %11,3’ünün bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model hastaların %88’ini doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Demografik değişkenlerden 40-49 yaş aralığındaki hastalar ($\beta=-0,924$, Wald=5,289, $p<0,05$), 60 yaş ve üzeri hastalar ($\beta=-1,735$, Wald=4,155, $p<0,05$) ve işsiz olan hastalar ($\beta=0,697$, Wald=4,972, $p<0,05$) ile başka bir yerde olmaları gerektiği için randevuya gidememe durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. 30 yaş altı referans kategori olarak alınmış olup 40-49 yaş aralığındaki hastaların başka bir yerde olması gerektiği için randevuya gidememe durumuna ilişkin olasılıkları 30 yaş altındakilere göre $[(1-0,397)*100]=\%60,3$ daha düşük, 60 yaş ve üzerindeki hastaların aynı nedenden dolayı randevuya gidememe olasılıkları 30 yaş altındaki hastalara göre $[(1-0,176)*100]=\%82,4$ daha düşüktür. Tam ve yarı zamanlı olan hastalar referans kategori olarak alınmış olup işsiz olan hastaların başka bir yerde olmaları gerektiği için randevuya gidememe durumuna ilişkin olasılıkları tam ve yarı zamanlı hastalara göre $[(2,008-1)*100]=\%100,8$ daha yüksektir. Buna göre, Hipotez 2.17.b ve 2.17.e kabul; Hipotez 2.17.1 ve 2.17.n reddedilmiştir.

Hastaların demografik özelliklerinin, doktorun başka bir işi çıktığı için hastane tarafından iptal edilen randevuya gidememe durumuna etkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve Tablo 29’da görüldüğü gibi istatistiksel olarak anlamlı bir model bulunmuştur ($\chi^2_{(9)}=24,042$, $p<0,05$). Nagelkerke R^2 değerleri, bağımlı değişkendeki varyansın 12,2’sinin bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Model hastaların %96,8’ini doğru bir şekilde sınıflandırmıştır.

Tablo 29. ‘Doktorumun başka bir işi çıktığı için randevum hastane tarafından iptal edildi/ertelendi’ Diyen Hastaları Tahminleyen Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
Yaş (Ref=<30)			10,867	0,028			
Yaş (30-39)	0,820	0,860	0,910	0,340	2,271	0,421	12,249
Yaş (40-49)	0,875	0,863	1,028	0,311	2,400	0,442	13,034
Yaş (50-59)	1,695	0,875	3,757	0,053	5,449	0,981	30,259
Yaş (≥ 60)	2,491	0,890	7,825	0,005	12,069	2,108	69,114
İş Durumu (Ref=Tam ve Yarı Zamanlı)			1,225	0,747			
İş Durumu (Ev Hanımı)	0,655	0,800	0,671	0,413	1,925	0,402	9,225
İş Durumu (İşsiz)	-16,877	3174,011	0,000	0,996	0,000	0,000	
İş Durumu (Emekli)	-0,418	0,598	0,487	0,485	0,658	0,204	2,128
Randevu Alma (1-3 Gün; Ref=Aynı Gün)	0,442	0,447	0,979	0,322	1,556	0,648	3,737
Poliklinik (Diğer; Ref=Cerrahi)	0,156	0,443	0,123	0,725	1,168	0,490	2,785
Sabit	-7,265	793,503	0,000	0,993	0,001		

$\chi^2_{(9)}=24,042$; $p=0,004$; Nagelkerke $R^2=0,122$

Tablo 29’da görüldüğü gibi demografik değişkenlerden 60 yaş ve üzeri olan ya da 30 yaş altındaki hastalar ile doktorun başka bir işi çıktığı için hastane tarafından iptal edilen randevuya gidememe durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($\beta =2,491$, $Wald=7,845$, $p<0,05$). 30 yaş altı referans kategori olarak alınmış olup 60 yaş ve üzerindeki hastaların doktorun başka bir işi çıktığı için hastane tarafından iptal edilen randevuya gidememe durumlarına ilişkin olasılıkları 30 yaş altındaki hastalara göre $[(12,069-1)*100]=\%1106,9$ daha yüksektir. Buna göre, Hipotez 2.19.b kabul edilirken; Hipotez 2.19.e, 2.19.l ve 2.19.n reddedilmiştir.

Randevuya gitmeme nedenlerinden “Cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozuk olduğu için randevuma gelmemem söylendi”, “Sigortam kapsamadığı için gidemedim”, “Param olmadığı için gidemedim” ve “Hastanedeki bürokratik işlemlerin karmaşıklığı gözümü korkuttuğu için gitmekten vazgeçtim” maddeleri için gözlem sayısı yeterli büyüklükte olmadığından lojistik regresyon analizi çalışmamış ve bu nedenlere ilişkin hipotezler test edilememiştir. Ayrıca yapılan tek değişkenli analizler sonucunda anlamlı çıkmayan değişkenlere ait hipotezler de test edilememiştir.

4.2.3. Randevuya Gitmeme Durumuna Yönelik Alınabilecek Önlemlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde randevusuna gitmeyen hastaların çeşitli kişisel özelliklerinin randevuya katılmama durumu en aza indirme konusunda alınabilecek önlemlere etkisini ölçmede ise çoklu doğrusal regresyon analizi bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 30’da ankete cevap veren hastaların randevu kaçırmaya karşı “bilgilendirme” boyutu kapsamında alınacak önlemlere ilişkin değerlendirmeleri ile katılımcıların demografik özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığı çoklu doğrusal regresyon yöntemi ile analiz edilmiştir. Regresyon analizine göre; model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(13,781)}=2,225$, $p=0,007$) ve tüm tolerance değerleri 0,10’dan büyük, tüm VIF değerleri ise 10’dan küçük olduğu için çoklu bağlantı problemi olmadığı anlaşılmaktadır. Modelin R^2 değeri hastaların bilgilendirme boyutuna ilişkin verdikleri cevaplardaki değişkenliğin %3,6’sının hastaların demografik özellikleri ile açıklandığını göstermektedir.

Tablo 30. Hastaların Randevularına Gitmemelerini Önlemeye İlişkin Olarak ‘Bilgilendirme Boyutu’ Kapsamındaki Önerilere Katılım Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Standardize β Katsayısı	t	p	Tolerance	VIF
Sabit	3,937	0,291		13,540	<0,001		
Cinsiyet (Erkek)	-0,026	0,043	-0,022	-0,589	0,556	0,890	1,124
Yaş (≤ 30)	-0,008	0,060	-0,007	-0,141	0,888	0,495	2,020
Eğitim (Lisansüstü)	-0,115	0,136	-0,030	-0,846	0,398	0,957	1,045
Gelir (≥ 7500)	-0,029	0,081	-0,013	-0,357	0,721	0,949	1,053
İş Durumu (Emekli)	0,138	0,077	0,072	1,807	0,071	0,786	1,272
Medeni Durum (Evli)	0,051	0,058	0,042	0,867	0,386	0,518	1,932
Sağlık Güvence (SSK)	0,078	0,120	0,023	0,646	0,518	0,976	1,024
Sağlık Durumu (Çok kötü ve kötü)	-0,003	0,031	-0,003	-0,087	0,931	0,846	1,183
Kronik Hastalık (Yok)	0,008	0,051	0,006	0,151	0,880	0,821	1,218
Yerleşim Yeri (Köy)	-0,065	0,071	-0,034	-0,903	0,367	0,894	1,118
Randevu Tercih (Sekreter)	0,076	0,089	0,035	0,861	0,389	0,742	1,348
Randevu Alma (Aynı gün)	0,202	0,049	0,148	4,122	<0,001	0,960	1,042
Randevu Verme (Aynı gün veya ertesi gün)	-0,132	0,074	-0,072	-1,795	0,073	0,768	1,302

$F_{(13,781)}=2,225$; $p=0,007$; $R^2=0,036$

Modelde yer alan değişkenler arasında “randevu alma süresi” hastaların bilgilendirme boyutundaki önlemlere katılma düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkileyen tek değişkendir ($\beta=0,202$, $t=4,122$, $p<0,001$). Aynı gün içinde randevu alan hastaların diğer hastalara göre bilgilendirme boyutundaki önlemlere katılım düzeyleri daha fazladır. Buna karşılık cinsiyet (erkeklerin kadınlara göre), yaş (yaşı 30 ve altında olanların diğer yaş gruplarında olanlara göre), eğitim (yüksek lisans ve doktora düzeyinde olanların diğer eğitim düzeyinde olanlara göre), gelir (gelir düzeyi 7500 TL ve üzerinde olanların diğer gelir düzeyinde olanlara göre), iş durumu (emekli olanların diğer iş durumlarına göre), medeni durum (evlilerin bekarlara göre), sağlık güvencesi (güvencesi SSK olanların diğer sağlık güvencelerine sahip olanlara göre), sağlık durumu (çok kötü ve kötü olanların diğer sağlık durumlarına göre), kronik hastalık (kronik hastalığı olmayanların olanlara göre), yerleşim yeri (köyde yaşayanların diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre), randevu tercih yöntemi (poliklinik sekreterliğinden randevu alanların diğer yöntemlerle randevu alanlara göre) ve randevu verme süresi (aynı gün veya ertesi gün için randevu verilen hastaların diğer sürelerde randevu verilen hastalara göre) değişkenlerinin bilgilendirme boyutuna olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgulara göre Hipotez 3.1 kabul edilirken; Hipotez 3.a, 3.b, 3.c, 3.d, 3.e, 3.f, 3.g, 3.h, 3.i, 3.k ve 3.m reddedilmiştir.

Tablo 31. Hastaların Randevularına Gitmemelerini Önlemeye İlişkin Olarak ‘Yaptırım Boyutu’ Kapsamındaki Önerilere Katılım Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Standardize β Katsayısı	t	p	Tolerance	VIF
Sabit	2,273	0,605		3,760	<0,001		
Cinsiyet (Erkek)	0,255	0,090	0,099	2,835	0,005	0,890	1,124
Yaş (≤ 30)	0,295	0,125	0,111	2,368	0,018	0,495	2,020
Eğitim (Lisansüstü)	0,697	0,283	0,083	2,464	0,014	0,957	1,045
Gelir (≥ 7500)	0,740	0,168	0,149	4,400	<0,001	0,949	1,053
İş Durumu (Emekli)	-0,711	0,159	-0,166	-4,463	<0,001	0,786	1,272
Medeni Durum (Evli)	-0,155	0,121	-0,059	-1,274	0,203	0,518	1,932
Sağlık Güvence (SSK)	0,176	0,250	0,024	0,704	0,482	0,976	1,024
Sağlık Durumu (Çok kötü ve kötü)	0,035	0,065	0,019	0,539	0,590	0,846	1,183
Kronik Hastalık (Yok)	-0,125	0,105	-0,043	-1,187	0,235	0,821	1,218
Yerleşim Yeri (Köy)	-0,429	0,149	-0,101	-2,890	0,004	0,894	1,118
Randevu Tercih (Sekreter)	-0,046	0,184	-0,010	-0,250	0,803	0,742	1,348
Randevu Alma (Aynı gün)	0,285	0,102	0,094	2,788	0,005	0,960	1,042
Randevu Verme (Aynı gün veya ertesi gün)	-0,251	0,153	-0,062	-1,644	0,101	0,768	1,302

$F_{(13,781)}=10,300$; $p\leq 0,001$; $R^2=0,146$

Tablo 31’de görüldüğü gibi hastaların demografik özellikleri ile randevuya katılmama durumuna yönelik olarak "yaptırım" boyutu kapsamında alınacak önlemlere katılım düzeylerinin hastaların kişisel özelliklerinden etkilenip etkilenmediği regresyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir modele ulaşılmıştır ($F_{(13,781)}=10,300$; $p<0,001$). Yaptırım boyutuna ilişkin değişkenliğin %14,6’sının hastaların demografik özellikleri ile açıklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 31’de yer alan modele göre hastaların yaptırım boyutu kapsamındaki önlemlere katılımları, kişisel özelliklerinden cinsiyet ($\beta=0,255$, $t=2,835$, $p=0,005$), yaş ($\beta=0,295$, $t=2,368$, $p=0,018$), eğitim durumu ($\beta=0,697$, $t=2,464$, $p=0,014$), gelir durumu ($\beta=0,74$, $t=4,4$, $p<0,001$), iş durumu ($\beta=-0,711$, $t=-4,463$, $p<0,001$), yerleşim yeri ($\beta=-0,429$, $t=-2,89$, $p=0,004$) ve randevu alma süresi ($\beta=0,285$, $t=2,788$, $p=0,005$) değişkenlerinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. Cinsiyet, yaş, eğitim, gelir ve randevu alma süresi ile yaptırım boyutundaki önerilere katılım arasında pozitif yönde; yerleşim yeri ve iş durumu değişkenleri ile yaptırım boyutundaki önerilere katılım arasında negatif yönde ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Erkekler kadınlara göre 0,255 birim daha fazla yaptırım boyutu skoruna, yaşı 30 ve altında olanlar diğer yaş grubundakilere göre 0,295 birimlik daha yüksek yaptırım boyutu skoruna, eğitim düzeyi lisansüstü olanlar diğer eğitim düzeyindekilere göre 0,695 birimlik daha yüksek yaptırım boyutu skoruna, gelir düzeyi 7500 TL ve üzeri olanlar diğer gelir düzeylerine göre 0,74 birimlik daha yüksek yaptırım boyutu skoruna, emekli olanlar diğer iş durumundaki kişilere göre 0,711 birimlik daha az yaptırım boyutu skoruna, köyde yaşayanlar diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre 0,429 birim daha az yaptırım boyutu skoruna ve randevu alma süresi aynı gün içinde olanlar diğer hastalara (randevusunu 1-3 gün içinde, 4-7 gün içinde ve diğer sürelerde alan hastalar) göre 0,285 birimlik daha yüksek yaptırım boyutu skoruna sahiptir. Yani, gruplar için daha fazla yaptırım boyutu skoruna sahip olanlar; erkekler, yaşı 30 ve altında olanlar, eğitim düzeyi lisansüstü olanlar, gelir düzeyi 7500 TL ve üzeri olanlar, iş durumu emekli olmayanlar, yerleşim yeri olarak köy haricinde yaşayanlar ve aynı gün randevu alan hastalardır. Diğer demografik değişkenlerin (medeni durum, sağlık güvencesi, genel sağlık durumu, kronik hastalık, randevu tercih yöntemi ve randevu verilme süresi) hastaların yaptırım boyutu altında yer alan önlemlere katılım düzeyleri üzerindeki etkisi anlamlı değildir ($p>0,05$). Değişkenlerin modeldeki önem sırası

hakkında bilgi veren standardize β katsayıları incelendiğinde; hastaların yaptırım boyutu altındaki önlemlere katılımını en çok etkileyen değişkenin gelir durumu olduğu ve bunu sırasıyla iş durumu, yaş, yerleşim yeri, cinsiyet, randevu alma süresi ve eğitim durumu değişkenlerinin takip ettiği anlaşılmaktadır. Bu bulgulara göre, Hipotez 4.a, 4.b, 4.c, 4.d, 4.e, 4.i ve 4.l kabul edilirken, Hipotez 4.f, 4.g, 4.h, 4.ı, 4.k ve 4.m reddedilmiştir.

Tablo 32. Hastaların Randevularına Gitmemelerini Önlemeye İlişkin Olarak ‘İyileştirme Boyutu’ Kapsamındaki Önerilere Katılım Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Değişkenler	β Katsayısı	Standart Hata	Standardize β Katsayısı	t	p	Tolerance	VIF
Sabit	4,364	0,230		18,954	<0,001		
Cinsiyet (Erkek)	0,029	0,034	0,032	0,843	0,400	0,890	1,124
Yaş (≤ 30)	0,006	0,048	0,006	0,124	0,901	0,495	2,020
Eğitim (Lisansüstü)	-0,089	0,108	-0,030	-0,827	0,409	0,957	1,045
Gelir (≥ 7500)	0,068	0,064	0,038	1,064	0,288	0,949	1,053
İş Durumu (Emekli)	-0,024	0,061	-0,016	-0,399	0,690	0,786	1,272
Medeni Durum (Evli)	0,032	0,046	0,034	0,686	0,493	0,518	1,932
Sağlık Güvence (SSK)	0,151	0,095	0,057	1,587	0,113	0,976	1,024
Sağlık Durumu (Çok kötü ve kötü)	-0,029	0,025	-0,046	-1,188	0,235	0,846	1,183
Kronik Hastalık (Yok)	-0,048	0,040	-0,046	-1,191	0,234	0,821	1,218
Yerleşim Yeri (Köy)	-0,116	0,057	-0,076	-2,049	0,041	0,894	1,118
Randevu Tercih (Sekreter)	0,037	0,070	0,021	0,522	0,602	0,742	1,348
Randevu Alma (Aynı gün)	0,050	0,039	0,046	1,287	0,198	0,960	1,042
Randevu Verme (Aynı gün veya ertesi gün)	-0,173	0,058	-0,120	-2,973	0,003	0,768	1,302

$F_{(13,781)}=1,828$; $p=0,035$, $R^2=0,030$

Tablo 32’de araştırmaya katılan hastaların randevuya gitmemeyi önlemeye yönelik olarak “iyileştirme” boyutu altında yer alan önlemlere katılım düzeyleri ile kişisel özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir modele ulaşılmıştır ($F_{(13,781)}=1,828$, $p=0,035$). Hastaların bu boyuttaki önlemleri etkili bulma düzeylerindeki değişkenliğin %3’ü modelde yer alan hasta özellikleri tarafından açıklanmaktadır.

Modele dahil edilen değişkenlerden; “yerleşim yeri” ($\beta=-0,116$, $t=-2,049$, $p=0,041$) ve “randevu verilme süresi” ($\beta=-0,173$, $t=2,973$, $p=0,003$) değişkenleri hastaların iyileştirme boyutundaki önlemlere katılım düzeylerini negatif yönde ancak istatistiksel olarak

anlamli bir Şekilde etkilemiŐtir. Yerleşim yeri köy olanlar diŐer yerleşim yerlerindeki kişilere göre 0,116 birimlik daha az iyileştirme boyutu skoruna ve randevu verilme süresi aynı gün ya da ertesini gün olanlar diŐer hastalara göre 0,173 birimlik daha az iyileştirme boyutu skoruna sahiptir. DiŐer demografik deŐiŐkenlerin (cinsiyet, yaş, eŐitim durumu, gelir, iş durumu, medeni durum, saŐlık güvencesi, genel saŐlık durumu, kronik hastalık, randevu tercih yöntemi ve randevu alma süresi) hastaların iyileştirme boyutu skorlarına olan etkisi anlamlı deŐildir ($p>0,05$). Tablodaki standartlaŐtırılmıŐ β katsayılarına göre; hastaların iyileştirme boyutu skorlarını “randevunun verildiŐi süre”, yerleşim yerine göre daha çok etkilemektedir. Sonuç olarak, Hipotez 5.i ve 5.m kabul edilirken, Hipotez 5.a, 5.b, 5.c, 5.d, 5.e, 5.f, 5.g, 5.h, 5.i, 5.k ve 5.l reddedilmiştir.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde, çalışma kapsamında hem anket uygulamasından elde edilen birincil verilere hem de hastane istatistiklerinden elde edilen ikincil verilere dayalı olarak ulaşılan bulgular, daha önce bu yönde yapılmış çalışmalar ele alınarak tartışılmıştır.

5.1. Randevuya Gitmeme Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Değerlendirmeler

Araştırmanın yapıldığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi randevu bilgi sisteminden 2020 yılı Ocak-Şubat aylarına ilişkin alınan verilere göre; poliklinik randevusu alan 102.561 hastaya randevu verilmiş, ancak 16.631 randevuya (%16,2) katılım olmamıştır. Bulgulara göre erkek hastaların randevuya gitmeme olasılıklarının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun, erkeklerin iş gücü piyasasında daha fazla yer almaları ve dolayısıyla hastane randevularına gidecek fırsatlarının sınırlı olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Peng ve arkadaşları (2016) tarafından Amerika’da Gazi İşleri Bakanlığı’na bağlı bir hastanede yapılan çalışmada da bu çalışmada olduğu gibi, erkek hastaların kadınlara göre randevuya gitmeme olasılığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Hamilton ve diğerleri (2002) tarafından İngiltere’de bulunan 13 aile hekimliğinde yapılan çalışmada erkeklerin randevularına katılma olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgulardan farklı olarak, dermatoloji kliniğinde yürütülen bir araştırmada ise, randevuya gitmeme olasılığının kadın hastalarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Cohen vd., 2008). Cohen ve diğerleri (2007) İsrail’de bir KBB polikliniğinde yürüttükleri çalışmada (n=8071) randevuya gitmeme durumunu belirleyen değişkenleri araştırmış ve randevuya katılmama olasılığının kadınlarda daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Kadınlarda daha yüksek randevuya katılmama olasılığının; toplumlarında aile bakımının geleneksel olarak kadınların sorumluluğunda olduğu ve kadınların acil olmayan randevulara gitmeme eğiliminin daha yüksek olmasından kaynaklandığını ifade etmişlerdir.

Çalışmada; 20-39 yaş aralığındaki hastaların randevuya gitmeme olasılığı 20 yaş altındaki hastalara göre daha yüksek, 60 yaş ve üzerindeki hastaların randevuya gitmeme olasılıkları 20 yaş ve altındakilere göre daha düşük olarak bulgulanmıştır. Literatürde yaş değişkeni ile randevuya gitmeme durumu arasındaki ilişkinin araştırıldığı çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Cohen vd., 2008; Daggy vd., 2010; Dreier vd., 2008; Menendez ve Ring, 2015; Miller vd., 2015). Daggy ve diğerleri (2010) tarafından yapılan çalışmada, 70 yaş ve altındaki hastaların randevuya gitmeme olasılığının 70 yaş ve üstündeki hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cohen ve diğerleri tarafından dermatoloji kliniğinde yapılan çalışmada 55 yaş ve altı hastaların 55 yaş üzeri hastalara göre randevuya gitmeme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Bahsi geçen çalışmada, 55 yaşından büyük bireyler arasında görülen daha düşük devamsızlık oranlarının; daha kötü sağlık durumuna bağlı olarak bir doktordan yardım alma ihtiyacının fazla oluşu, daha fazla boş zamana sahip olma veya nesiller arasındaki kültürel farklılıklar gibi durumlardan kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Benzer şekilde üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılan çalışmada daha genç yaş grubunda olanların yüksek randevuya gitmeme olasılığı ile ilişkilendirildiği ortaya konulmuştur (Miller vd., 2015). Peng ve arkadaşları (2016), 18-75 yaş grubundaki hastaların, 75 yaş ve üzerindeki hastalara göre randevuya gitmeme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Torres ve arkadaşları (2015) da Amerika’da yaptıkları çalışmada yetersiz hizmet alan bir nüfusa hizmet veren kentsel alandaki akademik bir tıp merkezinin iç hastalıkları polikliniğinde yaptıkları çalışmada artan yaş ile birlikte randevuya gitmeme olasılığının azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Benzer olarak Lee ve diğerleri (2005) tarafından genel bir hastanenin tüm polikliniklerinin dahil edildiği ve hastaların (n=22.864) randevuya gitmeme olasılıklarını belirleyen faktörleri tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada, yaş değişkeni ile randevuya gitmeme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve 40 yaşın üzerindeki hastaların, 20 yaş ve altındaki hastalara göre randevuya gitmeme olasılıkları daha düşük olarak tahminlenmiştir.

Ayrıca, çalışmada hastaların randevuya gitmeme durumları medeni durumları itibariyle incelendiğinde, bekar ve dul hastaların randevuya gitmeme durumlarına ilişkin olasılıklarının evli hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evli olmayan bireylerin evlilere göre düzenli bir hayatları olmadığından, önceden planladıkları randevu

saatinde başka bir planlarının olma ve randevularına gitmeme olasılıklarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde Peng ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada da bekar hastalar evlilere göre daha yüksek randevuya gitmeme olasılığı ile ilişkilendirilmiştir. Daggy ve diğerleri (2010) gidilmeyen randevuların belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla bir tıp merkezinde yaptıkları çalışmada (n=5446), evli hastaların evli olmayanlara göre randevuya gitmeme olasılıklarını daha düşük bulmuşlardır. Hastane tabanlı bir el cerrahisi polikliniğinde medeni durum ile randevuya gitmeme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; evli hastalar referans kategori olarak alındığında, bekar veya boşanmış olan hastaların randevuya gitmeme olasılıklarının evlilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Menendez ve Ring, 2015).

Son olarak hastaların randevuya gitmeme durumları randevu aldıkları poliklinik branşı açısından değerlendirildiğinde; dahili bölümlerden ve kadın doğum bölümünden randevu alan hastaların randevuya gitmeme olasılıklarının cerrahi bölümünden randevu alan hastalara göre daha düşük; çocuk ve diş bölümlerinden randevu alan hastaların randevuya gitmeme olasılıklarının cerrahi bölümlerden randevu alan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun, hastaların cerrahi bölümlere karşı önyargılı olmalarından ve korkmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Lee ve diğerlerinin (2005) yaptığı araştırmaya poliklinik değişkeni dahil edilmiş; cerrahi (n=7961), dahili (n=6848), göz (n=3721), KBB (n=1935), terapi (n=613) ve diğer poliklinikler (n=574) olarak altı kategori oluşturulmuştur. Oluşturulan bu kategoriler arasından bu çalışmada olduğu gibi cerrahi poliklinikler referans kategori olarak alınmıştır. Buna göre cerrahi polikliniklere kıyasla; göz, KBB, terapi ve diğer polikliniklerde randevuya gitmeme olasılığı daha yüksek, dahili polikliniklerde ise bu olasılık daha düşük tespit edilmiştir. Söz konusu çalışmada ayrıca hastaların kişisel özelliklerinden hangilerinin, bu bölümlerde randevuya gitmeme üzerinde belirleyici olduğu da araştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre; hastaların cep telefonlarının bölümde kayıtlı olması faktörü tüm bölümlerde randevuya gitmeme ile negatif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip, randevu verilme süresi 21 gün ve üzerinde olan hastalar tüm bölümlerde (yalnızca terapi bölümünde negatif yönde anlamsız bir ilişki bulunmuştur) randevuya gitmeme durumuyla pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip ve 40 yaş ve üzerindeki tüm

bölümlerde (daha yaşlı göz polikliniği hastaları hariç) randevuya gitmeme durumuyla negatif bir ilişkiye sahip olarak tespit edilmiştir (Lee vd., 2005).

5.2. Randevuya Gitmeme Durumunun Olası Nedenlerine İlişkin Değerlendirmeler

Çalışmada hastaların poliklinik randevularına gitmeme nedenleri ile belirleyicileri incelendiğinde; 23 farklı randevuya gitmeme nedeni arasından “Randevumu unuttum” nedeninin ön plana çıktığı görülmüştür. Bu nedeni başka bir yerde bulunma gerekliliği, ailevi sorumluluklar, sağlık sorunu düzeldiği için gitmeye gerek görmeme, işten izin alamama, randevunun uzak bir tarihe verilmesi ve ulaşım aracı bulamama gibi nedenler takip etmiştir. Hamilton ve diğerleri (2002) tarafından bir pratisyen hekimlik uygulamasında yapılan çalışmada, “unutma” en çok seçilen randevuya gitmeme nedeni olmuştur. Bu neden dışında; uygulama hatası, günleri karıştırma, işten izin alamama, başka bir yerde olma gerekliliği gibi nedenler yer almıştır. Benzer şekilde Samuels ve diğerleri (2015), birinci basamak pediatri kliniğinde yaptıkları çalışmada randevuya gitmemenin yaygın nedenlerini; unutma, ulaşım problemleri, işten izin alamama olarak ortaya koymuşlardır. Birinci basamak sağlık merkezinde yapılan başka bir çalışmada randevuya gitmemenin en yaygın iki nedeni unutma ve iletişim problemleri olarak belirtilmiştir (Kaplan-Lewis ve Percac-Lima, 2013).

Araştırma bulgularına göre, hastaların randevu aldıkları poliklinik branşı ve iş durumu ile randevularına unuttukları için gitmediklerini söylemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Cerrahi polikliniklere göre diğer polikliniklerde unutma nedeniyle randevuya gidilmeme olasılığı daha düşük; ev hanımı olanların ise randevularına unuttukları için gitmeme olasılığının tam ve yarı zamanlı çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ev hanımı olanların bakmakla yükümlü oldukları kişiler, ev işleri gibi sorumlulukları nedeniyle randevularına unuttukları için gitmeme olasılıklarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, medeni durumu evli olan hastaların randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere yönelme olasılığı bekar olan hastalara göre daha düşük bulunmuştur.

Bu durum, evli bireylerde sağlık problemlerine tıbbi yöntemlerle net sonuç alınmak istenmesi ve dolayısıyla da geleneksel yöntemlere bekar bireylere kıyasla daha az başvurulması şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışma bulgularına göre yaş değişkeni ile; hastaların aileleriyle ilgilenmeleri gerektiği için (60 yaş ve üzeri hastalarda bu olasılık 30 yaş ve altındaki hastalara göre daha düşük), ulaşım aracı bulamadıkları için (60 yaş ve üzerindeki hastaların bu olasılıkları, 30 yaş ve altındakilere göre daha yüksek), uyuyakaldıkları için (30-49 yaş aralığındaki hastaların bu olasılıkları 30 yaş ve altındakilere göre daha düşük), hava şartları nedeniyle (50 yaş ve üzeri hastaların bu olasılıkları 30 yaş ve altındaki hastalara göre daha yüksek) ve doktorlarının başka bir işi çıktığı için hastane tarafından iptal edilen randevuya gidemediklerini (60 yaş ve üzerindeki hastaların bu olasılıkları, 30 yaş ve altındaki hastalara göre daha yüksek) söylemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aileleriyle ilgilenmeleri gerektiği için randevuya gidemediklerini söyleyen 60 yaş ve üstündeki hastaların bakmakla yükümlü olduğu, problemleriyle ilgileneceği kişi sayısının 30 yaş ve altındakilere göre daha az olması ve bundan dolayı randevusuna gitmeme ihtimalinin düşük çıktığı; ulaşım aracı bulamadığı için randevuya gidemediğini söyleyen 60 yaş ve üzerindeki hastaların 30 yaş ve altındakilere göre alternatif ulaşım olanaklarının daha az olduğu; uyuyakaldıkları için randevuya gidemediklerini söyleyen 30-49 yaş grubundaki bireylerin sorumluluklarının ve günlük alışkanlıklarının daha fazla olduğu, bu nedenle hayatın doğal akışı içindeki rol ve sorumlulukları daha fazla olacağı için uyuyakaldıkları için randevuya gitmeme olasılıklarının 30 yaş ve altındakilere göre daha düşük olacağı; hava şartları nedeniyle randevuya gidemediğini söyleyen 50 yaş ve üzerindeki hastaların 30 yaş ve altındaki hastalara kıyasla olumsuz hava şartlarına dirençlerinin daha düşük, fiziksel hareketlerinin daha kısıtlı olduğu; doktorunun başka bir işi için hastane tarafından iptal edilen randevuya gitmediğini söyleyen 60 yaş ve üzerindeki hastaların 30 yaş ve altındaki hastalara göre fazla sağlık problemi nedeniyle daha fazla randevu aldıkları ve randevu aldıkları polikliniklerde işi çıkan bir doktora denk gelmeme ihtimallerinin yüksek olacağı düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına göre, “randevu alma süresi” ve “yaş” değişkenleri ile hastaların hastalıkları ağırlaştığı ve dışarı çıkmalarına engel olduğu için randevularına gidememe durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya konulmuştur. 1-3 gün içinde randevu alan hastaların hastalıkları ağırlaştığı ve dışarı çıkmalarına engel olduğu için randevularına gidememe olasılıkları, aynı gün içinde randevu alan hastalara göre daha yüksektir. Bireylerin hastaneye başvurdukları an (randevu almak istedikleri an) genellikle sağlık hizmetine ihtiyaçlarının daha fazla olduğu andır. Bu nedenle, randevu alma süresi uzadıkça hastaların hastalıkları ağırlaştığı için dışarı çıkamama ve randevuya gidememe durumlarının daha fazla olacağı düşünülmektedir. 60 yaş ve üzeri hastaların hastalıkları ağırlaştığı ve dışarı çıkmalarına engel olduğu için randevularına gidememe olasılıkları, 30 yaş ve altındaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun ise, 60 yaş ve üzerindeki hastaların 30 yaş ve altındaki hastalara göre daha fazla hastalık ve daha düşük bağışıklığa sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastalardan 1-3 gün içinde randevu alan hastaların istedikleri doktordan randevu alamadıkları için randevuya gitmeme olasılıklarının, aynı gün içinde randevu alan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı gün içinde randevu alan hastaların istedikleri hekimden randevu alma ihtimallerinin yüksek olacağı düşünülmüş ve bu durum hekimlerin poliklinik saatlerinin aynı gün randevu alan kişiler tarafından dolması sebebiyle 1-3 gün içinde randevu alabilen hastaların istedikleri hekimden randevu alamadıkları için randevularına gitmeme olasılıklarının daha yüksek olacağı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışma bulgularına göre yerleşim yeri ile hastaların sağlık sorunları düzeldiği için randevuya gitmeye gerek görmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İl ve ilçe merkezinde yaşayan hastaların sağlık sorunları düzeldiği için randevuya gitmeye gerek görmeme olasılıklarının, diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Daha kırsal yerleşim yerlerinde sağlık hizmetlerine erişim güçtür ve bu yerleşim yerlerinde yaşayan bireyler ancak ciddi şikayetlerinde sağlık kuruluşlarına başvuruyor olabilirler. İl ve ilçe merkezlerinde yaşayanların ise sağlık hizmetine erişimlerinin daha kolay olması nedeniyle sağlık

sorunlarının düzeldiğini düşünerek randevuya gitmeye gerek görmeme olasılıklarının diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Literatürde söz konusu nedeni belirleyen faktörlere ilişkin bir çalışma bulunmuyor olsa da, Kruse ve Rohland (2002) tarafından bir psikiyatri hastanesinde yapılan çalışmada, il ve ilçede yaşayan hastaların kırsal kesimde yaşayan hastalara kıyasla randevularına katılma olasılıklarının 5 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Buna karşılık VHA Tesislerinde kaçırılan kolonoskopi randevuları ile ilişkili faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılan bir araştırmada, kentsel yerleşim ile randevuya gitmeme durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Partin vd., 2016). Çalışmalar arasındaki bulguların farklılığı, hasta popülasyonundan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma bulgularında, medeni durum ve yerleşim yeri değişkenleri ile hastaların işten izin alamadıkları için randevuya gidememe durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Evli olan hastaların işten izin alamadıkları için randevuya gidememe olasılıkları, bekar olan hastalara göre daha düşüktür. Bu duruma, işverenlerin evli çalışanlarının hastane randevularına izin verme konusunda öncelik tanıyor olabileceği yorumu yapılmıştır. İl ve ilçe merkezinde yaşayan hastaların ise işten izin alamadıkları için randevuya gidememe olasılığı, diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İl ve ilçe merkezleri sosyoekonomik yapıları gereği iş ilişkilerinin daha fazla kurulduğu yerler olması dolayısıyla burada yaşayanların işten izin alamamaları nedeniyle randevularına gidememe olasılıklarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Literatürde spesifik olarak işten izin alamama nedenini tahminleyen özellikler üzerinde çalışılmamış olsa da Kheirkhah (2010) Houston'da bir tıp merkezinde yaptığı çalışmada; hastaların randevu tarihi, randevu saati, yaş, ırk, cinsiyet, klinik kod, medeni durum, gün, ay, randevu boşluğu, iş durumu, mesafe, sigorta, randevu geçmişi, yapılan ev telefonu, takip ziyareti ve mevcut randevu durumunu çalışmasına dahil etmiş ve hastaların kişisel özelliklerinden yaş, cinsiyet, klinik türü, randevu saati, mesafe, iş durumu ve sağlık durumlarının randevuya gitmeme durumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur.

Hastaların demografik değişkenlerinden yaş ve iş durumu ile başka bir yerde olmaları gerektiği için randevuya gidememe durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 40-49 yaş aralığındaki hastalar ile 60 yaş ve üzerindeki hastaların başka bir yerde olmaları gerektiği için randevuya gidememe durumuna ilişkin olasılıkları 30 yaş altındakilere göre daha düşük bulunmuştur. İşsiz olan hastaların ise başka bir yerde olmaları gerektiği için randevuya gidememe durumuna ilişkin olasılıklarının, tam ve yarı zamanlı çalışan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İşsiz kişilerin çalışan kişilere göre daha düzenli ve standart bir hayatlarının olmaması sebebiyle, polikliniklerin hizmet verdiği saatlerde başka yerlerde olma ihtimalinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Literatürde hastaların başka bir yerde olmaları gerektiği için randevularına gitmeme durumunu tahmin eden değişkenlerin neler olduğu daha önce spesifik olarak çalışılmamış olsa da Hong Kong'ta bir psikiyatri polikliniğinde yapılan bir çalışmada randevusuna gitmeyen hastalar arasında işsiz ve ev hanımı olanların ön plana çıktığı bulunmuştur. Ev hanımı olanlar için randevuya gitmeme davranışı; ev hanımlarının randevuya uymak için programlarının esnek olmayabileceği şeklinde açıklanmıştır (Pang vd., 1995).

5.3. Randevuya Gitmeme Durumuna Yönelik Alınabilecek Önlemlere İlişkin Değerlendirmeler

Bu çalışmada ayrıca hastaların poliklinik randevularına gitmemelerini önlemek için alınabilecek önlemleri (bilgilendirme, yaptırım ve iyileştirme boyutları itibarıyla) ne ölçüde etkili buldukları, ya da başka bir ifade ile bu önlemlere ne düzeyde katıldıkları ve bunu etkileyen faktörler de incelenmiştir.

Araştırma bulgularına göre, hastaların kişisel özelliklerinden “randevu alma süresi” hastaların bilgilendirme boyutundaki önlemlere katılma düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkileyen tek değişken olup, aynı gün içinde randevu alan hastaların diğer hastalara göre bilgilendirme boyutundaki önlemlere katılım düzeylerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, randevusunu aynı gün alan bireylerin randevu sürecinde bilgilendirici içeriklerin randevuya gitmeme durumunu azaltacağına ve olumlu

etki yaratacağına inandıkları şeklinde yorumlanmıştır. Literatürde spesifik olarak bu konu üzerinde yapılmış bir çalışma olmasa da hasta eğitimi ve bilgilendirmenin randevuya gitmeme durumunu azaltmak için bir yöntem olarak kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (DuMontier vd., 2013). Bununla birlikte, hasta eğitimi ve bilgilendirme tek başına randevuya gitmeme oranını azaltma üzerinde etkili olmayıp tüm çalışmalar telefon hatırlatmaları, mektup hatırlatmaları ve çeşitli randevu programlama stratejileri ile birlikte yürütülmüştür. Kentsel bir alanda hizmet sunan ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren bir klinikte DuMontier ve diğerleri (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, hasta eğitimleri ve randevu programlarını düzenleme şeklindeki girişimlerin randevuya gitmeme oranını azaltma üzerindeki etkileri incelenmiş ve kohort grubundaki (n=141) randevuya gitmeme oranının %33,3'ten %17,7'ye, genel gitmeme oranının ise %10'dan %7'ye düştüğü ifade edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasında yapılan başka bir çalışmada ise, ilk kez randevu alan ve muayenesi sonrasında randevular hakkında bilgilendirme amacıyla görüşme yapılan hasta grubunda bir sonraki randevuyu kaçırma olasılığında %29 azalma bulunmuş, bunun da mutlak olarak gelmeme oranında %5,2'lik bir azalmaya karşılık geldiği ifade edilmiştir (Guse vd., 2003).

Araştırmaya katılan hastaların randevuya gitmemeyi önlemek için yaptırım boyutu kapsamındaki önlemlere katılımlarının kişisel özelliklerine göre nasıl bir farklılık gösterdiği incelendiğinde ise; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir durumu, iş durumu, yerleşim yeri ve randevu alma süresinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilendiği bulunmuştur. Gruplar içinde yaptırım boyutundaki önlemleri daha etkili bulan hasta grupları; erkekler, yaşı 30 ve altında olanlar, eğitim düzeyi lisansüstü olanlar, gelir düzeyi 7500 TL ve üzeri olanlar, iş durumu emekli olmayanlar, yerleşim yeri olarak köy haricinde yaşayanlar ve aynı gün randevu alan hastalardır. Özellikle hastaların yaptırım boyutu altındaki önlemlere katılımlarını en çok etkileyen değişkenin gelir durumu olduğu ve bunu sırasıyla iş durumu, yaş, yerleşim yeri, cinsiyet, randevu alma süresi ve eğitim durumu değişkenlerinin takip ettiği anlaşılmaktadır. Bu bulgulara göre; 30 yaşın altında olanların diğer yaş gruplarına kıyasla yaptırımların daha işlevsel olabileceği kanaatinde oldukları, lisansüstü eğitim düzeyinde olanların yaptırımların daha etkili olduğu kanısında oldukları, gelir düzeyi 7500 TL ve üzerinde olanların uygulanacağını düşündükleri cezayı karşılama ve alternatif sağlık kuruluşlarına (özel hastane gibi)

müracaat etme imkanlarının diğer gelir gruplarına kıyasla daha fazla olduğundan yaptırımlara sıcak baktıkları, emekli olanların gelir durumları sebebiyle yaptırımları etkili bulmadıkları, köyde yaşayanların sağlık hizmetine kısıtlı olan erişimlerinin yaptırımlarla birlikte daha da kısıtlanacağı kanaatinde olacakları için yaptırım kapsamındaki önlemlere daha az katılım gösterdiği, aynı gün içinde randevu alabilenlerin randevu kanallarını kullanmayı daha iyi bilmeleri ve yaptırımlara uygun hareket edebiliyor oldukları düşünülmektedir. Literatürde spesifik olarak hastaların kişisel özelliklerinin yaptırımla ilgili önlemlere katılım durumlarına etkisi çalışılmamış olsa da 12-20 yaş arasındaki hastalardan oluşan bir poliklinikte yapılan çalışmada, mazeretsiz kaçırılan randevular için ücretlendirme politikasının, kaçırılan randevu oranı üzerinde hiçbir etki göstermediği fakat randevu iptal oranını arttırdığı tespit edilmiştir (Chariatte vd., 2007).

Diğer yandan çalışmada, hastaların randevularına gitmemelerini önlemek için alınan önlemlerin yer aldığı boyutlardan biri olarak “iyileştirme” boyutu kapsamındaki önlemlere katılımlarının kişisel özellikleri ile ilişkisi değerlendirildiğinde ise; “yerleşim yeri” ve “randevu verilme süresi” değişkenlerinin hastaların iyileştirme boyutundaki önlemlere katılımlarını negatif yönde ve anlamlı şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Yerleşim yeri köy olanlar diğer yerleşim yerlerindeki kişilere göre ve randevu verilme süresi aynı gün ya da ertesi gün olanlar ise diğer hastalara göre iyileştirme boyutundaki önlemleri daha az etkili bulmaktadır. Köyde yaşayanların sahip oldukları sosyokültürel koşullar nedeniyle, randevuya gitmeme konusunda sağlık kurumundan kaynaklanabilecek olan sorunların iyileştirilmesi ile ilgili olan iyileştirme boyutu kapsamındaki önlemlerin randevuya gitmeme durumunu azaltacağını düşünmedikleri şeklinde yorumlanmıştır. Randevusu daha yakın tarihte verilenler ise sistemin sorunsuz işlediği kanısında olabilirler. Literatürde randevu verilme süresinin, randevuya gitmeme davranışına olan etkisiyle ilgili birçok çalışma bulunmaktadır (Daggy vd., 2010; McMullen ve Netland, 2015; Peng vd., 2016; Torres vd., 2015). Yapılan çalışmalarda, randevu verilme süresi uzadıkça, hastaların randevuya gitmeme olasılıklarının ve randevuya gitmeme oranının arttığı tespit edilmiştir. Buna göre randevusu daha uzun sürede verilen hastaların, iyileştirme boyutunda yer alan önlemlerin bu süreyi kısaltıp randevuya gitmeme durumunu azaltacağını düşündükleri söylenebilir. Hussain-Gambles ve diğerleri (2004), birinci basamakta yaptıkları çalışmada randevuya gitmeme sorununu

azaltmak için sıraladıkları önerilere sağlık profesyonellerinin katılım düzeylerini incelemiş ve sağlık profesyonellerinin büyük kısmının (%64,6) sağlık tesislerinin randevu oluşturma veya iptal etme konusunda kendilerini iyileştirmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Poliklinik randevuları sağlık kurumlarının vermiş olduğu klinik ve idari hizmet üzerinde önemli bir yere sahip olup hastalar tarafından çeşitli nedenlerle kaçırılan veya gidilmeyen randevular hem verilen hizmetin verimliliğini düşürebilecek hem de hastaların sağlık sonuçlarını ve sağlık kurumlarının finansal durumlarını olumsuz yönde etkileyebilecektir. Ayrıca gidilmeyen randevu sorunu, aynı klinikteki diğer randevu programlarında kesintilere ve sağlık hizmeti kaynaklarının verimsiz kullanımına da yol açabilecektir. Uluslararası literatürde gidilmeyen randevular konusunda çok yönlü çalışmaların yapıldığı bilinmekle birlikte, Türkiye’de hastaların randevuya gitmeme nedenlerini hastaların özelliklerine göre inceleyen ve bu soruna yönelik alınabilecek önlemler hakkındaki çalışmaların varlığı konusunda ciddi bilgi eksikliği bulunmaktadır.

Bahsi geçen boşluğun doldurulması amacıyla yapılan bu çalışmada; hastaların randevularına gitmeme durumlarını etkileyen faktörler belirlenmiş, poliklinik randevularına gitmeyen hastaların randevuya gitmeme nedenlerini belirleyen kişisel ve demografik özellikleri incelenmiş, aynı zamanda bu özelliklerin randevuya katılmama sorununu en aza indirmek için alınabilecek önlemlere yönelik katılım düzeylerini etkileme durumları ortaya konulmuştur. Araştırma, Çorum ilinde bulunan Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden poliklinik randevusu alan hastalar arasından gelişigüzel seçilen 795 randevusuna gitmeyen hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı hastane bilgi sisteminden randevu oluşturan hastalarla ilgili veriler alınmış ve yapılan analizler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Erkek hastalar kadın hastalara göre daha yüksek randevuya gitmeme olasılığı ile ilişkilendirilmiştir.
- Hastaların yaş itibariyle randevuya gitmeme olasılıklarına bakıldığında 20 yaş ve altındaki hastalara göre; 20-39 yaş aralığındaki hastaların randevuya gitmeme

olasılığı daha yüksek, 60 yaş ve üzerindeki hastaların bu olasılığı daha düşük bulunmuştur.

- Medeni durumu evli olan hastalara göre; bekar hastaların randevularına gitmeme olasılığının %28,2 daha yüksek, dul hastaların ise bu olasılığının %19,9 daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Hastaların cerrahi polikliniklere göre; dahili ve kadın doğum polikliniklerinde randevuya gitmeme olasılığı daha düşük, çocuk ve diş polikliniklerinde randevuya gitmeme olasılığı daha yüksek bulunmuştur.
- Cerrahi polikliniklere göre diğer polikliniklerde (dahili, kadın doğum, diş) unutmama nedeniyle randevuya gidilmeme olasılığı daha düşük, ev hanımı olanlarda ise aynı sebeple randevuya gitmeme olasılığı tam ve yarı zamanlı çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Medeni durumu evli olan hastaların randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere yönelme olasılığının bekar olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür.
- Randevu alma süresi açısından 1-3 gün içinde randevu alan hastaların hastalıkları ağırlaştığı ve dışarı çıkmalarına engel olduğu için randevularına gidemediklerini söyleme olasılığı aynı gün içinde randevu alan hastalara göre daha yüksek; yaş açısından ise 60 yaş ve üzeri hastaların aynı nedeni söyleme olasılıkları 30 yaş altındaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Yaş değişkeni birden fazla neden için (aileyle ilgilenme, ulaşım aracı bulamama, uyuyakalma, hava şartları ve doktorun başka bir işi çıkması nedeniyle randevuya gidememe) tek başına anlamlı bir belirleyicidir.
- 1-3 gün içinde randevu alan hastaların istedikleri doktordan randevu alamadıkları için randevuya gitmeme olasılıklarının aynı gün içinde randevu alan hastalara göre daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur.
- İl ve ilçe merkezinde yaşayan hastaların sağlık sorunları düzeldiği için randevuya gitmeye gerek görmediklerini söyleme olasılıkları diğer yerleşim yerlerinde (köy ve belde) yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışma kapsamında il ve ilçe merkezinde yaşayan hastaların işten izin alamadıkları için randevuya gidememe olasılıkları diğer yerleşim yerlerinde

yaşayanlara göre daha yüksek, evli hastaların söz konusu nedene ilişkin randevuya gidememe olasılığı bekarlara göre daha düşük bulunmuştur.

- 40-49 yaş aralığındaki ve 60 yaş üzerindeki hastaların başka bir yerde olmaları gerektiği için randevuya gidememe olasılıklarının 30 yaş altındakilere göre daha düşük, işsiz olan hastaların ise bu nedeni söyleme olasılıklarının tam ve yarı zamanlı hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Randevu alma süresi uzadıkça hastaların bilgilendirme boyutundaki önlemlere daha az katıldıkları görülmüştür.
- Erkek hastalar, yaşı 30 ve altında olanlar, eğitim düzeyi lisansüstü olanlar, gelir düzeyi 7500 TL ve üzeri olanlar, iş durumu emekli olmayanlar, yerleşim yeri olarak köy haricinde yaşayanlar ve aynı gün randevu alanlar yaptırım boyutuna daha fazla katılan hastalar olarak saptanmıştır.
- Çalışma kapsamındaki hastalardan yerleşim yeri köy olanlar ile randevu verilme süresi aynı gün ya da ertesi gün olanların daha az iyileştirme skoruna sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Katılımcıların %41'inin randevularının hatırlatılması için SMS ve cep telefonunu, %29,6'sının yalnızca SMS'i, %20,3'ünün ise yalnızca cep telefonu ile hatırlatma seçeneğini tercih ettiği görülmüştür.

Bu sonuçlara göre, hastaların poliklinik randevularına gitmeme durumlarına yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Randevusuna gitmeme olasılığı yüksek olan gruplara (erkekler, 20-39 yaş grubu, bekar ve dul olanlar) muayene için hastanede buldukları zamanlarda, (bu hastalar arasında randevuya gidilmemesinin olası sonuçlarını bilmeyenlerin de olabileceği düşünülerek) randevularına gitmedikleri takdirde sağlık sonuçlarının kötüleşebileceği ve randevuya gitmemenin hastane açısından da olumsuz sonuçlara yol açabileceği konularında bilgi verilmelidir.
- Çocuk hastalıkları polikliniğine gitmeyen hastaların ebeveynlerine yönelik randevuların önemini anlatan eğitimler düzenlenebilir. Diş hastalıkları polikliniğine gitmeyen hastalara ise ağız ve diş sağlığı konusunda kontrol ve

bakımın göz ardı edilmesi halinde daha büyük problemlerle karşılaşılabilmesi anlatılabilir.

- Randevusunu unuttuğunu söyleyerek randevuya gitmeme olasılığı yüksek olan hastaların (ev hanımı olan hastalar), unutma durumlarını en aza indirebilmek için belirli aralıklarla randevu çağruları oluşturulabilir.
- Aileleriyle ilgilenmeleri gerektiği için randevusuna gitmeme olasılığı yüksek olan hastalardan çocukları olanlar için hastane içinde çocuklarını bırakabilecekleri oyun ve etkinlik alanları sağlanabilir.
- Randevu alma süresi uzayan hastaların hastalıklarının ağırlaşma ihtimali ve bu nedenden dolayı randevusuna gidememe durumu düşünülerek, hastalıkları ağırlaştığı ve dışarı çıkmalarına engel olduğu için randevusuna gidememe olasılığı yüksek olan hastaların (60 yaş ve üzerindeki hastalar) randevu alma süresi en aza indirilmelidir. Bu öneri doğrultusunda; az sayıda personel (hemşire, sekreter gibi) bulunan poliklinikler için personel sayısının artırılması, personelin polikliniklere dağıtımında ise durumun ve işin gerektirdiği şekilde dağıtımın yapılması sağlanmalıdır. Ayrıca bu hastalara yönelik, hastalıklarının ağırlaştığı göz önünde bulundurularak evde bakım hizmetleri verilebilir.
- Ulaşım aracı bulamadığı için (60 yaş ve üstü hastalar) ve hava şartları nedeniyle (50 yaş ve üzeri hastalar) randevusuna gidememe olasılığı yüksek olan hastalar için, özellikle ileri yaştaki hastaların otobüs kullanarak hastaneye ulaştıkları göz önünde bulundurulursa, hastane idaresi ve yerel yönetimler anlaşarak poliklinik saatlerinde hastane güzergahındaki toplu ulaşım araçları sıklaştırılabilir. Hava şartları nedeniyle randevuya gitme konusunda çok zorluk çeken hastalar için de şehrin belirli yerlerinden servis hizmeti sağlanabilir. Ayrıca hastaneler, havaların çok sıcak veya çok soğuk olduğu dönemlerde soğutma ve ısıtma sistemlerinin yeteri kadar çalışması konusuna ayrı bir önem vermelidir.
- Hastaların poliklinik randevularının hatırlatılması için tercih ettikleri yöntem sorusuna verdikleri cevaplar göz önünde bulundurularak (SMS ve cep telefonu tercihi %41 oranında) randevu saatinden önce hastaların tercih ettikleri kanallarla veya telesekreter aracılığıyla hatırlatmalar yapılabilir.
- Hastaların bilgilendirme boyutundaki önlemlere katılım düzeylerini etkileyen tek değişken randevu alma süresi olup bu boyuta en çok katılan hastalar aynı gün

randevu alan hastalardır. Diğer süreler içinde randevu alan hastaların da bu konuda bilgi sahibi olmaları için; randevu alma yöntemleri, randevu iptal yöntemleri hakkında hastalara bilgilendirmeler yapılmalı, kamu spotları yaygınlaştırılmalı ve hastaların randevuya gitmemelerinin olası sonuçlarını anlamaları sağlanmalıdır. Ayrıca hastalar muayene için beklerken poliklinik sekreterleri hastalara bilgilendirici broşürler dağıtabilir, bekleme salonlarında görsel bilgilendirmeler yapılabilir.

Gelecekte bu yönde yapılması planlanan çalışmalar için ise aşağıda belirtilen durumların incelenmesi önerilmektedir:

- Bu çalışma, Çorum ilinde bulunan üniversite hastanesinin polikliniklerinde yapılmıştır. İlerde yapılacak çalışmaların, karşılaştırma yapılabilmesi bakımından özel hastanelerde de planlanması değerlendirilmelidir.
- Bu çalışmada hastane bilgi sisteminden alınan veriler ve anket yöntemiyle elde edilen veriler kullanılmıştır. Kalitatif veri toplama yöntemleri de kullanılarak sağlık profesyonellerinin, hastaların randevuya gitmeme durumlarına ilişkin düşüncelerinin anlaşılması ve bu düşüncelerin yönetimlerini nasıl etkilediğinin belirlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, M. (2005). *Kuyruk ve Randevu Sistemleri: Hastane Poliklinik Hizmetlerinde Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Aggarwal, A., Davies, J., ve Sullivan, R. (2016). “Nudge” and the Epidemic of Missed Appointments: Can Behavioural Policies Provide a Solution for Missed Appointments in the Health Service? *Journal of Health, Organisation and Management*, 30(4), 558–564. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2015-0061>
- Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*. Siyasal Kitabevi.
- Ak, R., ve Çayırılı, T. (2011). III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. *Randevu Sistemlerinin Sağlıkta Kalite ve Verimlilik Açısından Önemi: Literatür ve Uygulamadaki Örnekler*, 722–739.
- Alacadağlı, E. (2019). Bilgi Yönetimi, Dijitalleşme ve Türk Sağlık Sistemi. *Electronic Turkish Studies*, 14(2), 67–86. <https://doi.org/10.7827/turkishstudies.14918>
- Alagöz, M. A. (2013). *Kamu Hastanelerinde Kuyruk, Randevu Sistemleri: Merkezi Hastane Randevu Sistemi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Amos, A. D. (2019). *A Quality Improvement Study on Missed Appointment Management in Primary Care | Semantic Scholar* [University of Missouri, St. Louis]. <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Quality-Improvement-Study-on-Missed-Appointment-Amos/5e1b858ad517a3cf34a9b451390d8bdaf491fb2d>
- Arslan, F. (2011). *Hastaneye Muayene İçin Gelen Hastaların Bekleme Süreleri İle İlgili Kuyruk Modelleri Ve Analitik Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi İstanbul.
- Bailey, N. T. J. (1952). A Study of Queues and Appointment Systems in Hospital Out-Patient Departments , with Special Reference to Waiting-Times. *Journal of the Royal Statistical Society*, 14(2), 185–199.
- Bech, M. (2005). The Economics of Non-Attendance and the Expected Effect of Charging a Fine on Non-Attendees. *Health Policy*, 74, 181–191.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.01.001>

- Berg, B., Murr, M., Chermak, D., Woodall, J., Pignone, M., Sandler, R. S., ve Denton, B. (2013). Estimating the Cost of No-shows and Evaluating the Effects of Mitigation Strategies. *Medical Decision Making*, 33(8), 976–985. <https://doi.org/10.1177/0272989X13478194>
- Bircan, H. (2004). Lojistik Regresyon Analizi: Tıp Verileri Üzerine Bir Uygulama. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, 185–208.
- Blanco White, M. J., ve Pike, M. C. (1964). Appointment Systems in Out-Patients' Clinics and the Effect of Patients' Unpunctuality. *Medical Care*, 2(3), 133–145. <https://doi.org/10.1097/00005650-196407000-00002>
- Brown, D. E., Marin, J. A., ve Scherer, W. T. (1995). A Survey Of Intelligent Scheduling Systems. İçinde D. E. Brown ve W. T. Scherer (Ed.), *Intelligent Scheduling Systems* (1. baskı, s. 2). Kluwer Academic Publishers.
- Bundy, D. G., Randolph, G. D., Murray, M., Anderson, J., ve Margolis, P. A. (2005). Open Access in Primary Care: Results of a North Carolina Pilot Project. *Pediatrics*, 116, 82–87.
- Busse, R., ve Blümel, M. (2014). Germany: Health System Review. İçinde *Health Systems in Transition* (C. 16, Sayı 2).
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32, 470–483.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2015). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (19. baskı). Pegem Akademi.
- Cao, W., Wan, Y., Tu, H., Shang, F., Liu, D., Tan, Z., Sun, C., Ye, Q., ve Xu, Y. (2011). A Web-Based Appointment System to Reduce Waiting for Outpatients: A Retrospective Study. *BMC Health Services Research*, 11(1), 318. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-318>
- Casey, R. G., Quinlan, M. R., Flynn, R., Grainger, R., McDermott, T. E. D., ve Thornhill, J. A. (2007). Urology Out-Patient Non-Attendees: Are We Wasting Our Time? *Irish*

Journal of Medical Science, 176(4), 305–308. <https://doi.org/10.1007/s11845-007-0028-8>

Cayirli, T., ve Veral, E. (2003). Outpatient scheduling in Health Care: A Review of Literature. *Production and Operations Management*, 12(4), 519–549. <https://doi.org/10.1111/j.1937-5956.2003.tb00218.x>

Çevik, O., ve Yazgan, A. E. (2008). Hizmet Üreten Bir Sistemin Bekleme Hattı (Kuyruk) Modeli ile Etkinliğinin Ölçülmesi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(2), 119–128.

Chariatte, V., Michaud, P. A., Berchtold, A., Akre, C., ve Suris, J. C. (2007). Missed Appointments in an Adolescent Outpatient Clinic: Descriptive Analyses of Consultations Over Eight Years. *Swiss Medical Weekly*, 137, 677–681. <https://doi.org/2007/47/smw-12050>

Chen, R. R., ve Robinson, L. W. (2011). Sequencing and Scheduling Appointments with Potential Call-In Patients. İçinde *University of California Davis Graduate School of Management Research Paper*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1871125>

Chen, Z. W., Fang, L. Z., Chen, L. Y., ve Dai, H. L. (2008). Comparison of an SMS Text Messaging and Phone Reminder to Improve Attendance at a Health Promotion Center: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Zhejiang University: Science B*, 9(1), 34–38. <https://doi.org/10.1631/jzus.B071464>

Chung, J. W. Y., Wong, T. K. S., ve Yeung, A. C. P. (2004). Non-Attendance at an Orthopaedic and Trauma Specialist Outpatient Department of a Regional Hospital. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 362–367. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00484.x>

Cibulka, N. J., Fischer, H. W., ve Fischer, A. J. (2012). Improving Communication With Low-Income Women Using Today's Technology. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No01PPT01>

Çınar, Ü. (1982). *Sağlık Sistemlerinde Yöneylem Araştırması*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

Çıraklı, Ü. (2019). Türkiye’de Yataklı Sağlık Kurumlarında Poliklinik ve Klinik

Hizmetlerinin 2008-2017 Yılları Arası Gelişimi ve Mevcut Durumu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 37–46.

Clouse, K. M., Williams, K. A., ve Harmon, J. M. (2017). Improving the No-Show Rate of New Patients in Outpatient Psychiatric Practice: An Advance Practice Nurse-Initiated Telephone Engagement Protocol Quality Improvement Project. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(2), 127–134. <https://doi.org/10.1111/ppc.12146>

Cohen, A. D., Dreiherr, J., Vardy, D. A., ve Weitzman, D. (2008). Nonattendance in a Dermatology Clinic-A Large Sample Analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(10), 1178–1183. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2008.02740.x>

Cohen, A. D., Kaplan, D. M., Kraus, M., Rubinshtein, E., ve Vardy, D. A. (2007). Nonattendance of Adult Otolaryngology Patients for Scheduled Appointments. *Journal of Laryngology and Otology*, 121, 258–261. <https://doi.org/10.1017/S0022215106003653>

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., ve Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Pegem Akademi.

Çolak, S., Tekgöz, E., Çınar, M., ve Yılmaz, S. (2020). Hastaların Romatoloji Poliklinik Randevularına Gelmemeye Sıklığı ve Nedenleri. *Ulusal Romatoloji Dergisi*, 12(2), 51–56. <https://doi.org/10.4274/raed.galenos.2020.58066>

Côté, M. J. (1999). Patient Flow and Resource Utilization in an Outpatient Clinic. *Socio-Economic Planning Sciences*, 33(3), 231–245. [https://doi.org/10.1016/S0038-0121\(99\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0038-0121(99)00007-5)

Cox, T. F., Birchall, J. P., ve Wong, H. (1985). Optimising the Queuing System for an Ear, Nose and Throat Outpatient Clinic. *Journal of Applied Statistics*, 12(2), 113–126. <https://doi.org/10.1080/02664768500000017>

Daggy, J., Lawley, M., Willis, D., Thayer, D., Suelzer, C., Delaurentis, P. C., Turkcan, A., Chakraborty, S., ve Sands, L. (2010). Using No-Show Modeling to Improve Clinic Performance. *Health Informatics Journal*, 16(4), 246–259.

<https://doi.org/10.1177/1460458210380521>

- Dai, T. (2015). Incentives in U.S. Healthcare Operations. *Decision Sciences*, 46(2), 455–463.
- Dantas, L. F., Fleck, J. L., Oliveira, F. L. C., ve Hamacher, S. (2018). No-Shows in Appointment Scheduling – A Systematic Literature Review. *Health Policy*, 122, 412–421. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>
- Davis, M. M., ve Heineke, J. (1994). Understanding the Roles of the Customer and the Operation for Better Queue Management. *International Journal of Operations & Production Management*, 14(5), 21–34. <https://doi.org/10.1108/01443579410056777>
- Dreiherr, J., Froimovici, M., Bibi, Y., Vardy, D. A., Cicurel, A., ve Cohen, A. D. (2008). Nonattendance in Obstetrics and Gynecology Patients. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 66, 40–43. <https://doi.org/10.1159/000115844>
- DuMontier, C., Rindfleisch, K., Pruszynski, J., ve Frey, J. J. (2013). A Multi-Method Intervention to Reduce No-Shows in an Urban Residency Clinic. *Family Medicine*, 45(9), 634–641.
- European Commission. (2019). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability* (Sayı 105; Country Documents). <https://doi.org/10.2765/861798>
- Eysenbach, G. (2001). What is E-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 1–2. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
- Fabrigar, L. R., MacCallum, R. C., Wegener, D. T., ve Strahan, E. J. (1999). Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research. *Psychological Methods*, 4(3), 272–299. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>
- Fetter, R. B., ve Thompson, J. D. (1966). Patients' Waiting Time and Doctors' Idle Time in the Outpatient Setting. *Health Services Research*, 1(1), 66–90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5915335> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1067302>

- Fortin, K., Pries, E., ve Kwon, S. (2015). Missed Medical Appointments and Disease Control in Children With Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(4), 381–389. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.012>
- Foushee, E. R. (2020). *Quantitative & Retrospective Study of The Economic Impact of No-Shows in a Hospital-Based Outpatient Psychiatric Clinic*. Northcentral University.
- Frost, L., Jenkins, L. S., ve Emmink, B. (2017). Improving Access to Health Care in a Rural Regional Hospital in South Africa: Why Do Patients Miss Their Appointments? *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 9(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1255>
- Gebhart, T. (2017). No-Show Management in Primary Care: A Quality Improvement Project. İçinde *OHSU Digital Commons*.
- Gier, J. (2017). Missed Appointments Cost the U.S. Healthcare System \$150B Each Year. *Health Management Technology*, 1–2. <https://www.scisolutions.com/uploads/news/Missed-Appts-Cost-HMT-Article-042617.pdf>
- Gupta, D., ve Denton, B. (2008). Appointment Scheduling in Health Care: Challenges and Opportunities. *IIE Transactions (Institute of Industrial Engineers)*, 40(9), 800–819. <https://doi.org/10.1080/07408170802165880>
- Gupta, D., ve Wang, W.-Y. (2012). Patient Appointments in Ambulatory Care. İçinde R. Hall (Ed.), *Handbook of Healthcare System Scheduling* (C. 168, ss. 65–104). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-1734-7>
- Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V., Atun, R., ve Car, J. (2013). Mobile Phone Messaging Reminders for Attendance at Healthcare Appointments. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007458.pub3>
- Guse, C. E., Richardson, L., Carle, M., ve Schmidt, K. (2003). The Effect of Exit-Interview Patient Education on No-Show Rates at a Family Practice Residency Clinic. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16(5), 399–404.

<https://doi.org/10.3122/jabfm.16.5.399>

- Guzek, L. M., Gentry, S. D., ve Golomb, M. R. (2015). The Estimated Cost of “No-Shows” in an Academic Pediatric Neurology Clinic. *Pediatric Neurology*, 52, 198–201. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2014.10.020>
- Halaç, O. (1995). *Kantitatif Karar Verme Teknikleri* (4. baskı). Alfa Basım Yayın Dağıtım.
- Hamilton, W., Luthra, M., Smith, T., ve Evans, P. (2002). Non-Attendance in General Practice: A Questionnaire Survey. *Primary Health Care Research and Development*, 3, 226–230. <https://doi.org/10.1191/1463423602pc106oa>
- Hamilton, W., Round, A., ve Sharp, D. (2002). Patient, Hospital and General Practitioner Characteristics Associated With Non-Attendance: A Cohort Study. *British Journal of General Practice*, 52, 317–319.
- Harris, S. L., May, J. H., ve Vargas, L. G. (2016). Predictive Analytics Model for Healthcare Planning and Scheduling. *European Journal of Operational Research*, 253, 121–131.
- Heinrich, N., Wübker, A., ve Wuckel, C. (2017). *Waiting Times for Outpatient Treatment in Germany: New Experimental Evidence From Primary Data* (Sayı 683; Ruhr Economic Papers).
- Herriott, S. (1999). Reducing Delays and Waiting Times With Open-Office Scheduling. *Family Practice Management*, 6(4), 38–43.
- Ho, C.-J., ve Lau, H.-S. (1992). Minimizing Total Cost in Scheduling Outpatient Appointments. *Management Science*, 38(12), 1750–1764. <https://doi.org/10.1287/mnsc.38.12.1750>
- Ho, C.-J., ve Lau, H.-S. (1997). Evaluating the Impact of Operating Conditions on the Performance of Appointment Scheduling Rules in Service Systems. *European Journal of Operational Research*, 112(1999), 542–553. [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(97\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(97)00393-7)
- Hon, K. L. E., Leung, T. F., Wong, Y., Ma, K. C., ve Fok, T. F. (2005). Reasons for New

- Referral Non-Attendance at a Pediatric Dermatology Center: A Telephone Survey. *Journal of Dermatological Treatment*, 16(2), 113–116. <https://doi.org/10.1080/09546630510027877>
- Huang, Y., ve Hanauer, D. A. (2014). Patient No-Show Predictive Model Development Using Multiple Data Sources for an Effective Overbooking Approach. *Applied Clinical Informatics*, 5, 836–860. <https://doi.org/10.4338/ACI-2014-04-RA-0026>
- Hussain-Gambles, M., Neal, R. D., Dempsey, O., Lawlor, D. A., ve Hodgson, J. (2004). Missed Appointments in Primary Care: Questionnaire and Focus Group Study of Health Professionals. *British Journal of General Practice*, 54, 108–113.
- Hwang, A. S., Atlas, S. J., Cronin, P., Ashburner, J. M., Shah, S. J., He, W., ve Hong, C. S. (2015). Appointment “No-Shows” are an Independent Predictor of Subsequent Quality of Care and Resource Utilization Outcomes. *Society of General Internal Medicine*, 30(10), 1426–1433. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3252-3>
- Isken, M. W., Ward, T. J., ve McKee, T. C. (1999). Simulating Outpatient Obstetrical Clinics. *Proceedings of the 1999 Winter Simulation Conference*, 1557–1563. <https://doi.org/10.1109/wsc.1999.816892>
- Kaiser, H. F., ve Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 111–117.
- Kalaycı, Ş. (Ed.). (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayın Dağıtım.
- Kaplan-Lewis, E., ve Percac-Lima, S. (2013). No-Show to Primary Care Appointments: Why Patients Do Not Come. *Journal of Primary Care and Community Health*, 4(4), 251–255. <https://doi.org/10.1177/2150131913498513>
- Karahan, A., ve Gürpınar, K. (2009). Hastanelerde Kuyruk Ve Randevu Sisteminin Etkinliği Üzerine Bir Araştırma: Afyon Devlet Hastanesi Örneği. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 155–172.
- Karter, A. J., Parker, M. M., Moffet, H. H., Ahmed, A. T., Ferrara, A., Liu, J. Y., ve Selby, J. V. (2004). Missed Appointments and Poor Glycemic Control: An Opportunity to Identify High-Risk Diabetic Patients. *Medical Care*, 42(2), 110–115.

<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109023.64650.73>

- Kavukcu, E., ve Burgazli, K. M. (2011). Almanya’da Aile Hekimliği Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım. *Turkish Family Physician*, 2(2), 1–4.
- Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (5. baskı). Siyasal Kitabevi.
- Kheirkhah, P. (2010). *Development of the Patient Scheduling System to Handle Patient No-Show Problem Using Data Mining and Simulation-Based Optimization Techniques*. University of Houston.
- Kheirkhah, P., Feng, Q., Travis, L. M., Tavakoli-Tabasi, S., ve Sharafkhaneh, A. (2016). Prevalence, Predictors and Economic Consequences of No-Shows. *BMC Health Services Research*, 16(13), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1243-z>
- Kim, S., ve Giachetti, R. E. (2006). Model for Healthcare Providers to Improve Profits. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics- Part A: Systems and Humans*, 36(6), 1211–1219.
- Kıraç, R. (2019). Hastane Randevu Sistemlerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 189–195.
- Kırıcı, Ö., Belgin, Ö., ve Testik, M. C. (2011). Hastane Poliklinik İşlemlerinin Verimliliğinin Değerlendirilmesi Ve İyileştirilmesi İçin Bir Simülasyon Analizi. 7. *KOBİ’ler Ve Verimlilik Kongresi*.
- Klassen, K. J., ve Rohleder, T. R. (1996). Scheduling Outpatient Appointments in a Dynamic Environment. *Journal of Operations Management*, 14(2), 83–101. [https://doi.org/10.1016/0272-6963\(95\)00044-5](https://doi.org/10.1016/0272-6963(95)00044-5)
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2. baskı). Guilford Press.
- Köksal, M. (1950). *Kuyruk Teorisi (Bekleme Hattı Teorisi) (Stokastik Kuyruk Modellerinin Analitik Yoldan İncelenmesi)*.
- Kördeve, M. K., Uzun, B., ve Ünal, E. (2017). Merkezi Hekim Randevu Sisteminin İşleyişi Üzerine Bir Alan Araştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri*

Araştırma Dergisi, 3(2), 52–61.

- Kruse, G. R., ve Rohland, B. M. (2002). Factors Associated with Attendance at a First Appointment After Discharge From a Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 53(4), 473–476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.4.473>
- Küçük, A., Demirci, M., Kerman, G., ve Soner Özsoy, V. (2021). Evaluating of Hospital Appointment Systems in Turkey: Challenges and Opportunities. *Health Policy and Technology*, 10, 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.11.008>
- Larson, R. C., ve Odoni, A. R. (1981). *Urban Operations Research*. Prentice-Hall, NJ. https://web.mit.edu/urban_or_book/www/book/chapter4/4.2.html
- Lee, V. J., Earnest, A., Chen, M. I., ve Krishnan, B. (2005). Predictors of Failed Attendances in a Multi-Specialty Outpatient Centre Using Electronic Databases. *BMC Health Services Research*, 5(51), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-51>
- Lesaca, T. (1995). Assessing the Influence of a No-Show Fee on Patient Compliance at a CMHC. *Administration and Policy in Mental Health*, 22(6), 629–631.
- Lindh, W. Q., Pooler, M. S., Tamparo, C. D., ve Dahl, B. M. (2010). *Delmar's Comprehensive Medical Assisting: Administrative and Clinical Competencies* (4. baskı). Cengage Learning, Inc.
- Lindley, D. V. (1952). The Theory of Queues with a Single Server. *Mathematical Proceedings of the Cambridge Philosophical Society*, 48(2), 277–289. <https://doi.org/10.1017/S0305004100027638>
- Lotfi, V., ve Torres, E. (2014). Improving an Outpatient Clinic Utilization Using Decision Analysis-Based Patient Scheduling. *Socio-Economic Planning Sciences*, 48(2), 115–126. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2014.01.002>
- Macharia, W. M., Leon, G., Rowe, B. H., Stephenson, B. J., ve Haynes, R. B. (1992). An Overview of Interventions to Improve Compliance With Appointment Keeping for Medical Services. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(13), 1813–1817. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480130129038>
- Mallard, S. D., Leakeas, T., Duncan, W. J., Fleenor, M. E., ve Sinsky, R. J. (2004). Same-

- Day Scheduling in a Public Health Clinic: A Pilot Study. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(2), 148–155. <https://doi.org/10.1097/00124784-200403000-00009>
- Mäntyjärvi, M. (1994). No-Show Patients in an Ophthalmological Out-Patient Department. *Acta Ophthalmologica*, 72(3), 284–289.
- Marbough, D., Khaleel, I., Shanqiti, K. Al, Tamimi, M. Al, Simsekler, M. C. E., Ellahham, S., Alibazoglu, D., ve Alibazoglu, H. (2020). Evaluating the Impact of Patient No-Shows on Service Quality. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 509–517. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S232114>
- Mbada, C. E., Nonvignon, J., Ajayi, O., Dada, O. O., Awotidebe, T. O., Johnson, O. E., ve Olarinde, A. (2013). Impact of Missed Appointments for Out-Patient Physiotherapy on Cost, Efficiency and Patients' Recovery. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 31, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.hkpj.2012.12.001>
- McMullen, M. J., ve Netland, P. A. (2015). Lead Time for Appointment and the No-Show Rate in an Ophthalmology Clinic. *Clinical Ophthalmology*, 9, 513–516. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S82151>
- McQueenie, R., Ellis, D. A., McConnachie, A., Wilson, P., ve Williamson, A. E. (2019). Morbidity, Mortality and Missed Appointments in Healthcare: A National Retrospective Data Linkage Study. *BMC Medicine*, 17(2), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1234-0>
- Menendez, M. E., ve Ring, D. (2015). Factors Associated with Non-Attendance at a Hand Surgery Appointment. *Hand*, 10(2), 221–226. <https://doi.org/10.1007/s11552-014-9685-z>
- Mertler, C. A., ve Vannatta, R. A. (2005). *Advanced and Multivariate Statistical Methods: Practical Application and Interpretation* (3. baskı). Pyrczak.
- MHRS Projesi Uygulama Kullanım Kılavuzu. (2009). <https://docplayer.biz.tr/568712-Mhrs-projesi-kullanim-kilavuzu-mhrs-projesi-uygulama-kullanim-kilavuzu.html>
- Mieloszyk, R. J., Rosenbaum, J. I., Hall, C. S., Raghavan, U. N., ve Bhargava, P. (2018). The Financial Burden of Missed Appointments: Uncaptured Revenue Due to

- Outpatient No-Shows in Radiology. *Current Problems in Diagnostic Radiology*, 47, 285–286. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2018.06.001>
- Miller, A. J., Chae, E., Peterson, E., ve Ko, A. B. (2015). Predictors of repeated “No-Showing” to Clinic Appointments. *American Journal of Otolaryngology*, 36(3), 411–414. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2015.01.017>
- Moh’d Ragheb, A. M. (2012). *A Multiple-Provider Overbooking Model for Outpatient Appointment Scheduling Systems*. Graduate School of Binghamton University.
- Mohamed, B. A., ve Al-Doghaither, A. H. (2002). Missed Appointments at Public Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 23(4), 388–392.
- Moore, C. G., Wilson-Witherspoon, P., ve Probst, J. C. (2001). Time and Money: Effects of No-Shows at a Family Practice Residency Clinic. *Family Medicine*, 33(7), 522–527.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., ve Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13–22. <https://doi.org/10.1177/160940690200100202>
- Murdock, A., Rodgers, C., Lindsay, H., ve Tham, T. C. K. (2002). Why Do Patients Not Keep Their Appointments? Prospective Study in a Gastroenterology Outpatient Clinic. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 284–286. <https://doi.org/10.1258/jrsm.95.6.284>
- Murray, M. (2000). Patient Care: Access. *British Medical Journal*, 320.
- Murray, M., ve Berwick, D. M. (2003). Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *Journal of the American Medical Association*, 289(8), 1035–1040. <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
- Murray, M., ve Tantau, C. (2000). Same-Day Appointments: Exploding The Access Paradigm. *Family Practice Management*, 7(8), 45–50.
- Neal, R. D., Hussain-Gambles, M., Allgar, V. L., Lawlor, D. A., ve Dempsey, O. (2005). Reasons for and Consequences of Missed Appointments in General Practice in the

- UK: Questionnaire Survey and Prospective Review of Medical Records. *BMC Family Practice*, 6(47). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-47>
- Nguyen, D. L., ve Dejesus, R. S. (2010). Increased Frequency of No-Shows in Residents' Primary Care Clinic is Associated With More Visits to the Emergency Department. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1(1), 8–11. <https://doi.org/10.1177/2150131909359930>
- Nguyen, D. L., DeJesus, R. S., ve Wieland, M. L. (2011). Missed Appointments in Resident Continuity Clinic: Patient Characteristics and Health Care Outcomes. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(3), 350–355. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-10-00199.1>
- NHS. (2020). *NHS Services*. Erişim Tarihi: 15.10.2021. <https://www.nhs.uk/nhs-services/>
- Nicholas, D., Huntington, P., Williams, P., ve Chahal, P. (2001). Determinants of Health Kiosk Use and Usefulness: Case Study of a Kiosk Which Serves a Multi-Cultural Population. *Libri*, 51, 102–113. <https://doi.org/10.1515/LIBR.2001.102>
- Niles, N. J. (2015). *Basics of the US Health Care System* (2. baskı). Jones&Bartlett Learning.
- O'Connor, M. E., Matthews, B. S., ve Gao, D. (2006). Effect of Open Access Scheduling on Missed Appointments, Immunizations, and Continuity of Care for Infant Well-Child Care Visits. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 889–893. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.9.889>
- Özdemir, Ş. (2019). Sağlık İletişiminde Davranışsal Müdahale Tasarımı: İngiltere Online Hastane Randevu Sistemi Örneği. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 348–365.
- Özveri, O., ve Yüksel, İ. (2018). Hastane İşletmelerinde Poliklinik Hizmet Süreçlerinin Süreç Yönetimi Tekniği İle İyileştirilmesi ve Örnek Bir Uygulama. *Pamukkale İşletme ve Bilişim Yönetimi Dergisi*, 5(1), 1–21.
- Pallant, J. (2010). *Spss Survival Manual*. Allen&Unwen Press.
- Pang, A. H. T., Tso, S., Ungvari, G. S., Chiu, H., ve Leung, T. (1995). An Audit Study of

- Defaulters of Regular Psychiatric Outpatient Appointments in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(2), 103–107. <https://doi.org/10.1177/002076409504100203>
- Parmar, V., Large, A., Madden, C., ve Das, V. (2009). The Online Outpatient Booking System “Choose and Book” Improves Attendance Rates at an Audiology Clinic: A Comparative Audit. *Informatics in Primary Care*, 17, 183–186. www.dh.gov.uk/
- Partin, M. R., Gravely, A., Gellad, Z. F., Nugent, S., Burgess, J. F., Shaukat, A., ve Nelson, D. B. (2016). Factors Associated With Missed and Cancelled Colonoscopy Appointments at Veterans Health Administration Facilities. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14, 259–267. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.07.051>
- Peng, Y., Erdem, E., Shi, J., Masek, C., ve Woodbridge, P. (2016). Large-Scale Assessment of Missed Opportunity Risks in a Complex Hospital Setting. *Informatics for Health and Social Care*, 41(2), 112–127. <https://doi.org/10.3109/17538157.2014.965303>
- Pomerantz, A., Cole, B. H., Watts, B. V., ve Weeks, W. B. (2008). Improving Efficiency and Access to Mental Health Care: Combining Integrated Care and Advanced Access. *General Hospital Psychiatry*, 30, 546–551. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.09.004>
- Raj, T., Sarah, T., D, D., ve Ugargol, A. P. (2013). Design, Development and Implementation of a Touch-Screen Health Information Kiosk for Patients at the Outpatient Waiting Area in a Large Tertiary Care Hospital in India: An Evaluation of User Satisfaction. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 7(1), 8–19. <http://www.jhidc.org/index.php/jhidc/article/view/93>
- Renee Miller-Matero, L., Coleman, J. P., Aragon, R., ve Yanez, J. (2018). Identifying Predictors of Emergency Room Utilization in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 33(10), 1629–1630. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4529-0>
- Rowley, J., ve Slack, F. (2007). Information Kiosks: A Taxonomy. *Journal of Documentation*, 63(6), 879–897. <https://doi.org/10.1108/00220410710836402>

- Rust, C. T., Gallups, N. H., Clark, W. S., Jones, D. S., ve Wilcox, W. D. (1995). Patient Appointment Failures in Pediatric Resident Continuity Clinics. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *149*, 693–695. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1995.02170190103018>
- Samuels, R. C., Ward, V. L., Melvin, P., Macht-Greenberg, M., Wenren, L. M., Yi, J., Massey, G., ve Cox, J. E. (2015). Missed Appointments: Factors Contributing to High No-Show Rates in an Urban Pediatrics Primary Care Clinic. *Clinical Pediatrics*, *54*(10), 976–982. <https://doi.org/10.1177/0009922815570613>
- Sariaslan, H. (1986). *Sıra Bekleme Sistemlerinde Simulasyon (Benzetim) Tekniği*. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.
- Satiani, B., Miller, S., ve Patel, D. (2009). No-Show Rates in the Vascular Laboratory: Analysis and Possible Solutions. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, *20*(1), 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2008.09.027>
- Schumacker, R. E., ve Lomax, R. G. (2010). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* (3. baskı). Taylor&Francis Group.
- Sezgin, A., ve Ada, E. (1991). *İşletmeciler İçin Yöneylem Araştırması*. Türk Pazarlama Vakfı Yayınları.
- Shortle, J. F., Thompson, J. M., Gross, D., ve Harris, C. M. (2018). *Fundamentals Of Queueing Theory* (5. baskı). John Wiley & Sons, Inc. https://media.wiley.com/product_data/excerpt/2X/11189435/111894352X-94.pdf
- Siddiqui, Z., ve Rashid, R. (2013). Cancellations and Patient Access to Physicians: ZocDoc and the Evolution of E-Medicine. *Dermatology Online Journal*, *19*(4). <https://doi.org/10.5070/D358k4d6wp>
- Siwicki, B. (2018). *Patient Engagement Platform Reduces Patient No-Shows by 60% at Bedford Commons OB-GYN*. <https://www.healthcareitnews.com/news/patient-engagement-platform-reduces-patient-no-shows-60-bedford-commons-ob-gyn>
- Skaret, E., Raadal, M., Kvale, G., ve Berg, E. (2000). Factors Related to Missed and Cancelled Dental Appointments Among Adolescents in Norway. *European Journal of Oral Sciences*, *108*(3), 175–183. <https://doi.org/10.1034/j.1600->

0722.2000.108003175.x

- Soriano, A. (1966). Comparison of Two Scheduling Systems. *Operations Research*, 14(3), 388–397. <https://doi.org/10.1287/opre.14.3.388>
- Stevens, J. P. (2002). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (4. baskı). Lawrence Erlbaum Associates.
- Su, S., ve Shih, C. L. (2003). Managing a Mixed-Registration-Type Appointment System in Outpatient Clinics. *International Journal of Medical Informatics*, 70, 31–40. [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(03\)00008-X](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(03)00008-X)
- Su, W., Zhu, C., Zhang, X., Xie, J., ve Gong, Q. (2020). Who Misses Appointments Made Online? *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2773–2781. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S280656>
- Sztrik, J. (2001). *Finite-Source Queueing Systems and Their Applications*.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Pub. L. No. 8/5319, 1315 (1983). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5>
- MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, (2012). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/15602,mhrs-yonerge-yenipdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *MHRS Sunumu*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Merkezi Hekim Randevu Sistemi*. <https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *MHRS Hizmet Raporu*.
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2014). *Using Multivariate Statistics* (6. baskı). Pearson Education Limited.
- Tabish, S. A., ve Nabil, S. (2013). Future of Healthcare Delivery: Strategies that will Reshape the Healthcare Industry Landscape. *International Journal of Science and Research*, 4(March), 2319–7064. www.ijsr.net
- Taha, H. A. (2007). *Operations Research: An Introduction* (8. baskı). Pearson Education,




Inc.

- Taylor, B. (1984). Patient Use of a Mixed Appointment System in an Urban Practice. *British Medical Journal*, 289, 1277–1278.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis: Understanding Concepts and Applications*.
- Torres, O., Rothberg, M. B., Garb, J., Ogunneye, O., Onyema, J., ve Higgins, T. (2015). Risk Factor Model to Predict a Missed Clinic Appointment in an Urban, Academic and Underserved Setting. *Population Health Management*, 18(2), 131–136. <https://doi.org/10.1089/pop.2014.0047>
- Tütek, H. H., Gümüšoğlu, Ş., ve Özdemir, A. (2016). *Sayısal Yöntemler: Yönetmel Yaklaşım* (7. baskı). Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Vijayan, M. (2014). *No Shows : Effectiveness of Termination Policy and Review of Best Practices*. Write State University.
- Virji, A. (1990). A Study of Patients Attending without Appointments in an Urban General Practice. *British Medical Journal*, 301(6742), 22–26. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6742.22>
- Walter, S. D. (1973). A Comparison of Appointment Schedules in a Hospital Radiology Department. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 27(3), 160–167. <https://doi.org/10.1136/jech.27.3.160>
- Wang, W. Y., ve Gupta, D. (2011). Adaptive Appointment Systems With Patient Preferences. *Manufacturing and Service Operations Management*, 13(3), 373–389. <https://doi.org/10.1287/msom.1110.0332>
- World Health Organization. (2016). *Global Diffusion of Ehealth: Making Universal Health Coverage Achievable Report of the Third Global Survey on Ehealth*.
- Yan, C., Tang, J., ve Jiang, B. (2014). Sequential Appointment Scheduling Considering Walk-In Patients. *Mathematical Problems in Engineering*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/564832>
- Yıldızbaşı, E., Öztaş, D., Sanisoğlu, Y., Fırat, H., Yalçın, N., Dağ Şeker, E., Doğusan, A.

- R., ve Akçay, M. (2016). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Merkezi Hekim Randevu Sistemini Kullanan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi. *Ankara Medical Journal*, 16(3), 293–302. <https://doi.org/10.17098/amj.63878>
- Yu, W., Yu, X., Hu, H., Duan, G., Liu, Z., ve Wang, Y. (2013). Use of Hospital Appointment Registration Systems in China: A Survey Study. *Global Journal of Health Science*, 5(5), 193–201. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n5p193>
- Yüce, Y. K., Sümen, E., Bozkurt, S., Aktas, A., Zayim, N., ve Bilge, U. (2006). Kısa Mesaj ile Randevu Hatırlatma Sistemi. 3. *Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi*.
- Yüce, Y. K., Zayim, N., ve Saka, O. (2007). Kısa Mesaj Servisine Dayalı Randevu Hatırlatma Sistemi : Mimari ve Prototip. 4. *Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi*.
- Zacharias, C., ve Pinedo, M. (2014). Appointment Scheduling with No-Shows and Overbooking. *Production and Operations Management*, 23(5), 788–801. <https://doi.org/10.1111/poms.12065>
- Zailinawati, A. H., Ng, C. J., ve Nik-Sherina, H. (2006). Why Do Patients With Chronic Illnesses Fail to Keep Their Appointments? A Telephone Interview. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 18(1), 10–15.
- Zhao, P., Yoo, I., Lavoie, J., Lavoie, B. J., ve Simoes, E. (2017). Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), 1–9. <https://doi.org/10.2196/jmir.6747>

EKLER

Ek 1. Tez Orijinallik Raporu

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA</p> <p style="text-align: right;">Tarih: 24/01/2022</p> <p>Tez Başlığı: Hastaların Poliklinik Randevularına Gitmeme Nedenleri ile Belirleyicileri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 165 sayfalık kısmına ilişkin, 20/01/2022 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %10'dur.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- <input type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç 3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç 4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil 5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması: Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esaslarını inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <div style="text-align: right;">  24.01.2022 </div> <p>Adı Soyadı: Nursel TUNCER</p> <p>Öğrenci No: <input type="text"/></p> <p>Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi</p> <p>Programı: Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans</p>
<p>DANIŞMAN ONAYI</p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <div style="text-align: center;">  Prof. Dr. Bayram ŞAHİN </div>

Ek 2. Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -2019

Konu :

22.10.2019

Prof. Dr. Bayram ŞAHİN
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü
Öğretim Üyesi

Sayın Prof. Dr. ŞAHİN,

Kurulumuzun 06.11.2018 tarihli toplantısında GO 18/954 kayıt numarası ile onaylanmış olan ve "*Hastaların Poliklinik Randevularına Gitmeme Nedenleri ile Belirleyicileri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği*" başlıklı projeniz için vermiş olduğunuz 23.09.2019 tarihli dilekçeniz gereği olarak Etik Kurulumuzca istenen dokümanlar Kurulumuzun 22.10.2019 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve çalışmada araştırma yerinin Hitit Üniversitesi Frol Ölçek Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak değiştirilmesi uygun bulunmuştur. Çalışmanın yeni sonlanım tarihi 29.03.2019 olarak belirlenmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir. Çalışma tamamlandığıyla sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim



Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN
Başkan

EK _____ :
Toplantı Katılım Tutanağı

Ek 2. Etik Kurul İzni

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
22/10/2019 tarih ve 2019/25 no'lu toplantı
KATILIM LİSTESİ

Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Başkan)	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Sevda MÜFTÜOĞLU	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Yıldırım SARA	İZİNLİ
Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Nezzet SAĞLAM	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Gözde GİRGİN	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	İZİNLİ
Doç. Dr. Can Ebru KURT	İZİNLİ
Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL	<input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	<input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ	İZİNLİ
Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	<input type="checkbox"/>
Av. Meltem ONURLU	<input type="checkbox"/>

Ek 3. Kurum İzni



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İİ. SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ÇORUM İİ. SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ÇORUM VERİSİZ
VALİLİĞİ YÖNETİMİNE
13022019 1431 - 5312708 - 708 - 111



00111690494

Sayı : 83369068/
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin
Komisyon Onayı

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Araştırma Görevlisi Nursel TUNCER'in araştırmacılığını üstleneceği "Hastaların Poliklinik Randevularına Gitme Nedenleri ile Belirleyicileri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği" isimli yüksek lisans tez çalışmasının, Müdürlüğümüze bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Erol Ölçök Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanabilmesi için ön izin verilmesi hakkındaki, T.C. Hitit Üniversitesi Rektörlüğü Personel Dairesi Başkanlığı'nın 03.12.2019 tarih ve 16574162-900-E.72110 sayılı yazısı ve başvuru formları Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısında; yapılacak olan çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına önem verilmesi, yapılacak çalışmaların sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi bildirilmiş olup, bu hususlar çerçevesinde hareket edilmesi, ilgili mevzuat şartlarının yerine getirilmesi, Hastane Yönetimi ve Ar-Ge Birimi bilgilendirildikten sonra çalışmaya başlanması koşullarıyla ilgili çalışmaya Ön İzin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

[Signature Box]
Komisyon Başkanı
Dr. İhsan DEMİRBAŞ
Başkan

[Signature]
Üye
Uzm. Dr. Emrah UFLAZ
Başkan Yardımcısı

[Signature]
Yeliz YILMAZ
Ebe

OLUR
03/02/2020
Uzm. Dr. Ömer SOBACI
İİ Sağlık Müdürü

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
Adı: Bahçelievler Mah. Çamlık Sok. No : 86 / A Merkez / ÇORUM Tel:0 364 219 55 00
Dahili No:7456-7457 Ayrıntılı Bilgi İçin;Hemşire:Fatma YAĞLI E-Posta: corumisa.m.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden dedb51e-s4e4-41.84-ba70-b1a95cuz-zcd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 4. Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı hastaların poliklinik randevularına gitmeme nedenleri ve bunun belirleyicilerini ortaya koymaktır. Ankete kimliğinizle ilgili bilgileri yazmanıza gerek yoktur. Cevaplar kesinlikle gizli tutulacak ve kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır.

Desteğiniz ve katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Arş. Gör. Nursel Tuncer
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Yüksek Lisans Programı

BÖLÜM 1: KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz Kadın Erkek
2. Doğum yılınız (Lütfen yazınız)
3. Eğitim durumunuz Okuryazar değil Okuryazar İlkokul
 Ortaokul Lise Yüksekokul
 Üniversite Yüksek lisans Doktora
4. Ailenizin aylık geliri (Lütfen yazınız)
5. İş durumunuz Tam zamanlı Yarı zamanlı Ev hanımı
 İşsiz Öğrenci Emekli
6. Medeni durumunuz Bekar Evli
7. Sağlık güvenceniz Sigorta yok SSK Bağ-Kur
 Emekli Sandığı Yeşil Kart Özel Sigorta
8. Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız? Çok kötü Kötü Orta
 İyi Mükemmel
9. Herhangi kronik bir hastalığınız var mı? Evet Hayır
10. Yaşadığınız yerleşim yeri Köy Belde İl ve ilçe merkezi
11. Hastaneye giderken genellikle kullandığınız ulaşım türünü belirtiniz. (BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

- Kendi aracım Otobüs/dolmuş Taksi Yürüyerek Ailemin aracı
 Ambulans Diğer (Lütfen yazınız)

12. Hastane randevusu alırken en çok tercih ettiğiniz yöntemi belirtiniz.

- Çağrı merkezini arayarak İnternet üzerinden online randevu (MHRS)
 Poliklinik sekreterliği Diğer (Lütfen yazınız).....

13. Randevunuzu genellikle ne kadar sürede alabiliyorsunuz?

- Aynı gün içinde 1-3 gün içinde 4-7 gün içinde Diğer (Lütfen yazınız).....

14. Randevunuzu genellikle kaç gün sonrası için alabiliyorsunuz?

- Aynı gün ya da ertesi gün için 1-2 hafta sonrası için 3-4 hafta sonrası için
 Diğer (Lütfen yazınız).....

15. Son 1 ay içinde kaç kez hastane randevusu aldınız?

..... (Lütfen yazınız)

16. Son 1 ay içinde hangi hastalık(lar) için hangi poliklinik(ler)den ve hastane(ler)den randevu aldınız? Lütfen yazınız.

Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....

Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....

Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....

Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....

Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....

17. Son 1 ay içinde gitmediğiniz/kaçırdığınız hastane randevusu oldu mu?

- Evet Hayır (CEVABINIZ HAYIR İSE ANKETİ BİTİRİNİZ)

18. Son 1 ay içinde hastane randevunuza kaç kez gitmediniz/kaçırdınız?

..... (Lütfen yazınız)

19. Son 1 ay içinde gitmediğiniz/kaçırdığınız hastane randevuları hangi hastalık(lar) için hangi poliklinik(ler) ve hastane(ler)de oldu? Lütfen yazınız.

Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....

Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....

Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....
 Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....
 Hastalık:.....Poliklinik:.....Hastane.....

BÖLÜM 2: RANDEVUYA KATILMAMA NEDENLERİ

Bu bölümde hastane randevularınıza gitmeme/kaçırma nedenlerinizi öğrenmek amaçlanmıştır. Bu amaçla aşağıda son 1 ay içinde en fazla 5 randevuya gitmeme durumunuzun olabileceği düşünülerek her bir randevuya gitmeme nedenlerinizden en uygun seçeneği ✓ ile işaretlemeniz istenmiştir (BİR DEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ). Şayet son 1 ay içinde 5'ten fazla randevuya gitmediyseniz ilave soru kağıdı kullanınız.

Randevuya Gitmeme/Kaçırma Nedenleri	1. Randevu İçin	2. Randevu İçin	3. Randevu İçin	4. Randevu İçin	5. Randevu İçin
1. Randevumu unuttum.					
2. Randevumu iptal etmek için çok uğraştım ama iptal edemedim.					
3. Randevu uzak bir tarihe verildiği için farklı yöntemlere (akupunktur, bitkisel tedavi gibi geleneksel yöntemler) yöneldim.					
4. Randevu uzak bir tarihe verildiği için tedaviden vazgeçtim.					
5. Ailemle ilgilenmem gerektiği için randevuma gidemedim.					
6. Hastalığım ağırlaştığı ve dışarı çıkmama engel olduğu için gidemedim.					
7. İstedğim doktordan randevu alamadığım için gitmedim.					
8. Daha önce karşılaştığım olumsuz tutum ve davranışlar nedeniyle gitmedim.					
9. Ulaşım aracı bulamadığım için gidemedim.					

Randevuya Gitmeme/Kaçırma Nedenleri	1. Randevu İçin	2. Randevu İçin	3. Randevu İçin	4. Randevu İçin	5. Randevu İçin
10. Uyuyakaldım.					
11. Randevu saatinden önce randevuyu iptal etmişim.					
12. Sağlık sorunum düzeldiği için gitmeye gerek görmedim.					
13. İşten izin alamadım.					
14. Hava şartları nedeniyle randevuma gidemedim.					
15. Randevu saatimde hastanenin başka bir biriminde olduğum için yetişemedim.					
16. Aynı anda iki farklı hastane/birimden randevu aldığım için diğerine gidemedim.					
17. Başka bir yerde olmam gerekiyordu.					
18. Aile üyelerimden biri hastaydı/ vefat etti.					
19. Doktorumun başka bir işi çıktığı için randevum hastane tarafından iptal edildi/ ertelendi.					
20. Cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozuk olduğu için randevuma gelmemem söylendi.					
21. Sigortam kapsamadığı için gidemedim.					
22. Param olmadığı için gidemedim.					
23. Hastanedeki bürokratik işlemlerin karmaşıklığı gözümü korkuttuğu için gitmekten vazgeçtim.					

BÖLÜM 3: RANDEVUYA KATILMAMAYI EN AZA İNDİRMEK İÇİN ALINABİLECEK ÖNLEMLER HAKKINDA HASTALARIN GÖRÜŞLERİ

Bu bölümde randevuya katılmama durumunu en aza indirebilmek için sağlık kuruluşları tarafından alınabilecek olası önlemler sıralanmıştır. Bu önlemlerin randevu kaçırmayı önlemede ne kadar etkili olacağını 1'in "Hiç etkili değil", 5'in "Çok etkili"yi gösterdiği ölçeğe dayalı olarak işaretleyiniz.

Alınabilecek Önlemler	Hiç Etkili Değil (1)	Etkili Değil (2)	Kısmen Etkili (3)	Etkili (4)	Çok Etkili (5)
1. Hastalar önceden randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirilmelidir.					
2. Hastaları randevularını iptal etme konusunda bilinçlendirmek için hastane bekleme salonlarına hatırlatıcı ilanlar asılmalıdır.					
3. Hastalar randevu iptal sistemine kolaylıkla ulaşabilmelidir.					
4. Randevu iptal yöntemleri hakkında hastalar bilgilendirilmelidir.					
5. Hasta randevu aldığı sırada çağrı merkezi elemanı hastanın randevuya gelmemesi durumunda randevusunu iptal etmesi gerektiği konusunda bilgi vermelidir.					
6. Randevusuna gitmeyen hastalara randevularını önceden iptal ettirmemeleri durumunda işin aksayacağına ilişkin bir uyarı mesajı gönderilmelidir.					
7. Randevularını önceden iptal ettirmeyen hastalardan ilave katkı payı alınmalıdır.					
8. Randevularına gelmeyen hastalara belli bir süre randevu verilmemelidir.					
9. Randevuya gelmeme durumunu azaltmak için hastalara tercih ettikleri doktordan randevu verilmeye dikkat edilmelidir.					

Alınabilecek Önlemler	Hiç Etkili Değil (1)	Etkili Değil (2)	Kısmen Etkili (3)	Etkili (4)	Çok Etkili (5)
10. Doktordan ve cihaz (MR, Tomografi, Endoskopi) bozukluğundan kaynaklanan randevu iptal ya da değişimleri hastaya bildirilmelidir.					
11. Hastaların randevularına gelmelerini sağlamak için sağlık personelinin hastalara karşı daha fazla ilgili olmaları sağlanmalıdır.					
12. Hastaların randevusunu hastane içi sebeplerle kaçırmalarını önlemek için hastane birimleri arasında koordinasyon iyileştirilmelidir.					
13. Doktorların kongre, çalıştay gibi toplantılara katılımları nedeniyle randevu iptallerine neden olmamak için bu tür toplantılar önceden planlanmalıdır.					
14. Tıbbi cihaz ve ekipmanların bozulması gibi nedenlerle randevu iptallerine neden olmamak için bu tür cihazların bakım ve onarımları zamanında yapılmalıdır.					
15. Hastaların randevularını unutmasını önlemek için 24 saat öncesinden hatırlatma yapılmalıdır.					
16. Diğer (Lütfen yazınız)					

17. Randevunuzun hatırlatılması için aşağıdaki yöntemlerden hangisini tercih edersiniz?

(BİR DEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

Cep telefonu ile hatırlatma

SMS ile hatırlatma

Ev telefonu ile hatırlatma

Diğer (Lütfen yazınız).....

E-mail ile hatırlatma