



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE HASTA TATMİNİNİN  
DEĞERLENDİRMESİ: SOMALİ'DE ANNE VE ÇOCUK SAĞLIĞI  
HİZMETLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

**Bishar Abdi MOHAMED**

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Yasemin AKBULUT**

**ANKARA**

**2023**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE HASTA TATMİNİNİN**  
**DEĞERLENDİRMESİ: SOMALİ'DE ANNE VE ÇOCUK SAĞLIĞI**  
**HİZMETLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

**Bishar Abdi MOHAMED**

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Yasemin AKBULUT**

**ANKARA**  
**2023**

## ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Hasta Tatmininin Değerlendirmesi: Somali'de Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri Üzerine bir Araştırma” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımda yapılmış olup tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Bishar Abdi MOHAMED

Tarih: 21.07.2023

İmza:

## KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalında

Bishar Abdi MOHAMED tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Hasta Tatmininin Değerlendirmesi: Somali’de Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri Üzerine bir Araştırma” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından DOKTORA TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21.07.2023

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ  
Ankara Üniversitesi  
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Türkan YILDIRIM  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Üye

Prof. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN  
Ankara Üniversitesi  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gamze KUTLU ÖRÜN  
Yozgat Bozok Üniversitesi  
Üye

Prof. Dr. Yasemin AKBULUT  
Ankara Üniversitesi  
Danışman

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Müdürü

## İÇİNDEKİLER

|                                                            |           |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| Etik Beyan                                                 | i         |
| Kabul ve Onay                                              | ii        |
| İçindekiler                                                | iii       |
| Önsöz                                                      | v         |
| Simgeler ve Kısaltmalar                                    | vi        |
| Şekiller                                                   | vii       |
| Çizelgeler                                                 | viii      |
| <b>1. GİRİŞ</b>                                            | <b>1</b>  |
| 1.1. Somali Ülke Profili                                   | 3         |
| 1.1.1. Coğrafya                                            | 3         |
| 1.1.2. Nüfus Yapısı Ve İklim                               | 4         |
| 1.1.3. Siyasi Ve Ekonomik Yapı                             | 4         |
| 1.2. Somali Federal Cumhuriyeti Sağlık Sistemi             | 6         |
| 1.2.1. Sağlık Hizmeti Sunumu Ve Kullanımı                  | 7         |
| 1.2.2. Sağlık Finansmanı                                   | 10        |
| 1.2.3. Sağlık İnsan Gücü                                   | 12        |
| 1.2.4. Sağlık Sektöründe Reformlar                         | 14        |
| 1.2.5. Sağlık Göstergeleri                                 | 17        |
| 1.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Davranışsal Model      | 19        |
| 1.3.1. Eğilim Faktörleri                                   | 20        |
| 1.3.2. Kolaylaştırıcı Faktörler                            | 20        |
| 1.3.3. İhtiyaç Faktörleri                                  | 21        |
| 1.3.4. Davranışsal Modelin Gelişim Evreleri                | 21        |
| 1.4. Hasta Tatmini: Tanımı Ve Önemi                        | 25        |
| 1.4.1. Hastaya İlişkin Faktörler                           | 28        |
| 1.4.2. Hizmet Sunuculara İlişkin Faktörler                 | 29        |
| 1.4.3. Kurumsal Faktörler                                  | 30        |
| 1.5. Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri                      | 32        |
| <b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>                                  | <b>37</b> |
| 2.1. Araştırmanın Amacı                                    | 37        |
| 2.2. Araştırma Hipotezleri                                 | 38        |
| 2.3. Araştırma Yeri ve Evreni                              | 39        |
| 2.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi                         | 40        |
| 2.5. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri           | 44        |
| 2.6. Çalışmanın Sınırlılıkları                             | 52        |
| 2.7. Araştırmanın Varsayımları                             | 52        |
| 2.8. Verilerin Analizi                                     | 52        |
| <b>3. BULGULAR</b>                                         | <b>54</b> |
| 3.1. Tanımlayıcı Bulgular                                  | 54        |
| 3.2. Hizmet Kullanımı İle Hasta Tatminine Yönelik Bulgular | 64        |

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>4. TARTIŞMA</b>                                                                                   | 82  |
| <b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>                                                                          | 95  |
| <b>ÖZET</b>                                                                                          | 109 |
| <b>SUMMARY</b>                                                                                       | 111 |
| <b>KAYNAKLAR</b>                                                                                     | 113 |
| <b>EKLER</b>                                                                                         | 129 |
| Ek-1. Etik Kurul İzin Yazısı                                                                         | 129 |
| Ek-2. Somali Federal Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Araştırma İzin Yazısı                              | 130 |
| Ek-3. Sağlık Hizmetleri Kullanımı Ve Hasta Tatmini Değerlendirmesine İlişkin<br>Somalice Anket Formu | 131 |
| Ek-4. Sağlık Hizmetleri Kullanımı Ve Hasta Tatmini Değerlendirmesine<br>İlişkinİngilizce Anket Formu | 139 |
| Ek-5. Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesinde Uzman Paneline Yönelik<br>Somalice Anket Formu      | 146 |
| Ek-6. Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesinde Uzman Paneline Yönelik<br>İngilizce Anket Formu     | 149 |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b>                                                                                      | 151 |

## ÖNSÖZ

Anne ve çocuk sağığı hizmetlerinin önemine yapılan vurgu zaman içinde giderek artmaktadır. Bu vurgu yapılırken hizmet kullanımını ve hasta tatmin düzeyini belirleyen unsurlar çoğunlukla ön planda tutulmaktadır. Sağıık hizmeti kullanımının iyileştirilmesi ve hasta tatmin düzeyinin artırılması, yalnızca nüfusun sağıık statüsü için değıil, aynı zamanda küresel olarak rekabet edebilen ve iyi işleyen sağıık sistemi için de temel bir görev olarak görölmektedir. Federal Somali Cumhuriyeti, anneler ve çocuklar için dünyanın en kötü sağıık göstergelerine sahip ülke konumundadır. Özgün bir araştırma yapılması, ana ve çocuk sağığı hizmetlerinin kullanımına ilişkin veri toplanması ve hasta tatmin düzeyinin ölçülmesi ve kanıtlara dayalı politika oluşturması oldukça önemlidir.

Bu çalışmanın ve akademik hayatımın gerçekleştirilmesinde izlenecek adımlardaki yol göstericiliğı, bilgi birikimi ve entelektüel desteğıi için tez danışmanım Prof. Dr. Yasemin AKBULUT'a sonsuz teşekkür ederim. Tez izleme komitesinde yer alan değıerli hocalarım Prof. Dr. Türkan YILDIRIM'a ve Prof. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN'a bu araştırmanın yürütölmesindeki destekleyici katkıları ve yönlendirmeleri için çok teşekkür ederim. Türkiye Bursları kapsamında hizmet veren Yurt Dışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı'na hayatımın dönüm noktası olan burs imkanından dolayı yürekten teşekkür ediyorum.

Eğıitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini, dualarını ve teşviklerini esirgemeyen anneme ve babama, büyüklerime, kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Doktora eğıitimim sırasında dünyaya gelen canım çocuklarım Mohamed Emin ve kızım Miraj'a, doktora programı hazırlanırken bana büyük motivasyon sağılayan güler yüzleri ve samimi sohbetleri için ve her an yanlarında olan annelerine çok teşekkür ederim.

Akademik yolculuğumun zor ve belirsiz günlerinde bana yardım ettiğıi ve çalışmamın sonucunu görmeme izin verdiğıi için Allah'a şükrediyorum.

## SİMGELER VE KISALTMALAR

|          |                                                                               |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------|
| AÇS      | Anne ve Çocuk Sağlığı                                                         |
| ABD      | Amerika Birleşik Devletleri                                                   |
| COVID-19 | Coronavirus Disease-2019 (Koronavirüs Hastalığı-2019)                         |
| DM       | Davranışsal Model                                                             |
| DSÖ      | Dünya Sağlık Örgütü                                                           |
| ESK      | Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı                                                 |
| EPHS     | Essential Package of Health Services (Temel Sağlık Hizmetleri Paketi)         |
| FGM      | Female Genital Mutilation (Kadın Sünneti)                                     |
| GSYİH    | Gayri Safi Yurtiçi Hasıla                                                     |
| HSSP     | Health Sector Strategic Plan (Sağlık Sektörü Stratejik Planı)                 |
| I-CVI    | Item Content Validity Index (Madde İçerik Geçerlilik İndeksi)                 |
| ISPOR    | International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research             |
| MOH      | Ministry of Health (Sağlık Bakanlığı)                                         |
| NHPC     | National Health Professionals Council (Ulusal Sağlık Profesyonelleri Konseyi) |
| NHI      | National Institute of Health (Ulusal Sağlık Enstitüsü)                        |
| PSQ-18   | The Patient Satisfaction Questionnaire Short-form                             |
| S-CVI    | Scale Content Validity Index                                                  |
| SPSS     | Statistical Package for the Social Sciences                                   |
| SAA      | Sahra-altı Afrika                                                             |
| STK      | Sivil Toplum Kuruluşları                                                      |
| SKH      | Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri                                             |
| TİKA     | Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı                                         |
| UNICEF   | Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu                                     |
| UNDP     | United Nation Development Program (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)     |

## ŞEKİLLER

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Şekil 1.1.</b> Somali Haritası                                                       | 3  |
| <b>Şekil 1.2.</b> Somali Kamu Sağlık Hizmetleri Sunumu                                  | 9  |
| <b>Şekil 1.3.</b> Ülkelere Göre 1000 Canlı Doğumda Beş Yaş Altı Ölüm Oranı              | 18 |
| <b>Şekil 1.4.</b> Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Davranışsal Modelin Başlangıç          | 19 |
| <b>Şekil 1.5.</b> Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Davranışsal Model-2. Aşama          | 22 |
| <b>Şekil 1.6.</b> Sağlık Hizmetleri Kullanımında Davranışsal Model- 3. Aşama            | 23 |
| <b>Şekil 1.7.</b> Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Gelişen Davranışsal Model- 4. Aşama | 24 |
| <b>Şekil 1.8.</b> Hasta Tatmini Kavramsal Modeli                                        | 28 |

## ÇİZELGELER

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Çizelge 1.1.</b> Somali sağlık harcamalarına ait göstergeler                                                | 12 |
| <b>Çizelge 1.2.</b> Somali'de sağlık insan gücü                                                                | 13 |
| <b>Çizelge 2.1.</b> Hasta tatminin anketi alt boyutları ve ilgili maddeler                                     | 42 |
| <b>Çizelge 2.2.</b> Hasta tatmini anketi madde numaraları                                                      | 42 |
| <b>Çizelge 2.3.</b> Hasta tatmini anketi madde puanları                                                        | 43 |
| <b>Çizelge 2.4.</b> Panel uzmanlarının demografik bilgileri                                                    | 49 |
| <b>Çizelge 2.5.</b> I-CVI, S-CVI ve Crombachs alpha sonuçları                                                  | 51 |
| <b>Çizelge 3.1.</b> Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri                                            | 55 |
| <b>Çizelge 3.2.</b> Sağlık kurumlarını ziyaret ve tercih nedenleri ile ziyaret sıklıklarına ilişkin özellikler | 57 |
| <b>Çizelge 3.3.</b> Sağlık hizmetleri kullanımının desteklenmesine ilişkin özellikler                          | 60 |
| <b>Çizelge 3.4.</b> Aile planlaması, bağışıklama, beslenme ve emzirme özellikleri                              | 62 |
| <b>Çizelge 3.5.</b> Hasta tatmini ölçeği puanları                                                              | 64 |
| <b>Çizelge 3.6.</b> Araştırma grubunun yaş gruplarına göre hasta tatmini puan ortancaları                      | 66 |
| <b>Çizelge 3.7.</b> Araştırma grubunun öğrenim düzeyine göre hasta tatmini puan ortancaları                    | 68 |
| <b>Çizelge 3.8.</b> Araştırma grubunun gelir durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları                      | 69 |
| <b>Çizelge 3.9.</b> Araştırma grubunun medeni durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları                     | 70 |
| <b>Çizelge 3.10.</b> Araştırma grubunun çalışma durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları                   | 71 |
| <b>Çizelge 3.11.</b> Araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısına göre hasta tatmini ortancaları                  | 73 |
| <b>Çizelge 3.12.</b> Araştırma grubunun hamilelik durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları                 | 74 |
| <b>Çizelge 3.13.</b> Araştırma grubunun sağlık kurumu ziyaret nedenine göre hasta tatmini puan ortancaları     | 75 |
| <b>Çizelge 3.14.</b> Araştırma grubunun sağlık kurumu ulaşım şekline göre hasta tatmini puan ortancaları       | 76 |

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Çizelge 3.15.</b> Araştırma grubunun doğum yaptığı kuruma göre hasta tatmini puan ortancaları              | 78 |
| <b>Çizelge 3.16.</b> Araştırma grubunun gebelikte sağlık eğitim desteğine göre hasta tatmini puan ortancaları | 79 |
| <b>Çizelge 3.17.</b> Araştırma grubunun sağlık durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları                   | 81 |



## 1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri kullanımının belirlenmesi, topluma sunulan sağlık hizmetlerinin nasıl kullanıldığının ölçülmesidir. Hasta tatmini ise, sağlık hizmeti sunucularının hastaların beklentilerini karşılamadaki başarısı hakkında bilgi sunması ve hastaların bakış açısının önemli bir belirleyicisi olması nedeniyle, sağlık hizmetleri kalitesinin önemli bir ölçüsüdür. Sağlık hizmetleri kullanımı ayakta tedavi, yatan hasta hizmetleri (hastane) ve önleyici/koruyucu hizmetler açısından değerlendirilebilir. Optimum kullanım seviyelerine ulaşmak için, her üç kategoride de sağlık hizmet sunucularının yanı sıra, toplumun işbirliği ve inisiyatifinin ortaya konulması gerekmektedir. Tüm sağlık sistemlerinin nihai amacı, sağlık sisteminin etkinliği ile ilgili olan hastaların refahıdır. Başka bir deyişle, sağlık sistemi ile toplum arasındaki etkileşim yadsınamaz. Toplumun sağlık sisteminden tatmin olma düzeyi hem alınan bakımın kalitesi hem de sağlık sisteminin etkinliği için bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Aslında, hastaların tatmini, sağlık hizmetlerinin farklı yönlerinden etkilenen öznel bir kavramdır. Tatmin, hastaların alınan bakımla ilgili psikolojik değerlendirmelerini yansıttığı için tanımlanması güç olarak kabul edilebilir. Aynı zamanda hasta tatmini, hizmet sunanların algılanan uzmanlığı ve davranışları, birinci ve ikinci basamak bakım düzeyi, seyahat mesafesi, randevu almak için harcanan süre, sağlık hizmeti alırken hastanın mahremiyeti ve maliyet gibi farklı faktörlerden etkilenebilir (Faezipoura ve Ferreira, 2013; Hekkert ve ark., 2009; Keating ve Ayanian, 2003; Naidu, 2009; Oladipo, 2014; Sâilâ ve ark., 2008).

Alma Ata Deklarasyonu (1978) ve 2000 yılında Binyıl Kalkınma Hedefleri, anne ve çocuk sağlığına yönelik büyük bir endişeyi dile getirmiş ve bu yaklaşım dünya ülkelerinde takdir görmüştür. Ancak toplumun bu saygın grupları için dezavantajlı koşullar ve yetersizlikler hâlâ devam etmektedir. Her yıl, 200 milyondan fazla kadın hamile kalmaktadır. Bu kadınların % 15'i hastalık ve ölüme neden olma potansiyeli taşıyan komplikasyon riski altındadır. Bu riskler gelişmekte olan ülkelerde sürekli olarak anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanım oranlarının

düşük olması, doğum öncesi bakım programlarının yetersizliği ve düşük kalitesine bağlanmıştır. Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma kapsamındaki cesaret verici gelişmelere rağmen, gelişmekte olan ülkelerde sağlık kurumlarında verilen hizmet hala zorlayıcıdır. Ayrıca, anne sağlığı hizmetlerinin yetersiz kullanılmasının başlıca nedeni kaynakların ve hizmetlerin yetersizliği olarak gösterilmektedir. Bununla birlikte, bazı ortamlarda, hizmetlere erişim sağlansa bile, bazı sosyo-ekonomik sınıflardan kadınlar için sağlık kurumları her zaman mevcut değildir. Mevcut nitelikli doğum hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerden yararlanma; Sosyal ve kültürel bağlamlar, dini inançlar, yetersiz nitelikli sağlık personeli ve sağlık kurumlarına erişim için uzun mesafelerden etkilendiği bilinmektedir. Buna göre, doğumların sağlık kurumlarında yapılması ve nitelikli doğum görevlilerinin rolünün geliştirilmesi için oldukça yoğun çaba gösterilmesi gerekmektedir (Ahmed ve ark., 2010; Heron ve ark., 2010; Mbonye ve ark., 2006; Mrisho ve ark., 2009; Warschburger ve Kröller, 2009).

Bu çalışmanın amacı, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini kullanan kadınların sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile sağlık hizmetleri kullanım özelliklerini tanımlamak, hizmetlerden tatmin düzeyini belirlemek, sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile sağlık hizmetleri kullanım özelliklerine göre hasta tatminindeki farklılıkları saptamaktır. Çalışmanın birinci bölümünde Somali ülke profili, Somali Federal Cumhuriyetinin sağlık sistemi, sağlık hizmetleri kullanımında davranışsal model, hasta tatmini kavramı ve önemi, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerine ilişkin literatüre yer verilmektedir. İkinci bölümde, araştırmanın amacı, hipotezleri, araştırma yeri ve evreni, veri toplama aracı ve yöntemi, araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliği, çalışmanın sınırlılıkları, araştırmanın varsayımları ve verilerin analizi gibi “Gereç ve Yöntem” hakkında bilgi verilmektedir. Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık hizmeti kullanımı ve hasta tatminine ilişkin analiz sonucunda elde edilen bulgular sunulmaktadır. Dördüncü bölümde, çalışmanın bulguları dünyada yapılan diğer akademik çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmakta, beşinci bölümde ise araştırmanın sonuç ve önerileri sunulmaktadır.

## 1.1. Somali Ülke Profili

Bu bölümde Somali'nin coğrafi konumu, nüfus ve iklim özellikleri, ekonomik ve siyasi yapısı açıklanmaktadır.

### 1.1.1. Coğrafya

Somali, Afrika'nın doğu sahilinde Kızıldeniz ve Süveyş Kanalı'na giden Bab el Mandeb geçidinin ağzında bulunan bir ülkedir. Genel olarak "Afrika'nın boynuzu" olarak da adlandırılan Somali, Etiyopya ve Cibuti'nin batı kuzeybatı ve güneybatıya doğru Kenya ile sınırlandırılmıştır. Ülkenin arazisi esas olarak yaylalara, ovalara ve dağlık bölgelere ayrılmaktadır. Kıyı şeridi, 1.880 mil (3,025 km) ile ülkelerinin en uzunudur. Hint Okyanusu'na (ülkenin en alt noktası) dökülen Jubba ve Shabelle'i nehirleri bulunmaktadır (Worldometers, 2022). Somali haritası Şekil 1.'de verilmektedir.



Şekil 1.1. Somali Haritası (Aljazeera, 2014).

### 1.1.2. Nüfus Yapısı ve İklim

Worldometer'in en son Birleşmiş Milletler verilerine göre, 22 Aralık 2022 itibarıyla Somali'nin mevcut nüfusu 16.987.412'dir. Somali, nüfus büyüklüğüne göre ülkeler listesinde 73. sıradadır. Somali'deki nüfus yoğunluğu Km<sup>2</sup> başına 25'tir (m<sup>2</sup> başına 66 kişi). Toplam arazi alanı 627.340 km<sup>2</sup>'dir. Nüfusun %46,8'i kentlerde yaşamaktadır. Ülkenin resmi dili Somalice ve resmi para birimi Somali şilinidir (Worldometers, 2022).

Somali yaşamında iklim en önemli faktördür. Büyük ölçüde göçebe yaşayan toplum için yağmur miktarı otlatma yeterliliğinin ve göreceli refah beklentilerinin önemli belirleyicisidir. Ülke genelinde günlük ortalama maksimum sıcaklık 30° ile 40° arasında, daha yüksek kesimlerde ve Hint Okyanusu kıyısı boyunca değişmektedir. Ortalama günlük minimum sıcaklıklar 20°'den 30°'ye kadar değişmektedir (Metz, 1992).

### 1.1.3. Siyasi ve Ekonomik Yapı

Uzun bir mücadeleden sonra, 1960 yılında bağımsızlığını kazanan Somali, anayasası referandumla onaylanan demokratik ve hukukun üstünlüğüne sahip bir devlettir. Bu referandum sayesinde 1960 yılından 1969 yılına kadar anayasa, sivil bir yönetim yapısı kurulmuş, birbirini izleyen ve demokratik olarak seçilmiş iki hükümetin yönetimi altında insan hakları korunmuştur. Bu istikrarlı dönemin ardından, 1969 yılında anayasayı askıya alan ve devletin adını Somali Demokratik Cumhuriyeti olarak değiştiren Siad Barre liderliğindeki şiddet içermeyen bir askeri darbe gerçekleşmiştir. Siad Barre'nin hükümeti 1991 yılına kadar devam etmiş ve bu dönemden sonra ülke iç savaşla karşı karşıya kalmıştır. İçinde bulunduğumuz dönemin resmine bakıldığında, Somali'nin 825 üyeli özel Ulusal Kurucu Meclisi, 1 Ağustos 2012'de büyük çoğunluğun (645 oy/yüzde 96) oy kullandığı ülke için federal sisteme dayalı yeni bir anayasa kabul etmiştir. Federal sistem çerçevesinde

güç paylaşımli bir hükümet kurulmuştur. Böylece Somali, 193 dünya ülkesi içinde federal sisteme sahip 25 ülkeden biri olmuştur (Kouroutakis, 2018).

İdari perspektif açısından, Somali'nin mevcut federal sistemi hem merkezi hükümet hem de federal üye devletleri veya bölgesel yönetimi (Putland, Somaliland, Hir-Shabelle, Galmudug, Jubaland ve Güney Batıyı) kapsayan güç ve sorumluluk dağılımını kapsamaktadır. Merkezi hükümet ile federal üye devletler arasındaki güç paylaşımı Somali anayasasının 54. maddesinde tanımlanmıştır. “Güçler ve kaynakların tahsisi, dışişleri, ulusal savunma, vatandaşlık ve göçmenlik, para politikası dışında, tüm konular Federal Hükümet ve Üye Devletler tarafından müzakere edilerek, kararlaştırılacaktır.” Hükümetin üç kolu vardır: Yasama, yürütme ve yargı. Geçici Anayasa, 275 üyeli bir Halk Evi ve 54 üyeli bir Üst Meclis-Senato ile iki meclisli bir yapı öngörmektedir (European Union, 2017). Somali Federal Cumhuriyeti'nin mevcut anayasasına göre, özellikle 1. madde, çok partili bir sistemi ve sosyal adaleti temsil etmek üzerine kurulmuş federal, egemen ve demokratik bir cumhuriyet olduğunu belirtmektedir (Constitution of the Federal Republic of Somalia, 2012).

Somali ekonomisi, geniş anlamıyla hem geleneksel hem de modern üretimden oluşmakta, ancak yavaş yavaş modern endüstriyel tekniklere doğru hareket etmektedir. Ülke ekonomisi, sosyal çatışmaların yanı sıra devlet başarısızlığının etkileri nedeniyle kötü durumdadır. Buna rağmen, Dünya Bankası verilerine göre, ülkenin Gayri Safi Yurtiçi Hasılası (GSYİH) 1990 yılında 917,0 milyon dolardan 2018 yılında 6,2 milyar dolara yükselmiştir. Somali diasporası, ulaşım, iletişim, balıkçılık ekipmanları, havayolları, oteller, telekomünikasyon, eğitim, sağlık ve inşaat sektörlerinde Somali'deki ana yatırımcıları oluşturmaktadır. Somali ekonomisinin değerlendirilmesinde, tarım GSYİH'nın yaklaşık %78'ini oluşturmaktadır. Somali'de işgücünün %70 tarımda istihdam edilirken, hayvancılık Somali GSYİH'sının yaklaşık %48'ini oluşturmaktadır. Türkiye, ABD ve Birleşik Krallık'ın da aralarında bulunduğu uluslararası toplum, hükümet işbirliği yoluyla ülkenin ekonomik olarak toparlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Afrika Kalkınma Bankası, yapısal uyum

programları aracılığıyla Somali ekonomisini destekleyen başlıca uluslararası kuruluşlardır (Shuriye, 2022).

## **1.2. Somali Federal Cumhuriyeti Sağlık Sistemi**

Dünya Sağlık Örgütü sağlık sisteminin temel amacını sağlığı teşvik etmek, iyileştirmek veya sürdürmek olan örgütler, insanlar ve eylemlerin tümü olarak tanımlamaktadır. Sağlık sistemi açısından Afrika ile dünyanın geri kalanı arasında sürekli olarak büyüyen bir gelişmişlik farkı bulunmaktadır. Sahra Altı Afrika (SAA), dünya nüfusunun %11'ini ve küresel hastalık yükünün %24'ünü oluşturmaktadır. SSA'da hastaneler, klinikler ve tıbbi malzemelerin saklanması ve dağıtımı ile ilgili ihtiyaçları karşılamak için 25-30 milyar doları bulan gaz ve petrol boru hattı yatırımı planlanmaktadır. Ancak mevcut durumda Somali sağlık sektörü, yetersiz, parçalı ve etkisiz olarak nitelendirilmektedir (Davis ve ark., 2008; Elsa, 2016).

Dünya Sağlık Konferansı'nda (2015) tüm uluslar için "herkesin uygun fiyata sağlık hizmetlerine erişimi" olarak tanımlanan evrensel sağlık sigortasına hak kazanmaları çağrısında bulunulmuştur. Buna rağmen, Somali'nin büyük ölçüde yoksullaşmış nüfusunun yaklaşık %90'ını özel sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Somali'nin başkenti Mogadişu'da özel sağlık hizmetlerinin baskın olduğu göz önüne alındığında, adil ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine katkıda bulunmak için özel sağlık hizmetlerine erişim koşullarının araştırılması önemli görülmektedir (Gele ve ark., 2017).

Somali sağlık sisteminin bir diğer önemli sorunu da sağlıkla ilgili verilerdeki boşluktur. Bunun ışığında, Somali'nin tüm komşu ülkeleri de dahil olmak üzere 36 Afrika ülkesinde sağlık sistemlerinin teknik etkinliğini araştıran bir çalışmaya, veri kısıtlılıkları nedeniyle Somali dahil edilmemiştir. Bu çalışmada, GSYİH içindeki toplam sağlık harcamaları; 1000 kişiye düşen doktor, hemşire ve hastane yatak

sayısı; işsizlik oranı; ve Gini katsayısı değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre Afrika'daki 36 sağlık sisteminden 21'i (%58,33) verimli bulunmuştur. Senegal, sağlık sistemindeki verimsizliğin en çok referans alındığı ülke olmuştur. Öte yandan, 1000 kişiye düşen hemşire sayısı ve Gini katsayısı değişkenleri, ulusal sağlık sistemlerinin verimsizliğini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemiştir (Top ve ark., 2019).

### **1.2.1. Sağlık Hizmeti Sunumu ve Kullanımı**

Somali'de iç savaş, sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere Somali devletinin altyapısını tahrip etmiştir. Ülke sağlık sektörünün yeniden inşası, sağlık çalışanı, finansal kaynaklar ve etkili yönetim eksikliğiyle karşı karşıyadır. Ayrıca, hizmet sektörünün genel olarak özelleştirilmesi, koordinasyon eksikliği ve savaş sonrası deregülasyon sağlık hizmetlerini büyük ölçüde şekillendirmiştir. Somali'deki sağlık hizmetleri, sıklıkla yerel ve uluslararası paradigmalar ve kararlardan etkilenen farklı politikaları, öncelikleri ve sağlık hizmeti yaklaşımlarını benimseyen çeşitli yönetimler tarafından yürütülmektedir. Ulusal sağlık sistemi tarihi incelendiğinde, 1960'lı yılların parlamenter hükümeti, 1970'lerden 1990'lı yıllara kadar ülkeyi yöneten askeri hükümet, ulusal sağlık politikasında benzer yaklaşımları göstermiştir. Buna ek olarak, nüfus artış hızının yüksekliği, çevresel bozulma, çölleşme, kuraklık ve kıtlık, kentleşme, yoksulluk, zayıf bir ekonomi ve yönetim ülkenin sağlık sisteminin sağlık sorunları ile baş etmesini güçleştirmektedir (Qayad, 2008; Tiilikainen, 2014). Bugün Somali'nin çağdaş federal sağlık sistemi, yönetim ve liderlik boşlukları dahil olmak üzere çatışma sonrası sorunların zorluklarıyla mücadele etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı, türü, yeri, amacı ve zaman aralığı açısından sınıflandırılabilir. Sağlık hizmeti türleri arasında ilaç, hastane, doktor, diş hekimi, acil bakım ve evde bakım gibi hizmetler bulunurken, bakım yeri ev, ofis, klinik, hastane olabilir. Sağlık hizmetleri amacına göre koruyucu, tedavi edici ve

rehabilitasyon hizmetleri olarak sınıflandırılır. Sağlanan bakımın zaman aralığı ise risk altındaki nüfusun genel nüfus içindeki payı ve belirli bir zaman diliminde doktora yapılan ortalama ziyaret sayısını kapsayabilir (Ngwakongnwi, 2017). Sunulan bu çerçeveye ile Somali kamu sağlık hizmetlerinin kullanımı ilerleyen paragraflarda açıklanmaktadır.

Anayasal bakış açısına göre Sağlık Bakanlığı genel olarak ülkenin sağlık sisteminden sorumlu otoritedir. Somali sağlık sistemi kamu, gönüllü (Sivil Toplum Kuruluşları) ve özel olmak üzere üç resmi alt sektöre ayrılmaktadır. Somali kamu sağlık hizmetleri dört düzeyde sunulmaktadır (Şekil 1.2). Somali birinci basamak sağlık birimleri (sağlık evleri olarak da adlandırılır) toplum düzeyinde tedavi edici ve önleyici hizmetler sunmaktadır. Ancak verimli sağlık işgücünün olmaması ve altyapı yetersizliği nedeniyle büyük ölçüde etkisiz olduğu bilinmektedir. Sağlık merkezleri (anne ve çocuk sağlığı merkezleri olarak da adlandırılır) en azından kadın ve çocuklara odaklanan bazı koruyucu ve tedavi edici hizmetler ile birlikte genel nüfusa yönelik temel sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Bu iki kurumda sunulan hizmetler ücretsizdir. Hastanelerin ikinci veya üçüncü basamak bakım hizmetlerini sağlama kapasitesinin olmaması büyük bir sorundur. Hastanelerde sunulan hizmetlerden düşük bir miktarda katkı payı alınmaktadır. Diğer yandan, Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde olmayan gayri resmi alt sektörden (bitkisel uzmanlar, geleneksel cerrahlar, ruhani şifacılar ve diğer uygulayıcılar) oluşan geleneksel bir yapı bulunmaktadır. Sağlık merkezleri dahil olmak üzere birinci basamak sağlık birimleri sağlık hizmetlerinin büyük bölümünü sağlamaktadır. İlçe hastaneleri ve il hastaneleri ayakta ve yatarak tedavi hizmeti vermektedir. Somali Ulusal Hastanesi ve Madina Hastanesi, sevk, araştırma ve öğretim verilen kurumların başında yer almaktadır. Şekil 1.1'de gösterildiği gibi mevcut Somali kamu sağlık hizmetleri dört düzeyde sunulmaktadır (MOH Somali, 2015).



**Şekil 1.2.** Somali Kamu Sağlık Hizmetleri Sunumu (MOH Somali, 2015).

Bazı Afrika ülkelerinde olduğu gibi Somali’de de sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım, işleyen bir sağlık sisteminin yokluğu, coğrafi erişilebilirlik sorunları, finansal engeller, sınırlı hizmet mevcudiyeti ve sevk seçenekleri gibi çeşitli faktörler tarafından engellenmektedir. Özellikle anne sağlığı hizmetlerinde, sosyo-kültürel tabuların bakıma erişimin önündeki en büyük engel olduğu kadınlar tarafından sıklıkla ifade edilmektedir (Swiss Agency for Development and Cooperation, 2015).

Somali’de temel sağlık hizmetlerine erişimde kırsal-kentsel eşitsizliklere ve bölgeler arasındaki dengesizliklere katkıda bulunan etkili bir koordinasyon ve düzenleme eksikliği bulunmaktadır. Güney Somali’de sekiz sevk hastanesi, on bölge hastanesi ve 26 ilçe hastanesi vardır ancak bunların hiçbirinde uzmanlık hizmetleri sunulmamaktadır. Temel hizmet veren 198 sağlık merkezi / anne çocuk kliniği bulunmaktadır. Ayrıca ilaçlara erişim dört faktörden etkilenmektedir. Bunlar, rasyonel seçim, uygun fiyat, sürdürülebilir finansman ve güvenilir bir sağlık sistemidir (Landinfo, 2014).

Somali’de sağlık hizmetleri kullanım oranları düşüktür. Mevcut poliklinik servis numaralarına dayalı bir araştırma, Somali’de (herhangi bir yaş grubunun) her sekiz yılda bir sağlık merkezi / anne ve çocuk sağlığı hizmetini ziyaret ettiğini göstermiştir. İnsanlar aşırı derecede hasta olduklarında veya kırık gibi fiziksel travma yaşadıklarında sağlık hizmetlerine başvurmaktadır. Ayrıca, toplum ve kamu sektörü

arasındaki sınırlı etkileşim, halk sağlığı politikası gündeminin dışında kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bulunabilirliği, karşılanabilirliği ve kabul edilebilirliğinin yetersiz olması erişimi belirlemektedir. Somali nüfusu için sağlık hizmetlerine erişimin düşük olduğu konusunda çok az şüphe vardır. Maliyet, hem özel hem de kamu sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir engel olarak tanımlanmaktadır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar çoğunlukla sağlık hizmetleri arayışında eşit engeller olarak ulaşım ve danışmanlık, tedavi ücretlerinin maliyetine atıfta bulunmuştur. Sağlık tesislerine fiziksel olarak erişilememesi, tedavi arama davranışının önündeki en büyük engeldir. Ayrıca ulaşım maliyet ile doğrudan ilişkilidir. Bazı araştırmalar, düşük kalite ve arz eksikliğinin Somali’de sağlık hizmeti alınamamasının en önemli nedeni olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, kentsel alanlarda sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasına rağmen bunun büyük ölçüde özel hizmetleri olduğunu göstermektedir. Somali’de kamu sağlık çalışanlarına güvenmeyen hastalar, özel sektör profesyonelleri tarafından sunulan hizmetleri tercih etmektedir. Sadece aşılama hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı merkezleri kamu sağlık kurumları tarafından sağlanmaktadır. Aşılama kamu tarafından sunulan ve gerçek katma değer yaratan hizmetlerinden biridir. Cinsiyet önyargısı, sağlık hizmetleri kullanımının bir başka belirleyicisidir. Somali’de yapılan bir çalışmada, akut solunum yolu enfeksiyonu olan erkek çocukların, kız çocuklarına göre bir sağlık kuruluşuna götürülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Mazzilli ve Davis, 2009).

### **1.2.2. Sağlık Finansmanı**

Somali sağlık sektörü finansmanı, ağırlıklı olarak dış yardımlara ve sivil toplum kuruluşları (STK’lar) ve özel sektör tarafından takip edilen uluslararası bağışlara bağlıdır. Bunun yanında, kar amaçlı özel sektör sağlık hizmetlerinin ana sağlayıcısı konumunda olduğu için çoğunlukla cepten ödeme yöntemi kullanılmaktadır. Devlet memurları ve az sayıda çalışanı kapsayan kamu sigortası bulunmaktadır. Genel olarak, Somali sağlık sektörüne 2014 yılı için kişi başına yıllık yaklaşık 30 ABD Doları ayrılmaktadır. Ayrıca, kamu sağlık sektöründeki toplam

yatırımın 150 milyon ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Devlet sağlık bütçeleri, hükümet politikalarının oluşturulmasını ve ülke içindeki sağlık faaliyetlerini desteklemek için çok yetersizdir. Dolayısıyla, sağlık hizmeti tedariki konusunda sınırlı hükümet etkisi vardır ve özel sağlık sektörü baskındır (UNICEF, 2016).

Türkiye Cumhuriyeti Kültür ve Turizm Bakanlığı'na bağlı olan Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA), başta Somali olmak üzere Afrika'daki insani ve kalkınma desteklerinde büyük rol üstlenmektedir. Buna ek olarak, resmi Türk insani ve kalkınma yardımları Somali'ye 370 milyon ABD Doları sağlamıştır. Somali'deki hükümet kurumlarının yanı sıra 16 Türk sivil toplum örgütü de faaliyette bulunmuştur. Türkiye'nin Somali'ye yönelik politikası, kapsayıcı ve çok boyutlu bir stratejiye dayanmaktadır. Sağlık sektörü gelişimi açısından, 200 yataklı Mogadişu Somali-Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Türk Hükümeti tarafından inşa edilmiştir. Hastane mevcut kapasitesiyle tüm Afrika Körfezi bölgesindeki en modern hastanelerden biridir. Hastanenin beş yıl boyunca Türk ve Somali yetkilileri tarafından yönetilmesi ve bu süreden sonra hastanenin Somali yetkililerine devredilmesi planlanmıştır (Ministry of Foreign Affairs of Turkey, 2016).

Türkiye'nin nispeten yakın zamanda SAA ile ilişkisi, bilim adamları ve politika yapıcılar arasında tartışma konusu olmuştur. “Neden Afrika?” ve “Neden şimdi?” gibi sorulara yanıt bulmak için çeşitli girişimlerde bulunulmuştur. Cannon (2017) Türkiye'nin Afrika'ya kaynak taahhüdünün altı temel faktör tarafından olumlu bir yaklaşımla şekillendirildiğini savunmuştur. Bu faktörler, Ankara'nın ilk angajmanının zamanlaması, Türk hükümeti ve işletmelerinin risk kapasitesi, Türk ürünleri ve uzmanlığı, Türk “yumuşak gücünün” projeksiyonu, Afrika'da Türkiye'ye yönelik olumlu ya da belirsiz görüşler, Türkiye'nin Afrika devletleri ve liderleriyle angajmana yönelik son derece koordineli ve tek taraflı yaklaşımı, genellikle uluslararası örgütler veya diğer ittifaklardan kaçınması olarak sıralanmaktadır.

Somali sağlık sekt6r6 için bağışçılar arasında, Birleşmiş Milletler (BM) ve Uluslararası Sivil Toplum Kuruluşları bulunmaktadır. Çizelge 1.1’de g6sterildiği gibi 6lke sağlık harcamalarının %45’i kalkınma yardımı desteği ile sağlanmaktadır (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017).

**Çizelge 1.1.** Somali sağlık harcamalarına ait g6stergeler (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017)

|                                                                                        |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması                                                    | 33.0 \$ |
| GSYİH Başına Toplam Sağlık Harcaması (%)                                               | 6.9     |
| Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%)                                                    | 25.0    |
| 6zel Sağlık Harcamalarının Payı (%)                                                    | 1.2     |
| Cepten 6deme Sağlık Harcamalarının Payı (%)                                            | 28.5    |
| Kalkınma Yardımı Sağlık Harcaması Payı (%)                                             | 45.2    |
| Kişi Başına D6şen Toplam Sağlık Harcamalarındaki Yıllık Değişme Oranı, 1995 - 2014 (%) | 1.9     |

### 1.2.3. Sağlık İnsan G6c6

Sağlık insan g6c6, bir toplumun sağlık stat6s6ndeki anlamlı iyileşme için itici bir g6 olarak tanımlanabilir. İyi eğitilmiş ve motive olmuş bir işg6c6, evrensel sağlık kapsamına giden kritik yolu oluşturmakta ve sağlıkla ilgili s6rd6r6lebilir kalkınma hedeflerine ulaşmanın anahtarı olmaktadır. D6nya Sağlık 6rg6t6 (DS6), sağlık için insan kaynaklarını “temel amacı sağlığı korumak ve iyileştirmek olan faaliyetlerde bulunan t6m çalışanlar” olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma g6re sağlık çalışanları, hedef kitleye doğrudan hizmet verenleri ve doğrudan hizmet sunumuyla uğraşmayan, ancak ulusal sağlık sistemine y6netim ve destek girdileri sağlayanları kapsamaktadır (DS6, 2007).

SAA’da sağlık iş g6c6n6n mevcut sağlık sorunlarına yanıt veremediği ifade edilmektedir. Bunun nedeni bug6ne kadar sağlık sistemlerinde, yabancı 6lkelerden sağlık çalışanlarının bulunması, 6lkelerin k6lt6r6 ve gelenekleri ile sınırlı

entegrasyona sahip olunmasıdır. Afrika’da sağlık sistemlerine yönelik bir diğer önemli sorun da, her sağlık çalışanı kadrosunun (hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları) rollerinin ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin tanımlanmamasıdır. Doktorların ve hemşirelerin beyin göçü devam etmektedir. Çalışanların becerilerinin iyi tanımlanmaması, kentsel-kırsal eşitsizlikler, kötü istihdam koşulları ve kariyer beklentileri, kötü çalışma koşulları, birçok gelişmekte olan ülkede işgücü sorunlarına katkıda bulunmaktadır (Olapade-Olaopa ve ark., 2017).

Somali’de, özellikle üreme, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı alanlarındaki mevcut nitelikli sağlık çalışanı eksikliği, anne, yenidoğan ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve Somali sağlık sisteminin iyileştirilmesinde ilerlemeyi kısıtlamıştır. Özellikle kırsal kesimde yaşayanlara ve coğrafi bölgelere ulaşmakta zorluk çekenlere gerekli bakım sağlanamamaktadır. Somali’nin mevcut sağlık insan gücü Çizelge 1.2’de gösterilmiştir. En son yayımlanan verilere göre Somali’de toplam 9566 sağlık çalışanı bulunmaktadır (MOH-Somalia, 2016).

**Çizelge 1.2.** Somali’de sağlık insan gücü (MOH Somali, 2016).

| <b>İnsan Gücü Kategorileri</b>      | <b>Orta ve Güney Somali</b> | <b>Puntland</b> | <b>Somaliland</b> | <b>Toplam</b> |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Hekim                               | 339                         | 120             | 179               | 638           |
| Diş Hekimi                          | 0                           | 2               | 0                 | 2             |
| Eczacı                              | 20                          | 6               | 4                 | 30            |
| Lisanslı Hemşire                    | 817                         | 664             | 1256              | 2737          |
| Lisanslı Ebeler ve Toplum Ebeleri   | 82                          | 321             | 344               | 747           |
| Toplum Sağlığı Çalışanları          | 508                         | 5012            | 388               | 1408          |
| Yardımcı Hemşireler/Yardımcı Ebeler | 1838                        | 706             | 1016              | 3560          |
| Kadın Toplum Sağlığı Çalışanları    | 75                          | 65              | 39                | 179           |
| Hastane Yöneticileri                | 34                          | 44              | 187               | 265           |
| <b>Toplam</b>                       | <b>3694</b>                 | <b>2440</b>     | <b>3413</b>       | <b>9566</b>   |

#### 1.2.4. Sağlık Sektöründe Reformlar

Somali sağlık yetkilileri, ülkenin sağlık sistemini iyileştirmek ve toplumun sağlık durumunu düzeltmek için çok önemli politika müdahaleleri gerçekleştirmiştir. Sağlıkla ilgili reformların çoğu, kolektif ve işbirlikçi bir yaklaşım göstermektedir. Sağlık Hizmetlerinin Temel Paketi olarak adlandırılan reform 2010 yılından itibaren üç Somali bölgesinde, Sağlık Bakanlığı'nı destekleyen ortaklardan oluşan bir konsorsiyum (Somali Halkı için Sağlık Konsorsiyumu olarak bilinir) tarafından uygulanmaktadır. Sağlık Hizmetlerinin Temel Paketi, Somaliland, Puntland ve Güney Merkez'in hedeflediği alanlarda entegre bir sağlık programını uygulamak için birlikte çalışan beş uluslararası kuruluşun oluşturduğu bir konsorsiyumdur. Beş yıllık program (2010-2015) Birleşik Krallık Uluslararası Kalkınma Dairesi tarafından finanse edilmiş ve desteklenmiştir (Blaakman, 2014). Bununla birlikte Sağlık Sektörü Stratejik Planı (Health Sector Strategic Plan-HSSP) hazırlanmıştır. HSSP'nin gelişimi Nisan 2012 ile Ocak 2013 arasında gerçekleşmiştir. HSSP, Güney Orta Somali'de temel hizmetlerin sağlanmasına pragmatik bir yaklaşım benimsemekte ve altı strateji ortaya koymaktadır. Bunlar, iyi işleyen bir sağlık sisteminin (Liderlik ve yönetim, sağlık iş gücü, hizmet sunumu, sağlık finansmanı, tıbbi ürünler ve teknolojiler, bilgi ve araştırma) DSÖ yapı taşlarına dayanmaktadır. Planın tasarımı, tüm toplumun sağlık hizmetlerindeki iyileştirmelerden yararlanmasını sağlamayı amaçlamaktadır (MOH Somali, 2013). Somali sağlık yetkilileri, 2013 yılında, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimdeki engelleri ele almak için en uygun maliyetli ve sürdürülebilir müdahalelerden biri olarak kabul edilen (Marwo Caafimaad) kadın toplum sağlığı çalışan programını büyütme kararı vermiştir. Buna göre çalışanlar 3 ila 9 ay boyunca toplum sağlığı, beslenme, su ve sanitasyon hizmetlerini kapsayan kapsamlı bir eğitim almıştır (MOH Somalia, 2015; DSÖ, 2015).

Somali Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında diğer uluslararası ve yerel kuruluşlarla işbirliği yaparak "Somali Sağlık Sektöründe Sağlık Politikası Eylemlerinin Önceliklendirilmesi" başlıklı politika yönelimlerini oluşturmuştur. Bu programın amacı, Somali sağlık sisteminin güçlendirilmesidir. Sağlık Bakanlığı evrensel sağlık

kapsamı ve sağlıkla ilgili Bin Yıl Kalkınma Hedeflerine ulaşma yolunda ilerlemeyi hızlandıran kaliteli, erişilebilir, kabul edilebilir ve uygun fiyatlı sağlık hizmetleri sunulması amaçlanmıştır (MOH Somalia, 2014).

Somali Sağlık Bakanlığı 2019 yılında, Ulusal İlaç Politikası ve Somali Ulusal Tıp Kurumu'nu oluşturmuştur. Bu politikanın ve oluşturulan otoritenin amacı, temel ilaçların ve tıbbi malzemelerin kalitesi, güvenliği, maliyet etkililiği ve rasyonel kullanımını sağlamaktır. Sağlık Bakanlığı 2020 yılında Ulusal Sağlık Profesyonelleri Konseyi'ni (National Health Professionals Council-NHPC) kurduğunu bildirmiştir. NHPC'nin en önemli görevi, toplumu tıbbi uygulamaların kötüye kullanılmasından korumak ve Somali'deki sağlık çalışanları arasında etik standartları teşvik etmektir. Somali Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün (National Institute of Health-NHI) oluşturulması ile ülkenin halk sağlığı sistemin ana bileşeni tanımlanmıştır. Somali NHI'nin amacı, araştırma ve yenilik yoluyla sağlığı iyileştirmek, hastalıkları önleyici kaynakları teşvik etmek, biyomedikal bilgi tabanını genişletmek ve üst düzey bilimsel davranışı teşvik etmektir (MOH-Somalia, 2019; Warsame, 2020).

Somali Federal Cumhuriyetinin Planlama, Yatırım ve Ekonomik Kalkınma Bakanlığı, 2020 yılından 2024 yılına kadar Somali Ulusal Kalkınma Planını formüle etmiştir. Bu programın amacı, kapsayıcı ekonomik büyüme ve istihdam, gelişmiş güvenlik ve hukukun üstünlüğü ve güçlendirilmiş siyasi istikrar yoluyla yoksulluğu ve eşitsizliği azaltmaktır. Sağlık erişimini ve sonuçlarını iyileştirmek, Somali Ulusal Kalkınma Planının temel taşlarından biridir. Somali Planlama, Yatırım ve Ekonomik Kalkınma Bakanlığı'na (2020) göre, sağlık erişiminin ve sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik zorlukların çözümü 3 gruba ayrılmıştır. Açıklanan çözüm yolları aşağıda verilmektedir.

**Kurumsal Gözetim ve Güçlendirme:** Sağlık Yönetim Bilgi Sisteminin güçlendirilmesi ve Sağlık Bakanlığı ile eyalet ve belediye sağlık kurumlarının yasal gözetim çerçevesinin belirlenmesi önceliklidir. Güvenlik ve hijyen standartlarının

karşılanmasını sağlamak için özel sektör sağlayıcıları için standartlar belirlenecek ve uygulanacaktır.

**En Acil Sağlık Sorunlarına Odaklanmak:** Anne ve erken çocukluk sağlığı acil zorluklardır. Yetersiz beslenme ve çocuklukta büyüme geriliğinin azaltılması, önlenabilir hastalıklar (bağışıklıkların artırılması dahil), anne sağlığı (üreme sağlığı dahil), kadın sünnetinin azaltılması ve daha fazla temiz su ve sanitasyona erişim (evler ve sağlık klinikleri dahil) sağlanacaktır.

**En Savunmasız Kişilere Odaklanmak:** Ülke içinde yerinden edilmiş kişilerle birlikte kırsal kesimdeki vatandaşlar ve yeni kurtarılmış bölgelerde yaşayanlar sağlık hizmetlerine en az erişime sahiptir. Hükümet, sağlık kliniklerini rehabilite etmek veya inşa etmek için devlet dışı sağlayıcılarla ortaklık yapacak ve Temel Sağlık Hizmet Paketlerinin dağıtımını artıracaktır.

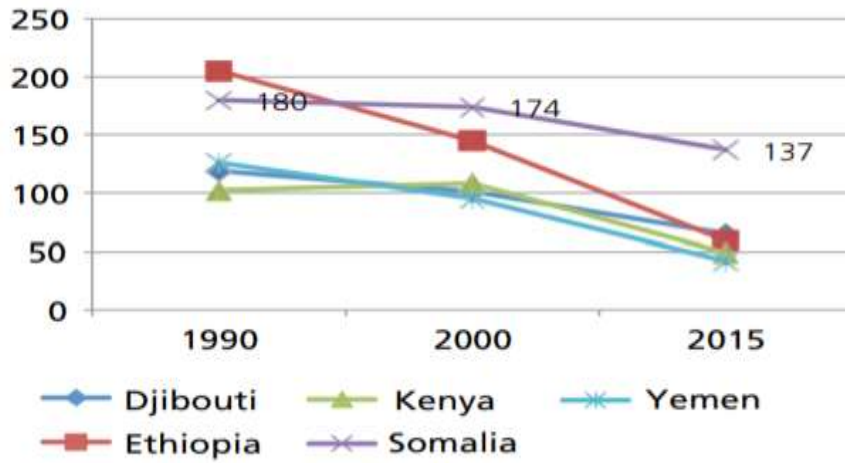
Ülkenin sağlık sisteminin zorluklardan muzdarip olduğu bir dönemde, COVID-19 salgını diğer ülkelerde olduğu gibi Somali nüfusunu da etkilemiştir. Somali'de ilk COVID-19 vakası 16 Mart 2020'de tespit edilmiştir. Somali'de teyit edilen toplam vaka sayısı, Haziran 2022'de 26.675 vakadır. Toplam 1.361 ölüm bildirmiştir. Ülke, sağlık sistemi gelişmemiş olmasına rağmen COVID-19 pandemisine karşı başarılı bir şekilde önlem almaya çalışmıştır. Somali Federal Hükümeti, Birleşmiş Milletler ve diğer bağışçılar ile işbirliği içinde, ücretsiz iletişim merkezi kurulmuş, halkın ellerini sabunla yıkamaları için su noktaları, kişisel koruyucu ekipmanlar (maske ve eldiven gibi) sağlanmış, yolcuları taramak ve aşı kapsamının artırılması gibi girişimlerde bulunulmuştur (Hassan ve Filiz, 2022).

### 1.2.5. Sağlık Göstergeleri

Somali'deki sağlık göstergeleri, dünyadaki en korkunç sonuçları göstermektedir. Somali bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadele etmektedir. İnsan bağışıklık eksikliği virüsü (Human Immunodeficiency Virus, HIV) prevalansı düşüktür. HIV ile yaşayan hamile kadınların sayısı 1800 iken, anne-çocuğa bulaşmayı önlemek için antiretroviral tedavi kapsamı % 1,0'dır. Tüberkülozla ilişkili mortalite oranı 100 000 popülasyonda 74.0 olarak tahmin edilmektedir. Ülkenin sıtma için yüksek riskli bir ülke olduğu düşünülmektedir. Toplam teyit edilen sıtma vakaları 2003 yılında 7 571'den 2012 yılında 18 842'ye yükselmiştir. Son gelişmelere rağmen, ülkede aşılama kapsamı çok düşüktür. Ayrıca bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü de artmakta, bu da tüm ölümlerin % 19,1'ine neden olmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar % 5,7, kanserler % 3,9, solunum yolu hastalıkları % 1,4 ve diyabet tüm ölümlerin % 0,8'ini oluşturmaktadır. Sonuç olarak, 30-70 yaş arası yetişkinlerin % 19'unun bulaşıcı olmayan dört hastalıktan birinden ölmesi beklenmektedir. Ruh sağlığı, ülkede halk sağlığı öncelikli alanıdır. Travma ve şiddete maruz kalmanın uzun yıllar sürmesi, yerinden edilmiş nüfusun büyüklüğü, toplumdaki ruhsal rahatsızlıklara karşı yüksek damgalama ve ayrımcılık, eğitim ve istihdam için sınırlı fırsatlar, yüksek zihinsel sağlık gereksinimlerine katkıda bulunmuştur. Somali'deki artan ishal insidansı, kentsel alanlarda gelişmiş su kullanımının artmasına rağmen, 2006 yılında % 29 iken, 2015 yılında % 55'e yükselmiştir (UNICEF, 2016).

Çocuklar ve kadınlar dünyadaki diğer ülkelerin neredeyse hepsinden daha fazla sağlık sorunuyla karşı karşıyadır. Somali 1.000 canlı doğumda 137 beş yaş altı ölüm oranı ile Angola ve Çad'dan sonra dünyanın en kötü üçüncü ülkesidir (Şekil 1.3) Somalili 7 çocuktan beşi doğum gününden önce ölmektedir. Ayrıca, Somali'deki çocuk ölüm oranları, Binyıl Kalkınma Hedefleri dönemi (1990- 2015) boyunca komşu ülkelere göre çok daha yavaş bir şekilde azaltılmıştır. Somali'de anne ölüm oranı bakımından (100.000 canlı doğumda 732) Orta Afrika Cumhuriyeti, Çad, Nijerya, Sierra Leone ve Güney Sudan'dan sonra 6. sıradadır. Yüksek anne ölüm oranı yanında doğurganlık kadın başına ortalama 6,6 çocuktur. Ülkedeki 15 ila 49

yaş arası kadınların % 98'i bir tür Kadın Sünneti (Female Genital Mutilation-FGM) geçirmiştir. FGM, çoğunlukla geleneksel uygulayıcılar tarafından gerçekleştirilmektedir. FGM, geçiren kadınların menstrual retansiyon ve idrar yolu enfeksiyonları da dahil olmak üzere uzun vadede sağlık sonuçlarına sahip olma olasılıkları daha fazladır. Özellikle, FGM sıklıkla olumsuz obstetrik sonuçlara sahiptir ve riskler mutilasyonun ciddiyeti ile artmaktadır (UNICEF, 2016).

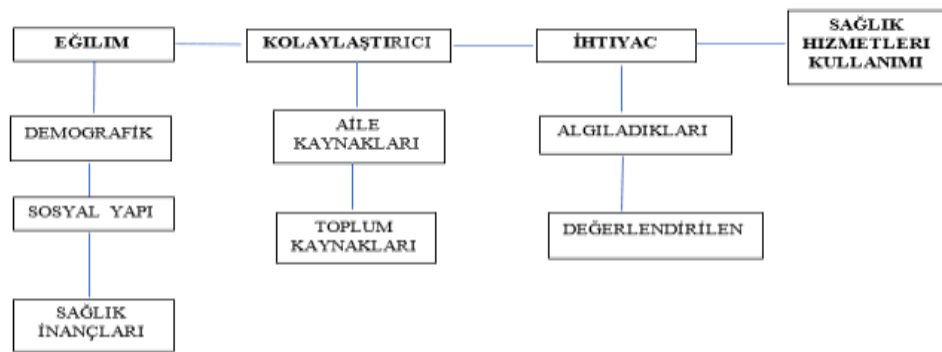


Şekil 1.3. Ülkelere Göre 1000 Canlı Doğumda Beş Yaş Altı Ölüm Oranı (UNICEF, 2016).

Genel nüfus ishal, akut solunum yolu enfeksiyonları, sıtma, yetersiz beslenme ve diğer aşı ile önlenabilir hastalıklar dahil olmak üzere aynı hastalıklardan etkilenirken, diğer sağlık göstergelerinin yanı sıra morbidite ve mortalite de yıllarca benzer kalmıştır (Somali Directorate of National Statistics, 2020).

### 1.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Davranışsal Model

Sağlık hizmetleri kullanımı, hastaların ihtiyaçlarının profesyonel sağlık sistemi ile bulunduğu noktadır. İhtiyaçla ilişkili faktörlerin yanı sıra sağlık hizmetleri kullanımının da arz kaynaklı olduğu ve bu nedenle sağlık sistemi yapılarına güçlü bir şekilde bağlı olduğu iyi bilinmektedir. En yaygın kabul gören modellerden biri, 1968 yılında ABD medikal ve sağlık hizmetleri araştırmacısı Andersen tarafından geliştirilen Sağlık Hizmetleri Kullanımında Davranışsal Model (DM)'dir. DM, sağlık hizmetleri kullanımının hem bireysel hem de bağlamsal belirleyicilerini içeren çok düzeyli bir modeldir. DM, genellikle ABD ve Birleşik Krallık'ta yürütülen çalışmalarda sıklıkla kullanılmıştır. Davranışsal modelin önemli bir amacı, tıbbi bakım hizmetlerine erişim koşullarını sağlamak ya da kullanımı kolaylaştıran ya da engelleyen koşulları keşfetmektir (Babitsch ve ark., 2012; Andersen, 1995). Ayrıca, model, bir kişinin tıbbi yardım alma kararının ve alınan hizmetlerin miktarının üç faktöre bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Bunlar; (1) bireyin hizmetleri kullanımına yönelik eğilimi; (2) hizmetlere ulaşma güvencesi (kolaylaştırma); (3) tıbbi bakım ihtiyacı (ihtiyaç). Modele ilişkin süreç, Şekil 1.4'de gösterilmektedir ve modelin ana bileşenleri aşağıdaki paragraflarda tartışılmaktadır (Andersen, 1975).



**Şekil 1.4.** Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Davranışsal Modelin Başlangıç Aşaması (Andersen, 1975).

### **1.3.1. Eğilim Faktörleri**

Eğilim faktörleri, kişinin bir sağlık hizmetini kullanmaya yatkınlığını etkileyen özelliklerdir. Bu etkiler demografi, sosyal yapı ve sağlık inançlarını içermektedir. Demografik faktörler cinsiyet ve yaş gibi değişkenlerden oluşur ve değiştirilemez. Sosyal yapı, değiştirilebilen veya değiştirilemeyen değişkenlerdir. Sosyal yapıya örnekler sosyoekonomik statü, etnik köken ve ırktır. Son olarak, sağlık inançları kişinin tutumlarını, değerlerini ve bilgisini içerir ve bu değişkenler tipik olarak değiştirilebilir. Ayrıca, sağlık inançları, sosyal yapının sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği hakkında daha fazla bilgi sağlayabilir. Örneğin, bir rahatsızlık için etkili bir tedavi olduğuna inanan bir bireyin bakım istemesi daha olasıdır. Öte yandan, eğilim faktörleri arasında sağlık hizmetleri kullanımını yaygın olarak etkileyen aile boyutu ve medeni durum da bulunmaktadır (McManus, 2016). Eğitim ve sağlık hizmeti arama davranışı arasındaki ilişki bu tartışmada yer almaktadır. Sağlıklı davranışlar, eğitimli bireylerin kötü sağlık belirtilerini zamanında fark etmelerini ve uygun tıbbi yardım almalarını sağlamaktadır (Viju ve Wullianallur, 2020).

### **1.3.2. Kolaylaştırıcı Faktörler**

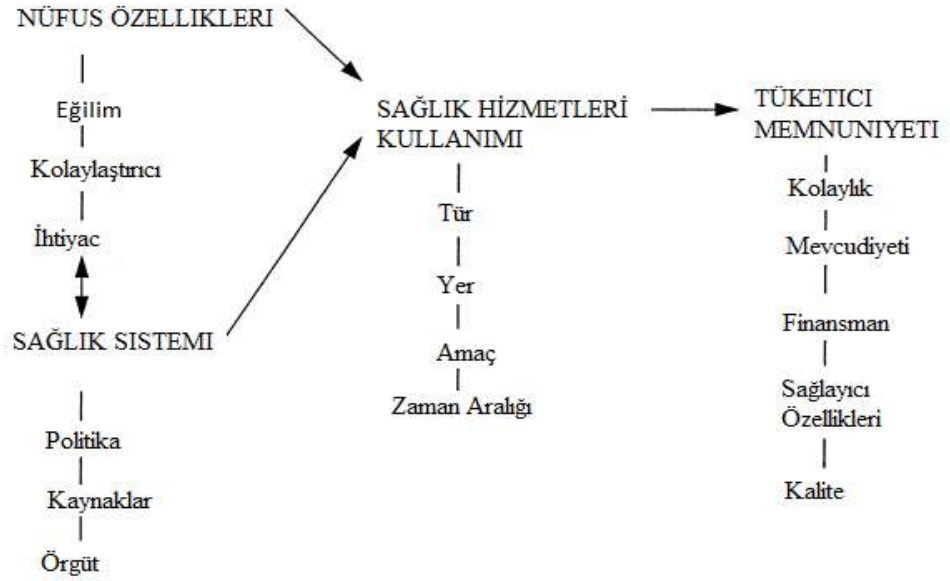
Kolaylaştırıcı faktörler, bakım almanın lojistik yönlerini ifade eder. Kişisel ya da aile özellikleri, sağlık hizmetlerine, gelirlere ve sağlık sigortasına nasıl erişileceğini, düzenli bakım kaynağı, seyahat, kapsam ve sosyal ilişkilerin kalitesinin nasıl sağlanacağı ile ilgili koşulları ifade etmektedir. Toplum özellikleri de sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde bir etkiye sahip olabilir. Mevcut sağlık personeli ve tesisleri ile bekleme süresi, toplumla ilgili özelliklere örnek olarak verilebilir (Andersen, 1995).

### 1.3.3. İhtiyaç Faktörleri

Eğilim ve kolaylaştırıcı koşulların mevcudiyeti göz önünde bulundurulduğunda, birey ya da ailenin, hastalıkların ya da sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesi için ortaya çıkma olasılığının algılanması gerekir. İhtiyaç, sağlık hizmetleri kullanımını uyarıcı veya ortaya çıkaran en doğrudan nedendir. Klinik değerlendirme ihtiyacın bir sonucudur. Hizmetlere duyulan ihtiyaç ve kapsamı, büyük ölçüde, tıbbi bakım sistemi tarafından belirlenir (Andersen ve ark., 1975).

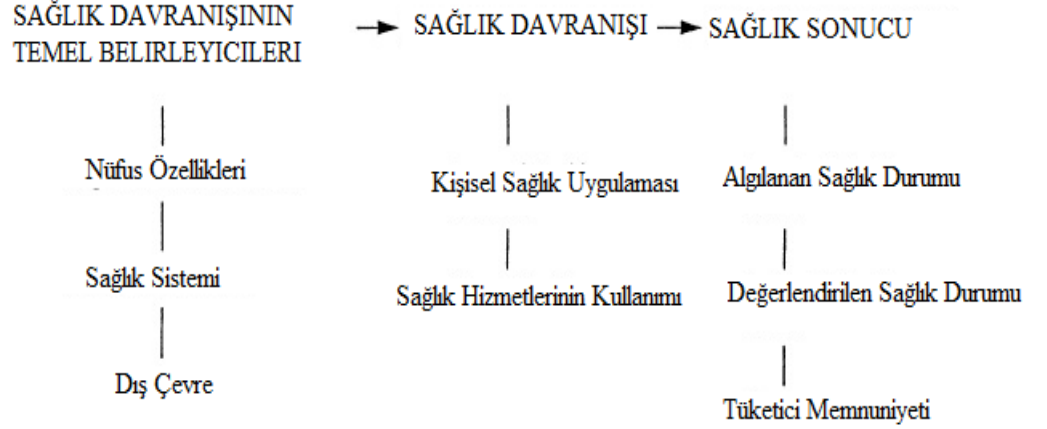
### 1.3.4. Davranışsal Modelin Gelişim Evreleri

Andersen tarafından geliştirilen model, ilerleyen yıllarda genişletilmiştir. İlk revizyon, 1970'li yıllarda, sağlık sistemini de kapsayacak biçimde yapılmıştır. Buna göre, sağlık sistemi, sağlık politikalarını, kaynaklarını ve organizasyonunu, zaman içinde meydana gelen değişiklikleri kapsamaktadır. Kaynaklar, sağlık personeli ve mevcut ekipmanların eğitimi dahil olmak üzere, hem iş gücü hem de sermayenin hacmini ve dağıtımını içerir. Organizasyon, bir sağlık sisteminin, sağlık hizmetlerine erişimi ve yapısını en nihayetinde etkileyen kaynaklarını nasıl yönettiğini ifade eder. Gözden geçirilmiş model, bir kuruluşun kaynaklarını nasıl dağıttığı ve kuruluşun yeterli iş hacimlerine sahip olup olmadığı, bir bireyin sağlık hizmetlerini kullanıp kullanmadığını belirleyecektir. Ayrıca, güncellenmiş model, tüketici tatmininin sağlık hizmetleri kullanımını yansıttığını kabul etmektedir. Ayrıca model, çeşitli sağlık hizmetlerinin mevcut olduğu fikrini, hem mevcut hizmet türünü (örneğin, hastane, diş hekimi veya eczane) ve sağlık hizmetinin amacını (örneğin, birincil veya ikincil bakım) belirleyecek niteliktedir (Rebhan, 2008). Davranışsal modelin ikinci aşaması Şekil 1.5'te verilmiştir.



**Şekil 1.5.** Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Davranışsal Model-2. Aşama (Rebhan, 2008).

Modele yönelik gelişmeler devam etmiş ve 1990'lı yıllarda modelin üçüncü aşaması evrimleşerek ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin, hem toplum tarafından algılanan hem de profesyonellerin değerlendirdiği şekilde nüfusun sağlık durumunu korumak ve iyileştirmekle ilgili olması gerektiği kabul edilmiştir. Modelin üçüncü aşaması Şekil 1.6'da sunulmuştur. Buna ek olarak, model, sağlık hizmetlerinin kullanımını anlamak için dış çevreyi (fiziksel, politik ve ekonomik bileşenler dahil) önemli bir girdi olarak kabul etmektedir. Aynı zamanda beslenme, egzersiz ve kişisel bakım gibi kişisel sağlık uygulamalarının, sağlık sonuçlarını etkilemek için resmi sağlık hizmetlerinin kullanımı ile etkileşim halinde olduğunu öne sürmektedir (Andersen, 1995).

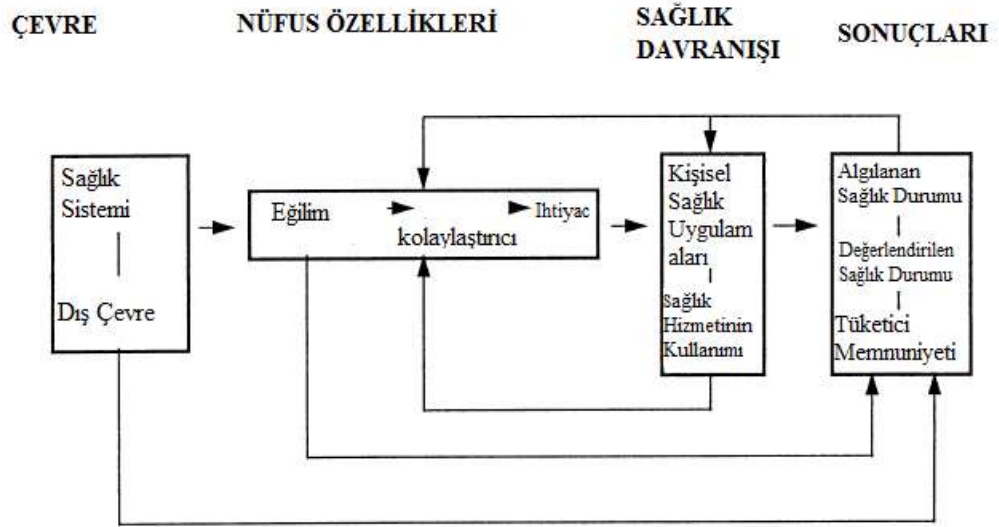


Şekil 1.6. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Davranışsal Model- 3. Aşama (Andersen, 1995).

Modele yönelik son gelişme 2000’li yıllarda ortaya konmuştur. Buna göre, sağlık durumu sonuçlarını içeren sağlık hizmetleri kullanım modelinin dinamik ve kendini yenileyen doğası vurgulanmaktadır. Sağlık Hizmetleri Kullanımının Davranışsal Modelindeki dördüncü aşama Şekil 1.7’de belirtilmiştir. Bu aşamada, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve daha sonra sağlık durumu üzerindeki çoklu etkiler açıklanmaktadır. Geri besleme döngülerine dahil edilen sonuçlar, ortaya çıkan eğilim faktörleri ve sağlık davranışının yanı sıra hizmetlere yönelik algılanan ihtiyacı da etkilediğini göstermektedir (Hemelryck ve Back, 2014).

Sağlık hizmetleri kullanımı için ilk olarak Andersen tarafından Sağlık Hizmetleri Kullanımında Davranışsal Model olarak adlandırılan model daha sonra “Aday ile Tıbbi Bakım Erişimi Araştırması için bir Çerçeve” olarak yayınlanmıştır. Çerçeveyi geliştirirken, Aday ve Andersen iki temel meseleyi dikkate almıştır: 1) sağlık hizmetlerinin kullanım çerçevelerinin daha önce iki ana alternatif boyutuna odaklanması - nüfusun özelliklerine karşı dağıtım sisteminin özellikleri; 2) erişimi ölçmek için kullanılabilecek olan kullanım sürecinin hizmet ve çıktılarının kullanılması. Sağlık davranışındaki değişimin (sağlık hizmetlerinin kullanımı) üç temel belirleyiciye bağlı olduğunu kabul etmişlerdir. Bunlar; 1) sağlık dağıtım

sisteminin özellikleri, 2) nüfus ve 3) dış çevre. Sağlık hizmetleri sisteminin özellikleri, kaynak faktörleri (örneğin, emek ve sermaye) ve organizasyonel faktörler (sistemin bekleme süresi, seyahat süresi, alınan tedavi süresi gibi). Nüfusun özellikleri, sağlık hizmeti kullanımının (yani hizmet talebinin) öngörücülerini kapsamaktadır. Eğilim özellikleri, yaş ve cinsiyet gibi sosyo-demografik değişkenleri içerir; sosyal yapı faktörleri, etnisite, sosyo-ekonomik konum ve eğitim ve sağlıkla ilgili belirli inançlardır. Sağlık tesislerinin (örneğin, hekim arzı) ve birey düzeyinde, sağlık tesislerine ve sağlık hizmetleri için ödeme gücü (gelir, sağlık sigortası). İhtiyaç faktörleri, profesyonel tarafından değerlendirildiği gibi (örn. değerlendirilen sağlık) hastalığın biyolojik zorunluluğunu ve bireyin yaşadığı acıyı veya semptomu (örneğin algılanan sağlık) belirtir. Dış çevresel faktörler ekonomik iklimi, göreceli zenginlik, siyaset, stres ve şiddet, toplumun hakim normlarını yansıtmaktadır (Ngwakongnwi, 2017).



**Şekil 1.7.** Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Gelişen Davranışsal Model- 4. Aşama (Van Hemelrijck ve Schröder-Back, 2014).

#### 1.4. Hasta Tatmini: Tanımı ve Önemi

Bakım kalitesinin ve hesap verebilirliğin vurgulandığı günümüzün sağlık hizmetleri ortamında, hasta tatmini, kalite iyileştirme için geniş çapta değerlendirilen bir sonuç haline gelmiştir. Hasta tatmini, sağlık hizmetlerinden yararlanma değişkenlerinin dışında bir dizi boyutu kapsamaktadır. Araştırmalar, hasta tatminin hem içsel hem de dışsal birçok faktörden etkilenebileceğini göstermektedir. Irk, cinsiyet, medeni durum ve sağlık durumu gibi hasta özelliklerinin, bakım ortamına özgü faktörler kadar önemli olmasa da tatminle ilişkili olduğunu bulmuştur (Xiao ve Barber, 2008). Hastaların sağlık hizmetlerinden tatminini değerlendirmeye yönelik ilk çalışmalar 1957 yılında Amerika’da hemşirelik bölümünde başlamıştır (Abdellah ve Levine, 1957). Günümüzde gelişmiş ülkelerde hasta tatmini ölçmek yasal olarak zorunlu hale gelmiştir. Ayrıca, hastanelerin akreditasyonu için bir ön koşul olarak uygulanmaktadır.

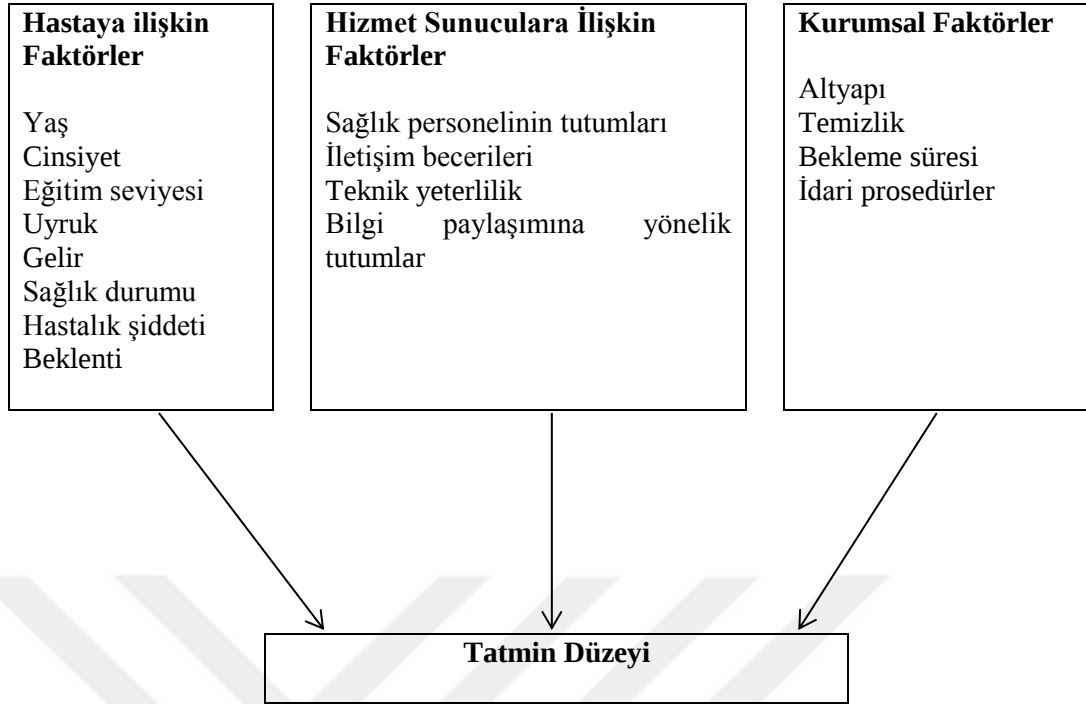
Dünya Sağlık Raporu (2000), sağlık sistemlerinin üç temel amacına işaret etmiştir. Bunlar, toplumların sağlığını iyileştirmek, insanların beklentilerine cevap vermek ve hastalıktan kaynaklanan maliyetlere karşı finansal koruma sağlamaktır. Sağlık hizmetlerine ilişkin beklentiler, bir konsültasyonda veya sağlık sisteminde nelerle karşılaşılacağına ilişkin beklenti veya inancı ifade etmektedir. Sistemle etkileşim sürecine ilişkin hastaların veya toplumun sahip olacağı zihinsel resimdir. Hastalar, açıkça farkında olabilecekleri veya olmayabilecekleri beklentilerle bir konsültasyona gelirler. Bu beklentiler açıkça sunulabilir veya doktor bunları ortaya çıkarmaya çalışmak zorunda kalabilir. Bu nedenlerden dolayı, sağlık hizmetlerinde hasta beklentileri artmaya devam etmektedir. Bu durum, sonuçları iyileştirmek ve handikapları azaltmak için yeterince yönetilmesi gereken bir olgudur. Daha spesifik bir bakış açısıyla, hastaların beklentilerini anlamak, hasta tatmini ön planda tutmanın ilk adımlarından biridir (Han, 2012; Lateef, 2011). Bu bağlamda, belirleyici faktörlerden önce hasta tatminine ilişkin teorileri açıklamak yerinde olacaktır. Müşteri tatmini teorisi, işletme yönetiminden kaynaklanmıştır. Çoğu akademisyenin müşteri tatmini anlayışı, “beklenti-fark” paradigması etrafında incelenmektedir. Bu paradigmanın temel çağrışımı, müşteri beklentisinin ürün ve hizmet karşılaştırması

ve yargısı için bir referans noktası oluşturmaktadır. Müşteri tatmini, müşterilerin belirli bir malın satın alınmasından ne derece memnun olmayı beklediğini tanımlayan öznel bir duygu olarak algılanmıştır. Müşteri tatmini, modern pazarlama teorisi ve pratiğinin merkezinde yer almıştır. İşletmeler gibi hastanelerin de tüketici ihtiyaçlarını karşılayarak ayakta kalabilecekleri öne sürülmektedir (Farzianpour ve ark., 2015). Diğer teoriler, hastaların bakımla ilgili inançlarını, değerlerini ve önceki beklentilerini hasta tatminini etkilemek için öneren beklenti-değer teorisi ve kişilerarası bakım sürecinin hasta tatminini sağlamada çok önemli bir rol oynadığını vurgulayan sağlık hizmeti kalitesi teorisi (Gill ve White, 2009).

Hasta tatmini, 1960'lardan beri var olan, ancak 1970'lerin sonlarında ve 1980'lerin başlarında konuyla ilgili aktif araştırmalar başlatılmış olan göreceli bir olgudur. Bu durum, "yaşam miktarı" fikrinin daha hasta merkezli bir "yaşam kalitesi" kavramıyla değiştirilmesine yol açmıştır. Hasta tatmini, hastanın algılanan ihtiyacını, sağlık sisteminden beklentilerini ve sağlık hizmeti deneyimini içerir. Bu çok boyutlu kavram, sağlık hizmetlerinin hem tıbbi hem de tıbbi olmayan yönlerini tanımlamaktadır (Mukhtar ve Anjum, 2013). Tatmin bağlamında birçok literatür çalışması, hasta tatmini kavramını, bireyin sağlık hizmetlerine yönelik tutum ve algıları olarak tanımlamıştır. Hulka ve arkadaşları, hasta tatmini kavramının kavramsallaştırılmasında ilk adımları atmaya çalışmışlar ve "tatmini" hastanın doktorlara ve tıbbi bakıma karşı tutumları olarak tanımlamışlardır (Hulka ve ark., 1970). Daha spesifik olarak, bir bireyin doktorlardan, hemşirelerden ve diğer ilgili kaynaklardan alınan tıbbi bakımın kalitesine ilişkin değerlendirme yargılarının bileşik bir indeksinin, bireyin "tatmin" seviyesini temsil ettiği varsayılmıştır (Locker ve Dunt, 1978). Yakın tarihli araştırmalar, hasta tatmininin daha bütünsel bir yaklaşım ve geniş bir kavram olduğunu savunarak Hulka ve arkadaşlarının tanımına meydan okumuştur. Modern deneyimde, tatmin genellikle sağlık kurumlarında hastaların aldığı sağlık hizmetlerini değerlendirmek için kullanılır ve kişisel sağlık durumu, demografik özellikler, sosyo-psikolojik faktörler ve sağlık sisteminin özellikleri gibi birçok faktörden etkilenir (Beinart ve ark., 2003; Charles ve ark., 1994; Delbanco ve ark., 1995; Goldwag ve ark., 2002). Bütüncül bir bakış açısıyla, hasta tatmini, sağlık kurumlarının kalitesi ve akreditasyonu için önemli olduğu kadar,

hasta merkezli bakımın ve sağlık hizmetlerinde hasta katılımının temel taşıdır. Hastanın görüşü, güvenliği ve klinik etkinliği, sağlık hizmetlerinin kalitesinin temel direkleridir. Hasta tatmini ölçümü, kalite programının ve sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için kabul edilebilir bir araç haline gelmiştir. Ayrıca, hastanın ihtiyaçları ve tercihleri sağlık sisteminde değerli bir konu olmaya devam etmektedir (Barghouthi ve Imam, 2018). Buna göre, hasta tatmini, sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek için önemli ve yaygın olarak kullanılan bir göstergedir. Hasta tatmini klinik sonuçları, hasta tutmayı ve tıbbi uygulama hatası iddialarını etkiler. Kaliteli sağlık hizmetinin zamanında, verimli ve hasta merkezli sunulmasını etkiler. Bu nedenle hasta tatmini, doktorların ve hastanelerin başarısını ölçmek için bir vekil ancak çok etkili bir göstergedir (Prakash, 2010). Tatmin, hastaların sağlık hizmeti kullanımına yönelik algılarını ve ihtiyaçlarını yansıtır. Sağlık hizmeti kalite göstergelerinin yokluğunda, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini ve sağlık sisteminin yanıt verebilirliğini belirlemeye yardımcı olduğu için hastaların tatminini değerlendirmek önemlidir. Daha yüksek hasta tatmini, daha yüksek düzeyde hasta güçlendirme, bakıma bağlılık ve önerilen yönetime uyumu gösterir. Bunların tümü daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Hasta tatminini ölçmek aynı zamanda hizmet sunumunu iyileştirmeye ve kapasite geliştirme ihtiyaçlarına ve kaynak dağılımına öncelik vermeye yardımcı olur (Adhikary ve ark., 2018).

Günümüzde sağlık hizmetleri, yaşlanan nüfus ve yaşam tarzı değişiklikleri bağlamında değişen dünya ve virüsler de dahil olmak üzere idiyopatik mikroorganizmaların evrimi nedeniyle büyük ilgi görmektedir. Sağlık hizmetlerinden duyulan tatmin, hastaları ticari müşteri olarak görmek yerine, hayat kurtaran ve öğrenen bir organizasyon çerçevesinde sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması açısından önemlidir. Bu çalışma literatüre dayalı olarak, hasta tatminini üç ana perspektifi (hasta, sağlayıcı ve kurum) dikkate alarak kavramsallaştırmıştır. Bu üç ana faktörü açıklamak için Uğurluoğlu ve ark. (2019), tarafından geliştirilen ve daha sonra modifiye edilen, Şekil 1.8’de gösterilen “Hasta Tatmini Kavramsal Modeli” kullanılmıştır.



**Şekil 1.8.** Hasta Tatmini Kavramsal Modeli (Uğurluoğlu ve ark., 2019)

#### 1.4.1. Hastaya İlişkin Faktörler

Tatmin esas olarak hastaların özellikleri, beklentileri ve psikososyal özellikleri tarafından belirlenir. Hasta tatmini, hastanın algılanan ihtiyacını, sağlık sisteminden beklentilerini ve sağlık hizmeti deneyimini içerir. Bu çok boyutlu kavram, sağlık hizmetlerinin tıbbi ve tıbbi olmayan yönlerini kapsar. Basit bir dilde, hasta tatmini, algılanan ihtiyaç, beklenti ve bakım deneyiminin karmaşık bir karışımını temsil etmektedir. Hastayla ilgili belirleyici faktörler, hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığının evresi ve hastaların güven ilişkisi algısı ve bakımları ile ilgili kararlara katılma duygusudur (Renzi ve ark., 2001; Schoenfelder ve ark., 2011; Sofaer ve ark., 2005). Hastalar herhangi bir hastanenin birincil müşterisidir ve bu nedenle tıbbi bakım ararken açık ihtiyaç ve istekleri vardır. Hastane hizmetlerine ilişkin beklentiler, ya önceki kişisel deneyimlerden ya da diğer kullanıcılar tarafından aktarılan bilgilere dayanmaktadır (Tateke ve ark., 2012). Hastaların beklentilerini bilmek, olumsuz tanıtımdan kaçınmaya, sorumluluğa maruz kalmayı en aza indirmeye ve ayrıca hastanın sağlık hizmeti deneyimini iyileştirmeye yardımcı

olacaktır (Lateef, 2011). Tıbbi konsültasyon isteyen her hastanın, hastalığına ilişkin anlayışlarından, kültürel geçmişinden, sağlık inançlarından ve tutumlarından etkilenen beklentileri vardır. Hasta beklentileri, hasta tatmininin önemli bir yordayıcısı olsa da, beklentilerin tatmin üzerindeki etkisi nadiren ampirik olarak değerlendirilir (Crow ve ark., 2002).

#### **1.4.2. Hizmet Sunuculara İlişkin Faktörler**

Hasta tatmini kavramı olarak sağlayıcı ile ilgili yönler, esas olarak doktorlar ve hemşireler dahil olmak üzere sağlık profesyonellerinin özelliklerine ve hasta ile ilişkilerine odaklanan faktörlerdir. Hizmet sağlayıcı ile ilgili faktörlerin bazı örnekleri arasında, bunlarla sınırlı olmamak üzere, sağlık personelinin tutumları, iletişim becerileri, teknik yeterlilik ve bilgi paylaşımına ilişkin tutumlar yer almaktadır (Özer ve Çakıl, 2007). Sağlık hizmetlerinin kullanımını ve hasta tatmin düzeyini bir çok faktör belirlemektedir. Örneğin, sağlık sisteminin en önemli yapı taşlarından biri, sadece makinelerle değil, insanlarla da ilgilenme kapasitesine sahip, etkin ve verimli insan kaynağıdır. Bu, sağlık personelinin sağlık hizmeti arayanlara yönelik davranışlarını ve tutumlarını kapsamaktadır.

Hastaların hemşirelik hizmetlerinden tatmini özellikle önemlidir. Çünkü hemşireler sağlık profesyonellerinin çoğunluğundan oluşur ve ihtiyaçlarını karşılamak için sürekli olarak hastaların yanındadır. Bu şekilde sağlıklarının korunması ve geri kazanılmasında tartışmasız bir şekilde zorlayıcı bir bileşeni oluşturur. Literatür, araştırmacıların, hastaların hemşirelik hizmetlerinden toplam tatmini şekillendirmede hemşirelik müdahalelerinin önemi konusunda hemfikir olduklarını göstermektedir (Merkouris ve ark., 2004; Yellen ve ark., 2012). Hekimin davranışı da hasta tatmininin ana bileşenidir. Kamu hastanelerinde çok sayıda hasta, personel için ağır iş yükü ve doktorların kaba davranabileceği bir çalışma ortamı bulunmaktadır. Bir dereceye kadar, hastanın tekrarlanan soruları, tıbbi bilgidan ziyade yanıtlamak için yalnızca sağduyuya ihtiyaç duyar. Bu tür durumlarla

karşılaştığında doktorlar kaba bir cevap verme eğilimindedir (Niba, 2000). Etkili doktor-hasta iletişimi, terapötik bir doktor-hasta ilişkisi kurmanın merkezinde yer alır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve son kullanıcılar arasındaki iletişimdeki kopukluk, hastalar arasında tatminsizliğin önde gelen nedenlerinden biridir. Aldana ve ark. (2001), doktorların ve ilgili personelin hastalara yönelik davranışlarının, kamu sağlık hizmetlerinden tatminin en güçlü belirleyicisi olduğunu bildirmiştir. Doktorların hastaları dinleme ve sağlık durumları hakkında bilgilendirme konusundaki istekliliği, genel tatmin için önemli bir faktördür (Gajovic ve ark., 2012). Doktor ve hasta arasındaki sağlıklı iletişim, hastanın duygularını düzenleme, tıbbi bilgileri anlamalarını kolaylaştırma, hasta ihtiyaç ve beklentilerine açıklık getirme potansiyeline sahiptir (Fong ve ark., 2010). Sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iyi kişilerarası ilişkiler bildiren hastaların tatmin olma, tavsiyelere uyma ve reçete edilen tedaviye uyma olasılıkları daha yüksektir (Gajovic ve ark., 2012). Fentiman (2007), etkili doktor-hasta iletişiminin önündeki olası engelleri belirlemiştir ve bunlar arasında hasta kaygısı, gerçekçi olmayan hasta beklentileri, yüksek doktor iş yükü ve doktorların dava korkusu yer almaktadır. Genel ilgisizlik duygusu, birçok hastanede sağlık çalışanları tarafından yansıtılmaktadır (Andaleeb, 2001).

#### **1.4.3. Kurumsal Faktörler**

Son yıllarda, dünya çapında sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek amacıyla daha fazla hasta merkezli bir bakım yaklaşımına odaklanılmaktadır. Hasta tatminini değerlendirmek, hasta merkezli bakım yaklaşımının hayati bir parçasıdır ancak hasta tatmininin değerlendirilmesi öznel doğası ile sınırlıdır. Bununla birlikte, hasta tatmini, sağlık hizmetlerini değerlendirmek ve iyileştirmek, farklı bakım sistemlerini veya kurumlarını karşılaştırmak ve iyileştirilmesi gereken alanları belirlemek için kullanılabilir. Aslında, hasta tatminini değerlendirmek, sağlık sisteminde yer alan tüm taraflar için çok önemlidir. Kurumların iyileştirme alanlarını vurgulaması, farklı program ve bölümlerin yanı sıra farklı kurumların karşılaştırılması, aynı zamanda hastaların görüş ve deneyimlerinin alması açısından

önemlidir (Almehman ve ark., 2019). Tatminin değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin sürekli izlenmesi ve geliştirilmesi açısından da önemlidir. Kurumla ilgili faktörler bağlamında, altyapı, temizlik, bekleme süreleri ve idari prosedürler, hasta tatminini etkileyen örneklerdir. Bu faktörleri anlamamanın ve iyileştirmeye çalışmanın sağlık bakım sisteminin kalitesini artıracağı kabul edilmektedir. Bireylerin bu konudaki değerlendirmeleri, sağlık yöneticilerinin, hizmet sunucuların ve planlamacıların, eksik alanları belirleyerek daha kaliteli sağlık hizmeti sunumu için toplumun ihtiyaç, algı ve kaygılarına dikkat etmelerini sağlayabilir. Ayrıca sağlık hizmetlerinden tatmin düzeyinin ölçülmesi sağlık çalışanlarını verdikleri hizmetlerle ilgili daha fazla sorumluluk almaya teşvik edebilir. Kullanıcıların sağlık hizmetlerini yeniden kullanma eğilimlerini anlamaya ve sağlık kurumlarını başkalarına tavsiye etmeye yardımcı olabilir (Uğurluoğlu ve ark., 2019).

Hastalar tarafından sağlık hizmetlerinden duyulan tatminsizliğin anekdotal bir kaynağı, sağlık kurumunda uzun süre beklemek zorunda kalmaktır. Yapılan çalışmalar, artan bekleme süresi ile hasta tatmini arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Anderson ve ark., 2007). Fiziki hizmetlerin özelliği hastaların hastane ortamı, temizlik ile ilgili algılarını şekillendirmektedir. Bazı bilim adamları, fiziksel olanakların hizmet sunumunun kalitesi üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Bu çerçevede, hastalar iç dekora, binaların görünümüne, yerleşim planına ve atmosfere odaklanır. Hastaların en çok dikkat ettikleri öğeler personelin görünümü, binalar ve uygun bir konumdur. Hastane yönetimlerinin, halkın güveni, iyi hastane imajı ve hasta tatmini adına yetenekli personel ile hastaya daha iyi bir iyileşme ortamı sunması hasta sağlığına kavuşması açısından elzemdir (Manzoor ve ark., 2019).

Sağlık kurumlarını ziyaret etmek için ulaşım şekli, sağlık hizmetlerinin kullanımı açısından önemlidir. Ayrıca hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden ne kadar memnun olduklarını da belirlemektedir. Hasta tatminini etkileyen faktörlerden biri, tıbbi randevuların kolaylığıdır. Ulaşım engelleri genellikle sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller olarak gösterilmektedir.

Ulaşım engelleri, randevuların yeniden planlanmasına veya atlanmasına, bakımın gecikmesine, ilaç kullanımının atlanmasına veya gecikmesine neden olur. Bu sonuçlar, kronik hastalıkların daha kötü yönetilmesine ve dolayısıyla daha kötü sağlık sonuçlarına yol açabilir. Bununla birlikte, bu engellerin önemi, hem çalışma popülasyonlarında hem de ulaşım engeli önlemlerinde geniş değişkenlik nedeniyle farklılık göstermektedir (Syed ve ark., 2014).

### **1.5. Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri**

Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, doğurganlık çağındaki annelere ve çocuklara sunulan sağlık hizmetidir. Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin amaçları, üreme çağındaki 15-49 yaş kadınlara, çocuklara ve ergenlere sağlık hizmetlerinin sağlanması ve iyileştirilmesidir. Anne ve çocuk sağlığı, on yıllardır sürekli tartışılan küresel bir önceliktir ve halk sağlığı hizmetlerinin hayati bir parçası olarak kabul edilmektedir. Anne ve bebek ölümleri 1990 yılından 2015 yılına kadar önemli ölçüde azalmasına rağmen, dünya çapında orantısız bir sağlık eşitsizliği göstergesi olmuştur. Dünya çapında bildirilen anne ölümlerinin yaklaşık %86'sı SAA ve Güney Asya ülkelerinde gerçekleşmektedir. Düşük gelirli ülkelerdeki çocukların beş yaşından önce ölme olasılığı, yüksek gelirli ülkelerdeki çocuklara göre neredeyse 18 kat daha fazladır. Anne ölümleri çoğunlukla doğum sırasında veya doğumdan hemen sonra meydana gelmektedir. Anne ölümlerinin nedenleri incelendiğinde aşırı kanama, yüksek tansiyon, uzun süreli doğum ve yasa dışı kürtaj ilk sıralarda gelmektedir. Öte yandan, yenidoğan ölümünün başlıca nedenleri arasında erken doğum, enfeksiyonlar ve doğum afazisi (beynin konuşma bölümünde meydana gelen işlev bozukluğu) sayılabilir (Sahoo ve ark., 2021). Bu nedenle, dünya genelinde, özellikle gelişmekte olan ülkelere, anne ve çocuk sağlığına yönelik ilgi ve endişe giderek artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere, gebe kadınların çoğu doğum öncesi bakım alamamakta ya da yetersiz bakım alarak, sağlık hizmeti sağlayıcılarının yardımı olmadan doğum yapmaktadır. Anne ve çocuk sağlığına yönelik sorunların, 7 milyondan fazla yenidoğan ölümü, anne ölümleri ve bunların yanlış yönetilmesinden kaynaklandığı

değerlendirilmektedir. Anne ve çocuk sağlığına yönelik taahhüt, 1991 yılındaki Dünya Çocuklar Zirvesi'nden sonra daha da güçlenmiş ve büyük savunuculuk kazanmıştır (Addisse, 2003).

Anne ölümleri, zayıf sağlık sistemleri ve yetersiz sağlık hizmeti sunumu nedeniyle düşük gelirli ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Buna göre, 2017 yılında, 295.000 küresel anne ölümünün %94'ü düşük gelirli ülkelerde meydana gelmiş ve bu ölümlerin üçte ikisi SAA'da görülmüştür. Afrika'da, gebe kadınların sadece %43'ü önerilen dört doğum öncesi ziyarete sahipken, küresel ortalama %55'tir. Doğumların yalnızca %49'una kalifiye sağlık personeli katılmaktadır, bu konuda küresel ortalama %70'tir. Bu ülkelerde anne ölümlerini etkileyen en önemli faktörlerden birisi özellikle kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişimin düşük olmasıdır. Afrika'da, temel sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kapsamının yetersiz olması, hizmetlere gecikmiş ve yetersiz erişim, artan anne, cenin ve bebek ölümleri ve morbiditesi ile ilişkilidir. Doğum öncesi bakımın, anemi, sıtma, hipertansiyon ve anne sağlığını etkileyen diğer hastalıkların önlenmesi ve erken tespiti için fırsat sağladığı ve gebelik sonuçlarını iyileştirdiği bilinmektedir (Mweemba ve ark., 2021; Adedokun ve Yaya, 2020). Bu bağlamda, doğum öncesi bakım, gebeliğin başlangıcından bebeğin doğumuna kadar geçen sürede var olan veya meydana gelen herhangi bir durum veya olayla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle doğum öncesi bakım, bebeğin sağlıklı doğumuna kadar gebelik muayenesi boyunca doktorların, hemşirelerin veya ebelerin davranışları ve teknik personelin davranışlarıyla bağlantılıdır. Doğmamış bebeğin ve annenin iyiliğini doğrudan denetlemeyi gerektiren doğum öncesi bakım hizmetleri, anne hastalıklarını ve ölümlerini önlemek için potansiyel olarak en etkili sağlık müdahalelerinden biri olarak görülmektedir (Manzoor ve ark., 2019).

Binyıl Kalkınma Hedefi döneminde (2000-2015) düşük ve orta gelirli ülkelerde anne ve çocuk sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesinde önemli ilerleme kaydedilmiştir. Bu süreçten sonra, 2015 yılında Birleşmiş Milletler 2030 yılı sonuna kadar ulaşacakları hedefleri içeren evrensel bir eylem çağrısı olan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) üzerinde anlaşmaya varmıştır. Hedefler, başta anne ve çocuk

hizmetleri olmak üzere sağlığa büyük önem vermektedir. Anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık sistemleri ve evrensel sağlık kapsamı ile ilgili hedefler bulunmaktadır. SKH 3. hedefi, nitelikli doğum görevlisi, doğum öncesi bakım, aile planlaması hizmetleri ve mali koruma dahil olmak üzere anne ve çocuk sağlığı hizmetlerine yönelik girişimleri teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Anne ve çocuk sağlığıyla ilgili SKH ulaşmak, düşük ve orta gelirli ülkelerde önerilen sağlık müdahalelerinin adil ve etkili (kaliteye göre ayarlanmış) kapsamını zorunlu hale getirmektedir (DSÖ, 2017; Hategeka ve ark., 2020).

Yukarıda açıklanan koşulların yanı sıra, pandemiler ve afetler rutin sağlık hizmetlerinin sunumunda benzeri görülmemiş bir aksamaya neden olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde, kadınlara ve çocuklara erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sağlamak, pandemiler (Zika, Ebola ve COVID-19) nedeniyle daha da şiddetlenen güçlükler ortaya çıkarmıştır. Ebola ve Zika gibi salgınlarda, sağlık kurumlarına başvurunun azalması ve evde riskli doğumlarının artması nedeniyle anne ölüm oranında önemli artışa neden olmuştur. Günümüzde, küresel bir halk sağlığı acil durumu ilan edilen COVID-19, hem klinik hem de sosyal olarak çocuklar ve gebe kadınlar gibi en savunmasız grupların sağlık hizmeti almalarını kesintiye uğratmıştır. Koronavirüs pandemisi, şüpheli ektopik gebelik, doğrulanmış gebelik olmadan şiddetli vajinal kanama, doğum, erken membran rüptürü, fetal distres, gebelik sırasında vajinal kanama ve anormal vital bulgular gibi anneye ait acil durumların başvurusunu geciktirmiştir. Salgının daha fazla yayılmasını önlemek için evde kalınması tavsiye edilirken, bu durum birçok gebe kadının hastaneye gidip gitmeme konusunda ikilemde kalmasına neden olmuştur. Ayrıca, birçok gebe kadın, sokağa çıkma yasağı ve hareket kısıtlamaları nedeniyle sağlık kurumlarına erişimde zorluklar yaşamıştır. Acil servislere ulaşımındaki gecikmeler ve sokağa çıkma kısıtlamaları nedeniyle yolda ve ambulansla doğum yapan vakalar olmuştur. Sağlık altyapısı, toplumsal ve küresel ekonomi üzerindeki sıkı pandemi kontrol politikaları anne ve çocuk ruh sağlığını etkilemiştir. COVID-19'un anne ve çocuk sağlığı hizmetlerine yönelik sorunları, birçok açıdan ve coğrafi bölgelere göre büyük farklılıklar göstermektedir. SAA ülkelerindeki sağlık çalışanlarının pandemi

sırasında COVID-19 hastalarını tedavi etmek ve kadınların taleplerini karşılamak için yeterince hazırlıklı olmadığı sürekli dile getirilmektedir (Chen ve ark., 2020; Palo ve ark., 2022).

Genel olarak, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin performansı, doğum öncesi ziyaretlerin kapsama alınması, kurumsal doğum ve doğum sonrası ziyaretler/kontroller açısından bireysel olarak ölçülmektedir. Anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı için sürekli bakım kavramı, zaman ve yer olmak üzere iki boyutu içermektedir. Bu iki boyut, gebelik kayıt süresi, doğum öncesi bakım ziyaretlerinin sayısı, kurumda yapılan doğumu, doğum sonrası 2 hafta içinde anne ve çocuk doğum sonrası bakımı ve çocukluk çağı aşıları olarak açıklanabilir. Ana fikir, daha iyi bir anne ve çocuk sağlığı sonucu için anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı hizmetlerinin tüm bileşenlerine ulaşmanın önemli olmasıdır. Anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı için sürekli bakımın ‘yer’ boyutu, bakım vermenin ev, birinci basamak sağlık kurumu ve hastane entegrasyonunu dikkate almaktadır. Kadınların ve çocukların, morbidite ve mortaliteye yol açabilecek komplikasyonlardan kaçınmak için tüm temel hizmetleri süreklilik halinde almaları önemlidir (James ve ark., 2022).

Sağlık hizmeti kullanımının ve hasta tatmin düzeyinin değerlendirilmesi ve anlaşılması, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerindeki gelişmelerin mihenk taşı olarak algılanmaktadır (Girgin ve ark., 2019). Sunulan sağlık hizmetinin kalitesi, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık kurumu seçiminde önemli bir belirleyicidir. Hizmet kalitesi sadece tıbbi teknolojinin gelişmesiyle sınırlı değildir, aynı zamanda klinik ve klinik dışı sağlık sunucularının davranış ve tutumlarını da kapsamaktadır. Bu durum, hasta tatmininin teknik ve teknolojik faktörlerin ötesine geçen geniş bir olgu olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetleri kullanımı ile hasta tatmini arasındaki ilişki, sağlık hizmetleri araştırmalarında ve tartışmalarında daha fazla odaklanılan bir konu haline gelmiştir. Bu tartışma daha çok hasta tatminindeki artışın sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarına önemli katkı sağlayıp sağlamadığı etrafında devam etmektedir. Bu bağlamda son 20 yılda, sağlık hizmetleriyle ilgili hasta tatmini, hizmet sunumunda ve bireysel sağlık hizmetlerinde kalitenin iyi bir göstergesi olarak giderek daha fazla çalışılmaktadır. Buna göre tıbbi müdahalelerin

etkinliğinden memnun olan hastaların tedaviye daha fazla uyum sağladığı ve hizmetlerden yararlanma eğilimlerinin arttığı gösterilmektedir (Fortin ve ark., 2018). Sağlık sistemleri yalnızca klinik olarak etkili ve kanıta dayalı bakım sunan hizmetleri değil, aynı zamanda hastalar tarafından kabul edilebilir ve faydalı olarak değerlendirilen hizmetleri sağlamak için bir denge arayışındadır. Sağlığı yalnızca teknik anlamda iyileştiren ancak yaşam kalitesini veya uzunluğunu iyileştirmeyen sağlık bakımının, hastalar tarafından muhtemelen yararlı görülmeyeceği öne sürülmektedir. Bu noktada önemli olan, hasta bakımının hasta tatminini etkileme ihtimali olan özelliklerini belirlemek için araştırmalar yapılmasıdır (Jenkinson ve ark., 2002).

Anne ve çocuk sağlığı ile ilgili hizmet kalitesi boyutlarını anlamak, bunların kullanımı açısından önemlidir ve iyileştirilmesi için müdahalelerin planlanmasına yardımcı olabilir. Ayrıca hizmetlere bağlılığı teşvik eder ve sağlık kurumlarında sağlanan hizmetlerin kalitesinin artırılmasına katkıda bulunabilir. Hizmetlerde önemli boşluklar bulunan gelişmekte olan ülkelerde vurgu, hizmet kullanılabilirliğini artırmaya yöneliktir. Hizmet kullanımı, olumlu anne ve yeni doğan sonuçları ile artırılabilir. Anne tatmini genellikle teorik hasta tatmini modelleri kullanılarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, çeşitli faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir kavram olduğu konusunda fikir birliği vardır. Bu nedenle “doğumun farklı boyutlarının olumlu değerlendirilmesi” olarak da tanımlanmaktadır (Arora ve ark., 2019).

Bu çalışmada, Somali’de anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini kullanan kadınların sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile sağlık hizmetleri kullanım özelliklerini tanımlamak, hizmetlerden tatmin düzeyini belirlemek, sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile sağlık hizmetleri kullanım özelliklerine göre hasta tatminindeki farklılıkları saptamak amaçlanmıştır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık sisteminin kapasitesi ve nüfusun sağlık statüsü üzerinde önemli bir olgu olmaya devam etmektedir. Farklı nüfus gruplarının farklı sağlık sorunları bulunmaktadır. Annelik ile ilgili konular ve çocukların henüz olgunlaşmamış bağışıklığı göz önüne alındığında, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri sağlık bürokrasisinin en temel önceliklerinden biridir. Sağlık hizmetleri kullanımı, sunulan hizmetlerin kalitesi ile ilişkili görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri kullanımı ve hasta tatmin düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hem hastalar hem de hizmet sunucuları için son derece önemlidir. Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın amacı, hipotezleri, araştırma yeri ve evreni, veri toplama aracı ve yöntemi, verilerin analizi, sınırlılıklar ve varsayımlar dahil olmak üzere araştırmanın gereç ve yöntemine odaklanılmaktadır.

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetlerinin kullanımının belirlenmesi, topluma sunulan sağlık hizmetlerinin nasıl kullanıldığının ölçülmesidir. Hasta tatmini ise, sağlık hizmeti sunucularının hastaların beklentilerini karşılamadaki başarısı hakkında bilgi sunması ve hastaların bakış açısının önemli bir belirleyicisi olduğu için, sağlık hizmetleri kalitesi için önemli bir olgudur. Literatür taraması ve yukarıda belirtilen diğer tüm bilgiler doğrultusunda hem anne hem de çocuk sağlığı ile ilgili hususlara yönelik hem ulusal hem de evrensel perspektiften kanıtlar gösterilmiştir. Anne ve çocuk sağlığının özellikle gelişmekte olan ülkelerde, toplumu etkileyen en ciddi sağlık sorunları arasında olduğu unutulmamalıdır. Dolayısıyla, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili stratejilerin ve programların, bilgiyi geliştirme ve hastaların tatminini sağlamada başarılı olmaları son derece kritiktir (Banerjee, 2003). Somali’de, ülkenin sağlık sisteminin zorlukları ve kırılganlıkları yanında bilimsel araştırmaların ve bilgi eksikliğinin yetersiz olduğu bilinmektedir. Somali de dahil olmak üzere SAA

lkelerinde gerçekleştirilen çalışmalarda da ortaya konulduğu gibi, Somali’de anne ve ocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımı ve hasta tatmininin belirlenmesine yönelik bütüncül bir araştırma bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu çalışmanın özgün olduğu ileri sürülebilir.

Bilimsel kanıtlara ve diğer birçok çalışmaya göre çok farklı faktörler sağlık hizmetleri kullanımını ve hasta tatmin düzeyini etkilemektedir. Anne ve ocuk sağlığı yüzyıllar boyunca küresel bir endişe ve büyük bir sorun olmuştur. Her ne kadar küresel anne ve ocuk sağlığı girişimleri mortalite ve morbidite oranlarının iyileştirilmesi ve azaltılmasında önemli bir rol oynamışsa da, anne ve çocuklara yönelik önlenebilir hastalıklar ve ölümler devam etmektedir.

Bu araştırmanın amacı, Somali’de anne ve ocuk sağlığı hizmetlerini kullanan kadınların sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile ilgili sağlık hizmetleri kullanım özelliklerini tanımlamak, hizmetlerden tatmin düzeyini belirlemek, sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile ilgili sağlık hizmetleri kullanım özelliklerine göre hasta tatminindeki farklılıkları saptamaktır. Çalışmada orjinali İngilizce dilinde olan ölçeğin Somali diline uyarlaması yapılarak, ölçeğin Somalice’ye kazandırılması sağlanmıştır. Araştırma sonuçlarının başta Somali olmak üzere bilimsel araştırma kapasitesi sınırlı olan ülkelere veri sağlaması, anne ve ocuk sağlığında yaşanan sorunlara yönelik politikaların geliştirilmesine kanıtlar sunması ve konu ile ilgili yapılacak araştırmalara temel oluşturması amaçlamaktadır.

## **2.2. Araştırma Hipotezleri**

Araştırmanın hipotezleri, literatür taraması ve araştırma amaçlarına göre bağlamsallaştırılmış ve aşağıdaki şekilde kategorize edilmiştir.

**H1.** Araştırma grubunun yaş gruplarına göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.

- H2.** Araştırma grubunun eğitim düzeyine göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H3.** Araştırma grubunun gelir düzeyine göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H4.** Araştırma grubunun medeni durumuna göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H5.** Araştırma grubunun çalışma durumuna göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H6.** Araştırma grubunun çocuk sayısına göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H7.** Araştırma grubunun gebelik durumuna göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H8.** Araştırma grubunun anne çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma nedenine göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H9.** Araştırma grubunun anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini kullanmak için ulaşım şekline göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H10.** Araştırma grubunun doğum yaptığı yere göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H11.** Araştırma grubunun anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımına yönelik sağlık eğitimi alıp almamasına göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.
- H12.** Araştırma grubunun sağlık durumuna göre hasta tatmini toplam ve alt boyut puanları farklılık göstermektedir.

### **2.3. Araştırma Yeri ve Evreni**

Kesitsel ve tanımlayıcı türde planlanan araştırmada örneklem seçilmeyerek evreninin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Buna göre veriler Somali Wadajir Anne ve Çocuk Sağlığı Merkezi'nde 2 Ağustos-2 Eylül 2019 tarihlerinde, 9:00-17:00 saatleri arasında toplanmıştır. Bir aylık sürede merkezi 813 hasta ziyaret etmiştir.

Araştırmanın dâhil etme kriterleri (üreme yaşı olan 15-49 yaş aralığında olmak, gebe olmak, çocuk sahibi olmak, akıl sağlığı yerinde olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak) çerçevesinde, 500 katılımcı araştırmaya katılmıştır. Buna göre, evrenin % 62'sine ulaşılmıştır.

Araştırmada yürütülen Wadajir ilçesi, Somali'nin güney-orta Banadir bölgesinde yer almaktadır. Somali Ulusal Üniversitesi bu ilçede bulunmaktadır. Banadir hastanesi doğum ve çocuk sağlığı hizmetleri için tek devlet sevk hastanesi olmaya devam etmektedir (<https://moh.nomadilab.org>).

#### **2.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi**

Bu araştırma ile ilgili veriler anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süreci ve uygulaması öncesinde araştırma izinleri alınmıştır. Araştırmanın yapılması ve özellikle Wadajir sağlık merkezinde uygulaması için Somali Sağlık Bakanlığı'ndan (Ek-1) resmi izin alınmıştır. Ayrıca, araştırma konusu ve çalışma hedeflerine yönelik etik konular perspektifinde Jumhuriya Bilim ve Teknoloji Üniversitesi'nden etik kurul izini (Ek-2) alınmıştır.

Veri toplama amacı ile kullanılan anket 3 bölüm halinde yapılandırılmıştır (Ek-3; Ek-4). Birinci bölüm demografik verilerle ilgili olup (yaş, eğitim düzeyi, gelir, medeni durum, meslek, yaşayan çocuk sayısı, hamilelik durumu) 7 sorudan oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümü, Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına İlişkin Davranışsal Modele (Andersen ve ark., 1975; Andersen, 1995; Van Hemelrijck ve Schröder-Back, 2014) dayalı olarak geliştirilen 24 sorudan (örn. doğum öncesi bakım, doğum yeri, doğum sonrası bakım, sağlık merkezine gitme nedeni, fiziksel erişim, hizmet yetersizliği, sağlık eğitimi, beslenme durumu, aşılama teminatı, emzirme, alternatif tıp kullanımı, aile planlaması, sağlık bilgi kaynağı ve genel sağlık durumu) oluşmaktadır.

Anketin ilk iki bölümünde yer alan sorular, davranışsal modelin (eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç) faktörlerine göre ayrılmıştır. Birinci bölümdeki demografik verilere ait 7 soru ile ikinci bölümdeki anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanma ile ilgili 14, 15, 18, 19 numaralı sorular eğilim faktörleri olarak tanımlanmıştır. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanma bölümünde yer alan sorular (8,9,10,11,12,13,16,17,20,21,22,23) kolaylaştırıcı faktörler olarak değerlendirilirken, son soru (24) ihtiyaç faktörü olarak tanımlanmıştır.

Anketin üçüncü bölümü, hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden tatminiyle ilgilidir. Hasta tatmininin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, hizmet kalitesi ve sağlık sonucu dahil olmak üzere sağlık sisteminin iyileştirilmesinde çok önemlidir. Hasta tatmininin belirleyicilerini araştırmak için çeşitli araçlar ve anketler bulunmaktadır. Bunlardan biri Hasta Tatmini Anketi'dir (Patient Satisfaction Questionnaire-PSQ-18). Rand Corporation tarafından geliştirilen PSQ-18, hasta tatminini ölçmede test edilmiş en kapsamlı ölçü olarak tanımlanmaktadır. PSQ-18, bakımın gerçeklerini, hastaların tercihlerini ve beklentilerini yansıtmaktadır. Bir hastanın sağlık hizmetlerinden genel tatminini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Yüksek puanlar tıbbi bakımdan daha fazla tatmin olduğunu göstermektedir. Yaygın olarak kullanılan anket, birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastane tabanlı ayakta hizmetleri sunan bölümler dahil olmak üzere çeşitli klinik ortamlarda sağlık hizmeti tatminini değerlendirmektedir. Ayrıca hasta tatminini ölçmek ve incelemek için farklı ülkelerde kullanılan en yaygın anketlerden biridir. Anket titiz araştırmalar yoluyla geliştirilmiş ve iç tutarlılığı ve güvenilirliği korunarak, 50 olan soru sayısı, 18'e indirilerek form kısaltılmıştır. Bu kısa formlu anket 7 alt boyuta sahip 18 sorudan oluşmaktadır (Marshall ve ark., 1994). Çizelge 2.1'de PS-18'in alt boyutları ve ilgili maddeleri gösterilmiştir. Likert tipi 5'li ölçekten oluşan anket hasta tatminini yedi boyutta ölçmektedir. Bunlar genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası davranış, iletişim, mali yönler, doktorla geçirilen zaman, erişilebilirlik ve rahatlaktır. Kuşkusuz, genel tatminin diğer alt boyutlar ile güçlü bir ilişkisi bulunmaktadır. Bununla birlikte, bir anketin çok yönlülüğü, soruların belirli alanlara göre uyarlanmasına izin vermektedir (Anthony ve Mahd, 2013).

**Çizelge 2.1.** Hasta tatminin anketi alt boyutları ve ilgili maddeler (Marshall ve ark, 1994)

| <b>Ölçek</b>                | <b>İlgili Maddeler</b> |
|-----------------------------|------------------------|
| Genel Tatmini               | 3, 17                  |
| Teknik Kalite               | 2, 4, 6, 14            |
| Kişilerarası Tutum          | 10, 11                 |
| İletişim                    | 1, 13                  |
| Finansal Yönler             | 5, 7                   |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | 12, 15                 |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | 8, 9, 16, 18           |

Teknik açıdan incelendiğinde, anketin bazı önemli özelliklerinden söz etmek gerekmektedir. Öncelikle, karşılıklı yanıtlamayı kontrol etmek için, anket hem olumlu hem de olumsuz ifadeler ile yazılmış maddeleri içermektedir (Çizelge 2.2). PSQ-18'in tamamlanması yaklaşık 3-4 dakika gerektirmektedir. Katılımcılardan, belirli bir zaman çerçevesi veya ziyarete atıfta bulunmadan, genel olarak aldıkları tıbbi bakım hakkında ne hissettiklerini belirtmeleri istenmektedir. Her bir maddeye verilen yanıtlar, kesinlikle katılıyorum ile kesinlikle katılmıyorum arasında değişen 5 puanlık bir ölçekte verilmektedir. PSQ-18 ölçekleri için iç tutarlılık güvenilirlik tahminleri Cronbach katsayısı alfa kullanılarak test edilmektedir (Marshall ve ark., 1994).

**Çizelge 2.2.** Hasta tatmini anketi madde numaraları (Marshall ve ark., 1994)

| <b>Maddeler</b>  | <b>Madde Numaraları</b>         |
|------------------|---------------------------------|
| Olumlu Maddeler  | 1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18    |
| Olumsuz Maddeler | 4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17 |

Madde puanlamasından sonra, 7 alt ölçek puanını oluşturmak için aynı alt ölçek içindeki maddelerin ortalaması alınmalıdır. Başka bir deyişle, ölçek puanları, ölçekte yanıtlanan tüm maddelerin ortalamasını temsil etmektedir (Marshall ve Hays, 1994). Hasta tatmininin toplam puanını ölçmek için Rand Corporation tarafından sayı olarak yazılı bir toplam puan bulunmamakta, bileşik puan (BP) hesaplanmakta, daha yüksek değer daha fazla tatmin anlamına gelmektedir (Prabhakar ve ark., 2002). PSQ-18 puanlama sistemine göre, tüm alt ölçeklerin toplam puanı 18 ile 90 puan arasında değişebilmekte, 18 puan mümkün olan en kötü değerlendirmeyi ve 90 puan en iyi değerlendirmeyi göstermektedir. Kavalnienė ve arkadaşları (2018), tarafından yapılan araştırmada ölçek puanları üç grupta değerlendirilmiştir. İyi (90-66 arasında PSQ-18 puanı), orta (65-42 arası PSQ-18 puanı) ve kötü (41-18 arası PSQ-18 puanı) olarak değerlendirilmiştir.

PS-18'in madde numaralarına göre puan değerleri Çizelge 2.3 te verilmektedir (Marshall ve ark., 1994).

**Çizelge 2.3.** Hasta tatmini anketi madde puanları (Marshall ve ark, 1994)

| Madde Numaraları                | Orijinal Yanıt Değeri | Puanlama |
|---------------------------------|-----------------------|----------|
| 1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18    | 1 ----->              | 5        |
|                                 | 2 ----->              | 4        |
|                                 | 3 ----->              | 3        |
|                                 | 4 ----->              | 2        |
|                                 | 5 ----->              | 1        |
| 4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17 | 1 ----->              | 1        |
|                                 | 2 ----->              | 2        |
|                                 | 3 ----->              | 3        |
|                                 | 4 ----->              | 4        |
|                                 | 5 ----->              | 5        |

PSQ-18'inin kısalığı nedeniyle hastalar tarafından iyi karşılandığı, farklı ortamlarda kullanım için büyük potansiyele sahip olduğu, geçerli, tekrarlanabilir olduğu ifade edilmektedir.

## 2.5. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

Bu çalışmada kullanılan PSQ-18 ölçeğinin yapısal geçerliliği dil, görünüş ve kapsam geçerliliği analizleri ile değerlendirilmiştir. Dil uyarlama çalışmaları The translation and cultural adaption group of the international society for pharmacoeconomics and outcome research- ISPOR standartları takip edilerek yapılmıştır. Buna göre dil ve kapsam geçerliliği için ISPOR'un on adımlık çeviri ve kültürel adaptasyon rehberi kullanılmıştır. Rehberde, süreçteki her adım tanımlanmakta, her adımda yer alan aktörler açıklanmaktadır. Süreçteki adımlar, ilgili ekibin ve minimum gereksinimlerin tanımını içeren bir kontrol listesi gerektirmektedir (Wild ve ark., 2005). Sözü edilen 10 adımdan oluşan uyarlama süreci ISPOR yönergelerine göre gerçekleştirilmiştir. On adımda yapılan uygulamalar aşağıda sıralanmıştır:

- Hazırlık: Bu adımda ölçek sahibinden izin alınıp, gerekli isim ve telif hakları ihlali yapılmamıştır. Ölçek sahibinin konu ile ilgili yapmış olduğu çalışmalar araştırılmıştır. Ölçek açık erişime sahiptir (<https://www.rand.org>).

- Ölçeğin hedef dil Somalice'ye çevrilmesi: Ölçek birbirinden bağımsız, alanında uzman 3 dil bilim uzmanı tarafından orijinal dilinden Somali diline çevrilmiştir. Birinci çevirmen hem Somali dilini hem de İngilizce'yi anadili olarak kullanan Somali'de yaşayan bir çevirmen, ikinci çevirmen Somali Sanat ve Edebiyat Akademisi'nde görev yapan dilbilimci, üçüncü çevirmen bir lisede Somali Dili ve Edebiyatı öğretmeni ve aynı zamanda Somalili bir şairdir. Somali üniversitelerinde Somali dili ve edebiyatı bölümünün olmaması nedeniyle, bu alandaki öğretmenlerin çoğu liselerde çalışmaktadır.

- Uzlaşma: Bu aşamada üç farklı çevirmen tarafından hedef dil çevirisi yapılan ölçekler değerlendirilmeleri için iki tane birinci basamak sağlık bakımı uzmanına ve bir tane ebeye verilmiştir. Alanında uzman bu üç kişi öncelikle bireysel olarak çevirileri değerlendirip, sonrasında birlikte görüşlerini belirterek çevirileri tek

tek değerlendirmiştir. Üzerinde uzlaşılan ölçek maddeleri ile çeviri tamamlanmış, imlâ ve yazım kontrolü tekrar yapılmıştır.

- Geri Çeviri: Bu aşamada uzlaşılan ölçek çevirisi hedef dili ve ölçeğin orijinal dilini akıcı bir şekilde konuşan ve anadili hem Somalice hem İngilizce olan birisi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir.

- Geri Çevirinin Gözden Geçirilmesi: İngilizce'ye tekrar çevirisi yapılan ölçek orijinal kaynak ölçekle uyumluluk, benzerlik aısından değerlendirilmiştir. Orijinal kaynak ölçek ile aslının uyumlu olduğu görölmüştür.

- Uyumlaştırma: Geri çevirinin gözden geçirilmesinden sonra halk sağlığı alanında uzman iki öğretim görevlisi, iki çocuk doktoru ve bir sorumlu hemşire tarafından çeviri ölçek tekrar dil birliği ve anlam farklılıkları aısından sağlık çalışanı gözüyle tekrar değerlendirilmiş, farklı bir görüş ya da öneri olmamıştır.

- Bilişsel Çözömleme: Hedef dile çevrilen ölçek araştırmaya katılmayı kabul eden 30 anneye ön çalışma için uygulamıştır. Son aşamada, çalışma kriterleri ve derin değerlendirmelerin ardından ana araştırmada, yöntem bölümünde aıklandığı üzere, 500 katılımcı yer almıştır. Bu katılımcılara araştırmanın amacı ve uygulama aşamaları kısaca anlaşılır bir biçimde özetlenmiş, ölçek uygulanmıştır. Uygulama sonrası sözel geri bildirim vermeleri beklenmiştir.

- Bilişsel Çözömleme Sonrası Değerlendirme: Ön ve ana araştırma sonrası katılımcı annelerden herhangi bir olumsuz geri bildirim gelmemiştir.

- Son Okuma: Daha önce ölçeğin hiç bir çevirisini görmemiş bir hemşire ve bir sağlık memuruna ölçek kontrol edilmesi için verilmiştir. Sonuçta hem Somalice hem de İngilizce anketler son defa incelenerek, onaylanmıştır.

- Son Raporlama: Ölçeğin dil ve kültürel adaptasyon uyarlaması aşamasında bütün veriler kaydedilmiş, ölçek anne ve çocuk sağlığı hizmetleri kullanan hastaların tatminini ölçmek üzere hazır hale getirilmiştir.

Bu araştırmanın güvenilirliğini sağlamak için hasta tatmini kısa form ölçeği doğrultusunda Cronbach's alpha hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre araştırmanın ölçek düzeyinde ,701 değeri bulunmuştur. Çalışmanın güvenilirliği Cronbach alfa değeri bağlamında değerlendirilmiştir.

Geçerlilik, herhangi bir aracın amaçlanan şeyi ölçme derecesi olarak tanımlanır (Niemi ve ark.,1986). Araştırma geçerliliğinin gerçekleştirilebilmesi için farklı geçerlik türlerinden yararlanılmaktadır. Bu tezde kullanılan PSQ-18'in geçerliliğini belirlemek için kapsam geçerliliği yapılmıştır. Tanım geçerliliği ve mantıksal geçerlik olarak da bilinen kapsam geçerliliği, seçilen maddelerin ölçüdeki yapının değişkenlerini yansıtmaya yeteneği olarak tanımlanabilir (Newman ve ark., 2013). Bu geçerlilik türü, bir aracın öğelerinin içerik alanını yeterince temsil etme derecesini ele almaktadır. Aynı zamanda bir ölçek veya ölçek öğelerinde seçilen örneklemin ne ölçüde içeriğin kapsamlı bir örneği olduğu sorusuna cevap verir (Rubio ve ark., 2003; Polit ve Beck, 2006; Yaghmale, 2003). Bu tür geçerlilik, bir aracın yapı geçerliliği konusunda ön kanıt sağlamaktadır (Kamphaus, 1991). Ayrıca, öğelerin temsil edilebilirliği ve netliği hakkında bilgi sağlayabilir ve bir uzman panelinden tavsiyeler alarak bir aracın geliştirilmesine yardımcı olabilir (Polit ve Beck, 2006; Polit ve ark., 2007). Bir ölçme aracının kapsam geçerliliği yoksa onun için güvenilirlik sağlamak imkansızdır (Diamantopoulos ve ark., 2012).

Araç geliştirme raporlarında, en yaygın olarak bildirilen yaklaşım kapsam geçerlilik indeksidir (Lynn, 1986; Davis, 1992; Grant ve Davis 1997). Kapsam geçerliliği indeksinde 4'lü Likert tipi bir "alaka" düzeyi ölçeği kullanılır. Yanıtlar; 1=alakasız, 2=biraz alakalı, 3= oldukça alakalı ve 4=çok alakalı olarak sıralanır (Rodrigues ve ark., 2017). Elde edilen 1 ve 2 puanlar sonucunda içerik geçersiz olarak kabul edilirken, 3 ve 4 puanlar içeriğin geçerli olduğunu göstermektedir (Wynd ve ark., 2003). Bu çerçevede, yaygın olarak kullanılan Kapsam Geçerlilik İndeksi, hesaplama kolaylığı, anlaşılabilirlik, tutarlılık yerine fikir birliğine odaklanma ve hem madde hem de ölçek bilgisinin sağlanması açısından avantajlara sahiptir (Polit ve ark., 2007).

Kapsam geçerliliğini ele almadaki aşamalar, bir gelişim aşaması ve bir uzman görüşü alma aşamasını içerir. Gelişim aşamasında yer alan adımlar, alan adı tanımlama, madde oluşturma ve araç oluşturmaya içermektedir. Uzman görüşü alma aşaması, uzmanların maddeleri gözden geçirdiği ve maddelerin geçerliliğini subjektif olarak veya içerik geçerlilik indeksinin hesaplanması gibi ampirik olarak referans verilen bir yöntemle rapor etmesidir. Bir ölçeği gözden geçirmek için önerilen uzman sayısı 2 ile 20 kişi arasında değişmektedir (Armstrong ve ark., 2005). Polit ve Beck (2006) kapsam geçerliliğinin belirlenmesine en az üç uzmanın dahil edilmesini önermektedir. Maksimum uzman sayısı belirlenmemiştir.

Kapsam geçerlilik indeksinin değerlendirilmesinde ortaya çıkan önemli bir konu da bu geçerlik yönteminin hesaplanmasıdır. Bu bağlamda, hem madde düzeyi (I-CVIs) hem de ölçek düzeyi (S-CVI) için kapsam geçerlilik indeksi hesaplanabilmektedir. Madde düzeyinde, I-CVI, her bir maddenin alaka düzeyine 3 veya 4 puan veren uzman sayısının toplam uzman sayısına bölünmesiyle hesaplanır (Zamanzadeh ve ark., 2015). I-CVI, sıfır ile bir arasında olan her bir öğenin alaka düzeyine ilişkin anlaşma oranını ifade eder ve SCVI, "içeriğin geçerli olduğuna karar verilen toplam maddelerin oranı" veya "içerik uzmanları tarafından 3 veya 4 puan alan bir araçtaki maddelerin oranı" olarak tanımlanır (Lynn, 1986; Beck ve Gable, 2001; Clemson ve ark., 1999). Kapsam geçerlilik indeksinin ölçek düzeyini hesaplamak için iki yöntem bulunmaktadır. İlk yöntem uzmanlar arasında evrensel bir anlaşma gerektirir (S-CVI/UA). Diğer yöntem, madde düzeyindeki CVI'ların (S-CVI/Ave) ortalamasını almaktır. Bunları hesaplamak için öncelikle 3 ve 4, 2 ve 1 değerleri bir araya getirilerek ölçek ikiye ayrılır ve her madde için "Alakalı ve alakasız" olmak üzere iki ayrı yanıt kategorisi oluşturulur. Daha sonra, evrensel anlaşma yaklaşımında, tüm hakemler tarafından uygun görülen madde sayısı (veya CVI'sı 1'e eşit olan madde sayısı) toplam madde sayısına bölünür. Ortalama yaklaşımında, I-CVI'ların toplamı, toplam madde sayısına bölünür (Terwee ve ark., 2018).

Kapsam geçerlik indeksinin madde düzeyinde her maddeye ilişkin yargı şöyle tanımlanmaktadır: I-CVI %79'un üzerinde ise madde uygun, % 70 ile 79 arasında ise revizyona ihtiyacı bulunmakta, %70'in altında ise elenmektedir (Abdollahpour ve ark., 2010). S-CVI (Evrensel anlaşma), paneldeki tüm uzmanlar tarafından 3 veya 4 puan alan bir araçtaki maddelerin oranını yansıtır. S-CVI (Ortalama), Ölçek Geçerlilik Endeksinin liberal yorumudur ve ortalama I-CVI kullanılarak hesaplanır. S-CVI (Ortalama), uzmanların ortalama performansından ziyade ortalama madde kalitesine vurgu yapar içerik geçerliliğini yansıtmak için minimum S-CVI değerinin 0,8 olması önerilir (Lynn, 1986; Rubio ve ark., 2003).

Bu tez, kapsam geçerlilik indeksini gerçekleştirmek için bilinen tüm prosedürleri dikkate almıştır. İlk olarak Somali dilinde bir kapsam geçerlilik formu hazırlanmıştır (Ek-5). Form, araştırma konusu, etki alanları ve ölçeğin maddeleri hakkında bir girişin yanı sıra kapsam geçerlilik indeksi için 4'lü likert içermektedir. İkinci aşamada ise alan ve konu ile ilgili bilgi ve deneyimlerine göre 20 kişilik bir uzman paneli seçilmiştir. Bu uzmanlar sırasıyla 2 çocuk doktoru, 2 kadın doğum doktoru, 2 hemşire, 2 başhemşire, 3 ebe, 2 epidemiyolog, 3 halk sağlığı uzmanı, 1 beslenme uzmanı, 1 hastane yöneticisi, 1 sağlık hizmetleri araştırmacısı ve 1 ulusal sağlık politikası danışmanından oluşmaktadır. Uzmanların verilerini toplamak için, paneldeki her uzmana formun basılı bir kopyası verilmiş, bağımsız olarak puanlayıp değerlendirilen formlar daha sonra geri toplanmıştır. Panelde yer alan her bir uzmanın konuyla ilgili görüş ve önerileri de dikkate alınarak not edilmiştir. Çizelge 2.4'de panel uzmanlarının demografik bilgileri sunulmuştur.

**Çizelge 2.4.** Panel uzmanlarının demografik bilgileri

| (n:20)                                           |                                 | Frekans | %    |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|---------|------|
| Unvan                                            | Çocuk doktoru                   | 2       | 10,0 |
|                                                  | Kadın doğum doktoru             | 2       | 10,0 |
|                                                  | Hemşire                         | 2       | 10,0 |
|                                                  | Başhemşire                      | 2       | 10,0 |
|                                                  | Ebe                             | 3       | 15,0 |
|                                                  | Epidemiyolog                    | 2       | 10,0 |
|                                                  | Halk sağlığı uzmanı             | 3       | 15,0 |
|                                                  | Beslenme uzmanı                 | 1       | 5,0  |
|                                                  | Hastane yöneticisi              | 1       | 5,0  |
|                                                  | Sağlık hizmetleri araştırmacısı | 1       | 5,0  |
|                                                  | Sağlık politikası uzmanı        | 1       | 5,0  |
|                                                  |                                 |         |      |
|                                                  |                                 |         |      |
| Deneyim yılları                                  | 5-10                            | 9       | 45,0 |
|                                                  | 11-15                           | 7       | 35,0 |
|                                                  | 16-20                           | 4       | 20,0 |
| Eğitim düzeyi                                    | Lisans                          | 6       | 30,0 |
|                                                  | Yüksek lisans                   | 11      | 55,0 |
|                                                  | Doktora                         | 3       | 15,0 |
| Anne ve çocuk sağlığı merkezinde deneyim yılları | <5                              | 2       | 10,0 |
|                                                  | 5-10                            | 17      | 85,0 |
|                                                  | 11-15                           | 1       | 5,0  |

Kapsam geçerlilik indeksindenin hesaplanmasında son aşama, sonuçları raporlamayı ve yorumlamayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda kapsam geçerlilik indeksi sonuçları hem madde düzeyinde (I-CVI) hem de ölçek düzeyinde (SCVI) hesaplanmıştır. Madde düzeyinde incelendiğinde, her bir madde için kapsam geçerlilik indeksi elde etmek için maddeyi alakalı olarak değerlendirenlerin sayısı toplam uzmanlarının sayısına (n=20) bölünmüştür. Alaka düzeyi derecelendirmeleri, 3 ve 4 puan veren uzmanları içermektedir. Buna göre 11 madde (1,3,4,5,8,9,10,11,12,15,18) 1, 4 madde (2,6,7,17) 0,9 ve kalan 3 madde (4, 13,16) 0,95 olarak puan almıştır. Bu sonuçlar, Lynn (1986) dahil olmak üzere içerik geçerlilik indeksine katkıda bulunanların tavsiyelerini tatmin edici bir şekilde yansıtmıştır. Örneğin, Lynn (1986), altı veya daha fazla uzman olması durumunda; I-CVI'nin 0,78'den az olmamasını tavsiye etmiştir. Benzer öneriler Lawshe (1975) ve Polit ve ark. (2007), tarafından belirtilmiştir.

Bu önerilere göre, maddeler I-CVIs endekslerinde .80 eşiğine ulaşmazsa, maddelerin reddedilmesi mümkündür. Tüm maddelerin toplam puanını bulmak için ölçek düzeyinde kapsam geçerlilik indeksi (S-CVI) hesaplanmıştır. Ölçek düzeyi kapsam geçerlilik indeksini hesaplamak için ortalama yöntemi (S-CVI/ave) kullanılmıştır. Buna göre ölçek düzeyinde 0.96 kapsam geçerlik indeksi toplam puanı elde edilmiştir. Bu bulgu, Rubio ve ark. (2003)'nın, kapsam geçerliliğini yansıtmak için ölçek düzeyinde (S-CVI) minimum içerik geçerlilik indeksinin 0,8 olması gerektiği yönündeki önerilerinin üzerindedir. Çizelge 2.5'de madde düzeyinde ve ölçek düzeyinde kapsam geçerlilik indeksi ve ölçeğin cronbach's alpha sonuçları gösterilmiştir.

Kapsam geçerlik indeksi tutarlılık yerine fikir birliğini ön planda tutarken, araştırmacılar ölçeğin iç güvenirliğini ve tutarlılığını sağlamak için farklı yöntemler kullanmaktadır. Tutarlılığı ölçmek için bir yaklaşım alfa katsayısıdır. Bu yaklaşım Waltz ve arkadaşları (2005) tarafından birden fazla uzman olduğunda içerik geçerliliğini hesaplama yöntemi olarak önerilmiştir. Alfa, kendi lehine, uzman yanıtlarındaki tüm varyasyonları değerlendirir. Bu nedenle bu çalışmada iç tutarlılık ve güvenirlik için cronbach alfa katsayısından yararlanılmıştır. Buna göre, kapsam geçerliliği değerlendirmesinde 20 uzman için ölçeğin toplam içerik geçerlik indeksinin Cronbach's alpha değeri ,705 olarak bulunmuştur. Bu, araştırmanın güvenirliğinin kabul edilebilir bir düzeyde olduğunu göstermiştir.

**Çizelge 2.5. I-CVI, S-CVI ve Crombachs alpha sonuçları**

| Uzman paneli (N=20)                   |                              |                               |       |          |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------|----------|
| Maddeler                              | Alâkalı<br>(3 veya 4 derece) | Alakasız<br>(1 veya 2 derece) | I-CVI | Açıklama |
| Madde 1                               | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 2                               | 18                           | 2                             | 0.9   | Geçerli  |
| Madde 3                               | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 4                               | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 5                               | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 6                               | 18                           | 2                             | 0.9   | Geçerli  |
| Madde 7                               | 18                           | 2                             | 0.9   | Geçerli  |
| Madde 8                               | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 9                               | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 10                              | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 11                              | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 12                              | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 13                              | 19                           | 1                             | 0.95  | Geçerli  |
| Madde 14                              | 19                           | 1                             | 0.95  | Geçerli  |
| Madde 15                              | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| Madde 16                              | 19                           | 1                             | 0.95  | Geçerli  |
| Madde 17                              | 18                           | 2                             | 0.9   | Geçerli  |
| Madde 18                              | 20                           | 0                             | 1     | Geçerli  |
| S-CVI/AVE (0.96)<br>ALFA DEĞERİ= ,705 |                              |                               |       |          |

Bu çalışmada, araştırmanın geçerlik ve güvenirliğini gösteren tüm prosedür ve süreçler titizlikle izlenmiş, yapılan analizler sonucunda Somalice'ye uyarlanan ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur.

## **2.6. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle Somali’de konu ile ilgili araştırma ve veri yokluğu bilimsel bulguların tartışılmasını sınırlandırmaktadır. Ülkede yaşanan güvenlik problemleri ve radikal grupların kişisel saldırıda bulunma olasılıkları nedeni ile anketin güvenlik personeli eşliğinde uygulanması katılımcıların algılarını olumsuz etkilemiş olabilir. Ayrıca, araştırmanın kesitsel olması nedeni ile, o günkü sağlık durumunun sağlık hizmetlerinden duyulan tatmin düzeyini etkileyebilme potansiyeli bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların gelirlerini belirlemede algılanan servetin kullanılması, gelirin nesnel olarak değerlendirilmesini sınırlandırmıştır.

## **2.7. Araştırmanın Varsayımları**

Katılımcıların soru formlarını yanıtlarken başkalarının düşüncelerinden etkilenmeyerek, yansız ve bilinçli doldurdukları, hasta tatminini belirleyen faktörlerin değerlendirilmesinde ölçek ifadelerinin yeterli olduğu, sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili soruların araştırma amaçlarını temsil etmede yeterli olduğu varsayılmıştır.

## **2.8. Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilen verilerin analizi IBM SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin gruplarda normallik varsayımı Shapiro Wilks ve Kolmogorov Simirnov testleri ile incelenmiştir. Nicel verilerde gruplarda hipotez testleri test edilirken, hem verilerin kesikli veri olmasından hem de normallik varsayımları tüm hipotezler için sağlanmadığından dolayı grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortanca (medyan) değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile, grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar

arasında ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olmayan değişkenler için ortanca (min – maks), nominal değişkenler ise frekans ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Sonuçların istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmesi için  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.



### 3. BULGULAR

Araştırma kapsamında anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımı ve hasta tatminini belirleyen faktörler incelenmiştir. Doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrası hizmetleri içeren değişkenler anne ve sağlık hizmetleri kullanımı çerçevesinde incelenirken, hasta tatmini temasında teknik yeterlilik, finansal boyutlar, kişilerarası ve iletişim ile ilgili faktörler ve diğer önemli unsurlar değerlendirilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde, verilerin analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

#### 3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri Çizelge 3.1’de gösterilmiştir. Buna göre, araştırma grubunun %23,4’ü 15-25 yaş, %49,8’i 26-35 yaş ve %26,8’i 36 yaş ve üzerindedir. Araştırma grubunun eğitim durumu ilgili bulgular incelendiğinde, %62,4’ünün okur yazar olmadığı, %25,2’sinin ilkokul, %10,4’ünün ortaokul ve %2,0’ının üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %82,8’inin gelir düzeyinin düşük, %17,2’sinin orta gelirli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların medeni durumları incelendiğinde %8,0’inin bekar, %92,0’sinin evli olduğu bulunmuştur. Çalışma durumu açısından %83,4’ünün çalışmadığı, %16,6’sının çalıştığı ortaya konulmuştur. Annelerin yaşayan çocuk sayısı incelendiğinde, %27,6’sının 1-3, %61,2’nin 4-6, %4,6’sının 7’den fazla çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %40,8’inin hamile olduğu, %59,2’sinin olmadığı yönünde yanıt alınmıştır.

**Çizelge 3.1.** Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri

| Sosyo-Demografik Özellikleri | Gruplar              | n          | %          |
|------------------------------|----------------------|------------|------------|
| Yaş Grupları                 | 15-25                | 117        | 23,4       |
|                              | 26-35                | 249        | 49,8       |
|                              | 36-45                | 134        | 26,8       |
| Öğrenim Düzeyi               | Okur yazar değil     | 312        | 62,4       |
|                              | İlköğretim           | 126        | 25,2       |
|                              | Orta öğretim ve Lise | 52         | 10,4       |
|                              | Üniversite           | 10         | 2,0        |
| Gelir Durumu                 | Düşük Gelir          | 414        | 82,8       |
|                              | Orta Gelir           | 86         | 17,2       |
| Medeni Hali                  | Bekar                | 40         | 8,0        |
|                              | Evli                 | 460        | 92,0       |
| Çalışma Durumu               | Çalışmıyor           | 417        | 83,4       |
|                              | Çalışıyor            | 83         | 16,6       |
| Yaşayan Çocuk Sayısı         | İlk Gebelik          | 33         | 6,6        |
|                              | 1-3                  | 138        | 27,6       |
|                              | 4-6                  | 306        | 61,2       |
|                              | > =7                 | 23         | 4,6        |
| Hamilelik Durumu             | Evet                 | 204        | 40,8       |
|                              | Hayır                | 296        | 59,2       |
| <b>Toplam</b>                |                      | <b>500</b> | <b>100</b> |

Araştırma grubunun sağlık kurumunu ziyaret nedenleri, sağlık kurumu tercihleri ve ziyaret sıklıklarına ilişkin özellikleri Çizelge 3.2’de sunulmuştur. Buna göre, araştırma grubunun %45,6’sının çocuklarının sağlık sorunları nedeni ile, %21’inin hamilelik kontrolü, %8,4’ünün aşılama ve %25’inin ilaç almak için sağlık kurumunu ziyaret ettikleri bulunmuştur. Sağlık kurumu tercihi açısından %69,2’sinin devlete ait hastaneyi ve AÇSM’yi, %2,2’sinin özel klinik ve özel hastaneyi, %16,8’inin STK’ya bağlı ücretsiz hizmet veren birinci basamak kurumlarını, %11,8’inin ise geleneksel doğum görevlisini tercih ettikleri ortaya konulmuştur. Sağlık kurumunu tercih etme nedenleri incelendiğinde, %5,6’sının sağlık personelinin kalitesi, %10,8’inin sağlık kurumunun kalitesi, %53’ünün hizmetin ücretsiz olması, %27,8’inin kolay erişim ve %2,8’inin geleneklere bağlılık olduğu bulunmuştur. Hamilelik süresince sağlık kurumu ziyaret sıklığı değerlendirildiğinde, %11,4’ünün 1, %21,8’inin 2, %52,4’ünün 3 ve %14,4’ünün 4 kez sağlık kuruluşunu ziyaret ettiği bulunmuştur. Annelerin %50,8’inin evde, %23,2’sinin profesyonel sağlık tesisinde, %19,8’inin resmi olmayan ortamlarda geleneksel doğum görevlisi yardımıyla doğum yaptığı bildirilmiştir. Araştırma grubunun %6,3’ü ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun sağlık kuruluşu dışında doğum yapma nedenleri incelendiğinde, %24,7’sinin geleneksel ve dini inançlar, %37’sinin sağlık kuruluşundaki hizmetleri yanlış algılaması, %16,3’ünün kötü malzemeler ve sağlık personeli, %12,8’inin gelir yetersizliği, %9,2’sinin sağlık tesisinin uzak olması nedeniyle sağlık kurumunda doğum yapmadığı bulunmuştur. Doğum yapılan yere kimin karar verdiği sorusuna, katılımcıların %23,4’ü kendisi, %31,2’si eşi, %45,4’ü aile üyeleri olarak yanıt vermiştir. Araştırma grubunun son doğum şekli incelendiğinde, %97,4’ünün normal doğum, %2,6’sının sezaryen ile doğum yaptığı bulunmuştur. Doğum sonrası tercih edilen kurum incelendiğinde, %14,4’ü devlet hastanesi ve klinik, %2’si özel hastane ve klinik, %11’i geleneksel tesisi tercih ettiği bildirilmiştir. Katılımcıların %47,6’sı ise doğum sonrasında herhangi bir sağlık kurumuna gitmediğini ifade etmiştir. Doğum sonrası ziyaret sıklığına göre, katılımcıların %79’u 1, %14’ü 2, %7’si ise sağlık kuruluşuna 3 kez gitmiştir.

**Çizelge 3.2.** Sağlık kurumlarını ziyaret ve tercih nedenleri ile ziyaret sıklıklarına ilişkin özellikler

| Özellikler                   | Tercihler                    | N          | %          |
|------------------------------|------------------------------|------------|------------|
| Sağlık Kurumu Ziyaret Nedeni | Çocuklarım İçin              | 228        | 45,6       |
|                              | Hamilelik Kontrolü           | 105        | 21,0       |
|                              | Aşılama                      | 42         | 8,4        |
|                              | İlaç almak                   | 125        | 25,0       |
| Sağlık Kurumu Tercihi        | Devlet Klinik/AÇSM /Hastane  | 346        | 69,2       |
|                              | Özel Klinik/Hastane          | 11         | 2,2        |
|                              | STK'na bağlı kurumlar        | 84         | 16,8       |
|                              | Geleneksel Doğum Görevlisi   | 59         | 11,8       |
| Sağlık Kurumu Tercih Nedeni  | Kolay Erişim                 | 139        | 27,8       |
|                              | Sağlık Personelinin Kalitesi | 28         | 5,6        |
|                              | Sağlık Kurumunun Kalitesi    | 54         | 10,8       |
|                              | Ücretsiz Hizmet              | 265        | 53,0       |
|                              | Gelenek                      | 14         | 2,8        |
| <b>Toplam</b>                |                              | <b>500</b> | <b>100</b> |

**Çizelge 3.2. Devam.** Sağlık kurumlarını ziyaret ve tercih nedenleri ile ziyaret sıklıklarına ilişkin özellikler

| Özellikler                                                   | Tercihler                                         | N   | %    |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|------|
| Hamilelik Sırasında Sağlık Kurumu Ziyaret Sıklığı<br>(n=500) | 1                                                 | 57  | 11,4 |
|                                                              | 2                                                 | 109 | 21,8 |
|                                                              | 3                                                 | 262 | 52,4 |
|                                                              | 4                                                 | 72  | 14,4 |
| Doğum Yaptığı Kurum<br>(n=500)                               | Evde                                              | 254 | 50,8 |
|                                                              | Profesyonel Sağlık Tesisinde                      | 116 | 23,2 |
|                                                              | Geleneksel Doğum Görevlisi                        | 99  | 19,8 |
|                                                              | İlk Gebelik                                       | 31  | 6,3  |
| Sağlık Kurumunun Dışında Doğum Nedeni*<br>(n=227)            | Geleneksel ve Dini İnançlar                       | 56  | 24,7 |
|                                                              | Sağlık Kurumundaki Hizmetlerin Yanlış Algılanması | 84  | 37,0 |
|                                                              | Kötü Malzemeler ve Sağlık personeli               | 37  | 16,3 |
|                                                              | Gelir Yetersizliği                                | 29  | 12,8 |
|                                                              | Sağlık Tesisine Uzaklık                           | 21  | 9,2  |
| Doğum Yerine Karar Veren<br>(n=500)                          | Kendisi                                           | 117 | 23,4 |
|                                                              | Eşi                                               | 156 | 31,2 |
|                                                              | Aile Üyeleri                                      | 227 | 45,4 |
| Son Doğum Şekli*<br>(n=470)                                  | Normal Doğum                                      | 458 | 97,4 |
|                                                              | Sezaryen                                          | 12  | 2,6  |
| Doğum Sonrası Tercih Edilen Kurum<br>(n=500)                 | Anne ve Çocuk Sağlığı Merkezi (AÇSM)              | 125 | 25,0 |
|                                                              | Devlet Hastanesi/Klinik                           | 72  | 14,4 |
|                                                              | Özel Hastane/Klinik                               | 10  | 2,0  |
|                                                              | Geleneksel Tesis                                  | 55  | 11,0 |
|                                                              | Gitmiyorum                                        | 238 | 47,6 |
| Doğum Sonrası Ziyaret Sıklığı*<br>(n=262)                    | 1                                                 | 207 | 79,0 |
|                                                              | 2                                                 | 36  | 14,0 |
|                                                              | 3                                                 | 19  | 7,0  |

\*Her değişken için %'ler ayrı hesaplanmıştır.

Sağlık hizmetleri kullanımının desteklenmesine ilişkin araştırma grubunun özellikleri Çizelge 3.3'te verilmiştir. Buna göre, sağlık kurumuna ulaşım şekli incelendiğinde, %60,8'inin yürüyerek, %29'unun toplu taşıma ile, %10,2'sinin bajaj (motosiklet) ile sağlık kurumuna gittiği bulunmuştur. Sağlık kurumunda eksik görülen hizmetler incelendiğinde, %6,0 tetanoz enjeksiyonu, %7,0 demir tabletleri/şurup, %25,2 ağırlık ve boy kontrolü, %56,8 kan tahlili ve %5,0 idrar tahlili olarak bildirilmiştir. Gebelikte sağlık eğitimi verilme durumu incelendiğinde, katılımcıların %41,6'sı evet, %58,4'ü ise hayır yanıtını vermiştir. Çocukların hastalanmaları durumunda katılımcıların %78'i geleneksel sağlık hizmetlerini kullandıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların sağlık ile ilgili bilgileri edinme kaynakları incelendiğinde, %19,2'sinin medya (radyo), %27,6'sının AÇSM personeli/toplum hareketlendiricileri (community mobilizer), %46,2'si aile veya komşu ve %7'sinin STK olduğu bulunmuştur. Araştırma grubunun genel sağlık durumuna göre değerlendirmeleri incelendiğinde, %15,4'ünün çok kötü, %58,2'sinin kötü, %8,6'sının kararsız, %12,6'sı iyi, %5,2'si ise çok iyi olduğu bulunmuştur.

**Çizelge 3.3.** Sağlık hizmetleri kullanımının desteklenmesine ilişkin özellikler

| Özellikler                                              | Gruplar                                      | n          | %          |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------|------------|
| Sağlık Kurumuna Ulaşım Şekli                            | Yürüyerek                                    | 304        | 60,8       |
|                                                         | Toplu Ulaşımla                               | 145        | 29,0       |
|                                                         | Bajaj ile (Motosiklet)                       | 51         | 10,2       |
| Sağlık Kurumun'dan Eksik Görülen Hizmetler              | Kolunuza Tetanoz Enjeksiyonu                 | 30         | 6,0        |
|                                                         | Demir Tabletleri/Şurup                       | 35         | 7,0        |
|                                                         | Ağırlık ve Boy Kontrolü                      | 126        | 25,2       |
|                                                         | Kan Tahlili                                  | 284        | 56,8       |
|                                                         | İdrar tahlili                                | 25         | 5,0        |
| Gebelikte Sağlık Eğitim Desteği                         | Evet                                         | 208        | 41,6       |
|                                                         | Hayır                                        | 292        | 58,4       |
| Çocuk Hastalanınca Geleneksel Tıbbın Kullanımı* (n=466) | Evet                                         | 365        | 78,0       |
|                                                         | Hayır                                        | 101        | 22,0       |
| Sağlık Bilgi Kaynağı                                    | Medya (radyo)                                | 96         | 19,2       |
|                                                         | AÇSM Personeli/Topluluk Hareketlendiricileri | 138        | 27,6       |
|                                                         | Aile ya da Komşu                             | 231        | 46,2       |
|                                                         | STK'lar                                      | 35         | 7,0        |
| Sağlık Durumu                                           | Çok Kötü                                     | 77         | 15,4       |
|                                                         | Kötü                                         | 291        | 58,2       |
|                                                         | Kararsız                                     | 43         | 8,6        |
|                                                         | İyi                                          | 63         | 12,6       |
|                                                         | Çok iyi                                      | 26         | 5,2        |
| <b>Toplam</b>                                           |                                              | <b>500</b> | <b>100</b> |

\*Her değişken için %'ler ayrı hesaplanmıştır

Araştırma grubunun aile planlaması, aşılama, beslenme ve emzirme ile ilgili özellikleri Çizelge 3.4'te çözümlenmiştir. Buna göre, anne yeme sıklığı hesaplandığında %7'si günde 1 kez, %68,2'si günde 2 kez ve %24,8'i günde 3 kez yemek yediğini bildirmiştir. Çocukların yeme sıklığı incelendiğinde, %6,0'ı günde 1 kez, %41'i günde 2 kez ve %53'ü günde 3 kez yemek yediği ifade edilmiştir. Annelerin % 77'si çocuklarının aşılandığını bildirmiştir. Çocukların aşı olmama nedenleri incelendiğinde, katılımcıların %13,3'ü sağlık merkezine uzaklığı, % 12,3'ü aşının olmamasını, %8,5'i aşıya güven duymadığını, % 11,5'i gelir yetersizliğini, % 23,9'u eşinin kararı olduğunu ve %30,5'i yan etki korkusunu bildirmiştir. Çocuğun beslenme şekline ilişkin bulgular incelendiğinde, %19,1'i sadece emzirme, %73,7'si hem emzirme hem de anne sütü muadilleri, %7,2'si anne sütü muadillerini (hiç emzirmemek) kullandıkları bulunmuştur. Annenin son çocuğunu emzirme süresi değerlendirildiğinde, %27'sinin 6 aydan az, %41,2'sinin 6-12 ay, %10,3'ünün 12-18 ay, %21,5'inin 18-24 ay bebeğini emzirdiği bulunmuştur. Araştırma grubunun %70,4'ü aile planlaması farkındalığının olmadığını bildirmiştir. Aile planlaması yapılmama nedenleri incelendiğinde, katılımcıların %21'de farkındalık eksikliği, %12,8'nin eşinin kararı, %35,2'i kültürel engelleri, %14,0'ü daha fazla çocuk sahibi olmak istediğini ve % 17'si bilgiyi nasıl alacağını bilmemesi olduğunu bildirmiştir.

**Çizelge 3.4.** Aile planlaması, bağışıklama, beslenme ve emzirme özellikleri

| Özellikler                                   | Gruplar                                 | n   | %    |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-----|------|
| Anne Yeme Sıklığı<br>(n=500)                 | Günde 1 Kez                             | 35  | 7,0  |
|                                              | Günde 2 Kez                             | 341 | 68,2 |
|                                              | Günde 3 Kez                             | 124 | 24,8 |
| Çocuk Yeme Sıklığı*<br>(n=470)               | Günde 1 Kez                             | 29  | 6,0  |
|                                              | Günde 2 Kez                             | 191 | 41,0 |
|                                              | Günde 3 Kez                             | 250 | 53,0 |
| Çocuk Aşı Durumu<br>(n=471)                  | Evet                                    | 363 | 77,0 |
|                                              | Hayır                                   | 108 | 23,0 |
| Çocuk Aşılınmama Nedeni*<br>(n=105)          | Sağlık Merkezine Uzaklık                | 14  | 13,3 |
|                                              | Aşının Olmaması                         | 13  | 12,3 |
|                                              | Aşıya Güvenilmemesi                     | 9   | 8,5  |
|                                              | Gelir Yetersizliği                      | 12  | 11,5 |
|                                              | Eşin Kararı                             | 25  | 23,9 |
|                                              | Yan Etki Korkusu                        | 32  | 30,5 |
| Çocuk Besleme Şekli*<br>(n=470)              | Sadece Emzirme                          | 90  | 19,1 |
|                                              | Hem Emzirme Hem de Anne Sütü Muadilleri | 346 | 73,7 |
|                                              | Anne Sütü Muadilleri ( Hiç Emzirmemek)  | 34  | 7,2  |
| Son Çocuğun Emzirme Süresi*<br>(n=434)       | 6 Aydan Az                              | 117 | 27,0 |
|                                              | 6 ile 12 Ay                             | 179 | 41,2 |
|                                              | 12 ile 18 Ay                            | 45  | 10,3 |
|                                              | 18 ile 24 Ay                            | 93  | 21,5 |
| Aile Planlaması Farkındalığı<br>(n=500)      | Evet                                    | 148 | 29,6 |
|                                              | Hayır                                   | 352 | 70,4 |
| Aile Planlamasını Yapmama Nedeni*<br>(n=358) | Farkındalık Eksikliği                   | 75  | 21,0 |
|                                              | Eşinin Kararı                           | 46  | 12,8 |
|                                              | Kültürel Engeller                       | 126 | 35,2 |
|                                              | Daha Fazla Çocuk Sahibi Olmak için      | 50  | 14,0 |
|                                              | Nereden Alınacağını Bilmemek            | 61  | 17,0 |

\*Her değişken için %'ler ayrı hesaplanmıştır

Araştırma bulguları, Sağlık Hizmetleri Kullanımına İlişkin Davranışsal modele göre değerlendirildiğinde, eğilim faktörleri bağlamında, araştırma grubunun çoğunluğunun orta yaş, okuma yazma bilmeyen, düşük gelirli ve evli, çalışmayan, çocuk sayısının yüksek olduğu, gebe olduğu, kadınların çoğunun sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetlerinin yanlış algılanması nedeniyle sağlık kuruluşu dışında doğum yaptığı saptanmıştır. Sağlık hizmeti kullanımını kolaylaştırıcı faktörler değerlendirildiğinde, doğum öncesi bakım sayısının az olduğu, evde doğum yapma oranının yüksek olduğu, doğum sonrası bakıma gitme sayısının az olduğu, sağlık kuruluşuna yürüyerek erişildiği, kurumdaki sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu, geleneksel uygulamaların fazla olduğu, aile planlaması hizmetlerinin farkındalığının ve mevcudiyetinin eksik olduğu bulunmuştur. İhtiyaç faktörleri bağlamında, anne ve çocuk sağlığı hizmeti kullanımı gibi sağlık hizmetleri arayışında doğrudan etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Bu çalışma, annelerin çoğunun ihtiyaç faktörleri bağlamında çocukları hastalandığında, gebe kaldıklarında ve kendi sağlık durumları kötü olduğunda sağlık hizmetlerine başvurduklarını ortaya koymuştur. Sonuç olarak, çalışma, ihtiyaç faktörleri ile birlikte, katılımcılarının hem eğilim faktörleri olan kişisel özelliklerin hem de sağlık hizmetlerini kullanmaya olanak sağlayan lojistik özelliklerin anne ve çocuk sağlığı hizmeti kullanımında önemli faktörler olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırma grubunun hasta tatmini toplam ve alt ölçek puan ortalaması Çizelge 3.5.'te incelenmiştir. Buna göre araştırma grubunun genel tatmin alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 1,400$ ), teknik kalite alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 3,786$ ), kişilerarası tutum alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 2,373$ ), iletişim alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=5,00$ ;  $\pm 1,751$ ), finansal yönler alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 2,003$ ), doktorla geçirilen zaman alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 2,068$ ), erişilebilirlik ve rahatlık alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 3,863$ ) olarak bulunmuştur. Hasta tatmini ölçeği puanlarının toplam ortalaması ( $\bar{X}=46,00$ ;  $\pm 7,720$ ) olarak saptanmıştır. Buna göre araştırma grubunun tatminin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

**Çizelge 3.5.** Hasta tatmini ölçeği puanları

| Ölçekler                    | Minimum   | Maksimum  | $\bar{X}$    | SS           |
|-----------------------------|-----------|-----------|--------------|--------------|
| Genel Tatmin                | 2         | 10        | 4,00         | 1,400        |
| Teknik Kalite               | 4         | 20        | 8,00         | 3,786        |
| Kişilerarası Tutum          | 2         | 10        | 4,00         | 2,373        |
| İletişim                    | 2         | 10        | 5,00         | 1,751        |
| Finansal Yönler             | 2         | 10        | 8,00         | 2,003        |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | 2         | 10        | 4,00         | 2,068        |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | 4         | 20        | 8,00         | 3,863        |
| <b>Toplam Tatmin</b>        | <b>30</b> | <b>77</b> | <b>46,00</b> | <b>7,720</b> |

### 3.2. Hizmet Kullanımı İle Hasta Tatminine Yönelik Bulgular

Bu bölümde sosyo-demografik (yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sayısı, gebelik durumu) değişkenler ve hizmet kullanımı (hizmet kullanım nedeni, ulaşım şekli, doğum yeri, sağlık eğitimi, sağlık durumu) ile bunların hasta tatmini ile arasındaki farklılıklar incelenmiştir.

Araştırma grubunun yaş gruplarına göre hasta tatmini alt boyutları puan ortancaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için Kruskal Wallis testi ile kullanılmıştır (Çizelge 3.6). Araştırma grubunun yaş gruplarına göre genel tatmin puan ortancaları incelendiğinde 15-25 yaş grubu 4,88 ( $\pm 1.445$ ), 26-36 yaş grubu 4,33( $\pm 1.303$ ), >36 yaş grubu 4,57 ( $\pm 1.479$ ) bulunmuştur. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre kişilerarası tutum puan ortancası incelendiğinde 15-25 yaş grubu 6,85 ( $\pm 2,373$ ), 26-36 yaş grubu 5,59 ( $\pm 2,474$ ), >36 yaş grubu 5,14 ( $\pm 2,295$ )

saptanmıştır. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre iletişim puan ortancaları değerlendirildiğinde 15-25 yaş grubunda 5,02 ( $\pm 2,169$ ), 26-36 yaş grubunda 5,48 ( $\pm 1,725$ ), 36 ve üstü yaş grubunda 4,93 ( $\pm 1,266$ ) olduğu bulunmuştur. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre erişilebilirlik ve rahatlık puan ortancası değerlendirildiğinde 15-25 yaş grubu 10,13 ( $\pm 3,863$ ), 26-36 yaş grubu 9,08 ( $\pm 3,510$ ), 36 ve üstü yaş grubu 9,63 ( $\pm 3,824$ ) bulunmuştur. Araştırma grubunun yaş gruplarına göre hasta tatmini alt boyutları (genel tatmin, kişilerarası tutum, iletişim, erişilebilirlik ve rahatlık) puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bunu yanı sıra, araştırma grubunun yaş gruplarına göre hasta tatmini alt boyutları (teknik kalite, finansal yönler, doktorla geçirilen zaman) puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Bu sonuca göre H1 numaralı hipotez kabul edilmiştir.

**Çizelge 3.6.** Araştırma grubunun yaş gruplarına göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Yaş                | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Kruskal Wallis | P    | Post-hoc Test Sonuçları |
|-----------------------------|--------------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|-------------------------|
| Genel Tatmin                | 15-25 <sup>1</sup> | 117 | 5,00      | 1,445 | 4,88    | 4,00           | ,001 | 1-2                     |
|                             | 26-35 <sup>2</sup> | 249 | 4,00      | 1,303 | 4,33    |                |      |                         |
|                             | 36-45 <sup>3</sup> | 134 | 4,00      | 1,479 | 4,57    |                |      |                         |
| Teknik Kalite               | 15-25              | 117 | 8,00      | 4,149 | 9,83    | 8,00           | ,101 | -                       |
|                             | 26-35              | 249 | 8,00      | 3,355 | 8,92    |                |      |                         |
|                             | 36-45              | 134 | 8,00      | 4,161 | 9,73    |                |      |                         |
| Kişilerarası Tutum          | 15-25 <sup>1</sup> | 117 | 8,00      | 2,373 | 6,85    | 4,00           | ,000 | 1-2<br>1-3              |
|                             | 26-35 <sup>2</sup> | 249 | 4,00      | 2,474 | 5,59    |                |      |                         |
|                             | 36-45 <sup>3</sup> | 134 | 4,00      | 2,295 | 5,14    |                |      |                         |
| İletişim                    | 15-25 <sup>1</sup> | 17  | 4,00      | 2,169 | 5,02    | 5,00           | ,002 | 1-2<br>2-3              |
|                             | 26-35 <sup>2</sup> | 249 | 5,00      | 1,725 | 5,48    |                |      |                         |
|                             | 36-45 <sup>3</sup> | 134 | 5,00      | 1,266 | 4,93    |                |      |                         |
| Finansal Yönler             | 15-25              | 117 | 8,00      | 2,011 | 7,01    | 8,00           | ,117 | -                       |
|                             | 26-35              | 249 | 8,00      | 2,023 | 7,23    |                |      |                         |
|                             | 36-45              | 134 | 8,00      | 1,945 | 7,45    |                |      |                         |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | 15-25              | 117 | 4,00      | 4,96  | 2,143   | 4,00           | ,969 | -                       |
|                             | 26-35              | 249 | 4,00      | 4,99  | 2,085   |                |      |                         |
|                             | 36-45              | 134 | 4,00      | 3,824 | 4,89    |                |      |                         |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | 15-25 <sup>1</sup> | 117 | 8,00      | 3,863 | 10,13   | 8,00           | ,014 | 1-2                     |
|                             | 26-35 <sup>2</sup> | 249 | 8,00      | 3,510 | 9,08    |                |      |                         |
|                             | 36-45 <sup>3</sup> | 134 | 8,00      | 3,824 | 9,63    |                |      |                         |
| Toplam Tatmin               | 15-25 <sup>1</sup> | 117 | 48,00     | 8,027 | 48,67   | 46,00          | ,003 | 1-2<br>1-3              |
|                             | 26-35 <sup>2</sup> | 249 | 45,00     | 7,331 | 45,63   |                |      |                         |
|                             | 36-45 <sup>3</sup> | 134 | 45,00     | 7,849 | 46,33   |                |      |                         |

Çizelge 3.7’de gösterildiği gibi araştırma grubunun eğitim düzeyine göre hasta tatmini alt boyutları puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını araştırmak için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Araştırma grubunun öğrenim düzeyine göre genel tatmin puan ortancası incelendiğinde, okur yazar değil 4,48 ( $\pm 1,368$ ), ilköğretim 4,78 ( $\pm 1,491$ ), orta ve lise öğretimi 4,25 ( $\pm 1,384$ ), üniversite 4,20 ( $\pm 0,919$ ) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun öğrenim düzeyine göre kişilerarası tutum puan ortancası incelendiğinde okur yazar değil 5,40 ( $\pm 2,459$ ), ilköğretim 6,58 ( $\pm 2,391$ ), orta ve lise öğretimi 5,83 ( $\pm 2,324$ ), üniversite 6,50 ( $\pm 2,718$ ) olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun eğitim düzeyine göre hasta tatmini alt boyutları (genel tatmin, kişilerarası tutum, iletişim, erişilebilirlik ve rahatlık) puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Elde edilen bulgulara göre araştırma grubunun eğitim düzeyine göre hasta tatmini alt boyutları (teknik kalite, finansal yönler, iletişim, doktorla geçirilen zaman, erişilebilirlik ve rahatlık) puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Bu sonuca göre H2 numaralı hipotez kabul edilmiştir.

**Çizelge 3.7.** Araştırma grubunun öğrenim düzeyine göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Öğrenim Düzeyi                    | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Kruskal Wallis | P    | Post-hoc Test Sonuçları |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|-------------------------|
| Genel Tatmin                | Okur yazar değil <sup>1</sup>     | 312 | 4,00      | 1,368 | 4,48    | 4,00           | ,001 | 2-3                     |
|                             | İlköğretim <sup>2</sup>           | 126 | 5,00      | 1,491 | 4,78    |                |      |                         |
|                             | Orta ve Lise Öğretim <sup>3</sup> | 52  | 8,00      | 1,384 | 4,25    |                |      |                         |
|                             | Üniversite <sup>4</sup>           | 10  | 4,00      | ,919  | 4,20    |                |      |                         |
| Teknik Kalite               | Okur yazar değil                  | 312 | 8,00      | 3,843 | 9,28    | 8,00           | ,101 | -                       |
|                             | İlköğretim                        | 126 | 8,00      | 3,970 | 9,89    |                |      |                         |
|                             | Orta ve Lise Öğretim              | 52  | 8,00      | 3,107 | 8,62    |                |      |                         |
|                             | Üniversite                        | 10  | 8,00      | 2,530 | 8,80    |                |      |                         |
| Kişilerarası Tutum          | Okur yazar değil <sup>1</sup>     | 312 | 4,00      | 2,459 | 5,40    | 4,00           | ,000 | 1-2                     |
|                             | İlköğretim <sup>2</sup>           | 126 | 8,00      | 2,391 | 6,58    |                |      |                         |
|                             | Orta ve Lise Öğretim <sup>3</sup> | 52  | 5,00      | 2,324 | 5,83    |                |      |                         |
|                             | Üniversite <sup>4</sup>           | 10  | 5,50      | 2,718 | 6,50    |                |      |                         |
| İletişim                    | Okur yazar değil <sup>1</sup>     | 312 | 5,00      | 1,562 | 5,28    | 5,00           | ,055 | -                       |
|                             | İlköğretim <sup>2</sup>           | 126 | 4,00      | 2,007 | 5,25    |                |      |                         |
|                             | Orta ve Lise Öğretim <sup>3</sup> | 52  | 4,00      | 1,946 | 4,69    |                |      |                         |
|                             | Üniversite <sup>4</sup>           | 10  | 5,50      | 2,486 | 5,50    |                |      |                         |
| Finansal Yönler             | Okur yazar değil                  | 312 | 8,00      | 1,981 | 7,32    | 8,00           | ,117 | -                       |
|                             | İlköğretim                        | 126 | 8,00      | 2,027 | 7,05    |                |      |                         |
|                             | Orta ve Lise Öğretim              | 52  | 8,00      | 2,090 | 7,15    |                |      |                         |
|                             | Üniversite                        | 10  | 8,00      | 1,958 | 7,50    |                |      |                         |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Okur yazar değil                  | 312 | 4,00      | 2,046 | 4,90    | 4,00           | ,969 | -                       |
|                             | İlköğretim                        | 126 | 4,00      | 2,137 | 5,04    |                |      |                         |
|                             | Orta ve Lise Öğretim              | 52  | 4,00      | 2,036 | 5,12    |                |      |                         |
|                             | Üniversite                        | 10  | 4,00      | 2,201 | 4,80    |                |      |                         |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Okur yazar değil <sup>1</sup>     | 312 | 8,00      | 3,693 | 9,42    | 8,00           | ,144 | -                       |
|                             | İlköğretim <sup>2</sup>           | 126 | 8,00      | 3,740 | 9,93    |                |      |                         |
|                             | Orta ve Lise Öğretim <sup>3</sup> | 52  | 8,00      | 3,674 | 8,73    |                |      |                         |
|                             | Üniversite <sup>4</sup>           | 10  | 8,00      | 3,155 | 9,20    |                |      |                         |
| Toplam Tatmin               | Okur yazar değil <sup>1</sup>     | 312 | 45,00     | 7,548 | 46,08   | 46,00          | ,003 | 1-2<br>1-3              |
|                             | İlköğretim <sup>2</sup>           | 126 | 48,00     | 7,676 | 48,51   |                |      |                         |
|                             | Orta ve Lise Öğretim <sup>3</sup> | 52  | 43,50     | 8,467 | 44,38   |                |      |                         |
|                             | Üniversite <sup>4</sup>           | 10  | 47,00     | 4,756 | 46,80   |                |      |                         |

Araştırma grubunun gelir düzeyine göre hasta tatmininin alt boyutları puan ortancaları arasındaki fark Mann-Whitney U testi kullanılarak incelenmiştir (Çizelge 3.8). Analiz sonucuna göre herhangi bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla H3 numaralı hipotez reddedilmiştir.

**Çizelge 3.8.** Araştırma grubunun gelir durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Gelir Durumu | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Mann-Whitney U | P    |
|-----------------------------|--------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|
| Genel Tatmin                | Düşük Gelir  | 414 | 4,00      | 1,363 | 4,53    | 4,00           | ,527 |
|                             | Orta Gelir   | 86  | 4,00      | 1,577 | 4,51    |                |      |
| Teknik Kalite               | Düşük Gelir  | 414 | 8,00      | 3,705 | 9,35    | 8,00           | ,622 |
|                             | Orta Gelir   | 86  | 8,00      | 4,221 | 9,37    |                |      |
| Kişilerarası Tutum          | Düşük Gelir  | 414 | 4,00      | 2,485 | 5,78    | 4,00           | ,753 |
|                             | Orta Gelir   | 86  | 4,00      | 2,465 | 5,69    |                |      |
| İletişim                    | Düşük Gelir  | 414 | 5,00      | 1,700 | 5,21    | 5,00           | ,996 |
|                             | Orta Gelir   | 86  | 5,00      | 1,989 | 5,26    |                |      |
| Finansal Yönler             | Düşük Gelir  | 414 | 8,00      | 2,003 | 7,21    | 8,00           | ,486 |
|                             | Orta Gelir   | 86  | 8,00      | 1,999 | 7,36    |                |      |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Düşük Gelir  | 414 | 4,00      | 2,062 | 4,95    | 4,00           | ,988 |
|                             | Orta Gelir   | 86  | 4,00      | 2,100 | 4,97    |                |      |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Düşük Gelir  | 414 | 8,00      | 3,607 | 9,42    | 8,00           | ,917 |
|                             | Orta Gelir   | 86  | 8,00      | 4,124 | 9,71    |                |      |
| <b>Toplam Tatmin</b>        | Düşük Gelir  | 414 | 46,00     | 7,483 | 46,46   | 46,00          | ,908 |
|                             | Orta Gelir   | 86  | 45,00     | 8,813 | 46,86   |                |      |

Araştırma grubunun medeni durumuna göre hasta tatmininin alt boyutları puan ortancaları arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Analiz sonucuna göre medeni durum ile hasta tatmini alt boyutları arasında farklılık gösterilememiştir ( $p>0,05$ ). Bu nedenle H4 numaralı “Araştırma grubunun medeni durumuna göre hasta tatmini alt boyutları arasında farklılık” hipotez reddedilmiştir. Araştırma grubunun medeni duruma göre hasta tatmini puanlarının dağılımı Çizelge 3.9’da sunulmuştur.

**Çizelge 3.9.** Araştırma grubunun medeni durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Medeni Hali | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Mann-Whitney U | P    |
|-----------------------------|-------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|
| Genel Tatmin                | Bekar       | 40  | 4,00      | 1,319 | 4,45    | 4,00           | ,826 |
|                             | Evli        | 460 | 4,00      | 1,408 | 4,53    |                |      |
| Teknik Kalite               | Bekar       | 40  | 8,00      | 3,256 | 9,25    | 8,00           | ,691 |
|                             | Evli        | 460 | 8,00      | 3,840 | 9,36    |                |      |
| Kişilerarası Tutum          | Bekar       | 40  | 4,00      | 2,362 | 5,40    | 4,00           | ,346 |
|                             | Evli        | 460 | 4,00      | 2,489 | 5,80    |                |      |
| İletişim                    | Bekar       | 40  | 5,00      | 1,265 | 5,13    | 5,00           | ,951 |
|                             | Evli        | 460 | 5,00      | 1,788 | 5,23    |                |      |
| Finansal Yönler             | Bekar       | 40  | 8,00      | 1,585 | 7,48    | 8,00           | ,857 |
|                             | Evli        | 460 | 8,00      | 2,034 | 7,22    |                |      |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Bekar       | 40  | 4,00      | 2,206 | 5,17    | 4,00           | ,485 |
|                             | Evli        | 460 | 4,00      | 2,055 | 4,94    |                |      |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Bekar       | 40  | 8,00      | 4,590 | 10,75   | 8,00           | ,103 |
|                             | Evli        | 460 | 8,00      | 3,595 | 9,36    |                |      |
| <b>Toplam Tatmin</b>        | Bekar       | 40  | 47,00     | 6,682 | 47,62   | 46,00          | ,287 |
|                             | Evli        | 460 | 46,00     | 7,803 | 46,43   |                |      |

Araştırma grubunun çalışma durumuna göre hasta tatmininin alt boyutları arasındaki farkı değerlendirmek için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Çizelge 3.10’da belirtildiği gibi uygulama sonucunda çalışma durumu ile hasta tatmini alt boyutları arasında bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu nedenle  $H_5$  numaralı hipotez reddedilmiştir.

**Çizelge 3.10.** Araştırma grubunun çalışma durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Çalışma Durumu | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Mann-Whitney U | P    |
|-----------------------------|----------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|
| Genel Tatmin                | Çalışmıyor     | 417 | 4,00      | 1,359 | 4,52    | 4,00           | ,527 |
|                             | Çalışıyor      | 83  | 4,00      | 1,603 | 4,53    |                |      |
| Teknik Kalite               | Çalışmıyor     | 417 | 8,00      | 3,660 | 9,33    | 8,00           | ,622 |
|                             | Çalışıyor      | 83  | 8,00      | 4,429 | 9,47    |                |      |
| Kişilerarası Tutum          | Çalışmıyor     | 417 | 4,00      | 2,475 | 5,77    | 4,00           | ,753 |
|                             | Çalışıyor      | 83  | 4,00      | 2,515 | 5,72    |                |      |
| İletişim                    | Çalışmıyor     | 417 | 5,00      | 1,694 | 5,22    | 5,00           | ,996 |
|                             | Çalışıyor      | 83  | 5,00      | 2,028 | 5,24    |                |      |
| Finansal Yönler             | Çalışmıyor     | 417 | 8,00      | 1,984 | 7,23    | 8,00           | ,486 |
|                             | Çalışıyor      | 83  | 8,00      | 2,100 | 7,30    |                |      |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Çalışmıyor     | 417 | 4,00      | 2,059 | 4,96    | 4,00           | ,988 |
|                             | Çalışıyor      | 83  | 4,00      | 2,115 | 4,94    |                |      |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Çalışmıyor     | 417 | 8,00      | 3,599 | 9,41    | 8,00           | ,917 |
|                             | Çalışıyor      | 83  | 8,00      | 4,169 | 9,80    |                |      |
| Toplam Tatmin               | Çalışmıyor     | 417 | 46,00     | 7,466 | 46,43   | 46,00          | ,908 |
|                             | Çalışıyor      | 83  | 45,00     | 8,924 | 47,00   |                |      |

Çizelge 3.11’de açıklandığı gibi araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısına göre hasta tatmini alt boyutları puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını araştırmak için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısına göre genel tatmin puan ortancası analiz edildiğinde ilk gebelik 5,30 ( $\pm 1,551$ ), 1-3 çocuk 4,66 ( $\pm 1,462$ ), 4-6 çocuk 4,42 ( $\pm 1,363$ ) ve 7 ve üstü sayıda çocuk için 4,00 ( $\pm 0,674$ ) bulunmuştur. Araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısına göre teknik kalite puan ortancası incelendiğinde ilk gebelik 11,52 ( $\pm 4,744$ ), 1-3 çocuk 9,21 ( $\pm 4,083$ ), 4-6 çocuk 9,26 ( $\pm 3,580$ ),  $\geq 7$  8,00 ( $\pm 1,348$ ) saptanmıştır. Araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısına göre kişilerarası tutum puan ortancası incelendiğinde ilk gebelik 6,70 ( $\pm 2,298$ ), 1-3 çocuk 6,26 ( $\pm 2,573$ ), 4-6 çocuk 5,55 ( $\pm 2,452$ ), 7 ve üstü sayıda çocuk 4,52 ( $\pm 1,504$ ) saptanmıştır. Araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısına göre finansal yönler puan ortancası bakıldığında ilk gebelik 6,45 ( $\pm 2,001$ ), 1-3 çocuk 7,34 ( $\pm 1,983$ ), 4-6 çocuk 7,24 ( $\pm 2,030$ ), 7 ve üstü sayıda çocuk 7,78 ( $\pm 1,506$ ) saptanmıştır. Araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısına göre hasta tatmini alt boyutları (genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası tutum, finansal yönler) puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Elde edilen bulgulara göre araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısına göre hasta tatmini alt boyutları (İletişim, doktorla geçirilen zaman, erişilebilirlik ve rahatlık) puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilmemiştir ( $p > 0,05$ ). Bu sonuca göre H6 numaralı hipotez kabul edilmiştir.

**Çizelge 3.11.** Araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısına göre hasta tatmini ortancaları

| Ölçekler                    | Yaşayan Çocuk Sayısı     | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Kruskal Wallis | P    | Post-hoc Test Sonuçları |
|-----------------------------|--------------------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|-------------------------|
| Genel Tatmin                | İlk gebelik <sup>1</sup> | 31  | 5,00      | 1,551 | 5,30    | 4,00           | ,001 | 1-4<br>1-3              |
|                             | 1-3 çocuk <sup>2</sup>   | 137 | 4,00      | 1,462 | 4,66    |                |      |                         |
|                             | 4-6 çocuk <sup>3</sup>   | 306 | 4,00      | 1,363 | 4,42    |                |      |                         |
|                             | $\geq 7$ <sup>4</sup>    | 23  | 4,00      | ,674  | 4,00    |                |      |                         |
| Teknik Kalite               | İlk gebelik <sup>1</sup> | 31  | 8,00      | 4,744 | 11,52   | 8,00           | ,017 | 1-2<br>1-3<br>1-4       |
|                             | 1-3 çocuk <sup>2</sup>   | 137 | 8,00      | 4,083 | 9,21    |                |      |                         |
|                             | 4-6 çocuk <sup>3</sup>   | 307 | 8,00      | 3,580 | 9,26    |                |      |                         |
|                             | $\geq 7$ <sup>4</sup>    | 23  | 8,00      | 1,348 | 8,00    |                |      |                         |
| Kişilerarası Tutum          | İlk gebelik <sup>1</sup> | 31  | 8,00      | 2,298 | 6,70    | 4,00           | ,001 | 2-4<br>1-4<br>2-3       |
|                             | 1-3 çocuk <sup>2</sup>   | 137 | 8,00      | 2,573 | 6,26    |                |      |                         |
|                             | 4-6 çocuk <sup>3</sup>   | 307 | 4,00      | 2,452 | 5,55    |                |      |                         |
|                             | $\geq 7$ <sup>4</sup>    | 23  | 4,00      | 4,52  | 4,52    |                |      |                         |
| İletişim                    | İlk gebelik              | 31  | 4,00      | 2,222 | 5,00    | 5,00           | ,471 | -                       |
|                             | 1-3 çocuk                | 137 | 5,00      | 2,149 | 5,32    |                |      |                         |
|                             | 4-6 çocuk                | 307 | 5,00      | 1,531 | 5,22    |                |      |                         |
|                             | $\geq 7$                 | 23  | 5,00      | ,968  | 4,87    |                |      |                         |
| Finansal Yönler             | İlk gebelik <sup>1</sup> | 31  | 6,00      | 2,001 | 6,45    | 8,00           | ,015 | 1-2<br>1-3<br>1-4       |
|                             | 1-3 çocuk <sup>2</sup>   | 137 | 8,00      | 1,983 | 7,34    |                |      |                         |
|                             | 4-6 çocuk <sup>3</sup>   | 307 | 8,00      | 2,030 | 7,24    |                |      |                         |
|                             | $\geq 7$ <sup>4</sup>    | 23  | 8,00      | 1,506 | 7,78    |                |      |                         |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | İlk gebelik              | 31  | 4,00      | 2,078 | 5,15    | 4,00           | ,798 | -                       |
|                             | 1-3 çocuk                | 137 | 4,00      | 2,056 | 4,99    |                |      |                         |
|                             | 4-6 çocuk                | 307 | 4,00      | 2,080 | 4,90    |                |      |                         |
|                             | $\geq 7$                 | 23  | 4,00      | 2,074 | 5,13    |                |      |                         |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | İlk gebelik              | 31  | 12,00     | 4,503 | 10,30   | 8,00           | ,182 | -                       |
|                             | 1-3 çocuk                | 137 | 8,00      | 3,501 | 9,60    |                |      |                         |
|                             | 4-6 çocuk                | 307 | 8,00      | 3,632 | 9,24    |                |      |                         |
|                             | $\geq 7$                 | 23  | 8,00      | 4,325 | 10,61   |                |      |                         |
| <b>Toplam Tatmin</b>        | İlk gebelik <sup>1</sup> | 31  | 51,00     | 9,175 | 50,42   | 46,00          | ,005 | 1-3                     |
|                             | 1-3 çocuk <sup>2</sup>   | 137 | 47,00     | 8,098 | 47,38   |                |      |                         |
|                             | 4-6 çocuk <sup>3</sup>   | 307 | 45,00     | 7,390 | 45,82   |                |      |                         |
|                             | $\geq 7$ <sup>4</sup>    | 23  | 46,00     | 5,222 | 44,91   |                |      |                         |

Çizelge 3.12’de sunulduğu üzere, araştırma grubunun hamilelik durumuna göre toplam hasta tatmini ve alt boyutları puan ortancaları arasındaki fark değerlendirmek için Mann-Whitney U Testinden yararlanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre gebelik durumu ile hasta tatmini alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre H7 numaralı hipotez reddedilmiştir.

**Çizelge 3.12.** Araştırma grubunun hamilelik durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Hamilelik Durumu | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Mann-Whitney U | P    |
|-----------------------------|------------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|
| Genel Tatmin                | Evet             | 204 | 4,00      | 1,426 | 4,53    | 4,00           | ,896 |
|                             | Hayır            | 296 | 4,00      | 1,385 | 4,52    |                |      |
| Teknik Kalite               | Evet             | 204 | 8,00      | 3,672 | 9,36    | 8,00           | ,596 |
|                             | Hayır            | 296 | 8,00      | 3,882 | 9,34    |                |      |
| Kişilerarası Tutum          | Evet             | 204 | 6,00      | 2,472 | 5,90    | 4,00           | ,308 |
|                             | Hayır            | 296 | 4,00      | 2,485 | 5,67    |                |      |
| İletişim                    | Evet             | 204 | 5,00      | 1,895 | 5,12    | 5,00           | ,125 |
|                             | Hayır            | 296 | 5,00      | 1,644 | 5,29    |                |      |
| Finansal Yönler             | Evet             | 204 | 8,00      | 1,983 | 7,14    | 8,00           | ,173 |
|                             | Hayır            | 296 | 8,00      | 2,014 | 7,31    |                |      |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Evet             | 204 | 4,00      | 2,086 | 5,07    | 4,00           | ,315 |
|                             | Hayır            | 296 | 4,00      | 2,053 | 4,88    |                |      |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Evet             | 204 | 8,00      | 3,734 | 9,32    | 8,00           | ,420 |
|                             | Hayır            | 296 | 8,00      | 3,676 | 9,57    |                |      |
| <b>Toplam Tatmin</b>        | Evet             | 204 | 46,00     | 8,036 | 46,44   | 46,00          | ,973 |
|                             | Hayır            | 296 | 45,00     | 7,508 | 46,59   |                |      |

Çizelge 3.13’te gösterildiği gibi araştırma grubunun sağlık kurumunu ziyaret nedenine göre toplam hasta tatmini ve alt boyutları ortanca puanlarını araştırmak amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Araştırma grubunun sağlık kurumu ziyaret nedenine göre hasta tatminin alt boyutları puan ortancaları arasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır ancak sağlık kurumu ziyaret nedeni ile toplam tatmin puan ortancası arasında farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre H8 numaralı hipotez kabul edilmiştir.

**Çizelge 3.13.** Araştırma grubunun sağlık kurumu ziyaret nedenine göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Sağlık Kurumu Ziyaret Nedeni    | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Kruskal Wallis | P           | Post-hoc Test Sonuçları |
|-----------------------------|---------------------------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|-------------|-------------------------|
| Genel Tatmin                | Çocuklarım İçin                 | 228 | 4,00      | 1,282 | 4,47    | 4,00           | ,312        | -                       |
|                             | Hamilelik Kontrolü              | 105 | 4,00      | 1,660 | 4,77    |                |             |                         |
|                             | Aşılama                         | 42  | 4,00      | 1,363 | 4,26    |                |             |                         |
|                             | İlaç almak                      | 125 | 4,00      | 1,372 | 4,50    |                |             |                         |
| Teknik Kalite               | Çocuklarım İçin                 | 228 | 8,00      | 3,586 | 9,16    | 8,00           | ,107        | -                       |
|                             | Hamilelik Kontrolü              | 105 | 8,00      | 4,301 | 9,94    |                |             |                         |
|                             | Aşılama                         | 42  | 8,00      | 3,852 | 8,52    |                |             |                         |
|                             | İlaç almak                      | 125 | 8,00      | 3,654 | 9,49    |                |             |                         |
| Kişilerarası Tutum          | Çocuklarım İçin                 | 228 | 4,00      | 2,459 | 5,64    | 4,00           | ,141        | -                       |
|                             | Hamilelik Kontrolü              | 105 | 6,00      | 2,537 | 6,15    |                |             |                         |
|                             | Aşılama                         | 42  | 4,00      | 2,499 | 5,26    |                |             |                         |
|                             | İlaç almak                      | 125 | 5,00      | 2,441 | 5,84    |                |             |                         |
| İletişim                    | Çocuklarım İçin                 | 228 | 5,00      | 1,637 | 5,16    | 5,00           | ,559        | -                       |
|                             | Hamilelik Kontrolü              | 105 | 5,00      | 1,755 | 5,09    |                |             |                         |
|                             | Aşılama                         | 42  | 5,00      | 1,859 | 5,36    |                |             |                         |
|                             | İlaç almak                      | 125 | 5,00      | 1,910 | 5,41    |                |             |                         |
| Finansal Yönler             | Çocuklarım İçin                 | 228 | 8,00      | 1,945 | 7,31    | 8,00           | ,525        | -                       |
|                             | Hamilelik Kontrolü              | 105 | 8,00      | 1,872 | 7,31    |                |             |                         |
|                             | Aşılama                         | 42  | 8,00      | 2,266 | 6,81    |                |             |                         |
|                             | İlaç almak                      | 125 | 8,00      | 2,115 | 7,18    |                |             |                         |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Çocuklarım İçin                 | 228 | 4,00      | 2,187 | 5,14    | 4,00           | ,085        | -                       |
|                             | Hamilelik Kontrolü              | 105 | 4,00      | 2,020 | 5,09    |                |             |                         |
|                             | Aşılama                         | 42  | 4,00      | 1,686 | 4,71    |                |             |                         |
|                             | İlaç almak                      | 125 | 4,00      | 1,956 | 4,58    |                |             |                         |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Çocuklarım İçin                 | 228 | 8,00      | 3,710 | 9,43    | 8,00           | ,999        | -                       |
|                             | Hamilelik Kontrolü              | 105 | 8,00      | 4,105 | 9,73    |                |             |                         |
|                             | Aşılama                         | 42  | 8,00      | 3,378 | 9,38    |                |             |                         |
|                             | İlaç almak                      | 125 | 8,00      | 3,443 | 9,34    |                |             |                         |
| <b>Toplam Tatmin</b>        | Çocuklarım İçin <sup>1</sup>    | 228 | 45,00     | 7,161 | 46,32   | 46,00          | <b>,038</b> | 2-3                     |
|                             | Hamilelik Kontrolü <sup>2</sup> | 105 | 47,00     | 8,471 | 48,09   |                |             |                         |
|                             | Aşılama <sup>3</sup>            | 42  | 43,00     | 7,117 | 44,31   |                |             |                         |
|                             | İlaç almak <sup>4</sup>         | 125 | 46,00     | 8,073 | 46,34   |                |             |                         |

Araştırma grubunun sağlık kurumuna ulaşım şekline göre hasta tatminin alt boyutları puanları analiz edilmiştir. Analiz sonucu, araştırma grubunun sağlık kurumu ulaşım şekline göre toplam hasta tatminin ve alt boyutları puan ortancaları

arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Bu nedenle H9 numaralı hipotez reddedilmiştir. Araştırma grubunun sağlık kurumuna ulaşım şekline göre hasta tatmini puanlarının dağılımı Çizelge 3.14’te verilmiştir.

**Çizelge 3.14.** Araştırma grubunun sağlık kurumu ulaşım şekline göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Sağlık Kurumu Ulaşım Şekli | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Kruskal Wallis | P    |
|-----------------------------|----------------------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|
| Genel Tatmin                | Yürüyerek                  | 304 | 4,00      | 1,459 | 4,63    | 4,00           | ,084 |
|                             | Toplu Ulaşımla             | 145 | 4,00      | 1,332 | 4,42    |                |      |
|                             | Bajaj ile                  | 51  | 4,00      | 1,161 | 4,18    |                |      |
| Teknik Kalite               | Yürüyerek                  | 304 | 8,00      | 4,104 | 9,67    | 8,00           | ,235 |
|                             | Toplu Ulaşımla             | 145 | 8,00      | 3,167 | 8,70    |                |      |
|                             | Bajaj ile                  | 51  | 8,00      | 3,294 | 9,29    |                |      |
| Kişilerarası Tutum          | Yürüyerek                  | 304 | 5,00      | 2,518 | 5,90    | 4,00           | ,144 |
|                             | Toplu Ulaşımla             | 145 | 4,00      | 2,460 | 5,57    |                |      |
|                             | Bajaj ile                  | 51  | 4,00      | 2,284 | 5,51    |                |      |
| İletişim                    | Yürüyerek                  | 304 | 5,00      | 1,792 | 5,28    | 5,00           | ,103 |
|                             | Toplu Ulaşımla             | 145 | 5,00      | 1,659 | 5,30    |                |      |
|                             | Bajaj ile                  | 51  | 5,00      | 1,703 | 4,69    |                |      |
| Finansal Yönler             | Yürüyerek                  | 304 | 8,00      | 2,124 | 7,05    | 8,00           | ,122 |
|                             | Toplu Ulaşımla             | 145 | 8,00      | 1,819 | 7,50    |                |      |
|                             | Bajaj ile                  | 51  | 8,00      | 1,587 | 7,63    |                |      |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Yürüyerek                  | 304 | 4,00      | 2,101 | 5,00    | 4,00           | ,120 |
|                             | Toplu Ulaşımla             | 145 | 4,00      | 1,966 | 4,79    |                |      |
|                             | Bajaj ile                  | 51  | 4,00      | 2,148 | 5,16    |                |      |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Yürüyerek                  | 304 | 8,00      | 3,812 | 9,61    | 8,00           | ,219 |
|                             | Toplu Ulaşımla             | 145 | 8,00      | 3,490 | 9,32    |                |      |
|                             | Bajaj ile                  | 51  | 8,00      | 3,608 | 9,06    |                |      |
| <b>Toplam Tatmin</b>        | Yürüyerek                  | 304 | 46,00     | 8,086 | 47,14   | 46,00          | ,464 |
|                             | Toplu Ulaşımla             | 145 | 44,00     | 7,306 | 45,61   |                |      |
|                             | Bajaj ile                  | 51  | 45,00     | 6,246 | 45,51   |                |      |

Araştırma grubunun doğum yaptığı kuruma göre toplam hasta tatmini ve alt boyutları puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını araştırmak için Kruskal Wallis testi yapılmıştır (Çizelge 3.15). Araştırma grubunun doğum yaptığı kuruma göre genel tatmin puan ortancası analiz edildiğinde evde 4,53 ( $\pm 1,455$ ), profesyonel sağlık tesisinde 4,35 ( $\pm 1,274$ ), geleneksel doğum görevlisi 4,46 ( $\pm 1,288$ ), ilk gebelik 5,29 ( $\pm 1,553$ ) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun doğum yaptığı kuruma göre teknik kalite puan ortancası incelendiğinde evde 9,50 ( $\pm 3,960$ ), profesyonel sağlık tesisinde 8,78 ( $\pm 2,958$ ), geleneksel doğum görevlisi 8,99 ( $\pm 3,674$ ), ilk gebelik 11,48 ( $\pm 4,788$ ) saptanmıştır. Araştırma grubunun doğum yaptığı kuruma göre kişilerarası tutum puan ortancası incelendiğinde evde 5,87 ( $\pm 2,507$ ), profesyonel sağlık tesisinde 5,67 ( $\pm 2,427$ ), geleneksel doğum görevlisi 5,29 ( $\pm 2,442$ ), ilk gebelik 6,74 ( $\pm 2,309$ ) saptanmıştır. Araştırma grubunun doğum yaptığı kuruma göre finansal yönler puan ortancası incelendiğinde evde 7,19 ( $\pm 2,043$ ), profesyonel sağlık tesisinde 7,59 ( $\pm 1,779$ ), geleneksel doğum görevlisi 7,23 ( $\pm 2,059$ ), ilk gebelik 6,35 ( $\pm 2,026$ ) olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun doğum yaptığı kuruma göre hasta tatmini alt boyutları (genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası tutum, finansal yönler) puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bunun yanı sıra araştırma grubunun doğum yaptığı kuruma göre hasta tatmini alt boyutları (iletişim, doktorla geçirilen zaman, erişilebilirlik ve rahatlık) puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterilmemiştir ( $p > 0,05$ ). Bu sonuca göre H10 numaralı hipotez kabul edilmiştir.

**Çizelge 3.15.** Araştırma grubunun doğum yaptığı kuruma göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Doğum Yaptığı Kurum                       | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Kruskal Wallis | P    | Post-hoc Test Sonuçları |
|-----------------------------|-------------------------------------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|-------------------------|
| Genel Tatmin                | Evde <sup>1</sup>                         | 254 | 4,00      | 1,455 | 4,53    | 4,00           | ,007 | 1-4<br>3-4<br>2-4       |
|                             | Profesyonel Sağlık Tesisinde <sup>2</sup> | 116 | 4,00      | 1,274 | 4,35    |                |      |                         |
|                             | Geleneksel Doğum Görevlisi <sup>3</sup>   | 99  | 4,00      | 1,288 | 4,46    |                |      |                         |
|                             | İlk Gebelik <sup>4</sup>                  | 31  | 5,00      | 1,553 | 5,29    |                |      |                         |
| Teknik Kalite               | Evde <sup>1</sup>                         | 254 | 8,00      | 3,960 | 9,50    | 8,00           | ,032 | 3-4<br>2-4              |
|                             | Profesyonel Sağlık Tesisinde <sup>2</sup> | 116 | 8,00      | 2,958 | 8,78    |                |      |                         |
|                             | Geleneksel Doğum Görevlisi <sup>3</sup>   | 99  | 8,00      | 3,674 | 8,99    |                |      |                         |
|                             | İlk Gebelik <sup>4</sup>                  | 31  | 8,00      | 4,788 | 11,48   |                |      |                         |
| Kişilerarası Tutum          | Evde <sup>1</sup>                         | 254 | 4,00      | 2,507 | 5,87    | 4,00           | ,028 | 3-4                     |
|                             | Profesyonel Sağlık Tesisinde <sup>2</sup> | 116 | 4,00      | 2,427 | 5,29    |                |      |                         |
|                             | Geleneksel Doğum Görevlisi <sup>3</sup>   | 99  | 4,00      | 2,442 | 5,67    |                |      |                         |
|                             | İlk Gebelik <sup>4</sup>                  | 31  | 8,00      | 2,309 | 6,74    |                |      |                         |
| İletişim                    | Evde                                      | 254 | 5,00      | 1,778 | 5,17    | 5,00           | ,284 | -                       |
|                             | Profesyonel Sağlık Tesisinde              | 116 | 5,00      | 1,495 | 5,18    |                |      |                         |
|                             | Geleneksel Doğum Görevlisi                | 99  | 5,00      | 1,820 | 5,47    |                |      |                         |
|                             | İlk Gebelik                               | 31  | 4,00      | 2,160 | 5,00    |                |      |                         |
| Finansal Yönler             | Evde <sup>1</sup>                         | 254 | 8,00      | 2,043 | 7,19    | 8,00           | ,006 | 1-4<br>3-4<br>4-2       |
|                             | Profesyonel Sağlık Tesisinde <sup>2</sup> | 116 | 8,00      | 1,779 | 7,59    |                |      |                         |
|                             | Geleneksel Doğum Görevlisi <sup>3</sup>   | 99  | 8,00      | 2,059 | 7,23    |                |      |                         |
|                             | İlk Gebelik <sup>4</sup>                  | 31  | 6,00      | 2,026 | 6,35    |                |      |                         |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Evde                                      | 254 | 4,00      | 2,078 | 4,90    | 4,00           | ,732 | -                       |
|                             | Profesyonel Sağlık Tesisinde              | 116 | 4,00      | 1,967 | 4,90    |                |      |                         |
|                             | Geleneksel Doğum Görevlisi                | 99  | 4,00      | 2,151 | 5,08    |                |      |                         |
|                             | İlk Gebelik                               | 31  | 4,00      | 2,125 | 5,23    |                |      |                         |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Evde                                      | 254 | 8,00      | 3,637 | 9,41    | 8,00           | ,936 | -                       |
|                             | Profesyonel Sağlık Tesisinde              | 116 | 8,00      | 3,764 | 9,47    |                |      |                         |
|                             | Geleneksel Doğum Görevlisi                | 99  | 8,00      | 3,578 | 9,45    |                |      |                         |
|                             | İlk Gebelik                               | 31  | 8,00      | 4,412 | 10,00   |                |      |                         |
| Toplam Tatmin               | Evde                                      | 254 | 45,50     | 7,999 | 46,57   | 46,00          | ,086 | -                       |
|                             | Profesyonel Sağlık Tesisinde              | 116 | 45,00     | 6,641 | 45,95   |                |      |                         |
|                             | Geleneksel Doğum Görevlisi                | 99  | 45,00     | 7,411 | 45,99   |                |      |                         |
|                             | İlk Gebelik                               | 31  | 51,00     | 9,371 | 50,10   |                |      |                         |

Araştırma grubunun gebelikte aldığı sağlık eğitimi desteğine göre toplam hasta tatmini ve alt boyutları puan ortancaları arasındaki fark Mann-Whitney U testi kullanılarak araştırılmıştır. Çizelge 3.16’da gösterildiği gibi araştırma grubunun gebelikte sağlık eğitimi desteği alma durumuna göre hasta tatmini alt boyutları puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre H10 numaralı hipotez reddedilmiştir.

**Çizelge 3.16.** Araştırma grubunun gebelikte sağlık eğitim desteğine göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Gebelikte Sağlık Eğitim Desteği | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Mann-Whitney U | P    |
|-----------------------------|---------------------------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|
| Genel Tatmin                | Evet                            | 208 | 4,00      | 1,390 | 4,51    | 4,00           | ,849 |
|                             | Hayır                           | 292 | 4,00      | 1,410 | 4,53    |                |      |
| Teknik Kalite               | Evet                            | 208 | 8,00      | 3,810 | 9,41    | 8,00           | ,555 |
|                             | Hayır                           | 292 | 8,00      | 3,788 | 9,31    |                |      |
| Kişilerarası Tutum          | Evet                            | 208 | 5,00      | 2,450 | 5,82    | 4,00           | ,601 |
|                             | Hayır                           | 292 | 4,00      | 2,504 | 5,73    |                |      |
| İletişim                    | Evet                            | 208 | 5,00      | 1,756 | 5,23    | 5,00           | ,899 |
|                             | Hayır                           | 292 | 5,00      | 1,751 | 5,22    |                |      |
| Finansal Yönler             | Evet                            | 208 | 8,00      | 2,032 | 7,10    | 8,00           | ,191 |
|                             | Hayır                           | 292 | 8,00      | 1,977 | 7,34    |                |      |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Evet                            | 208 | 4,00      | 2,131 | 4,89    | 4,00           | ,365 |
|                             | Hayır                           | 292 | 4,00      | 2,022 | 5,00    |                |      |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Evet                            | 208 | 8,00      | 3,506 | 9,18    | 8,00           | ,203 |
|                             | Hayır                           | 292 | 8,00      | 3,822 | 9,67    |                |      |
| Toplam Tatmin               | Evet                            | 208 | 45,00     | 7,635 | 46,15   | 46,00          | ,482 |
|                             | Hayır                           | 292 | 46,00     | 7,782 | 46,79   |                |      |

Araştırma grubunun algıladıkları mevcut sağlık durumuna göre toplam hasta tatmini ve alt boyutları puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını araştırmak için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Araştırma grubunun sağlık durumuna göre genel tatmin puan ortancası analiz edildiğinde çok kötü 3,51 ( $\pm 1,034$ ), kötü 4,14 ( $\pm 0,954$ ), kararsız 5,21 ( $\pm 1,103$ ), iyi 5,92 ( $\pm 1,324$ ), çok iyi 7,27 ( $\pm 0,724$ ), bulunmuştur. Araştırma grubunun sağlık durumuna göre teknik kalite puan ortancası analiz edildiğinde çok kötü 5,71 ( $\pm 2,095$ ), kötü 8,23 ( $\pm 1,564$ ), kararsız 10,33 ( $\pm 1,899$ ), iyi 14,76 ( $\pm 3,099$ ), çok iyi 18,00 ( $\pm 2,653$ ), saptanmıştır. Araştırma grubunun sağlık durumuna göre kişilerarası tutum puan ortancası analiz edildiğinde çok kötü 4,21 ( $\pm 2,797$ ), kötü 5,54 ( $\pm 2,224$ ), kararsız 6,19 ( $\pm 1,736$ ), iyi 7,13 ( $\pm 1,827$ ), çok iyi 8,96 ( $\pm 2,126$ ), bulunmuştur. Araştırma grubunun sağlık durumuna göre iletişim puan ortancası analiz edildiğinde çok kötü 4,83 ( $\pm 2,048$ ), kötü 5,12 ( $\pm 1,680$ ), kararsız 5,56 ( $\pm 1,532$ ), iyi 5,44 ( $\pm 1,446$ ), çok iyi 6,42 ( $\pm 2,043$ ), bulunmuştur. Araştırma grubunun sağlık durumuna göre finansal yönler puan ortancası analiz edildiğinde çok kötü 8,09 ( $\pm 2,561$ ), kötü 7,42 ( $\pm 1,579$ ), kararsız 6,28 ( $\pm 1,351$ ), iyi 6,78 ( $\pm 1,955$ ), çok iyi 5,38 ( $\pm 3,201$ ), bulunmuştur. Araştırma grubunun sağlık durumuna göre erişilebilirlik ve rahatlık puan ortancası analiz edildiğinde çok kötü 10,23 ( $\pm 3,598$ ), kötü 9,03 ( $\pm 3,491$ ), kararsız 13,21 ( $\pm 4,027$ ), iyi 8,38 ( $\pm 3,443$ ), çok iyi 8,54 ( $\pm 1,923$ ), bulunmuştur. Araştırma grubunun sağlık durumuna göre hasta tatminin alt boyutları ancak doktor ile geçirilen zaman hariç puan ortancaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bu sonuca göre H12 numaralı hipotez kabul edilmiştir. Araştırma grubunun sağlık durumuna göre hasta tatmini puanlarının dağılımı Çizelge 3.17’de sunulmuştur.

**Çizelge 3.17.** Araştırma grubunun sağlık durumuna göre hasta tatmini puan ortancaları

| Ölçekler                    | Sağlık Durumu         | N   | $\bar{X}$ | SS    | Ortanca | Kruskal Wallis | P    | Post-hoc Test Sonuçları |
|-----------------------------|-----------------------|-----|-----------|-------|---------|----------------|------|-------------------------|
| Genel Tatmin                | Çok Kötü <sup>1</sup> | 77  | 3,00      | 1,034 | 3,51    | 4,00           | ,000 | 1-2                     |
|                             | Kötü <sup>2</sup>     | 291 | 4,00      | ,954  | 4,14    |                |      | 2-3                     |
|                             | Kararsız <sup>3</sup> | 43  | 5,00      | 1,103 | 5,21    |                |      | 1-4                     |
|                             | İyi <sup>4</sup>      | 63  | 6,00      | 1,324 | 5,92    |                |      | 1-5                     |
|                             | Çok İyi <sup>5</sup>  | 26  | 7,00      | ,724  | 7,27    |                |      | 2-4                     |
| Teknik Kalite               | Çok Kötü <sup>1</sup> | 77  | 6,00      | 2,095 | 5,71    | 8,00           | ,000 | 2-5                     |
|                             | Kötü <sup>2</sup>     | 291 | 8,00      | 1,564 | 8,23    |                |      | 3-5                     |
|                             | Kararsız <sup>3</sup> | 43  | 10,00     | 1,899 | 10,33   |                |      | 1-2                     |
|                             | İyi <sup>4</sup>      | 63  | 16,00     | 3,099 | 14,76   |                |      | 1-3                     |
|                             | Çok İyi <sup>5</sup>  | 26  | 20,00     | 2,653 | 18,00   |                |      | 1-4                     |
| Kişilerarası Tutum          | Çok Kötü <sup>1</sup> | 77  | 4,00      | 2,797 | 4,21    | 4,00           | ,000 | 1-5                     |
|                             | Kötü <sup>2</sup>     | 291 | 4,00      | 2,224 | 5,54    |                |      | 2-3                     |
|                             | Kararsız <sup>3</sup> | 43  | 6,00      | 1,736 | 6,19    |                |      | 2-4                     |
|                             | İyi <sup>4</sup>      | 63  | 8,00      | 1,827 | 7,13    |                |      | 2-5                     |
|                             | Çok İyi <sup>5</sup>  | 26  | 10,00     | 2,126 | 8,96    |                |      | 3-5                     |
| İletişim                    | Çok Kötü <sup>1</sup> | 77  | 4,00      | 2,048 | 4,83    | 5,00           | ,000 | 4-5                     |
|                             | Kötü <sup>2</sup>     | 291 | 5,00      | 1,680 | 5,12    |                |      | 1-4                     |
|                             | Kararsız <sup>3</sup> | 43  | 6,00      | 1,532 | 5,56    |                |      | 1-3                     |
|                             | İyi <sup>4</sup>      | 63  | 5,00      | 1,446 | 5,44    |                |      | 1-5                     |
|                             | Çok İyi <sup>5</sup>  | 26  | 7,00      | 2,043 | 6,42    |                |      | 2-5                     |
| Finansal Yönler             | Çok Kötü <sup>1</sup> | 77  | 9,00      | 2,561 | 8,09    | 8,00           | ,000 | 2-3                     |
|                             | Kötü <sup>2</sup>     | 291 | 8,00      | 1,579 | 7,42    |                |      | 1-3                     |
|                             | Kararsız <sup>3</sup> | 43  | 6,00      | 1,351 | 6,28    |                |      | 1-5                     |
|                             | İyi <sup>4</sup>      | 63  | 8,00      | 1,955 | 6,78    |                |      | 1-4                     |
|                             | Çok İyi <sup>5</sup>  | 26  | 4,50      | 3,201 | 5,38    |                |      |                         |
| Doktorla Geçirilen Zaman    | Çok Kötü              | 77  | 4,00      | 2,049 | 4,66    | 4,00           | ,109 |                         |
|                             | Kötü                  | 291 | 4,00      | 2,083 | 5,16    |                |      |                         |
|                             | Kararsız              | 43  | 4,00      | 1,722 | 4,81    |                |      |                         |
|                             | İyi                   | 63  | 4,00      | 2,224 | 4,63    |                |      |                         |
|                             | Çok İyi               | 26  | 4,00      | 1,922 | 4,58    |                |      |                         |
| Erişilebilirlik ve Rahatlık | Çok Kötü <sup>1</sup> | 77  | 8,00      | 3,598 | 10,23   | 8,00           | ,000 | 1-4                     |
|                             | Kötü <sup>2</sup>     | 291 | 8,00      | 3,491 | 9,03    |                |      | 3-4                     |
|                             | Kararsız <sup>3</sup> | 43  | 16,00     | 4,027 | 13,21   |                |      | 1-2                     |
|                             | İyi <sup>4</sup>      | 63  | 8,00      | 3,443 | 8,38    |                |      | 2-3                     |
|                             | Çok İyi <sup>5</sup>  | 26  | 8,00      | 1,923 | 8,54    |                |      | 3-5                     |
| Toplam Tatmin               | Çok Kötü <sup>1</sup> | 77  | 40,00     | 6,517 | 41,25   | 46,00          | ,000 | 1-3                     |
|                             | Kötü <sup>2</sup>     | 291 | 44,00     | 5,860 | 44,64   |                |      | 1-4                     |
|                             | Kararsız <sup>3</sup> | 43  | 54,00     | 6,001 | 51,58   |                |      | 1-5                     |
|                             | İyi <sup>4</sup>      | 63  | 53,00     | 7,212 | 53,05   |                |      | 2-3                     |
|                             | Çok İyi <sup>5</sup>  | 26  | 59,00     | 5,319 | 59,15   |                |      | 2-4                     |

#### 4. TARTIŞMA

Bu araştırma, merkezin sağlık hizmetlerinden yararlanan annelerin katılımıyla Somali Mogadişu'daki Wadajir sağlık merkezinde gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın amacı, araştırma grubunun anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini kullanan kadınların sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile sağlık hizmetleri kullanım özelliklerini tanımlamak, hizmetlerden tatmin düzeyini belirlemek, sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile sağlık hizmetleri kullanım özelliklerine göre hasta tatminindeki farklılıkları ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın bu bölümünde, elde edilen bulgular ve daha önce yapılmış ilgili bilimsel literatür karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırma grubunun sağlık kurumu ziyaret nedeni değerlendirildiğinde, annelerin çoğu (%45,6) çocukları nedeniyle sağlık ocağına başvurmuştur. Benzer bir çalışmada, Agunwa ve ark. (2017), tarafından Nijerya'da anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımı üzerine yapılan bir araştırma, annelerin çoğunun çocuklar nedeniyle sağlık merkezlerinde ayakta tedavi hizmetlerini kullandığını ortaya koymuştur.

Araştırma grubunun çoğunluğu (%69,2) sağlık hizmetleri arayışında devlet sağlık kuruluşunu ziyaret etmiştir. Karşılaştırmalı bir bakış açısıyla, Emmanuel ve ark. (2013) birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili benzer bir çalışmada, annelerin %53,6'sının kamu sağlık kuruluşlarına eriştiğini bildirmiştir.

Araştırmanın bulgularına göre, araştırma grubunun sağlık hizmetlerinden ücretsiz olması nedeniyle daha fazla sayıda (%53,0) devlet sağlık kuruluşlarından yararlandığı tespit edilmiştir. Owiti ve ark. (2018), Kenya'nın üreme çağındaki kadınlar arasında Kenya'nın ücretsiz anne sağlığı hizmetlerinden yararlanma başlıklı 2018 tarihli bir araştırması, annelerin %43,9'unun ücretsiz hizmetlerden dolayı devlet sağlık tesisinden yararlandığının altını çizmiştir.

Araştırma grubunun gebelik döneminde hamilelik sırasında sağlık kurumu ziyaret sıklığı değerlendirildiğinde çoğunluğu (%52,4) 3 kez sağlık kuruluşuna gitmiştir. Joshi ve ark. (2014), tarafından Nepal’de yürütülen 5 yıllık (2007-2011) bir çalışma döneminde, araştırmaya katılanların yarısının (%50) doğum öncesi bakım hizmetlerinden 3 kez veya daha fazla yararlandığı tespit edilmiştir.

Araştırma grubunun doğum yaptığı kurumun araştırılmasında sırasıyla yaklaşık %50,8’i evde, %19,8’i geleneksel ebeler aracılığıyla doğum yaptığı saptanmıştır. Zambiya’da başka bir çalışmadan benzer bir bulgu gözlemlendiğinde Sialubanje ve ark (2015) ile yürütülen nitel bir çalışma, araştırmaya katılanların çoğunluğu (%53) önceki hamilelikleri sırasında evde doğum yapmıştır. Daha fazla kanıt gerekirse, Gine’de yapılan bir araştırma, kadınlar arasında %61,8 oranında evde doğum yaygınlığı bulmuştur (Beley ve Sendo, 2016). Gana Nijerya ve Etiyopya’da yapılan diğer araştırmalarda, kadınlar arasında ev doğumlarının sırasıyla %59, %62 ve %67,2 saptanmıştır (Ganle ve ark., 2019; Adedokun ve Uthman, 2019; Geller ve ark., 2018). Diğer yandan, 2014 Gana Anne Sağlığı Araştırmasına göre, doğumların %16’sı geleneksel doğum görevlileri tarafından denetlenmiştir (Aheto, 2019).

Araştırma grubunun sağlık kuruluşu dışında doğum yapanlar için iki temel nedeni sırasıyla (%37,0’ı, %24,7) sağlık kuruluşundaki hizmetlerin yanlış algılanması, geleneksel ve dini inançlardır. Sağlık hizmetlerinin yanlış algılanması konusunda, Etiyopya’da yapılan nitel bir araştırma da benzer şekilde kadınların sağlık ocağında verilen sağlık hizmetini yanlış algılaması nedeniyle sağlık kuruluşunda doğum yapmadıklarını ortaya koymuştur. Roro ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan bu çalışmanın devamında, araştırma katılımcıları bir sağlık kuruluşunda doğum yapan her kadının genital kesme veya dikiş (epizyotomi) veya sezaryen gibi küçük veya büyük operasyonlar geçirdiğine inanmaktadır. Böylece kadınlar sağlık kuruluşlarında doğum yapmaktan kaçınırlar. Bu nitel çalışma aynı zamanda araştırma grubunun evde doğum yapmasının genellikle geleneksel bir uygulama olduğu ve kadınların sorunlu zamanlar dışında doğum için bir sağlık kuruluşuna gideceklerinden söz edildiği tespit edilmiştir. Bu çalışmanın bir diğer ana nedeni incelendiğinde, bir sağlık kuruluşunda doğum öncesi hizmetlerine gidenler

bile doğum ve doğum sırasında evde kalıp Allah'tan yardım istemelerine rağmen herhangi bir rol üstlenmemeleridir.

Araştırma grubunun doğum yeri karar vericisi söz konusu olduğunda, sağlık hizmetlerinden yararlanmada her iki çiftin de aile üyeleri (%45,4) önemli role sahiptir. Araştırma grubunda yer alan annelerin kocalarının da anne ve çocuk sağlığı hizmetleri bağlamında ikinci kademe karar verici (%31,2) olarak etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Diğer çalışmalar incelendiğinde, 2014 yılında Upadhyay ve arkadaşları tarafından yayınlanan benzer bir kesitsel çalışma, doğum bakım hizmetlerindeki genç yetişkin annelerin %55,2'sinin doğum yapılan yerle ilgili aile üyelerinden etkilendiğini ortaya koymuştur. Aynı zamanda, bu çalışmanın yazarları, yaklaşık %20.9 oranında doğum öncesi bakım hizmetleri kararını kocaların etkilediğini bulmuştur. Kurumsal bir perspektifte, DSÖ (2007) tarafından hazırlanan bir raporda, gençler de dahil olmak üzere genç kadınların sağlık hizmetlerini kullanmak için karar verme yetkisine veya kaynaklarına sahip olmadığı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların son doğum şekline göre çoğunluğu (%97,4) normal doğum yapmıştır. Nepal'de "Sezaryen ve Vajinal Doğum: Kurumsal Bir Deneyim" başlıklı bir çalışma, mevcut çalışmanın bulgularını desteklemekte ve bu çalışmanın araştırma grubunun çoğunluğunun (%74,2) normal/vajinal doğum yaptığı belirlenmiştir (Sharma ve Dhakal, 2018).

Araştırma grubunun doğum sonrası tercih edilen kurum incelendiğinde %47,6'sı gitmediğini belirtmiştir. Filistinli kadınlar arasında doğum sonrası bakım eksikliği ile ilişkili faktörleri değerlendiren bir çalışmada, kadınların yalnızca %36.6'sının doğum sonrası bakım aldığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmanın kanıtlarında, 264 doğum sonrası kadından sadece 97'si doğum sonrası bakım almıştır. Bu çalışmanın makul bir bulgusunda, doğum sonrası bakım almayan kadınların çoğu hasta olmadıkları için buna ihtiyaç duymadıklarını ifade etmiştir (Dhaher ve ark., 2008). Choudhury ve Ahmed (2011) tarafından Bangladeş'te yapılan bir başka nitel açıklayıcı çalışma da mevcut çalışmayı desteklemektedir ve kadınların doğum

sonrası dönemde hastalıklar için genellikle sağlık hizmeti sağlayıcılarına gitmediklerini ortaya koymuştur.

Sağlık hizmeti kullanımının fiziksel erişilebilirliği bağlamında sağlık kurumu ulaşım şekli değerlendirildiğinde, araştırma grubunun çoğunluğuna (%60,8) yürüyerek sağlık kuruluşuna ulaşılmıştır. Dos ve Cabral (2016) tarafından birinci basamak sağlık merkezlerine coğrafi erişilebilirlikle ilgili benzer bir çalışma, erişilebilirlik sorununun temel olarak yürüme senaryosunda olduğunu ve Mozambik bölgesinin yaklaşık %66,7'sinin yetersiz hizmet verilen bir bölgede bulunduğunu ortaya koymuştur. Bütüncül bir kanıt olarak, Wong ve ark. (2017), SAA'da doğum için nitelikli bakıma fiziksel erişime ilişkin sistematik bir inceleme ve meta-analiz çalışması yürütmüştür. Bu sistematik derlemede, SAA'da sağlık tesislerine artan mesafe ve seyahat süresinin doğumda yetenekli bakımın kullanımı ile ters orantılı olduğunu gösteren kanıtlar bulunmuştur.

Araştırma grubunun eksik olarak görülen sağlık kuruluşu hizmetlerinde, çoğunlukla (%56,8) kan tetkiklerini ifade etmiştir. Palmer ve ark. (2020), Gana'da sıtma ve anemi için bakım noktası testlerinin etkinliğini iyileştirme başlıklı nitel bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışma, anne ve çocuklarda anemi ile mücadelede engel teşkil eden laboratuvar ve kan tetkiklerinin eksik olduğunu daha yüksek düzeyde bulmuştur.

Araştırma grubunun sağlık hizmetlerinden yararlanma noktasında gebelikte verilen sağlık eğitimi desteğinin incelenmesinde araştırmaya katılanların çoğunluğu (%58,4) farklı konularda sürekli sağlık eğitimi hizmetlerinden yararlanmadıklarını belirtmiştir. Alnaif ve Alghanim tarafından 2009 yılında 569 katılımcı ile gerçekleştirilen hastaların sağlık eğitimine ilişkin bilgi ve tutumları Suudi Arabistan'da birincil sağlık hizmetleri üzerine yapılan bir araştırma, ankete katılanların sadece beşte birinin son 12 ayda herhangi bir sağlık eğitimi aldığını göstermiştir. Bu konunun önemine bakıldığında, 1978 yılındaki Alma Ata Deklarasyonu, sağlık eğitimini birinci basamak sağlık hizmetlerinin hayati bir

parçası ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ana temel unsurlarından biri olarak ilan etmiştir (Hall ve Taylor, 2003).

Çocuklar hastalanınca geleneksel tıbbın kullanımında araştırma grubunun çoğunluğu (%78,0) kurumsal sağlık hizmetleri yerine geleneksel tıbbı kullandıklarını belirtmiştir. Hailu ve ark. (2020), Etiyopya’da yaptıkları benzer bir çalışmada, ebeveynlerin %85,9'unun çocukları için geleneksel tıp kullandığı bulunmuştur. Ebeveynlerin çocuklar için geleneksel ilaç kullanımı ile ilişkili faktörleri tartışan bir başka kesitsel çalışma da mevcut çalışmayı desteklemekte ve ebeveynlerin %71'inin son 12 ay içinde çocukları için geleneksel sağlık uygulamalarını kullandığını elde etmiştir (Cirik ve Efe, 2015).

Sağlık hizmetlerinden yararlanma çerçevesinde sağlık bilgi kaynakları incelendiğinde, araştırma grubunun çoğunluğu (%46,2) sağlıkla ilgili bilgileri aileden veya komşudan almıştır. Hamile kadınlar arasında sağlık bilgisi ihtiyaçları, bilgi kaynakları ve sağlık bilgilerine erişimin önündeki engeller üzerine yapılan sistematik bir inceleme de, kadınların hamilelik sırasında en sık kullandıkları bilgi kaynağının resmi olmayan kaynaklar (aile veya komşu) olduğuna benzer bir bulgu bulmuştur (Ghiasi, 2021).

Araştırma grubunun algılanan sağlık durumunda çoğunluğu (%58,2) sağlıklarının kötü olduğunu belirtmiştir. Güney Afrika’da anne sağlığında eşitlik üzerine benzer bir çalışma hane halkı reisi olan veya kırsal alanlarda yaşayan kadınların beş ila altıda biri, sağlıklarını kötü olarak değerlendirilmiştir (Wabiri ve ark., 2013).

Anne yeme sıklığı açısından bakıldığında araştırma grubunun çoğu (%68,2) günde iki kez yemek yediklerini söylemiştir. Nyaruhucha ve arkadaşları tarafından 2006 yılında Tanzania’da beş yaşından küçük çocukların beslenme durumu ve beslenme uygulamaları üzerine yapılan bir araştırma, aynı şekilde hanelerin bir

dereceye kadar gıda güvensizliği ile karşı karşıya olduğunu ve günde üç öğünden az yemek yeme sıklığının (%75) rapor edildiğini ortaya koymuştur. Bu bulgu, Amerikan Tıp Enstitüsü'nün özellikle hamilelik ve emzirme dönemlerinde günde üç öğün ve daha fazla atıştırma tavsiyesinin optimal modeline göre düşüktür (Siega-Riz ve ark, 2001).

Çocuk yeme sıklığının değerlendirilmesinde annelerin çoğunluğu (%53,0) çocuklarına günde 3 kez yemek yedirmiştir. Komşu Etiyopya'da, asgari yemek sıklığı uygulaması ve çocuklar arasındaki ilişkili faktörler başlıklı ve Wagris ve ark. (2019) tarafından benzer bir araştırma, çocuklar için günde üç kez toplam asgari yemek sıklığının %69.2 oranında uygulandığını ortaya koymuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında çocukların aşılanma durumu değerlendirildiğinde, annelerin çoğunluğu (%77,0) çocuklarını aşıladığını ifade etmiştir. Tesema ve ark. (2020) tarafından yapılan benzer bir çalışma, 12 Doğu Afrika ülkesinin (Burundi, Etiyopya, Komorlar, Uganda, Ruanda, Tanzanya, Mozambik, Madagaskar, Zimbabve, Kenya, Zambiya ve Malavi) Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına göre Doğu Afrika'da tam temel çocukluk aşısının %69.21 olduğunu bulunmuştur. DSÖ'nün önerdiği gibi, temel çocukluk aşıları, çocuk felci, beş değerlikli (difteri, tetanoz, boğmaca, hemofilik influenza ve hepatit B aşısı), kızamık ve yaygın çocukluk çağı enfeksiyonlarını önleyebilen Bacillus Calmette Guérin'den (BCG) oluşur.

Çocuk besleme durumunda, araştırma grubunun çoğunluğunun (%73.7) çocuğunu hem emzirme hem anne sütü muadilleri ile beslediği bulunmuştur. Yonas tarafından 2015 yılında bebek ve küçük çocuk besleme uygulama durumu ve ilişkili faktörler üzerine yapılan bir araştırma, benzer şekilde annelerin yaklaşık %50'sinin çocuklarını hem emzirme hem de anne sütü muadilleri ile beslediğini ortaya koymuştur. DSÖ ve UNICEF'in optimal bebek ve küçük çocuk beslenmesi için tavsiyeleri, doğumdan sonraki bir saat içinde emzirmeye erken başlanması, altı ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmesi ve altı aylıktan itibaren beslenme açısından

yeterli ve güvenli tamamlayıcı beslenme ile iki yaşına kadar emzirmeye devam edilmesidir (Entwistle ve ark., 2007).

Son çocuğunun emzirme süresinin değerlendirilmesinde annelerin çoğu (%41,2) çocuklarını 6 ile 12 ay arasında beslemiştir. Sadece emzirmenin belirleyicileri üzerine yapılan benzer bir çalışmada, annelerin çoğunluğunun (%36) 6 ila 12 ay boyunca emzirme uyguladığı bulunmuştur (Mundagowa ve ark., 2019).

Araştırma grubunun aile planlaması farkındalıkları anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanma bağlamında incelendiğinde, araştırma grubunun çoğunluğun (%70,4) farkında olmadığı saptanmıştır. Aile planlaması yapmama temel nedenleri olarak değerlendirildiğinde %35,2'si kültürel engel, % 21'i farkındalık eksikliği, % 17'si daha fazla çocuk sahibi olmak için aile planlaması hizmetlerine başvurmamıştır. Akamike ve ark. (2020), tarafından Nijerya'da aile planlaması hizmetlerinin sistematik bir çalışmada, aile planlaması yöntemlerini uygulamama nedenlerini benzer bulmuşlardır. Nijerya'da 2006 ile 2020 yılları arasında yayınlanan ilgili makaleleri gözden geçiren bu çalışma, kadınların aile planlaması hizmetlerini kullanmama nedenlerinin sırasıyla kültürel onaylanmama, farkındalık boşluğu ve annelerin daha fazla çocuk arzusu olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada, çalışma grubunun ana çocuk sağlığı hizmetlerinden tatmin düzeyinin orta düzeyde ( $\bar{X}=46,00$ ;  $\pm 7,720$ ) olduğunu ortaya koymuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin puanları değerlendirildiğinde genel tatmin alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 1,400$ ), teknik kalite alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 3,786$ ), kişilerarası tutum alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 2,373$ ), iletişim alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=5,00$ ;  $\pm 1,751$ ), finansal yönler alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 2,003$ ), doktorla geçirilen zaman alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 2,068$ ), erişilebilirlik ve rahatlık alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 3,863$ ) olarak saptanmıştır. Buna göre alt ölçeklerin tatminlerini açıklamak gerekirse finansal yönler puan ortalaması, genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası tutum, iletişim, doktorla geçirilen zaman, erişilebilirlik ve rahatlık

puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu, anne çocuk sağlığı hizmetlerinde maddi tatmin anlamına gelmemekte, sağlık merkezinin ücretsiz hizmetlerinden kaynaklanmaktadır.

Araştırma kapsamında çalışma grubunun yaşı sırasıyla 15-25, 26-35 ve 36-49 olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Araştırma sonucunda, genel tatmin, kişilerarası tutum, iletişim, erişilebilirlik ve rahatlık gibi hasta tatmininin bazı alt boyutları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlılığın varlığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre 15-25 yaş grubu, araştırmanın diğer yaş grubu ile karşılaştırıldığında genel tatmin, kişilerarası tutum, erişilebilirlik ve rahatlık alt boyutları daha memnun kalmıştır. İletişim alt boyutuna bakıldığında 26-35 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre daha memnun olduğu görülmüştür. Jadoo ve ark. (2020), ayakta tedavi hizmetlerinde hasta tatmini ile ilgili yaptığı bir çalışmada, 30 yaşından küçük katılımcıların daha yetişkin yaşına göre daha memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Holikatti ve ark. (2012) tarafından psikiyatrik hizmetlerden hasta tatmini üzerine yapılan bir araştırma, 30+ yaş grubundaki katılımcıların diğer yaş gruplarına göre iletişim alt boyutundan oldukça memnun olduklarını göstermiştir.

Araştırma sonucunda, aşağıdaki hasta tatmini alt boyutları (genel tatmin, kişilerarası tutum) ile öğrenim düzeyi (okur yazar değil, ilköğretim, orta ve lise öğretim, üniversite ) arasında fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre, üniversite düzeyindeki araştırma grubunun diğer eğitim düzeyi gruplarına göre genel tatmin alt boyutunda en fazla tatminsiz olduğunu göstermiştir. Kişilerarası tutum boyutunda değerlendirildiğinde, diğer eğitim düzeyi gruplarına göre en fazla okur yazar olmayan çalışma grubu tatminsiz bulunmuştur. Bu bulgular, Nijerya'da Odatuwa-Omagbemi (2014) tarafından yürütülen ve yüksek öğrenim ile genel tatmin, kişilerarası tutum alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulan cerrahi poliklinik hizmetlerinden hasta tatmin araştırması ile benzerlik göstermektedir. Çalışmada, hasta tatmini bağlamında eğitim düzeyi ile kişilerarası tutum arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Jalil ve ark. (2017), tarafından gerçekleştirilen bu çalışmada, okuryazar olmayan hastaların hasta tatmininin kişilerarası tutum alt boyutunda yüksek oranda tatminsiz olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın very toplama

aşamasında, eğitimsiz hastalar sorularının ve tekrarlama isteklerinin hekimleri rahatsız ettiğini sıklıkla dile getirmişlerdir. Bu nedenle doktorun kendilerine hakaret etmesine aldırış etmedikleri ve doktorları hastalardan üstün gördükleri bildirilmiştir.

Mevcut çalışmada, gelir durumu ile toplam hasta tatmin ve alt boyutları arasındaki olası istatistiksel fark araştırılmıştır. Elde edilen sonuca göre bu değişkenlerde herhangi bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonuç, 2014 yılında Syed ve arkadaşları tarafından yapılan ameliyat sonrası ortopedik takipte hasta tatminini belirleyen faktörler başlıklı çalışma ile benzerlik göstermektedir. Buna göre gelir durumu ile hasta tatmini arasında ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Bazı çalışmaların bu olumsuz ilişki için olası bir nedeni vardır. Örneğin, Hughes ve Larson (1991) yoksul insanların daha az tatmin olma eğiliminde olduğunu belirtmiş ve Hall ve Dornan (1990), tatmin ile hastaların geliri arasında bir fark olmadığını saptamıştır.

Araştırma grubunun medeni durumuna göre hasta tatmininin alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkı Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Test sonucuna göre medeni durum ile hasta tatmini alt boyutları arasında varsayımsal bir farklılık gösterilememiştir ( $p>0,05$ ). Ifediora ve Rogers tarafından 2017 yılında doktor ev ziyareti hizmetlerinden hasta tatmin düzeyleri ve yordayıcıları üzerine yapılan bir çalışmada, medeni durum ile hasta tatmininin alt boyutları arasında ilişki olmadığı yönünde benzer bir sonuç elde edilmiştir.

Bu çalışma, toplam hasta tatmini ve alt boyutları ile çalışma durumu arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Güney Afrika'da kamu sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin hasta algıları başlıklı bir yüksek lisans tezi de çalışan ve işsiz hastalar arasında sağlık hizmetlerinden tatmin düzeylerinde bir fark olmadığını belirterek, bu çalışmayla benzer bir sonuç bulmuştur (Ntunta, 2019).

Bu çalışmada, araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısı ile toplam hasta tatmini ve alt boyutları arasındaki farkı değerlendirmiştir. Bulunan sonuca göre toplam

tatmin ile birlikte hasta tatmininin çoğu alt boyutu (genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası tutum, finansal yönler) ile yaşayan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür ( $p<0,05$ ). Diğer alt boyutlar (doktorla geçirilen zaman, erişilebilirlik ve rahatlık) ile yaşayan çocuk sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Farkı araştırmak için araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısı 4 kategoride sınıflandırılmıştır (İlk gebelik, 1-3 çocuk, 4-6 çocuk,  $\geq 7$ ). Buna göre ilk gebelik grubu diğer gruplara göre hem ölçeğin toplam tatmini hem de genel tatmin, teknik kalite ve kişilerarası tutum alt boyutlarında yüksek düzeyde tatmin bulunmuştur. Ancak, 7'den fazla çocuğu olanların, diğer gruplara göre finansal yönler alt boyutundan oldukça tatmin oldukları bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, Ahmed ve arkadaşları tarafından 2021 yılında Mısır'da yürütülen COVID-19 Pandemisi sırasında Kadınlarda Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Mobil Uygulama Müdahalesinin Etkisi başlıklı çalışmada, kadınların %86,7'sinin sağlık hizmetlerinden memnun olduğuna işaret edilmiştir. Kruszecka-Krówka ve arkadaşlarının 2019'da yaptığı bir çalışmada, 6 yaşından büyük çocuğu olan ebeveynlerin, finansal yönler de dahil olmak üzere bakımdan tatminini değerlendiren tüm kriterler için daha yüksek puanlar elde edilmiştir. Başka bir çalışma, daha fazla çocuk sahibi olmak ile finansal yönler arasındaki farkı desteklemektedir. Buna göre, yedi yaşında ve daha büyük çocukları olan ebeveynlerin finansal yönlerden daha yüksek düzeyde tatmin olduklarını kanıtlanmıştır (Uysal ve Çırlak, 2014).

Araştırma grubunun gebelik durumu ile toplam hasta tatmini ve alt boyutları arasındaki fark istatistiksel olarak incelenmiştir. Test sonucuna göre hem toplam tatmin hem de hasta tatmini alt boyutlarında farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Fischer ve arkadaşları tarafından 2007 yılında poliklinik doğum ve jinekoloji ortamında doktor kıyafetlerinin hasta tatmini üzerindeki etkisine yönelik bir çalışma, hasta tatmini boyutları ile gebelik durumu arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir.

Bu çalışma hasta tatmini toplam ve alt boyutları ile sağlık kurumu ziyaret nedeni arasındaki fark incelenmiştir. Değerlendirme sürecinde sırasıyla çocuklarını için, gebelik kontrolü, aşılama ve ilaç almak olmak üzere ziyaret nedeninin dört

değişkenine bakılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre hasta tatmini alt boyutları ile sağlık kurumu ziyaret nedeni arasında fark bulunmazken, toplam tatmin ile sağlık kurumu ziyaret nedeni arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Bu bakımdan, sağlık kuruluşuna gebelik kontrolü ve ilaç almak amacıyla başvuran kadınlar, sağlık kuruluşuna çocuk ve aşı için gelen kadınlara göre oldukça memnun kalmıştır. Wu ve ark. (2021), tarafından Gana’da sağlık hizmeti sunumundan hasta tatmini başlıklı bir çalışma, araştırma grubunun %64,9’unun gebelik kontrolü ve ilaç alma dahil doğum hizmetleri erişim kolaylığı nedeniyle memnun olduğunu bularak bu çalışmanın sonucunu desteklemektedir.

Araştırma toplam ve alt boyutlarında hasta tatmini ve ulaşım şekli açısından farklılık olup olmadığını değerlendirmiştir. Sağlık kuruluşuna ulaşım şekli sırasıyla yürüyerek, toplu ulaşım ve bajaj ile olmak üzere 3 kategoriye ayrılmıştır. Değerlendirme sonucunda, hem toplam hem de alt boyutlarda hasta tatmini ile sağlık kuruluşuna ulaşım şekli arasında fark olmadığı gösterilmiştir ( $p>0,05$ ). Margolis ve arkadaşları tarafından 2003 yılında Birleşik Arap Emirlikleri’nde birinci basamak sağlık hizmetlerinden hasta tatmini üzerine yapılan bir çalışmada, sağlık kuruluşuna ulaşım şekli ile alt boyut düzeyinde ve toplam tatmin düzeyinde hasta tatmini arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bu çalışma, araştırma grubunun doğum yaptığı kurum ile hasta tatmini arasındaki fark hem ölçek düzeyinde hem de alt boyutlarda incelenmiştir. İnceleme sonucuna göre, araştırma grubunun doğum yaptığı kurumu ile genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası tutum ve finansal yönler gibi bazı hasta tatmini alt boyutları arasında pozitif bir fark elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna zıt olarak, toplam ölçek tatmini ile birlikte iletişim, doktorla geçirilen zaman, erişilebilirlik ve rahatlık alt boyutları ile araştırma grubunun doğum yaptığı kurumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Buna göre, sağlık kuruluşunda doğum yapan araştırma grubu, ilk gebeliği olan ve geleneksel doğum görevlisi desteği ile ve evde doğum yapanlara göre genel tatmin, teknik kalite ve kişilerarası tutum alt boyutlarında daha fazla tatminsiz bulunmuştur. Ancak, hasta tatmininin finansal yönler alt boyutunda en çok profesyonel sağlık kuruluşunda doğum yapan araştırma grubunun memnun olduğu

tespit edilmiştir. Mocumbi ve arkadaşları tarafından 2019 yılında tesis temelli doğum sırasında annelerin bakımdan tatminleri üzerine yapılan bir araştırma, benzer bir sonuçla hastanede doğum yapan annelerin teknik kalite konularında, genel tatmin ve sağlık profesyonelleriyle ilişkilerinde oldukça tatminsiz oldukları sonucuna varmıştır. Finansal yönler ile doğum yaptığı kurumu arasındaki farkının değerlendirilmesinde, Ahmed ve Itrat'ın 2020 yılında tıbbi hizmetlerden hasta tatminine ilişkin yaptığı bir araştırma, sağlık kuruluşunda doğum yapan araştırma grubunun emsallerine göre finansal yönler açısından daha memnun olduğunu göstermiştir.

Araştırmada ayrıca hem alt boyut hem de ölçek düzeyinde hasta tatmini ile araştırma grubunun gebelikte sağlık eğitimi desteği alıp almadığı arasındaki fark araştırılmıştır. Araştırma grubu, sağlık eğitimi desteği almaya evet ve hayır şeklinde yanıt vermiş ve son olarak bir fark elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Ndambuki tarafından 2013 yılında Kenyatta Ulusal Hastanesi Böbrek Ünitesi'nde hasta tatmin düzeyi ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesi algısı üzerine yapılan bir araştırma, sağlık eğitimi desteği ile hasta tatmini tüm boyutları arasında bir fark bularak bu araştırmanın sonucunu desteklemiştir.

Çalışmanın son hipotezinin incelenmesinde, araştırma grubunun sağlık durumu ile hasta tatmini alt boyutları ile toplam tatmini arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu bağlamda, sağlık durumunun iyi veya çok iyi olduğunu belirten diğer araştırma grubu ile karşılaştırıldığında, sağlık durumunun kötü veya çok kötü olduğunu belirten anneler, doktor ile geçirilen zaman alt boyutu dışında tüm hasta tatmini alt boyutlarından en çok memnun olmayanlar olarak elde edilmiştir. Mevcut çalışmaya benzer şekilde, Xiao ve Barber, kendi kendine algılanan fiziksel sağlık durumunun, hastaların tıbbi bakımdan tatminlerini değerlendirmelerini önemli ölçüde etkilediğini bildirmişlerdir. 2008 yılında yaptıkları bu çalışmada, sağlık durumlarının iyi olduğunu söyleyenlerin, sağlık durumlarını kötü algılayanlara kıyasla bakıma erişim, profesyonel personel ve bakım kalitesinden hasta tatmininden daha memnun oldukları görülmüştür. Romanowicz ve ark. (2022), tarafından yapılan bir çalışmada, anksiyete dahil olmak üzere ruh sağlığı sorunları olan hastaların

erişilebilirlik ve iletişim boyutlarından daha fazla tatminsiz oldukları rapor edilmiştir. Kuye ve Akinwale (2019) tarafından yapılan bir araştırma, Nijerya'nın Lagos Eyaletindeki devlete ait hastanelerdeki tıbbi tesislerin değerlendirilmesinde ayakta kalan hastalarda uzun bekleme süresinin başka bir zorluk olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmanın bazı katılımcıları, sağlık sorunu ortaya çıktığında kendi kendilerini tedavi etmek için alternatif ev ilaçlarına başvurdıklarını bile iddia etmiştir. Sağlık hizmetlerinde uzun bekleme süreleri sorunu, sağlık durumu kötü olan kişilerin tatminsizliğine doğrudan etki etmektedir.



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tezin bu bölümünde araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, Somali’de anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımı ile anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinden tatmine ilişkin sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımı ile anne ve çocuk sağlığı hizmetlerine yönelik hasta tatmini başlıkları altında açıklanmaktadır.

Araştırma, Somali’nin başkenti Mogadişu’da bulunan Wadajir Sağlık Merkezi’nde, merkezdeki anne ve çocuk hizmetlerinden yararlanan 15-49 yaş arası kadınların katılımıyla 2019 yılı ortalarında gerçekleştirilmiştir. Araştırma tanımlanan evrenin % 63’ünü oluşturan 500 kişinin katılımı ile tamamlanmıştır. Araştırma kapsamında İngilizce PSQ-18 ölçeğinin Somalice’ye uyarlaması yapılmıştır. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımı ile ilgili sonuçlar aşağıda verilmektedir.

- Araştırma grubunun en fazla (%69,20) kamu sağlık hizmetlerini kullandıkları, bu tercihin kamu kurumlarının ücretsiz olması (%53) nedeni ile ilk sırada olduğu bulunmuştur.
- Araştırma grubunun anne ve çocuk sağlığı merkezini en fazla (%45,6) çocuklarının hastalıkları nedeni ile ziyaret ettikleri, gebelik döneminde sağlık kurumunu ziyaret sıklığı değerlendirildiğinde, %52,4’ünün 3 kez sağlık kuruluşunu ziyaret ettiği bulunmuştur. Bu sonuçlar, gebelik ve çocukların hastalığı söz konusu olduğunda, sağlık merkezinin kullanan kadın sayısının arttığını göstermektedir. Ancak araştırma grubunun çoğunluğunun (%78), çocukları hastalanınca kurumsal sağlık hizmetleri yerine geleneksel tıbbi kullandıklarını belirtmiştir. Somali toplumu için geleneksel tıba olan inancın yüksek olduğu, ölüm oranlarını etkilediği söylenebilir.

- Araştırma grubunun yaklaşık %50,8'inin evde, %19,8'inin geleneksel ebeler aracılığıyla doğum yaptığı, sağlık kuruluşu dışında yapılan bu doğumların, sağlık kuruluşundaki hizmetlerin yanlış algılanması (%37), geleneksel ve dinsel inançlar (%24,7) kaynaklı olduğu bulunmuştur. Bu sonucun, anne ve bebek ölümlerinde etkili olduğu söylenebilir.
- Araştırma grubunun doğum yeri karar vericisi söz konusu olduğunda, sağlık hizmetlerinden yararlanmada aile üyeleri (%45,4) en önemli role sahiptir. Eşlerin anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma kararında ikinci sırada (%31,2) geldiği bulunmuştur. Bu sonuç, kadınların çoğunluğunun doğum yapacakları yere karar vermediklerini göstermektedir.
- Araştırma grubunun, son doğum şekline göre, çoğunluğunun (%97,4) normal doğum yaptığı, doğum sonrası %47,6'sının merkezi ziyaret etmediği bulunmuştur. Bu sonuç, doğum sonrası bakım hizmetlerinin kullanımın da yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir.
- Araştırma grubunun sağlık hizmetine fiziksel erişilebilirliği bağlamında, sağlık kurumu ulaşım şekli incelendiğinde, çoğunluğunun (%60,8) yürüyerek sağlık kuruluşuna ulaştığı bulunmuştur. Buna göre sağlık hizmetlerinin kullanımında fiziksel yakınlığın önemli olduğu söylenebilir.
- Araştırma grubu sağlık hizmetlerinde çoğunlukla (%56,8) kan tetkiklerin eksik olduğunu ifade etmiştir. Tıbbi malzeme eksikliği ve tanı ve teşhis olanaklarının yetersizliği, sağlık hizmetlerine olan güveni ve hizmetin kullanımını olumsuz etkilemektedir.
- Araştırma grubunun çoğunluğunun (%58,4) gebelikte sürekli sağlık eğitimi hizmetlerinden yararlanmadıkları, %46,2'sinin sağlıkla ilgili bilgileri aileden veya

komşudan aldığı bulunmuştur. Bu sonuçlar, kadınların düzenli sağlık eğitimine ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır.

- Araştırma grubunun çoğunluğunun (%58,25) algıladığı sağlık durumunun kötü olduğu, %68,2'sinin günde iki kez yemek yediği, %53'ünün çocuklarına günde üç kez yemek yedirdiği bulunmuştur. Bu sonuçlar, kadın ve çocuklar arasında yeterli düzeyde beslenmeyenlerin payının dikkat çekici olduğu, kadınların algıladıkları sağlık durumlarının da bundan olumsuz etkilendiği söylenebilir.
- Araştırma grubunun çoğunluğunun çoğunluğunun (%73,4) çocuklarını aşılattığı, %73,7'sinin hem emzirme hem anne sütü muadilleri ile beslediği, %41,2'sinin 6 ile 12 ay arasında emzirdiği bulunmuştur. Bu sonuçlar, araştırma grubunda aşılama ve emzirme bilincinin olduğunu göstermektedir.
- Araştırma grubunun %70,4'ünün aile planlaması farkındalıklarının olmadığı, aile planlaması yapılmamasının temel nedenlerinin kültürel engeller (%35,2), farkındalık eksikliği (%21) ve daha fazla çocuk sahibi olma isteği (%17) olduğu bulunmuştur. Araştırma grubunun %62,2'sinin 4-6 çocuk sahibi olduğu dikkate alındığında, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için aile planlaması konusunda bilgilendirmelere ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada araştırma grubunun ana çocuk sağlığı hizmetlerinden tatmini orta düzeyde ( $\bar{X}=46,00$ ;  $\pm 7,720$ ) bulunmuştur. Ölçeğin hasta tatmini alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Genel tatmin alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 1,400$ )
- Teknik kalite alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 3,786$ )
- Kişilerarası tutum alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 2,373$ )
- İletişim alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=5,00$ ;  $\pm 1,751$ )
- Finansal yönler alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 2,003$ )

- Doktorla geçirilen zaman alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00; \pm 2,068$ )
- Erişilebilirlik ve rahatlık alt alt boyutuna ait puan ortalaması ( $\bar{X}=8,00; \pm 3,863$ )

Bu sonuçlar finansal yönler puan ortalamasının, genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası tutum, iletişim, doktorla geçirilen zaman, erişilebilirlik ve rahatlık puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma grubunun finansal yönler alt boyutunda daha memnun olmasının nedeni sağlık merkezinin ücretsiz hizmetlerinden kaynaklanmaktadır. Buna göre, finansal yönler alt boyutu hariç tutulduğunda, kalan diğer tüm hasta tatmini alt boyutlarının orta düzeyde olması, ana çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

- Araştırma sonucunda, genel tatmin, kişilerarası tutum, iletişim, erişilebilirlik ve rahatlık gibi hasta tatmininin alt boyutları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre 15-25 yaş grubu, araştırmanın diğer yaş grubu ile karşılaştırıldığında genel tatmin, kişilerarası tutum, erişilebilirlik ve rahatlık alt boyutlarında daha memnun kalmıştır. İletişim alt boyutunda 26-35 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre daha memnun olduğu görülmüştür.

- Araştırma sonucunda, hasta tatmini alt boyutları (genel tatmin, kişilerarası tutum,) ile öğrenim düzeyi (okur yazar değil, ilköğretim, orta ve lise öğretim, üniversite) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre, üniversite düzeyindeki araştırma grubunun diğer eğitim düzeyi gruplarına göre genel tatmin alt boyutunda en düşük puana sahiptir. Kişilerarası tutum boyutu değerlendirildiğinde, diğer eğitim düzeyi gruplarına göre eğitimsiz olanlar en düşük tatmin puanına sahiptir. Veri toplama sürecinde de öğrenim düzeyi düşük ya da okur yazar olmayanların, soru sormakta, söylenenleri anlamakta zorlandıkları gözlemlenmiştir.

- Araştırma grubunun gelir durumu, medeni durumu ve çalışma durumu ile hasta tatmini toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

- Araştırma grubunun yaşayan çocuk sayısı ile hasta tatmini toplam ve genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası tutum, finansal yönler alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür ( $p<0,05$ ). Buna göre ilk gebeliği olanların diğer gruplara göre hem toplam tatmin hem de genel tatmin, teknik kalite ve kişilerarası tutum alt boyutlarında daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur. Bu sonuç, hiç doğum yapmamış kadınların olumsuz deneyim yaşamadıkları için daha memnun olduklarını göstermektedir.
- Araştırma grubunun gebelik durumu ile hasta tatmini toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Araştırma grubunun hasta tatmini toplam ve alt boyutları ile sağlık kurumu ziyaret nedeni arasındaki olası fark incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre hasta tatmini alt boyutları ile sağlık kurumu ziyaret nedeni arasında farklılık bulunmamış, toplam tatmin ile sağlık kurumu ziyaret nedeni arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p<0,05$ ). Buna göre, sağlık kurumuna gebelik kontrolü ve ilaç almak amacıyla kullananlar, çocukları ve aşılama için başvuranlara göre oldukça memnun kalmışlardır.
- Araştırma grubunun sağlık kuruluşuna ulaşım şekli sırasıyla yürüyerek, toplu ulaşım ve bajaj (motosiklet) ile olmak üzere 3 kategoride incelenmiş, hem toplam hem de alt boyutlarda hasta tatmini ile sağlık kuruluşuna ulaşım şekli arasında farklılık olmadığı gösterilmiştir ( $p>0,05$ ).
- Araştırma grubunun doğum yaptığı yer ile genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası tutum ve finansal yönler alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre, sağlık kurumunda doğum yapanlar, ilk gebeliği olan, geleneksel doğum görevlisi desteği ile ve evde doğum yapanlara göre genel tatmin, teknik kalite ve kişilerarası tutum alt boyutlarında daha fazla tatminsiz

oldukları bulunmuştur. Bu sonuç açık biçimde, sağlık kurumunda doğum hizmetlerinin yetersiz olduğunu, kötü algılandığını ortaya koymaktadır.

- Araştırmada grubunun, sağlık eğitimi alma durumları ile hasta tatmini toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Araştırma grubunun algıladığı sağlık durumu ve hasta tatmini alt boyutları ile toplam tatmin arasında istatistiksel farklılık gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre, sağlık durumunun iyi veya çok iyi olduğunu belirtenlerin, sağlık durumunun kötü veya çok kötü olduğunu belirtenlere göre (doktor ile geçirilen zaman alt boyutu dışında), toplam ve alt boyutlardan tatmin düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre, sağlık durumunun iyi algılanmasının tatmini olumlu etkilediği söylenebilir.

Bilimsel araştırmalarda genellikle sağlık hizmetlerinden yararlanma ve hasta tatmininin iyileştirilmesine yönelik önerilere farklı açılardan odaklanılmaktadır. Bu çalışmada, araştırmanın bulgulara ve sonuçlarına dayalı olarak genel ve özel önerilerde bulunulmuştur.

Araştırma grubunun çoğunluğu çocukları hastalandığı için sağlık merkezine başvurmuştur. Bu bağlamda çalışma, çocuklara yönelik sağlık hizmetlerine öncelik verilmesini ve sürdürülmesini önermektedir. Bu öneri, Somali'deki birinci basamak sağlık merkezlerinin toplumun farklı gruplarının ihtiyaçlarına göre tasarlamasına da yardımcı olabilir.

Çalışmanın sonucunda, araştırma grubunun çoğunluğunun devlet sağlık kuruluşlarına başvurduğu görülmüştür. Bu sonuç, ana ve çocuk sağlığına yönelik temel hizmetlerin büyük ölçüde devlet sağlık kurumlarında ücretsiz olarak verilmesinden kaynaklanmaktadır. Ücretsiz anne ve çocuk sağlığı hizmetleri sağlamanın yanı sıra, Somali Sağlık Bakanlığı, kaliteli temel sağlık hizmetlerine

erişim, herkes için güvenli ve etkili temel ilaçlara ve aşılara erişim dahil olmak üzere diğerk önemli evrensel sağlık kapsamını iyileştirebilir.

Araştırma grubunun çoğunluğu son gebeliklerinde 3 kez sağlık hizmeti alırken, kalan kısmı sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmıştır. DSÖ mevcut son verilerde 8 doğum öncesi ziyaret önermektedir. Bu alışma, annelerin bilgi ve sağlık okuryazarlık düzeyini geliştirmeyi ve doğum öncesi sağlık hizmetlerine yönelik kurumsal hizmetleri artırmayı önemli ve öncelikli görmektedir. Çalışma ayrıca, annelerin düzenli doğum kontrol ve tedavi ziyaretleri sırasında kendilerine sunulan ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını ve sağlıklarının iyileştirilmesinde rol almalarını önermektedir.

Araştırma grubunun çoğunlukla doğum yaptığı yerin ev ve geleneksel doğum desteği olduğu bulunmuştur. Araştırma grubunun sağlık merkezinde verilen sağlık hizmetlerini yanlış algılanması, geleneksel ve dini inançlar nedeniyle profesyonel sağlık kurumu dışında doğum yaptığı anlaşılmıştır. Birinci basamak sağlık merkezlerinin fiziki kalitesinin yanı sıra sağlık profesyonellerine yönelik iyileştirmeler ve annelerin bilinç düzeylerinin artırılması, sağlık kuruluşlarına sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin yanlış algıların ortadan kaldırılmasına yardımcı olabilir. Öte yandan, ebe sayısındaki boşluğu doldurmak için geleneksel ebelere örgün eğitimler verilebilir, sertifikalandırılmaları sağlanarak, kayıt altında olmaları ve kurumsallaştırılmaları mümkün olabilir. Bu öneri, nitelikli sağlık personeli tarafından desteklenen doğumları teşvik ederek, 2020 yılından 2024'e kadar bebek ve anne ölüm oranını düşürmeyi hedefleyen Somali Ulusal Kalkınma Planı'na katkı sunabilir.

Bilimsel araştırmalarda kadınların karar özerkliği ile sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki olası ilişki saptanmaktadır. Bu çalışmada doğumun yapılacak yerin kararının aile üyeleri ve eşler tarafından alındığı bulunmuştur. Bu açıdan, sosyoekonomik statülerin dönüştürölmesi de dahil olmak üzere, kadınların güçlendirilmesine yönelik programların ulusal ve uluslararası yardım kurumları

tarafından geliştirilmesi ve uygulanması sağlanabilir. Buna ek olarak, sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili olarak eşler arasında işbirliğinin önemine odaklanmak ve geliştirmek, olumlu sağlık sonuçları için son derece gerekli olabilir.

Son doğum şekline göre araştırma grubunun çoğunluğu normal doğum yapmıştır. Somali sağlık sisteminin kaynak gücü ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan kadınların sosyoekonomik durumu değerlendirildiğinde, bazı kadınların normal doğum yapmaktan başka seçeneklerinin olmadığı anlaşılabılır. Bu nedenle, bu çalışma sezaryen hizmetlerinin ulaşılabilirlik ve kabul edilebilirlik koşullarında artırılmasını önermektedir. Bununla birlikte çalışma, sezaryen olanakları klinik zorunluluk ve endikasyon durumuna göre yapılmasını önerilmektedir. Sağlık hizmetleri araştırmacıları, bilimsel olarak onaylanmış modern sezaryen ameliyatlarının bulunmasının, anne ve çocuk ölüm oranlarının azalmasına önemli katkı sağlayacağı konusunda hemfikirdir.

Doğum sonrası anne sağlığının korunmasında, doğum sonrası bakımın rolü bilinmektedir. Bu çalışmada, araştırma grubunun yaklaşık yarısının son doğumlarından sonra sağlık hizmetleri aramadıklarını belirlenmiştir. Çalışma, doğum sonrası bakım hizmetleri ihtiyacı ile ilgili farkındalık yaratmanın temel öncelik olduğuna dikkat çekmektedir. Doğum sonrası bakım hizmetleri ihtiyacı ile ilgili farkındalık yaratma ve iyileştirmenin ilk adımı olarak önerilmektedir. Doğum sonrası bakım bilinçlendirme kampanyaları ile ilgili bilgiler sağlık merkezlerine yapılan normal ziyaretler sırasında verilebilir. Doğum sonrası bakım ile ilgili bilgiler kapsamında annelere doğum sonrası olası komplikasyonların bebeğin ve kendisinin sağlığı açısından da açıklanabilir.

Sağlık hizmetlerine fiziksel erişime yönelik zorlukların, çatışma sonrası ülkelerde ve marjinalleştirilmiş sağlık sistemlerinde çok ciddi bir sorun olduğuna işaret edilmektedir. Bu çalışma, araştırma grubunun çoğunluğunun sağlık kuruluşuna yürüyerek geldiğini göstermiştir. Bu sorunun çözümünde, özellikle ilçelerde anne ve çocuk sağlığı hizmeti veren birinci basamak sağlık merkezlerinin sayısının

artırılmasını önermektedir. Fiziki erişimde bir diğer önemli çözüm ise sağlık kuruluşlarına giden yolların onarılması ve açılması, sağlık kuruluşlarının bulunduğu yerlere giden toplu taşıma araçlarının bulunmasıdır. Acil durumlarda, acil ulaşım hizmetleri kapsamında her gün 24 saat ambulans hizmetinin bulunması, doğum sırasında da dahil olmak üzere acil durumları olan anneler için fiziksel erişilebilirliğin önündeki zorlukları hafifletebilir ve anne ölümlerini önleyebilir.

Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde kan testler, enfeksiyon ve anemi gibi çeşitli rahatsızlık ve hastalıkların değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptir. Bu çalışmanın sonuçları, araştırma grubunun çoğunluğunun hematolojik tetkiklerin en çok eksik olan hizmet olduğunu ortaya koymaktadır. Klinik laboratuvar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bileşenlerinin esasıdır. Bu açıdan anne ve çocuk sağlığı merkezleri laboratuvar bölümlerini iyileştirmeli ve laboratuvar teknisyenlerine eğitim ve öncelik verilmelidir. Öte yandan, kaynakları kısıtlı sağlık sistemlerinde, daha az eğitim gerektiren, zamanında sonuç veren, taşınabilir, doğru ve kolay uygulanabilir bakım noktası tanı yöntemlerinin kullanılması, birinci basamak sağlık merkezlerinin kan hizmetlerindeki boşluğu doldurabilir. Bu testlerin örnekleri arasında kan şekeri izleme, hızlı gebelik testi, hemoglobin ve hızlı strep sayılabilir.

Sağlık hizmetlerinin farklı kademelerinde verilen sağlık eğitimi, özellikle anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde hayati önem taşımaktadır. Bu çalışmada araştırma grubunun çoğunluğunun son doğum sırasında farklı konularda sürekli sağlık eğitimi desteği almadıklarını ortaya koymuştur. Bu çalışma, sağlık eğitimi ile ilgili iyileştirmeler için, etkili sağlık eğitimcileri yetiştirilmesini, resimler ve posterler içeren araçlarla sürekli sağlık eğitimi verilmesini önermektedir.

Araştırma bulguları, araştırma grubunun çoğunluğunun çocukları hastalandığında, profesyonel sağlık kurumu yerine geleneksel tıp merkezine götürdüklerini göstermektedir. Toplumun sağlık arama davranışı, kültürü, mevcut sağlık hizmetleri kapasitesi dikkate alındığında, toplum sağlığı için geleneksel tıp merkezlerinin kurumsallaştırılmasını, akreditasyon kriterlerinin olmasını ve

geleneksel tıp çalışanlarının eğitim ve deneyimlerinin kontrol edilmesini önermektedir.

Araştırma grubunun çoğunluğu anne ve çocuk sağlığı ile ilgili bilgileri ailelerinden veya komşularından almıştır. Bu nedenle resmi ve bilimsel temelli sağlık bilgilerinin güvenilir bir kaynaktan temin edilmesi büyük önem taşımaktadır. Bununla ilgili olarak toplum sağlığı seferberliklerinin yürütülmesi ve uygun iletişim kanallarının seçilmesi bu sorunun çözümüne katkı sağlayabilir.

Araştırmalar, sağlık hizmetlerinden yararlanma çerçevesinde nüfusun algılanan sağlık durumunu incelemeye devam etmektedir. Bu çalışmada araştırmaya katılanların çoğu sağlık durumlarının kötü olduğuna dikkat çekmiştir. Bu çalışma, duyarlı anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin algılanan kötü sağlık durumunu önleyebileceğini öne sürmektedir. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin duyarlılığı; erişimin iyileştirilmesi, hizmetlerin kabul edilebilirliği ve sağlık arama davranışının iyileştirilmesi gibi faaliyetleri kapsamaktadır. Bu faaliyetler nihayetinde nüfusun sağlık statüsünün artmasına neden olabilir.

Yeterli ve dengeli beslenmenin, anne ve çocuk sağlığı için son derece önemli olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada, araştırma grubunun çoğunluğunun günde iki kez, çocuklarının ise günde 3 yemek yediği bulunmuştur. Bu bağlamda, sağlık merkezlerinde annelere beslenme ile ilgili sağlık bilgilerinin verilmesini önermektedir. Modern ve yurt dışından ithal edilen gıdaları alamayan annelerin, sağlığa faydalı ve ekonomik olan mahsulleri ve milli gıdaları kullanabilmelerinin sağlanması önerilmektedir. Annelerin sosyoekonomik durumlarına göre beslenme ile ilgili ekonomik yardımlar tasarlanabilir.

Çocukların beslenme şekline göre araştırma grubunun çoğunluğu, çocuklarını hem anne sütü hem de anne sütü muadilleri ile beslemişlerdir. Son bebek için emzirme süresinde annelerin çoğunluğu 6-12 ay arasında emzirmiştir. Bu çalışma, annelere emzirme ile ilgili farkındalığın geliştirilmesini ve öncelik verilmesini

önermektedir. Çalışma özellikle annelere emzirmenin çocuk sağlığı açısından önemini ve sadece anne sütü ile beslemenin süresini öğretmeyi önermektedir.

Araştırma grubunun çoğunluğunun sırasıyla kültürel tabular, farkındalık eksikliği ve daha fazla çocuk sahibi olma isteği nedeniyle aile planlaması ile ilgili sağlık hizmetlerinden yararlanmadığı ortaya konulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile planlaması hizmetlerinin önceliklendirilmesi ve etkin koordinasyonunun sağlanması, farklı aile planlaması yöntemlerinin kullanılması için bir başlangıç noktası olabilir. Bunun için aile planlaması ile ilgili sağlık eğitiminin insanların anlayabileceği yöntemle ve örneklerle verilmesi gerekmektedir. Aile planlamasının farklı yöntemlerine erişim için sağlık merkezleri her zaman hazır olmalıdır.

Bu araştırmada, sosyodemografik ve sağlık hizmeti kullanımı özellikleri ile hasta tatmini toplam ve alt boyutları arasında yaş, eğitim, çocuk sayısı, sağlık kurumuna gitme nedeni, doğum yapılan yer ve algılanan sağlık durumuna göre istatistiksel anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bu farklılıklar göz önünde bulundurularak, çalışma farklı grupların ihtiyaçlarına bağlı olarak hasta tatmin düzeyinin iyileştirilmesini önermektedir.

Araştırmada 15-25 yaş grubunun, diğer yaş gruplarına göre genel tatmin, kişilerarası tutum, erişilebilirlik ve rahatlık alt boyutlarında daha memnun oldukları bulunmuştur. Etkili kişilerarası etkileşim bağlamında her yaş grubunun tatminine önem verilerek, sağlık profesyonellerinin hastalara yönelik kişilerarası tutumları konusunda farkındalık oluşturmaya yönelik seminerler geliştirilebilir. Çalışma, birinci kategori olarak empati, aktif dinleme, nezaket ve duygusal zeka gibi kişilerarası becerilerin geliştirilmesini önermektedir. Erişilebilirlik sorunları için kabul edilebilir bir randevu sistemi geliştirilebilir, sağlık çalışanlarının mesai saatleri içinde sağlık merkezinde bulunmaları zorunlu tutulabilir. Hastanın ihtiyaç duyduğu her an sağlık merkezinde acil sağlık hizmeti alabilmesini sağlayacak yapılanma oluşturulabilir.

Yapılan araştırmalar eğitim düzeyinin hasta tatmin düzeyini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermiştir. Bu  alışma  niversite düzeyindeki araştırma grubunun diğer eğitim düzeyi gruplarına göre genel tatmin alt boyutunda en fazla tatminsiz olduğunu göstermiştir. Okuryazar gruplarda beklentinin çok yüksek olduğu düşünüldüğünde, hizmet verilen toplumun eğitim ve beklenti düzeyine uygun olarak, ana ve  ocuk sağlığı hizmetlerinin tasarlanması önerilebilir.

Çalışmanın bulgularına göre ilk gebelik grubu diğer gruplara göre hem toplam  l  ek hem de genel tatmin, teknik kalite ve kişilerarası tutum alt boyutlarında daha yüksek puana sahiptir. Daha önce gebe olmuş ve doğum yapmış annelerin, ilk gebeliği olanlardan daha deneyimli olması anlaşılabilir bir durumdur. Sağlık merkezlerinin temiz ve elverişli alt yapısı ile güvenli ve erişilebilir sağlık hizmeti vermeleri sağlanmalıdır. Sağlık merkezlerinde ihtiyaç duyulan malzeme ve ekipmanın tamamlanması, sağlık çalışanının günlük işleri yapabilecek yetenek ve becerileri geliştirilmesi önerilmektedir.

Araştırma sonucunda, toplam hasta tatmini ile sağlık kurumu ziyaret nedeni arasında anlamlı bir farklılık g r lm ştir. Bu sonuca göre, sağlık kurumunu gebelik kontrolü ve ilaç almak amacıyla başvuranlar, sağlık kurumuna  ocuk ve aşılama için gelenlere göre oldukça memnun kalmıştır. Ana  ocuk sağlığı hizmetleri, aşılama ve çocuklara yönelik hizmetleri yeniden gözden geçirebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü çocuklar oluşturur, program ve hizmetlerin kadınlar kadar çocuklara odaklı sunulması önerilmektedir.

Araştırma grubunun doğum yaptığı yer ile genel tatmin, teknik kalite, kişilerarası tutum ve finansal yönler alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Sağlık kurumunda doğum yapanlar, ilk gebeliği olan, geleneksel doğum görevlisi desteği ile ve evde doğum yapanlara göre genel tatmin, teknik kalite ve kişilerarası tutum alt boyutlarında daha fazla tatminsiz bulunmuştur. Çalışma, Somali Sağlık Bakanlığı'nın teknik kaliteyi, sağlık çalışanlarının eğitimini,

fiziksel çevreyi ve sağlık hizmetlerini kontrol etmek için farklı düzeylerde sağlık hizmetleri sunan kurumlara yönelik bir akreditasyon sistemi ve katı protokoller geliştirmesini önermektedir.

Araştırma sonuçları, algılanan sağlık durumu ve hasta tatmin alt boyutları ile toplam tatmin arasında anlamlı farklılık göstermiştir. Algılanan sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak değerlendiren araştırma grubu, iyi ve çok iyi diyenlere göre daha fazla tatminsiz bulmuştur. Çalışma, algılanan sağlık durumu da dahil olmak üzere hasta özellikleriyle ilgili faktörlere öncelik verilmesini önermektedir. Sağlık arama davranışı konusunda farkındalığın artırılması ve nitelikli sağlık profesyonelleri ve uygun altyapı ile etkili anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin sunulması, daha iyi sağlık durumuna yol açacaktır.

İyi bir sağlık politikasının toplumun sağlık düzeyini yükselttiği bilinmektedir. Sahra altı Afrika'nın, Somali dahil olmak üzere, sağlık reformlarında var olan sorunlar, çoğu sağlık planının yürütülmesinde yetersizlik ve siyasi taahhütlerin yokluğu, toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanamamasını beraberinde getirmiştir. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde tatminin yapılandırılması ve yansıtılmasına yönelik girişimler ve programlar, gerçekçi, sürekli ve nüfusa dayalı olmalıdır. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinden tatminin artırılmasına ilişkin politika girişimleri, insan kaynakları geliştirme ve kurumsal temelli reform dahil olmak üzere farklı kategorilerde yürütülebilir. Sağlık sektörü ile ilgili politikalara yönelik yasal mevzuatın oluşturulması ve düzenleyici politikaların geliştirilmesi önerilmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları, üniversite düzeyinde sağlık eğitimi müfredat ve eğitim programlarının gözden geçirilmesi açısından da önemlidir. Öğrencilere, teknik beceriler kadar, iletişim ve kişilerarası ve etik davranışlar dahil olmak üzere insani beceriler kazandırılmalıdır. Bu beceriler, fiziksel sorunlar gibi hasta tatminini doğrudan etkilemektedir. Bu açıdan incelendiğinde, sağlık profesyonelleri için iletişim becerileri derslerinin zorunlu hale getirilmesi ve öğrencilere sağlık kurumlarında örgütsel davranış gibi seminerler düzenlenmesi önerilmektedir.

Daha iyi sağlık hizmetleri için kaynakları organize edebilen, insan kaynaklarını planlayabilen ve etkin politika oluşturabilen daha iyi sağlık yöneticilerine ihtiyaç vardır. nce ulusal ve kurumsal düzeydeki mevcut sağlık yöneticileri, sağlık hizmetleri yönetimi ve karmaşık sağlık ortamları hakkında eleştirel düşünme konusunda sürekli eğitim verilmelidir. Buna göre ülkede sağlık bilimleri üniversitelerinin, sağlık kurumları yönetiminin profesyonelleşmesini sağlamak için lisans ve yüksek lisans programlarının hayata geçirilmesi önerilmektedir.

Genel olarak sağlık sektörü ile ilgili özellikle anne ve ocuk sağlığı hizmetlerinde yapılan çalışmaların ve verilerin yetersizliği, Somali'nin yaygın bir sorunudur. Bu araştırma Somali'de, hasta tatmini kısa formu (PSQ-18) kullanılarak anne ve ocuk sağlığı hizmetlerinde hasta tatminini değerlendiren ilk araştırmadır. Ayrıca, ülkenin sağlık sistemindeki yetersizlikler nedeniyle hasta tatmini araştırılan bir konu değildir. Bu nedenle, ülke sağlık sisteminin zorluklarına rağmen ana ocuk sağlığı hizmetlerinde hasta tatminine yönelik daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir. Sağlık hizmeti kullanımını ve tatmini olumsuz etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması, sağlık hizmetlerinin sunumunda gerçekleştirilecek iyileşmeler ve yönetsel çözümler için önemli kanıtlar sunacaktır.

## ÖZET

### **Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Hasta Tatmininin Değerlendirmesi: Somali’de Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri Üzerine Bir Araştırma**

Bu araştırmanın amacı, Somali’de anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini kullanan kadınların sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile ilgili sağlık hizmetleri kullanım özelliklerini tanımlamak, hizmetlerden tatmin düzeyini belirlemek, sosyo-demografik, gebelik ve doğum ile ilgili sağlık hizmetleri kullanım özelliklerine göre hasta tatminindeki farklılıkları saptamaktır. Kesitsel ve tanımlayıcı türde planlanan araştırmada örneklem seçilmeyerek evreninin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Buna göre veriler Somali Wadajir Anne ve Çocuk Sağlığı Merkezi’nde 2 Ağustos-2 Eylül 2019 tarihlerinde, 9:00-17:00 saatleri arasında toplanmıştır. Bir aylık sürede merkezi 813 hasta ziyaret etmiştir. Araştırmanın dâhil etme kriterleri (üreme yaşı olan 15-49 yaş aralığında olmak, gebe olmak, çocuk sahibi olmak, akıl sağlığı yerinde olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak) çerçevesinde, 500 katılımcı araştırmaya gönüllü olarak katılmıştır. Buna göre, evrenin % 62’sine ulaşılmıştır. Bu araştırmaya ilişkin veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama amacı ile kullanılan anket 3 bölüm halinde yapılandırılmıştır. Anketin ilk iki bölümünde yer alan sorular, davranışsal modelin (eğilim, kolaylaştırma ve ihtiyaç) faktörlerine göre düzenlenmiştir. Anketin üçüncü bölümündeki veriler Rand Corporation tarafından hasta tatmin düzeyini incelemek amacıyla geliştirilen hasta tatmini anketinin kısa formu (PSQ-18) ile toplanmıştır. Verilerin hipotez analizinde Kruskal-Wallis Testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olmayan değişkenler için ortanca (min – maks), nominal değişkenler ise frekans ve yüzde olarak gösterilmiştir.

Araştırma grubunun %45’inin çocukları için sağlık kuruluşuna başvurduğu, %69’unun kamu sağlık kurumunu tercih ettiği, %52,4’ünün 3 kez doğum öncesi ziyaret yaptığı, %50,8’inin evde doğum yaptığı, %37’sinin sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerinin yanlış algılanması nedeniyle sağlık kuruluşu dışında doğum yaptığı, %45’inin doğum yapacağı yere ailesinin karar verdiği, %97,4’ünün normal doğum yaptığı %49’unun doğum sonrası bakıma gitmediği, %60,8’inin sağlık kuruluşuna yürüyerek eriştiği, %78’i çocuğu hastalandığında geleneksel uygulamaları kullandığı, %46,2’si aileden veya komşudan sağlıkla ilgili bilgi aldığı, %58,2’sinin sağlık durumunun kötü olduğu, %58,4’ünün gebelikte sağlık eğitimi almadığı, %70,4’ünün aile planlaması farkındalığının olmadığı bulunmuştur. Araştırma grubunun toplam hasta tatmini puan ortalamasının ( $\bar{X}=46,00$ ;  $\pm 7,720$ ) orta düzeyde olduğu görülmüştür. Hasta tatmininin genel tatmin ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 1,400$ ), teknik kalite ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 3,786$ ), kişilerarası tutum ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 2,373$ ), iletişim ( $\bar{X}=5,00$ ;  $\pm 1,751$ ), finansal yönler ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 2,003$ ), doktorla geçirilen zaman ( $\bar{X}=4,00$ ;  $\pm 2,068$ ), ulaşılabilirlik ve rahatlık, ( $\bar{X}=8,00$ ;  $\pm 3,863$ ) alt boyutlarının puan ortalaması da orta düzeyde bulunmuştur. Buna göre, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinden tatminin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Sosyodemografik verilerle birlikte sağlık hizmeti kullanımı ile toplam hasta tatmini ve alt boyutları arasında yaş, eğitim, çocuk sayısı, sağlık kuruluşuna ziyaret nedeni, doğum yaptığı yeri ve algılanan sağlık durumuna göre istatistiksel farklılıklar saptanmıştır. Toplam hasta tatmini ve alt boyutları ile birlikte medeni durum, gelir düzeyi, gebelik durumu, sağlık kuruluşuna ulaşım şekli ve sağlık eğitimi desteği değişkenleri arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır.

Bu çalışma, hizmet sunumu noktasında anne ve çocuk sağığı hizmetlerine ilişkin farkındalığın ve eğitimin geliştirilmesini önermektedir. Erişim sorunlarını yansıtmak için araştırma, hizmet kapasitesini artırma, rahat ulaşım, sağığı hizmeti veren kurumlara yönelik düzenlemelerin geliştirilmesi ve üniversite eğitimi sırasında öğrencilere iletişim becerilerinin kazandırılmasını önermektedir. Kaynak kullanımı, kalite iyileştirme ve sağığı hizmetlerinin yönetimi ile ilgili maliyet etkili politikaları ve programları geliştirmek büyük bir etki yaratabilir. Çalışma, Somali sağığı bilimleri üniversitelerinin sağığı yönetimi alanında lisans ve lisansüstü programlar sunmasını önemli bir adım olarak görmekte ve bu bakış açısıyla ülke, sağığı hizmeti sunumunu iyileştirmek ve kötü yönetimle mücadele etmek için sağığı yöneticilerinin profesyonelleşmesine öncelik veren yaklaşımları değerlendirebilir. Çalışma, özellikle anne ve çocuk sağığı hizmetlerinde hasta tatmini konusunda derinlemesine araştırmaların yapılmasını önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Anne ve Çocuk, Hasta Tatmini, Sağığı Hizmetleri Kullanımı, Sağığı Politikası, Sağığı Yönetimi.



## SUMMARY

### **An Assessment of Health Services Utilization and Patient Satisfaction: A Research on Maternal and Child Health Services in Somalia**

This study aims to reveal the socio-demographic, pregnancy, and birth-related health services utilization characteristics of women using maternal and child health services, to determine the level of satisfaction with the services, and to find the differences in patient satisfaction according to socio-demographic, pregnancy, and birth-related health services utilization characteristics in Somalia. The study which was planned as a cross-sectional and descriptive type, aimed to reach the entire universe by not choosing a sample. According to this, data were collected at WADAJIR Maternal and Child Health Center in Somalia between 09:00-17:00 on 2 August–2 September 2019. Within a month, 813 patients visited the center. Following the inclusion criteria of the study (being between the reproductive ages of 15-49, being pregnant, having children, being sane, and volunteering to participate in the study), 500 respondents participated in the study. The data related to this research were collected by survey method. The questionnaires used for data collection were structured in 3 parts. The questions in the first two parts of the questionnaires were divided according to the factors of the behavioral model (predisposing, enabling, and need). The data in the third part of the questionnaires were collected based on the short form of the patient satisfaction questionnaire (PSQ-18) developed by Rand Corporation to examine the level of patient satisfaction. Kruskal-Wallis Test and Mann-Whitney U test were used in the hypothesis analysis of the data. Descriptive statistics distribution was shown as mean (min–max) for non-normal variables, and frequency and (%) for nominal variables.

As the result of the research, 45% of mothers visited health institution for their children, 69% preferred a state health institution, 52.4% have 3 prenatal visits, 50.8% gave birth at home, 37% gave birth outside the health institution due to the misconception of the health services provided in the health institutions, 45% of the decisions on the place of giving birth were taken from the family, 97.4% were normal birth, 49% were not visited postnatal care, 60.8% accessed health institution by walking, 50.6% specified blood tests as the insufficient service in the health institution, 78% used traditional practices when the child gets sick, 46.2% got information about health from family or neighbors, 58.2% had poor health status, 58.4% did not receive health education during pregnancy, and 70.4% reported that they did not have family planning awareness. The mean total patient satisfaction score ( $\bar{X}=46.00$ ;  $\pm 7.720$ ) was found to be moderate. The mean score of patient satisfaction subdimensions including general satisfaction ( $\bar{X}=4.00$ ;  $\pm 1.400$ ), technical quality ( $\bar{X}=8.00$ ;  $\pm 3.786$ ), interpersonal manner ( $\bar{X}=4.00$ ;  $\pm 2.373$ ), communication ( $\bar{X}=5.00$ ;  $\pm 1.751$ ), financial aspects ( $\bar{X}=8.00$ ;  $\pm 2.003$ ), time spent with the doctor ( $\bar{X}=4.00$ ;  $\pm 2.068$ ), accessibility and convenience ( $\bar{X}=8.00$ ;  $\pm 3.863$ ) was also found as moderate. Based on this, it can be said that satisfaction with maternal and child health services is at a moderate level. Statistical differences were detected between sociodemographic data together with health services use and total patient satisfaction and subdimensions according to age, education, number of children, the reason for visiting the health institution, place of delivery, and perceived health status. Statistical differences were not found between total patient satisfaction together with subdimensions and the variables of marital status, income level, pregnancy status, mode of transportation to health institution, and health education support.

This study suggests improving the awareness and education related to maternal and child health services at the point of service delivery. In order to reflect access problems, the research presents increasing the service capacity, convenient transportation, developing regulations toward health services providing institutions, and the acquisition of communication skills to students during university education. Developing cost-effective policies and programs related to resource use, quality improvement, and health services management can create a significant impact. The study sees it as an important step for Somali health sciences universities to offer undergraduate and postgraduate programs in health management, and from this perspective, the country can consider approaches that prioritize the professionalization of health managers to improve health care delivery and combat poor governance. The study recommends conducting in-depth research on patient satisfaction, especially in maternal and child health services.

**Keywords:** Health Services Utilization, Health Policy, Health Management, Mother and Child, Patient Satisfaction.



## KAYNAKLAR

- ABDELLAH FG, LEVINE E (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, **5(3)**: 100-108.
- ABDOLLAHPOUR I, NEDJAT S, NOROOZIAN M, GOLESTAN B, MAJDZADEH R (2010). Development of a caregiver burden questionnaire for the patients with dementia in iran. *International Journal of Preventive Medicine*, **1(4)**: 233-41.
- ADDISSE M (2003). Maternal and Child Health. University of Gondar. ([https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture\\_notes/health\\_science\\_students/ln\\_maternal\\_care\\_final.pdf](https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/health_science_students/ln_maternal_care_final.pdf)). Erişim Tarihi:8/7/2022.
- ADEDOKUN S T, UTHMAN O A (2019). Women who have not utilized health Service for Delivery in Nigeria: who are they and where do they live?. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **19(1)**: 1-14.
- ADEDOKUN ST, YAYA S (2020). Correlates of antenatal care utilization among women of reproductive age in sub-Saharan Africa: evidence from multinomial analysis of demographic and health surveys (2010-2018) from 31 countries. *Archives of Public Health*, **78(1)**: 1-10.
- ADHKARY G, SHAWON RS, ALI W, SHAMSUZZAMAN, AHMED S, SHACKELFORD K A, WOLDEAB A, ALAM N, LIM SS, LEVINE A, GAKIDOU E, UDDIN J (2018). Factors influencing patients' satisfaction at different levels of health facilities in Bangladesh: Results from patient exit interviews. *PLoS One*, **13(5)**, e0196643.
- AGUNWA C C, OBI I E, NDU A C, OMOTOWO I B, IDOKO C A, UMEOBIERI A K, ANIWADA E C (2017). Determinants of patterns of maternal and child health service utilization in a rural community in south eastern Nigeria. *BMC Health Services Research*, **17(1)**: 1-8.
- AHETO J M K (2019). Predictive model and determinants of under-five child mortality: evidence from the 2014 Ghana demographic and health survey. *BMC Public Health*, **19(1)**: 1-10.
- AHMED S R, ALI H A E, SHALABY N S, ABOU ELAZAB R T, FARID AMR A E (2021). Effect of Mobile Application Intervention on Health Literacy Regarding Antenatal Care among Primigravida Women during the COVID 19 Pandemic. *Assiut Scientific Nursing Journal*, **9(27)**: 22-33.

- AHMAD E, ITRAT M (2020). Patient Satisfaction With Medical Services Provided at Unani Medicine Hospital, Bengaluru: A Cross-Sectional Study. *Journal of Patient Experience*, **7(6)**: 1432-1437.
- AHMED S, CREANGA AA, GILLESPIE DG (2010). Economic status, education and empowerment: implications for maternal health service utilization in developing countries. *Tsui AO PLoS One*, **5(6)**: 111-90.
- AKAMIKE I C, OKEDO-ALEX I N, EZE I I, EZEANOSIKE O B, UNEKE C J (2020). Why does uptake of family planning services remain sub-optimal among Nigerian women? A systematic review of challenges and implications for policy. *Contraception and Reproductive Medicine*, **5(1)**: 1-11.
- ALDANA JM, PIECKULEK H, AL-SABIR A (2001). Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organisation*, **79(6)**: 512-517.
- ALJAZEERA (2014). Ülke profili: Somali. (<https://www.aljazeera.com.tr/ulke-profil/ulke-profil-somali>). Erişim Tarihi:12/21/2022.
- ALMEHMAN BA, ZAHER M, Balkhy A, JABALI H, HARIRI BS, BAATIAH NY (2019). Measuring Patient Satisfaction and Factors Affecting it in the General Surgery Setting in Jeddah. *National Library of Medicine* **11(12)**: 64-97.
- ALNAIF M S, ALGHANIM S A (2009). PATIENTS' KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS HEALTH EDUCATION: IMPLICATIONS FOR PRIMARY HEALTH CARE SERVICES IN SAUDI ARABIA. *Journal of Family & Community Medicine*, **16(1)**: 27-32.
- ANDALEEB S (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science and Medicine*, **52(9)**: 1359-1370.
- ANDERSON RT, FABIAN TC, RAJESH B (2007). Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*, **7(31)**:1472-6963.
- ANDERSEN RM (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: does it matter? *Journal of Health Social Behavior*, **36(1)**: 1-10.
- ANDERSEN RM (1975). Equity in Health Services: Does it Matter? Empirical Analysis in Social Policy. Library of Congress Cataloging in Publishing Data, USA.
- ANTHONY J, MAHD ET (2013). The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) as an adaptable, reliable, and validated tool for use in various settings. *Med Educ Online*, **18(1)**: 21747.

- ARMSTRONG D, VAN ZANTEN SJ, CHUNG SA, SHAPIRO CM., DHILLON S, ESCOBEDO S, NEVIN K (2005). Validation of a short questionnaire in English and French for use in patients with persistent upper gastrointestinal symptoms despite proton pump inhibitor therapy: the PASS (Proton pump inhibitor Acid Suppression Symptom) test. *Canadian Journal of Gastroenterology*, **19(6)**: 350-358.
- ARORA V, KHARB M, SINHA LN, VERMA RK (2019). Service quality dimensions regarding maternal and child health-care provided to the beneficiaries attending a Nagrik Hospital Rohtak Haryana. *Int J Med Sci Public Health*, **8(12)**: 1039-1045.
- BANERJEE B (2003). A Qualitative Analysis of Maternal and Child Health Services of An Urban Health Centre, by Assessing Client Perception in Terms of Awareness, Satisfaction and Service Utilization. *Indian Journal of Community Medicine*, **28(4)**: 2003-10.
- BARGHOUTHIL DE, IMAM A (2018). Patient Satisfaction: Comparative Study between Joint Commission International Accredited and Non-accredited Palestinian Hospitals. *Health Science Journal*, **12(1)**: 1791-809.
- BABITSCH B, GOHL D, T Lengerke T (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med*, **9(11)**.
- BECK CT, GABLE RK (2001). Ensuring content validity: An illustration of the process. *Journal of Nursing Measurement*, **9(2)**: 201-215.
- BEINART SC, SALES AE, SPERTUS JA, PLOMONDON ME, EVERY NR, RUMSFELD JS (2003). Impact of angina burden and other factors on treatment satisfaction after acute coronary syndromes. *Am Heart J*, **146(4)**: 646-52.
- BELAY A, SENDO E (2016). Factors determining choice of delivery place among women of child bearing age in Dega Damot District, North West of Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **16(1)**: 1-8.
- BLAAKMAN A (2014). Cost Analysis of the Essential Package of Health Services in Somalia. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a089e8e5274a27b2000305/Somalia-cost-analysis-of-the-essential-package-of-health-services-.pdf>. Erişim Tarihi:10/2/2019.
- CANNON BJ (2017). Turkey in Africa: Lessons in Political Economy. *Florya Chronicles of Political Economy*, **3(1)**: 93-110.
- CARLOS AS, PRADO-GALBARRO, FJ, GARCÍA-PÉREZ S, SANTAMERA AS (2014). Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Qual Prim Care*, **22(3)**: 147-55.

- CHARLES C, GAULD M, CHAMBERS L, O'BRIEN B, HAYNES RB, LABELLE R (1994). How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals. *Can Med Assoc J.* **150(11)**: 1813–22.
- CHEN Y, LI Z, ZHANG YY, ZHAO WH, & YU ZY (2020). Maternal health care management during the outbreak of coronavirus disease 2019. *Journal of Medical Virology*, **92(7)**: 731-739.
- CHOUDHURY N, AHMED S M (2011). Maternal care practices among the ultra poor households in rural Bangladesh: a qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **11(1)**: 1-8.
- CIRIK V, EFE E (2015). The use of complementary and alternative medicine by children. *J Fam Med Commun Health*, **2(2)**: 1-2.
- CLEMSON L, FITZGERALD MH, HEARD R (1999). Content validity of an assessment tool to identify home fall hazards: The Westmead Home Safety Assessment. *British Journal of Occupational Therapy*, **62(4)**: 171-179.
- CONSTITUTION OF THE FEDERAL REPUBLIC OF SOMALIA (2012). [https://constitutionnet.org/sites/default/files/adopted\\_constitution\\_eng\\_final\\_for\\_printing\\_19sept12\\_-\\_1.pdf](https://constitutionnet.org/sites/default/files/adopted_constitution_eng_final_for_printing_19sept12_-_1.pdf). Erişim Tarihi:3/7/2019.
- CROW R, GAGE H, HAMPSON S, HART J, KIMBER A, STOREY L, THOMAS H (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, **6(32)**: 12-44.
- DAVIS A., EBRAHIMJEE M., EL-AMINE , ADUDA J (2008). Construction guidelines for Health Facilities. Unicef. [https://www.unicef.org/somalia/SOM\\_ConstructionGuidelinesHealthFacilitiesREPORT\\_12\\_WEB.pdf](https://www.unicef.org/somalia/SOM_ConstructionGuidelinesHealthFacilitiesREPORT_12_WEB.pdf). Erişim Tarihi: 3/5/2021.
- DAVIS LL (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, **5(5)**: 194-197.
- DELBANCO TL, STOKES DM, CLEARY PD, EDGMAN LS, WALKER JD., GERTEIS M (1995). Medical patients' assessments of their care during hospitalization: Insights for internists. *J Gen Intern Med*, **10(12)**: 679–85.
- DHAHER E, MIKOLAJCZYK R T, MAXWELL A E, KRÄMER A (2008). Factors associated with lack of postnatal care among Palestinian women: A cross-sectional study of three clinics in the West Bank. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **8(1)**: 1-9.
- DIAMANTOPOULOS A, SARSTEDT M, FUCHS C, WILCZYNSKI P, KAISER S (2012). Guidelines for choosing between multi-item and single-item scales for construct

- measurement: a predictive validity perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science*, **40(3)**: 434-449.
- DOS ANJOS LUIS A, CABRAL P (2016). Geographic accessibility to primary healthcare centers in Mozambique. *International Journal for Equity in Health*, **15(1)**: 1-13.
- DSÖ (2007). The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century. World Health Organization.
- DSÖ (2015). Somalia Health profile / World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. WHO Library Cataloguing in Publication Data. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254906/EMROPUB\\_2017\\_EN\\_19617.pdf;jsessionid=607D8F1F8E2594DA86B0121FE1A21971?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254906/EMROPUB_2017_EN_19617.pdf;jsessionid=607D8F1F8E2594DA86B0121FE1A21971?sequence=1)). Erişim Tarihi:10/2/2019.
- DSÖ (2017). Monitoring the Health-Related Sustainable Development Goals (SDGs).([https://www.who.int/docs/default-source/searo/hsd/hwf/01-monitoring-the-health-related-sdgs-background-paper.pdf?sfvrsn=3417607a\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/searo/hsd/hwf/01-monitoring-the-health-related-sdgs-background-paper.pdf?sfvrsn=3417607a_4)). Erişim Tarihi:12/9/2022.
- ELSA Z (2016). Health care systesm in sub-suhara africa: focusing on community based delivery (CBD) of health services and development of local research institutes. *United Nations Peace and Progress*, **3(1)**: 44-49.
- EMMANUEL N K, GLADYS E N, COSMAS U U (2013). Consumer knowledge and availability of maternal and child health services: a challenge for achieving MDG 4 and 5 in Southeast Nigeria. *BMC Health Services Research*, **13(1)**: 1-5.
- ENTWISTLE F, KENDALL S, MEAD M (2007). The promotion of breastfeeding among low-income women: midwives' knowledge and attitudes following a WHO/UNICEF breastfeeding management course. *Evidence-Based Midwifery*, **5(1)**: 29-35.
- EUROPEAN UNION (2017). Somalia 2016-2017 Limited Election Process. ([https://eeas.europa.eu/sites/eeas/files/eu\\_eem\\_somalia\\_final\\_report.pdf](https://eeas.europa.eu/sites/eeas/files/eu_eem_somalia_final_report.pdf)). Erişim Tarihi: 11/4/2019.
- FAEZIPOURA M, FERREIRAA S (2013). A system dynamics perspective of patient satisfaction in healthcare. *Procedia Computer Science*, **19(22)**: 148- 156.
- FARZIANPOUR F, BYRAVAN R, AMIRIAN S (2015). Evaluation of Patient Satisfaction and Factors Affecting It: A Review of the Literature. *Scientific Research Publisher*. **7(11)**: 1460-1465.
- FENTIMAN IS (2007). Communication with older breast cancer patients, *Breast J*, **13(4)**: 406-409.

- FISCHER RL, HANSEN CE, HUNTER R.L, VELOSKI JJ (2007). Does physician attire influence patient satisfaction in an outpatient obstetrics and gynecology setting? *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, **196(2)**: 186.e1-186.e5.
- FONG HA, NANCY J, LONGNECKER (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J*, **10(1)**: 38-43.
- FORTIN M, BAMVITA JM, FLEURY MJ (2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **63(2)**: 103-114.
- GAJOVIC G, KOCIC S, RADOVANOVIC S, ILIC B, MILOSAVLJEVIC M, RADEVIC S, IGNJATOVIC DR (2012). Satisfaction of users in primary health care. *Health MED*, **6(12)**: 4185-4194.
- GANLE J K, MAHAMA M S, MAYA E, MANU A, TORPEY K, ADANU R (2019). Understanding factors influencing home delivery in the context of user-fee abolition in Northern Ghana: Evidence from 2014 DHS. *The International Journal of Health Planning and Management*, **34(2)**: 727-743.
- GELE AA, AHMED MY, KOUR P, MOALLIM SA, SALAD AM, KUMAR B (2017). Beneficiaries of conflict: a qualitative study of people's trust in the private health care system in Mogadishu, Somalia. *Risk Manag Health Policy*, **1(10)**: 127-135.
- GELLER S E, KOCH A R., GARLAND C E, MACDONALD E J, STOREY F, LAWTON B (2018). A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reproductive Health*, **15(1)**: 31-43.
- GHIASI A (2021). Health information needs, sources of information, and barriers to accessing health information among pregnant women: a systematic review of research. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, **34(8)**: 1320-1330.
- GILL L, WHITE L (2009). A critical review of patient satisfaction. Leadership in Health Services. *Scientific Research Publisher*, **5(10)**: 8-19.
- GIRGIN R, DEMIRKIRAN ED, YILMAZ G (2019). Evaluation of Factors Affecting Patient Satisfaction with Health Care Services: A Cross-sectional Study in an Endourology Clinic. *Journal of Urological Surgery*, **6(4)**: 278-282.
- GOLDWAG R, BERG A, YUVAL D, BENBASSAT J (2002). Predictors of patient dissatisfaction with emergency care. *Isr Med Assoc J*, **4(8)**: 603-606.
- GRANT JS, DAVIS LL (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, **20(3)**: 269-274.

- HAILU F, CHERIE A, GEBREYOHANNIS T, HAILU R (2020). Determinants of traditional medicine utilization for children: a parental level study in Tole District, Oromia, Ethiopia. *BMC Complementary Medicine And Therapies*, **20(1)**: 1-11.
- HALL J A, DORNAN M C (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, **30(7)**: 811-818.
- HALL J J, TAYLOR R (2003). Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *The Medical Journal of Australia*, **178(1)**: 17-20.
- HAN W (2012). Health care system reforms in developing countries. *Journal of Public Health Research*, **1(31)**: 199-207.
- HASSAN K.I, FILIZ E (2022). Impact of Covid-19 on Health System in Somalia. *Selçuk Sağlık Dergisi*, **3(2)**: 192-204.
- HATEGEKA C, ARSENAULT C, & KRUK ME (2020). Temporal trends in coverage, quality and equity of maternal and child health services in Rwanda, 2000–2015. *BMJ Global Health*, **5(11)**, e002768.
- HEKKERT KD, CIHANGIR S, KLEEFSTRA SM, VAN D, BERG, B, KOOL RB (2009). Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Soc Sci Med*, **69(1)**: 68-75.
- HERON M, SUTTON PD, XU J, VENTURA SJ, STROBINO DM (2010). Annual summary of vital statistics: *Guyer B Pediatrics*, **125(1)**: 4-15.
- HOLIKATTI P C, KAR N, MISHRA A, SHUKLA R, SWAIN S P, KAR S (2012). A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian Journal of Psychiatry*, **54(4)**: 327-32.
- HUGHES T E, LARSON L N (1991). Patient involvement in health care: a procedural justice viewpoint. *Medical Care*, **23(9)**: 297-303.
- HULKA BS, ZYZANSKI J, CASSEL ST (1970). Scale for the Measurement of Attitudes Toward Physicians and Medical Care. *Medical Care*, **8(5)**: 429-36.
- IFEDIORA C O, ROGERS G D (2017). Levels and predictors of patient satisfaction with doctor home-visit services in Australia. *Family Practice*, **34(1)**: 63-70.
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (2017). Financing Global Health 2016: Development Assistance, Public and Private Health Spending for the Pursuit of Universal Health Coverage [https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/FGH/2017/IHME\\_FGH2016\\_Technical-Report.pdf](https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/FGH/2017/IHME_FGH2016_Technical-Report.pdf). Erişim Tarihi:9/8/2022.

- JADOO SAA, YASEEN SM, AL-SAMARRAI MAM, MAHMOOD AS (2020). Patient satisfaction in outpatient medical care: the case of Iraq. *Journal of Ideas in Health*, **3(2)**: 176-182.
- JALIL A, ZAKAR R, ZAKAR MZ, FISCHER F (2017). Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. *BMC Health Services Research*, **17(1)**: 1-13.
- JAMES KS, MISHRA US, & PALLIKADAVATH S (2022). Sequential impact of components of maternal and child health care services on the continuum of care in India. *Journal of Biosocial Science*, **54(3)**: 450-472.
- JENKINSON CA, COULTER S, BRUSTER N, RICHARDS T, CHANDOLA (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care*, **11(4)**: 335-9.
- JOSHI C, TORVALDSEN S, HODGSON R., HAYEN A (2014). Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **14(1)**: 1-11.
- KAMPHAUS RW (1991). Authentic assessment and content validity. *School Psychology Quarterly*, **6(4)**: 300-304.
- KAVALNIENĖ R, DEKSNYTE A, KASIULEVICIUS V, SAPOKA V, ARANAUSKAS R, ARANAUSKAS L (2018). "Patient satisfaction with primary healthcare services: are there any links with patients' symptoms of anxiety and depression?." *BMC Family Practice* **19(90)**: 1-9.
- KEATING NL, AYANIAN JZ (2003). Challenges and opportunities for primary care evaluation. *Int J Qual Health Care*, **15(5)**: 371-3.
- KRUSZECKA-KRÓWKA A, SMOLEŃ E, CEPUCH G, PIŚKORZ-OGÓREK K, PEREK M, GŃIADEK A (2019). Determinants of parental satisfaction with nursing care in paediatric wards—a preliminary report. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **16(10)**, 1774.
- KOUROUTAKIS AE (2018). The Constitution of Somalia on Paper and the Constitutional Reality. *SSRN*: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3098969>. Erişim Tarihi: 7/11/2019.
- KUYE OL VE AKINWALE OE (2019). Conundrum of bureaucratic processes and healthcare service delivery in government hospitals in Nigeria. *Journal of Humanities and Applied Social Sciences*, **3(1)**: 25-48.
- LANDINFO (2014). Somalia: Medical Treatment and Medication. [https://landinfo.no/asset/3510/1/3510\\_1.pdf](https://landinfo.no/asset/3510/1/3510_1.pdf). Erişim Tarihi: 1/1/2019.

- LATEEF F (2011). Patient expectations and paradigm shift of care in emergency medicine. *Journal of Emergencies, Medicine and Trauma*, 4(2): 163-167.
- LAWSHE CH (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, **28(4)**: 563-575.
- LOCKER D, HUNT D (1978). 'Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care. *Social Science and Medicine*, **12(4)**: 283-292.
- LYNN MR (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, **35(35)**: 382-385
- MANZOOR F, WEI L, HUSSAIN A, ASIF M, SHAH IA (2019). Patient Satisfaction With Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **16(18)**: 3318.
- MARGOLIS SA, AL-MARZOUQİ S, REVEL T, REED RL (2003). Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3): 241-249.
- MARIA SIEGA-RIZ A, HERRMANN T S, SAVITZ D A, THORP J M (2001). Frequency of eating during pregnancy and its effect on preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, **153(7)**: 647-652.
- MARSHALL G, HAYS R, RON D (1994). The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). *RAND Corporation*, 15-17. <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7865.pdf>. Erişim Tarihi: 9/10/2019.
- MAZZILLI C, DAVIS A (2009). Report 10: Health Care Seeking Behaviour in Somalia - A Literature Review. UNICEF and the European Union. ([https://www.unicef.org/somalia/SOM\\_HealthcareseekingbehaviourReport\\_10-WEB.pdf](https://www.unicef.org/somalia/SOM_HealthcareseekingbehaviourReport_10-WEB.pdf)). Erişim Tarihi:17/4/2019.
- MBONYE AK, NEEMA S, MAGNUSSEN P J (2006). Treatment-seeking practices for malaria in pregnancy among rural women in Mukono district, *Uganda. Biosoc Sci*, **38(2)**: 221-37.
- MCMANUS MC (2016). A Test of the Behavioral Model of Health Services Use on Nonemergent Emergency Department Use. Health Services Research Dissertations.([https://digitalcommons.odu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=healthservices\\_etds](https://digitalcommons.odu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=healthservices_etds)). Erişim Tarihi:10/4/2019.
- MERKOURIS A, PAPATHANASSOGLOU ED, LEMONIDOU C (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *Int J Nurs Stud*. **41(4)**: 355-67.

- METZ HC (1992). Somalia: A Country Study. Washington: GPO for the Library of Congress. (<http://countrystudies.us/somalia/>). Erişim Tarihi:11/3/2019.
- MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS OF TURKEY (2016). A Synopsis of Technical and Humanitarian Cooperation. Directorate General for Africa. (<http://mogadishu.emb.mfa.gov.tr/Mission/ShowInfoNote/252242>). Erişim Tarihi:11/12/2019.
- MOCUMBI S, HÖGBERG U, LAMPA E, SACOOR C, VALÁ A, BERGSTRÖM A, SEVENE E (2019). Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **19(1)**: 1-14.
- MOH SOMALIA (2013). Health Sector Strategic Plan January 2013 – December 2016. ([http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Somalia/the\\_federal\\_government\\_of\\_somali\\_republic\\_health\\_sector\\_strategic\\_plan\\_2013-2016.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Somalia/the_federal_government_of_somali_republic_health_sector_strategic_plan_2013-2016.pdf)). Erişim Tarihi:13/6/2019.
- MOH SOMALIA (2014). Prioritization of Health Policy Actions in Somali Health Sector. (<https://www.somalimedicalarchives.org/media/attachments/2021/09/18/somali-health-policy-directions-and-priorities-2014.pdf>). Erişim Tarihi:5/3/2020.
- MOH SOMALIA (2015). Somali Community Health Strategy: Health Services at the doorstep of Somali Communities. (<http://moh.gov.so/en/images/publication/CommunityHealth.pdf>). Erişim Tarihi:17/11/2019.
- MOH SOMALIA. (2016). The Somali Human Resources for Health Development Policy 2016-2021. ([somalangoconsortium.org/download/578571d68b6c0/](http://somalangoconsortium.org/download/578571d68b6c0/)). Erişim Tarihi:25/3/2019.
- MOH SOMALIA (2019). Hindise Sharciyeedka Daawada iyo Asaasidda. Hay'adda Qaranka ee Nidaam u sameynta Daawada. (<https://moh.gov.so/en/wp-content/uploads/2020/07/Document-first-at-parliament-Nov-2019-2.pdf>). Erişim Tarihi:16/9/2022.
- MRISHO M, OBRIST B, SCHELLENBERG JA, HAWS RA, MUSHI AK, MSHINDA H, TANNER M (2009). The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania. *Schellenberg DBMC Pregnancy Childbirth*, **9(10)**: 9-10.
- MUKHTR F, ANJUM A (2013). Patient satisfaction; OPD services in a tertiary care hospital of Lahore. *The Professional Medical Journal* **20(6)**: 973-80.
- MUNDAGOWA P T, CHADAMBUKA E M, CHIMBERENGWA P T, MUKORA-MUTSEYEKWA F (2019). Determinants of exclusive breastfeeding among mothers

- of infants aged 6 to 12 months in Gwanda District, Zimbabwe. *International Breastfeeding Journal*, **14(1)**: 1-8.
- MWEEMBA C, MAPULANGA M, JACOBS C, KATOWA-MUKWATO P, & MAIMBOLWA M (2021). Access barriers to maternal healthcare services in selected hard-to-reach areas of Zambia: a mixed methods design. *Pan African Medical Journal*, **40**:4.
- NAIDU A (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *Int J Health Care Qual Assur*, **22(4)**: 366-81.
- NDAMBUKI J (2013). The level of patients' satisfaction and perception on quality of nursing services in the Renal unit, Kenyatta National Hospital Nairobi, Kenya. *Open Journal of Nursing*, **3(2)**:186-194.
- NEWMAN I, LIM J, PINEDA F (2013). Content validity using a mixed methods approach: Its application and development through the use of a table of specifications methodology. *Journal of Mixed Methods Research*, **7(3)**: 243-260.
- NGWAKONGNWI E (2017). Measuring Health Services Utilization in Ethnic Populations: Ethnicity and Choice of Frameworks. *The Open Public Health Journal*, **2(2)**: 53-58.
- NIBA MB (2000). Communication between Healthcare Workers and Isizulu Speaking Female Patients at the Scottsville Clinic. Master's Thesis, University of Natal, Pietermaritzburg, South Africa.
- NIEMI RG, CARMINES EG, MCIVER JP (1986). The impact of scale length on reliability and validity. *Quality and Quantity*, **20(4)**: 371-376.
- NTUNTA A (2019). Patient perceptions of the quality of public healthcare in South Africa. University of the Western Cape, Master Degree Thesis.
- NYARUHUCHA C N, MSUYA J M, MAMIRO P S, KERENGI A J (2006). Nutritional status and feeding practices of under-five children in Simanjiro District, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, **8(3)**.
- ODATUWA-OMAGBEMI D O (2014). Patients' Satisfaction With Surgical Out Patient Services at the Delta State University Teaching Hospital, Oghara, Delta State, Nigeria. *Nigerian Health Journal*, **14(2)**: 71-78.
- OLADIPO JA (2014). Utilization of health care services in rural and urban areas: a determinant factor in planning and managing health care delivery systems. *Afr Health Sci*, **14(2)**: 322–333.
- OLAPADE-OLAOPA EO, SEWANKAMBO NK, IPUTO JE (2017). Defining Sub-Saharan Africa's Health Workforce Needs: Going Forwards Quickly Into the Past. *International Journal of Health Policy and Management*, **6(2)**: 111–113.

- OWITI A, OYUGI J, ESSİNK D (2018). Utilization of Kenya's free maternal health services among women living in Kibera slums: a cross-sectional study. *The Pan African Medical Journal*, **30**:1.
- ÖZER A, ÇAKIL E (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler, *Tip Araştırmaları Dergisi* **5(3)**: 140-143.
- PALMER T, AIYENIGBA A O, BATES I, OKYERE D D, TAGBOR H, AMPOFO G D (2020). Improving the effectiveness of point of care tests for malaria and anaemia: a qualitative study across three Ghanaian antenatal clinics. *BMC Health Services Research*, **20(1)**: 1-13.
- PALO KS , DUBEY S , NEGII S, SAHAY RM , PATEL K, SWAIN S, MISHRA KB, BHUYAN D, KANUNGO S, SOM M, MERTA RB, BHATTACHARYA B , KSHATRI SJ, PATI S (2022). Effective interventions to ensure MCH (Maternal and Child Health) services during pandemic related health emergencies (Zika, Ebola, and COVID-19): A systematic review. *PLOS ONE*, **17(5)**, e0268106.
- POLIT DF, BECK CT (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, **29(5)**: 489-497.
- POLIT DF, BECK CT, OWEN SV (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, **30(4)**: 459-467.
- PRABHAKAR CH, KAR H, MISHRA A, SHUKLA, R., SWAIN SP, KAR S (2002). A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian J Psychiatry*, **54(4)**:327-332.
- PRAKASH B (2010). Patient satisfaction: *J Cutan Aesthet Surg*, **3(3)**: 151-155.
- QAYAD MG (2008). Health Care Services in Transitional Somalia: Challenges and Recommendations. *Bildhaan: An International Journal of Somali Studies*, **7(10)**: 1-10.
- REBHAN DP (2008). Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behavior. Case Western Reserve University. (<https://www.yumpu.com/en/document/view/18269764/health-care-utilization-theories-and-models-case-western->). Erişim Tarihi:19/7/2019.
- RENZI C, ABENI D, PICARDI A, AGOSTINI E, MELCHI CF, PASQUINI P, PUDDU P, BRAGA M (2001). Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *Br J Dermatol*, **145(4)**: 617-623.

- RODRIGUES IB, ADACHI JD, BEATTIE KA, MACDERMID JC (2017). Development and validation of a new tool to measure the facilitators, barriers and preferences to exercise in people with osteoporosis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, **18(1)**: 1-9.
- ROMANOWICZ M, OESTERLE TS, CROARKIN PE, SUTOR B (2022). Measuring patient satisfaction in an outpatient psychiatric clinic. What factors play a role? *Annals of General Psychiatry*, **21(1)**: 1-6.
- RORO M A, HASSEN E M, LEMMA A M, GEBREYESUS S H, AFEWORK M F (2014). Why do women not deliver in health facilities: a qualitative study of the community perspectives in south central Ethiopia? *BMC Research Notes*, **7(1)**: 1-7.
- RUBIO D M, BERG-WEGER M, TEBB SS, LEE ES, RAUCH S (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, **27(2)**: 94-104.
- SAHOO KC, NEGI S, PATEL K, MISHRA BK, PALO SK, PATI S (2021). Challenges in maternal and child health services delivery and access during pandemics or public health disasters in low-and middle-income countries: a systematic review. In *Healthcare*, **9(7)**: 8-28.
- SÄILÄ T, MATILA E, KAILA, M., AALTO, P., KAUNONEN, M. (2008). Measuring patient assessments of the quality of outpatient care: a systematic review. *J Eval Clin Pract*, **14(1)**:148-154.
- SCHOENFELDER T, KLEWER J, KUGLER J (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care*, **23(5)**:503-509.
- SHARMA S, DHAKAL I (2018). Cesarean vs vaginal delivery: An institutional experience. *JNMA J Nepal Med Assoc*, **56(209)**: 535-539.
- SHURIYE AO (2022). The Prospective Economic Cooperation between Somalia and Some ASEAN Nations. In *Proceedings*, **82(1)**: 3.
- SIALUBANJE C, MASSAR K, VAN DER PIJL M S, KIRCH E M, HAMER D H, RUITER R. A (2015). Improving access to skilled facility-based delivery services: Women's beliefs on facilitators and barriers to the utilisation of maternity waiting homes in rural Zambia. *Reproductive Health*, **12(1)**: 1-13.
- SIEGA-RIZ AM, HERRMANN TS, SAVITZ DA, THORP JM (2001). Frequency of Eating During Pregnancy and Its Effect on Preterm Delivery. *American Journal of Epidemiology*, **153(7)**: 647-652.
- SMITH C (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, **4(3)**: 171-177.

- SOFAER S, CROFTON C, GOLDSTEIN E, HOY E, CRABB J (2005). What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Serve*, **40(6p2)**: 2018-2036.
- SOMALI DIRECTORATE OF NATIONAL STATISTICS (2020). The Somali Health-and-Demographic-Survey-2020.  
[https://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/FINAL%20SHDS%20Report%202020\\_V7\\_0.pdf](https://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/FINAL%20SHDS%20Report%202020_V7_0.pdf). Erişim Tarihi:4/2/2022
- SOMALI PLANLAMA, YATIRIM VE EKONOMİK KALKINMA BAKANLIĞI (2020). Somali National Development Plan.  
(<https://andp.unescwa.org/sites/default/files/202010/Somalia%20National%20Development%20Plan%202020%20to%202024.pdf>). Erişim Tarihi:8/7/2022.
- SYED ST, BEN SG, LISA KS (2014). Traveling Towards Disease: Transportation Barriers to Health Care Access. *Journal of Community Health*, **38**: 976-993.
- SWISS AGENCY FOR DEVELOPMENT AND COOPERATION. (2015). Health in the Horn of Africa, Kenya, Somalia & Ethiopia.  
([https://www.eda.admin.ch/dam/countries/countries/content/kenia/en/sdc/Health-Factsheet\\_EN.pdf](https://www.eda.admin.ch/dam/countries/countries/content/kenia/en/sdc/Health-Factsheet_EN.pdf)). Erişim Tarihi:23/4/2020.
- TATEKE T, WOLDIE M, OLOLO S (2012). Determinants of patient satisfaction with outpatient health services at public and private hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Afr J Prm Health Care Fam Med*, **4(1)**: 384-395.
- TERWEE CB, PRINSEN CA, CHIAROTTO A, WESTERMAN MJ, PATRICK DL, ALONSO J, MOKKINK LB (2018). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Quality of Life Research*, **27(5)**: 1159-1170.
- TESEMA G A, TESSEMA Z T, TAMIRAT K S, TESHAE A B (2020). Complete basic childhood vaccination and associated factors among children aged 12–23 months in East Africa: a multilevel analysis of recent demographic and health surveys. *BMC Public Health*, **20(1)**: 1-14.
- TIILIKAINEN M. (2014). Somali health care system and post-conflict hybridity. Horn of Africa Journal. (<http://afrikansarvi.fi/42-artikkeli/125-somali-health-care-system-and-post-conflict-hybridity>). Erişim Tarihi:29/2/2020.
- TOP M, KONCA M, SAPAZ B (2019). Technical efficiency of healthcare systems in African countries: An application based on data envelopment analysis. *Health Policy and Technolog*, **9(1)**: 62-68.

- UGURLUOGLU Ö, ÜREK D, DEMİR IB (2019). Evaluation of individuals' satisfaction with health care services in Turkey. *Health Policy and Technology*, **8(1)**: 24-29.
- UNICEF (2016). Situation Analysis of Children in Somalia. [[https://www.unicef.org/somalia/SOM\\_resources\\_situationalalysis.pdf](https://www.unicef.org/somalia/SOM_resources_situationalalysis.pdf)]. Erişim Tarihi:29/7/2019.
- UPADHYAY P, LIABSUETRAKUL T, SHRESTHA A B, PRADHAN N (2014). Influence of family members on utilization of maternal health care services among teen and adult pregnant women in Kathmandu, Nepal: a cross sectional study. *Reproductive health*, **11(92)**: 1742-4755.
- UYSAL G, ÇIRLAK A (2014). The expectations related to nursing and the satisfaction levels of the parents of the children who have acute health problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, **152**: 435-439.
- VAN HEMELRIJCK W, SCHRÖDER-BACK P (2014). The availability of demographic and socioeconomic determinants of health care utilization. *Alban Med J*, **2(9)**: 74-82.
- VIJU R, WULLIANALLUR R (2020). Healthcare Expenditure and Economic Performance: Insights From the United States Data. *Frontiers in Public Health*, **8**:156.
- WABIRI N, CHERSICH M, ZUMA K, BLAAUW D, GOUDGE J, DWANE N (2013). Equity in maternal health in South Africa: analysis of health service access and health status in a national household survey. *PLoS One*, **8(9)**: e73864.
- WAGRIS M, SEID A, KAHSSAY M, AHMED O (2019). Minimum meal frequency practice and its associated factors among children aged 6-23 months in Amibara District, North East Ethiopia. *Journal of Environmental and Public Health*, 2019:7.
- WALTZ CF, STRICKLAND OL, LENZ ER (2005). Measurement in Nursing and Health Research (3rd ed.) New York: Springer Publishing co.
- WARSAME AA (2020). Somalia's Healthcare System: A Baseline Study. <http://www.heritageinstitute.org/wp-content/uploads/2020/05/Somalia-Healthcare-System-A-Baseline-Study-and-Human-Capital-Development-Strategy.pdf>. Erişim Tarihi:19/8/2022.
- WARSCHBURGER P, KRÖLLER K (2009). Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics*, **124(1)**: 60-68.
- WILD D, GROVE A, MARTIN M, EREMENCO S, MCELROY S, VERJEE-LORENZ A, ERIKSON P (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, **8(2)**: 94-104.

- WORLDMETER (2022). Somali Demographics and Population. [https:// www.worldometers.info/world-population/somalia-population](https://www.worldometers.info/world-population/somalia-population). Erişim Tarihi: 10/12/2022.
- WONG K L, BENOVA L, CAMPBELL O M (2017). A look back on how far to walk: systematic review and meta-analysis of physical access to skilled care for childbirth in sub-Saharan Africa. *PloS one*, **12(9)**: e0184432.
- WU Q, AMPORFRO DA, BOAH M, YINGQI S, WABO TMC, ZHAO M, NKONDJOCK VR N. (2021). Patients satisfaction with healthcare delivery in Ghana. *BMC Health Services Research*, **21(1)**: 1-13.
- WYND CA, SCHMIDT B, SCHAEFER MA. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*, **25(5)**: 508-518.
- XIAO H, BARBER JP (2008). The effect of perceived health status on patient satisfaction. *Value Health*, **11(4)**: 719-725.
- YAGHMALE F (2003). Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*, **3(1)**: 25-27.
- YELLEN E, DAVIS GC, RICARD R (2012). The Measuring of Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, **16(4)**:23-29.
- YONAS F (2015). Infant and young child feeding practice status and associated factors among mothers of under 24-month-old children in Shashemene Woreda, Oromia region, Ethiopia. *Open Access Library Journal*, **2(7)**: 1-15.
- ZAMANZADEH V, GHAHRAMANIAN A, RASSOULI M, ABBASZADEH A, ALAVI-MAJD H, NIKANFAR AR (2015). Design and implementation content validity study: development of an instrument for measuring patient-centered communication. *Journal of Caring Sciences*, **4(2)**: 165-178.

\

## EKLER

### EK-1. Etik Kurul İzin Yazısı

Home of Quality Education



جامعة جمهورية  
للعلوم والتكنولوجيا

Date: 04 April, 2019

**Meeting No:** M20190404  
**Decision No:** D00020/19

**To:** The Health Science Institute, Ankara University, Turkey  
**From:** Research Ethics Committee of Jamhuriya University, Somalia  
**Subject:** Research Project Evaluation Result

Dears!

The thesis proposal of Bishar Abdi Mohamed, under the supervision of Prof. Yasemin Akbulut, with the topic of **“AN ASSESSMENT OF HEALTH SERVICES UTILIZATION AND PATIENT SATISFACTION: A RESEARCH ON MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES IN SOMALIA”** is examined in meeting No M20190404, its objectives and originality, as well as its theoretical framework and methodology, is evaluated, it was ethically appropriate and therefore literally approved by the Research Ethics Committee of Jamhuriya University of Science & Technology (JUST)

Abdiwahab A. Elmi  
Vice President, Research & Development  
[VP@just.edu.so](mailto:VP@just.edu.so)



Digfeer Street, Hodon District, Banadir Region

 +252 656666/854144/612223999

 [www.just.edu.so](http://www.just.edu.so)

 [info@just.edu.so](mailto:info@just.edu.so)

 **DIGFER CAMPUS:** Digfeer Street,Hodon District

**BENADIR CAMPUS:** Benadir Street, Hodon District - Mogadishu, Somalia

**EK-2. Somali Federal Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Araştırma İzin Yazısı**



Somali Federal Republic  
Ministry of Health & Human Services

**RESEARCH & ETHICS REVIEW COMMITTEE**

**RESEARCH APPROVAL**

This is to certify that the proposal submitted by:

Principal investigators: Bishar Abdi Mohamed

Reference No:

MOH&HS/DGO/0454/April/2019

Full project Title:

**AN ASSESSMENT OF HEALTH SERVICES UTILIZATION AND PATIENT SATISFACTION:  
A RESEARCH ON MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES IN SOMALIA**

To be undertaken in

Somalia

Starting Date: October 2018

Finishing Date: April 2020

For the proposed period of research

Has been approved by the Research & ethics committee at the Ministry of Health  
On the 19 March 2019



Ministry of health, Somalia

Tell: +252612375800

Email: [dg@moh.gov.so](mailto:dg@moh.gov.so) / P.O BOX 22

**EK-3. Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Hasta Tatmini Değerlendirmesine İlişkin  
Somalice Anket Formu**

**Qumeynta Isticmaalka Adeegyada Caafimaadka Iyo Qanaacada Bukaanka:  
Cilmi-Baaris Ku Saabsan Adeegyada Caafimaad Ee Hooyada Iyo Dhalaanka Ee  
Soomaaliya**

**Marwo,**

Magaceygu waa Bishaar Cabdi Maxamed. Waxaan hadda darajada seddexaad ee waxbarashada ka dhigtaa Jaamacada Ankara, kuliyadda caafimaadka, qeybteeda maamulka caafimaadka. Cilmi baaristanu waxey ku saabsan tahay xaaladaha hada jira ee bixinta adeegyada caafimaadka ee Soomaaliya, qaas ahaan waxyaabaha go'aamiyo isla markaana qaabeeyo isticmaalka adeegyadda caafimaad ee hooyada iyo dhalaanka iyo heerka qanaacada bukaanka. Si loo ilaaliyo xogta shaqsiga loona tixgaliyo anshaxa, muhiim ma aha in magacaaga aad xusto. Waxaan la xaqirikaarin in su'aalahan ka jawaabidooda ay qaadan doonto xogaa yar oo waqti ah, sidaa darteed waxaan si xishmadeysan kaaga codsanayaa in fikirkaaga iyo aragtidaada ku aadan mowduuca aad nagu biiriso. Ka qeybgalkaaga daraasadan waxay gogol xaar u noqon kartaa caqabado jira ama waxay abuuri kartaa fursado lagu hormarin karro caafimaadka bulshada iyo buuxinta firaaqada jirta.

Waa ku mahadsan tahay waqtiga iyo tixgalinta.

Bishar Abdi MOHAMED  
Ankara University Institute of Health Sciences  
Department of Health Institutions Management  
E

## **A. XOGTA GUUD EE SHAQSIGA**

**1. Da'daadu maxay tahay?.....**

**2. Maxay tahay heerka waxbarashadaada?**

1. Tacliin la'aan
2. Dugsi Hoose
3. Dugsi dhexe/Sarre
4. Jaamacad

**3. Waa sidee xaaladaada dhaqaale?**

1. Dhaqaale hoose
2. Dhaqaale dhexe

**4. Maxay tahay marxaladaada guur?**

1. Doob
2. Guursaday

**5. Waa sidee xaaladaada shaqo?**

1. Ma shaqeeyo hadda
2. Shaqeeyo hadda

**6. Imisa caruur oo nool ayaad leedahay?.....**

**7. Uur maleedahay hadda?**

1. Haa
2. Maya

**B. SU'AALAHADA LA XIRIIRO ISTICMAALKA ADEEGYADA CAAFIMAADKA EE HOOYADA IYO DHALAANKA**

**1. Waa maxay sababaha ugu weyn ee aad u booqato xurunta caafimaad ee hooyada iyo dhalaanka?**

1. Ilmaheyga dartood
2. Dhawrista xaaladda uurka
3. Tallaal
4. Daawo qaadasho

**2. Uurkii kugu dambeeyey xarun caafimaad oo nooc ah ayaad u doonatay adeegyada caafimaad ee hooyada iyo dhalaanka?**

1. kiliinik/cisbitaal dowladeed
2. kiliinik /cisbitaal gaar loo leeyahay
3. ururada aan dowliga aheyn
4. xarun dhaqan

**3. Maxaad u aadaa xaruntan?**

1. Haleelidda oo fudud
2. Shaqaalaha caafimaadka oo tayeysan
3. Goobta oo leh tayo caafimaad
4. Adeegga oo bilaash ah
5. dhaqan/caado

**4. Imisa jeer ayaad booqatay xarunta caafimaad ee hooyada iyo dhalaanka inta lagu guda jiray uurkaaga?.....**

**5. Hab-gaadiidkee isticmaashaa si aad u haleesho xarunta caafimaad?**

1. Socod
2. Bajaaj
3. Gaadiidka dadweynaha

**6. Adeegyada soo socda midkee ayaad u maleynaysaa inaad si fiican u helin?**

1. Cirbadda teetanada ee garabkaaga
2. Kiniiniyo ama sharoobo bir ah
3. Hubinta miisaanka

4. Baaritaanka dhiigga

5. Baaritaanka kaadida

**7. Intii aad uurka laheyd, ma heshay talo joogto ah oo ku saabsan caafimaadka hooyada iyo dhalaanka oo mowduucyo kala duwan leh?**

1. Haa

2. Maya

**8. Halkeed ku dhashay?**

1. Guriga

2. Xarun caafimaad oo xirfadeysan

3. Xarun dhaqan

4. Uurkii koowaad

**9. Hadii aadan ku dhalin xarun caafimaad sababta ugu weyni maxay aheyd?**

1. Aaminaad dhaqan iyo mid diin

2. Fikrad khaldan oo aan ka qabo adeegyada xarunta caafimaadka

3. Qalabka iyo shaqaalaha caafimaadka oo liita

4. Lacag la'aan

5. Daganaanta Meel ka fog xarunta caafimaadka

**10. Yaa go'aamiyey goobta dhalmada?**

1. Aniga

2. Seygeyga

3. Xubnaha qoyskeyga

**11. Dhalmadii kugu dambaysay sideed u dhashay?**

1. Dhalmo caadi ah

2. Qaliin

**12. Dhalmada kadib, halkeed u doonataa daryeelka caafimaad?**

1. Xarunta hooyada iyo dhalaanka (MCH)

2. Kiliinik/cisbital guud

3. Kiliinik/cisbitaal gaar ah

4. Xarun dhaqan

5. Ma aaddo

**13. Kadib dhalmadii kugu dambeysay, imisa jeer ayaad heshay daryeelka caafimaad ee dhalmada kadib?.....**

**14. Maalintii imisa xilli ayaad wax cuntaa?.....**

**15. Maalintii imisa xilli ayey caruurtaadu wax cunaan?.....**

**16. Caruurtaadu ma tallaalan yihiin?**

1. Haa                      2. Maya

**17. Caruurtaadu maxaysan u tallaalneen?**

1. Xarunta caafimaadka oo fog
2. Tallaal la'aan
3. Kalsooni darro tallaalka ah
4. lacag la'aan
5. Go'aanka seygeyga
6. Cabsida waxyeelada tallaalka

**18. Ilmaha yar sidee u quudisaa?**

1. Naasnuujin kaliya
2. Naasnuujin iyo Masaasad
3. Masaasad kaliya

**19. Ilmihii kugu dambeeyey illaa waqti intee le'eg ayaad nuujisay?.....**

**20. Daawo dhaqameedka ma isticmaashaa marka ilmahaagu xanuunsado?**

1. Haa                      2. Maya

**21. Wax aragti ah maka heysataa qorsheynta qoyska?**

1. Haa                      2. Maya

**22. Hadii aadan isticmaalin qorsheynta qoyska waa maxay sababaha ugu macquulsan?**

1. Baraarug la'aan
2. Go'aanka seygeyga
3. Caqabad dhaqan
4. Rabidda ilmo badan
5. Ogaal la'aan halka laga heli karo ah

**23. Halkeed ka heshaa warbixinada daryeelka caafimaad ee hooyada iyo dhalaanka?**

1. Warbaahinta (Raadiyaha)
2. Shaqaalaha caafimaad ee xarunta hooyada iyo dhalaanka
3. Qoyska ama Dariska
4. Ururada aan dowliga aheyn

**24. Sidee u aragtaa xaaladda caafimaadkaaga guud?**

1. Aad u xun
2. Xun
3. Ma hubo
4. Wanaagsan
5. Aad u wanaagsan

**J. SU'AALAH LA XIRIIRA QANAACADA BUKAANKA EE ADEEGYADA HOOYADA IYO DHALAANKA**

| <b>Lambarka Su'aasha</b>                                                                                                                         | <b>Aad ayaan ugu Raacsana hay</b> | <b>Waan ku Raacsana hay</b> | <b>Ma hubo</b> | <b>Kuma Raacsana ni</b> | <b>Aad Uguma Raacsan i</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|----------------------------|
| 1. Dhaqaatiirtu way ku wanaagsan yihiin sharaxaadda sababta baaritaannada caafimaad.....                                                         | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 2. Waxay ila tahay in xafiiska dhakhtarkaygu leeyahay wax walba oo loo baahan yahay si loo bixiyo daryeel caafimaad oo dhammaystiran.....        | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 3. Daryeelka caafimaad ee aan helayay waa mid kaamil ah.....                                                                                     | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 4. Mararka qaar dhaqaatiirtu waxay igu beeraan tuhun ah in baaritaanadooda sax yihiin iyo in kale.....                                           | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 5. Waxaan dareemayaa kalsooni ah in aan heli karo daryeelka caafimaad ee aan u baahanahay aniga oo aan la kulmin dib u dhac dhaqaale.....        | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 6. Marka aan dhaqaatiirta u doonto daryeel caafimaad si taxaddar leh eyey u hubiyaan waxwalba oo daweynteyda iyo baaritaanadeyda ku saabsan..... | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 7. Waxaan ku qasbanahay in ka badan inta aan awoodo in aan ku bixiyo daryeelkeyga caafimaadka.....                                               | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 8. Si fudud ayaan u heli karaa khabiiirada/takhasusyahanada daryeelka caafimaad ee aan u baahanahay .....                                        | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 9. Halka aan ka heli karo daryeel caafimaad, dadku waxay ku qasban yihiin in ay sugaan daaweynta degdegga ah muddo dheer.....                    | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 10. Dhaqaatiirtu waxay ila dhaqmaan qaab-ganacsi iyo qof aan jirrin oo kale.....                                                                 | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 11. Dhaqaatiirtu waxay ila dhaqmaan si aad saaxiibtinimo iyo asluub ugu dheehan tahay.....                                                       | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |
| 12. Mararka qaar aad ayey u degdeggaan bixiyaasha daryeelkeyga                                                                                   | 1                                 | 2                           | 3              | 4                       | 5                          |

|                                                                                             |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| caafimaadka marka ay i<br>daaweynayaan .....                                                |   |   |   |   |   |
| 13. Mararka qaar dhaqaatiirtu wey<br>iska indho-tiraan waxa aan u<br>sheego.....            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Waxaan qabaa xogaa tuhun ah oo<br>ku saabsan kartida dhaqaatiirta i<br>daaweysa.....    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Dhaqaatiirta sida caadadu tahay<br>waqti igu filan ayey ila qaataan.....                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Way igu adag tahay inaan helo<br>ballanta daryeelka caafimaadka<br>durbaba.....         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Kuma qanacsani waxyaabaha<br>qaar ee ku saabsan daryeelka<br>caafimaad ee aan helo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Waan awoodaa inaan helo<br>daryeel caafimaad goor kasta oo aan<br>u baahdo.....         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**EK-4. Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Hasta Tatmini Değerlendirmesine İlişkin İngilizce Anket Formu**

**An Assessment Of Health Services Utilization And Patient Satisfaction: A Research On Maternal And Child Health Services In Somalia**

**Dear participant,**

I am currently pursuing my Ph.D. at Ankara University, major in health institutions management. As already mentioned in the above title this questionnaire intended to examine the contemporary situations existing in health services delivery particularly factors that shape and determine maternal and child health utilization and level of satisfaction for the patients. Objectively, this research is for academic purpose rather than personal gain. In order to keep personal privacy and ethical considerations, it is not required to mention your name. It is undeniable that the time to rely on questions is a little bit but I am highly requesting to hear your opinions and ideas regarding the topic. Your participation and contributions may address actual challenges or may discover further opportunities for population health improvement and filling the existing vacuums.

Thanks for your time and appreciation.

Bishar Abdi MOHAMED  
Ankara University Institute of Health Sciences  
Department of Health Institutions Management

## **A. SOCIO-DEMOGRAPHIC DATA**

**1. What is your age.....?**

**2. What is your education level?**

1. No education
2. Primary
3. Intermediate and Secondary
4. University

**3. How is your income status?**

1. Low income
2. Middle income

**4. What is your current marital status?**

1. Single
2. Married

**5. How is your work status?**

1. Not employed
2. Employed

**6. How many of living children do you have?.....**

**7. Are you pregnant now?**

1. Yes
2. No

## **B. QUESTIONS RELATED TO THE MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES UTILIZATION**

### **1. What are your main reasons for visiting maternal and child health center?**

1. For my children
2. Pregnancy control
3. Immunization
4. To take medicine

### **2. Which type of health facility did you visit for maternal health services during your most recent pregnancy?**

1. Government clinic/MCHC/hospital
2. Private clinic/hospital
3. NGOs
4. Traditional birth attendants

### **3. Why are you going this facility?**

- |                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Easy to access                | 2. Quality health personnel |
| 3. Quality of health institution | 4. Free for services        |
| 5. Tradition/custom              |                             |

### **4. How many times did you visit the maternal and child health center during your pregnancy?.....**

### **5. Which mode of transportation do you use to go to the health center?**

1. Walking
2. Bajaj
3. Public transportation

### **6. Which of the following services do you think you should not receive well?**

1. Tetanus injection on your arm
2. Iron tablets/syrup
3. Weight and height check up
4. Blood test

5. Urine test

**7. During your pregnancy, did you receive continuous advice on maternity and child health with different topics?**

1. Yes
2. No

**8. Where did you give birth?**

1. At home
2. At professional health facility
3. At traditional facility
4. First pregnancy

**9. If you did not give birth at health facility, what was the main reason?**

1. Traditional and spiritual believes
2. Misconception of services at health facility
3. Poor Materials and health staff
4. Lack of money
5. Far from health facility

**10. Who decided the place of delivery?**

4. myself
5. my husband and
6. my family members

**11. What was the type of your last delivery?**

1. Normal birth
2. Cesarean section

**12. Where do go for postnatal care services?**

1. Maternal and Child Health Center (MCH)
2. Public hospital/clinica
3. Private hospital/clinic
4. Traditional facility
5. I do not go

**13. How many times did you receive postnatal care services after your last delivery?.....**

**14. How often do you eat per day?.....**

**15. How many times a day does your children eat?.....**

**16. Are your children immunized?**

- 1. Yes
- 2. No

**17. Why was not your child immunized?**

- 1. Far from the health center
- 2. No vaccine available
- 3. No trust for vaccination
- 4. Lack of resources (money)
- 5. Husban's Decision
- 6. Fear of side effects

**18. How are you feeding your baby?**

- 1. Breastfeeding exclusively
- 2. Both breastfeeding and feeding breastfeeding-milk substitutes
- 3. Feeding my baby breast-milk substitutes (Not breastfeeding at all)

**19. For how long did you breastfeed your last baby?.....**

**20. Do you use traditional medicine when your child gets sick?**

- 1. Yes
- 2. No

**21. Are you familiar with family planning?**

- 1. Yes
- 2. No

**22. If you are not practicing family planning, what are the possible reasons?**

- 1. Lack of awareness
- 2. Decision of the husband
- 3. Cultural barrier
- 4. To have more children
- 5. Not knowing where to obtain

**23. Where do you get information on maternal and child health care?**

- 1. Media (Radio)
- 2. MCHC staff/Community mobilizers
- 3. Family or Neighborhood
- 4. Non-governmental organizations

**24. How do you perceive your overall health status?**

- 1. Bad

2. Very Bad
3. Uncertain
4. Good
5. Very Good

**C. PATIENT SATISFACTION SHORT FORM (PSQ-18)**

| No.                                                                                                     | Strongly Agree | Agree | Uncertain | Disagree | Strongly Disagree |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------|----------|-------------------|
| 1. Doctors are good about explaining the reason for medical tests.....                                  | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 2. I think my doctor's office has everything needed to provide complete medical care.....               | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 3. The medical care I have been receiving is just about perfect.....                                    | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 4. Sometimes doctors make me wonders if their diagnosis is correct.....                                 | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 5. I feel confident that I can get the medical care I need without being set back financially.....      | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 6. When I go for medical care, they are careful to check everything when training and examining me..... | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 7. I have to pay for more of my medical care than I can afford.....                                     | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 8. I have easy access to the medical care specialists I need.....                                       | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 9. Where I can get medical care, people have to wait too long for emergency treatment.....              | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 10. Doctors act too businesslike and impersonal toward me.....                                          | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 11. My doctors treat me in a very friendly and courteous matter.....                                    | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |
| 12. Those who provide my medical care some times hurry to much when they treat me.....                  | 1              | 2     | 3         | 4        | 5                 |

|                                                                               |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 13. Doctors sometimes ignore what I tell them.....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. I have some doubts about the ability of the doctors who treat me.....     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Doctors usually spend plenty of time with me.....                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. I find it hard to get an appointment for medical care right away.....     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. I am dissatisfied with some things about the medical care I receive ..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. I am able to get medical care whenever I need it.....                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**EK-5. Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesinde Uzman Paneline Yönelik  
Somalice Anket Formu**

**Mudane khabiiir,**

Su'aalaha hoose waxa ay ka kooban yihiin 7 qeybood oo tiradooda guud tahay 18, kuwaa oo la xiriira heerka qanaacada bukaanka ee adeegyada caafimaadka hooyada iyo dhalaanka. Waxaan si diiran kaaga codsanayaa go'aankaaga waayo-aragnimo ee ku aadan heerka cilaaqada ee su'aal kasta u cabiri karto wixii loogu tala galay in ay cabirto. Qiimeyntaada haku saleysnaato qeexidda iyo erey bixinada la xiriira su'aalaha hoose. Inta lagu gudo jirro eegista fadlan ahoow mid soo jeedintiisa taxadar iyo wax dhisid ay ku saleysan tahay.

Bishaar Cabdi Maxamed  
Jamaacadda Ankara, Machadka Culuumta Caafimaadka  
Kulliyadda Maamulka Caafimaadka

**B. XOGTA GUUD EE SHAQSIGA**

- 1) Shaqada.....
- 2) Sanadaha khibradda.....
- 3) Heerka aqooneenta.....
- 4) Waa imisa sanadahaaga waayo-aragnimo ee la xiriira adeegyada hooyada iyo dhalaanka.....?

## T. FOOMKA SAHANKA EE ANSAXNIMADA DARAASADDA

| Lambarka Su'aasha                                                                                                                                | Lama xiriirta | Su'aashu waxay u baahan tahay xoogaa dib u eegis ah | La xiriirto laakiin u baahan dib u eegis yar | Aad ula xiriirta |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|
| 1. Dhaqaatiirtu way ku wanaagsan yihiin sharaxaadda sababta baaritaannada caafimaad.....                                                         | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |
| 2. Waxay ila tahay in xafiiska dhakhtarkaygu leeyahay wax walba oo loo baahan yahay si loo bixiyo daryeel caafimaad oo dhammaystiran.....        | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |
| 3. Daryeelka caafimaad ee aan helayay waa mid kaamil ah.....                                                                                     | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |
| 4. Mararka qaar dhaqaatiirtu waxay igu beeraan tuhun ah in baaritaanadooda sax yihiin iyo in kale.....                                           | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |
| 5. Waxaan dareemayaa kalsooni ah in aan heli karo daryeelka caafimaad ee aan u baahanahay aniga oo aan la kulmin dib u dhac dhaqaale.....        | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |
| 6. Marka aan dhaqaatiirta u doonto daryeel caafimaad si taxaddar leh eyey u hubiyaan waxwalba oo daweynteyda iyo baaritaanadeyda ku saabsan..... | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |
| 7. Waxaan ku qasbanahay in ka badan inta aan awoodo in aan ku bixiyo daryeelkeyga caafimaadka.....                                               | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |
| 8. Si fudud ayaan u heli karaa khabiiirada/takhasusyahannada daryeelka caafimaad ee aan u baahanahay .....                                       | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |
| 9. Halka aan ka heli karo daryeel caafimaad, dadku waxay ku qasban yihiin in ay sugaan daaweynta degdegga ah muddo dheer.....                    | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |
| 10. Dhaqaatiirtu waxay iila dhaqmaan qaab-ganacsi iyo qof aan jirrin oo kale.....                                                                | 1             | 2                                                   | 3                                            | 4                |

|                                                                                                          |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 11. Dhaqaatiirtu waxay iila dhaqmaan si aad saaxiibtinimo iyo asluub ugu dheehan tahay.....              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Mararka qaar aad ayey u degdeggaan bixiyaasha daryeelkeyga caafimaadka marka ay i daaweynayaan ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Mararka qaar dhaqaatiirtu wey iska indho-tiraan waxa aan u sheego.....                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Waxaan qabaa xogaa tuhun ah oo ku saabsan kartida dhaqaatiirta i daaweysa.....                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Dhaqaatiirta sida caadadu tahay waqti igu filan ayey iila qaataan.....                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Way igu adag tahay inaan helo ballanta daryeelka caafimaadka durbaba.....                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Kuma qanacsani waxyaabaha qaar ee ku saabsan daryeelka caafimaad ee aan helo.....                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Waan awoodaa inaan helo daryeel caafimaad goor kasta oo aan u baahdo.....                            | 1 | 2 | 3 | 4 |

**EK-6. Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesinde Uzman Paneline Yönelik İngilizce Anket Formu**

Dear experts,

This scale contains 7 domains and 18 items related to the level of patient satisfaction for maternal and child health services. I kindly request your expert judgment on the degree of relevant of each item to the measured domains. Your review should be based on the definition and relevant terminologies that are presented to you. Please be as objective and constructive as possible in your review and ratings.

**A. DEMOGRAPHIC INFORMATION**

- 1) Your title
- 2) Years of experience
- 3) Level of education
- 4) How many years of experience do you have in a maternal and child health center?

Bishar Abdi MOHAMED  
Ankara University Institute of Health Sciences  
Department of Health Institutions Management

## B. CONTENT VALIDITY INDEX SURVEY FORM

| Item Number                                                                                             | Not relevant | Item need some revision | Quite relevant | Very relevant |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|----------------|---------------|
| 1. Doctors are good about explaining the reason for medical tests.....                                  | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 2. I think my doctor's office has everything needed to provide complete medical care.....               | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 3. The medical care I have been receiving is just about perfect.....                                    | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 4. Sometimes doctors make me wonders if their diagnosis is correct.....                                 | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 5. I feel confident that I can get the medical care I need without being set back financially.....      | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 6. When I go for medical care, they are careful to check everything when treating and examining me..... | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 7 I have to pay for more of my medical care than I can afford.....                                      | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 8. I have easy access to the medical care specialists I need.....                                       | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 9. Where I can get medical care, people have to wait too long for emergency treatment.....              | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 10. Doctors act too businesslike and impersonal toward me .....                                         | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 11. My doctors treat me in a very friendly and courteous matter.....                                    | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 12. Those who provide my medical care some times hurry to much when they treat me.....                  | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 13. Doctors sometimes ignore what I tell them.....                                                      | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 14. I have some doubts about the ability of the doctors who treat me.....                               | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 15. Doctors usually spend plenty of time with me.....                                                   | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 16. I find it hard to get an appointment for medical care right away.....                               | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 17. I am dissatisfied with some things about the medical care I receive .....                           | 1            | 2                       | 3              | 4             |
| 18. I am able to get medical care whenever I need it.....                                               | 1            | 2                       | 3              | 4             |

## ÖZGEÇMİŞ

