ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg, 2018; 4(1): 94 -108(Araştırma makalesi)

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HİZMET SUNUCULARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN FARKLILIKLARI

Doç. Dr. Aykut EKİYOR

Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

aykutekiyor1974@yahoo.com

Hasan Hüseyin UYANIK

Kars İl Sağlık Müdürlüğü

hhuyanik@gmail.com

Makale gönderim-kabul tarihi (22.03.2018-12.04.2018)

Özet

Aile hekimliği, gelişmiş ülkelerin tamamına yakınında tercih edilip uygulanan birinci basamak sağlık hizmeti şeklidir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması için bu çağdaş hizmetin özgün bir modeli oluşturulmuş ve uygulamaya konmuştur. Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Sağlık Bakanlığınca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği bireye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek, kendisine kayıtlı bireyleri bir bütün olarak ele alıp, bireye yönelik sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmaktadır.

Bu çalışmada, Kars İli ve çevresinde uygulanmakta olan aile hekimliği modelinden yola çıkılarak; hizmet sunucularının memnuniyet düzeyi ölçülmeye çalışılmıştır. Bununla birlikte hizmet sunucularının demografik özellikleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılıkların ortaya konması hedeflenmiştir.

Kars İlinde, aile hekimliği modeli sisteminde yer alan hizmet sunucusu 60 kişiye, iki bölüm ve 18 sorudan oluşan memnuniyet anketi uygulanmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel paket programına girilerek analizleri yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre aile hekimliği modelinden hizmet sunucularının memnuniyetleri ile demografik özellikleri açısından farklılıkları olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimi, Aile Sağlığı Elemanı, Aile Hekimliği Modeli, Aile Hekimi Memnuniyeti, Kars, Türkiye.

DIFFERENCE IN SATISFACTION LEVEL IN TERMS OF DEMOGRAPHIC FEATURES OF SERVICE PROVIDERS IN THE FAMILY PHYSICIAN APPLICATION

Abstract

Family practice is a primary care health service preferred and applied in nearly all of the developed countries. In our country, to contemporarily reorganize and presented to be preferred by all citizens, the primary care health service has been created and put into effect in a unique model. The family physician is to administer the family health center, inspect the team he/she works with and provide in-service training, carry out health services

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

directed to individuals necessitated from special health programs conducted by the Ministry of Health, approach to the individuals registered to him/her as a whole, perform health services in a team percept.

In this study, level of satisfaction of the service providers based on the family physician model applied in the Kars province and its surroundings have been admeasured. Additionally, it is aimed to find out the difference between the demographic features and the level of satisfaction of the service providers.

A satisfaction questionnaire, consisting of two sections and 18 questions, has been conducted to 60 service provider participants partaking in the family physician model system in the Kars province. The results of the data has been analyzed and evaluated by a statistical package program. According to the research results, a significant difference has not been observed between the satisfaction levels and demographic features of the service providers in the family physician model.

Key Words: Health services, Family Physician, Family Health Personnel, Family Practice Model, Family Physician Satisfaction, Kars, Turkey.

GİRİŞ

Toplumsal hayatta refah düzeyi ile bireylerin genel sağlık durumlarındaki sürekli iyileştirmeler arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Sağlıklı bir toplum için; sağlıkta eşitlik sağlanması, bireylere sağlıklı bir yaşam kazandırılması ve yaşam süresinin uzatılması amaçlanmaktadır. İnsanların refah ve mutluluğunu artıracak sonucu elde etmek için sistemin temel girdileri olan fiziki, mali ve beşeri kaynakların akılcı kullanımı esastır. Söz konusu kaynaklardan en iyi şekilde yararlanmanın yolu, çağdaş bilimin ulaşmış olduğu bugünkü seviyede faydalı olabilecek her türlü bilimsel metodu kullanmaktan geçmektedir (Yıldırım, 1994). Türkiye'de uygulamaya konulan aile hekimliği modeli de bu yöntemlerden biridir.

Aile hekimliği kavramının ortaya çıkış nedeni, birinci basamak sağlık kurumlarında hizmet verecek hekimlerin bilgi ve becerilerini artırmak ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerini iyileştirmektir. Dâhiliye uzmanı olan Doktor Francis E. Peabody 1923 yılında, modern tıbbın sağlık hizmet sunumunu çok fazla parçalara ayırdığından dolayı yetersiz hale geldiğini belirtmiş, hızlı ve kapsamlı biçimde kişisel sağlık hizmeti sunacak genel hekimliğe geri dönüş yapılması gerektiği çağrısı yapmıştır. Doktor Francis E. Peabody'nin bu çağrısı zamanından önce yapılmış bir uyarı olarak kalmış ve uzmanlaşma eğilimi 1950'li yıllara kadar güç kazanarak devam etmiştir (Ercan, 2012). Birinci basamaktaki yeni uzmanlık kavramı aile hekimliği 1966 yılında yayımlanan üç ayrı rapor ile tanınmıştır. Bu raporlardan birincisi, Millis Komisyon Raporu olarak da bilinen Amerikan Tıp Birliğinin Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Vatandaş Komisyonu Raporu, ikinci rapor, Willard Komite Raporu olarak da bilinen Amerikan Tıp Birliği Eğitim Konseyi Aile Hekimliği Eğitim Komitesinin Raporu, üçüncü rapor ise Folsom Raporu, Toplum Sağlığı Ulusal Komisyonu'nun raporudur. Bu rapor hem Amerikan Halk Sağlığı Derneği hem de Ulusal Sağlık Konseyi tarafından desteklenmektedir (Saatçi ve diğerleri, 2006). Amerikan Tıp Birliği'nin Millis ve Willard Raporları'nı yayımlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olarak "Aile Hekimliği" tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu kurulmuştur (Sezer, 2008). 1994 yılındaki Millis raporuna göre, birinci basamak hekiminin başlıca dört ana sorumluluğu veya rolü bulunmaktadır. Birinci rol; ayrıştırılmamış hasta ile ilk temas sürecindeki hizmetin sağlanması, ikincisi; geniş kapsamlı bakımı sağlamak, üçüncü rolü; bakımın sürekliliği ve sağlık sistemi içindeki koordinasyonu, dördüncü rolü ise; birinci basamak hekimi toplum içinde liderlik ve yol göstericilik yapmak olarak belirlenmiştir. Millis Raporu'ndaki tanıma ek olarak aile ve toplumun entegrasyonu sorumluluğu da eklenmiştir (Mcdaniel ve diğerleri, 2007).

Hollanda'da 1974 yılında İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı düzenlenmiştir. Düzenlenen bu toplantıda aile hekimliği; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, bireylere, ailelere ve sorumlu olduğu nüfusa kişisel, sürekli ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunan

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

uzmanlaşmış tıp doktoru olarak tanımlanmıştır (Çalış, 2006). Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA) tarafından 1991 yılında aile hekimliği tanımı yapılmıştır. WONCA genel pratisyen ya da aile hekimini, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir şeklinde tanımlamıştır (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), 1991). WONCA Avrupa Bölgesi 2002 yılında günün koşullarına göre tanımını güncellemiştir. WONCA Avrupa Bölgesi'nin 2002 yılında (WONCA, 2002) yaptığı yeni tanıma göre aile hekimliği; kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıta dayalı ve klinik faaliyeti olan birincil bakıma yönelik akademik ve bilimsel bir disiplindir.

Aile hekimliği ile ilgili literatürde aynı amaç doğrultusunda farklı tanımlar bulunmaktadır. Saran (2007) aile hekimini, bireylerin serbestçe seçebildikleri ve kendileriyle uzun süreli düzenli bir ilişki kuran bir hekim olarak, aile üyelerinin sağlık geçmişlerini, özel durumlarını, hayat şartlarını, içinde yaşadıkları çevreyi, psikolojik durumlarını, karşı karşıyla bulundukları riskleri çok iyi bilen ve böylelikle bireyi bütüncül yaklaşımla değerlendirebilen bir kişidir şeklinde ifade etmiştir. Dikici ve diğerleri (2007) ise, aile hekimliğini sağlık hizmetinin ilk başvuru noktası -giriş kapısı- olarak nitelendirmiştir. Yazarlara göre aile hekimi bireye sağlıkta ve hastalıkta sürekli hizmet sunmanın yanı sıra tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmettir. Tüm sağlık gereksinimlerinin koordinatörüdür. Hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüyle ilgili sürekli bir sorumluluk taşır ve kişiselleştirilmiş bakım sağlar. Olesen ve arkadaşları (2000) aile hekiminin görev tanımının gözden geçirilmesine yönelik önerileri içeren çalışmalarında aile hekimliğini; genel pratisyen, bir sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği sağlık problemlerine bakım vermeye yönelik ilk adımları atmak için eğitilmiş bir uzman olarak nitelendirmişlerdir.

Aile hekimi 2013 yılında Resmi Gazete'de yayımlanan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununda; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, belirli bir mekânda, sürekli ve kapsamlı olarak sunmakla yükümlü, gerekli zamanlarda gezici sağlık hizmeti sunan ve tam gün esasına göre görev yapan aile hekimliği uzmanı ve Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman hekim veya hekim olarak tanımlanmıştır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Aile hekimliği kavramı, 1970-1980'li yıllarda dünyadaki gelişmelere paralel olarak Tükiye'de de tartışılmaya başlanmıştır. Türkiye'de aile hekimliği her ne kadar ilk olarak 05.07.1983 tarihli Tababet (Tıp) Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almış olsa da tıp tarihi incelendiğinde 1894 tarihli "Aile Tabibi" kitabı aile hekimliğini sözcük olarak topluma tanıtan ilk örnek olmuştur (Ünlüoğlu, 2008). Aile Hekimliği Anabilim Dalı ilk olarak 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır. Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde 1993 yılında aile hekimliği anabilim dallarının kurulması uygun bulunmuştur (Algın ve diğerleri, 2004).

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, aile hekimliği uygulamasına geçiş gayretlerinin nedenleri arasında ilk sırada, Türkiye'de yaşanan bebek ve anne ölümleri gelmektedir. Bu ölümlerin sebeplerinden ve en fazla görülen hastalıklardan dolayı sağlık hizmetlerinin sunumunda bir iyileştirme veya değişikliğe gidilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır (Günaydın, 2007). Aile hekimliği, 1990 sonrası birçok devlet dokümanında ve VI, VII ve VIII. beş yıllık kalkınma planlarında yer almıştır. Son olarak Türkiye Cumhuriyeti 58. Hükümetinin Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programında yer almıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılının Kasım ayında yayınladığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamı içinde Aile Hekimliği, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, genel

sağlık sigortası, sağlık bilgi sistemi, tanı ve tedavi kurumları ile teşkilat yapısının yenilenmesi şeklindeki genel politikaları ile birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir yaklaşımla gündeme gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Aile hekimliği modeli ilk olarak 15 Ekim 2005 tarihinde Düzce'de başlamış ve daha sonraki yıllarda tüm illerde kademeli olarak aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Aile hekimliği uygulaması farklı ülkelerde farklı şekilde uygulanmaktadır. İngiltere'de sağlık hizmetinin temel direği aile hekimidir. Sağlık hizmetinden faydalanmak isteyen kişiler, öncelikli olarak aile hekimlerine başvurmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde ise uzman hekimler görev yapmaktadır. Hastalar uzman hekime aile hekiminin sevk etmesiyle başvurabilmektedir. Üçüncü basamakta ise özel dal hastaneleri ve eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleri bulunmaktadır. İngiltere nüfusunun %97'si aile hekimine kayıtlıdır. Geri kalan kesim ise kendi sağlık harcamalarını yapabilen üst düzey gelir grubunu kapsamaktadır (Oral, 2002). Randevu sistemiyle hizmet veren kliniklere, kayıtlı nüfus başvuruyor. Mevcut durumda bir hekimin üzerine kayıtlı nüfus yaklaşık 4 bin kişi ve bir hekim günde 30-40 hastayla temas ediyor. Ancak Ocak 2015'te getirilen yeni düzenlemeyle vatandaşlar, hizmet almak istedikleri genel pratisyenlik kliniğini yaşadıkları bölgeden bağımsız olarak seçebiliyorlar. Bu düzenlemeye bağlı olarak, klinikler arasındaki rekabetin artması ve kliniklerin kayıtlı nüfus ve gelir düzeylerinde farklılaşmalar görülmesi bekleniyor. Kliniklerde görev yapan hekimler, kendi istekleri doğrultusunda haftada birkaç kez yarım gün bir hastanede, genellikle acil servislerde çalışabiliyor. Bu çalışma sistemi, hekimlerin eğitim ve yeni uygulamalardan uzak kalmamasını ve ek gelir elde etmesini sağlıyor. Bir genel pratisyenlik kliniğinin kadrosu genellikle 4-5 hekimden; danışma, evrak görevlilerinden, hemşire, ebe ve sekreterden oluşuyor. (http://ailehekimi.org/p/ingilterede-aile-hekimligi-ve-genel-pratisyenlik-klinikleri, Erişim Tarihi: 25.04.2018). Almanya'da pratisyen hekimler, birinci basamak sağlık hizmetine giren koruyucu sağlık hizmetlerini vermekte olup, ayaktan tedavi hizmetleri ile hastane hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Hastaların aile hekimini değiştirebilmesi için kayıtlı olduğu hekimde üç ay doldurması gerekmektedir. Birinci basamakta aile hekimleri yanında uzman hekimler de görev yapabilmektedir (Kaya, 2011). Amerika Birleşik Devletleri sağlık sisteminin kendisine özgü karmaşık yapısı içinde ve hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle basamaklandırılmış bir sağlık sistemi ve etkili bir sevk sistemi bulunmamaktadır. Sağlık sigortası olan hastalar kendi seçimlerine göre istedikleri sağlık kurumundan sağlık hizmeti talep etmektedir. Hastaların genel eğilimi, önceden belirlenmiş birinci basamak hekimi tarafından değerlendirilmeden, hastalıklarının semptomları ile ilgili bir uzmana başvurmaları şeklindedir (Terzi, 2007). Küba'da 1983 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimliği ekipleri hizmet sundukları bölgede yaşamaktadır ve aile hekimi başına 700-800 kişi düşmektedir. Aile hekimleri aynı zamanda fabrikalardan ve okullardan da sorumludurlar (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004).

Türkiye'de aile hekimliği modeline Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde başlanmıştır. Birinci basamakta çalışmak isteyen ve uzmanlık eğitimi almamış hekimler geçiş dönemi eğitimine tabi tutulmuşlar ve böylece aile hekimi olmuşlardır (Görpelioğlu, 2004). Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'de aile hekimliği uygulamasında sevk zincirinin bulunmadığı görülmektedir. Ayrıca, Türkiye'de aile hekimliği modelinde aile hekimine düşen hasta sayısı çok sayıda ülkeye göre fazladır. Küba'da bir aile hekiminin ilgilendiği kişi sayısı 800, Almanya'da 1.000, Litvanya'da 1600, Hollanda'da 2.300 ve İngiltere'de ise en fazla 3000 kişidir. Türkiye'de ise bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı 3634 olup bu rakam 4.500'e kadar çıkmaktadır. Türkiye'de aile hekimine kayıtlı kişi sayısının diğer ülkelere oranla fazla olması gerek ulaşılabilirlik gerekse süreklilik anlamında sağlık hizmeti sunumunda hizmette aksamalara yol açmaktadır (Akman, 2014).

Sağlıkta insan gücü, sağlık hizmetlerinin ve sağlık politikalarının en kritik bileşenlerinden biridir (Hongoro ve McPake, 2004). Sağlık hizmetlerinde kritik görevde bulunan aile hekimlerinin temel vazifeleri; bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmelerine yardımcı olmak, hastalıkları tedavi etmekten

ziyade hastalığın oluşmadan önlenmesi konusunda bireylere yol göstermek, halk sağlığı konularında toplumu bilinçlendirmek, kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak, özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek, gebelik dönemi ve doğum sonrası loğusa ve bebek takibi yapmaktır (Katz ve diğerleri, 2009; Chuang ve diğerleri, 2009). Aile hekimliği uygulaması çalışanları görevlerini yerine getirirken toplumun farklı kesimleri ile iletişim kurdukları için bu hizmeti sunan çalışanlarda meydana gelebilecek bir tatminsizlik veya motivasyon kaybı, aile hekimliği hizmeti alan kişileri olumsuz etkileyecektir (Clever, 2002).

Aile hekimliği memnuniyeti ile ilgili literatürde farklı çalışmalara rastlanmaktadır. Bunlardan Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün sağlık personeli memnuniyet araştırması önemli çalışmalardan biridir. 2009 yılında gerçekleştirilmiş ve 2010 yılında yayınlanmış olan araştırma farklı sağlık kurumlarında çalışan 4983 kişiye uygulanmış ve çalışanların %4,2'sini aile hekimleri oluşturmuştur. (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2010). Aiken ve diğerlerinin (2001) 43.000 hemşirenin iş doyumsuzluğunu araştırdıkları çalışmada, hemşirelerin doyumunun yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca, Algın ve diğerleri (2004), Chaabad (2006), Ilgar (2006), Şişman (2010), Ağdemir (2012), Korkmaz ve diğerleri (2012), İlgün (2014), Uysal (2014) gibi yazarlar tarafından yapılan ve aile hekimlerinin sorunları, aile hekimliği modeli, aile hekimlerinin görüşleri, memnuniyetleri ve sağlık personelinin iş doyumu başlıkları altında çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır.

ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ

Araştırmanın metodolojisi kısmında araştırmanı amacı, araştırmanın yöntemi ve araştırmanın hipotezlerine yer verilmiştir.

Araştırmanın Amacı

Aile hekimliği uygulamasının temel unsuru olan hizmet sunucularının uygulamaya bakış açıları, çalışma koşulları ve görüşleri, uygulamanın olumlu ve olumsuz yönlerinin ortaya çıkarılması, uygulama kapsamında oluşabilecek bazı problemlerin, olası risklerin ve bunlara ilişkin düzenlemelerin ortaya çıkarılması açısından önem taşımaktadır.

Bu araştırmada aile hekimliği modeli çerçevesinde, hizmet sunucularının aile hekimliği uygulamasındaki memnuniyet düzeyinin ölçülmesi ve hizmet sunucularının memnuniyet düzeyi ile demografik özellikleri arasındaki farklılıkların ortaya konması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Yöntemi

Araştırma, Kars ili ve çevre ilçelerde aile hekimliği hizmeti sunan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri nicel araştırma tekniklerinden olan anket tekniği ile toplanmıştır. Bu bağlamda hizmet sunucularına yönelik literatürde çeşitli araştırmalardan elde edilen 18 sorudan oluşan memnuniyet anketi hazırlanmıştır. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 7 sorudan oluşan sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümde ise 11 sorudan oluşan 5'li likert ölçekli ifadeler yer almıştır. Katılımcıların sorularda yer alan ifadeleri "1:Kesinlikle Katılmıyorum, 5:Kesinlikle Katılıyorum" aralığında beşli skalada değerlendirmeleri istenmiştir. Anketin güvenirliği Cronbach's Alpa testi ile tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda Cronbach's Alpa katsayısının 0,738 olduğu tespit edilmiştir. Tüm maddeler için elde edilen α değeri o anketin toplam güvenilirliğini gösterir ve genel kabul bu değer 0.7 ve büyük olmasıdır. Cronbach alfa katsayısının yorumlanması için farklı sınıflamalar literatürde yer almaktadır. Yaygın kabul edilen yaklaşıma göre; ≥ 0.9 mükemmel, $0.7 \leq \alpha < 0.9$ iyi, $0.6 \leq \alpha < 0.7$ kabul edilebilir, $0.5 \leq \alpha < 0.6$ zayıf, $\alpha < 0.5$ kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (George ve Mallery, 2003). Elde edilen değere göre

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

anketin iyi olduğu kabul edilmektedir. Araştırmada belirlenen anket Kars ili ve çevresinde faaliyet gösteren aile hekimliği birimlerinde ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan 60 aile hekimi ve aile sağlığı elemanına (hemşire, ebe, sağlık memuru) kolayda örnekleme yöntemi ile yüz yüze uygulanmıştır. Böylece ankette anlaşılamayan sorular nedeniyle cevaplama oranının düşük çıkması önlenmeye çalışılmış, bu yöntem ayrıca sunulan hizmetlere ilişkin katılımcıların öneri ve tavsiyelerini almaya olanak sağlamıştır. Aile sağlığı merkezlerinin tamamında bu araştırmayı yürütmek zaman ve maliyet yönünden zor olduğu için sınırlılıklara gidilmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde Kars ilinde 8 toplum sağlığı merkezi (TSM), 28 aile sağlığı merkezi (ASM), 81 aile hekimliği birimi (AHB) bulunmaktadır. Merkez İlçeden 7 aile sağlığı merkezinden 18 aile hekimliği birimi; Digor İlçesinden 1 aile sağlığı merkezinden 2 aile hekimliği birimi; Sarıkamış İlçesinden 2 aile sağlığı merkezinden 5 aile hekimliği birimi; Selim İlçesinden bir aile sağlığı merkezinden 5 aile hekimliği birimi; Susuz İlçesinden bir aile sağlığı merkezinden 3 aile hekimliği birimi örneklem olarak seçilmiştir. Evrenin belirlendiği ilçelerde 60 aile hekimi ve 60 aile sağlık elemanı görev yapmaktadır. Örneklem oranı aile hekimleri için %46,67, aile sağlığı elamanı için ise %53,33 belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı ilçelerde hizmet sunucularının %50'sine ulaşılmıştır. Katılımcılardan ankette kendilerine en yakın buldukları seçenekleri işaretlemeleri istenmiştir. Anket uygulamasından elde edilen veriler SPSS 22 istatistik paket programında değerlendirilmiştir ve verilere frekans analizi, t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

H_1: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark vardır.

H_2: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile medeni durum arasında anlamlı bir fark vardır.

H_3: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark vardır.

H_4: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile yaş arasında anlamlı bir fark vardır.

H_5: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile görevleri arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırmanın Bulguları

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hizmet Sunucuların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		f	%
Cinsiyet	Kadın	41	68,3
	Erkek	19	31,7
Yaş	21-30	35	58,4
	31-40	15	25,0
	41-50	8	13,3

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

	51-60	2	3,3
Medeni Durum	Evli	35	58,3
	Bekâr	25	41,7
Öğrenim Durumu	Lise	16	26,7
	Önlisans	5	8,3
	Lisans	9	15,0
	Lisansüstü	30	50,0
Görevi	Aile Hekimi	28	46,7
	Aile Sağlığı Elemanı	32	53,3
Görev Süresi	0-5 Yıl	27	45,0
	6-10 Yıl	21	35,0
	11-15 Yıl	5	14,0
	16-20 Yıl	3	8,3
	21 Yıl ve Üstü	4	5,0
Kurumdaki Görev Süresi	0-5 Yıl	49	81,7
	6-10 Yıl	8	13,3
	11-15 Yıl	2	3,3
	21 Yıl ve Üstü	1	1,7

Tablo 1'e göre hizmet sunucularının %68,3'ünün kadın, %31,7'sinin erkek; %58,4'ünün 21-30 yaş; %25,0'inin 31-40 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %58,3'ünün evli, %41,7'sinin bekar; %50,0'sinin lisansüstü, %26,7'sinin lise mezunu olduğu; %46,7'sinin aile hekimi ve %53,3'ünün ise aile sağlığı elemanı olarak çalıştığı; %45,0'inin 0-5 yıl, %35,0'inin 6-10 yıl arasında toplam görev süresinin olduğu; %81,7'sinin 0-5 yıl arasında kurumda çalıştıkları yapılan frekans analizi sonucunda belirlenmiştir.

Tablo 2: Hizmet Sunucularının Memnuniyet Ölçek Ortalamaları

DEĞİŞKENLER	**X**
Aile sağlık merkezinin fiziki koşulları	3,777
Aile hekimliği uygulamasında verilen ücretin yeterliliği	3,241
Aile hekimliği uygulamasında yetki ve sorumluluklarınızın belirginliği	2,848
Aile hekimliği uygulamasında çalışma saatlerinin uygunluğu	3,025
Aile hekimliğine başvuran hasta yoğunluğunun fazla olmadığı	3,000

Aile hekimliği uygulamasında haftalık çalışma düzeninin aile hekimi tarafından belirlenmesinin çalışma düzeninde bir rahatlık sağlayacağı	3,962
Aile hekimliği uygulamasında çalışanlara eşit davranıldığı	2,987
Aile sağlık merkezinde gerekli güvenlik tedbirlerinin alındığı	1,760
Aile hekimliği uygulamasında mesleğinizde istediğiniz gelişme ve ilerleme için gerekli desteğin verildiği	2,405
Aile hekimliği uygulamasında hastalara ait bilgilerin sistemde saklanması, hastaların sağlık hizmetini alırken tıbbi açıdan takip edilebilirliğinin sağlanması	3,823
Genel olarak aile hekimliği uygulamasının eski sağlık ocakları sistemine göre daha iyi olduğu	4,076

Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulamasındaki memnuniyet ölçek ortalamalarına göre; en yüksek ortalamaya sahip değişken genel olarak aile hekimliği uygulamasının eski sağlık ocakları sistemine göre daha iyi olduğudur (4,076). Aile hekimliği uygulamasında haftalık çalışma düzeninin aile hekimi tarafından belirlenmesinin çalışma düzeninde bir rahatlık sağlayacağı (3,962), aile hekimliği uygulamasında hastalara ait bilgilerin sistemde saklanması ve hastaların sağlık hizmetini alırken tıbbi açıdan takip edilebilirliğinin sağlanması (3,823) değişkenleri yüksek ortalamaya sahiptir. En düşük ortalama; aile sağlık merkezinde gerekli güvenlik tedbirlerinin alındığı (1,760) ifadesidir. Aile hekimliği uygulamasında hizmet sunucuları eski sağlık ocağı sistemine göre bu sistemin daha iyi olduğunu, haftalık çalışma düzeninin belirlenmesi ile ilgili yetkilerin kendilerine verilmesi gerektiğini ve hastalara ait bilgilerin sistemde saklanmasının tıbbi açıdan takip edilebilirliğini sağlaması dolayısıyla uygun bulduklarını ifade etmişlerdir. Aile hekimliği uygulamasında hizmet sunucuları güvenlik tedbirleri açısından yetersiz bir ortamın olduğunu belirtmektedirler.

Hipotezlerin Test Edilmesi

Araştırmanın anket uygulamasından elde edilen verilerde hipotezlerin test edilmesinde T-testi, ANOVA testi, TUKEY testi ve Tamhane's T2 testi analizleri kullanılmıştır.

Tablo 3: Hizmet Sunucularının Cinsiyete Göre Grup İstatistikleri

Cinsiyet		**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Standart Hata Ortalama**
Memnuniyet Ortalaması	**Kadın**	41	3,1641	,53056	,08285
	Erkek	19	3,1818	,61059	,14008

Tablo 3'de gösterilen analiz sonuçlarına göre 41 kadın katılımcıya ilişkin ortalama memnuniyet düzeyinin 3,1641, 19 erkek katılımcıya ilişkin ortalama memnuniyet düzeyinin ise 3,1818 olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kadın ve erkek katılımcıların memnuniyet ortalamalarının birbirlerine yakın olduğu görülmektedir.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Tablo 4: Hizmet Sunucularının Cinsiyetine Göre Bağımsız İki Örneklem T-Testi

Hizmetten Yararlananlar-Cinsiyet	Varyansların Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin T-Testi					
	F	Sig	t	p	Ortalama Fark	Standart Hata farkı	Farkın %95 Güven Aralığı	
							Alt	Üst
Varyanslar Eşit Olduğunda	1,749	,191	-,115	,909	-,01774	,15448	-,32696	,29149
Varyanslar Eşit Olmadığında			-,109	,914	-,01774	,16725	-,34963	,31416

p >,005

Tablo 4'de gösterilen, Kadın ve Erkek katılımcıların memnuniyet ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlemesine yönelik gerçekleştirilen Bağımsız İki Örnek T Testi sonuçlarına göre, grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p= 0,909 > 0,005) tespit edilmiştir. Dolayısıyla, H_1 hipotezi reddedilerek, kadın ve erkek katılımcıların memnuniyet düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 5: Hizmet Sunucularının Medeni Durumuna Göre Grup İstatistikleri

Medeni Durum		N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalama
Memnuniyet Ortalaması	Evli	35	3,0935	,53031	,08964
	Bekar	25	3,2764	,57465	,11493

Tablo 5'de gösterilen analiz sonuçlarına göre 35 evli katılımcıya ilişkin ortalama memnuniyet düzeyinin 3,0935, 25 bekar katılımcıya ilişkin ortalama memnuniyet düzeyinin ise 3,2764 olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kadın ve erkek katılımcıların memnuniyet ortalamalarının birbirlerine yakın olduğu görülmektedir.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Tablo 6: Hizmet Sunucularının Medeni Durumuna Göre Bağımsız İki Örneklem T-Testi

Hizmetten Yararlananlar-Medeni Durum	Varyansların Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin T-Testi					
	F	Sig	t	p	Ortalama Fark	Standart Hata Farkı	Farkın %95 Güven Aralığı	
							Alt	Üst
Varyanslar Eşit Olduğunda	,002	,964	-1,272	,209	-,18286	,14379	-,47068	,10496
Varyanslar Eşit Olmadığında			-1,255	,216	-,18286	,14575	-,47572	,11001

p >,005

Tablo 6'da gösterilen, katılımcıların medeni durum memnuniyet ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlemesine yönelik gerçekleştirilen Bağımsız İki Örnek T Testi sonuçlarına göre, grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p= 0,209 > 0,005) tespit edilmiştir. Dolayısıyla, H_2 hipotezi reddedilerek, katılımcıların medeni durumlarına göre memnuniyet düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 7: Hizmet Sunucularının Öğrenim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

Memnuniyet Ortalaması-Öğrenim Durumu	Tanımlayıcı İstatistikler							
	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Farkın % 95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Lise	16	3,0625	,51396	,12849	2,7886	3,3364	,588	,625
Önlisans	5	3,4000	,77032	,34450	2,4435	4,3565		
Lisans	9	3,2727	,48532	,16177	2,8997	3,6458		
Lisansüstü	30	3,1576	,56341	,10286	2,9472	3,3680		

p >,005

Hizmet sunucularının öğrenim düzeyleri ile aile hekimliği modelinden memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 7'de gösterilen analiz sonuçlarına göre, öğrenim durumu ile katılımcıların aile hekimliği memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı (p= 0,625 > 0,005) için H_3 hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen bu sonuç, grup ortalamalarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir.

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH
Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Tablo 8: Hizmet Sunucularının Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

Memnuniyet Ortalaması-Yaş	Tanımlayıcı İstatistikler							
	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Farkın % 95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
21-30	23	3,2130	,55251	,09339	3,0232	4,4874	,578	,632
31-40	93	3,1091	,55744	,14393	2,8004	4,2597		
41-50	59	3,0114	,58198	,20576	2,5248	4,2918		
51-60	42	3,5000	,57854	,40909	-1,6980	4,3336		

p >,005

Hizmet sunucularının yaş grupları ile aile hekimliği modelinden memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 8'de gösterilen analiz sonuçlarına göre, yaş grupları ile katılımcıların aile hekimliği memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı (p= 0,632 > 0,005) için H_4 hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen bu sonuç, grup ortalamalarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir.

Tablo 9: Hizmet Sunucularının Görevlerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

Memnuniyet Ortalaması-Görev	Tanımlayıcı İstatistikler							
	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Farkın % 95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Aile Hekimi	28	3,1396	,56879	,10749	-,34439	-,23157	,485	,489
Aile Sağlığı Elemanı	32	3,1960	,54453	,09626	-,34544	-,23262		

p >,005

Katılımcıların görevleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 9'da gösterilen analiz sonuçlarına göre, hizmet sunucularının görevleri ile katılımcıların aile hekimliği memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı (p= 0,489 > 0,005) için H_5 hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen bu sonuç, grup ortalamalarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimliği modelinde hizmet sunanların sorunları ve memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik yapılan bu çalışma Kars İli ve çevre ilçelerde faaliyet gösteren aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile yapılmıştır.

Hizmet sunucu memnuniyetinin değerlendirilmesinin amacı, sağlık kurumlarının performanslarını geliştirerek hasta beklentilerini en iyi şekilde karşılamanın yolunu aramaktır. Hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve sağlık hizmetini sunan personelin davranışı oluşturmaktadır. Sağlık insan gücünün önemli olduğu günümüzde hasta beklentilerinin karşılanması çalışanın motivasyonu ve tatmini ile birlikte değerlendirilmelidir.

Araştırma sonuçlarına göre hizmet sunucularının genel memnuniyet durumları değerlendirildiğinde %54'ünün memnun olmadığı, %46'sının memnun olduğu anlaşılmaktadır. Anket uygulanan 60 kişinin 38'i aile hekimliği uygulamasından memnun olmadığını, 32 kişi memnun olduğunu belirtmiştir. Araştırmacıların değişkenlere verdikleri cevapların ortalamalarına göre; fiziki koşulların rahat ve kullanışlı olduğu (3,777), haftalık çalışma düzeninin aile hekimi tarafından belirlenmesinin çalışma düzeninde bir rahatlık sağlayacağı (3,962), hastalara ait bilgilerin sistemde saklanmasının hastaların sağlık hizmetini alırken tıbbi açıdan takip edilebilirliğini sağlayacağı (3,823) ve genel olarak aile hekimliği sisteminin eski sağlık ocağı sistemine göre daha iyi olduğu (4,076) sonucuna ulaşılmıştır. Hizmet sunanların (çalışanlar) anketlere verdikleri yanıtlar genel olarak kişisel odaklı, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu amaçlayan aile hekimliği uygulamasının, eski sağlık ocakları sistemine göre daha işlevsel ve etkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın bulgularından hizmet sunucularının gerekli güvenlik tedbirlerinin alınmamasından (1,760) ve mesleğinde istediği gelişme ve ilerleme için gerekli desteğin verilmemesinden (2,405) rahatsızlık duydukları sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda verilen ücretin yeterli olduğu (3,241), yetki ve sorumlulukların belirlenmiş olduğu (2,848), çalışma saatlerinin uygun olduğu (3,025), hasta yoğunluğunun fazla olmadığı (3,000), çalışanlara eşit davranıldığı konusunda (2,987) ortalamalar dikkate alındığında hizmet sunucularının kararsız oldukları anlaşılmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2010) tarafından yapılan Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması sonuçlarına göre; performansa dayalı ek ödemenin birinci sırada ele alınması gereken konu olarak ortaya çıktığı, izin kullanma sırasında ek ödeneğin kesilmesi, meslekler arası büyük farklılıklar olması, ek ödemelerin geleceğiyle ilgili belirsizlik algısının da temel sorunlar olduğu ve personelin motivasyon düzeyinde farklı nedenlerden dolayı düşüklük olduğu tespit edilmiştir. Uysal (2014) tarafından yapılan çalışmada da Aile Sağlığı Merkezlerinin fiziksel koşullarının iyileştirildiği ve iş yükünde artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chaabad (2006) Michigan'daki kentsel ve kırsal kesimde çalışan 123 anestezi hemşiresi arasında gerçekleştirdiği araştırmasında, kırsal kesimde çalışan hemşirelerin kentsel kesimde çalışanlara oranla daha fazla iş tatmini elde ettiğini ve örgütlerine daha fazla bağlı oldukları belirtilmiştir.

Araştırma kapsamında belirlenen hipotezlerin istatistiki analizlerle test edilmesiyle hizmet sunucularının demografik özellikleri ile (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu ve görev) memnuniyet düzeyleri arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Uysal'ın (2014), Aile Hekimliği Sisteminde Çalışanların Aile Hekimliğine Yönelik Görüşleri başlıklı farklı değişkenlerle demografik özellikleri karşılaştırdığı çalışmasında; aile hekimliğinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının personel eksikliğini giderme boyutuna yönelik çözüm önerilerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği; aile hekimliği uygulamasındaki çalışma koşulu, işe bağlılık ve memnuniyet, verimlilik ve hizmet kalitesi boyutlarına yönelik görüşlerin medeni duruma göre değiştiği saptanmıştır. Aynı araştırmada; aile hekimliği çalışanlarının mesleki gelişim, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, personel eksikliğini giderme ve bilgi sistemi geliştirme boyutlarına ilişkin çözüm önerilerinin medeni duruma göre faklılaştığı; çalışma koşulu, iş yükü, verimlilik ve hizmet kalitesine yönelik görüşlerinin yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği sonuçlarına da ulaşılmıştır.

Bu araştırmanın sonuçlarından hizmet sunucularının aile hekimliği sisteminde memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu anlaşılmaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları güvenlik konusunda tedirginlik yaşamaktadırlar. Yapılacak düzenlemelerle hizmet sunucularının güvenliklerinin sağlanması gerekmektedir. Hizmet sunucularının mesleki gelişimlerini sağlamaya yönelik eğitimlerin, sempozyum, kongre vb. bilimsel etkinliklerin düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca yetki ve sorumluluklar, ücret, çalışma saatleri ve eşitlik konusunda hizmet sunucularının düşüncelerine başvurulmalı ve onların deneyimleri göz önünde bulundurularak yeni çözüm önerileri geliştirilmelidir.

Bu araştırma aile hekimliği modeli alanında yapılmış olması dolayısıyla alanyazına faydalı bilgiler ve veriler sunmaktadır. Araştırma yer ve örneklem bakımından sınırlılığa sahiptir. Bu konu ile ilgili yapılması düşünülen çalışmaların daha geniş bölge ve örneklem üzerinde yapılması araştırmanın temsil gücünü ve öneri sunma imkanını artıracaktır. Aile hekimliği modelinde hizmet sunucularının sorunlarının, uygulanan sistemden memnuniyetlerinin ve/veya memnuniyetsizliklerinin belirlenmesinin sağlık politikacıları ve uygulayıcıları başta olmak üzere alana önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Ağdemir, H. (2012). Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi ile Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi, Mersin.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H. and others.(2001) Nurses‟ Reports On Hospital Care In Five Countries , Health Affairs, 20 (2): 43-53.

Akman, M. (2014). Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2): 70-78.

Algın K. Şahin İ. Top M. (2004). Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3): 249-275.

Chaabad, H. (2006). Job Satisfaction, Organizationala Commitment and Turnover Intent Among Nurses Anesthesist in Michigan, Master Thesis, Capella University, Michigan.

Chuang A.W., M.D., Ling F.W. (2009). Gynecology for the Primary Care Physician, Springer Press.

Clever, L.H. (2002). Who is Sicker: Patients or Residents? Residents' Distress and the Care of Patients, Annals of Internal Medicine, 136(5), 391-393.

Çalış, S. (2006). Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Dikici, M.F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A.S., Yarı, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Tıbbi Eğitim Dergisi, 27: 412-418.

Ercan, E. (2012). Aile Hekimliği Başucu Kitabı, İstanbul: Selen Yayıncılık.

Görpelioğlu, S. (2004). Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği, Amacı ve Yapısı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara.

Günaydın, A. (2007). Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri, Yüksek Lisans Tezi, İÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.

Hongoro, C., McPake, B. (2004). How to Bridge the Gap in Human Resources for Health, Lancet, 364, 1451-1456.

http://ailehekimi.org/p/ingilterede-aile-hekimligi-ve-genel-pratisyenlik-klinikleri, Erişim Tarihi: 25.04.2018.

Ilgar, M. (2006). Düzce İli Aile Hekimliği Pre-Pilot Uygulamasının Sahada Görevli Hekimlerce Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

İlgün, G. (2014). Aile Hekimliği Sisteminde Çalışanların Aile Hekimliği Uygulamasına Yönelik Görüş ve Önerileri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Katz, D.L., Ali, A. (2009). Preventive Medicine, Integrative Medicine, and the Health of the Public," Institute of Medicine of the National Academies, http://www.iom.edu/~/media/ Files/Activity%20Files/Quality/IntegrativeMed/Preventive%20Medicine%20Integrative%20Medicine%20and% 20the%20 Health%20of%20the%20Public.pdf.

Kaya, A. (2011). Türkiye ile Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması, Yüksek Lisans Tezi, Marmarmara Üniversitesi, İstanbul.

Korkmaz, M., Yahyaoğlu, G., Çalışkan, D. (2012). Aile Hekimlerinin Zaman Yönetimi Ve İş Performasının Uygulamaları Olarak İncelenmesi. Akademik Bakış Dergisi, 29: 1-18.

Mcdaniel, S.H., Campbell, T.L., Hepworth, J., Lorenz, A. (2007). Aile Yönelimli Birincil Bakım, (Çev. Editör. H.Yaman), İstanbul:Yüce Yayınevi.

Olesen, F., Dickinson, J., Hjortdahl, P. (2000). General Practice- Time for a New Definition, BMJ, 320: 354-357.

Oral A.I. (2002). ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2(2): 61-77.

Paycı, Ö.S., Ünlüoğlu, G. (2004). Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara.

Resmi Gazete. (2013). 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu 25665, Madde: 1.

Saatçi, E., Bozdemir, N., Akpınar, E. (2006). Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,10(2): 80.

Sağlık Bakanlığı. (2018). http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf, (Erişim Tarihi:10.03.2018).

Saran, U. (2007). Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri, Aile Hekimliği Dergisi, 1(4): 10-15.

Sezer, T. (2008). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Bakımda Sürekliliğin Durumu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (YUT), Adana.

Şişman S. (2010). Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Uysal, F. (2014). Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Personeli Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İli Konak İlçesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniveristesi, İstanbul.

Ünlüoğlu, İ. (2008). Türkiye'de Aile Hekimliği Disiplinin Gelişimi, PRN Aile Hekimliği Dergisi, 2(33): 425-429.

Terzi, C. (2007). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi: Sağlık Sistemleri-II, Toplum ve Hekim Dergisi, 22(1-2): 6.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2010). Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 805, Ankara: Opus Basın Yayın Ltd. Şti.

Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DPT.

Wonca. (1991). The Rol Of The General Practitioner/ Family Physician in Health Care Systems: A Statement from Wonca.

Wonca. (2002). The European Definition of General Practice/Family Medicine. Wonca Europe. Barcelona: Wonca Europe Office Publication.

George, D., Mallery P. (2003). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Quide and Reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.