

**T.C.**  
**YALOVA ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KAPSAMINDA AİLE  
HEKİMLERİNİN YAŞADIĞI PROBLEMLER VE İŞ  
TATMİN DÜZEYLERİ : BURSA ALAN ARAŞTIRMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Yaprak BOYSAN**

**Enstitü Anabilim Dalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri**  
**Enstitü Bilim Dalı: İnsan Kaynakları ve Çalışma İlişkileri**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Muharrem ES**

**ARALIK 2014**

T.C.  
YALOVA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KAPSAMINDA AİLE  
HEKİMLERİNİN YAŞADIĞI PROBLEMLER VE İŞ  
TATMİN DÜZEYLERİ : BURSA ALAN ARAŞTIRMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Yaprak BOYSAN**

**Enstitü Anabilim Dalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri  
Enstitü Bilim Dalı: İnsan Kaynakları ve Çalışma İlişkileri**

**Bu tez 05/02/2015 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.**

Doç. Dr. Tuncay GÜLOĞLU

-----  
**Jüri Başkanı**

- Kabul  
 Red  
 Düzeltme

Doç. Dr. Muharrem ES

-----  
**Jüri Üyesi**

- Kabul  
 Red  
 Düzeltme

Doç.Dr. Mehmet KARAKAŞ

-----  
**Jüri Üyesi**

- Kabul  
 Red  
 Düzeltme

## **BEYAN**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

**Yaprak BOYSAN**

**30.01.2015**

## ÖNSÖZ

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 2005 yılında pilot uygulamalar ile birlikte sistemde yerini alan aile hekimliği uygulaması , hem sağlık sistemine olumlu katkıları ile hem de beraberinde getirdiği eleştiriler ile oldukça ses getiren bir uygulama olmaya devam etmektedir. Bu açıdan, aile hekimliği uygulaması hem vatandaşlar açısından hem de aile hekimleri açısından yordanmaya çalışılması önemlidir. Uygulamanın; vatandaşlar, aile hekimleri ve devlet bakımından üçlü bir çerçevede objektif bir şekilde, katkıları ve problemleri kısımlarının incelenmesi, sistemdeki avantaj ve dezavantajları bir bütün olarak görülmesini sağlayacaktır.

Bu bağlamda, sağlık gibi hayati bir konuda kendine meslek edinen birinci basamak aile hekimlerinin problemlerinin irdelenmesi, kendilerinin vatandaşlar ile iletişimi, iş tatminleri ve sistemle ilgili mesleki problemleri bu tez çalışmasında ortaya konmaya çalışılmıştır.

Bu tez çalışmasını hazırlama süresince yardımlarını, görüş ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanın Doç. Dr. Muharrem ES' e, Anket çalışmasında mesai saatleri içinde dahi zaman ayırıp anketi dolduran Bursa ili çerçevesindeki ASM' ler de görev yapan aile hekimlerine, Anketlerin ulaştırılması ve aile hekimliği bilgileri hakkında çalışmayı yönlendiren Dr. Tanju ELAGÖZ , Dr. Atıl Başar BOZKURT ve Dr. Koray Boysan'a, çalışma süresince sonsuz destek ve yardımlarını esirgemeyen aileme teşekkürü bir borç bilirim. Bu çalışmanın toplum içerisinde aile hekimliği sistemi açısından farkındalık sağlanmasına ve tüm ilgili taraflara yararlı olmasını temenni ederim.

**Yaprak BOYSAN**

**30.01.2015**

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>i</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>TABLolar</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vi</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>vii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	<b>5</b>
1.1. İş Tatmini Kuramları.....	5
1.1.1 İçerik (Kapsam) Kuramları .....	6
1.1.1.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı .....	6
1.1.1.2. Herzberg'in Çift Faktör Kuramı .....	7
1.1.1.3. McClelland'ın Başarı İhtiyacı Kuramı .....	8
1.1.1.4. Clayton Alfender'in ERG Kuramı .....	9
1.1.2. Süreç Kuramları.....	10
1.1.2.1. Vroom'un Beklenti Kuramı .....	10
1.1.2.2. Porter-Lawler'ın Geliştirilmiş Beklenti Kuramı .....	11
1.1.2.3. Adams'ın Eşitlik Kuramı .....	12
1.1.2.4. Locke'nin Amaç Kuramı .....	13
1.2. İş Tatminini Etkileyen Faktörler Ve İlgili Araştırmalar .....	14
1.2.1. İş Tatminini Etkileyen Örgütsel (Çevresel) Faktörler .....	15
1.2.2. İş Tatminini Etkileyen Kişisel Faktörler.....	19
1.3. İş Tatmini İle İlgili Yapılan Araştırmalar .....	23
1.3.1. İş Tatmini İle İlgili Yurtdışında Yapılan Araştırmalar .....	24
1.3.2. İş Tatmini İle İlgili Yurtiçinde Yapılan Araştırmalar.....	28
1.4. İş Tatminsizliğinin Etkileri.....	32
1.4.1 İşe Devamsızlıklar .....	32
1.4.2. İşgücü Devir Oranının Artması .....	32
1.4.3. Sağlık Sorunları.....	33
1.4.4. İşe Yabancılaşma.....	34

<b>BÖLÜM 2: DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ.....</b>	<b>35</b>
2.1. Kavramsal Çerçeve.....	35
2.2. Dünyada Aile Hekimliği.....	37
2.3. Türkiye'de Aile Hekimliği.....	50
2.3.1. Türkiye'de Sağlık Politikalarının Geçmişine Bakış.....	50
2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Türkiye'de Aile Hekimliği.....	56
2.3.3. Aile Hekimlerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	57
2.3.4. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM).....	60
2.3.5. Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM).....	62
2.4. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Sistemde İçerisinde Yaşadığı Problemler.....	63
2.4.1. Nöbet Uygulaması.....	63
2.4.2. Fazla İşyükü, İş Stresi, Kendine Zaman Ayıramama.....	65
2.4.3. Ücret ve Performans Kesintileri.....	67
2.4.4. Diğer Problemler.....	69
2.5. Aile Hekimliği Sisteminin Getirdiği Olumlu Gelişmeler.....	71
2.6. Türkiye'de Aile Hekimliği Sisteminde Hasta Memnuniyeti Üzerine Yapılan Araştırmalar..	73
<b>BÖLÜM 3 : AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNDE HEKİMLERİN YAŞADIĞI PROBLEMLER İLE İŞ TATMİN İLİŞKİSİ : BURSA'DA ALAN ARAŞTIRMASI.....</b>	<b>79</b>
3.1. Araştırmanın Konusu.....	79
3.2. Araştırmanın Amacı.....	80
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	80
3.4. Araştırmanın Önemi.....	81
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	81
3.6. Veri Toplama ve Ölçme.....	81
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	82
3.8. Araştırma Bulguları.....	82
3.8.1. Katılımcıların Demografik Durumları.....	82
3.8.2. Katılımcıların Meslekleri Hakkındaki Görüşleri.....	88
3.8.3. Katılımcıların İş Tatmin Ölçeğine Göre Hoşnutluk Düzeyleri.....	100
3.8.4. Demografik Değişkenler, Mesleki Problemler ve işinden hoşnutluk duyma arasındaki ilişkiler.....	107
3.8.5. Araştırma Sonuçları Ve Hipotezlerin Değerlendirilmesi.....	116

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>124</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>129</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>147</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>150</b>

## KISALTMALAR

<b>AAFP</b>	: American Academy of Family Physicians
<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AH</b>	: Aile Hekimliği
<b>AHRQ</b>	: Agency for Healthcare Research and Quality
<b>AMA</b>	: American Medical Association
<b>BBSH</b>	: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
<b>ASM</b>	: Aile Sağliğı Merkezi
<b>BBSH</b>	: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>HASUDER</b>	: Halk Sağliğı Uzmanları Derneği
<b>İSTAHED</b>	: İstanbul Aile Hekimleri Derneği
<b>NHS</b>	: National Health Service
<b>OECD</b>	: Organisation of Economic Co-operation and Development
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SDP</b>	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>T.C.</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>TAHUD</b>	: Türk Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
<b>TSM</b>	: Toplum Sağliğı Merkezi
<b>TTB</b>	: Türk Tabipler Birliği
<b>UEMO</b>	: European Union of General Practitioners
<b>VD.</b>	: Ve Diğerleri
<b>ZSS</b>	: Zorunlu Sağlık Sigortası



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Bursa ASM'lerinde Çalışan Hekimlerin İlçelere Göre Dağılımı(2015).....	78
<b>Tablo 2:</b> Çalışma Durumları Tablosu.....	82
<b>Tablo 3:</b> Cinsiyet Bilgileri Tablosu.....	82
<b>Tablo 4:</b> Yaş Bilgileri Tablosu.....	82
<b>Tablo 5:</b> Medeni Durum Tablosu.....	83
<b>Tablo 6:</b> Çocuk Bilgileri Tablosu.....	84
<b>Tablo 7:</b> Eş Çalışma Durumları Tablosu.....	84
<b>Tablo 8:</b> Görev Yeri Bilgileri Tablosu.....	85
<b>Tablo 9:</b> Meslekte Toplam Çalışma Yılı Tablosu.....	86
<b>Tablo 10:</b> Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresi Tablosu.....	87
<b>Tablo 11:</b> İş Yerindeki Fiziksel Koşulların Yeterliliği.....	87
<b>Tablo 12:</b> İş Yerindeki Görev, Yetki ve Sorumlulukların Belirliliği.....	88
<b>Tablo 13:</b> Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşler.....	89
<b>Tablo 14:</b> Sistemde ki Sorunların Çözülüp Çözülmediği Hakkındaki Görüşler.....	90
<b>Tablo 15:</b> Mesleği Eğitimlerin Yeterliliği .....	90
<b>Tablo 16 :</b> Aile Hekimlerinin Toplumdaki Saygınlığı Hakkındaki Görüşleri.....	91
<b>Tablo 17:</b> Aile Hekimlerinin İş Yükleri Hakkındaki Görüşleri .....	92
<b>Tablo 18:</b> Aile Hekimlerinin Toplam Gelirleri Hakkındaki Görüşleri.....	92
<b>Tablo 19:</b> Aile Hekimlerinin İş stresi.....	93
<b>Tablo 20:</b> Aile Hekimlerinin Mesleki Geleceğe Ait Beklentileri.....	94
<b>Tablo 21:</b> Aile Hekimliğinden Memnuniyet Durumları.....	94
<b>Tablo 22:</b> Aile Hekimlerinin Kendini Güvencede Hissetme Durumları.....	95
<b>Tablo 23 :</b> Aile Hekimlerinin Performans Değerlendirme Sistemi Hakkındaki Görüşleri.....	96
<b>Tablo 24:</b> Hekimlerin İstenilen Performansları Yerine Getirebilmesi Hakkındaki Görüşleri.....	96
<b>Tablo 25:</b> Aile Hekimlerinin Uygulama ve Prosedürleri Benimseme Durumu.....	97

<b>Tablo 26 :</b> Aile Hekimlerinin Mesleki İletişimde Sorun Yaşadığı Kitleler.....	97
<b>Tablo 27:</b> Aile Hekimlerinin Sistemin Problem çözebilirliği Hakkındaki Görüşleri.....	98
<b>Tablo 28:</b> Aile Hekimliği Sisteminin Olumlu/Olumsuz katkısı Hakkındaki Görüşler.....	98
<b>Tablo 29:</b> Aile Hekimlerinin Meslek dışı İş yükü hakkındaki Düşünceleri.....	99
<b>Tablo 30:</b> İş Tatmin Ölçeğine göre Hekimlerin hoşnutluk/ hoşnutsuzluk düzeyleri.....	100
<b>Tablo 31:</b> Yaş İle İş Yükü Arasındaki İlişki.....	106
<b>Tablo 32:</b> Meslekte Çalışılan Yıl ile Aile Hekimliğinden Memnun Olma Arasındaki İlişki.....	107
<b>Tablo 33:</b> İş Stresi İle Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	108
<b>Tablo 34:</b> Meslekte Çalışılan Yıl ile Aile Hekimliğinden Memnuniyet Arasındaki İlişki.....	109
<b>Tablo 35:</b> Hekimlerin İş Meşguliyeti İle Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	110
<b>Tablo 36:</b> AH Uygulaması ile Toplumda Saygınlık Hissi arasındaki İlişki.....	112
<b>Tablo 37:</b> AH Uygulaması ile Çalışma Koşulları Arasındaki İlişki.....	113
<b>Tablo 38:</b> AH Uygulaması ile Ücret arasındaki ilişki.....	114
<b>Tablo 39:</b> AH. Performans Sistemi ile Çalışma Koşulları Arasındaki İlişki.....	115
<b>Tablo 40:</b> Yaş ile İş yükü değişkenleri arasındaki anlamlılık testi.....	117
<b>Tablo 41:</b> Cinsiyet İle İş Stresi Arasındaki Anlamlılık Testi.....	118
<b>Tablo 42:</b> Kıdem ile Ah uygulamasından memnuniyet arasındaki Anlamlılık Testi.....	119
<b>Tablo 43:</b> Hekimlerin iş meşguliyeti ile AH memnuniyet düzeyleri arasındaki Anlamlılık testi.....	120
<b>Tablo 44:</b> Hekimlerin toplumdaki saygınlık hissi ile AH memnuniyet düzeyleri arasındaki Anlamlılık Testi.....	120
<b>Tablo 45:</b> Ücret ile AH memnuniyet düzeyleri arasındaki Anlamlılık Testi.....	121
<b>Tablo 46:</b> Çalışma Koşullarından Memnuniyet ile Performans Değerlendirme Sisteminin Adilliği Arasındaki Anlamlılık Testi.....	122

## Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

<b>Tezin Başlığı:</b> Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Aile Hekimlerinin yaşadığı problemler ve İş tatminleri ; Bursa Alan Araştırması	
<b>Tezin Yazarı:</b> Yaprak BOYSAN	<b>Danışman:</b> Doç. Dr. Muharrem ES
<b>Kabul Tarihi:</b> 19/01/201	<b>Sayfa Sayısı:</b> VIII (ön kısım) + 147 (tez) + 3(ekler)
<b>Anabilimdalı:</b> Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri	<b>Bilimdalı:</b> İnsan Kaynakları Ve Çalışma İlişkileri
<p>Günümüzde sağlık sistemi gün geçtikçe gelişmekte ve revizyonlar ile sistem değişiklikleri kaçınılmaz olmaktadır. Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerini takip edebilmek için, ülkemizde eksiklikleri ve olumsuzlukları ile var olan sistemi değiştirmek gerektiği açıktır. Ancak, yapılan uygulama ve sistem değişiklikleri akla gelebilecek her konuda tartışma, polemik, sorun gibi olumsuz durumların yanında, ilk aşamalarda bir belirsizlik yaratacağı da açıktır. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında yer alan aile hekimliği sistemi, ülkemize özgü yeni uygulama ve çeşitli fikir ayrılıkları ile kendini göstermektedir. Bu durumdan etkilenecek en büyük taraflardan biri ise Aile Hekimleridir. Bu açıdan araştırmada özellikle aile hekimliği sisteminin sorgulandığı ve aile hekimlerinin tatmin ve memnuniyet durumlarını sistem üzerinden yorumlamak amaçlanmıştır.</p> <p>Araştırmanın birinci bölümünde, iş tatmini kavramı hakkında bilgiler ve literatür taramaları yer almaktadır. İş tatminini etkileyen unsurlar, iş tatminsizliğinin mahiyeti, iş tatmini kuramları gibi kavramsal ve açıklayıcı literatürden bilgiler derlenmiştir. İkinci bölümde, Aile hekimliği kavramının dünyadaki karşılığı ve aile hekimliğinin dünyanın çeşitli ülkeleri arasındaki uygulamaları ele alınmıştır. Üçüncü bölümde, Türkiye’de sağlık politikaları ve takriben gelişen aile hekimliği uygulaması irdelenmiştir. Türkiye’de ki aile hekimlerinin problemleri, sistemle ilgili sıkıntıları bu bölümde derlenmiştir. Ayrıca, aile hekimliği uygulaması karşısında hasta memnuniyet düzeylerine, bu konu hakkında yapılan araştırmalar çerçevesinde değinilmiştir. Dördüncü ve son bölümde, Bursa ASM’lerinde hizmet veren aile hekimlerine yapılan anket araştırmasının sonuçları irdelenmiştir. Anket çalışmasına ait sorular, aile hekimliği uygulaması ile ilgili görüşleri saptamaya yöneliktir. Ayrıca iş tatmin verilerine yer verilmiştir.</p> <p>Araştırma sonunda, Bursa’da görev yapan aile hekimlerinin genelinde bir tatminsizlik ve uygulama ile ilgili problemler yaşandığı saptanmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile işten memnuniyet düzeylerinin mesleki tatmini de etkilediği anlaşılmıştır. Hekimlerin meslekleri ile ya da hastalar ile olan sorunlarından ziyade, sistemin kendisi ile ilgili problemlerinin olduğu kanısına varılmıştır.</p>	
<b>Anahtar kelimeler:</b> Aile Hekimliği, Sağlıkta Dönüşüm, İş Tatmini, İş Tatminsizliği, Mesleki Problemler.	

## Yalova University Institute of Social Sciences PhD Thesis Summary

<b>Thesis Title:</b> Problems Encountered by Family Physicians As Part of The Health Transformation Project and Job Satisfaction ; Bursa Field Study.	
<b>Thesis Author:</b> Yaprak BOYSAN	<b>Advisor:</b> Associate Professor Muharrem ES
<b>Date Of Acceptance:</b> 19/01/2015	<b>Total Number of Pages:</b> VIII(Front Page) + 147(Thesis) + 3 (Annex)
<b>Department:</b> Department Of Labor Economics and Industrial Relations	<b>Field of Study:</b> Human Resources and Labor Relations

Nowadays, healthcare system is developing day by day and system changes are becoming inevitable with the revisions. In order to pursue the healthcare systems of the developed countries, it is obvious that the system exists with its shortcomings and negativities in our country needs to be changed. However, it is also obvious that the practice and the system changes will create an uncertainty at the first stages along with negative cases such as discussions, arguments, problems regarding everything that would come to mind. In this sense, the family practice system as a part of the Health Transformation Project shows itself with new implementations and various disagreements that are exclusive to our country. One of the people that would be affected most by this are the family physicians. In this respect, it is intended to examine especially the family practice system and to interpret the states of satisfaction and content of family physicians on the basis of this system in the study.

In the first chapter of the study, there is information regarding the concept of job satisfaction, and literature reviews. Conceptual and explanatory information has been compiled from the literature such as elements that affect job satisfaction, nature of job dissatisfaction, job satisfaction theories. In the second chapter, worldwide equivalent of the concept of family practice, and the implementation of family practice between various countries in the world have been discussed. In the third chapter, health policies in Turkey and the following family practice have been addressed. The problems and concerns of the family physicians in Turkey have been compiled in this chapter. In addition, patient satisfaction levels in the face of family practice have been addressed within the frame of studies conducted. In the fourth and last chapter, results of the survey study have been addressed with family physicians who provide service in Bursa ASMs. Questions regarding the survey study is aimed at determining the views on family practice. Job satisfaction data is also included.

At the end of the study, it is determined that generally, there is dissatisfaction and problems regarding the practice among the family physicians who work in Bursa. It is understood that family practice and job contentment levels also affect the occupational satisfaction. It is concluded that there problems with the system itself, rather than the occupations of the physicians or the problems with the patients.

**Keywords:** Family Practice, Health Transformation, Job Satisfaction, Job Dissatisfaction, Occupational Problems.



## GİRİŞ

Sosyal bir varlık olan insanın hemen hemen her alanda, her sektörle ve her iş alanıyla ilişkisi bulunmaktadır. Ancak bir sektör vardır ki, insanın hem duygusal, hem sosyal, hem bedensel olarak ihtiyacını karşılamaktadır. Sağlık sektörünü diğer tüm sektörlerden ayıran en önemli özellik de insan hayatı ile bire bir ilgili olmasıdır. Sektör denilince akla kar amaçlı kurulan ve faaliyetine devam eden bir işletme mantığı gelmektedir. Ancak, sağlık sektörü, özellikle kamu sağlık sektöründe durum kar amaçlılıktan ibaret değildir. Sağlığı bozulan ve ‘‘ sağlık talep eden’’ insanların muhatabı birebir hekimlerdir ve hekimlerin öncelikli amacı halkın sağlığı ile yakından ilgilenmektir. Hekimliğin başlangıcında ettikleri Hipokrat yemini de, aslında sembolik olarak öncelikli hedefin maddi değerlerden önce insan sağlığının gelmesini ifade eder. Her koşulda, her durumda, insan, dil, din, ırk ayırmadan öncelikli amaç insan sağlığının korunmasıdır.

Günümüzde etik değerler, hasta hakları, hasta - hekim gizliliği gibi kavramlar sağlık sektörünün de vazgeçilmez unsuru haline gelmiştir. İnsan artık sadece biyolojik bir varlık olarak görülmemekte; ruhsal ve psikolojik boyutu da ele alınmaktadır. Özellikle Sağlık sektörü ile muhatap olan insanlar daha talepkar, daha düşkün ve nispeten ‘‘bedensel/ruhsal’’ sıkıntıları olan insanlar olduğundan, daha yakından ilgi ve sabır beklemektedirler. İnsanların çeşitli sağlık sorunlarında muhatap olduğu ilk mecra ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler ya da sağlık elemanlarıdır. ‘‘İlk başvuru merkezi’’ diyebileceğimiz sağlık merkezleri bu açıdan insanlar için son derece önem arz etmektedir. Bu noktada, hastaların ilk başvuru durağı olan aile hekimleri rol almaktadır.

Dünyada ve Türkiye’de sürekli gelişmekte olan sağlık sektörünün yeni sayılabilecek ve en tartışmalı konuların başında ise aile hekimliği uygulamaları gelmektedir. Ülkemizde, gelişmiş Avrupa ülkelerine göre nispeten yeni bir uygulama olan aile hekimliği uygulaması, gerek basında gerekse kamuoyunda çokça tartışılan; hem hekimler hem de vatandaşlar açısından önemli bir ‘‘reform süreci’’ olarak adlandırılmaktadır. Ve bu ‘‘reform süreci’’ olarak adlandırılan Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci dereceden etkilediği kesimin aile hekimleri olması kaçınılmazdır.

Sözlü ya da yazılı medyada da sıkça adını duyduğumuz aile hekimleri günümüzde ; yaptıkları iş bırakma eylemleri ile, başarılı/başarısız sağlık uygulamalarıyla, hastalar ile iletişimde başarı / başarısızlıklarıyla, sistemle ilgili problemleriyle hayatımızın her alanında varlıklarını önemli ölçüde hissettirmektedirler. Özellikle 2005 yılından itibaren fiilen uygulamaya geçen aile hekimliği sistemi çeşitli tartışmalar ve gelişen uygulamalarıyla gündemde kalmaya devam etmektedir. Lakin, Aile hekimi olarak adlandırdığımız kişiler de, bu toplumun bir vatandaşı ve potansiyel bir “hasta”dır. Bu açıdan bakıldığında onların da problemleri, sistemle ilgili sıkıntıları , işleri ile ilgili tatmin ya da tatminsizlikleri son derece önem taşımaktadır. Zira bu bağlamda bu çalışmamızın amacı da, aile hekimlerinin yaşadığı sıkıntıları ve tatmin ya da tatminsizlik nedenlerini araştırıp yorumlamaktır. Hem Sağlıkta Dönüşüm Projesinde ki Uygulamalar ile ilgili sıkıntılarını, hem de kişisel tatminsizlik nedenlerini analiz edip , sürekli muhatap olduğumuz hekimlerin düşüncelerini saptayabilmektir.

Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm Kavramsal nitelikler taşıyan bir bölümdür. İş tatmini kavramı ve bileşenleri incelenmiştir. İş tatminini etkileyen faktörler, kuramları ve iş tatminsizliğinin getirdiği sonuçlar ve dünya ile Türkiye’de iş tatmini ile ilgili yapılan araştırmalar literatür taranıp incelenmeye çalışılmıştır. İkinci bölümde, Aile hekimliği kavramına giriş yapılmış; dünyada ve Türkiye’de aile hekimliği uygulamalarına değinilmiştir. Farklı ülkelerde ki uygulamalar incelenip aktarılmaya çalışılmıştır. Türkiye’de aile hekimliği sistemi irdelenmeye çalışılmış ve Türkiye sağlık politikaları ile ilgili kısa bir bilgi derlemesi oluşturulmuştur. Ayrıca bu bölümde aile hekimlerinin problemlerine ve sistem eleştirilerine yer verilmiştir. Bunun yanında, Aile hekimliği sistemin olumlu tarafları ve hasta memnuniyeti de irdelenmeye çalışılmış, yapılan bir takım alan araştırmaları aktarılmıştır. Son bölüm olan dördüncü bölümde, Aile hekimleri ile yapılan bir alan araştırması ve yorumlanması yer almaktadır. Bursa Aile sağlık merkezlerinde görev yapan aile hekimleri ile görüşülmüş, demografik bilgilerinin yanında sistemle ilgili problemleri/görüşleri ve iş tatmin düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin demografik bilgileri, sistemle ilgili düşünceleri tablolar halinde aktarılmıştır. Ortaya çıkan veriler ışığında yorumlanmaya çalışılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

### **Çalışmanın Konusu**

Bu çalışmanın konusu, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında aile hekimlerinin yaşadığı problemleri ve iş tatmin düzeylerini tespit edip, aralarındaki ilişkiyi saptamaktır. Bu çerçevede Bursa Aile Sağlık Merkezlerinde hizmet veren aile hekimlerinin uygulamaya bakışları, sistemle ilgili problemleri, olumlu / olumsuz görüşleri ve iş tatmin düzeyleri konu edilmiştir.

### **Çalışmanın Amacı**

Bu araştırmada Türkiye'nin en kalabalık ve en büyük dördüncü kendi olan Bursa'da görev yapan aile hekimlerinin yaşadığı problemleri saptamak ve iş tatmin düzeylerinden yola çıkarak literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır. Bu çerçevede, öncelikle iş tatmini, aile hekimliği, hasta memnuniyeti gibi kavramlara da teorik olarak yer verilmiştir.

### **Çalışmanın Önemi**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin sistemle ilgili olumlu ya da olumsuz çeşitli görüşleri bulunmaktadır. Ancak özellikle olumsuz düşünceleri ve sistemle ilgili oluşan problemlerini anlayabilmek , hekimlerin birincil dereceden muhatap olduğu hastaları da ilgilendirmektedir. Sistemle ilgili yaşadığı problemler, iş tatminlerini düşürebileceğinden, bu durumun hastalara yansıyan yüzünü de göz önüne almak gerekecektir. Bu bağlamda gerçekte aile hekimlerini ilgilendirir gibi gözükken sistemle ilgili problem ve iş tatminsizlikleri hastaya da dolaylı olarak yansıtacağından , problem analizi yapmak önem teşkil etmektedir. Bu çerçevede, kalabalık bir şehir olan Bursa'da ki aile hekimlerinin iş yükü ve çeşitli nedenlerle yaşadığı problemleri, iş tatminlerin düzeylerini de inceleyerek durum tespiti yapmaya çalışılmıştır.

### **Çalışmanın Yöntemi**

Bu çalışmada daha çok nitel araştırma yaklaşımı kullanılmıştır. Aile hekimliği, iş tatmini kavramı ile ilgili literatür taraması ve konu ile ilgili çeşitli bilimsel araştırmalara yer verilmesinin yanında, anket aracılığı ile alan çalışması da yapılmıştır. Anket soruları üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde aile hekimlerinin demografik/kişisel bilgileri



yer almaktadır. İkinci bölümde, aile hekimlerinin meslekleri ile ilgili ve sistem ile ilgili görüşleri ve problemleri yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise, Minnesota iş tatmin ölçeği kullanılarak, hekimlerin iş tatmini düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır. Anket sonuçları SPSS Programına aktarılmış ve veriler elde edilmiştir. Bu veriler genel frekans tabloları ve çapraz tablolar olarak aktarılmıştır.

## **BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

### **1.1. İş Tatmini Kuramları**

“İnsan gününün önemli bir kısmını işinde geçiriyor ve bunu da en az 20-25 yıl devam ettiriyorsa, onun yaşamında mutlu olabilmesi için işinden tatmin olması hem organik hem de psikolojik varlığı açısından şarttır” (Keser, 2005 :78). Bu bağlamda bakıldığında, günümüzün hızlı ve yorucu iş yaşamı insanları bir bakıma makinelerden farksız kılmaktadır. Sosyal bir varlık olan insanın, İş yaşamından beklentisi aldığı ücret ve bir takım yan haklar ile sınırlı değildir. Yaptığı işten tatmin olduğu sürece verimliliğinin artacağı ve psikolojik açıdan daha sağlıklı bir iş yaşamını idame ettireceği düşünülmektedir. Bu açıdan İş tatmini konusu iş yaşamında fazlasıyla önem arz etmektedir.

İş tatmini, çalışanın işine karşı gösterdiği genel tutum olarak da tanımlanabilmektedir. Kişinin işine karşı tutumu olumlu veya olumsuz olacağına göre iş tatmini, kişinin iş deneyimlerinin sonucunda ortaya çıkan olumlu ruh halidir şeklinde tanımlamak, çalışanın işine karşı olumsuz tutumuna ise iş doyumsuzluğu demek daha doğru olacaktır (Çimen ve Şahin, 2000:54 ).

İş tatmini kavramının tarihi gelişim sürecinde, iş doyumunun nedenlerini ve etkilerini açıklamaya yönelik bir takım kuramsal yaklaşımlar ortaya atılmıştır. Bu kuramlar iş tatminine farklı açılardan bakmaktadırlar. Bu kuramlar araştırmacılara göre genel anlamda “kapsam kuramları “ ve “ süreç kuramları” olarak iki ana grupta incelenmektedir. İçerik kuramları genel olarak nelerin güdülemeye yol açtığını açıklamaya çalışırken, süreç kuramları daha çok güdüsel sürecin nasıl işlediği ile ilgilenmektedir.

İş tatmini bir tutum olarak, davranış içeren motivasyondan farklı olmasına karşın literatürde ilk kez iş tatmininin sistematik biçimde incelenmesi motivasyon kuramlarıyla ele alınmıştır (Yüksel, 2005 :294).

### **1.1.1. İÇERİK (KAPSAM) KURAMLARI**

İnsanları belirli davranışlara yönelten ihtiyaçların çözümlenmesine önem veren bu teoriler, çalışanların ihtiyaçları hakkında farkındalığı arttırmalar ve yöneticilerin, çalışanların nasıl iş tatmini sağlayacaklarını anlamalarını kolaylaştırırlar ( Barutçugil, 2004: 375). Kapsam kuramları, gereksinmelerin doğasına ve insanları neyin güdülediğine önem verirler. İnsanların güdülerini ve bunların göreceli güçleri ile insanların bu güdülerini tatmin etmek için gerçekleştirmek istediği hedefleri tanımlamakla ilgilidir. (Kaya, vd., 2013:4).

#### **1.1.1.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı**

Bu teori, insanların çeşitli ihtiyaçlar tarafından güdülendiğini ve bu ihtiyaçların hiyerarşik bir düzen içinde varolduğunu ileri sürer. İnsanları, çalışmaya ve belirli davranışlara yönelten ihtiyaçlar; fizyolojik, güvenlik, ait olma, saygınlık ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı olarak beş basamakta sıralanır.

- Fizyolojik İhtiyaçlar: Uygun fiziksel iş ortamı, temel ücret, ulaşım, yemek ve giyimdir.
- Güvenlik İhtiyacı: Güvenli bir fiziksel ve duygusal çevre, iş güvenliği, sigorta, sağlık hizmetleri ve sosyal haklardır.
- Ait olma ihtiyacı : Çalışanlara ve yöneticilerle iyi ve olumlu ilişkiler kurma isteği ve takım çalışmasına aktif katılmaktır.
- Saygı ihtiyacı: Olumlu imaj geliştirme, fark edilme, başkaları tarafından takdir edilme ihtiyacıdır.
- Kendini gerçekleştirme ihtiyacı: Daha iyi bir insan olma , yetkinliklerini arttırma ve tam potansiyelini ortaya koyma, büyüme için fırsatlar yaratma, yaratıcılığı ortaya koyma, başarıya özendirme, zor görevler ve ilerleme için eğitim alma şeklinde görülür ( Barutçugil, 2004: 375).

Maslow bireylerin, motive edilmesinde bu ihtiyaçların aynı etkiyi göstermediğini söylemektedir. Başka bir deyişle herkes değişik kademelerde ki ihtiyaçlar tarafından motive edilmektedir (Efil, 1999:121). Bu ihtiyaçların ortaya çıkması için bireyin ancak

sosyal yaşamında yerini bulmuş ve istediği ortam ve işe kavuşmuş, ayrıca psiko -sosyal bakımdan yeterinde gelişmiş olması gerekmektedir (Aytaç, 2000: 67).

Maslow'a göre kişi, öncelikle en alt düzeydeki ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadır. Buna göre söz gelimi aç bir çalışana övgü sunarak ya da belge vererek motive etmek mümkün değildir. Dolayısıyla yöneticilerin, çalışanların ihtiyaçlarını anlamalı ve bu ihtiyaçları giderecek yöntemlerle örgüt amaçları doğrultusunda çalışanlarını yönlendirmelidirler (Güney, 2007).

Bu teoriye göre, kendisine verilen iş nedeniyle karşılanmayan ihtiyacını karşılamış olan çalışan yaptığı işten memnun olacaktır. Ancak ihtiyaçlar durgun olmayıp değişkendir ve karşılanan bir ihtiyacın yerini karşılanması gereken bir başka ihtiyacın alması kaçınılmazdır (Ağırbaş, vd., 2005: 329).

#### **1.1.1.2. Herzberg'in Çift Faktör Kuramı**

Herzberg, çalışanların ekonomik, sosyal ve duygusal varlıklar olduklarını belirtmektedir. Dolayısıyla, iş tatminlerinin bu üç unsur tarafından belirlendiğini ve bu unsurların birlikte ele alınması gerektiğini ileri sürmektedir. Yaptığı araştırmalar sonucunda insanların iş tatminini arttıran faktörler ile onları işte mutsuz kılan faktörlerin aynı olmadığını tespit etmiştir (Efil,1999: 122).

Herzberg ve arkadaşları, Pittsburgh'da bulunan yaklaşık 200 mühendis ve muhasebeciden oluşan bir grupta görüşerek, onlara geçmişte işlerinden ve çalıştıkları zamanlardan kendilerini özellikle tatmin duyduğu ve motive olduğu zamanları ve tam tersini hissettikleri durumları anımsamalarını istemiştir. Daha sonra da hissettikleri bu duyguların neler olduğunu tanımlamalarını istemişlerdir. Sonuçta, çalışanların iş tatmini ve tatminsizliği ile ilişkili olarak verdikleri cevaplardan, iki farklı boyutun varlığı tespit edilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre "koruyucu ( hijyen) faktörler " ve "motive edici faktörler" olmak üzere iki farklı faktör grubunun var olduğu ve bunların iş yerinde ki insanları farklı şekillerde etkilediği belirlenmiştir. Buna göre Koruyucu (Hijyen) Etmenler, ücret, iş güvenliği, çalışma koşulları, denetimin düzeyi ve niteliği , şirket politikası ve yönetimi, kişiler arası ilişkiler olarak belirlenmiştir. Bu etmenler eğer iş yerinde bulunmuyorsa, bireyler için bir tatminsizlik unsuru oluşmaktadır. Bunların sağlanması durumunda, tatminsizlik azalmakta, ancak kişinin

tatminini de arttırmamaktadır. Tatmin Edici Etmenler ( Motivasyon) ise, başarı duygusu, tanınma, sorumluluk, işin kendisi, kişisel gelişim ve yükselme gibi etmenler olarak saptanmıştır. Bu etmenler, çalışanların motivasyon ve tatmininin başlıca unsurları olarak belirlenmiştir. Çalışanlar işlerinde bu faktörleri açıkça görmeleri ve hissetmeleri halinde tatmin sağlamakta ve motive olmaktadır. Ancak hijyen faktörlerin tersine, bu faktörlerin yokluğu, tatmin duygusunu ortadan kaldırmakla birlikte, tatminsizlik hissi de vermemektedir'' (Özer, Topaloğlu, 2008).

Herzberg'in bu kuramı, tatmin ve tatminsizliğin birbirini dengelediği ve zıt olgular olmadığını açıklamaya çalışır. Buna göre, çalışan işinden tatmin sağlamadan aynı zamanda tatminsizlik de hissetmeden çalışabilir (Kaya, vd., 2013).

Herzberg'in bu teorisinin yöneticiler arasında yaygın olmasının en önemli nedenlerinden birisi, teorisinin işle ilgili terimleri kullanmış olmasıdır. Ancak bazı uygulamalı araştırma sonuçları, Herzberg'in bu teorisinin varsayımlarını doğrulamamıştır (Kurt, 2005:290).

### **1.1.1.3. McClelland'ın Başarı İhtiyacı Kuramı**

McClelland ve arkadaşları, bir kişinin üç grup ihtiyacın etkisi altında davranış göstereceğini belirtmektedir. Bunlar; Belli bir standarda ulaşmak için uğraşmak (Başarma İhtiyacı), başkalarını belli bir biçime davranmaya yönlendirme (Güç İhtiyacı), Arkadaşlık ve yakın ilişki kurmayı amaçlamak, (İlişki kurma İhtiyacı) dır (Aytaç, 2000:73).

McClelland'a göre, kişiler hoş duygular arayıp, hoş olmayan duygulardan kaçınmaktadır. Bu hoş olan/ olmayan duygular ile bazı dış uyarıcı etkenlerin birleşmesi sonucu başarı güdüsünü insanlar sonradan edinmektedir. Başarı güdüsü yüksek olan bir kişinin ise, başarı uyarıcıları ile beklentileri arasındaki açıklık azdır. Bu nedenle bu kişiler başarılı durularda daha çok güdülenecektir. Buna karşın, başarı güdüsü düşük olanlar, başarı gerektiren durumlardan kaçınmak isteyecektir (Onaran, 1981:203).

McClelland'ın çalışmalarından yöneticilerin ve girişimcilerin başarılı olabilmeleri için yüksek başarı ihtiyacı güdüsüne sahip olması gerektiği, bu nedenle bu güdünün örgütler

için özel önem taşıdığı sonucuna ulaşılabilir. Güç ve ilişki kurma ihtiyaçları da yönetsel başarı ile yakından ilişkili olma eğilimindedir. Çalışmalar, en iyi yöneticilerin güç ihtiyaçlarının yüksek, ilişki kurma ihtiyaçlarının ise düşük olduğunu göstermektedir ( Semerci, 2005: 21).

#### **1.1.1.4. Clayton Alfender'in ERG Kuramı**

Alfender, gereksinimleri üç temel gruba ayırmıştır. Bunlar; "Varolma", "Aidiyet" ve "Gelişme" dir. Varolma, Maslow'un fizyolojik ve güvenlik gereksinimleri olarak nitelediği temel gereksinimleri kapsamaktadır. Aidiyet, bireylerin başkaları ile bir arada olma, sosyal ilişkiler kurma gereksinimidir. Gelişme ise, bireylerin kişisel olarak kendilerini geliştirmesidir. Alfender'in getirdiği yeni bir kavram da gereksinimlerin sürekli ve dönemsel olarak ayrılmasıdır. Sürekli gereksinimler bireyin davranışını sürekli olarak uyararak gereksinimlerdir. Başarı, sevilme ve ünlü olma gereksinimi buna örnek olarak gösterilebilir. Dönemsel gereksinimler ise, belirli aralıklarla ortaya çıkar ve giderildikleri anda güdüsel olmaktan çıkarlar. Bireyin acıktığında yemek yemesi buna örnek teşkil edebilir ( Özyurt, 2004:12).

ERG Teorisi, Maslow'un teorisi ile hemen hemen aynıdır. Alt düzey ihtiyaçları tatmin edildikçe üst düzey ihtiyaçların önem taşıdığı görülür. Teorinin Maslow'dan ayrılan yönü ise, gereksinimlerin burada somutluk durumlarına göre sıraya konulmasıdır. Dolayısıyla bir üst düzeyde ki gereksinimi karşılamak güç olduğunda bir alt düzeyde ki gereksinim daha çok istenecektir. Çünkü kurama göre daha ayrılmış, daha az somut sonuçları elde edemeyenler daha somut amaçlara yönelirler. Gerçek istek böylece doyurulmuş olmaz, ama daha somut olanı onun yerine geçer. Ayrıca kendini gerçekleştirme ile gelişme kavramları arasında da önemli bir ayrım mevcuttur. Bilindiği gibi Maslow'a göre kendini gerçekleştirme ihtiyacı insanın içinden gelen ve çevreye göre değişmeyen bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyacın çeşitli durumlarda alacağı biçimler üzerinde Maslow durmamıştır. Oysa ERG Teorisi'nde ki gelişme kavramında, insanın çevreden gelen uyarılardan etkileneneği, bu uyarıların çeşitli yetenekleri ortaya çıkarmak da etkili olacağı görüşü de vardır ( Aytaç, 2000:72).

### 1.1.2. Süreç Kuramları

Süreç kuramları kapsam kuramlarının aksine ihtiyaçlar ve güdüler üzerinde durmak yerine, insan ihtiyaçlarını karşılamada kullanılan ve amaç denilebilecek dışsal bir takım faktörler üzerinde yoğunlaşmıştır (Şimşek, vd., 2008: 206). Bu teoriler, davranışın nasıl başladığını, nasıl yönlendirildiğini ve nasıl sürdürüldüğünü açıklamaya çalışıp altında yatan belirli süreçlere odaklanırlar ve özellikle kişilerin davranışlarıyla ilişkili karar alma sisteminin işleyişini açıklamaya ağırlık verirler (Semerci, 2005: 22).

Bu teoriler; Vroom'un Beklenti Teorisi, Porter - Lawler Teorisi, Adams'ın Eşitlik Teorisi ve Locke'nin Amaç Teorisi olarak incelenmektedir.

#### 1.1.2.1. Vroom'un Beklenti Kuramı

Bir insanın iki amaçtan birini istemesi, birini ötekine tercih etmesi ya da ikisini birden istememesi olayı için çeşitli yazarlar, çeşitli terimler ileri sürmüşlerdir. Örneğin Tolman "valence", Atkinson "özendirici", Edwards "beklenen yarar" terimlerini kullanmıştır. Bütün bu terimler belli amaçlara karşı duygusal yönelmeleri gösterir. Vroom'da iki ya da daha çok amaca karşı duyulan isteklerin güçleri arasındaki ilişkiyi gösteren bu kavram için "Valence" terimini kullanmaktadır"(Onaran, 1981: 72).

Beklenti kavramını Vroom, belli bir eylemin belli bir amaçla sonuçlanacağı konusunda geçici bir inanç olarak tanımlamaktadır. Buradaki geçicilik bu inançların sürekliliği olmadığını, değişebileceğini göstermektedir. Görüldüğü gibi bu kavram bir eylem-sonuç ilişkisini göstermektedir. Beklenti sıfırdan +1'e kadar çeşitli değerler alır. Sıfır noktasında bir eylemin belli bir sonuç doğuracağı konusunda bir olasılık yok demektir. +1 durumundaysa bir eylemin belli bir sonuç doğuracağı kesindir. Burada söz konusu olan olasılık öznel bir olasılıktır, yani o eyleme girişen, o amacı isteyen kişinin hesapladığı olasılıktır. İşte bir insanın bir eylemde bulunma gücü (ya da güdülenmesi) beklentilerin çarpılmasıyla elde edilmektedir. Aradaki ilişkinin çarpım olması hem "Valence" hem de beklentinin belli bir oranda var olmasını gerektirir. Bunlardan biri sıfır olduğunda eyleme geçme gücü de sıfır olacaktır. Örneğin bir işgören işinde üstün başarı göstermek isteyebilir, ama çalışmanın onu başarıya götürmeyeceğine inanırsa, kendisinde başarıya ulaşma gücü bulunmayacaktır. Ayrıca bu güç eksi değerde de olabilir. O zaman bir amaçtan kaçınma söz konusu olacaktır (Onaran,1981: 73).

Vroom'un Teorisi'nin temelinde, bireylerin her davranışının sonucunda, bazen ödüllere bazen de cezalara sahip olacağına inanması yatmaktadır. Dolayısıyla, burada birey bir bekleme içine girer. Örneğin bir işgören, standart üretim miktarında normal ücretini alacağını, standart üretim miktarını aşınca da ek prim elde edeceğini bilerek bir ümit ile işe başlar (Mamedov, 2013: 14).

Beklenti Teorisi, bireylerin amaçları ile işteki davranışları arasındaki ilişkiyi açıkladığı için bu teoride bireylerin eğitilmesi, örgütle ilgili engellerin kaldırılması, gerekli güvenin ve ödüllerin sağlanması konusunda üzerine düşen görevleri yerine getirmesi gerekir. Böylece bireylerin motivasyonuna katkı sağlayabilecektir (Efil, 1999: 124).

#### **1.1.2.2. Porter – Lawler'ın Geliştirilmiş Beklenti Kuramı**

Lyman Porter ve E.E.Lawler tarafından öne sürülen modelde, iş tatmini çalışanın gösterdiği performans ve sonucunda aldığı ödül oluşturmaktadır. Çalışanın davranışları iş yerinde ki eşitlik ve hoşnutluktan etkilendiğinden, ulaşmak istediği amaç da bu doğrultuda gerçekleşmektedir (Bölükbaşı ve Yıldıztan 2009:351).

Bu teoriye göre, iyi performans ödülle yol açar bu da doyum sağlar. Porter ve Lawler ödülleri içsel ve dışsal olmak üzere iki türe ayırır. İçsel ödüller; bir iş görenin işinde gösterdiği yüksek performans, dolayısıyla işin kendisinde verilir. Bu ödüller başarı duyguları ile Maslow tarafından benimsenen ve tanımlanan üst düzey gereksinimlerin karşılanmasını sağlar. Dışsal ödüller; çalışana, örgüt tarafından verilen ve temelde alt kademe gereksinimleri karşılayan ödüllerdir. Bu gruba giren ödüller, ücret, terfi, statü, iş güvenliği vb. olarak sıralanabilir. Burada bir şeyin ödül sayılabilmesi için , ödül alanın o ödülde haz duyması gerekir. İçsel ve dışsal ödüller, çalışan tarafından beklenen uygun ödüller aracılığı ile tatmine bağlanmıştır (Özyurt, 2003:14).

Ödül-tatmin ilişkisi, kişinin adalet algısı tarafından düzenlenmektedir. Kişi, kendi çabaları sonucunda aldığı ödülü, diğer kişilerin çabaları sonucu aldığı ödüller ile kıyasladığında kendisine adil davranılmadığını düşünüyorsa, bu iş tatminsizliğine yol açmaktadır (Sat, 2011:18).

Beklenti teorilerine yöneltilen en önemli eleştiri, teorilerin çok kompleks oldukları dolayısı ile test edilmelerinin güçlükler çıkarması konusudur. Diğer bir eleştiri de bu



teorilerin iddia ettiği gibi, kişilerin belirli bir davranış göstermeden önce ayrıntılı bir mantık aritmetik hesaplamalarına giriştikleri konusunda oluşan şüphedir ( şengül ve Sönmezöz, 2012).

### **1.1.2.3. Adams'ın Eşitlik Kuramı**

Eşitlik teorisinin özü bireyin kendi kurumunda başka bir bireyle veya kendi durumunda olan başka bir organizasyonda çalışan kişinin durumu ile kendisini karşılaştırması ve iş ortamı ile ilgili algıladığı eşitlik veya eşitsizlik ile ilgilidir (Efil, 1999: 125). Çalışanlar yatırımlarını ya da ödülleri bir başka çalışanın yatırım ya da ödöl oranı ile karşılaştırır. Bu iki oran eşit ise çalışan bir adalet duygusu yaşar. Ancak bu ikisi arasında bir farklılığın ortaya çıkması, çalışan üzerinde adaletsizlik duygusuna yol açar. Burada yatırımdan kastedilen, çalışanların tecrübeleri, kıdemleri, bedensel ve zihinsel yetenekleri, yaş ve cinsiyetleri, bilgi ve becerileri gibi unsurlardır. Ödüller ise, ücret, işle ilgili haklar, statü, yetkiler, takdir, terfiler gibi unsurlardır (İçerli, 2010:71).

Eşitlik teorisinin iki güçlü ‘‘duygusal’’ durumu içerir. Bunlar, hırsta ve kusurda azalma yaratması ve getirdiği bir dizi davranışlar sonuçlardır. Adams ve arkadaşlarının yaptığı araştırmalarda (1964), eşitlik teorisinin bu yönü üzerine farklı sonuçlar elde etmişlerdir. Bu araştırmaların bir tanesinde, öğrenci gruplarına, kurmaca bir yayın evinde ‘‘prova’’yarışı yapılması için ilan verilmiştir. Bir grup öğrenci, bu iş için vasıflı olmadığını belirtmiş ancak yine de bu yarışa girmeyi kabul etmişlerdir. Yani, eşitlik teorisine göre, ‘‘kusurlu’’ (vasıfsız) olmaları, bu yarışa girmelerini için güdüleyici bir neden olmuştur. Dolayısıyla, diğer gruplar ile eşit olmak için kendilerini daha fazla çaba sarf etmeye motive etmişlerdir. Öteki öğrenci grubu, vasıflı olduklarını belirtmiş ve bu yarışa girmeyi kabul etmişlerdir. Araştırmadan çıkan sonuçlar ise; vasıfsız ve çalışmaya razı olan ilk grup en iyi çalışmayı yapmakla kalmamış, aynı zamanda öteki gruptan daha fazla çaba göstermiştir. Buna göre, bu çalışma Adams ve arkadaşlarının ‘‘kusurlu’’ olmaları, bir eşitsizlik durumu yaratmamış, kendilerini ‘‘kusurlu’’ hissetme algılarında bir düşüş olmuş, ve daha iyi bir iş başarmak için motive oldukları saptanmıştır (Fincham ve Rhodes, 2005: 203).

Teoriye göre, yöneticilerin, çalışanlara eşit davranmadığı takdirde , çalışanların motivasyonu olumsuz yönde etkilenecek ve iş tatmininde düşüş yaşayacaklardır ve

dolayısıyla performanslarında muhtemel bir düşüş yaşanacaktır. Buna istinaren yöneticilerin ‘‘eşit işe eşit ücret’’, ‘‘tüm çalışanlara eşit haklar’’, ‘‘adaletli bir yönetim sistemi’’ gibi kavramları önemsemeleri gerekmektedir. Aynı yetenek ve yetkinliklere sahip olup, herhangi bir dışsal nedenden ötürü (ırk, dil ,din, ve benzeri) bir ayrımcılığa girişmesi; ya da aynı durumda olan iki çalışanın birini öznel nedenlerden dolayı kayırması, çalışanın verimliliğini son derece olumsuz olarak etkileyecektir. Yöneticilerin eşitlik ilkesini objektif bir biçimde uygulamaya geçirebilmesi için burada çalışanın iş yerinde ki performansı göz önüne alınıp, buna paralel olarak bir değerlendirme yapması uygun olduğu düşünülebilir.

#### **1.1.2.4. Locke'nin Amaç Kuramı**

Edwin Locke'nin geliştirdiği amaç teorisine göre, kişilerin belirlediği amaçlar, motivasyon derecelerini de belirlemektedir. Buna göre, hedefi yüksek ve ulaşımı zor amaçlar belirleyen bir kişi daha yüksek performans gösterip, daha fazla motive olacaktır. Ulaşımı daha kolay ve basit amaçlar hedefleyen bir kişinin ise daha az performans göstermesi beklenmektedir. Amaca ulaşmayı kolaylaştıran etkenler ise, iç-dış etkenler ile etkileşim faktörlerinin etkileridir. Dış etkilere ; arkadaş grubu ve ödüller gibi unsurlar örnek teşkil ederken, iç etkilere, amacı gerçekleştirmek için olumlu beklentiler, özgüven örnek teşkil etmektedir. Etkileşim faktörlerinin etkileri ise, karar sürecine katılım örnek gösterilebilir ( Erdem, 1998,56).

Onaran'ın , bu teori hakkında ki açıklamasına göre insanlar çevrelerini algılayıp yorumlarlar, başka bir deyişle, çevrelerini tanıyıp adlandırırılar. Sonra da bu algılarını kendi değer yargılarına göre değerlendirirler. Yani herkes kendi "değer anahtarı"na göre neyin iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış, kendine yararlı ya da zararlı olduğuna karar verir. Buna göre de kendine birtakım amaçlar saptar; ilerideki davranışları artık bu amaçlara yönelik olacaktır (Onaran, 1981).

Amaçlar, hem çalışanın göstereceği çabayı, hem de davranışın yönünü etkileyerek iş başarımı üstünde etkili olmaktadır. Bu ilişkiyi sınamak için yapılan bir alan deneyinde kamyonla ağaç kütükleri taşıyan ama kamyonları tam yüklemeyen sürücülere yasal olarak taşıyabilecekleri yükün % 94'ünü yüklemeleri söylenmiştir. Bu amaca ulaşmayanlar ceza görmemekte ama yükünü artıran sürücüler çeşitli biçimlerde sözlü

olarak övülmektedir." Üç aylık bir süre içinde sürücülerin yüklerini artırdıkları görülmüştür. Hatta bazıları yükleme yönteminde değişiklikler de yapmıştır. Bu deneyde sürücülerin gösterdikleri çaba ya da davranışlarının yönü ölçülmemişse de, bir amaç belirlemenin hem gösterilen çabayı artırdığı, hem de yükleme yöntemlerinde bulunan değişikliklere bakılırsa, sürücülerin davranışını amaca doğru yönelttiği anlaşılır. Buna karşılık, Locke, Bryan, Kendall deneylerini yineleyen başka bir araştırmada deneklere belli amaçlar verilerek parasal özendiricilerin etkisi araştırılmış, sonuçta amacın iş başarımıyla ilişkili olduğu ama paranın da amaçlar dışında doğrudan iş başarımını etkilediği görülmüştür. Bu araştırmanın bulguları, özendiricilerin doğrudan doğruya iş başarımını etkilediği sonucunu verdiği için Locke'la arkadaşlarının bulgularına uymamaktadır. (Onaran, 1981).

Özendirici ve güdüleyici olguların, kişinin amaçlarıyla örtüşmesi bu bağlamda önem arz etmektedir. Yukarıda belirtilen araştırmalardan da anlaşılacağı gibi, motivasyon ve tatmin sağlamada ki en önemli nokta, güdüleyicilerin, kişilerin amaçlarıyla ne kadar paralel olduğu ile alakalıdır. Söz gelimi, bir çalışanın asıl amacı taktir edilme duygusu ise, güdüleyici etmenin sadece para olması bu noktada çalışanın motive olacağını garanti olmamaktadır. Ya da, bir güdüleme aracı olarak sadece para unsuru göz önüne alınıyorsa, kişinin taktir edilme amacı tatmin edilemeyeceğinden, motivasyon sağlaması da zorlaşacaktır. Bu bağlamda, Yöneticilere düşen görevler; yönetimin öngördüğü amaçlar ile kişinin belirlediği amaçlar arasında uygunluk sağlanması, amaçlar belirlenirken iş görenlerin katılımı sağlanması, memnuniyet anketlerinin periyodik olarak gerçekleştirilmesi olabilir.

## **1.2. İş Tatminini Etkileyen Faktörler ve İlgili Araştırmalar**

İş tatminini belirleyen çok çeşitli nedenler vardır. Her çalışanın içinde barındırdığı farklı kişisel özellikler, psikolojik öğeler, fizyolojik gereksinimler, toplumsal kısıtlılıkların mevcut olduğu aşıkardır. Bu farklı özelliklerin kendi içerisinde de yaş, cinsiyet, eğitim gibi daha genel özellikleri de olduğunu düşünürsek; İş tatminini etkileyen nedenlerin kişilere göre farklılık göstereceğini net olarak söyleyebiliriz. Aynı şekilde, ülkelere hatta kültürlere göre de iş tatmini konusunda bir farklılık olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Örneğin, ABD’de gerçekleştirilen bir araştırma da, çalışanların tatminini arttıran 16 iş özelliği belirlenmiş ve en çok tercih edilen özelliğin ‘‘ İnsanlarla iletişim kurma’’ gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Öteki taraftan, Aşkın Keser tarafından Türkiye’de yapılan bir araştırmada, ‘‘Başkaları üzerinde etki sahibi olmaya imkan vermesi’’ gereksinimi ortalama olarak en üst sırada belirtilmiştir. Aynı zamanda, ABD’de yapılan söz konusu araştırma da ‘‘İşin ilginç olması’’ kriteri üçüncü sırada yer alırken; Türkiye’de yapılan araştırmada da aynı özellik, yine üçüncü sırada yer almıştır (Keser, 2011: 101). Bu araştırmalara benzer birçok farklı sonuç elde edilebileceği ortadadır. Zira, Her çalışanın iş tatmini ya da tatminsizliği belirli gereksinimlere göre ayrılmaktadır. Bu gereksinimleri araştırmacılar genel olarak Çevresel/Örgütsel ve Kişisel olarak iki grupta incelemişlerdir.

### **1.2.1. İş Tatminini Etkileyen Çevresel / Örgütsel Faktörler**

#### **- İşin Niteliği**

Genel olarak düşünüldüğünde ‘‘ücret’’ faktörü bir çalışanın iş tatmini açısından ön sıralarda gibi düşünülse de, ayrıntıya girildiğinde ve çeşitli araştırmaların sonuçlarına bakıldığında. ‘‘İşin niteliği’’ iş tatminini belirleyen en önemli faktörlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

İşin niteliği ile ilgili en temel kuramlardan birisi Hackman ve Oldham’ın ‘‘İş özellikleri kuramı’’dır (Keser, 2011: 104). Bu kurama göre, genel olarak herhangi bir işin beş temel özelliği bulunmakta ve bu özellikler ile karşılaşan bir çalışan, o özelliklere göre farklı psikolojik durumlar yaşamaktadır. Bu özellikler; beceri çeşitliliği, görev kimliği, görevin anlamlılığı, özerklik ve serbestlik, geri bildirim sistemi olarak saptanmıştır. (Bilgiç, 2008 : 68).

İşin sıkıcı ve monoton olmaması da çalışanı motive eden önemli faktörlerdendir. Birey tarafından işinin zevkli bir iş olarak algılanması, bireyin işine yönelik tutumunun olumlu olması anlamına gelmektedir (Keser, 2011 : 104).

‘‘İş düzeyi’’nin , toplumun bazı işleri daha değerli görmesi ile ilgili olduğundan, işin niteliği kapsamında önemli bir tatmin unsuru olarak görülebilir. İş düzeyi yükseldikçe,

iş tatmininin de yükseldiği düşüncesi hakimdir. Aynı zamanda iş içeriğinin değişim miktarının artması yine bireylerin tatmin miktarını arttırmaktadır”. (Silah, 2001 : 106).

#### - Ücret ve Yükselme Olanakları

Alınan ücret iş doyumunu doğrudan etkiler. Yönetim biçimi aynı olsa bile ücret artışı iş doyumunda bir yükselmeye yol açar. ‘‘Para insanların gereksinimlerini giderme önemli bir araçtır. Ayrıca para, başarı ve saygınlık için de geçerli bir ölçüt niteliğini korumaktadır’’ (Özyurt, 2003). Her ne kadar ücret iş tatmini açısından tek başına yeterli olmasa da, çalışanların birincil dereceden gereksinimlerini karşılamak için en önemli unsurlardan birisi olduğu aşikardır. Zira sosyal statü, prestij gibi insan egosunun ihtiyaçlarını ancak aldığı ücret miktarı ile tatmin edebilecektir. Aynı zaman da, daha önemlisi yaşamsal gereksinimlerini karşılayabilecektir.

İş tatmini ve ücret ilişkisini anlamaya yönelik olan araştırmalar farklı sonuçlar vermiştir. Bazı araştırmaların bulgularına göre ücret çalışan için çok önemli olmaktadır; buna karşılık diğer araştırma bulgularına göre ise parasal tatmin iş tatmininin önem listesinin alt sıralarında yer almaktadır (Aliyeva, 2013: 62). Zira, paranın önemi ekonomik açıdan olduğu kadar psikolojiktir.

Çalışanlar, çalıştıkları işletmenin uyguladığı ücret sistemini ve terfi politikalarını adil olarak algılamak ve bu politikanın beklentilerine uygun olmasını isterler. Ancak buna ek olarak, çalışanın aldığı ücret ile işinde yükselme olanağı bulunması birbirleriyle ilişkili olsa da, iş tatmini açısından maaşın etkisi ilerleme fırsatından daha azdır (Alanyalı, 2006:47). Silah’a göre ise, bu iki değişken iş tatmini ile olumlu bir ilişki içindedir. Bu iki değişken iş düzeyi ve sosyal prestijle de ilişkilidir. Bu değişkenlerin her biri, artan ihtiyaçları karşılama kapasitesine sahiptir ve arttıkça kişisel ihtiyaçları tatmin etme olasılıkları artmaktadır ( Silah, 2001 : 107). İş görenler, işletmede en az dolgun bir ücret kadar yükselme şansı arar. Yükselmek dinamik bir yaşantı sürdürmek isteyen her bireyin özlemidir (Sabuncuoğlu, 2011: 100).

Ancak her ne kadar ikisi arasında iş tatmini açısından bir bağlantı söz konusu olsa da, günümüzde özellikle aynı işletmede çalışanlar arasında rekabet koşullarını göz önüne aldığımızda; yükselme durumu ile ücret arasında yüzde yüz bir doğru orantı olduğu şüphelidir. Zira, ücreti arttırılan bir çalışan, terfi de kazanmadığı taktirde, bu ücret artışı

o çalışanı yeterince tatmin etmeyecektir. Unvan, prestij, statü gibi kavramlarda bu açıdan bakıldığında yükselme durumunun kapsamında yer almaktadır. Dolayısıyla çalışan, ücret artışı hakkını kazansa dahi, kendini yerince değerli bir konumda hissetmeyecektir. Özellikle, terfi durumunu hakettiğini düşündüğünde ve aksi gerçekleştiğinde işe karşı olan tatminini sağlayamaması olasıdır.

#### - Fiziki Çalışma Koşulları

Çalışanların iş yerinde ne derece rahat ve sağlıklı koşullarda iş yaptıkları ile ilgilidir. Fiziki çalışma koşulları, ergonomi, iş güvenliği ve işçi sağlığı ile de direkt ilgilidir. Dolayısıyla kişinin iş tatmini açısından güvenliğin ve rahatın ne kadar önemli olduğunu düşündüğümüzde, iş tatmini ile yakından ilişkisi göze çarpacaktır.

Çalışanın sağlıklı koşullarda çalışmaması söz konusu ise yüksek tatminden de söz edilemeyecektir. Özellikle beden gücüne bağlı çalışanlarda, çalışma koşullarının ve ortamının olumsuzluğundan kaynaklanan tatmin düşüklükleri sıkça görülmektedir. Bu durumda beden gücü ile çalışan işlerin genellikle ‘‘ağır sanayi’’ ve ‘‘ yeraltında çalışma’’ gibi işlerin olmasının payı büyüktür. Dolayısıyla bu tür işlerde çalışma koşulları ağırdır ve çalışanın tatmin düzeyi daha rahat işlerde çalışanlara göre daha düşük düzeydedir( Keser,2011 : 108).

Gerçekte iş güvenliğinin varlığı iş görenin iş tatminini arttırdığı gibi yönetimini de kolaylaştırır. Başarılı üst düzey yöneticilerin zor çözümledikleri sorunlardan birisi, düşük ücretle çalışan, iş tatmininden uzak olan alt kademelerdeki kişilerin kuralsızlık ve uyumsuzluklarıdır. Bu durumda olan iş görenlerin iş tatmini yükseltilirse, idare edilmeleri de kolay olacaktır ( Alanyalı, 2006 :48) . Zira , görüldüğü üzere, özellikle daha ağır ve riskli işlerde çalışan kişilerin, iş tatmini ile iş güvenliği arasında ki ilişki birbirine kısır döngü şeklinde bağlıdır. Tatminsizlik, iş güvenliğine karşı daha ilgisiz olma ve duyarsızlık durumu yaratacak; İş yerinde iş güvenliğinin düşük olması halinde de, iş tatmin düzeyi daha alt seviyelere inecektir denilebilir.

İşyerinin ısısı, nemi, havalandırması, ışık ve gürültü düzeyi, çalışma saatleri ve dinlenme molaları, işyerinin konumu, işyerinin temizliği ve kalitesi, iş teçhizatı gibi çalışma ortamıyla ilgili unsurlar da iş tatminine etki etmektedir. Örneğin, çok fazla ısı veya az ışık fiziksel rahatsızlığa yol açmakta, kirli hava veya zayıf havalandırma

tehlikeli olabilmektedir ( Erdil, vd., 2004). Fiziksel çalışma koşullarına ek olarak, fazla çalışma saatleri, fazla mesailer de, örnek olarak gösterilebilir. Fazla mesailer ve yoğun çalışma saatleri kişinin sosyal yaşamından ve aile yaşantısından daha fazla feragat etmesi anlamında geldiğinden, çalışanlar tatminsizlik yaşayabilmektedir.

#### - İş Yerinde Sosyal İletişim

Genel anlamda çalışma arkadaşları ve yöneticiler arasında ki ilişkiler açısından önem arz eder. Çalışanların gününün büyük bir kısmını iş yerinde geçirdiği düşünüldüğünde, çalışma arkadaşları, yöneticiler hatta müşteriler arasında ki ilişkilerinin, iş tatminlerine etki ettiği muhakkaktır.

Örgütlerde kişilerarası ilişkiler açısından düşük düzeyde tatmin olan iş görenlerin ilgili örgütte çalışmamayı tercih etmeleri, iş görenlerin örgütten ayrılmalarına veya kalmalarında kişilerarası ilişkilerin önemli bir rol oynamasına işaret etmektedir (Aliyeva, 2013). Garcia - Bernal ve diğerleri (2005) tarafından yapılan araştırmada kişilerarası ilişki faktörünün erkekler için iş tatmininde oldukça önemli olduğu, kadınlar için ise bu düzeyde bir önem teşkil etmediği bulunmuştur (Eğinli, 2009 : 39)

Silah'a göre, Çalışılan sosyal ortamda kabul görmemenin ve yardımlaşmanın iş tatmini açısından olumlu etkileri bulunmaktadır. Etkileşim, en çok diğer insanların tutumlarının; kişinin kendi tutumları ile benzer olduğu durumlarda, diğer insanlar tarafından kabul gördüğünde, amaçların başarılmasını kolaylaştırdığında tatmin edici olmaktadır ( Silah, 2001: 107). Bu açıdan bakıldığında, çalışma arkadaşları ile yöneticiler açısından hiyerarşik anlamda bir fark olduğu da göz önüne alınırsa, çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkiler, yöneticiler ile olan ilişkilerden daha fazla önem arz edebilir. Şöyle ki; genel anlamda bakıldığında yöneticilerin iş tatminine katkısı çalışma arkadaşlığına görece olarak daha dolaylıdır. Yöneticilerin personel ilişkilerini desteklemesi ve katkıda bulunması iş tatminini arttırabilir. Yönetimin, çalışanları eşit koşullarda çalıştırması ve bir kaynaşma ortamını gerektiği düzeyde olumlu kılması, yöneticilerin iş tatminine dolaylı katkısına bir örnek olabilir. Diğer taraftan, yöneticilerin terfi uygulamaları, ödüllendirme sistemleri ve geri bildirim, çalışanları karar alma işlevinin içine dahil etmek gibi yönetim fonksiyonları, yine çalışanların iş tatminine katkı sağlayabilecektir.

Yöneticilerin takım ruhunu, uyum ve tatmini arttırmak için çalışanlara aktif bir sosyal ortam sunması ; tiyatro, özel gün kutlamaları, ofis partileri, spor faaliyetleri, çeşitli hobilerin desteklenmesi gibi motive edici faaliyetler yine iş tatminini arttıran unsurlar arasında sayılabilir ( Eğinli, 2009). Yöneticilerin, çalışana hak ettiği yerde, yaptığı işten dolayı takdir etmesi de bir motivasyon; dolayısıyla tatmin durumunu sağlayacaktır. Yöneticiler iyi yapılan işe kötü yapılan işten daha fazla önem verdiği ve takdir ettiği durumda, çalışan da kendini değerli hissedecek ve örgüt açısından kendisini yararlı görmesine neden olacaktır.

Sonuç olarak, yapılan araştırmalara bakıldığında, motivasyon araçları bir çalışma ortamında yetersiz dahi olsa, yönetici ve yönetim tarzının iyi olması, çalışanların iş tatminini arttırıcı bir unsur olabilmektedir. Bu da, yönetim tarzının iş tatmini sağlanması bakımından ne kadar önemli olduğunun bir göstergesidir (Bozkurt, vd., 2008 ).

#### - **Gelişme Olanakları**

Gelişme olanakları mesleki gelişme ve yenilenmeyi içermektedir. Mezuniyet sonrası sürekli eğitim ve hizmet içi eğitim olanaklarının yaratılması iş doyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Çalışan bireye gelişme şansının verilmesi, daha fazla sorumluluk ve yetki kazandıracığından bu durum bireyi doyuma ulaştırır. Herzberg gelişme olanaklarını iş doyumunu sağlayıcıları grubuna katmıştır (Özyurt, 2003 : 8).

### **1.2.2. İş Tatminini Etkileyen Kişisel Faktörler**

#### - **Yaş Değişkeni**

Araştırmalar yaş ve iş tatmini arasında genellikle olumlu bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Buna göre yaş arttıkça, kişilerin işlerinden daha fazla tatmin oldukları söylenir. Bunun nedeni, deneyim nedeniyle uyumun artması olabilir. Buna karşılık, daha genç çalışanların da yükselme beklentileri ve yüksek iş beklentilere sahip olmaları nedeniyle , doyumsuz olma olasılıkları daha yüksek olabilmektedir (Silah, 2001).



İş tatmini ile yakından ilişkisi olan yaş değişkeni ile ilgili yapılan araştırmalarda da genel olarak üç görüş öne sürülmüştür. Bunlardan birincisi, iş tatmini ile yaş değişkeni ilişkisi ‘U’ şeklindeki bir yapıya benzer. Buna göre, geç yaşlarda yüksek, orta yaşlarda düşük, ileri yaşlarda ise yine yüksek bir tatmin söz konusudur. İkinci görüşe göre, yaş arttıkça iş tatmini de artmaktadır. Üçüncü görüşte ise, belirli bir yaşa kadar iş tatmini artmakta, daha sonra da düşüşe geçmektedir. Doğrusal bir orantı söz konusudur ( Sığı ve Basım, 2006). Yaşı daha ileri olan çalışanlar iş ile ilgili koşullara daha iyi uyum sağlayacaklarından iş tatmini artış gösterebilmektedir. Yaş ilerledikçe ödüllerin de artması iş tatminini arttıran unsurlardan biri olarak da görülebilmektedir (Yelboğa, 2007).

İş tatmini ile yaş değişkeni arasındaki bağlantı her ne kadar kuvvetli olsa da, cinsiyet, kişisel özellikler, eğitim gibi kriterler ile birlikte değerlendirilmelidir. Tek başına yaş değişkeninin ele alınması, iş tatmini ile arasında ki ilişkiyi net olarak açıklayamayacağı düşünülmektedir.

#### - Cinsiyet Değişkeni

Cinsiyet değişkeninin iş tatminine etkisi olduğu yapılan araştırmalar sonucunda bir kesinlik kazansa da, hangi cinsin daha çok tatmin sağladığı konusunda tutarsız sonuçlar mevcuttur . Bazı araştırmalar da kadınların erkeklere oranla daha az tatmin elde ettiklerini saptanırken, aynı zamanda kadın ve erkek çalışanların aynı iş koşullarından tatmin sağladıklarını da farklı araştırmalarla saptamıştır. Buna karşın, bazı araştırmalara göre de, kadın ve erkeklerin iş tatminleri konusunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( Toker, 2007).

Sheppard ve Herrick’in 1972’de ki bulguları, kadınların erkeklerden daha az iş tatmini duyduklarını ve bu farklılığın 30 yaş altındakiler arasında en yüksek düzeye ulaştığını belirlemiştir (Silah, 2001).

Gazioğlu ve Tansel, 2002 yılında yaptıkları bir araştırmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla iş tatmini sağladıklarını belirtmişlerdir. Araştırma sonucuna göre, kadınların ve erkeklerin iş hakkındaki beklentilerinin farklı olması, yaptıkları iş ve işin özelliğinin farklılıkları tatmin düzeylerini etkilemektedir (Gazioğlu ve Tansel , 2006). Toker’in 2007’de yaptığı bir araştırmada erkek ve kadınların iş tatmin düzeyleri arasında bir

farklılık saptanmamıştır (Toker, 2007). Aynı şekilde, Öznür ve İlhan Bozkurt'un 2008 yılında yaptığı farklı bir araştırmada iş tatmini açısından cinsiyetler arası bir fark gözlemlenmemiştir (Öznür ve İlhan Bozkurt, 2008). Çarıkçı tarafından 2004 yılında yapılan bir araştırmada ise, iş tatminini etkileyen en önemli unsurun cinsiyet olduğu gözlemlenmiş ve kadınların erkeklere kıyasla daha az iş tatmini duyduklarını belirtilmiştir. Bunun nedeninin de çalışma saatlerinde ki düzensizlik olduğu gösterilmiştir. Özellikle özel sektörde ki düzensiz çalışma saatleri, kadınların iş tatminlerinin düşük olmasının nedenini açıklamakta; kamu sektöründe ise bu açıdan bir tatminsizlik gözlemlenmemiştir (Çarıkçı, 2004:92).

Cinsiyet değişkeni ile iş tatmini arasındaki ilişkiye ek olarak, kadınlarda ki annelik olgusu, doğurma oranı, toplumsal değişkenler, kadınların duygusal algıları ya da erkeklerin toplumda ki "evin reisi" olması gibi toplumsal nedenler, erkekler ile kadınlar arasındaki iş tatmin düzeyi farkını etkileyebileceği düşünülebilir.

#### - **Medeni Durum**

Genel anlamda çalışanların evli ve bekar olmaları ile iş tatminleri arasında anlamlı ilişki bulunmasa da, genellikle ya iş tatminini etkilemediği ya da bekarların evlilere göre daha az iş tatmini yaşadıkları belirtilmiştir.

Araştırmalarda evli çalışanların bekar çalışanlara kıyasla işten ayrılma oranların daha az olduğu ve daha az devamsızlık yaptıkları; buna ek olarak iş doyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özkalp ve Kirel 2010:133).

Herzberg ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmalarda iş tatmini ile medeni durum arasında açık bir ilişkinin varlığını bulunamadığını ifade etmişlerdir. Ancak Noriega ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarda, çalışan kadının evli ve çocuk sahibi olması , ev işleri sorumluluğunun olması ve eşin bu işlere yardım etmemesi durumu ile ruhsal hastalıklar arasında bir ilişki saptamıştır (Mamedov, 2013). Bu araştırma sonucuna bakıldığında, medeni durum ile iş tatmini arasındaki ilişkiden ziyade, cinsiyet ile iş tatmini arasındaki ilişki açısından bakılması daha yerinde olabilir. Medeni durum

ile iş tatmini arasındaki ilişkinin daha çok, evlilik hayatının ve çocuk sahibi olmanın getirdiği sorumluluk ve yükler ile ilgili olduğu düşünülebilir.

#### - **Eğitim Düzeyi**

Demografik değişkenlerin, iş tatminine etkisi konusunda yapılan araştırmalarda, genellikle eğitim düzeyi yüksek olan çalışanların, düşük olan çalışanlara göre iş tatmin düzeyi daha düşük çıktığı görülmüştür. Toker'in de 2007 yılında otel çalışanlarının iş tatmini düzeylerinin demografik değişkenler ile ilişkisini ölçtüğü araştırmasında; lise mezunu çalışanların, üniversite mezunu olarak çalışanlara göre iş tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (Toker, 2007). Bunun nedeni, eğitim düzeyi daha yüksek olan çalışanların beklentilerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ancak, yapılan araştırmalar sonucunda birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği de söylenilebilir. İşcan ve Timuroğlu'nun yaptığı bir araştırma da lise mezunu ve yüksek lisans eğitimi yapmış olanlar arasında ciddi bir ortalama farkı çıktığını belirtmiş ve iş tatmininin, yüksek lisans yapan çalışanların lise mezunu olarak çalışanlardan daha yüksek olduğunu belirtmiştir (İşcan Ve Timuroğlu, 2007). Kuzulugil'in, kamu hastanelerinde çalışan personele yönelik iş tatminini ile ilgili yaptığı araştırmada da, eğitim düzeyi daha düşük olan hizmetlilerin, hekimlerden daha yüksek bir iş tatminine sahip olduğunu ortaya koymuştur (Kuzugil, 2012:135). Bilgiç (1998) tarafından yapılan araştırmanın sonucu ise eğitim düzeyinin Türk çalışanların iş tatminine önemli bir etkisi olmadığını göstermektedir. Ancak, eğitim düzeyi yüksek olan çalışanlar verimlilik ile daha yakından ilgilidirler ve işlerine daha az olumsuz duygu geliştirmişlerdir (Aliyeva, 2013 :61).

Çalışanların iş tatmini, çalışma yaşamının kalitesini ve çalıştıkları kurumun performansını etkilemektedir. Dolayısıyla, çalışanların kendilerini operasyonel ve zihinsel olarak geliştirebilmeleri için, düzenli olarak ihtiyaç duyulan teknik eğitimlerin ve kişisel eğitimlerin periyodik olarak uygulanması gerekmektedir (Şahin, 2011:32).

## - Kıdem

İş yaşamına yeni başlayan kişiler, işlerinden tatmin sağlama eğilimindedir. İş yeni olduğundan iş ilginç ve çekici gözükebilmektedir. Ancak, işe yeni başlandığında yüksek olan tatmin düzeyi, çalışanın ilerlemesi ve gelişmesi ile azalma göstermektedir. Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre, aynı işte uzun sürelerle çalışan bireylerin, çalıştıkları yıllar boyunca aldıkları ödüllerin yetersiz olduğunu fark etmelerinin sonucu olarak dışsal iş tatmini ile kıdem arasında bir negatif ilişki saptanmıştır (Yelboğa, 2007 :4). Brush, Moch ve Pooyan’ın 1987 yılında yaptığı bir araştırmaya göre, örgütün kamu, özel ve herhangi bir sektöre bağlı olmadan kıdemle iş tatmini ile bağımsız bir ilişkisi olduğunu saptamıştır ( Sun, 2002: 37). Keser’in 2005 yılında yaptığı bir araştırma da ise çalışanların kıdemi ile iş tatmini arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna istinaden Keser, ülkemiz de yapılan başka bir çalışma da çalışma süresinin 5 yıl ve daha az olanların iş doyum düzeyi, daha fazla çalışanlara göre daha düşük bulunduğunu belirtmiştir (Keser, 2005 :88). Başka bir araştırmaya göre çıkan sonuçta ise, çalışanların ileriki yaşlarda işi bırakma eğiliminin azalmasının nedeni, yaşlı çalışanların sektörde genç ve dinamik çalışanlara göre iş bulmada zorlanmaları ve kanunen tazminat alamama, emekli olamama gibi zorluklar işi bırakma eğilimini zorlaştırma olmasıdır (Kaya, 2010: 231). Yazıcıoğlu’nun 2009 yılında yaptığı bir araştırma da, İş tatmin düzeyi en yüksek olan çalışanlar 16 yıl ve üzerinde kıdeme sahip olanlardır. En düşük tatmin düzeyi ise 0–1 yıl aralığında görülmektedir. Aynı şekilde, 16 yıl ve üzeri kıdemi olan çalışanların işten ayrılma niyetleri daha düşük olmasına karşın; 1-3 yıl arası kıdemi daha az olan çalışanların işten ayrılma niyetleri daha yüksek çıkmıştır ( Yazıcıoğlu, 2009 : 245). Bu araştırma sonucuna paralel olarak, işten ayrılmaya daha meyilli olan düşük kıdemli çalışanların iş tatmin seviyelerinin daha düşük olduğu söylenilebilir.

### 1.3. İş Tatmini İle İlgili Yapılan Araştırmalar

İş tatmini ile ilgili yurtiçinde ve yurtdışında yapılan sayısız araştırma bulunmaktadır. Burada araştırma konusu gereği ve konunun çerçevesini daraltmak amacıyla, genel olarak sağlık sektörü ve aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar ile ilgili olarak yapılan iş tatmin çalışmaları ele alınacaktır.

### 1.3.1. İş Tatmini İle İlgili Yurtdışında Yapılan Araştırmalar

Ahn ve Garcia'nın 1994-2001 yılları arasında Avrupa ülkelerinde -sektör gözetmeden- iş tatmini ile ilgili yaptığı genel araştırma sonuçları ilgi çekicidir. Buna göre, öncelikle ücretin iş tatminini etkileyen en önemli unsurlardan biri olduğu saptanmıştır. Çalışanın sağlığının iş tatminini etkileyen önemli unsurlardan biri olduğu belirtilmiştir. Çalışanların eşitliği, aynı işte çalışanlara eşit muamele ve işin niteliği de iş tatminini etkileyen önemli unsurlar arasında saptanmıştır. Ücret, çalışma koşulları ve iş güvenliği konuları ise bütün bu ülkelerde iş tatminini etkileyen ortak ve önemli bir özellik olarak belirlenmiştir. Kadın çalışanlar ücretleri konusunda daha yüksek iş tatmini elde ederken, çalışma saatleri açısından daha düşük tatmin duydukları görülmüştür. Çalışanları doğru işler ile eşleştirmek ise iş tatminini arttırıcı bir unsur olarak görülmüştür. Avusturya, Danimarka ve İrlanda'da çalışanların iş tatminin yüksek olduğu saptanırken, Akdeniz ülkeleri'nde çalışanların iş tatmin seviyesi daha düşük olarak saptanmıştır. Danimarka ve Hollanda'da ücretler ve diğer ödemeler konusunda çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken; İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya'da ücretin iş tatminini önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır. Yani, ücretin daha düşük olduğu ülkelerde, çalışanların iş tatminleri arasındaki farklılık daha büyük anlamlılık tespit edilmiştir (Ahn ve Garcia, 2001).

Hugick ve Leonard'ın (1991) ABD'de yaptığı geniş kapsamlı bir araştırmada, çalışanların tatminini arttıran 16 iş özelliği tespit edilmiştir. Bu iş özellikleri; pek çok insanla iletişim kurma şansı olması (%91), Bağımsız çalışma olanağının olması (%89), İşin ilginç olması (%88), Gelişime açık bir iş olması (%88), Haftada ya da yılda birkaç kez gezi olanağının olması (%88), Eve yakın bir yerde çalışıyor olmak (%87), Düzenli çalışma saatleri (%86), Başkalarına yardımcı olunabilecek bir işin olması (%83), Topluma yararlı bir iş yapıyor olmak (%83), Esnek çalışma imkanı (%83), İş güvencesinin olması (%79), Başarının takdir edilmesi (%76), Sağlık sigortası ve diğer olanaklar (%67), Çok yüksek gelire sahip olmak (%66), İş stresinin düşük olması (%62) ve terfi olanağının bulunması (%60) olarak belirlenmiştir (Keser, 2011).

U. Rout'un (1999) İngiltere'de yaptığı bir araştırmada, erkek ve kadın pratisyen hekimlerin iş tatminini ve psikolojik durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre, kadın ve erkek pratisyenlerin iş tatminleri arasında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık

bulunmamıştır. Ancak her iki tarafında iş tatminsizlik nedenlerinin en fazla iş yükü ve aldıkları ücret bakımından kaynaklandığı görülmüştür ( Rout, 1999).

İngiltere’de Campten Health isimli araştırma şirketinin (2013) Birinci Basamak sağlık kuruluşlarında 1040 kişi üzerinden yaptığı iş tatmini araştırmasında, çalışanların %65’i, yetersiz personel ile çalıştıklarından dolayı tatminsizliklerini belirtmiştir. Tatminsizlik nedenlerinden diğeri, yetersiz asistan-stajyer sayısı olarak saptanmıştır. Ayrıca, %61 oranında ‘‘yeterli derecede onay almama, tanınmama’’ konusunda da tatminsizlik oluştuğu görülmüştür (Campten Health Research, 2013).

Amerika’da 2005 yılında yapılan bir araştırmada, 1580 sağlık çalışanının %38’i en az bir kere psikolojik şiddete maruz kalmış ve bu nedenle bu oranın iş tatminsizliği yaşadığı saptanmıştır (Karcıoğlu ve Akbaş).

Vietnam’da Tran ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir araştırmada, sağlık çalışanlarının tatmin düşüklüğünün en önemli nedenleri; ücret, ödeme ve teşvikler, ekipman ve çevre/ muhit olarak saptanmıştır. İş tatminlerinin daha yüksek saptandığı durum ise, performans konusu olmuştur. Bölgesel alanlarda çalışan hekimlerin iş tatmini incelendiğinde ise, ‘‘ücretler ve sabit bir iş imkanı’’ konusunda memnun oldukları ancak, gelecekle ilgili beklenti ve politik koşullar açısından kaygı duydukları saptanmıştır (Tran, vd., 2013).

Sırbistan’da (2007) Akademisyenlerin yaptığı bir araştırmaya 770 sağlık çalışanı katılmış ve sonuçlar aktarılmıştır. Buna göre, iş tatmini yüksek çıkan çalışanların en çok işin ilginç ve ilgi çekici olması konusunda memnuniyet saptanmıştır ancak aynı grup iş yükünden ve fazla çalışmadan şikayetçi olmuştur. İş tatminsizliğinin en büyük nedeni ise organizasyon içinde dinlenilmeme/ sözünü geçirememesi konusunda olduğu saptanmıştır. Buna göre, akademisyenlerin çıkardığı sonuç, çalışanların iş tatminsizliğini gidermek için öncelikle iletişim becerileri ile ilgili eğitimlerin verilmesi gerektiğidir (Nikic, vd., 2007).

Çin’de (2010) taşra bölgelerde çalışan hekimlerin iş tatmininin ölçüldüğü bir araştırmada, bizim de çalışmamızda kullandığımız Likert Ölçeği’nden faydalanılmıştır. Buna göre, taşra bölgelerde çalışan hekimlerin en büyük tatminsizlik nedenleri, çalışma koşulları ve ödüller konusu olarak tespit edilmiştir. Yapılan araştırmada, iş tatmininin

yaş, cinsiyet, unvan ve ücretle alakalı anlamlı farklılıklar tespit edilmiş ancak, işin niteliği ve eğitim derecesi konusunda bir anlamlılık bulunamamıştır. 40-49 yaş arası çalışanların iş tatmin düzeyleri, diğer yaş gruplarına göre daha düşük çıkmıştır. Ayrıca, erkek çalışanların, kadın çalışanlara göre daha fazla iş tatminsizliği yaşadığı da belirtilmiştir (Liu, vd.,2010).

Estonya'da Kaarna'nın (2007) , sağlık çalışanlarının iş tatmini ölçmek amaçlı yaptığı bir araştırmada, hekimlerin iş tatmininin 2 önemli konuda anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Buna göre, hastanenin ekonomik ve finansal koşulları hakkında bilgilendirilmek ve yaptıkları işin öneminin tanınması konusu hekimlerde önem arz etmektedir. Bu ülkemizde ve diğer ülkelerin araştırma sonuçlarına göre farklılık gösteren bir değişken olduğu söylenilebilir. Ayrıca, Estonya hekimlerinin, diğer sağlık çalışanları arasındaki tatmin / tatminsizlik nedenleri arasında farklılık da bulunduğu gözlemlenmiştir. İş tatminlerini etkileyen en büyük nedenlerden birinin , çalışılan organizasyonun finansal durumu hakkında bilgilendirilmeleri olarak saptanmıştır. Bunun nedeni ise, hasta tedavisi için ne kadar mali kaynağa ihtiyaç olduğu ve ne kadarına ulaşıp ulaşılamayacağı hakkında bilgi sahibi olma gerekliliğidir. En azından, kendilerine hasta tedavisi için ayrılan bütçenin ne kadar olduğunu bilmek istemeleri onlar için önem arz etmektedir. İlginçtir ki bu da iş tatminlerini etkileyen en önemli sonuçlardan biri olduğunun saptanmasıdır. Bununla birlikte, iş tatminlerini önemli ölçüde etkileyen ikinci faktörün hekimlerin amirleriyle olan ilişkileri ve iletişimleri olduğu saptanmıştır. Üçüncü olarak da geri bildirim sisteminin işleyişi konusudur. Diğer araştırmalar sonucunda da, hekimlerin özellikle üstleri tarafından geri bildirim almaları iş tatminlerini etkileyen önemli unsurlar kapsamına alınmıştır. Geri bildirimlerin aksaması ya da yapılmaması durumunda iş tatminlerinde düşüş gerçekleştiği düşünülmektedir (Kaarna, 2007).

Siyasi yönetim şekli ve coğrafi konumu görece olarak daha farklı bir ülke olan İran'da (2009) Kebriaei ve Moteghed'i'nin sağlık çalışanları üzerine yapılan bir araştırmada, katılımcıların %70,3'ü ücret ve ödemeler konusunda tatminsizlik yaşarken, sadece %4,1 tatmin duyduğunu belirtmiştir. Genel anlamda iş tatminsizlik oranı, tatmin oranından daha yüksek çıkmıştır. En yüksek iş tatmin sonuçları, kendi başına çalışma olanağı (%70,3) ve iş arkadaşları ile olan ilişkiler (%60,9) konusunda olduğu saptanmıştır. En

yüksek tatminsizlik nedeni ise, ücret ve ödemeler (%91,8), çalışma koşulları, (%81,1) ve organizasyonel yapı (75,5) konuları olduğu görülmektedir. İran'ın sosyo-politik durumu düşünüldüğünde kadın ve erkekler arasındaki çalışma koşullarından kaynaklanan iş tatmin oranları farklılık göstermesi beklenirken, bu araştırma sonucuna göre, demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, yaş) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış; iş tatminine etkili olduğu gözlenmemiştir. Araştırmanın sonuçlarında, yukarıda belirtildiği gibi ücret ve ödemeler iş tatminsizliği yaratması konusunda birinci derecede önem arz etmekte; bunun yanı sıra çalışma koşulları ve fiziksel koşullar ( bina, aydınlatma, ısı, hava , vb) verimliliği düşürmesi ve tatminsizlik yaratması konusunda önemi vurgulanmıştır. Bunun yanında, yetersiz ekipman ve fakirleşmekte olan çalışma ortamları, sağlık çalışanlarının psikolojik durumlarını da önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir (Kebriaei ve Moteghed, 2009).

Sosyo-politik ve coğrafi konumu yine daha farklı olan Suudi Arabistan'da (2014) sağlık çalışanlarının iş stresi ve iş tatminleri üzerine yapılan bir araştırmanın sonuçları ilgi çekicidir. Araştırmaya 626 kişi katılmış, katılımcıların iş stresleri (%66,2) yüksek çıkmasına karşın, iş tatminleri de (%97) oldukça yüksek çıkmıştır. Genel anlamda diğer çalışmalarda iş stresi ile iş tatmini arasında ters orantı saptanırken bu araştırmada iş stresi ile iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların stres nedenlerinden en önemlisi Suudi Arabistan vatandaşı olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Ayrıca, haftada 50 saatten fazla çalışmaları , gece mesai ve haftasonu çalışmaları ortak stres ve tatminsizlik nedenlerindedir. Genel iş tatmin sonuçlarına bakıldığında, "hiç tatmin duymuyorum" diye belirten katılımcı bulunmamıştır. Bunun yanında, %60,4'ü "tamamen tatmin duyuyorum" diye belirtmiştir. Ortalama iş tatmini ise %97 oranında saptanmıştır. Katılımcıların iş tatmininin bu kadar yüksek çıkmasının nedenini akademisyenler; ücret, teşvik ve ödüllerin araştırmanın gerçekleştirildiği örgütlerde, diğer araştırma alanlarına nazaran daha yüksek olması şeklinde açıklamışlardır (Salam, vd., 2014).

Afrika Kıtası'nda yer alan Nepal'de (2012) yapılan bir araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının iş tatminini etkileyen unsurların en önemlileri; gelişme olanakları, sorumluluk, hasta bakım imkanları ve personel arası ilişkiler olduğu saptanmış ve iş tatmini ile aralarında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. İş tatminsizliğini etkileyen en



önemli unsurlar ise; ücretler, idare ve denetimlerin kalitesi ve çalışma koşulları olarak belirlenmiştir. Genel olarak çalışanların %54,29'u işinden tatmin duyarken, %18,8'i hiç tatmin duymadığını ve %27,24'ü kararsız olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmada, demografik özellikler ile iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Chaulagain ve Khadka, 2012).

### **1.3.2. İş Tatmini İle İlgili Yurtdışında Yapılan Araştırmalar**

Türkiye'de Sağlık sektöründe iş doyumunu üzerine yapılan bir araştırmada , kadın ve erkek çalışanların duyduğu iş tatmini ve stres açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadın çalışanların iş tatmini, erkek çalışanlara göre, daha düşük bulunmuştur. Aynı araştırmada, sağlık sektörü çalışanlarının medeni durum ve çocuklu/çocuksuz olması ile iş tatminleri arasında da anlamlı bir bulunmamıştır. Ancak, sağlık çalışanlarının işinden duyduğu tatmin , çalışanların yaşları ile doğru orantılı bulunmuştur. Yaşları daha büyük olanlar çalışanlar, daha genç olanlara göre daha yüksek iş tatmin seviyesi duyduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Aynı şekilde, eğitim düzeyi de arttıkça; iş tatmin seviyesi de yüksek çıktığı gözlemlenmiştir. Son olarak, hekimlerin iş tatmin düzeyleri de, hemşirelerin tatmin düzeylerine göre oldukça yüksek bulunmuştur (Erşan, vd., 2012).

Kuzugil'in, İstanbul'da iki farklı kamu hastanesi çalışanlarına yönelik yaptığı bir iş tatmini çalışmasında ise, yaş ve kurumda ki hizmet süresi arttıkça, iş tatmin seviyesinde bir düşüş olduğu gözlemlenmiştir. Genç erkek hekimlerin iş tatmin seviyesi oldukça yüksek olduğu gözlemlenmiş ve yetkinliklerinin fark edilip özellikle manevi ödüllerle onaylanmasının bu hekimlerin iş tatminine olumlu etkide bulunabildiği görülmüştür. Hemşireler açısından cinsiyet ile Saygınlık, fark edilme ve İşyeri Olanakları iş tatminlerini belirleyici etkenleri olarak bulunmuştur ve iş yeri olanakları beklentilerinin düşük olması, hemşirelerde iş tatmin seviyesini arttıran bir etmen olduğu belirlenmiştir ( Kuzugil, 2012 ).

Türkiye'de sağlık sektöründe yapılan başka bir araştırmada; sağlık sektöründe çalışan personelin aşırı çalışmadan kaynaklanan, fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıkların varlığı ortaya konulmuştur. Bu rahatsızlıklar tam olarak "karoshi"ye (aşırı çalışmanın neden olduğu ölüm) neden olmasa da, sağlık çalışanlarının hayatını olumsuz yönde etkilediği

saptanmıştır. Bu bağlamda yapılan araştırmalar göstermektedir ki, sağlık çalışanlarının iř sağlığı problemler; stres, işkoliklik, uyku bozuklukları, kas ve iskelet bozuklukları, yetersiz beslenme, yaşam kalitesinin dūřmesi, duyarsızlaşma, iř ile aile arasındaki dengenin bozulması, sosyal yaşam eksikliği, tūkenmiřlik, iř tatminsizliği olarak saptanmıştır ( Koyigīt ve Ūnlūōnen, 2013 : 87-88).

Ōzyurt'un 2003 yılında, İstanbul'da çalışan hekimler üzerine yaptığı iř tatmini ve tūkenmiřlik düzeyleri ile ilgili çalışmasında , hekimlerin iř doyum düzeyi orta seviyede saptanmıştır. İř tatmini üzerine önemli etkiye sahip olan değişkenlerin ise; son kurumda çalışılan süre, tekrar aynı mesleği seçme isteği, çocuğun hekim olmasını istemesi ve işinden ayrılmayı dūřünmesi olarak saptanmıştır. İř tatmin düzeyi en dūřük grup ise pratisyen hekimler olarak saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen diğer bir sonuç ise, sağlık kurumlarına gōre iř tatmini açısından önemli bir fark saptanmış olmasıdır. Bu farkın özellikle SSK (SGK) ile özel kurumlar arasında olduğu gōrūlmüřtür (Ōzyurt,2003).

2013 yılında sağlık çalışanları üzerine yapılan bir araştırma sonucunda, mesleklerinin kendilerine gelişim fırsatı yarattığı dūřūncesine sahip olan çalışanların iř tatminlerinin de arttığı gōrūlmüřtür. Ayrıca, mesleki etkinlikleri ile uyumlu niteliklere sahip olduklarını dūřünmeleri sağlık çalışanlarının tūkenmiřlik hissini de azalttığı belirtilmiştir. Bu çalışmaya gōre, mesleki tatmin düzeyindeki artışın, hem doğrudan hem de örgütsel bağlılık dolayısıyla tūkenmiřlik düzeyini de azalttığı saptanmıştır (Ateř, vd.,2013).

Türk Tabipler Birliği (TBB)'nin de yaptığı bir araştırma sonucuna gōre, ‘‘Hekimlerin büyük bir bölümü işyerinde hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını’’ dile getirmekteydi. TBB'nin yine 2008 yılında Gaziantep ve Kilis'de yaptığı araştırmaya gōre ‘‘her dört hekimden üçü meslek hayatı boyunca en az bir kez olmak üzere şiddet maruz kalmıştır’’ sonucu ortaya konulmuştur (Adaş, vd., 2008).

Karahan'm Afyon'da (2009) sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık ve iş tatminleri arasındaki ilişkiyi ölçmek için yaptığı bir araştırmada, hekimlerin örgütsel bağlılığının iş tatminlerini arttırdığı sonucuna varılmış, iş tatmini ile bağlılık arasında bir doğru

orantı saptanmıştır. Ayrıca, iş tatminleri açısından birimler ve branşlar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında, çalışanların iş tatmin düzeylerinin artırılması için bağlılık düzeylerinin de artırılması gerektiği öngörülmüştür ( Karahan, 2009).

Tekingündüz ve Tengilimoğlu'nun (2013) Bingöl'de hastane çalışanları üzerine yaptığı bir araştırmada, en yüksek iş tatmin boyutları işin yapısı ve iş arkadaşları ile olan ilişkiler olarak belirlenirken, en düşük tatmin boyutları yükselme olanakları ve ücret konusu olduğu görülmüştür. 26 yaş altı grubun ücret konusundaki tatmini diğer gruplardan düşük çıkarken; 47 yaş üstü grubun ek imkânlar konusundaki tatmini diğer gruplardan yüksek çıkmıştır. Ayrıca, 37-47 yaş gruplarının olası ödüller konusunda ve çalışma koşulları açısından tatmin düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça ücret, ek imkânlar ve çalışma koşullarındaki tatmin düzeyleri de artmakta olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, Ücret, yönetici ve iletişim boyutlarında doktor ve tıpta uzmanlık mezunlarının tatmin düzeyi diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Hekimlerin tatmin düzeylerinin yüksek olmasının nedeni gelir düzeylerinin yüksek olması şeklinde yorumlanmıştır (Tekingündüz ve Tengilimoğlu, 2013).

Ağırbaş ve arkadaşlarının 2005 yılında SSK(SGK) sağlık yöneticileri üzerine yaptığı iş tatmin çalışmasında, hekimlerin işlerini sevme ve iş tatminleri arasında farklılıklar bulunmuştur. Hekimlerin işlerini sevmelerine rağmen, işlerinden memnun ve tatmin olmadıkları saptanmıştır. Araştırmacılar bu durumu, hekimlerin beklentilerinin karşılanamaması olarak belirlemiştir. Buna göre, ücret, takdir edilme ve yetişme-egitim imkanları beklentileri karşılamadığı takdirde iş sevilse dahi tatmin sağlanamamaktadır.

Sevimli ve İşcan'ın 2005 yılında hekimler üzerinde yaptığı iş tatmin çalışmasında, yaş, kıdem, işin niteliği gibi demografik ve kişisel faktörlerin ile iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, statü, örgütsel ortam gibi çevresel faktörlerin de aynı şekilde iş tatminine etkisi olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada, kariyer ile iş tatmini arasında ciddi bir ilişki gözlemlenmiştir. Hekimler kariyerinde yükseldikçe iş tatminleri de yükselmektedir. Evli, daha büyük bir yerleşim merkezinde yaşayan, devlet hastanesinde çalışıp muayenehanesi olan, bu mesleğin kendi seçimi olduğunu ifade eden, bu mesleği seçerek “doğru” davrandığını düşünen hekimlerin iş doyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca kariyer amaçları

ve hedefleri olan hekimlerin iş doyumunun daha yüksek olduğu görülmüştür (Sevimli ve İşcan, 2005).

2012 yılında hekimlerde iş tatmini ve tükenmişlik düzeyleri üzerine yapılan bir araştırmada, İş tatmini ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Buna göre, tükenmişlik arttıkça, iş tatmini azalmakta, iş tatmini arttıkça tükenmişlik azalmaktadır. Genç pratisyen hekimlerin görevlerinin ilk yıllarında kişisel başarı boyutunda kendilerini yetersiz algıladıkları, ancak yaşın ilerlemesi ve uzman olma durumunda iş tatmininin arttığı görülmüştür. Kontrol ve otonomi boyutunda en düşük ve en yüksek iş tatmin düzeyleri medeni duruma göre şekillenmiş ve bekar olan hekimlerin iş tatmini en yüksek oranda çıkarken, boşanmış olan hekimlerin iş tatmini daha düşük oranda saptanmıştır. Aynı araştırmada, ücret kriterine bakıldığında, en yüksek iş tatmini özel hastanelerde çalışan hekimlerde görülmüştür. 24-30 yaş arası kıdemi görece olarak daha düşük olan hekimlerde iş tatmin düzeyi en düşük olarak saptanmıştır (Öztürk, vd., 2012).

Her sektör çalışanın da olduğu gibi, sağlık sektöründe çalışanların da karşılaştığı problemler genel olarak iş tatminsizliği sonucunu ortaya çıkardığı söylenilebilir. Bu problemler sistemin kendisinden kaynaklandığı gibi, çalışanlar arası ilişkiler, yöneticilerle ilişkiler ve hastalar ile olan ilişkiler dolayısıyla da kaynaklanabilir. Özellikle son zamanlarda hekimlere yönelik olan şiddet durumu, iş güvensizliğini arttırdığından, iş tatminsizliğinin oluşması için bir neden olarak görülebilir.

Sağlık alanında, gün geçtikçe geliştirilen sistemler ve projeler , sağlık çalışanlarının - özellikle hekim ve hemşirelerin – iş tatmin düzeylerini etkilediği düşünülebilir. Eski sistemde çalışmaya alışmış bir çalışanın, yeni bir sisteme yabancı olması, alışmaya çalışması bir stres faktörü olarak karşılıklarına çıkabilir.

Hastaneler, toplum tarafından talep edilen sağlık hizmetlerini yerine getirmek için farklı meslek gruplarını bir araya getiren emek yoğun teknolojiye sahip örgütlerdir. Bu yapıları dolayısıyla da, hedeflenen amaçlara ulaşabilmek için, hastanelerin başarısı veya başarısızlığı çalışanlarına bağlıdır. Sağlık çalışanlarının motive edilebilmeleri için, öncelikle beklentilerinin belirlenmesi gereklidir. Emek yoğun bir sektör olan sağlık sektöründe, iş tatmini düşük olan çalışanın kaliteli bir hizmet sunması ve hasta memnuniyetini sağlaması mümkün değildir. Hastaların yüksek kalitede ve etkili bir

sağlık hizmeti alıp, hizmetten memnun kalması için çalışanların da işlerinden ve işyerlerinden tatmin olmaları gerekmektedir ( Kuzugil, 2012: 129-131).

#### **1.4. İş Tatminsizliğinin Etkileri**

##### **1.4.1. İşe Devamsızlıklar**

İşte tatminsizlik olduğunda, işe devam oranında azalma olduğu saptanmıştır. İş tatmini düşük olan iş görenin psikolojik rahatsızlık bahanesiyle istirahat almaları, hastalık ya da kişisel nedenlerle sürekli izin almaları ya da işe sürekli geç gelmeleri sürekli görülen bir durumdur (Yıldız,1999 : 65).

Herzberg, yaptığı 13 araştırmadan 12'sinde işe devamsızlık ile iş tatminsizliği arasında bir ilişki olduğunu saptamıştır. Sonraki araştırmalarda bu ilişki doğrulansa da kesin kanıtlar ortaya konulamamıştır. Ancak, genel olarak iş tatmini yüksek olan çalışanların işe devamsızlık yapması ve işten ayrılmayı düşünmesi daha düşük bir ihtimal olarak belirlenmiştir (Özyurt, 2003:16).

İşe devamsızlık durumu bir çalışan için küçük bir sorun gibi gözükabilir ancak bir işletme bakımından işin aksamasına neden olabilir. Dolayısıyla, işin zamanında bitmemesi durumu ortaya çıkabilir. Bu da, işletme için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Özellikle küçük ölçekli işletmelerde çalışan sayısı az olduğundan, işe devamsızlık sorunu büyük işletmelere göre küçük çaplı işletmeleri daha çok etkilemektedir. İşe devamsızlık yapan kişilerin verimliliği belirgin bir şekilde düşüktür. Ancak, en önemlisi de işe devamsızlık yapan kişiler birlikte çalıştıkları kişilerinde verimliliklerini azaltarak darbe etkisi yapmaktadırlar ( Eronat, 2004 : 24).

##### **1.4.2. İşgücü Devir Onarının Artması**

İşten ayrılma ile iş tatmini arasındaki ilişki incelendiğinde, işten ayrılma ve iş tatmini arasında olumsuz bir ilişkinin varlığı ve iş tatmini ile personel devri arasında ters orantı olduğu görülmüştür. Personel devri, bir işyerinde özellikle belirli tecrübe ve ustalık gerektiren işlerde daha fazla sorun yaratmaktadır, işten ayrılan her tecrübeli işgörenin yerine getirilen personelin eğitim maliyeti ve işi öğrenene kadar geçen sürede neden oldukları hatalar ve acemilik dönemindeki verimsizliklerinin hepsi maliyet unsurudur. Bunun yanında işletmeden ayrılan deneyimli bir çalışanın rakip işletmeye geçmesi halinde, işletmede elde ettiği birçok bilgi ve birikim rakip işletmeye taşınacaktır (

Somuncuoğlu, 2013: 75). Çalışanların stres altında olduklarının bir göstergesi , iş gücü Bir örgütte sürekli stres altında çalışmak; çalışanların örgüt ile bütünleşip iş tatmini sağlamasını engellemektedir. İş gücü devir hızının yüksek olmasına neden olan stres kaynakları ise çeşitlidir. Çalışanların yeteneklerini kullanma olanağı bulamadığı ve otokratik yönetim anlayışının bulunduğu örgütler, stres faktörü oluşturabilmektedir ( Sabuncuoğlu ve Tüz, 1998: 198).

Yapılan çeşitli araştırmaların gösterdiği gibi, iş tatmini düşük olan çalışanların işini bırakma eğilimleri yüksektir. Buna çalışanların yaşadığı stresin sebep olduğu gibi, başka çeşitli nedenler de çalışanın işten ayrılma eğilimini arttırabilir. Bu açıdan, yöneticiler işgücü devrinin yarattığı maliyetler gibi nedenlerden dolayı, örgüt içinde ki stres faktörlerine ve bu stres faktörlerinin iş tatminsizliğine yol açan unsurlarına dikkat göstermeleri önem taşıyacaktır.

### **1.4.3. Sağlık Sorunları**

İş tatminsizliği çalışanların bazı sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmalarına yol açmaktadır. İş tatminsizliği arttığı oranda ruhsal ve bedensel bazı rahatsızlıkların arttığı yapılan çalışmalarda görülmüştür. Ruhsal ve bedensel yorgunluk, isteksizlik, basit hastalıklar iş tatminsizliğinden kaynaklanmaktadır. Kolestrol oranının değişmesi, mide ve kalp rahatsızlıkları ile iş doyumsuzluğu arasında önemli denilebilecek ilişkilerde yapılan araştırmaların bulgularındandır. Her ne kadar fiziksel ve ruhsal sağlık iş davranışları değilse de iş tatmini ile yakından ilişkilidir. Çünkü iş ve uyku insanın en çok zamanını alan iki etkinliktir. Bu nedenle işteki tatminsizliğin fiziksel ve ruhsal sağlığı etkilemesi çok normaldir ( Özyurt, 2003: 18).

İş tatminsizliği ve çalışanın sağlık durumu arasındaki ilişki , yaşanan stres ile de yakın bir ilişki içerisindedir. İş tatminsizliğinin strese neden olduğu ve stresin de aynı şekilde iş tatminsizliğini yarattığı gibi bir kısır döngü mevcuttur.

İş stresinin , çalışanlar ve örgüt açısından ortaya çıkardığı önemli sonuçlar arasında iş tatminsizliği bulunmaktadır. Dolayısıyla, stres ve iş tatminsizliğinden kaynaklanan anksiyete, depresyon, endişe gibi fiziksel ve psikolojik belirtiler ortaya konulmuştur (Ünsal, 2012). Ayrıca, Özdevelioğlu ve diğer akademisyenlerin yaptığı bir araştırmada, stres ve tükenmişlik duygusunun zihinsel kayıplara neden olduğu saptanmıştır. Nereye neden gittiğini unutmak gibi zihinsel kayıplarda, tükenmişlik ve stres faktörünün etkisi

olduğu belirlenmiştir (Özdevelioğlu, vd., 2013). Tükenmişlik ve stres gibi olumsuz psikolojik durumların bir sonucu ya da nedeni olarak iş tatminsizliğinin ortaya çıktığı düşünöldüğünde, iş tatminsizliğini de zihinsel kayıplara, unutkanlığa neden olduğu düşünölebilir.

#### **1.4.4. İşe Yabancılaşma**

Yapılan araştırmalarda işten tatminsizlik ile devamsızlık ve işten ayrılma; iş tatminsizliği ile yabancılaşma, ve iş tatminsizliği ile psikosomatik rahatsızlıklar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. İş tatminsizliğinin belirleyicileri ile yabancılaşmanın belirleyicileri arasında pek çok benzerlik söz konusudur. Dolayısıyla iş tatminsizliği ile işe yabancılaşma kaynaklarının neredeyse aynı şeylerden oluşması, iş tatminsizliği sonucunda gerçekleşen durumlar ile işe yabancılaşma karşısında oluşan durumların benzer olması, yabancılaşma ile tatminsizlik arasındaki ilişkiyi kanıtlar niteliktedir. Örgüt içi ilişkiler, yönetim, hiyerarşi, bürokrasi, çalışma koşulları, çalışanın yönetime katılma durumu, terfi imkanı vb. pek çok etkenden dolayı çalışan iş tatminsizliğine ve yabancılaşmaya süröklenmektedir. Bunun sonucu olarak, işgücü devri, devamsızlıklar, iş geciktirmeler ve çalışanlarda görölen çeşitli fiziksel ve psikosomatik rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir.(Turan ve Parsak, 2011).

İşe yabancılaşma ile çok yakından ilgili bir kavram olan ‘‘içsel işten ayrılma’’ durumu da iş tatminsizliği ile yakından ilişkilidir. Zira, içsel işten ayrılma durumu, iş çevresinden içsel olarak uzaklaşma ve çaba göstermenin reddedilmesi olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışanın bilinçli bir şekilde işten ve çevresinden kopması, pasif kalması, sadece iş yerindeki görevini yerine getirip başka bir şeye karışmaması ve dolayısı ile performansını asgari düzeyde tutması, işe yabancılaşma ile aynı kriterleri taşımaktadır. (Seçer, 2012).

Yapılan araştırmalarda belirlenen birtakım belli başlı iş tatminsizliğinin yarattığı sonuçların yanında, çeşitli tatminsizlik sonuçlarının bulunduğu da gözlemlenmiştir. Bunlara örnek olarak; İşe geç gelme, iş şikayetlerinde artış, emekli olmayı düşünme, sendikalaşma, grevlerin gündeme gelmesi, hırsızlık olaylarında artış, makine ve tesislere zarar verme veya sabotaj yapılması, daha düşük fiziksel ve zihinsel sağlık, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı gösterilebilir ( Akbal, 2010:83).

## **BÖLÜM 2: DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ**

### **2.1. Kavramsal Çerçeve**

Aile hekimliği yeni bir kavram olmamakla birlikte, ülkemizde uygulaması yeni başlayan ve toplumun geniş kesimleri bakımından henüz bütün yönleriyle bilinmeyen bir sağlık modelidir. Genel anlamda Aile Hekimliği sisteminin kapsamında , erken tanı ve tedaviyi sağlamak, Sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak, Sorumluluğu altındaki kişiler ile iletişim halinde olup onları izlemek, birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak, kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlayıp, bu tür hastalığı olan kişileri izlemek, bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkı sağlamak gibi faaliyetler yer almaktadır” (Şahin, 2012 : 3). Aile hekimliğini, tüm yaş, cins, organ ve hastalığı kapsayan bir uygulama alanında, fiziksel, ruhsal ve sosyal yapısı ile bir bütün olarak değerlendirilen uzmanlık alanı olarak betimlemek de mümkündür (Tekin, vd., 2010:13).

Bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları hekimlik uygulaması, aile hekimlerinin iş tanımına girmektedir. Bu hekimler, koruyucu hekimlik uygulamaları ile birlikte, ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenmektedirler. Bu hizmetleri bazı ülkelerde tıp fakültesinden mezun olan hekimler yürütürken, bazı ülkelerde genel tıp uygulamalarında uzmanlık eğitimi almış olan hekimler ve bazı ülkelerde de herhangi bir dalda uzman olan hekimler yürütmektedir (Korukluoğlu, vd., 2004: 15).

Aile Hekimliği Uygulaması her ülke kendi ihtiyaçlarına göre oluşturup uygulamaya koymuştur. Ülkemizde de, 2004 yılından itibaren 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunla uygulanması başlayan Aile Hekimliği, 663 sayılı KHK ile değiştirilip, Aile Hekimliği Kanunu adını almıştır.

Aile Hekiminin tanımının yanında, diğer tanımlamalarda genel olarak dünyada ve ülkemizde belirtilmiştir. Aile Hekimliği ile ilgili bazı diğer tanımlar şu şekilde belirtilmiştir;



*Geçici Aile Hekimi* : Aile hekiminin yıllık izin, hastalık izni, diğer nedenlerle görev başında bulunmadığı sürede yerine bakan veya boş aile hekimliği pozisyonuna yerleştirme yapılmıncaya kadar bu pozisyonda görevlendirilen aile hekimidir.

*Yetkilendirilmiş Aile Hekimi* : İşyeri ve kurum hekimliği yaparken, bağlı olduğu iş yerindeki çalışanlara aile hekimliği hizmeti veren hekimdir.

*Aile Sağlığı Elemanı* : Aile Hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan ya da ilgili bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenidir.

*Aile Hekimliği Birimi* : Bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıdır.

*Aile Sağlığı Merkezi* : Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetlerinin verildiği birinci basamak sağlık kuruluşudur. (Şahin, 2012: 3)

Aile Hekimliği Kavramı içerisinde sıkça geçen , ‘‘Birinci Basamak Sağlık Hizmeti’’ (BBSH) kavramı, Aile Hekimlerinin sistem içerisinde ki uygulamalarını daha iyi kavrayabilmek açısından önemlidir.

BBSH, bir sağlık sisteminin bireylerin tüm yeni gereksinmelerinde sisteme ilk girişlerini sağlayan, çok az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren, bireylerle ve toplumla herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, tüm yaşam boyu devam eden ve uzun süreli ilişki kuran, başka kurumlar veya kişiler tarafından sunulan hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan aşamasıdır (Çileklioğlu, vd., 2013: 11). Toplumun sağlık seviyesini yükseltmek isteyen ülkeler, uygulanabilirliği olan, verimli bir koruyucu sağlık sistemi oluşturup, temel sağlık hizmetlerine önem vermesi gerekmektedir. Aile hekimliği uygulaması da, bu sağlık hizmetlerinin sunumu açısından son derece önemli bir yere sahiptir. Aile hekimliği uygulamaları ülkelere göre değişiklik göstermekte ve geliştirilmektedir. Buna göre, aile hekimliği statik değil, ülkelerin koşullarına göre değişebilen dinamik bir modele sahiptir (Korukluoğlu, vd., 2004:17). Dünyanın birçok ülkesinde (ABD, İskandinav ülkeler, Fransa, Almanya, Hollanda, Küba, vb.) uygulanan aile hekimliği sistemi, uygulama şekilleri bakımından her ülkenin idari ve mali yapıları ile ihtiyaçlarına göre değişiklik göstermektedir (Çuhacı, 2014:11).

Dünyada tıbbi bilgi birikimi hızla büyümekte, karmaşıklaşmakta ve tıbbi teknoloji hızla gelişmektedir. Bu sebeple tıp kısa süre içerisinde hızla farklı uzmanlık dallarına bölünmüştür. Tıbbın gelişim süreci içerisinde, tanı ve tedavi olanaklarının artması, aşılardan, çevre koşullarının geliştirilmesi ile birçok hastalık toplumsal boyutta gerilemiştir. İnsanın ruhsal, sosyal, kültürel, biyolojik ve ekonomik çevresi bir olarak ele alınmış ve tüm bu kriterler ile birlikte sağlığın “tam iyilik hali” olduğu benimsenmiştir. Bu açıdan da etkili bir sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla kişiye yönelik hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre olarak verilmesi benimsenmiştir. Dolayısıyla, kişileri ve aileleri yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmeti sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur. Bu kesintisiz, bütüncül ve kişisel birinci basamak sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş ve tıp fakültesi eğitimi sonrası en az 3 yıl uzmanlık eğitimi alan hekimler “aile hekimi” olarak adlandırılmıştır (Ünalın, 2008).

## **2.2. Dünyada Aile Hekimliği**

Aile Hekimliğinin ilk teorisyenlerinden biri olan Dr. Francis Peabody, toplumda sık karşılaşılan sağlık sorunlarına ilk defa, genel olarak etkin yaklaşımı olan hekimlere gereksinim duyulduğunu ifade etmiştir. Aile Hekimliğinin İngiltere’de kurumsallaşmaya başladığı 1800-1890 yılları arasında, kurumsallaşma ve beraberinde getirdiği iyileşmeler başlamıştır. Hastaların takip ve tedavilerinin istenilen düzeye ulaşmıştır. Amerika’da da örnek bir sağlıkta sunum hizmeti modellenmiş ve ülkemizde bugün de konuşulan, tartışılan Aile Hekimliği sağlık sistemimizde ne gibi iyileşmelere neden olacak gibi sorulara yanıt aranmaya başlanmıştır. Bu süreçte Millis ve Willard adlı iki ayrı bilim adamı tarafından hazırlanan o günün koşullarını ve sağlık sisteminin durumunu inceleyen raporlar Aile hekimliğinin ayrı bir tıp disiplini olarak temsil edilmesine yol açan gelişmeye yol açmış ve AAFP’nin (American Academy of Family Physicians) kurulmuştur. AAFP’nin bireyi organ, doku ve sistemler halinde gören anlayışın aksine, genel yaklaşımı savunan yeni bir tıp disiplininin doğmasına katkı sağlamıştır. Günümüzde Amerika’nın en etkin ve işlevsel birinci basamak hekimliği örgütü olması bu sürecin bir uzantısıdır. Benzer şekilde Avrupa’da da pek çok ülke birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile hekimliğini işlevsel bir sağlık modeli olarak uygulamaktadır (Ak, 2010 :403).

Özellikle 1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı aile hekimliği sisteminin gelişmesi bakımından önemli bir yere sahiptir. Bu konferansın sonucunda, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun bu alanda uzmanlaşmış hekimlerce sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Buna istinaden, tüm dünyada bu konu üzerine çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu doğrultuda tekrar gözden geçirmeye başlamıştır (Özcan ve Ünlüoğlu, 2008).

Tüm toplumu kapsayan bu sağlık sistemi yaklaşımı, koruyucu-geliştirici hizmetin öne çıkarıldığı, ekip çalışması ve sevk zincirinin işletildiği, genel bütçeden finanse edilen ve genellikle genel pratisyenlerin istihdamı nedeniyle genel pratisyenlik olarak da tanımlanan bir uygulamadır (Demirdizen, 2007: 562).

Aile Hekimliği bugün Avrupa'da tüm sağlık sistemlerinde iyice yerleşmiş durumdadır ve öneminin giderek artmaktadır. Bu durum, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bürosu'nun 1998 yılında yayınladığı belgede de vurgulanmıştır ve Aile Hekimliği , Eski Sovyet bloğundaki birçok ülkede de yeni oluşturulmakta olan sağlık sistemlerinin temeli olarak sunulmaktadır ( Başak ve Saatçi, 2011: 19).

Birinci Basamak sağlık örgütlenmesi, her dönem ve ülkede, siyasi eğilimler ile sosyal politikalardan doğrudan etkilenmiştir. Özellikle Avrupa'da, 1970-80'li yıllarda Portekiz, İspanya, İtalya ve Yunanistan'da diktatörlüklerin devrilmesinin ardından iktidar olan sol-sosyal demokrat partiler 4 ülkede de sağlık politikalarını değiştirerek kurumsal hizmet örgütlenmesini neoliberal söylemlerin de etkisi ile finansmanda sigorta modelini koruyarak sürdürmüşlerdir. Ancak, son yıllarda yaşanan sıkıntılar nedeniyle bu ülkeler ile birlikte Avusturya, Macaristan gibi ülkeler de sigorta modelinden genel vergiler yolu ile finansmana geçmeye çalışmaktadırlar. Genel vergilerle finansman genellikle ; ekip çalışması – sevk zinciri ve genel pratisyenlere ağırlık veren kurumsal model (sağlık ocakları-sağlık merkezleri) tüm toplumu kapsayacak eşit, ulaşılabilir, bütünleşmiş bir hizmet sunumunu, sağlığın korunup geliştirilmesine öncelik vermesi yoluyla kaynakların daha etkin, verimli kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Demirdizen, 2007:563).

Avrupa Birliği'nde siyasi karar organı olan Avrupa Parlamento'sunca görüşleri önemsenen, etkili olan UEMO (Avrupa Genel Pratisyenleri Birliği) aldığı kararlar

hekimlerin 2005 yılından itibaren üye ülkelerin Birinci Basamak sağlık hizmeti organizasyonunda yer alabilmesi için;

- Tıp fakültesi sonrası asgari 3 yıllık Genel Pratisyenlik eğitimi alması,
- Bu mesleki programın en az yarısı 1.Basamakta geçirilmesi,
- Eğiticilerin genel pratisyen olması,
- Özgün bir eğitim programının bulunması gibi asgari kriterlere sahip olması gerekmektedir ( Demirdizen, 2007:565).

Bu genel bilgiler ışığında dünyanın çeşitli ülkelerindeki aile hekimliği sistemi incelendiğinde, ülkelere özgü farklılıkların sağlık uygulamalarını da etkilediği görülmektedir. Bu açıdan farklı birkaç ülkede ki uygulamaları gözden geçirmek, farklılıkları görebilmek açısından faydalı olacaktır.

Hollanda’da birinci basamak hizmet sunucuları olarak, pratisyen ve uzman hekimler görev yapmaktadır. Pratisyen hekimler, bağımsız sözleşme yaparlar ve yaklaşık %40’ı grup halinde veya sağlık merkezlerinde çalışırlar. Pek çok uzman, serbest çalışmasına rağmen, özel hastanelerle de ilişkileri vardır. Tüm hastaların bir uzmana görünmesi için bir pratisyen hekimin sevkine ihtiyaç vardır . Birinci basamak sağlık hizmetleri ülkede önemli bir önceliğe sahiptir ve değişik şekillerde verilmektedir. Pratisyen hekimler; halk sağlığı hizmetleri, ilçe bazında hemşirelik hizmetleri, evde bakım hizmetleri, ülke çapında her bireye ulaşacak şekilde merkezden yönetilmektedir. Nüfusun yaşlanması sebebiyle evde bakım hizmetleri talebi artmıştır. Hastaların tercihi ile, genelde bu hizmetler sağlık kuruluşlarında verilmektedir.( Sağlık Tesisleri İşletmesi Dairesi Başkanlığı,2014 ).

Hollanda’da aile hekimlerinin yaklaşık %90’ı ‘‘Aile Hekimlerinin Milli Kuruluşu’’ üyesidir. Bu kuruluş Hollanda’nın her yerinde kesintisiz ve kaliteli bir BBSH sunmakla yükümlüdür (Özcan ve Ünlüoğlu, 2008).

Hollanda’da bir aile hekimine düşen kişi sayısı ortalama 2.300’dür. Aile hekimi, sigortalı kişilerin sigortasından kendisine kayıtlı kişi başına ücret ile birlikte sınırlı sayıda hizmet başı ücret alırken, ayrıca kendine başvuran özel hastalardan da hizmet başına ücret alabilmektedir. Aile hekiminin teorik olarak 2.350 hastaya hizmet sunacağı varsayımı üzerine gelir hesaplaması yapılmaktadır. Kişi başı prim, hastanın 65 yaşını

aşkın olmasına, riskli bölgede yaşamasına ve bazı işlemlere göre de değişiklik gösterebilmektedir (Korukluoğlu, vd., 2004:19).

Hollanda'da Aile hekimliği sağlık hizmetlerinin başlangıç noktasıdır. Bu nedenle büyük bir önem arzeder. Aile hekimleri kendilerine gelen yakınmaların %95'ini çözerler. Eğer tedavi uzman bakımı gerektiriyorsa, kişi bakım sağlanacak yere sevk edilir. Havale olmaksızın kişiye hizmet sağlanmaz. Herkes kendi aile hekimini seçmekte serbesttir. Çoğu aile hekimi asistan doktorlara sahiptir. Asistan doktor, uygulamalara yardımcı olur ve basit tıbbi uygulamaları kendi başına gerçekleştirebilir (Sargutan, 2010:1199).

Hastalara sağlanan ilaçların %92'si aile hekimleri tarafından reçete edilmektedir. Eczaneler reçete karşılığında ilacı sağlamaktadır. Eczane olmayan yerlerde aile hekimlikleri lisans alarak reçete edilen ilaç talebini kendileri karşılamaktadır. Kişiler mesai saatler dışında da aile hekimi kullanmak zorundadır. Bu hizmet ihtiyacını karşılamak için mesai dışı çalışan aile hekimliği merkezleri bulunmaktadır. Merkezin en az bir asistan doktoru ve iki telefon başında hizmet veren doktor ve bir ulaşım aracı ile şöförü bulunmaktadır. Bu merkezler mesai saatleri dışında ve haftasonları gibi tatil günlerinde hizmet vermektedirler. Aile hekimleri ortalama olarak bir hastayı 10 dakikada muayene etmekte, günde 30 hastaya bakmakta ve 12 hasta telefonuna cevap vermektedir (Sargutan, 2010).

Hollanda'da, 6 yıllık tıp fakültesi eğitimini tamamladıktan sonra aile hekimi adayı olunabilmektedir. 3 yıllık mesleki eğitimleri de bittikten sonra, bir yere yerleşmek için ortalama 3 ile 5 yıl arasında beklemek durumundadırlar (Özcan ve Ünlüoğlu, 2008:28).

Aile hekimliği sistemin de referans ülke olarak gösterilen Hollanda'da 2000 yılından itibaren uygulanan nöbet sisteminde, nöbet saatlerinde hasta bakılan durumlarda sigorta şirketlerinde ek ücretler alınmakta ve bu ücret de normal ücretin üzerinde olmaktadır. Türkiye Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu 3.başkanı Dr.Akif Eker'in belirttiği üzere, bu sistemin Türk aile hekimleri için de örnek teşkil ettiği ve "kabul edilebilir" bir model olduğu düşünülmektedir (Medimagazin, 2013).

Endüstrileşmiş ve zengin bir ülke olan Almanya'nın sağlık sistemi, örnek alınacak bir seviyededir. Sağlık sistemi köklü bir geçmişe sahip olan Almanya, Dünya sağlık sistemleri içerisinde öncü bir rol oynayan ve Bismarck Modeli olarak adlandırılan

hastalık sigorta fonu sistemini geliştirmiştir. Bu yapısıyla Refah Yöntemli / Sigorta tipindeki sağlık sistemleri içine girmektedir (Sargutan, 2010:142).

Almanya'da BBSH'ni, öncelikle aile hekimi uzmanları ve sonra da uzmanlık ünvanlarını kullanmaksızın diğer dal uzmanları muayenelerde vermektedir. Hastane ve Muayenelerde gerçekleştiren 4 yıllık bir uzmanlık eğitimi mevcuttur. Eğitimin sonunda da, zorunlu bitirme sınavı bulunmaktadır. 1994 yılında itibaren BBSH'de çalışacak hekimler için aile hekimi uzmanlığı eğitimi almak zorunda hale getirilmiştir (Özcan Ve Ünlüoğlu, 2008).

Almanya'da toplumun %90'ından fazlası sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık sigortası vatandaşlara, ayakta hasta bakımı için doktor seçme özgürlüğü tanımakta, bunun için aile hekimi veya diğer uzmanlık dalları ayrımı yapılmamakta ve bazı istisnalar dışında sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir. Almanya'da aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, ocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütölmektedir. Temel sağlık hizmetlerinde öncelik, tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Örneğin, 4 yaşına kadar ocuk takibi, yıllık kanser taraması bunların arasında yer almaktadır. Ayrıca genel pratisyenler sosyal tıp, acil hekimliği, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği konularında çalışmaktadır. Bazı genel pratisyenlerin ofisleri iç hastalıkları uzmanlarının ofisleriyle kıyaslanacak şekilde iyi donatılmıştır (TAHEV , 2014).

Almanya'da hastalar, aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmaktadırlar. Aile hekimi gerekli görürse, hastayı bir branş uzmanına sevk edebilir. Genel uygulama olarak, branş uzmanları çoğunlukla kendi muayenehanelerinde çalışmaktadır. Hastalar, branş uzmanı görmeden hastaneye başvuramamaktadırlar. Eğer başvurulursa da, ücreti kendileri ödemek durumundadırlar. Uzman hekimlere ve aile hekimlerine, hizmet başına ödeme yapılmaktadır (Göktaş, 2014).

Almanya'da güçlü ve sağlam bir sağlık sistemi olması durumunun yanında, son yıllarda sağlık sisteminin çökmeye başladığı konusunda tartışmalar da yaşanmaktadır. Almanya'da sağlık sistemini sürekli bir krize dönüştüren en önemli olgu, sigorta şirketlerinin aile hekimlerini daha fazla kontrol edebilir hale gelmesi olduğu belirtilmiştir. Örneğin aile hekimleri artık kendisine başvuran hastanın şikayetlerinin nedenini anlayabilmek için ayrıntılı değil, daha basit ve ucuz tahlillere başvurmaya

başlaması tartışılmaktadır. Aksi takdirde kendisine izin verilen bütçeyi aşmak ve aştığı miktarı cebinden ödemek zorunda kalması söz konusu olmaktadır. Bu durum hekimlerin doğru tanıda bulunmalarını zorlaştırmakta; ayrıca, hastayı uzman doktora sevk etmekte de geç kalabilmesine yol açmakta olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında, hem hekimler hem de eczaneler ilaç verirken, sigorta şirketlerinin anlaşmalı oldukları firmaların ürünlerine öncelik vermekle yükümlü olmuştur. Bu ve benzer nedenlerle hekimler, kendilerine daha çok para kazandıran özel sağlık sigortasına üye hastalarına öncelik vermeye başlamışlardır. Devlete bağlı sigorta şirketlerinin üyeleri ise bazı doktorlardan randevu almak için aylarca beklemek zorunda kalması ya da hiç randevu alamaması durumu ortaya çıkmıştır (Canşen, 2010)

Danimarka'da tüm vatandaşları kapsayan 2 tip sigorta sistemi bulunmaktadır. Birinci tip sigortalılar, toplumun %97'sini kapsamakta ve kendi aile hekimlerini seçmek durumundadır. Aile hekiminin sevkettiği branş uzmanına veya hastanelere ücret ödememektedirler. Aile hekimlerini 6 aydan sonra değiştirme hakları vardır. İkinci tip sigortalılar ise, aldıkları sağlık hizmetlerinin bir kısmını ödemek durumundadır ve aile hekimlerini seçme ve değiştirme konusunda bir sınırlamaları bulunmamaktadır. Aile hekimi yada branş uzmanına doğrudan başvurabilirler, sevk zorunlulukları yoktur. Ancak, başvurdukları hekimin ilave ücretlerini kendileri ödemek durumundadır. Danimarka'da her aile hekimi, ortalama 1.600 hastanın sürekli bakımından ve takibinden sorumludur. Aile hekimi ayrıca mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile hekimleri eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır (Korukluoğlu, vd., 2004).

Danimarka'da her 1000 kişiye 3.6 doktor düşmektedir. Bu rakam AB'nin en yüksek 3'üncü oranıdır. Hastaların, hekim seçme özgürlüğü hesaba katıldığında hekimler arasında önemli bir rekabet vardır. Bu özellikle hizmet başı ücret temelinde ödeme yapıldığında ortaya çıkmaktadır. Aile hekimleri, günün büyük bölümünde sabahın erken saatlerinden akşamın geç vakitlerine kadar çalışırlar. Genel olarak bir tayin sistemi bulunmamaktadır (Sağlık Sistemleri İşletmesi Dairesi Başkanlığı, 2014).

Danimarka'da genel pratisyenler ve aile hekimleri tıp eğitimi sonrası hastanelere rotasyona gönderilmekte ve genel hekim özelliğini kazanmaktadırlar. Dolayısıyla Aile hekimleri ve genel pratisyenler her konuda kendi alanından bir şeyler bilmek

zorundadırlar. Danimarka’da bu sistem yaklaşık 100 yıldır işletilmekte olduğu da belirtilmektedir. Aile hekimlerinin sabit bir ücretlerinin olmasının yanında, Türkiye’den farklı olarak, baktıkları hasta başına da ayrıca bir ücret almaktadırlar (Dizdar, 2010).

Aile hekimleri Danimarka’da, bütün genel hastalıkları bilip, genel hastalıklar uzmanı seviyesindedir. Aile doktorunu hasta istediği zaman değiştirebilir, ancak bu durumda 150 kron gibi bir ücret ödenmesi gerekmektedir. Aile hekiminin mesai saatleri dışında ise nöbetçi aile hekimi bulunmaktadır ve Nöbetçi aile hekimi pazartesten cumaya kadar 16-08 saatleri arasında görev başında bulunmaktadır . Hafta sonları ve dini günlerde ise günün 24 saati hizmet vermektedir ( Sperschneider, vd., 2012)

İskandinav ülkelerinde hekim seçme özgürlüğü 1990’ların başında uygulanmaya başlanmıştır. Özellikle Norveç, Danimarka ve İsveç’ de istenilen hekimi seçme özgürlüğü hakkı uzunca bir süre aynı ilçe veya bölge içinde yaşayanlar ile sınırlı kalmıştır. Mevcut uygulamada artık bu ülkeler istediği hekime , istediği bölgede gitme hakkına izin vermiş bulunmaktadır ( Magnussen, 2009: 66).

Belli bir bölgede yaşayan nüfus temelinde örgütlenen ve çok disiplinli ekip çalışmasına BBSH modelinin en tipik örneği olarak bildiğimiz Kuzey Avrupa ülkeleri de 1980’lerden bu yana sağlık reformlarından nasibini almaktadır. Danimarka, Norveç, Finlandiya ve İsveç’de birinci basamak halen vergiler aracılığı ile finanse edilmekte ancak bu konuda geliştirilen reformlarında etkili olduğu söylenilebilir ( Yıldız, 2009). Reform sürecinin tıkanıcı noktaları iyi yansıtan bir örnek olması açısından İsveç örneğini daha yakından izlemek faydalı olacaktır.

1990-1994 döneminde İsveç toplumu birinci basamağın özelleştirilmesine yönelik ciddi bir girişim ve yasalaşma ile karşılaşmıştır. Girişimin en önemli özelliği hasta listesi ve hekim seçme özgürlüğünün ilk adımlarının atılmış olmasıdır. Süreç tüm vatandaşlara istedikleri aile hekimini seçebileceklerinin duyurulması ile başlatılmış olup, seçim özgürlüğüne tüm eyaletlerin yönetimleri ile sözleşme yapmamış olan özel hekimlerde dahil edilmiştir. Birinci basamak hekimlerine yapılan ödeme sistemi de değiştirilerek sabit maaşın yerine hizmet başı ödeme ve kişi başı ödemenin bir kombinasyonu getirilmiştir. Ancak bunun sonucunda Kamu aile hekimleri birdenbire kendilerini hasta kapmak için birbirleriyle ve diğer özel hekimlerle rekabet ederken bulmuşlardır. 1995’de yapılan bir çalışmada da aile hekimliğine geçen hekimlerin ekip çalışmasına ve



coğrafi tabanlı çalışan genel hekimlere göre daha fazla tüketici talebi altında oldukları, kişisel gelişime zaman bulamadıkları ve koşullarının güçleştiği saptanmıştır. Bu problemlerin üzerine özellikle ciddi anlamda 2007'de başlatılan reform dalgası 2010 yılında oluşturulan yasa ile açıklığa kavuşmuş ve bu karışıklık, aile hekiminin seçimi ve girişimciliği zorunlu hale getirilerek sabitlenmeye çalışılmıştır (Çileklioğlu, vd., 2013:23).

İsveç'te birinci basamak hizmetleri aile hekimleri ile yürütülmektedir. Ülkede hastalar buldukları il sınırları içinde istedikleri aile hekimini seçebilmektedir. Aile hekimleri, ekip çalışmasının olduğu birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışmaktadır. Bu merkezlerde aile hekimleri, hemşireler, fizik tedavi uzmanı, sosyal çalışmacı ve psikologlar çalışmaktadır. Hekimlere kişi başına ödeme yapılmakta olup, hizmet başına ödeme ve hedefe yönelik ödemeler de yapılmaktadır. İsveç aile hekimliği sisteminin en tipik özelliği, zorunlu sevk zincirinin uygulanmayıp, bunun yerine aile hekimine başvurmadan üst basamaklara giden hastalar için farklılaştırılmış katılım payı sisteminin uygulanıyor olmasıdır. Katkı payı, ülkede sağlık hizmetlerinin her basamağında hastalardan alınmaktadır. Ancak birinci basamağı teşvik amacıyla aile hekimine başvuruda alınan katkı payı, diğer basamaklara doğrudan yapılan başvurularda alınan katkı payından daha düşüktür. Ayrıca, direkt olarak ikinci basamak merkezlerden randevu alındığında, bekleme sürelerinin uzun olması sebebiyle birinci basamak hastalar tarafından daha çok tercih edilmektedir (Hazine müsteşarlığı, 2011: 8).

Norveç'de, 2001 yılına kadar süregelen kötü aile hekimliği uygulamalarının sonucunda, kişisel hasta listesi sistemi geliştirilmiş ve aile hekimlerinin kadın/erkek hasta olarak kesin sayılara ulaşip hasta geçmişi hakkında daha detaylı bilgi alması mümkün olmuştur. Bunun sistemin sonucu olarak, aile hekimliği sistemi düzene kavuşturulmuş ve memnuniyet düzeyi arttırılmıştır. Ayrıca hastaların da istediği aile hekimini seçmesi serbestliği getirilmesi uygulamayı iyileştiren reformlardan birisi olmuştur (Aanes ve Larsen, 2011).

Norveç'de hekimler 2000'li yılların başından itibaren özelleşmektedir. Hastaneler 2002 reformu ile birlikte "girişimci sağlık hizmetleri"ne dönüştürülmüştür. Bu reform, hastane sorumluluğunun devri ile hastane işletmelerinin bağımsız kuruluşlar haline getirilmesi şeklinde iki ana unsuru içermektedir. Norveç sağlık sistemi, Danimarka sistemini örnek almış ve kişilerin kendi aile hekimlerini seçmesine hak tanınmıştır.

Ücret, kapasite ve hasta profili konusunda ulusal standartlar belirlenmiştir. Günümüzde aile hekimlerinin %90'ı kamuda çalışmak yerine özel sözleşmeli olarak çalışmayı tercih etmektedirler (Magnussen, vd., 2009). Çoğunlukla serbest çalışan aile hekimleri vatandaşlara sundukları sağlık hizmetlerinin bedelini yerel yönetimlerden alabilmek için bir anlaşma yapmak zorundadırlar. Bu anlaşmalar ile hastalar, kullanıcı katılımından daha fazla bir ücret ödememektedirler (Sargutan, 2010)

Finlandiya'da sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için mecburi sağlık sigortası olan KELA'ya kaydolma mecburiyeti vardır. Buraya kaydolmayanlara kamunun sağladığı diğer hizmetlerden faydalanmada da kısıtlama getirilmektedir. 2004 yılında yürürlüğe giren yasaya göre, birinci basamak sağlık merkezinde muayene olmak için 3 günden uzun süreye randevu verilmemektedir. Bu süre hastane muayeneleri için 3 hafta olarak belirlenmiş, ameliyatlar için ise 6 aydan uzun bekleme süresi oluşturulmayacağı hükmü getirilmiştir. Birinci basamaktaki sağlık hizmetleri; koruyucu hizmetler, sağlıklı yaşamı teşvik programları, tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak sunulmaktadır (Korukluoğlu, vd., 2004). Ayrıca Finlandiya'da hekimlere yapılan ayakta tedavi başvurularının birinci basamak dağılımı yaklaşık olarak %65 oranındadır ve genel olarak pratisyenlik uygulamalarının iyi olduğu düşünülmektedir (OECD, 2008).

Sağlık giderleri merkezi ve yerel idarelerin topladığı vergilerce karşılanmaktadır. Toplumdan ortalama gelirin %17,5'i kadar vergi alınmakta ayrıca işveren de bu miktara katılım sağlamaktadır. En yüksek yıllık ödeme 580 Euro ile sınırlı olmaktadır. Sürekli hastalıklarda masrafların % 75-100'ü "Ulusal Sağlık Sigortası"ndan sağlanmaktadır (Saraçlı, 2010: 36)

İngiltere'ye bakıldığında, ilk aile hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. 1844 yılında "Ulusal Aile Hekimliği Kurumu" (National Association of General Practitioners), 1948'de "Ulusal Sağlık Servisi" (National Health Service), 1952'de "Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji" (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur (Turhan, 2014:23). Halen İngiltere'de sağlık hizmetleri, 1948'te kurulan NHS (National Health Service-Ulusal Sağlık Hizmetleri) tarafından koordine edilmektedir. Sağlık Bakanlığının altında faaliyet gösteren NHS'nin temel amacı, sağlık hizmetlerinde yenilikleri araştırmak ve sağlık sektörü yöneticilerine eğitimler

uygulayarak verimliliklerini artırmaktır. Bu da hasta güvenliği kültürünün en önemli unsurlarını teşkil etmektedir (Yalçın ve Acar, 2010).

İngiltere sağlık reformlarının en hızlı ve yoğun yaşayan ülkeler arasındadır ( Aksakoğlu, 2006). Roland'a göre İngiltere'de birinci basamaktaki değişimin en temel unsuru girişimciliğin güçlenmesidir. 2004 yılında başlayan yeni Genel Tıbbi Hizmetler (General Medical Services) sözleşmesi de bu bakımdan çok kökten bir değişim olarak değerlendirilmektedir. Sözleşmenin önemi getirdiği performansa dayalı ödeme sisteminden kaynaklanmaktadır. Buna göre Genel Pratisyenlerin gelirinin %20 ila 25'i Kalite ve Çıktılar Çerçevesi olarak adlandırılan (Quality and Outcomes Framework) bir kriter setinin gerçekleşme düzeyine bağlıdır. Bu kriterlerin yarısı klinik bakımla, diğer yarısı da muayenehane örgütlenmesi ve hasta deneyimleri ile ilgilidir. Örneğin, mesai dışı saatlerde erişilebilir olup olmama kararını Genel pratisyenlere bırakılmış, bu da erişilebilir olmayı seçen genel pratisyenlere önemli bir gelir artışı sağlamıştır (Çileklioğlu, vd., 2013).

İngiltere'de hastaların istediği hekimi seçme serbestliği olduğu gibi, aile hekimlerinin de istediği hastayı seçme serbestliği bulunmaktadır. Aile hekimlerinin statüsü, branş uzmanlarının statüsü ile aynı konumda olduğundan, bu aile hekimliği mesleğine bir saygınlık kazandırmaktadır. Aile hekimlerine, hem kendilerine bağlı kişi sayısına göre, hemde kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti ve gece yaptıkları ev ziyaretine göre hizmet başına ödeme yapılmaktadır. İngiltere'de ayrıca kendi bütçesi olan aile hekimleri bulunmaktadır ve bu şekilde çalışmak tamamen kendi isteklerine bağlıdır ( Ünlüoğlu ve Paycı, 2004 :24).

İngiltere'de ki 34 bin civarındaki aile hekiminin çoğu, 4 - 5 hekimden oluşan grup muayenehanelerinde hizmet verir. 510 kadarı ise tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunmaktadır. 6 bin kadar aile hekimi ise sağlık merkezlerinde görev yapmaktadır. Bir aile hekimine düşen nüfus ortalama 3 bin civarındadır. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı ise %10 dolayındadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

ABD'de ki sağlık sistemi, aile hekimliği kavramının başlangıç noktasını oluşturması bakımından yakından incelenmelidir.

Aile hekimliği kavramının ilk tohumları ABD’de atılmıştır. ABD’li hekim Peabody daha 1923 yılında bu kavramı ifade etmiş ve “hızla, bütüncül ve kişiselleştirilmiş bir genel tababete dönülmesi” yönünde uyarıda bulunmuştur. Bu görüş ancak, 2. Dünya Savaşından kabul görebilmiş ve 1952’de İngiltere’de “Genel Pratisyenlik Akademisi” (College of General Practitioners); 1960’lı yıllarda da ABD’de “Aile Hekimliđi Yeterlik Kurulu” (Board of Family Practice) kurulmuş ve 1969’da Aile Hekimliđi 12. Uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (Yöneý ve Yavuz, 2010: 28). 1960’lı yıllarda Amerika’da aile hekimliği fikri hızla yayılmaya başlamış ve AMA (American Medical Association) tarafından 1966’da yayınlanan “ Millis & Willard Raporları” ile birinci basamak bakım konusunda yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliđi” tanınmıştır. ( Aktař ve Çakır, 2012: 22).

Aile hekimliğinin yapı taşları sayılan Milles ve Willard’ın 1966’da ABD’de yayımladıkları rapora göre, genel pratisyenler organize tıpta oluşan boşluğun nasıl doldurulacağını bilmiyorlardı. Bu boşluğun bir sonucu olarak , hastanın kendi kendinin doktoru olması ve hangi uzmana ihtiyaç duyduğuna kendisinin karar vermesi fikirleri oluşmaya başlamıştı. Ayrıca, artan sayıdaki hastalar ise problemlerini hastane acillerine taşıtmaktaydılar. Bu esnada “genel pratisyenlik”, “aile hekimliği” veya “kişisel hekimlik” tartışmaları sürmekteydi. Pratisyen hekimler / Aile hekimleri, pratisyenliği geliştirip sürdürmek için 2 veya 3 yıllık eğitim programı önermelerine karşın, uzman hekimler pratisyenliği daha çok bir sevk merkezi veya pratisyenin başa çıkamayacağı önemli tıbbi sorunlar için bir temizleme merkezi olarak düşünmekteydiler. Birkaç tıp fakóltesi ya da eğitim fakóltesi aile hekimliği eğitimi sağlasa da bu büyük ölçüde yetersizdi. Bazı pratisyenler yüksek kalitede ve devamlı bir hizmet sunsalar da bunlar da tamamen yetersizdi ve bunu hastalar da uzun bekleme süreleri ile kanıtlıyorlardı. Buna istinaren Amerikan tıp delegeleri bunu aile hekimlerinin lehine çevirmeye çalışmışlar ve kongreler düzenlemişlerdir. Bu kongreler sonucunda “kişisel hekim” kavramı ortaya çıkmış ancak hasta ile diğer tüm branş hekimlerinin de aralarında kişisel bir ilişki olduğu tartışmaları ortaya çıkmıştır. Bunun sonucunda, “ilk temas hekimi” önerilmiştir. Ancak bu kavramda da zorluklar oluşmuştur. Her zaman ilk temas vardır ve bu, hastanın seçimine bağlıdır. Bu ilk temas hekimi dahiliye uzmanı, kadın doğum uzmanı , pediatrist veya cerrah olabilir. “Bu ünvan, yalnızca geçici ilişkiyi ve bazen bir rastlantıyı gösterir; medikal bir hizmeti tanımlamaz.” denilmiştir. “Aile hekimi” ise

sıkça önerilen bir unvan olmuştur ve ailenin tüm fertleriyle aynı hekimin ilgilenmesinin bazı avantajları vardır. Fakat ailesel ilişkiler şart değildir. Bu ifade yine Milles ve Willard'a göre, resmi olmayan ve kişisel kullanımı çağrıştırmakla birlikte, istenen nitelikleri tam olarak ifade etmemektedir. Milles ve Willard bu kavramların sonucunda en uygun kavramın "birincil hekim" olmasına karar vermişler ve daha sonra bu "birincil hekim" kavramının yerini başka bir kavram alana kadar bu kavramın en uygun olduğuna karar vermişlerdir (Milles ve Willard, 1966). Günümüzde de aile hekimliğinin hizmet sahası olan "birinci basamak" kavramı, Milles(1966) ve Willard (1993)'ın bu raporlarından doğmuş, günümüz aile hekimliği sisteminin alt yapısını oluşturmuştur (Aktürk ve Dağdeviren, 2004).

Amerika'da, Aile Hekimliğinin gelişimi, mesleğin gereklerinden kaynaklanarak hekimlerin isteğiyle kurulan diğer uzmanlıklara nazaran çok özgün olmuştur. Ancak Aile Hekimliği halkın isteklerinden kaynaklanarak hastalığın değil hastanın odakta olduğu bir uzmanlık dalı olarak kendini göstermiştir. Önceleri bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği kendini göstermekte zorlansa da, Milles ile Willard gruplarının çalışmalarıyla Aile hekimliği uzmanlık programlarının aşağıdaki ana hatları ortaya çıkmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014) ;

1. Hastanın kişisel hekimi olarak çalışmalı ve hastanın sağlık sistemine girişini sağlamalıdır.
2. İlk muayene, koruyucu hekimlik ve genel tıp hizmetlerinde kapsamlı bir yaklaşımı olmalıdır.
3. Hastanın sorumluluğunu gereğinde sevk için gerekli girişimleri yaparak uzun dönem taşıyabilmelidir.
4. Toplumun kaygılarına ve ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde mesleğini icra etmelidir.
5. Hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını gözetererek aile ve toplum ölçeğinde gerekli bakımı yapmalıdır.

Amerika'da 30 yıllık gelişimini sürdüren ve günümüzde faal olarak çalışan aile hekimleri Amerikan sağlık sisteminde çok önemli bir role sahiptir (Ünlüoğlu, 2004: 18) .Kaliforniya'da yapılan bir çalışmada, hastaların günümüzde %94'ü tüm tıbbi sorunlarını bilen birinci basamak hekimini değerli bulmaktadır ve çoğu hasta sık karşılaştıkları sorunları için ilk bakım hizmetini, dal uzmanı yerine birinci basamak hekimin almayı tercih etmektedirler (Grumbach, vd., 1999: 264). 1990'lı yıllara

bakıldığında ise; ABD vatandaşları, uzman hekime tedavi olmadan önce birinci basamakta ki sağlık hizmetleri hekiminden izin almaya alışık olmadıkları için problemlerle karşılaşmıştır. Aynı zaman da Birinci basamakta ki hekimler de bu görevi yerine getirmede pek gönüllü davranmamışlardır (Sargutan, 2006). ABD’de tıp fakültesi mezunlarından aile hekimliğini tercih edenlerin oranları 2000 yılında %12.8 iken 2001’de %10.9 ve 2002’de %10.3’e düşmüştür. 2003’de ise aile hekimliği kadrolarının sadece %42’si dolmuştur( Saatçi ve Bozdemir, 2006: 80). Günümüz de ise, araştırmalara göre tüm uzmanlık dallarına oranla günde en çok hasta bakan uzmanlık dalı Aile Hekimliğidir. Amerika’da aile hekimliği uzmanlarının bölgesel dağılımı oldukça iyidir ve uygulamalarda yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlanmaktadır. Amerika’da Aile Hekimliği yerleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Son yıllarda aile hekimlerinin birinci basamakta çok önemli katılımları olmuştur. Aile hekimleri, birbirleri ve hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapmaları için teşvik edilmektedir ( Ağdemir, 2012 : 25).

DR. Robert Rakel’e göre (2005) ; Her yıl 50 saat sürekli tıp eğitimi almayı ve 7 yılda bir sınavla uzmanlık sertifikalarını yenileyen aile hekimleri, diğer uzmanlık dallarına örnek oluşturmuşlardır. Aynı oturumda Rakel, ABD, Kanada ve İngiltere’de aile birlikte hekimi sayısı ile sağlık harcamaları ters orantılı olan ülkeler arasında olduğu belirtmiştir. En az aile hekimine sahip olan ABD en fazla harcamayı yaparak en düşük yarar/maliyet oranını elde etmektedir. 120’yi aşkın sağlık sigorta şirketinin farklı bildirim istekleri nedeniyle, ABD’de, sağlık harcamalarının %26’sı "kağıt çalışmalarına" gitmekte olduğunu da belirtmiştir (Çağlayaner, 2005).

Sağlık Hizmetleri İnceleme ve Kalite Kuruluşu (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)’nun 2010 verilerine göre, ABD’de 209,000 Aile hekimi bulunmaktadır. Zamanının çoğunu doğrudan hastaların tedavisine harcayan 624,434 hekiminden ancak üçte birinden azı birinci basamak hekimliğinde uzmandır. ABD’de Birinci basamak hekimlerinin kapsamına, aile hekimleri, genel pratisyenler, genel dahiliyeciler, genel pediatrist ve geriyaristler girmektedir ve 2008 verileri ile hekimlere başvuran yaklaşık 956 milyon hastanın %51,3 ‘ü birinci basamakta ki hekimlere başvurmuştur.

Amerikan Tıp Derneği’nin (AMA) 2010 verilerine göre, ABD’de 246,000’in üzerinde aile hekimi bulunmaktadır. Bu rakamın fazla çıkmasının nedeni ise AMA’nın emekli

aile hekimlerini, o yıl işten ayrılanları ve birinci basamaktan ayrılan hekimlerini de kapsamaktadır. Emekliye ayrılanları ve işten ayrılan hekimler bu kapsamdan çıkarıldığında, yaklaşık olarak 209,000 aile hekiminin görevde olduğu söylenilebilir ( AHRQ, 2011).

2012 yılında ABD hekimleri'nin maaşları üzerine yapılan bir araştırmaya göre, Aile hekimlerinin aldığı ücret, tüm branş hekimleri arasında 158.000 dolar ile sondan ikinci sıradadır. En az ücretin geriyatri hekimlerine ait olduğu belirtilmiştir. Yine aynı araştırmaya göre, erkek aile hekimleri, kadın aile hekimlerine göre %23 oranında daha fazla ücret kazanmaktadır. Bunun nedenini Bohannon (2012), kadın hekimlerin daha kaliteli yaşam sürmek nedeniyle daha az çalışmak istemeleri olarak açıklamış; genç aile hekimlerinin de aynı sebeplerle daha az kazandıklarını belirtmiştir. Eşitsizliğin nedenini bu sebeplerle açıklamıştır ( Kane, 2014).

Yine 2012 yılındaki aynı araştırma sonuçlarına göre, ABD'de işinden "fazlasıyla" tatmin olanların aile hekimlerinin oranı %46, "şansım olsa yine hekim olurum" diyenlerin oranı % 64, ancak; "yine aynı uzmanlık alanını seçer misiniz?" sorusuna aile hekimlerinin verdiği "evet seçerdim" cevabı % 32 oranıyla, en düşük tatmin oranını yakalayan dahiliye hekimlerinden hemen sonra gelmiştir (Kane, 2014).

### **2.3. Türkiye’de Aile Hekimliği**

Türkiye’de Aile hekimliği sistemini daha rahat kavrayabilmek için, tarihsel süreçte oluşturulmuş sağlık politikalarını ve sağlık sistemlerinin bilinmesi gerektiği muhakkaktır. Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında aile hekimliği sistemine geçilmeden önce ki süreçler, aile hekimliği sisteminin oluşturulmasında önemli rol oynamıştır. Bu nedenle öncelikle genel bakış açısıyla, Türkiye’de ki sağlık politikalarına, reformlarına ve sağlık sistemlerine göz atmak yerinde olacaktır.

#### **2.3.1. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Geçmişine Bakış**

Günümüzün sağlık sistemi ve politikalarının kökenleri tanzimat dönemine kadar uzansa da, kurumsallaşma ve örgütlenme anlayışının esas somut başlangıcı 1920 yılında Sağlık Bakanlığı (SB)’nin kurulması ise oluşmuştur. Mevcut halk sağlığı sistemimizin

temelleri ise, 1923 – 1946 yılları arasındaki dönemde atılmıştır. Bu dönemde SB'nin yapısını ve fonksiyonlarını ortaya koyan bir çok yasa çıkarılmıştır ( Yıldırım, 2013:9).

1921 yılında SB'ye atanan Dr. Refik Saydam ,1937 yılına dek bu görevi sürdürmüştür. Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurmuştur. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü dönem olmuştur (Akdur, 2006: 29). Bu dönemde, devlete bağlı sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için büyük bir çaba harcanmış, sağlık çalışanlarının nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için bir çok çalışmalar yapılmıştır. Bu doğrultuda, hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirme amacıyla, Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri SB'nin emrine alınarak tek çatı altında toplanmıştır(Yavuz, 2011:26).

1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir (Akdur, 1999 :12). 1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir.

1938-1960 Dönemine gelindiğinde, bu dönemde Demokrat Parti ve Dr. Behçet Uz dönemi sağlık politikaları uygulamaları kendini göstermiştir.

1946 Yılında SB'ye atanan Behçet Uz, yeni bir sağlık planı geliştirmiştir. Buna göre, kırsal bölgelerde yer alan 20 köye birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan sağlık merkezleri oluşturulmaya başlanmıştır. Bu başarılı uygulama daha sonra ilçe merkezlerinde 10 – 25 yataklı tedavi kurumları kurularak sürdürülmeye devam edilmiştir (Fişek, 1991).

Bu dönemi takiben, Demokrat Parti hükümeti döneminde sağlık politikalarında önemli değişiklikler olmuştur. Bu değişiklikler ;



- a- Yerel İdarelere bağı olan hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir.
- b- Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Uzun çalışmalar sonunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti sunması görevi verilmiştir. Bu sigorta sisteminin kurulmasında Avrupa'daki sigorta örgütlerinin uygulamasından farklı olarak, sigorta kurumunun kendi sağlık örgütünü kurması esası kabul edilmiştir.
- c- Bu dönemde uluslararası kuruluşlar ile ve özellikle Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNİCEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için büyük ölçüde destek sağlanmıştır. Öncelikle ele alınan bir diğer hizmet de, hemşire ve ebe noksanını kapatacak önlemler alınmasıdır. Ancak bu anlamda önemli bir ilerleme yapılamamıştır. 1960 yılında hekim sayısı 9826'ya, hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2420'ye, ebe ve köy ebesi sayısı 3126'ya yükselebilmiştir.
- d- Bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığına önemli önerilerde bulunmak üzere çağrılan yabancı uzmanlar tarafından çeşitli öneriler yapılmıştır. Bunlar arasında en önemlisi Dr. Olle'nin raporudur. Bu raporda söz edilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gereken önem verilmemiştir ( Fişek, 1991).

Geniş çerçeveden bakıldığında, Türkiye'de 1961 öncesi Sağlık Politikası geniş bölgede tek amaçlı hizmeti dolayısıyla vertikal örgütlenmeyi benimsemiştir. 1961 sonrası dar bölgede çok amaçlı hizmet, dolayısıyla horizontal örgütlenme benimsenmiştir. Bu entegrasyonun sağlanması ilk basamak sağlık kuruluşu olan "Sağlık Ocakları" ile sağlanmıştır ( Önal, 2008). 1961 dönemi , Sağlıkta toplumsallaştırma ve sosyalleşme dönemi olarak anılmaktadır. Sağlıkta Reform dönemi olarak da betimlenen bu tarihe kısaca göz atıldığında, diğer birçok konuda da olduğu gibi sağlık konusunda da bir devrim yapma süreci olarak tanımlanabildiğini görürüz.

1961 Anayasası'nda sosyal güvenlik ve sağlık kavramları birer hak olarak tanımlanmış ve bu hakların sağlanmasının devletin görevi olduğu kabul edilmiştir. 5 Ocak 1961 tarihli 224 Sayılı ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’’ bu alanda önemli bir adım olmuştur. Bu yasa bütün sağlık hizmetlerinin finansmanının genel bütçeden karşılanmasını ve sağlık hizmetlerinin, yasal süreci izleyen herkese ücretsiz olarak verilmesini öngörmektedir. Yasaya göre ‘‘sosyalleştirme’’ uygulaması tüm illerde tamamlandığında, aynı zamanda herkesi içine alan bir sosyal sağlık güvencesi modeli de ortaya çıkmış olacaktır ( Güvercin, 2004: 92). Bu kanunda ayrıca, sağlık hizmetlerinin halkın ihtiyacı doğrultusunda tarafsız ve kesintisiz olarak sürdürülmesi gerektiği belirtilmiştir. Entegre sağlık hizmetleri sisteminin oluşmasına öncülük edende bu kanun olmuştur. Aynı kanun kapsamında, tüm vatandaşlara ücretsiz ( ya da kısmen ücretsiz) sağlık hizmeti sağlanması öngörülmüştür. Finansman, sağlık hizmetleri için yapılan sigorta ödenekleri ve devlet bütçesinden sağlanmıştır. Sağlık ocakları kavramı, köy düzeyindeki sağlık ocaklarını da içine alacak şekilde ve bölge hastanelerini de kapsayarak oldukça genişletilmiştir. Ancak, bu genişletilme uygulaması için yeterince sermaye yatırımı yapılamamıştır. Maddi kaynakların birçoğu perdonel giderlerine tahsis edildiği için, hizmet sunumu, tıbbi ekipmanlar ve diğer ihtiyaçlar daha arka planda bırakılmıştır (OECD, 2008).

1963 Yılında, ‘‘Sağlıkta Sosyalleştirme’’ uygulamaları başlamıştır. Yaygın, kesintisiz, kademeli ve entegre bir yapı oluşturulmuş; sağlık ocakları, sağlık evleri, il ve ilçe hastaneleri olarak bir yapılanmaya gidilmiştir. ‘‘Geniş bölgede tek yönlü hizmet’’ ilkesinin yerini ‘‘dar bölgede çok yönlü hizmet’’ anlayışı almıştır ( Yavuz, 2011:29). 1963 yılında sağlık konusu ilk kez beş yıllık kalkınma planlarının içine dahil edilmiştir. Kalkınma planının içerisindeki sağlık uygulaması hedefleri şunlardı;

‘‘Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, SB aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması, Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması, Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi, Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi, GSS'nin kurulması ve Devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması’’ (OECD, 2008).

1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması daha önce uygulanamadığından, tekrar öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, TBMM'ye gönderilmiş fakat bu sefer de kanunlaşmamıştır. 1978'de Sağlık Personelinin Tam Süreli Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açmaları yasaklanmıştır. 1980 yılında bu kanun yürürlükten kaldırılıp, tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir (Akdağ, 2008:20).

1980 sonrasında, Türkiye'nin sağlık politikalarında değişiklik ve gelişmeler olmuştur. 1982 Anayasası sağlığı korumayı, hem devleti hem de bireylerin bir ödevi olarak tanımlamış ve devletinde tüm sağlık kuruuşlarını denetleme görevini vurgulamıştır. Bu dönüşüm 1996-2005 yılları arasındaki yedinci ve sekizinci 5 kalkınma planlarının temelini oluşturmuştur. Hastanelerin özerkliğe kavuşturulması, Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttırmak için sevk sistemi dahilinde aile hekimliğinin kurulması, prim odaklı GSS uygulaması, emeklilik ve sağlık sigortasının ayrılması, özel sağlık sigortalarının teşvik edilmesi gibi gelişmeler bu çerçevede ele alınmıştır. (Elbek ve Adaş, 2009: 35).

Ayrıca, birinci basamakta hizmet veren pratisyen hekimlerin hükümet tabibliğinden devralanın fazla sayıda görev ve sorumluluklarının olması, çalışma ortamlarının geliştirilememesi, kariyer olanaklarının olmaması, çalışma ortamlarının gelişim gösterememesi, maaşlarının azlığı ve tıp eğitiminin yetersizliği gibi sorunlar, özellikle meslek örgütleri tarafından 1980 sonraki dönemde ele alınmıştır. Ülkemizde Aile hekimliği Anabilim dali ise, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur (Özcan Ve Ünlüoğlu, 2008).

1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardı (Akdağ, 2008: 19) :

- i. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- ii. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çatısı altında geliştirilmesi,
- iii. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

- iv. Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Her ne kadar teorik çalışmalar bu dönemlerde yapılmış olsa da, uygulama açısından alan bulamadığı bir dönem olmuştur.

1990 yılında GSS'nin ve aile hekimliğinin Türkiye'de uygulanmasına yer verilmiştir. Bu dönemde, ulaşılması gereken belirli hedefler ortaya konmuş ve anne - çocuk sağlığı gibi sağlıkla ilgili temel öncelikler belirlenmiştir (OECD 2010). Yine aynı yıl, Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuştur. 1998 yılında AHUD, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak değiştirilmiştir. (Özcan ve Ünlüoğlu, 2008).

2003 yılından itibaren DSÖ'nün de etkisiyle Türkiye'de sağlıkta dönüşüm projesi(SDP) başlatılmış ve sağlık sistemindeki değişiklikler bütünsel olarak ele alınmış ve sektörde örgüt yapısı, insan kaynakları ve süreçlerde radikal değişim ve dönüşümler gerçekleştirilmiştir. Bu değişikliklere; Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği, Hastanelerin Birleştirilmesi, Performansa Göre Ücret Ödenmesi, Kalite Sistemleri, Referans İlaç Politikaları vb. örnek olarak verilebilir ( Kılıç, 2012).

2003 Yılı başında hazırlanan SDP, bir takım hedefler doğrultusunda belirlenmiştir. Bu hedefler (Akdağ, 2008) ;

- i. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı yapısı,
- ii. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- iii. Yaygın, iletişimi kolay, güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi,
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmeti ve Aile hekimliği
  - b) Etkili, kademeli sevk sistemi
  - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- iv. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- v. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- vi. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- vii. Akılcı ilaç ve malzeme yönetimindeki kurumsal yapılanma,
- viii. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; Sağlık bilgi sistemi (Akdağ, 2008).

2003 yılından itibaren sağlıkta dönüşüm projesi çalışmaları hala devam etmekte ve yapılandırılması sürdürölmektedir. Birinci basamak ve dolayısıyla Aile hekimliği sistemini kapsayan Sağlıkta dönüşüm, kamuoyunda olumlu ve olumsuz yönleri ile, aksaklıkları ve avantajları ile tartışmalara ve çeşitli yorumlara konu olmaktadır. Hem aile hekimlerini hem de birinci basamak sağlık hizmeti alan vatandaşları çok yakından ilgilendiren bu dönüşüm projesini, mevcut olan sistemle birlikte irdelemek ve yakından bakmak sistemin kavranması açısından faydalı olacaktır.

### **2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Türkiye’de Aile Hekimliği**

Türkiye’de yeni uzmanlık dalı olarak sayılabilecek Aile Hekimliği, özellikle bir bilim dalı ve uygulama olarak AB ölkeleri uzmanlık eğitim seviyesine ve standardına ulaştırılmaya çalışılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 15 Eylül 2005 Tarihinde Türkiye’de sağlık sisteminin en önemli adımlarından biri atılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bazında atılan bu adımın hedefi, ölkemizde sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini, vatandaşların yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu tedavi ve rehabilite edici yönleriyle topluma sunmaktır. Bu noktada birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilip güçlendirilmesi amaçlar arasında yer alıyordu. Çalışan aile hekimleri ile sağlık personelinin özendirilmesi, kişilerin ihtiyaçları göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması, uygulamanın ana ilkeleri arasında yer almaktaydı. Böylece ikinci basamakta yığılma engellenmiş olacak, burada tedavi edilmesi gereken hastalara da daha fazla zaman ayrılması sağlanacaktı. Öte yandan birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzgün ve iyi verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasına olanak sağlayacaktı. Bu bağlamda aile hekimliği ilk kez 2005 yılında Düzce’de uygulamaya konulmuştur. Herşey yolunda gidince, bir sonraki yıl Eskişehir, Bolu, Edirne, Denizli ve Gümüşhane’de uygulanmaya başlandı ve il sayısı 7’ye çıkarıldı. Böylece yalnızca 2 yıl içerisinde nüfusun 3.4 milyonu aile hekimliğine dahil edilmiş, uygulamada da yaklaşık 1000 aile hekimi hizmet

vermeye başlamıştır. 2010 yılı içerisinde 46 il uygulamaya dahil olmuştur ve Türkiye genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan nüfus sayısı 72,5 milyona ulaşmıştır. Bu nüfusa hizmet veren aile hekimi sayısı ise 20.350 olmuştur (1.basamak dergisi, 2011)

Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi'nin "Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim Ve İnsan Gücü Planlaması" adı altında uzman hekim çalışma grubunun yaptığı bir araştırmaya göre ise, bir aile hekimine 2013 yılı planlarında 1192 hasta düşmesi gerekmekte iken ancak bir aile hekimine ortalama 3500-4000 civarında hasta düşmektedir (Bayındır ve Durak, 2008).

Sağlık Bakanı Müezzinoğlu, 2013 yılı itibariyle Türkiye’de ki aile hekimi sayısının 21.200’e ulaştığını belirtmiştir ve aile hekimi başına düşen kişi sayısının 2017 yılına kadar 3 bin kişinin altına indirmeyi hedeflediklerini belirtmiştir. Bir aile hekimine 2 bin kişi düşmesi içinse, 40 bin aile hekimi gerekmektedir (Medikal akademi, 2013). Sağlık Bakanlığı’nın ayrıca, 2023 yılı hedefleri arasında, 44.000 aile hekimi ve 15.000 aile hekimi uzmanı oluşturmak bulunmaktadır. Bunun için, 14.000’e yakın Aile hekimi uzmanı yetiştirilmesi gerekmektedir. Ancak Aile hekimi asistan kadrosu arttırılmadıkça bu hedefe ulaşmak oldukça zor gözükmektedir. 2013 Nisan ayı itibariyle Aile Hekimi asistan sayısı ise, 215 ile sınırlıdır. 2014 yılında tıp fakültelerinin 6200 mezun vermesi beklenmektedir. Bu rakam 2013 yılına göre yaklaşık 1500 hekim fazladır. Son yıllarda aile hekimliğine yılda ortalama 500 asistan kadrosu ayrılmaktadır; toplamda bu sayı 2000’dir. Dolayısıyla diğer tıp uzmanlık dallarının asistan kadrolarında azaltmaya gitmeden ve 3 yıllığına aynı düzeyde tutarak, Aile hekimi uzmanlık eğitimi için gereksinilen yıllık 1800 asistan sayısı bu kaynaktan sağlanabilir (TAHUD, 2013).

### **2.3.3. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları**

TC. Sağlık Bakanlığı Tarafından 2013 yılında Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde, Aile Hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir. Bu görev, yetki ve sorumluluklar aşağıda ki şekilde özetlenebilir;

- Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,
- Kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunmak,
- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak ve toplum ile evre sağlığını ilgilendiren durumları Toplum Sağlığı Merkezine bildirmek,
- Kendisine kayıtlı hastaların ilk değerlendirmesini yapmak için, 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunmak ya da kişiler ile iletişime geçmek,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- Kendisine kayıtlı kişilere sağlıkla ilgili rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana ocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek,
- Periyodik olarak sağlık muayenesi yapmak.
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yeni doğan, bebek, ocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak,
- Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerinin değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek,
- Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek,
- Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
- Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.
- Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak (İSTABİB, 2013).

Aile Hekimleri Çalışma usülleri bakımından, tam gün esasına göre çalışmaktadırlar. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişilerin sağlık hizmetlerinden tam gün sorumludurlar. ASM'lerde haftada 40 saat mesai yapmak zorunludur. Mesai saatleri ve günleri çalışma yerinin koşullarına ve kayıtlı kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenir ve yerel sağlık idaresinde onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetleri 40 saatlik çalışma süresine dahil edilir (Şahin, 2012:14). Aile hekiminin gün içerisindeki rutin görevlerini ise daha spesifik bir şekilde incelediğimizde karşımıza şu görevler çıkmaktadır;

- ✓ Hastaları, önemli ya da hayati önem taşıyan hastalıklarda ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara yönlendirmek,
- ✓ Rutin Hasta Bakımları için ( Çocuk aşıları, gebe takipleri vb.) hemşire ile koordineli çalışma yürütmek,
- ✓ Sigarayı bıraktırma, Zararlı maddeleri halktan uzaklaştırma gibi faaliyetleri kapsayan bir eğitim planı ile Hastaları/Halkı ve tiryakileri bilinçlendirmek,
- ✓ Tedavi edilen hastaların kayıtlarını veri tabanına işleyip, sağlık müdürlüğüne ve bakanlığına göndermek,
- ✓ Ehliyet yeterliliği, Adli melekeler, sporcu raporları ve sağlık durumlarının son raporları, avcılarının yivsiz silah bulundurma raporları gibi bazı yetkili mercilerden istenen hususi raporların tedavi sonucuna göre verilmesi,
- ✓ Ölüm halinde hazırlanan defin raporlarının düzenlenip hazırlanması. ( Mesai saatleri içerisinde her hekim kendi hastasının defin raporunu düzenlemekte yükümlüdür ancak mesai saati dışında bu raporu adli nöbetçi hekim düzenlemektedir.)



- ✓ Öğrencilerin, gerekli durumlar da periyodik olan aşılarının yapılması ve hemşirelerle birlikte koordineli olarak çalışarak, aşılama için okula gidilmesi ya da Aile sağlığı Merkezine Çağırılması,
- ✓ Tüberküloz, Kanser gibi toplumsal hastalıklar için izlem yapılması,
- ✓ Evde bakılan yatalak hastalara durum analizi yapılıp, bakımının evde mi yoksa hastanede mi devam edeceğinin karar verilmesi . Gerektiğinde Hastaneye sevk işleminin gerçekleştirilmesi,
- ✓ Tetkik hizmetleri verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri bizzat vermek,
- ✓ Aile sağlık Merkezini yönetmek, ekibini denetlemek ve hizmet içi eğitimleri sağlamak (Mudanya 2 no’lu ASM, 2014).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği birim Sağlık Ocağı’dır. Sağlık Ocaklarında, koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetlerin verildiği tıbbi ve sosyal bir kurumdur. Aile hekimliği uygulamasında ise Sağlık ocakları aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezi olarak iki kısma ayrılmıştır. Aile hekimlerinin görev yaptığı bu birinci sınıf sağlık hizmeti veren merkezlerini kısaca tanımlamak yerinde olacaktır.

#### **2.3.4. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)**

Yönetmeliğe göre, “aile sağlığı merkezi; bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu” olarak tanımlanmaktadır. Kanuna göre; aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici Sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici Sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir. Yine mevzuata göre aile sağlığı elemanı ise “Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, Sağlık memuru olarak tanımlanmıştır (Akdağ, 2004: 56).

Türkiye’de ASM sayıları hızla gelişim göstermektedir. Bu kadar ASM’nin ne kadar kaliteli hizmet vereceği ve aile hekimlerinin eğitime oranlarıyla paralel gideceği tartışmalıdır.

2009 yılında ASM sayısı 2.086 iken, bu rakam 2013 yılı itibariyle 6.756’ya ulaşmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Fiziki koşullar açısından ASM’lere bazı şartlar getirilmiştir. Bunlar (Çelik, 2009);

Aile sağlığı merkezi, Bakanlıkça öngörülen nüfus kriterlerini esas alınmak suretiyle, sözleşme yapmış bir ya da birden fazla aile hekimi tarafından açılabilir ve aynı aile sağlığı merkezinde görev yapan her bir aile hekimi ayrı ayrı sözleşme yapmak zorundadır. Aile Sağlığı merkezleri aşağıdaki asgari fiziki şartları sağlamalıdır;

- ✓ Bina, kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkanlarına sahip olmalıdır. Toplam alanı bir aile hekimi için 60 metrekaredir. Birden fazla hekimin çalışması durumunda ise, her aile hekimi için 20 metrekare eklenir.
- ✓ Bekleme ve Sekreter kayıt odası bulunmalıdır.
- ✓ Muayene odası her aile hekimi için en az 8 metrekare olmalıdır.
- ✓ Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği ve sterilizasyon cihazlarını alabilecek büyüklükte olmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayeneler için acil müdahale malzemeleri, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.
- ✓ Çalıştırılması planlanıyorsa, laboratuvar cihazlarının bulundurulacağı ve çalıştırılacağı uygun bir oda bulunmalıdır.
- ✓ Sağlık kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, istatistik tutma, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların yapılacağı arka büro veya bir bölme bulunmalıdır.
- ✓ Hastaların kullanabileceği ayrı bir lavabo ve tuvalet olmalıdır

Sağlık Bakanlığı, ASM’lerde fiziksel koşulların yanısıra, yönetmelikte aile hekimliği birimlerini fizik koşullarına ve donanım özelliklerine göre A,B,C ve D olarak sınıflandırmıştır.

Aile hekimliğinin önde gelen sivil toplum kuruluşları ise, özellikle ASM'lerin sınıflandırma kriterleri hakkında eleştirilerini dile getirmektedirler. Eleştirilerin özellikle hedef noktası, daha üst sınıfta yer alabilmek için (A/B), hekimlerin zorlandığı demirbaş alımları ve ilave hizmet satın alma zorunlulukları, hizmet kalitesini yükseltmekten ziyade hekimlere yapılan cari gider yardımı üzerinden kesinti yapma gayesi güdüldüğü etkisi yaratmasıdır ( Birinci Basamak Dergisi, 2011: 29).

### **3.2.5. Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)**

Toplum sağlığı merkezi; kendi bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, koruyucu hekimlik hizmetlerini ve, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezidir. Yönergeye göre toplum sağlığı merkezinin sunduğu hizmetlerin başlıcaları şunlardır;

- ✓ İdari ve mali hizmetler,
- ✓ Çevre sağlığı hizmetleri,
- ✓ Bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri,
- ✓ Aile sağlığı merkezlerinin koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi,
- ✓ Lojistik hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,
- ✓ Hizmet içi eğitim hizmetleri, kayıtların tutulması ve ASM'nin denetim hizmetleri,
- ✓ Acil Sağlık hizmetleri,
- ✓ Adli tıbbi hizmetler,
- ✓ Okul sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri,
- ✓ Sağlık eğitimi hizmetleri,
- ✓ Özel Sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve denetimi,
- ✓ Afet organizasyonu,
- ✓ Kurullara ve komisyonlara katılım,
- ✓ Yeşil Kart hizmetleri ve Sağlık Müdürlüğünün verdiği diğer görevleri yerine getirmek (Ağdemir, 2012).

## 2.4. Türkiye’de Aile Hekimlerinin Sistem İçerisinde Yaşadığı Problemler

Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında aile hekimliği sistemine geçildiği tarihten bu yana sistemin özellikle aile hekimleri tarafından eleştirileri sürmektedir. Gerek basın ve bildirimler yoluyla, gerekse çeşitli protestolar bakımından gündemde aile hekimliğinde yaşanan sıkıntılar boy göstermektedir. Sistemin olumlu yanlarının yanında olumsuzluklarının da yaşanması doğal denilebilir. Farklı araştırma sonuçları, anket çalışmaları, yazılan makale ya da TTB gibi kuruluşların verdiği beyanlar doğrultusunda öncelikle bu problemlerin bir kısmını irdelenmek söz konusu araştırmanın konusu ile paralel olması açısından yerinde olacaktır. Bu bölümde aile hekimlerinin genel olarak en çok yaşadığı problemler irdelenmeye çalışılacaktır. En çok şikayetçi olunan konuların başında, yeni nöbet sistemi ve iş yükü geldiği söylenilebilir. Bu açıdan bu bölümde bu iki varsayılan problem irdelenecektir.

2011 yılında Türkiye’nin her yerinden katılan 395 aile hekimine yapılan bir anket araştırmasında, %62 si aile hekimi olduktan sonra kendisine ve çevresindekilere yeterince zaman ayıramadığını belirtmiştir. Yine ankete katılanların %81,6’ sı mevcut iş yükünün fazla olduğunu söylemekte, ankete katılanların %63,8’i sağlık bakanlığı ve sağlık müdürlüklerinin kendilerine yardımcı olmadığını düşünürken aile hekimliği sistemindeki en büyük sıkıntıların aile hekimliği ile ilgili yönetmeliklerin kötü hazırlanması, aile hekimine verilen görevlerin fazla olması, bakanlık ve müdürlüklerin aile hekimlerine verdiği desteğin yeterli olmaması olarak görmektedir. (Medihaber, 2011).

### 2.4.1. Nöbet Uygulaması

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 10. maddesinin 4. fıkrasında ise nöbet hizmetinin usul ve esasları şöyle düzenlenmiştir ;

“ Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezler dışında, hastanelerde aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet tutturulmaması esastır. Ancak 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde ihtiyaç ve zaruret hâsıl olduğunda haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri

dışında aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet görevi verilebilir. Nöbete ilişkin planlama aile hekimliği uygulamasında aksamaya mahal vermeyecek şekilde yapılır ve hafta içi sekiz saat hafta sonu ise on altı saatten fazla olmamak üzere haftalık 30 saatten fazla nöbet tutturulamaz. Aile hekimliği çalışanlarına tuttukları nöbetler karşılığında ilgili kurumlarca nöbet ücreti ödenir. İhtiyaç ve zaruret halinin tespiti illerin sağlık personeli doluluk oranı, nüfus, coğrafi koşulları, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri, nöbet tutulacak sağlık tesisinin il veya ilçe merkezine uzaklığı gibi kriterler göz önünde bulundurulmak suretiyle Bakan Onayı ile belirlenir.” (Aile Hekimliği Kanunu, 2013).

Buna ilaveten, 2 Ocak 2014 günü kabul edilen 6514 sayılı Yasa ile nöbet düzenlemesi değiştirilmiş “haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında ayda asgari sekiz saat; ihtiyaç hâlinde ise bu sürenin üzerinde nöbet görevi verilir.” hükmü getirilmiştir.

Kanun ve Yönetmeliğin düzenlenmesi kapsamında aile hekimi olarak sözleşme ile çalışan hekimlerin nöbet hizmetine katılması yasal bir zorunluluk haline gelmiştir. Belirtilen hizmete gidilmemesi, nöbet görevinin yapılmaması durumunda hekimlerin karşılaşılabilecekleri hukuki sorunlar mevcuttur (Hızal, 2013).

TTB’ye göre (2011), Nöbet türleri ile hekimlerin uzun saatler çalıştırılmaları halinde dinlenme haklarının ihlali söz konusu olmaktadır (Ekici ve Özçelik, 2011 : 15).

TTB’nin yanısıra yerel düzeyde de hekimler bu konuda ki şikayetlerini dile getirmişlerdir. Örneğin, Çorum Tabip Odası, nöbet uygulaması için itirazlarını belirtmiş ve iş bırakma kararı almıştır. Memnuniyetsizliğin gerekçesi olarak da, aile Hekimliği Sistemi’nin ruhuna aykırı olması, uygulamayla birlikte dinlenme haklarının eliminden alınması gibi sebepleri öne sürmüşlerdir (Çorum Tabip Odası, 2015). Aynı şekilde, Sağlık-Sen Düzce Şubesi’de şikayetlerini dile getirmiştir (Düzce Sağlık-Sen, 2014).

2010 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir araştırma sonucunda ise, Aile hekimliği ile ilgili en olumsuz görüşler gündüze ek olarak nöbet tutan aile hekimlerinden gelmiştir. Bunun aksine en olumlu hasta memnuniyeti araştırıldığında en olumlu görüşler nöbet tutan hekimleri hakkında gelmiştir ( Mollahaliloğlu, vd., 2010).

Nöbet uygulaması esasen sadece Türkiye aile hekimlerine dayatılmış bir uygulama olmayıp, İngiltere, Hollanda, Almanya ve Danimarka'da nöbet sistemi bulunmaktadır. Bu açıdan da ülkemizde ki kadar nöbet sistemine karşı tepkiler Avrupa ülkelerinde bulunmamaktadır. Bunun sebebi, birinci basamak sisteminde, aile hekimliğinin alt yapısını daha sağlam olarak oturtmuş olmaları ve hekim başına daha az sayıda hasta düşmesi olarak düşünülebilir.

Örneğin, Hollanda'da aile hekimi mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile doktorları eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır ve ek mesai ücretleri de mevcuttur (Wayenburg, vd., 2014). Ayrıca, aile hekimi uzmanının yanında aile hekimi asistanları da görev yapmaktadır ve Aile hekimliği asistanlarının ayda bir acil nöbetleri olmaktadır. Nöbetler ve ev ziyaretine gittikleri hastalar için devlet tarafından ekstra ücret almaktadır. hekimliği uzmanı 10000 Euro, her aile hekimliği asistanı ise 2500-3000 Euro civarında maaş aldığı belirtilmiştir. Aile hekimi isterse klinikte sadece yarım gün çalışabilir, fakat maaşları da ona göre ayarlanmak durumundadır (Haliloğlu, 2014 :6). Bu açılardan bakıldığında, Ülkemizde ki sağlık bütçesi, aile hekimlerine Hollanda da ki bu ücret oranını karşılayabilecek durumda olmadığı söylenilebilir. Zira Türkiye'de ki aile hekimlerinin de bu modeli uygun görmesi doğal, ancak ülkemiz şartları bakımından Hollanda seviyesine henüz ulaşamayacağımız düşünüldüğünde, ücretler olarak ütopyik; sistem olarak uygun olduğu söylenilebilir. Zira, Müezzinoğlu'nun (2014) belirttiği üzere, ASM'lerde mesai sonrası çalışma ücreti verememe durumu dolayısıyla, Cumartesi günleri akşam 20.00 , sabah 08.00 uygulaması getirip, mesai ücreti verilmesi konusunda bir uygulama başlatılacaktır (Medimagazin,2013). Bu konu hakkındaki belirsizlik, tartışmalar ve Aile hekimlerinin memnuniyetsizlikleri halen devam etmektedir.

#### **2.4.2. Fazla İş yükü, İş stresi Ve Kendine Zaman Ayıramama**

Türkiye'de henüz istenilen 1.basamak aile hekimi sayısına ulaşamadığından, hastaların oranı , hastalara hizmet veren aile hekimlerine göre oldukça fazladır. Türk Sağlık-Sen'in (2013) açıklamalarına göre, 2013 yılı itibariyle Avrupa'da bir aile hekimine ortalama 500 hasta düşerken; Türkiye'de Hekim başına düşen hasta sayısı

10.000 leri bulmaktadır (Türk Sağlık-Sen, 2013). Ayrıca, Yine Sağlık-Sen'in araştırma sonucunda göre, Türkiye, 100 bin kişiye düşen hekim sayısında 35 Avrupa ülkesi arasından sonuncu olarak tespit edilmiştir. Bu genel bilgiler ışığında, Aile hekimlerinin iş yükünün kendileri açısından bir problem teşkil etmesi kaçınılmaz bir durumdur denilebilir.

Aile hekimlerinin memnuniyet ve problemleri konusunda yapılan bazı araştırma sonuçları da bu durumu destekler niteliktedir.

Erzurum ASM'lerinde 2014 yılında yapılan bir araştırma da, Aile hekimlerinin yetersizliği ve iş yükünün fazla olması konusunda ki memnuniyetsizlik oranı, %55,2 ve %52,5 oranında çıkmıştır. Memnuniyetsizlik nedenlerinden en önemli oranı iş yükünün fazlalığı ve hekim yetersizliği olarak saptanmıştır. Ayrıca sadece Aile hekimleri değil, Aile sağlığı elemanları da aynı konuda ki memnuniyetsizlikleri en yüksek oranda bulunmuştur ( Baysal, vd., 2014 :22-26).

Kayseri ASM'lerinde 2013 yılında Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları üzerine yapılan bir araştırmada, Tükenmişlik düzeyi en yüksek oranda bulunan hekimlerin, iş yükü ve iş stresinden şikayetçi olan hekimler olduğu saptanmıştır. Yine aynı araştırmada edinilen sonuç; aile hekimlerinin büyük bir kısmı aile hekimliği uygulamasının hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü ve stresini artırdığını belirtmiştir. Bununla birlikte, hekimlerin yarısı sosyal hayatlarına ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları zamanın azaldığını belirtmiştir. Olumlu yöndeki en önemli değişiklik elde edilen gelirin artması iken, Olumsuz yönde ise; iş yükü ve stresinin, günlük çalışma sürelerinin arttığını; ailelerine, kendilerine ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları sürenin azaldığını düşünenlerin sayısı oldukça yüksek olmasıdır (Baykan, vd., 2014: 121-129).

2010 yılında bakıldığında da, farklı illerden olan aile hekimleri ile yapılan bir araştırmada, çalışma şartları ve ortamı ile ilgili sıkıntılar içerisinde, en büyük problem konusu kayıtlı hasta ve poliklinik sayısının fazla olup, iş yükü ve koşullarının ağır olması olarak saptanmıştır (Aktaş ve Çakır, 2010:26). Yine aynı yıl Sağlık Bakanlığı'nın Hekimler üzerine yaptığı bir memnuniyet anketi araştırmasında, aile hekimlerinin haftalık çalışma saatleri ile iş doyum ve motivasyonları arasında

ters orantı tespit edilmiştir. Buna göre, haftalık çalışma saati azaldıkça, motivasyon ve iş doyumları da artmaktadır (Mollahaliloğlu, vd., 2010:22).

Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yapmış olduğu başka bir araştırmaya göre de, en sık yaşanan sorunların başında; Özellikle tek ya da iki kişi olarak çalışılan ASM'lerde izin almanın büyük sorun olduğu, hekimlerin de aile sağlığı elemanlarının da ihtiyaç duyduklarında yerlerine birini bulmakta sıkıntı çektikleri belirtilmiştir. Ayrıca, genel olarak evde bakımın aile hekiminin görevi olmaması gerektiği vurgulanmıştır. Kendilerine ait olmayan işleri de görüşlerini eklemişler; TSM'lerin çok fazla talepte bulunmaları ve aile hekimlerini ilgilendirmeyen konuların dahi kendilerine yönlendirilmesi sorun oluşturduğunu belirtmişlerdir. Aile hekimleri gönderilen resmi yazıların çoğunun kendilerini ilgilendirmediğini ve zaman kaybına neden olduğunu vurgulamışlardır. Aile hekimlerinin bu araştırma kapsamında şikayetlerini belirttikleri diğer bir husus ise, Son düzenlemelerden sonra aile hekimlerine gerçekleştirebileceklerinden fazla görev yüklendiği, sorumluluklarının artırıldığı buna bağlı olarak halkın beklentilerinin yükseldiğidir. Ancak talep edilenlerle mevcut altyapı arasında da bir uyumsuzluk olduğu ve altyapının yetersiz olduğu düşünülmektedir. Hekimlere göre sorumluluk çok fazla ancak, yetkileri azdır. Bu hususta çözüm önerisi olarak, TSM'lerde görevli aile hekimlerinin ya da aile sağlığı elemanlarının görevlendirilmesi; Aile hekimlerinin ilaç yazma yetkilerinin genişletilmesi, iş yükünün ağırlığı nedeniyle ASM'lerdeki aile hekimlerinin maaşlarının artırılması gibi seçenekler belirtilmiştir ( Nazlıoğlu ve İşlek, 2014).

### **2.4.3. Ücret Ve Performans Kesintileri**

Aile hekimlerinin yaşadığı sıkıntılardan bir diğeri, Ücretlendirme ve performans kesintileri ile ilgili oluşan belirsizlik ve problemlerdir.

Buna göre, performans kesintileri elektronik ortamdaki kayıtlara göre anında işlenmektedir ve bu konuda her hangi bir esneklik bulunmamaktadır. Oysa makul açıklaması bulunan durumlarda aile hekimleri sorunu düzeltmek için uzun süre çabalayabilmektedir. Performans düşüklüğünde hem ücret kesilerek ceza verilmekte hem de ceza puanı uygulanarak sözleşme feshine kadar gidebilecek süreç



başlamaktadır. Örneğin yeni yönetmelikte, 15-49 yaş Kadın ve loğusa izlemlerinin her ne kadar performansa dahil edilmediği izlenimi veriliyorsa da ihtar puan cetvelinde yer alan “Koruyucu hekimlik uygulamalarında verilen görevleri yerine getirmemek” 20 ihtar puanı ile cezalandırılmaktadır. 4.000 nüfusu olan bir hekimin 1.000’e yakın 15–49 yaş kadın nüfusu olacaktır. Bir sözleşme döneminde (2 yılda) yapması gereken 15–49 yaş kadın izlem sayısı 4.000, loğusa izlem sayısı da 200 olacaktır. Bu hekim 4.200 izlemden 5 tanesini yapmadığında (%0.12 başarısızlık oranı) sözleşmesi valilik tarafından feshedilebilecektir. Ayrıca, Performans kesintileri hem aile hekimleri hem de aile sağlığı elemanlarını kapsadığı halde ceza puanları sadece aile hekimlerine uygulanmaktadır ( Uğurlu, vd., 2012: 7). Ücretle ilgili problemlerden bir diğeri ise, Yeni yapılaşmanın ve yerleşimin arttığı bölgelerde bir aile hekimine rızası ve onayı alınmadan 4000 üzeri nüfusun kaydı yapılmakta, bu nüfustan ek bir ücret alınmamakta ama bu nüfusun takibi istenmekte ve bu fazladan nüfusla ilgili performans cezaları uygulanmaktadır (İSTAHED, 2013).

Aile hekimlerinin aldıkları ücretten daha çok, yapılan kesintiler, performans tabanlı kesintiler ve ceza puanları problem teşkil etmekte olduğu yapılan bir çok araştırmada gözlemlenmiştir.

2011 yılında yönetmelikte yapılan düzenlemede kayıtlı kişiler, 0 - 59 ay grubu bebekler, gebeler, 65 yaş üstü kişiler, cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler gibi kategorilere ayrılmış ve bu kategoriler için katsayılar belirlenmiştir. Her gruptaki katsayı ile her gruptaki kişi sayısı çarpılarak bir puan elde edilerek, toplanan puana göre ödeme yapılacaktır. İlk 1000 puana göre; Uzman hekim veya hekim için 2.167,00-TL, Aile hekimliği uzmanları için 3.139,00-TL ödeme yapılması düzenlenmiştir. Ancak Aile hekimlerinin ücreti, uzman aile hekimlerine göre neredeyse yarı yarıya daha az olduğundan dolayı itirazlar gündeme gelmiştir. Zira, pilot yönetmelikte bu farkın daha az olduğu belirtilmiştir. (İSTABİB, 2014 :7).

Ancak, yapılan bazı araştırmalarda aile hekimlerinin ücretle ilgili problemlerinin olmadığı; memnun oldukları gözlemlenmiştir. Hatta araştırmalarda aile hekimliği sisteminden şikayetçi olanlar arasında bile ücretle alakalı bir problemin bulunmadığı saptanmıştır. Aile hekimlerinin yarıdan fazlası aile hekimliği uygulamasına geçtikleri ilk günden bugüne psikolojik durumlarının olumsuz etkilendiğini ve uygulamaya

yeni geçtikleri döneme göre şu anki memnuniyetlerinde azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla beraber çalışmaya katılanların yarısı aile hekimliği uygulamasında yer almaktan memnun görünmektedirler. Bu çelişkili durumu açıklayabilecek tek değişimin, elde edilen ücretin artmış olması olarak belirtilmiştir. Bazı araştırmalarda ise, Aile hekimlerinin ücretlerinden yüksek düzeyde memnun olmasına karşın, aile sağlığı elemanlarının ücretlerinden memnun olmaması göze çarpmıştır. Bir araştırma sonucunda da, asistan hekimlerin aile hekimliğini seçmesinin nedenlerinden birinin ücret uygulaması olduğu gözlemlenmiştir (Aktaş ve Çakır, 2012 ; Baykan, vd.,2013 ; Baysal, vd., 2013)

#### **2.4.4. Diğer Problemler**

Aile hekimlerinin genelinin en sık şikayetçi olduğu nöbet sistemi ve fazla iş yükü problemlerinin yanı sıra, yönetmeliklerin yetersiz oluşu, halkın fazla bilinçlendirilmemesi, hastalar ve yönetim ile ilgili problemler , ücret, hekim ve sağlık elemanlarına şiddet gibi çeşitli hususlarda da problem yaşandığı söylenilebilir.

İSTAHED (İstanbul Aile Hekimliği Derneği) 2013 yılında, Aile hekimlerinin problem ve çözüm önerileri hakkında bir rapor yayınlamış, bu rapora göre aile hekimlerinin yaşadığı problemlerden birisi şiddettir. Bunun sebeplerinden biri olarak, toplumun aile hekimliğinin içerdiği hizmetlerin neler olduğu, hangi koşullarda bu hizmetin verileceği, hangi zaman aralığında verileceği konusunda bilgilendirilmemesidir. Hasta memnuniyeti bir kalite standardıdır ama hastanın her isteğini karşılamaya çalışmak anlamına gelmemelidir. Vatandaş sağlık hizmeti sunulan yerlerde her isteğinin karşılanacağı yönünde bilgilendirilir, teşvik edilirse, hekim tarafından karşılanamayan hukuken ve tıbben karşılanabilmesi mümkün olmayan – gerekli görülmeyen talepler şiddet olarak geri dönmektedir. Ayrıca şiddet probleminin diğer nedenleri arasında; toplumda hekimin ayrı bir sosyal statüsü olduğu ve yüksek ücretler aldığı izlenimi yaratılması, Şikayet hatlarıyla memnuniyetsizliğini aktaran vatandaşlara doğru geri bildirimde bulunulmayıp 184 şikâyet hattı hekimler üzerinde baskı aracı olarak kullanılması gibi nedenler belirtilmiştir. Sağlık hakkının ne anlama geldiği, hekimin görev, sorumlulukları yanında hastanın görev ve sorumluluklarının neler olduğu, sağlık hizmeti tüketiminin kuralları, konularında toplum eğitilmeden ve üst makamların dilinde değişim

olmadan şiddetin azaltılamayacağı belirtilmiştir (İSTAHED, 2013). Ayrıca, Kanun ve yönetmelikler konusunda halkı bilinçlendirmek için yapılan eğitim eksik kalmaktadır. Bazı kişiler, suç unsuru olabilecek ve uygunsuz bir talepte bulunduğu, hekim olarak bunun uygunsuz olduğu belirtildiğinde dahi, bunu kabullenmemekte, yine de ısrarcı olabilmektedir. Bu nokta da caydırıcılık ve caydırıcı tedbirlerin alınması ivedilikle gerekmekte olduğu belirtilmiştir ( Karadeniz, 2014).

2012 yılında yapılan bir araştırmada, Sahada karşılaşılan en önemli sorunlardan biriside, standardizasyonun sağlanamaması ile ilgilidir. Aile sağlığı ASM sınıflamaları, laboratuvar uygulamaları, esnek mesai, evde sağlık hizmetleri, defin ruhsatı ve adli nöbetler gibi birçok konuda iller arası önemli farklılıklar bulunmakta, bu da kamu kurum ve kuruluşlarının, ASM'leri ve çalışanlarını hangi statüde değerlendirecekleri hususunda net bir duruşa sahip olamamalarına sebep olup, sağlık hizmet sunumunda çalışanlar aleyhine durumlar ortaya çıkarabilmektedir (Üstü vd., 2012: 51). Aynı araştırma sonucuna göre; Yoğunluk ve fiziksel koşullar nedeniyle ruhsal ve bedensel bezginlik hali, Hekimlerin çoğunun bordrolarına ulaşamaması gibi problemlerde belirtilmiştir (Üstü, vd., 2012).

2004 Yılında Türkiye genelinde yapılmış bir araştırmada, Aile hekimlerinin algıladıkları en önemli sorun olarak; klinik hekimlerinin, aile hekimlerini ekonomik çıkarlarını zedeleme potansiyeline sahip bir grup olarak görmesi, meslek örgütlerinin aile hekimlerine karşı olumsuz önyargıları, yöneticilerin aile hekimliği hakkında yeterince bilgiye sahip olmaması olarak saptanmıştır (Algin, vd., 2004: 263).

Aile hekimlerinin de her meslek alanında çalışan bireyler gibi sistem ile ilgili problemleri mevcuttur. Bu çalışmada ise, aile hekimliğinde en çok problem yaşanan hususlar ele alınmıştır ve her yeni sisteme geçiş aşamalarında ve uygulamalarda ki reform süreçlerinde bu gibi sorunlar yaşanmaktadır. Gerek yapısal, donanımsal olarak; gerekse psikolojik, kişisel olarak aile hekimliğinde yaşanan bu problemler yukarıda belirtilenlerin haricinde çeşitlendirilebilir. Ancak, sistem ile ilgili ya da kişisel olan problemlerin dışında, sistemin diğer ucunda olan hastaların sistem hakkında ki görüşleri de irdelenip belirtilmeden, sistemin aksaklıklarını tayin etmek

mümkün değildir. Sistemin olumsuz yanlarının yanında olumlu yanlarının da olacağı muhakkaktır.

## **2.5. Aile Hekimliği Sisteminin Getirdiği Olumlu Gelişmeler**

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulanmaya başlanan aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini ve güçlendirilmesini amaçlamaktadır. Kişilerin ihtiyaçlarına göre koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi, kolay işleyen ve kabul edilebilir bir sevk sisteminin uygulanması, hasta bekleme sürelerinin azaltılması uygulamanın sebepleri arasında sayılmaktadır. Bu sistem ile ikinci basamaktaki yığılmada engellenmiş olup, hastalara daha fazla zaman harcanması olanaklı kılınabilecektir.

TC.Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılında yayınladığı ilerleme raporuna göre, Sistemin başlıca girdileri etkili, kaliteli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunulmasıdır. Hedeflenen sağlık göstergelerine ağırlık verilmesi, kapsamlı finansal koruyuculuk ve vatandaş memnuniyeti amaçlar arasındadır. İnsan merkezli hizmet, Vatandaşın istediği hekimi seçebilme özgürlüğü, doğum ve aşılama gibi hususlarda yakın takip, Sıtma, tifo, sarılık gibi bulaşıcı hastalarınların eski dönemlere nazaran azalmaya başlaması, Yayın ve eşit sağlık güvencesi kapsamında GSS uygulaması, bütün sigorta kurumlarının SGK ile tek çatı altında toplanması ve buna paralel olarak vatandaşların özel sağlık sunucularına müracaat ettiklerinde ne kadar ilave ücret vereceklerini bilerek hizmetten yararlanması gibi olumlu gelişmeler sağlanmaktadır.

HASUDER Çalıştay raporu (2008) benzer şekilde sistemin olumsuz taraflarının yanında getirdiği olumlu gelişmeler şu şekilde belirtilmiştir;

- ✓ Döner sermayeyi birinci basamaktan kaldırması,
- ✓ Aile hekimlerinin ücretlerinin arttırılması,
- ✓ Tam gün çalışma getirmesi,
- ✓ Hastalara seçme hakkı getirmesi,
- ✓ Birinci basamaktaki karmaşayı kaldırması ve ilk başvuru hekiminin belli olması,
- ✓ Sevk zinciri uygulaması,

✓ İşyeri hekimliğinin tedavi edici hizmetini alması, gibi olumlu yanları belirtilmiştir ( Kılıç, 2009).

Bir diğer analize göre, sağlık ocaklarında yürütülen hiç bir hizmet, aile hekimliği uygulaması ile ihmal edilmemiştir. Anne çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik uygulamalar daha fazla geliştirilmiş, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile tüm nüfus elektronik ortamda kayıt altına alınmıştır. Anne ve bebek takipleri, aşılamalar daha iyi izlem, kontrol ve denetleme yapılı hale getirilmiştir. Aile hekimliği uygulamasının getirdiği tercihe dayalı model, hekim - hemşire ile çocukların, annelerin, yaşlıların, kısacası bütün aile bireylerinin iletişimde farklılık oluşturmuş, zorunlu sevk zinciri uygulanmamasına rağmen birinci basamak hizmetlere ilgiyi artırmıştır. Sağlık ocaklarında verilen hizmetin önüne geçen onlarca raporlama işlemleri basitleştirilmiş, güncelleştirilmiş ve günü gününe elektronik ortamda takip edilebilir hale gelmiştir (Aydın, 2010:11).

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması temelde, hizmetin başvuranın talebi üzerine sunulduğu bir sistemdir. Sağlık ocağında çalışan sağlık personeli, sorumlu olduğu nüfusu, bölgeyi ve riskli grupları tanıırken; aile hekimliğinde bölge kavramının ortadan kalkması ile riskli grupların tanınması/izlenmesi; bu kişi ve gruplara yönelik gereğinde pozitif ayrımcılıkla hizmet yürütümü de ortadan kalktığı belirtilmektedir ( Akgün, 2012: 6). Bunlara ek olarak, Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) kurulması. Sağlık hizmetlerinin bütünsel yaklaşımı içinde topluma yönelik hizmetlerin yürütülmesinde aile hekimleriyle işbirliğiyle TSM' lerin işlevselleşmesi ve aile hekimliği bilgi sistemi ile yapılan hizmetlerin çok daha nitelikli bir şekilde kayıt ediliyor olması sistemin olumlu sayılacak hususlarından ( Ertem, vd., 2012). Ayrıca, Ülkede ki 20,000 den fazla eczane ile sözleşme yapılarak, ilaca erişim kolaylaştırılmıştır (Göktaş, 2011).

Birinci basamakta çalışan hekimlerin, hekimlik hizmeti üretme süresi ve klinik açıdan verimlilikleri artması, Vatandaşın laboratuvar hizmetlerinden yararlanma olanağının artması da sistemin olumlu yönleri arasında sayılmaktadır ( Erdal, vd.,2010).

## **2.6. Türkiye’de Aile Hekimliği Sisteminde Hasta Memnuniyeti Üzerine Yapılan Araştırmalar**

Hasta ile hekim arasındaki ilişki sağlık sisteminin gelişmesi açısından önem taşımaktadır. Hasta memnuniyeti, hastaların hem taleplerinin karşılanması hem de hasta-hekim ilişkisinde ki gizliliğin sağlanması bakımından önem taşımaktadır. Her durumda hasta hekime tedavi ya da kontrol amaçlı gidecek ve ‘‘talep eden’’ durumunda olacaktır. Hastanın da öncelikli olarak hakları vardır ve bunlar muhakkak surette korunmak durumundadır. Hasta memnuniyeti bu bağlamda, sadece birinci basamak tedavilerde değil, her sağlık biriminde önem arz etmektedir. Hasta; sevgi, saygı, şevkat beklemekle birlikte, tıbbi gelişmeleri izleyen hekimi, bekleme sıralarının az ve kısa süreli olmasını, kendine yeterli süre ayrılmasını ve hijyenik bir sağlık ortamının bulunmasını isteyecektir.

Hastaların uzun yıllar boyunca ve istikrarlı olarak bir hekimle devam etmeleri ya da hekim değiştirmemeleri, onlarla ne kadar iyi iletişim kurulduğu ile sıkı sıkıya bağlıdır (Bozdemir ve Saatçi, 2009:3). Aile hekimlerinin de kendilerine bağlı olan hastaları kaybetmemesi ve şikayet olarak geri dönüş almamaları için hastasıyla iyi iletişim kurmaları ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmaları son derece önemlidir. Zira özellikle birinci basamak hekimleri, hastaların ilk durağı olması bakımından önem taşımaktadır.

Hastaların memnuniyet düzeyinin belirlenmesi; hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. Hasta memnuniyet düzeyi artırılması yoluyla genel olarak sağlık kurumlarında; hasta şikayetlerinde azalış, maliyetlerde azalma, hekimlerin iş motivasyonunda artış, kurum ve hekim imajında olumlu yönde gelişme, hasta sadakatinde artış ve tedavi-tanı başarılarında artış göstermesi beklenir (Güven, 2013:78). Genel memnuniyet araştırmalarının sonuçlarında da, hastalar için, hastanenin diğer hizmetlerine göre hekimlerin kişisel beceri ve teknik becerilerinin daha önemli olduğu izlenmiştir. Yüzlerce araştırmanın sonucuna göre, hekim davranışının hastane çıktılarını, özellikle hasta memnuniyetini etkilediği belirtilmektedir ( Aydoğan, 2005:9).

Aile Hekimliğinin Geleceği Projesi kapsamında hazırlanan raporda, hasta merkezli bakım birinci basamağın anahtar bileşeni olarak kabul edilmektedir. Hasta merkezli bakımın evselsel bir tanımı olmamasına rağmen, hastanın daha katılımcı olmaya teşvik edilmesi, güç ve sorumluluğun paylaşılması, hastanın özerkliği ile bireyselliğinin desteklenmesi ve hekim-hasta ilişkisine katılımının sağlanması gibi önemli özellikleri olduğu konusunda görüş birliği vardır. Birinci basamakta hasta merkezli hedeflere ulaşmanın pratik yolları ise; Gündem belirleme, bilgi alışverişi ve paylaşılan kararı verme olarak belirtilmiştir (Bozdemir ve Saatçi, 2009).

Genel olarak Türkiye’de bir çok hasta memnuniyet araştırması yapılmıştır. Ancak burada araştırma konusu gereği, –özellikle- birinci basamak aile hekimlerinin hizmet verdiği hastaların memnuniyet araştırmaları ele alınmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü’nün 2012-2013 yılları arasında 81 ilden 32667 kişiye ait veriler analiz edilerek yaptığı genel bir memnuniyet anket çalışması sonucunda önemli bulgular elde edilmiştir. Buna göre elde edilen bazı sonuçlar şu şekildedir (Ateşoğlu ve Çiftçi, 2012);

- ✓ Kadın hastaların aile hekimine başvurma oranı %55 iken, Erkek hastaların oranı %45 olarak tespit edilmiştir ancak Kadınların ve erkeklerin memnuniyet ortalamaları arasındaki fark çok azdır.
- ✓ İlköğretim okulu mezunlarının memnuniyet düzeyleri diğer eğitim düzeylerinden fazladır.
- ✓ Memnuniyet ortalamasının altındaki iller, Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da ki iller olarak tespit edilmiştir.
- ✓ Memnuniyeti en yüksek iller: Osmaniye (%99,49), Kilis (%99,23),Yalova (%99,05) iken, Memnuniyeti en düşük iller: Bayburt (%67,78), Tunceli (%76,79), Ankara (%77,93) olarak tespit edilmiştir.
- ✓ 2010 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı artış göstermektedir. 2012 yılında memnuniyet oranı 2011 yılına göre %1,7 oranında artmıştır.
- ✓ Türkiye genel memnuniyet yüzdesinin %91,5 olduğu saptanmıştır,
- ✓ Memnuniyet ortalamalarının en yüksek olduğu alanların doktor-hasta ilişkisi ve sağlık hizmeti sunumu alanlarında olduğu saptanmıştır.

- ✓ Soru bazında analiz sonuçlarına göre en fazla memnuniyetin ‘‘hekimin hastayı dinlemesi’’, ‘‘sorunları hekime söylenmesini kolaylaştırması’’ ve ‘‘kayıt ile bilgilerinizi gizli tutması’’ olduğu görülmüştür.
- ✓ Türkiye genelinde memnuniyetsizliğe yol açan ilk altı sebebin; doktora ve aile sağlığı merkezine telefonla ulaşamama, bekleme süreleri, önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlamaması ve hekim dışındaki diğer personelin yardımcı olmayışı olduğu saptanmıştır.
- ✓ Hekim sayısı ve fiziki koşullar açısından önceki yıllara göre iyileştirilmeler gerçekleşmiş olmakla birlikte, bu sorunların halen öncelik arz ettiği anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, telefonla hekime ulaşabilme ve yardım alabilme konusunun memnuniyeti daha da artırıcı bir unsur olarak üzerinde durulmaya değerdir.

2005 yılında Ankara’da, aile hekimliği hizmeti alan hastalar üzerine yapılan memnuniyet araştırmasında; cinsiyet, eğitim durumu ve yaş gibi kriterlere göre hastaların memnuniyet düzeylerinin değışkenlik gösterdiği saptanmıştır. Genel olarak kadınların memnuniyet oranı erkeklere göre düşük çıkmıştır. Örneğin, Kadın hastaların %64’ü , erkek hastaların %71’i hekime ulaşmanın kolay olduğunu belirtirmiş; Sağlık hizmetlerinin hastaneye gitmeden aile hekimliği birimince karşılaşacağı sorusuna ise kadın hastalar %56 oranında evet cevabı vermiş, erkek hastaların buna cevabı ise %63,7 oranında evet olmuştur. İlkokul mezunları ile Üniversite mezunlarının memnuniyet oranlarında da farklılıklar tespit edilmiştir. Üniversite mezunları ilkokul mezunlarına göre %7,3 daha fazla memnuniyet oranına sahip çıkmışlardır. Genel olarak hastaların %73,42’si aile hekimliği hizmetinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Memnuniyetsizlik oranının sebepleri ise, aile hekimliği birimine ulaşmanın zor olması, tıbbi alet ve donanımın yetersiz olması, muayene sırasında hekimin aceleci davranması gibi sebepler olarak tespit edilmiştir (Aydoğan, 2005).

2010 Yılında Denizli’de yapılan bir çalışmada, 750 hasta ile görüşülmüş ve aile hekimine ile aile sağlığı elemanlarına ilişkin görüşleri ışığında aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri açısından değerlendirildiğinde; 598 kişi (%79,7) iyi, 90 kişi (%12) orta, 52 kişi de (%8,3) kötü olarak değerlendirmiştir. Cinsiyet



açısından bakıldığında; Aile hekimliği uygulamasından memnuniyeti iyi olarak nitelendiren kişilerden %57,6'sı kadın iken %42,4'ü erkek olarak saptanmıştır. Ayrıca, Araştırmaya katılan kişilerin sağlık sorunlarında hangi sağlık kurumunu tercih ettikleri sorusuna 576 kişi (%76,8) Aile hekimine olduğunu ifade etmiştir. Bu veriler Denizli ilinde kişilerin Aile Hekimine duydukları güveni göstermektedir. Son olarak bu araştırmada, eski sistem ile aile hekimliği sistemi kıyaslandığında, ankete katılanlardan %62,1'i (466 kişi) aile hekimliği sisteminin daha iyi olduğunu ifade etmektedir. Ancak %37,9'luk (284 kişi) bir oranın da sistemden memnun olmadıkları, herhangi bir değişiklik görmemeleri yâda fikrinin olmaması da aile hekimliği sisteminin tam manasıyla oturmadığını göstermektedir (Söyleyici, 2010: 93-141).

Gümüşhane İlinde 2014 yılında yapılan araştırma ise, hasta memnuniyet düzeyi % 87,5 olarak saptanmıştır. Ancak, "doktor dışı personelin yardımı", "sağlık durumunuzla bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması", "hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler" ile ilgili sorularda hastaların memnuniyet düzeyleri düşük çıkmıştır. Hekimlerin davranış ve sunduğu hizmetler ile ilgili sorularda ise memnuniyet düzeyi yüksek bulunmuştur (Bostan ve Havvatoğlu, 2014: 1077). Gümüşhane ilinin 2007 yılında aile hekimliği pilot uygulaması sürecine giren ilk illerimizden olması bakımından da önem taşımaktadır.

2010 Yılında Kayseri'de yine hasta memnuniyeti üzerine yapılan bir alan araştırmasında, ankete katılan 475 kişiden 444'ü aile hekimliği biriminden hizmet aldığını belirtmiştir. İlginç olan, Aile hekimliği konusunda yeterli bilgisinin olmadığını söyleyenlerin %67 gibi yüksek oranda çıkmasıdır. Bu Sağlık Bakanlığını ve İlçe Sağlık Grup başkanlığının konu hakkında vatandaşları yeterince aydınlatamadığını göstermektedir denilebilir. Buna rağmen, hizmet kullanıcıları Aile Hekimliğinde sunulan hizmetin Sağlık Ocaklarına nazaran çok iyi gördükleri belirtmişlerdir. Eski sağlık ocaklarına karşı memnuniyetsizliklerin nedenini ise "hekimin ilgisizliği" olarak belirtmişlerdir. Araştırmadan çıkan bir diğer sonuç ise, öğrenim düzeyi arttıkça, aile hekimliğinden memnuniyet oranı azalmaktadır. (Alagöz, vd., 2010). Ki bu da 2012 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan genel araştırma sonucu ile de örtüşmektedir.

Doğu illerimizden Van'da (2008) yapılan bir araştırmada, hastaların çoğunun ilaç yazdırmak için aile hekimine başvurduğu ve bu hizmetten de memnun kaldığı saptanmıştır (%81). Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan hastaların hekime kolay ulaşabilme ve iletişim kurabilme konusundaki memnuniyet oranı %85-%96 arasında iken, gecekondulu bölgesindeki bir çalışmada memnuniyet oranının %31'lere kadar dūřtūėu saptanmıştır. Hekimlerden telefon ile randevu alıp sıra bekleme hakkı olmasına rağmen, Van'da birçok kiři telefon ile iletişimden kaındığından 15 dk'lık bekleme sūrelerinden memnuniyetsizlik duyduklarını da belirtmişlerdir. Bu araştırma sonucunda da genel olarak diğer araştırma sonuçları gibi; hekimin hastasını dinlemesi, yeterince zaman ayırması, tūm vūcudu muayene etmesi ve hastalıkla ilgili yeterli bilgi vermesi hasta memnuniyetini etkileyen faktōrlerin başında gelmektedir ( Edirne, vd., 2009:141-146).

Kilis'de (2012) yapılan bir araştırmada, hastaların memnuniyetinin en yüksek oranda çıktığı konular, hekimin hastayı muayene etmesi, kayıt ve bilgilerin gizli tutması, hekimin hastayı dinlemesi ve hekimin işini tam yapması olarak saptanırken, memnuniyet düzeyinin en dūřuk çıktığı konuların; hekime telefonla ulaşabilmek, sağlık merkezine telefonla ulaşabilmek, Bekleme odasında harcanılan zaman, sağlık durumuna bağlı duygusal sorunlarla bařa çıkmaya yardımcı olunması ve uygun zamanda randevu alabilmek olarak saptanmıştır (Özdemir, 2012: 102). Bu araştırmadan –özellikle- memnuniyetsizlik konusunda çıkan sonuçların, Van ilinde aile hekimliğinden yararlanan hastaların sonuçlarıyla paralel çıkması ilgi çekicidir.

Ege bölgesinden de bir araştırma örneği vermemiz gerekirse, Afyon (2009)'da yapılan bir araştırmanın sonuçlarında, hastaların bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında, en fazla tercih ettikleri kuruluşun sağlık ocağı olduğu, tercih nedenleri ise aldığı hizmetlerden genel olarak memnun olmaları saptanmıştır. Hastaların %75'inin başvuru ve kayıt işlemleri için bekleme sūresinin 0-5 dakika olduğu, daha çok muayene olmak ve ilaç yazdırmak amacıyla başvurdukları belirlenmiştir. Erkek hastaların, 50 yař üzerindeki kişilerin ve eğitim düzeyi dūřuk hastaların memnuniyet düzeyleri daha yüksek olduğu da belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada; Sağlık ocağına ilk kez gelen 171 hastanın %82'si memnunken, daha önce

gelen 512 hastanın %87,2'si, her zaman gelen 544 hastanın ise %93,8'inin memnun oldukları saptanmıştır ( Şensoy, vd., 2009: 29-34).

Adana (2010)'da yapılan bir araştırma sonucuna göre, aile hekimlerine başvuran hastaların hizmet sunumundan memnuniyet oranının %93,5 olduğu; kayıtlı olduğu aile hekiminden memnuniyet oranının ise, %98,3 olduğu saptanmıştır (Mutlupoyraz, 2010: 85).

Son olarak Edirne (2012)'de yapılan bir araştırmanın sonuçları incelendiğinde, hastaların memnuniyetinin en yüksek (%99 ve üstü) olduğu konuların, Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutulması, hekimin hastayı dinlemesi dinlemesi , şikâyet veya hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi olarak saptanmıştır. En olumsuz (%1 ve altı) görüşler ise, Bekleme odasında harcanılan zaman , sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması ve hekimin işini tam yapması olarak belirtilmiştir (Turgu, 2012: 35).

Görüldüğü gibi, hasta memnuniyetini etkileyen faktörler çeşitlidir. Ancak aile hekimliği sistemindeki uygulamalara hasta memnuniyeti açısından bakıldığında, sorunlar demografik ve coğrafi özelliklere göre değişkenlik göstermektedir. Bazı bölgelerde aile hekimine ulaşmanın zor olması durumunda hastanın memnuniyetsizliği artmakta, bazı bölgelerde ise bekleme sürelerinin fazla olması hasta memnuniyetsizliğini arttırmaktadır. Bu da aile hekimlerinin genel problemi olan fazla iş yükü – kayıtlı hasta sayısının fazla olması durumu ile örtüşmektedir. Aile hekimleri, hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığından şikayetçi iken, hastalar da bekleme sürelerinden şikayetçi olmuştur. Ancak, genel anlamda memnuniyet durumlarına bakıldığında; hasta ile hekim ilişkisi pozitif yönde gelişmiştir. Hastanın gizliliği ilkesine uyulması, hastanın hekimle rahat iletişim kurabilip muayene olabilmesi gibi etkenler araştırma sonuçlarına göre memnuniyet düzeylerini arttırmıştır. Bu bağlamda spesifik açılardan (hekime ulaşmada ki zorluk, hastanın aile hekimliği hakkında bilgisinin yetersiz oluşu, bekleme süreleri) hastaların memnuniyetsizlik durumları oluşsa da, genel anlamda araştırmalara bakıldığında toplumun aile hekimliğinden memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

## **BÖLÜM 4 : AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNDE HEKİMLERİN YAŞADIĞI PROBLEMLER İLE İŞ TATMİN İLİŞKİSİ : BURSA'DA ALAN ARAŞTIRMASI**

### **4.1. Araştırmanın Konusu**

Bu araştırmanın konusu, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında hayata geçirilen aile hekimliği sisteminde, aile hekimlerinin yaşadığı problemleri ele almak ve iş tatmin düzeylerini tespit etmektir. Bu çerçevede Bursa ASM'lerinde görev yapan aile hekimleri ile görüşülmüştür.

1 Ekim 2009 tarihi itibariyle Bursa'da sağlık ocaklarının yerini Aile Sağlık Merkezleri almıştır. Bu dönüşüm ile birlikte Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının görevleri de yeniden tanımlanmış; birinci basamak hekimlerinin sorumluluğu ile birlikte sistemde değişikliğe uğramıştır. 2015 Yılı itibariyle Bursa'da toplam 751 aile hekimi ve tane 185 ASM bulunmaktadır. Aşağıdaki tablolarda Bursa'da ki mevcut ASM'ler ve Aile Hekimlerinin kadın-erkek olarak sayıları belirtilmiştir.

**Tablo 1: Bursa ASM'lerinde Çalışan hekimlerin İlçelere Göre Dağılımı (2015)**

İlçeler	ASM Sayısı	Hekim Sayısı		
		Kadın AH.	Erkek AH.	Toplam AH
<b>Osmangazi</b>	54	78	156	234
<b>Yıldırım</b>	36	80	85	165
<b>Nilüfer</b>	29	32	67	99
<b>Mudanya</b>	5	2	18	20
<b>İnegöl</b>	14	44	44	56
<b>Karacabey</b>	4	5	16	20
<b>İznik</b>	4	5	8	13
<b>Kestel</b>	4	3	12	15
<b>Gürsu</b>	4	12	8	20
<b>Gemlik</b>	7	10	17	27

<b>Mustafakemalpaşa</b>	9	7	21	28
<b>Orhangazi</b>	7	6	15	21
<b>Yenişehir</b>	4	1	11	12
<b>Orhaneli</b>	1	-	6	6
<b>Harmançık</b>	1	1	2	3
<b>Büyükorhan</b>	1	1	4	5
<b>Keles</b>	1	2	4	6
<b>Toplam</b>	<b>185</b>	<b>257</b>	<b>494</b>	<b>751</b>

**Kaynak :** Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Nöbet Listeleri (2015).

#### 4.2. Araştırmanın Amacı

Sağlıkta Reform süreci ile birlikte başlayan dönüşüm projesinde, aile hekimlerinin kamu oyunda ve yapılan bir takım bilimsel araştırmalarda sistemle ilgili problemleri oluşmuştur. Basın ve medyada sık sık gündeme gelen aile hekimlerinin protestoları, iş bırakma eylemleri ve sistemle ilgili şikayetleri kamuoyunun, sistemin kendisinde mi yoksa aile hekimlerinin meslekle ilgili problemlerinden kaynaklanan sorunların mı bu duruma yarattığı sorusunu düşündürmeye yol açmıştır. Bu araştırmada Türkiye'nin en kalabalık ve en büyük dördüncü kendi olan Bursa'da görev yapan aile hekimlerinin yaşadığı problemleri saptamak ve iş tatmin düzeylerinden yola çıkarak literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

#### 4.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada temel alınan iki tane ana, yedi tane alt hipotez bulunmaktadır. Bu hipotezler şunlardır;

*H<sub>1</sub>: Demografik değişkenler ile mesleki problemler arasında bir ilişki vardır.*

- H<sub>1a</sub>: Yaş ile iş yükü arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>1b</sub>: Cinsiyet ile iş stresi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>1c</sub>: Kıdem ile AH uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

*H<sub>2</sub>: AH. Uygulaması ile işinden hoşnutsuzluk (tatmin) duygusu arasında bir ilişki vardır.*

- H<sub>2a</sub>: AH. Uygulamasını ile işin meşguliyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>2b</sub>: AH. Uygulamasını ile toplumda saygınlık hissi arasında bir ilişki vardır.
- H<sub>2c</sub>: AH. Uygulamasını ile ücret arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H<sub>2d</sub>: AH. Çalışma koşulları ile performans sistemi arasında anlamlı bir ilişki vardır

#### **4.4. Araştırmanın Önemi**

Sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran en önemli özellik, duygusal bir varlık olan insan hayatını ve insanların vazgeçilmez unsuru olan sağlığını ilgilendirmesidir. Genellikle sağlığı bozuk olan vatandaşların birinci dereceden muhatap olduğu birim genellikle birinci basamak sağlık sunucuları yani aile hekimleri olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında hekime düşen görev ve sorumluluk büyük olmaktadır. Bu tez çalışmasında da, kalabalık bir şehir olan Bursa'da ki aile hekimlerinin iş yükü ve çeşitli nedenlerle yaşadığı problemleri, iş tatminlerinin düzeylerini de inceleyerek durum tespiti yapmaya çalışılmıştır.

#### **4.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Bursa ASM'lerinde görev yapan aile hekimleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Bursa'nın farklı ilçelerinden rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş 130 kişi oluşturmaktadır. Bursa'nın her ilçesinden en az 1 aile hekimi ile anket yapılmış, ancak Bursa'da ki her ASM ile anket çalışması sağlanamamıştır. Ayrıca, TSM'lerde görev yapan aile hekimleri, hastalarla birebir muhatap olmadıklarından bu çalışmaya dahil edilmemişlerdir. ASM'lerde görev yapan 751 hekim olmasına rağmen çeşitli nedenlerden dolayı 130 aile hekimine ulaşılabilmektedir.

#### **4.6. Veri Toplama ve Ölçme**

Araştırmada verileri toplamak için anket yöntemi kullanılmıştır. Ankette toplam 51 soru sorulmuştur. Anket 3 bölüme ayrılmıştır. Anketin birinci bölümünde hekimlerin demografik bilgilerini öğrenmeye yönelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde, aile hekimliği ile ilgili mesleki sorular yer almaktadır. Anketin üçüncü

bölümünde ise Minnesota iş doyum ölçeği yer almaktadır. Bu iş doyum ölçeği 5'li likert tipi ölçektir ve beş şık bulunmaktadır. Bunlar, hiç hoşnut değilim, hoşnut değilim, kararsızım, hoşnudum ve çok hoşnudum olarak sıralanmıştır. Anketteki soruları toplam yanıtlama süresi ortalama 10 dakika sürmüştür. Bu görüşmeler 1 Eylül 2014 ile 25 Aralık 2014 tarihleri arasında anketleri bizzat hekimlere elden teslim ederek yapılmış ve yüz yüze de görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Elde edilen ham veriler bilgisayar ortamında SPSS programı ile değerlendirilmiş, anket verileri ise tablolar kullanılarak aktarılmıştır. Gerekli bulunan bazı sorular ise birbiriyle ilişkilendirilip çapraz tablolar kullanılmıştır.

#### **4.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Araştırmanın başlangıcında, anket soruları e-mail yoluyla Bursa'da ki tüm aile hekimlerine gönderilmiş ancak bir kişi dışında soruları yanıtlayıp gönderen hekim olmamıştır. Sonrasında Bursa'nın tüm ilçelerinde ki rastgele seçilen ASM'lerde ki aile hekimleri bizzat ziyaret edilmiş ve anket süresince beklenilmiştir. Bazı hekimler ertesi gün ya da daha sonraki bir tarihi vererek anket sorularını yanıtlamışlardır. Hasta yoğunluğundan ve zaman bulamadıklarından dolayı bir çok hekim anket doldurmayı reddetmiştir. Bazı hekimler eylemde olduğu için ya da izinde olduğu zamana denk geldiği için anket çalışmasına katılamamışlardır. Anket çalışmasına tepkili olan hekimlerin de anket çalışmasına katılmaması durumu yaşanmıştır. Verilerin güvenliği anket çalışmasının özellikleri ile sınırlı tutulmuştur. Bu bağlamda birçok yüz yüze görüşme de gerçekleştirilmiş ancak bilimselliği ve güvenilirliği tartışmalı olduğu için tez çalışmasına yansıtılmamıştır.

#### **4.8. Araştırma Bulguları**

##### **4.8.1. Katılımcıların Demografik Durumları**

Çalışmanın bu bölümünde anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin demografik bilgileri değerlendirilecektir. Demografik bilgiler 11 sorudan oluşmaktadır. Hekimlerin demografik özellikleri, meslekleri arasında ilişki ve iş tatminleri arasında ki bağlantıyı kurmak bakımından önem taşımaktadır.

**Tablo 2 : Çalışma Durumları Tablosu**

<b>Çalışma Durumu</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Dağılım %</b>
<b>Aile Hekimi (Pratisyen)</b>	121	93,1 %
<b>Aile Hekimi (Uzman)</b>	9	6,9 %

Görüşülen 130 aile hekiminin tamamına yakını (%93,1) pratisyen hekimlerden oluşmaktadır. Pratisyen hekimlerin oranı , uzman hekimlerin oranından % 86,2 daha fazladır. Bunun nedeni olarak, aile hekimliğinin yeni bir ana bilim dalı olması ve uzmanlık açısından eğitim alanlarının yeni gelişim göstermesi olarak düşünülebilir.

**Tablo 3: Cinsiyet Bilgileri Tablosu**

<b>Cinsiyet Durumu</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Dağılım %</b>
<b>Kadın</b>	47	36,2 %
<b>Erkek</b>	83	63,8 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Görüşülen erkek aile hekimleri, kadın hekimleri oranına göre daha yüksek çıkmıştır. Hekimlerin %36,2 si kadın iken, % 63,8'i erkek olarak görülmektedir. Erkek aile hekimlerinin oranı, kadın hekimlere oranla % 27,6 daha fazladır.

**Tablo 4 : Yaş Bilgileri Tablosu**

<b>Yaş Durumu</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Dağılım %</b>
<b>25 – 35</b>	13	10,00 %
<b>35 - 45</b>	48	36,9 %
<b>45 – 55</b>	60	46,2 %



<b>55 ve üstü</b>	9	6,9 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Yaş bilgisi aralıkları, Tıp fakültesinde eğitim göre süresi olan 5 yıllık bir süreç dikkate alınıp hazırlanmıştır. Bir kişinin hekim olabilmesi için gerekli olan asgari yaşın 23 olduğu düşünüldüğünde ve asistanlık süreci hesaba katıldığında 25 yaşın altında aile hekimi bulunmadığını belirtebiliriz. Zira anket çalışmasında da en az oranı, 55 yaş ve üstü hekimlerinden sonra 25-35 yaş aralığında ki hekimler oluşturmaktadır. Yaş dağılımında, en fazla oranı 45-55 yaş arası hekimler oluşturmaktadır. Çoğunluğu oluşturan ikinci grup ise, %36,9 ile 35-45 yaş arası hekimlerin oluşturduğu görülmektedir.

**Tablo 5 : Medeni durum Tablosu**

<b>Medeni Durum</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Dağılım %</b>
<b>Evli</b>	111	85,4 %
<b>Bekar</b>	7	5,4 %
<b>Boşanmış / Dul</b>	12	9,2 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Evli olan hekimlerin sayısı , bekar ve boşanmış / dul olanların sayısından daha fazladır (%85,4). Hekimlerin sadece %5,4 ü bekar ve %9,2'si dul ya da boşanmıştır. Medeni durum ile iş tatmin ilişkisi çok anlamlı olacağını düşünülmesi bile, iş stres ve tatmin durumlarının yarattığı etkilerin, hane içi hayata etki edileceği düşünülebilir.

**Tablo 6 : Çocuk Bilgileri**

<b>Çocuk Durumu</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Dağılım %</b>
<b>Var</b>	117	90 %
<b>Yok</b>	13	10 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Ankete katılan hekimlerin %90'ı çocuk sahibi olarak gözükmektedir. %13'ünün ise çocuğu bulunmamaktadır. Medeni durum tablosu da göz önüne alındığında, boşanmış/dul olan hekimlerin %4,6 'sının çocuk sahibi olduğu düşünülmektedir. Hekimler açısından çocuk sahibi olmanın önemi ise, kazandıkları ücretten tatmin olup olmama durumunu etkileyebilmesi açısından önem arz edeceği düşünülebilir.

**Tablo 7 : Eş Çalışma Durumu Tablosu**

<b>Eşin Çalışma Durumu</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Dağılım %</b>
<b>Çalışıyor</b>	92	70,8 %
<b>Çalışmıyor</b>	21	16,2 %
<b>Toplam</b>	<b>113</b>	<b>13,1 %</b>

Medeni durum tablosuna bakıldığında, araştırmaya katılan 19 kişinin evli olmadığı görülmüştür. Yukarıda ki eş durum tablosunda da toplam 17 kişinin soruya cevap vermediği görülmektedir. Kişilerin evli olmadıklarından dolayı bu soruya cevap vermedikleri düşünüldüğünde geri kalan 2 kişinin soruyu boş geçtiklerini varsayabiliriz. Hekimlerin %70,8 gibi büyük bir oranda eşlerinin çalıştığını söyleyebiliriz. Hekimlerin %16,2'sinin eşi ise çalışmamaktadır.

**Tablo 8 : Görev yeri Tablosu**

<b>Görev Yeri</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Dağılım %</b>
<b>Osmangazi</b>	30	23,1 %
<b>Nilüfer</b>	21	16,2 %
<b>Mudanya</b>	16	12,3 %
<b>Yıldırım</b>	18	13,8 %
<b>Orhangazi</b>	4	3,1 %
<b>Büyükorhan</b>	3	2,3 %
<b>Gemlik</b>	7	5,4 %
<b>Gürsu</b>	9	6,9 %
<b>İnegöl</b>	9	6,9 %
<b>İznik</b>	4	3,1 %
<b>Karacabey</b>	4	3,1 %
<b>Kestel</b>	1	0,8 %
<b>Mustafakemalpaşa</b>	1	0,8 %
<b>Yenişehir</b>	3	2,3 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya 3 ilçe dışında her ilçeden katılım sağlanmıştır. Bu nedenle tabloda araştırmaya katılmayan ilçelerde görev alan aile hekimleri hesaba katılmamıştır. En çok katılımı % 23,1 oranı ile Osmangazi ilçesindeki aile hekimleri oluşturmaktadır. Geri kalan üç büyük ilçede ise hekimlerin katılım oranları birbirine yakındır. Nilüfer'den 21

aile hekimi (%16,2), Mudanya'dan 16 aile hekimi (%12,3), Yıldırım'dan ise 18 aile hekimi ( %13,8) araştırmaya katılmışlardır. Merkezden daha uzak olan ilçelerin katılımının az olduğu görülmektedir. Orhangazi %4, Büyükorhan %3, Gemlik %7, Gürsu ve İnegöl %9, İznik ve Karacabey %4, Yenişehir %3 , Mustafakemalpaşa ile Kestel ise %1 oranında katılım sağlamışlardır. Tablo 1 'de , Bursa'da ki ilçelere göre aile hekimi sayıları incelendiğinde, katılım oranı en düşük ilçelerden Büyükorhan ilçesinde toplam 5 aile hekimi görev yapmaktadır ve 3 hekim ankete katılmıştır. Mudanya'da toplam 20 aile hekimi görev yapmakta ve büyük çoğunluğunun (16 hekim) araştırmaya katıldığı görülmektedir. Ilelerin büyük ve kalabalıklığı ile, aile hekimlerinin is tatmin durumu ve problemleri arasındaki ilişkinin ölçülmesi açısından hekimlerin görev yaptığı ilçelerin tablosu bir gösterge oluşturabilir.

**Tablo 9: Meslekte Toplam alışma Yılı Tablosu**

<b>Toplam alışma Yılı</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Dağılım</b>
<b>0 - 5</b>	3	2,3 %
<b>5 - 15</b>	24	18,5 %
<b>15 - 25</b>	76	58,5 %
<b>25 ve üstü</b>	27	20,8 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Öncelikle belirtmek gerekir ki, aile hekimliği sistemine geçmeden önce sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimler, sistem değişikliği ile ASM'ler de aile hekimi olarak görev yapmaya başlamışlardır. Bu nedenle Tablo 9' da yer alan 'meslekte toplam çalışma süresi' ile 'aşağıdaki tabloda yer alan 'aile hekimliği süresi' veriler farklı olacaktır.

Tablo 9'a göre, aile hekimlerinin yarısından fazlası (%58,5), 15-25 yıl arası görevine devam etmektedir. En az oranı ise, %2,3 oranı ile 0-5 yıl arası çalışan aile hekimleri

oluşturmaktadır. 5-15 yıl arası çalışanlar ile (18,5), 25 yıl ve üstü çalışanlar (20,8) arasında fark birbirine yakındır. Ankete katılım gösteren hekimlerin çoğu 15-25 yıldır görevlerini sürdürmektedirler. Bu tabloda gösterilen veriler özellikle; kıdem, tecrübe gibi değişkenlerin iş tatminini etkileyeceğinin düşünülmesi açısından önemli sayılabilir. Zira iş tatmini konusunda yapılan bir çok araştırmada kıdem ile iş tatmini arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 10 : Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresi Tablosu**

<b>Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresi</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Dağılım</b>
<b>1 – 3 Yıl</b>	14	10,8 %
<b>3 – 6 Yıl</b>	116	89,2 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Bursa ilinin 2009 yılından itibaren fiilen aile hekimliği uygulamasına geçtiği hesaba katıldığında 2014 yılı itibariyle aile hekimliği sistemi 5.yılıni doldurmuştur. Dolayısıyla aile hekimliği olarak çalışma süresi 6 yıldan fazla olmayacağı düşünülerek gösterilen yıl aralıkları verilmiştir. Buna göre, aile hekimliği sisteminin Bursa’da işlerlik kazanmasından bu yana aile hekimi olarak 3-6 yıl arası çalışanların sayısı, 1-3 yıl arası çalışan hekimlere oranla yaklaşık 8 kat daha fazladır. 3-6 yıl arası çalışan aile hekimlerinin oranı %89,8 iken, 1-3 yıl arası çalışan hekimler %10,8 oranındadır.

#### **4.8.2. Katılımcıların Meslekleri hakkındaki Görüşleri**

Bu bölümde, Aile hekimlerinin mevcut sistem ve çalışma koşulları ile ilgili problemlere karşı nasıl bir tutum izledikleri araştırılmaya çalışılmıştır. Özellikle sorular, aile hekimliği sisteminden hekimlerin ne derecede memnun olup olmadığı; sistemdeki sorunları ne derecede çözüp çözmediği gibi konulara yöneliktir. Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında ki sistem değişikliğinden hekimlerin ne şekilde etkilendikleri sorusuna da bu bölüm ile birlikte cevap aranmaya çalışılmaktadır.

**Tablo 11 : İş yerindeki Fiziksel Koşulların Yeterliliği**

İşyerindeki Fiziksel Koşullar Yeterli mi ?	Kişiler	Dağılım %
<b>Evet</b>	43	33,1 %
<b>Hayır</b>	66	50,8 %
<b>Kararsızım</b>	10	16,2 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Hekimlerin %50,8 i iş yerindeki fiziksel koşulların yetersiz olduğunu belirtmiştir. Fiziksel koşulların yeterli olduğunu düşünen hekimlerin oranı ise %33,1 oranı ile sınırlı kalmıştır. En düşük grubu ise, %16,2 oranı ile fiziksel koşullar hakkındaki kararsızlığı olan hekimler oluşturmaktadır. Burada fiziksel koşullardan bahsedilen, ASM’lerde ki Laboratuvar, donanım gibi hizmetlerdir. Buna göre, Hekimlerin yarısından fazlası fiziksel koşulların yeterli olmadığını düşünmektedir.

**Tablo 12 : İş Yerindeki Görev, Yetki ve Sorumlulukların Belirliliği Tablosu**

İş yerindeki Görev, Yetki ve Sorumluluklar Belli mi?	Kişiler	Dağılım %
<b>Evet</b>	50	38,5 %
<b>Hayır</b>	55	42,3 %
<b>Kararsızım</b>	25	19,2 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerine, ‘‘Sizce iş yerinizde ki yetki, görev ve sorumluluklar belirli mi?’’ sorusu sorulmuş, ve hekimlerin %38,5 ‘i ‘evet’’ yanıtı vermiştir. Görev, yetki ve sorumlulukların belirli olmadığını düşünen hekimlerin oranı ise, belirli olduğunu düşünenlerin oranından %3,8 daha fazla olduğu görülmektedir. Kararsız olanların oranı ise, diğer oranlara nispeten daha düşük çıkmıştır ( %19,2). Bu sonuçlara göre, Görev, yetki ve sorumlulukların belirsiz olduğunu düşünen hekimlerin fazla oranda çıkması, 2014 Yılında Sağlık bakanlığının yaptığı bir araştırmayla

örtüştüğü söylenilebilir. Buna göre; hekimlerin kendilerine ait olmayan işleri de yaptıklarına, TSM'lerin aile hekimlerini ilgilendirmeyen konuların dahi kendilerine yönlendirilmesi sorun oluşturmasına, Aile hekimleri gönderilen resmi yazıların çoğunun kendilerini ilgilendirmediğini ve sorumluluğunda olmadığına ait sonuçlar elde edilmiştir (Nazlıoğlu ve İşlek, 2010). Ancak aksi görüşte olan hekimlerinde oranı 130 hekim içerisinde 50 hekim olduğu düşünüldüğünde, az bir oran sayılmaz.

**Tablo 13: Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşler**

Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Buluyorsunuz ?	Kişiler	Dağılım %
<b>Çok İyi</b>	4	3,1 %
<b>İyi</b>	50	38,5 %
<b>Kararsızım</b>	30	23,1 %
<b>Kötü</b>	40	30,8 %
<b>Çok Kötü</b>	6	4,6 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan hekimlere “Aile hekimliği uygulamasını nasıl buluyorsunuz?” sorusu sorulmuş ve “iyi” olarak cevaplayanlar %38,5 ile en yüksek oranı yakalamışlardır. “Kötü” bulanların oranı ise %30,8 ile “iyi” bulanların oranına yakın çıkmıştır. En düşük oranlar “çok kötü” (%6) ile “çok iyi” (%4) olarak tespit edilmiştir. Kararsızlar ise ortalama 30 kişilik (%23,1) ortalama bir rakam elde etmişlerdir. Genel tabloya bakıldığında Aile hekimliği uygulamasından memnun olanlar çoğunluktadır. Hemen arkasından ise uygulamaları kötü bulanlar gelmektedir. Tablodan anlaşıldığı üzere hekimler uçlarda cevap vermekten kaçınmışlardır (“çok iyi”, “çok kötü”). Kararsız kalanların oranı ise iyi ve kötü bulanların tam arasında tespit edilmiştir.

**Tablo 14 : Sistemde ki Sorunların Çözülüp Çözülmediği Hakkındaki Görüşler**

SDP Kapsamındaki Aile Hekimliği Uygulaması Sistemdeki Sorunları Çözdü mü?	Kişiler	Dağılım %
Çözdü	2	1,5 %
Çözemedi	50	38,5 %
Kısmen Çözdü	62	47,7 %
Arttırdı	16	12,3 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

SDP kapsamında aile hekimliği uygulamasının sistemdeki sorunları çözüp çözmediği sorulduğunda, katılımcıların sadece %1,5 (2 kişi) çözdüğünü belirtmiştir. Sistemdeki sorunların çözülmediğini belirten katılımcıların oranı ise %38,5 (50 kişi) oranı ile, çözdüğünü söyleyenlerden %37 oranında daha fazla çıkmıştır. Sorunların kısmen çözüldüğünü düşünen hekimlerin oranı ise %47,7 (62 kişi) ile en yüksek orana sahip olmuştur. Sistemdeki sorunların arttığını düşünenler ise araştırmaya katılan hekimlerin %12,3'ü (16 kişi) kadardır. Tablodan çıkan sonuçlarda görüldüğü üzere, Hekimlerin büyük çoğunluğu sistemdeki sorunların çözülüp çözülmediği konusunda olumsuz düşüncelere sahiptir denilebilir. Zira araştırmaya katılan hekimlerin neredeyse yarısına yakını (%47,7) ortalama bir cevap verip ‘kısmen’ çözdüğünü belirtmişlerdir. Soruların çözüldüğünü belirten hekimlerin ise sadece 2 kişi olarak tespit edilmesi, sistemle ilgili problemlerin hala devam etmekte olduğunun göstergesi olabilir.

**Tablo 15 : Mesleği Eğitimlerin Yeterliliği Tablosu**

Aldığınız Mesleki Eğitimler Görevinizi Yapabilmeniz Açısından Yeterli mi?	Kişiler	Dağılım %
Evet	79	60,8 %
Hayır	12	9,2 %
Kısmen	39	30 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>



Mesleki eğitimlerin yeterliliği konusunda %60,8 (79 kişi) oranında olumlu yanıt elde edilmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası mesleki eğitimlerin yeterli olduğunu düşünmektedir. Mesleki eğitimlerin yeterli olmadığını düşünenler %9,2 (12 kişi) oranında tespit edilmiştir. Eğitimlerin kısmen yeterli olduğunu düşünenler ise; yeterli olmadığını düşünenlerden %20,8 oranında daha yüksek çıkmıştır. Eğitimlerin kısmen yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %30 (39 kişi) olarak tespit edilmiştir. Tablo da çıkan sonuçlara bakıldığında, özellikle TC. Sağlık bakanlığı bünyesinde oluşturulan ‘‘sürekli mesleki gelişim eğitimleri’’ sistem uygulamaya geçildiğinden bu yana devam etmektedir. Bunun yanı sıra zorunlu eğitimler ve teknik eğitimler; TTB’nin ya da diğer sağlık derneklerinin düzenlediği eğitimlerin aile hekimlerinin mesleki eğitimlerinin yeterliliği konusunda olumlu görüşler edinmelerine neden olduğu söylenilebilir. Zira anket görüşmelerinde edinilen bilgiler doğrultusunda, eğitimlerin sistemdeki olumlu uygulamalardan biri olduğu görülmüştür. Anket sonuçları da bunu destekler niteliktedir.

**Tablo 16 : Aile Hekimlerinin Toplumdaki Saygınlığı Hakkındaki Görüşleri**

SDP Kapsamında Aile Hekimlerinin Toplumdaki Saygınlığı.. ?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Olumlu Yönde Değişti</b>	49	37,7 %
<b>Olumsuz Yönde Değişti</b>	42	32,3 %
<b>Değişmedi</b>	39	30,0 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerine, SDP kapsamı ile birlikte gelen aile hekimliği uygulamalarının toplumdaki saygınlıklarını ne yönde değiştirdiği sorulmuş ve hekimlerin %37,7’si (49 kişi) olumlu yönde değiştiğini belirtmiştir. Olumsuz yönde değiştiğini düşünen hekimlerin oranı ise %32,3 (42 kişi) ile, olumlu yönde değiştiğini düşünenlerin oranına yakındır. Değişmediğini düşünenler ise %30 (39 kişi) oranındadır. Bu soruda, cevapların oransal dağılımı birbirine yakın çıkmıştır. En yüksek oran olumlu yönde değiştiğini belirtenlerdir ancak, olumsuz yönde değiştiğini düşünenler sadece 7 kişi fazladır. Buna göre, bu konudaki farklı görüşlerin neredeyse eşit dağıldığı söylenilebilir.

**Tablo 17 : Aile Hekimlerinin İş Yükleri Hakkındaki Görüşleri**

Aile Hekimliği Sistemi ile Birlikte İş Yükünüz.. ?	Kişiler	Dağılım %
<b>Arttı</b>	109	83,8 %
<b>Azaldı</b>	4	3,1 %
<b>Değişmedi</b>	17	13,1 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerine iş yüklerinin sistemle birlikte artış gösterip göstermediği sorulmuştur. Hekimlerin % 83,8 (109 kişi) gibi büyük bir oranı iş yüklerinin arttığını belirtmişlerdir. Sistemle birlikte iş yükünün değişmediğini belirten aile hekimlerinin oranı ise %13,1 (17 kişi) olarak tespit edilmiştir. İş yüklerinin sistemle birlikte azaldığını belirten hekimlerin oranı ise %3,1 (4 kişi) ile oldukça az bir oran olarak saptanmıştır. Bu soru ile birlikte çıkan bu sonuçlar, aile hekimlerinin problemleri ya da iş tatminleri ile ilgili yapılan bir çok araştırma ile paralellik göstermektedir. Zira gerek Sağlık Bakanlığının araştırmalarında, gerek diğer bilimler araştırmalar da, gerekse medya ve basında aile hekimlerinin en çok şikayetçi olduğu konuların başında fazla iş yükleri gelmektedir.

**Tablo 18 : Aile Hekimlerinin Toplam Gelirleri Hakkındaki Görüşleri**

Aile Hekimliği Sistemiyle Beraber Elde Edilen Toplam Gelir.. ?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Arttı</b>	78	60,0 %
<b>Azaldı</b>	24	18,5 %
<b>Değişmedi</b>	28	21,5 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %60'ı (78 kişi) toplam gelirlerinin bu sistem ile birlikte artmış olduğunu belirtmiştir. Gelirlerinin azaldığını düşünen aile hekimlerinin

oranı %18,5 (24 kişi) olarak saptanmış; değişmediğini düşünenler ise, %21,5 (28 kişi)'lik payı elde etmişlerdir. Elde edilen gelir olgusunun psikoloji/duygusal ve sübjektif bir olgu olmadığı açıktır. Dolayısıyla objektif ve müspet bir soru olan ‘‘elde edilen gelir’’ sorusuna birbirinden farklı yanıtlar verilmesi ilginçtir. Hekimlerin özel harcamaları ya da yaşam stilini burada göz önüne almazsak, hekimler ‘‘elde edilen toplam gelir’’ sorusunu, hanede kaç kişinin çalıştığı ve maaş pastasının kaçta bölündüğünü düşünerek cevap vermişler ya da performans ücretlerini/kesintilerini hesaba katarak bu soruya –kişisel- yanıt vermiştir diye düşünebiliriz. Zira görüşülen aile hekimlerinden - 6 Uzman hekim dışında - hepsi ASM’ler de çalışan pratisyen hekimleridir. Bu açıdan gelir ile ilgili verilen cevapların farklılığı performans sistemi ile açıklanabilir. Bu durum çapraz tablo analizlerinde daha net anlaşılabilir.

**Tablo 19 : Aile Hekimlerinin İş stresi**

Aile Hekimliği Uygulaması ile İş Stresiniz.. ?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Arttı</b>	105	80,8 %
<b>Azaldı</b>	6	4,6 %
<b>Değişmedi</b>	19	14,6 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan hekimlere, aile hekimliği uygulaması ile birlikte iş streslerinin ne durumda olduğu ile ilgili soru sorulmuştur. Aile hekimlerinin %80,8 (105 kişi) oranında çok büyük bir çoğunluğu iş streslerinin arttığını belirtmiştir. İş streslerinin azaldığını belirten hekimlerin oranı ise sadece %4,6 (6 kişi) ile sınırlı kalmıştır. Hekimlerin %14,6’sı (19 kişi) ise, iş streslerinin sistemle birlikte değişmediğini belirtmiştir. Bu tabloda ki verilerden de anlaşılacağı gibi, araştırmaya katılan aile hekimlerinin çok büyük bir kısmında iş stresleri artmıştır. Bu sonucun çok çeşitli sebepleri olabilir, gerek sistemle gerek kişisel problemlerin iş stresini yarattığı ve bunun da iş tatminlerini etkilediği düşünülebilir. Araştırmanın üçüncü bölümü olan aile hekimlerinin iş tatmin seviyeleri analiz edildiğinde bu sonuçlar daha net anlaşılacaktır.

**Tablo 20 : Aile Hekimlerinin Mesleki Geleceğe Ait Beklentileri**

Aile Hekimliği Sistemi İle Beraber Geleceğe Yönelik Beklentileriniz..?	Kişi Sayısı	Dağılım %
Arttı	26	20,0 %
Azaldı	60	46,2 %
Değişmedi	44	33,8 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %20'si geleceğe dair beklentilerinin arttığını belirtmiştir. Geleceğe yönelik beklentilerin azaldığını belirten kişilerin oranı ise %46,2 iken, değişmediğini belirtenlerin oranı %33,8 olarak saptanmıştır. Buna göre, Aile hekimliği sistemi ile birlikte, aile hekimlerinin çoğunun geleceğe yönelik beklentilerin azaldığını söyleyebiliriz. Zira, geleceğe yönelik beklentilerin arttığını söyleyenlerin oranı, azaldığını söyleyenlere kıyasla %26,2 daha az olarak saptanmıştır.

**Tablo 21 : Aile Hekimliğinden Memnuniyet Durumları**

Aile Hekimliği Sistemine Geçildiği İçin Memnumusunuz ?	Kişi Sayısı	Dağılım %
Evet	48	36,9 %
Hayır	40	30,8 %
Kararsızım	42	32,3 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılanlar arasında, aile hekimliği sistemine geçildiği için memnun olanların oranı %36,9'dur (48 kişi). Memnun olmayanların oranı ise %30,8 (40 kişi) olarak, memnun olanların oranına yakındır. Kararsız olanlar da, diğer sonuçlara yakın çıkmış; %32,3 (42 kişi) oranında kararsız oldukları tespit edilmiştir. Bu sorulara cevap veren hekimlerin düşünceleri üçe bölünmüş ve birbirinden farklı çıkmıştır ancak oranlar yakındır. Tablo 13'de ki "Aile Hekimliği Uygulamasını nasıl buluyorsunuz?" sorusu

ile benzerlik gösteren bu soruya yanıtlar hemen yemen birbirine yakındır diyebiliriz. Tablo 13’de aile hekimliği uygulamasına ‘‘iyi’’ve’’çok iyi’’ cevabı verenlerin oranı %41,6 iken, bu tabloda sistemden memnun olanların oranı %36,9 dur. Yani çoğunluk memnun olanlar ve uygulamayı iyi bulanlardan oluşmaktadır. Sonuçlar birbirinden çok uzak olmasa bile yine Tablo 13’de uygulamayı ‘‘kötü’’ ve ‘‘çok kötü’’ bulanların oranı %35,4 iken, bu tabloda %30,8 oranında memnuniyetsizlik saptanmıştır.

**Tablo 22: Aile Hekimlerinin Kendini Güvencede Hissetme Durumları**

AH Sisteminde Kendinizi Güvencede Hissediyyormusunuz ?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Evet</b>	10	7,7 %
<b>Hayır</b>	103	79,2 %
<b>Kararsızım</b>	17	13,1 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılanlardan, aile hekimliği sisteminde kendini güvencede hissedenenlerin oranı % 7,7 (10 kişi) olarak saptanmıştır. Kendini güvencede hissetmeyenler ise % 79,2 (103 kişi) oranı ile en büyük grubu oluşturmuşlardır. Kararsız hissedenenler ise %13,1 (17 kişi) oranında saptanmıştır. Kendini güvencede hissetmeyenlerin oranı, hissedenlere oranla % 71,5 daha fazladır. Aile hekimlerinin kendini güvencede hissetmeme nedenleri çeşitli sebeplerden kaynaklanabilir. Araştırma sırasında, yüz yüze yapılan görüşmelerde hekimler sözleşmeli çalıştıklarından dolayı iş güvencelerinin çok fazla olmadığını ve ceza puanlarından dolayı yine iş güvencesizliği hissettiklerini belirtmiştir. Bu açıdan bakıldığında, hekimlerin güvence altında hissetmeme oranının yüksek çıkmasının nedeni bu sebeplere bağlanabilir.

**Tablo 23 : Aile Hekimlerinin Performans Değerlendirme Sistemi Hakkındaki Görüşleri**

Performans Değerlendirme Sistemi Sizce Adil mi?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Evet</b>	10	7,7 %
<b>Hayır</b>	102	78,5 %
<b>Kararsızım</b>	18	13,8 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılanların %78,5'i performans sistemini adil bulmamaktadır. Adil bulanların oranı ise %7,7'dir. Bu konuda kararsız kalan hekimlerin oranı da % 13,8 olarak saptanmıştır. Bu araştırmaya göre aile hekimlerinin büyük çoğunluğu performans sistemini adil bulmamaktadır. Aile Hekimliğinde performans sistemi uygulamaları ücret kesintileri ve ceza puanları ile doğrudan ilgili olduğundan, hekimlerin performans sistemini adil bulmamaları bununla açıklanabilir. Ancak, hekimlerin performans sistemi ile ilgili bir kesinti ya da ceza puanı alındığında, bir itiraz dilekçesi ile halk sağlığı müdürlüğüne başvurulabilme hakları vardır.

**Tablo 24: Hekimlerin İstenilen Performansları Yerine Getirebilmesi Hakkındaki Görüşleri**

Sizden istenilen Performansı Yerine Getirebiliyor musunuz?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Evet</b>	74	56,9 %
<b>Hayır</b>	31	23,8 %
<b>Kararsızım</b>	25	19,2 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %56,9 'u kendilerinden istenilen performansı yerine getirebildiklerini düşünmektedir. %23,8'i istenilen performansı yerine getiremediğini düşünürken % 19,2'si bu konuda kararsız olarak saptanmıştır. Bu

araştırmaya göre katılımcıların büyük çoğunluğu kendi performans sisteminden memnundur diyebiliriz.

**Tablo 25 : Aile Hekimlerinin Uygulama ve Prosedürleri Benimseme Durumu**

Üst Mercilerin Oluşturduğu Uygulama Ve Prosedürleri Kolayca Benimseyebiliyormusunuz ?	Kişi sayısı	Dağılım %
<b>Evet</b>	16	12,3 %
<b>Hayır</b>	95	73,1 %
<b>Kararsızım</b>	19	16,4 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %73,1'i üst mercilerin oluşturduğu uygulama ve prosedürleri kolayca benimseyemediği görülmektedir. %12,3'ünün kolayca benimsediği; %16,4 oranında da kararsız oldukları saptanmıştır. 130 katılımcı arasında 95 katılımcının prosedür ve uygulamaları kolayca benimseyememesi, bu hekimlerin sistemdeki uygulamalarla ilgili problem yaşadıklarının göstergesi olarak düşünülebilir.

**Tablo 26 : Aile Hekimlerinin Mesleki İletişimde Sorun Yaşadığı Kitleler**

Mesleki İletişiminizde En çok Hangi Kitle İle Sorun Yaşıyorsunuz?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Hastalar İle Olan İlişkilerde</b>	33	25,4 %
<b>Yönetim/ Üst merciler ile olan İlişkilerde</b>	71	54,6 %
<b>Çalışma Arkadaşları İle Olan İlişkilerde</b>	3	2,3 %
<b>Diğer</b>	23	17,7 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %54,6'sı yönetim/üst merciler ile sorun yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların % 25,4'ü hastalar ile olan ilişkilerinde sorun yaşadığını belirtirken, çalışma arkadaşlarıyla sorun yaşayanların oranı sadece %2,3 (3

kişi) olarak saptanmıştır. Bu tabloda görülen “diğer” seçeneği sonradan eklenmiştir. Çünkü, katılımcılara “birden fazla seçenek işaretlemeyiniz” bilgisi verildiği halde, katılımcılar sadece bu soruda iki seçenek birden işaretlemişlerdir. Bu seçenekler “hastalar ile olan ilişkiler” ve “yönetim/üst merciler ile olan ilişkiler” seçenekleridir. Araştırmada bir karışıklık olmaması bakımından “diğer” seçeneği sonradan tabloya eklenmiştir. Sonuç olarak %17,7 oranında çıkan “diğer” seçeneği, hem hastalar ile olan ilişkilerde hem de yönetim/üst merciler ile olan ilişkilerde sorun yaşayan hekimleri göstermektedir.

**Tablo 27: Aile Hekimlerinin Sistemin Problem çözebilirliği Hakkındaki Görüşleri**

Prosedürel Zorluk Yaşadığında, Sorunu Çözebilecek Bir Sistem Mevcut mudur?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Evet</b>	20	15,4 %
<b>Hayır</b>	92	70,8 %
<b>Kararsızım</b>	18	13,8 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerine, prosedürel zorluk yaşandığı durumlarda, bu problemleri kolayca çözebilecek sistemin olup olmadığı sorulmuş ve %15,4’ü “evet mevcut”; %70,8’i ise “hayır mevcut değil” cevabı vermiştir. Bu soruda kararsız kalanların oranı ise %13,8 olarak saptanmıştır. Problem çözecek bir sistem olmadığını düşünenler, olduğunu düşünenlerden %55,4 daha fazladır.

**Tablo 28: Aile Hekimliği Sisteminin Olumlu/Olumsuz katkısı Olduğu Hakkındaki Görüşler**

AH Sisteminin Mesleğinize Olumlu Katkıları Olduğunu Düşünüyor musunuz?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Evet</b>	60	46,2 %
<b>Hayır</b>	36	27,7 %
<b>Kararsızım</b>	34	26,2 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>



Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %46,2'si aile hekimliği uygulamasının mesleklerine olumlu katkısı olduğunu düşünmektedir. Olumsuz katkısı olduğunu düşünenlerin oranı %27,7 olup, kararsızların oranı % 26,2 olarak saptanmıştır. Aile hekimliği sisteminin mesleklerine olumlu katkısı olduğunu düşünen hekimlerin oranı, olumsuz düşünenlerden %18,5 oranında fazladır.

**Tablo 29 : Aile Hekimlerinin Meslek dışı İş yükü hakkındaki düşünceleri**

Mesleğinizin Dışında İş Yükünüzün Olduğunu Düşünüyor musunuz ?	Kişi Sayısı	Dağılım %
<b>Evet</b>	50	38,5 %
<b>Hayır</b>	55	42,3 %
<b>Kararsızım</b>	25	19,2 %
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100 %</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %42,'ü kendi meslekleri dışında bir iş yükü olduğunu düşünmemektedir. Katılımcıların %38,5'i ise aksini düşünmektedirler. Kararsızlık kalanların oranı da %19,2 olarak saptanmıştır. Meslekleri dışında iş yükü olmadığını düşünen hekimler, olduğunu düşünen hekimlerden %3,8 daha fazladır. Bu açıdan, aralarında çok belirgin bir fark olmadığı söylenilebilir.

#### **4.8.3. Katılımcıların İş Tatmin Ölçeğine Göre Hoşnutluk Düzeyleri**

Araştırma bölümünün üçüncü kısmı olan, Minnesota İş tatmin Ölçeği'ne göre hazırlanan sorulara aile hekimleri çeşitli cevaplar vermiştir. Genel anlamda hoşnut ya da hoşnut olmama durumları aktarılmaya çalışılmıştır. Çapraz tablolara geçmeden önce, hekimlerin hoşnutluk ya da hoşnut olmama derecesine göre hazırlanan genel bir tablo aktarılacaktır. Sorulara verilen cevaplar; "Hiç hoşnut değilim (HHD)", "Hoşnut Değilim (HD)", "Kararsızım (K)", "Hoşnudum (H)", "Çok Hoşnudum (ÇH)" seçenekleri ile belirtilmiştir.

**Tablo 30: İş Tatmin Ölçeğine göre Hekimlerin hoşnutluk/ hoşnutsuzluk düzeyleri**

(\*Çıkan Sonuç değerleri yüzde (%) ve kişi sayısı olarak belirtilmiştir.)

	(0)HHD	(1)HD	(2)K	(3)H	(4)ÇH	Toplam
1-Beni Her zaman meşgul etmesi bakımından	*% 27 36	% 40 52	% 18,5 24	%10 15	%3,8 5	% 100 130
2-Tek başıma Çalışma Olanlığının olması bakımında	%17,7 23	% 17,7 23	%28,5 37	%31,5 41	%4,6 6	% 100 130
3-Değişik şeyler yapabilme şansının olması bakımından	%30,8 40	%32,3 42	% 14,6 19	% 19,2 25	% 3,1 4	% 100 130
4-Toplumda “saygın biri” şansını bana vermesi bakımından	% 25,4 33	% 17,7 23	% 26,2 34	% 26,2 34	% 4,6 6	% 100 130
5-Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından	% 38,5 50	% 27,7 36	% 23,1 30	% 8,5 11	% 2,3 3	% 100 130
6-Üstlerimizin idare şekli bakımından	% 43,8 57	% 22,3 29	% 16,9 22	% 15,4 20	% 1,5 2	% 100 130
7-Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilmem bakımından	% 24,6 32	% 21,5 28	% 16,2 21	% 31,5 41	% 6,2 8	% 100 130
8-Sabit ve güvenilir bir iş olanağı sağlaması bakımından	% 31,5 41	% 16,2 21	% 26,9 35	% 22,3 29	% 3,1 4	% 100 130
9-Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağı bakımından	% 11,5 15	% 13,8 18	% 19,2 25	% 43,8 57	% 10,8 14	% 99,2 129
10-Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansı olması bakımından	% 9,2 12	% 19,2 25	% 23,8 31	% 42,3 55	% 4,6 6	% 99,2 129
11-İş ile ilgili kararların uygulanması bakımından	% 22,3 29	% 23,1 30	% 35,4 46	% 16,4 22	% 1,5 2	% 99,2 129
12-Yaptığım iş karşılığı aldığım ücret bakımından	% 20,8 27	% 18,5 24	% 23,8 31	% 33,8 44	% 2,3 3	% 99,2 129

13-İş içinde terfi olanağının olması bakımından	% 42,3 55	% 21,5 28	% 23,8 31	% 10 13	% 2,3 3	% 100 130
14-Kendi kararlarımı uygulama serbestliği bakımından	% 26,9 35	% 27,7 36	% 24,6 32	% 18,5 24	% 2,3 3	% 100 130
15-Kendi yeteneklerimi kullanabilme şansı bakımından	% 15,4 20	% 18,5 24	% 27,7 36	% 33,8 44	% 4,6 4	% 100 130
16-Çalışma koşulları bakımından	% 26,2 34	% 30,8 40	% 26,2 34	% 14,6 19	% 2,3 3	% 100 130
17-Fiziksel koşulların yeterli olması bakımından	% 23,8 31	% 28,5 37	% 23,8 31	% 19,2 25	% 4,6 6	% 100 130
18-Çalışma arkadaşlarının birbirleri ile anlaşması bakımından	% 13,1 17	% 26,2 34	% 20,8 27	% 29,2 38	% 10,8 14	% 100 130
19-Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme bakımından	% 30,0 39	% 26,2 34	% 27,7 36	%13 ,8 18	% 2,3 3	% 100 130
20-Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden	% 17,7 23	% 15,4 20	% 24,6 32	% 36,9 48	% 5,4 7	% 100 130

Tablo 30’da araştırmaya katılan aile hekimlerinin iş tatmin ölçeği sorularına göre verdiği cevapların dağılımı gösterilmiştir. Cevapların dağılımı ise üst kısımda dağılım oranı; alt kısımda kişi sayısı olarak belirtilmiştir. 9-10-11-12. Sorulara 1 katılımcı cevap vermemiş, geri kalan soruların hepsi tüm katılımcılar tarafından eksiksiz yanıtlanmıştır.

- Araştırmaya katılanların %27,7 si, ‘‘İşimin beni her zaman meşgul etmesi bakımından Hiç Hoşnut Değilim’’ cevabını vermiştir. Katılımcıların %40’ı bu soruya ‘‘Hoşnut değilim’’ şeklinde cevap verirken, %18,5’i bu soru hakkında kararsızlığını belirtmiş ve %10,3’ü hoşnut olduğunu belirtirken, çok hoşnut olduğunu belirtenlerin oranı %3,8 (5 kişi) ile sınırlı kalmıştır. Genel olarak bakıldığında hekimler, %67,7 oranında memnuniyetsizliklerini belirtirken, %14,1 oranında memnuniyetlerini belirtmişlerdir. Geri kalan %18,5 ise kararsızdır. Buna göre, Araştırmaya katılan hekimlerin yarısından fazlasının ‘‘işinin her zaman meşgul etmesi bakımından’’ hoşnut

olmadığı tespit edilmiştir. Buna iş yoğunlukların ve iş yükünün neden olduğu söylenilebilir.

- Araştırmaya katılan hekimlerin % 17,7'si ‘‘tek başıma çalışma olanağının olması bakımından hiç hoşnut olmadığını belirtirken, hoşnut olmadığını belirtenlerin oranı da yine %17,7 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla, Bu soru hakkında, genel memnuniyetsizlik oranının %35,4 olduğu belirlenmiştir. Hoşnut (%31,5) ve Çok hoşnut (%4,6) olanların oranı ise toplamda % 36,1 olarak tespit edilmiştir. Bu konuda memnuniyetleri konusunda kararsız kalanların oranı ise % 28,5'dir. Bu çerçevede, Her ne kadar hoşnutluk ve hoşnutsuzluk dağılımı birbirine yakın olsa da, hekimlerin tek başına çalışma olanaklarından genel olarak memnun olduklarını söyleyebiliriz.
- Araştırmaya katılanların ‘‘Ara sıra değişik şeyler yapabilme’’ konusunda hiç hoşnut olmayanların oranı %30,8 iken, hoşnut olmayanların oranı % 32,3 ‘dür. Genel olarak % 63,1 oranında memnuniyetsizlik saptanmıştır. Bu konu hakkında kararsız kalanların oranı % 14,6 iken; Hoşnut (%19,2) ve Çok hoşnut (3,1) olanların oranı toplam % 22,3 olarak saptanmıştır. Buna göre, araştırmaya katılanların işinde ara sıra değişik şeyler yapabilme bakımından memnuniyetsizlikleri daha fazladır
- Araştırmaya katılan aile hekimleri , toplumda saygın bir kişi şansını vermesi bakımından hoşnutluk durumu ölçmek amacıyla sorulan soruya %25,4 oranında Hiç hoşnut olmadıklarını belirtmiş; % 17,7'si de hoşnut olmadığını belirtmiştir. Yani genel olarak % 43,1 oranında hoşnutsuzluk durumu gözükmektedir. Kararsız olanların oranı %26,2 iken; hoşnut ( %26,2) ve çok hoşnut (%4,6) olanların oranı % 30,8 olarak saptanmıştır. Bu durumda genel memnuniyet oranının % 30,8 olduğunu söyleyebiliriz.
- ‘‘Amirin karar verme konusunda ki yeteneği’’ bakımından , araştırmaya katılan aile hekimlerinin %38,5'i hiç hoşnut olmadığını belirtirken, %27,7'si de hoşnut olmadığını belirtmiş; toplamda %66,2 oranında hoşnutsuzluk oranı saptanmıştır. Bu soruda kararsız kalanların oranı ise % 23,1'dir. Hoşnut ( %8,5) ve çok hoşnut (%2,3) olanların oranı toplamda % 10,8 ile sınırlı kalmıştır. Bu konuda, araştırmaya katılanların geneli olumsuz düşünceler içinde olduğu saptanmıştır.
- ‘‘üstlerinin idare tarzı bakımından’’ sorulan soruya araştırmaya katılanların %43,8'i hiç hoşnut olmadığı yanıtını verirken, %22,5'i hoşnut olmadığını belirtmiş;

yani genel olarak % 66,3 oranında hoşnutsuzluk durumu saptanmıştır. Bu konu ile ilgili hoşnut (% 15,4) ve çok hoşnut (%1,5) olduğunu belirtenler ise toplamda %16,9 oranında saptanmıştır. Hoşnut olanlar ve olmayanlar arasında ki fark yine açık gözükmektedir. Kararsız kalanların oranı ise, %16,9 ile hoşnut olanların oranıyla eşit olarak saptanmıştır.

- “Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme bakımından” genel hoşnutluk durumlarına bakıldığında, hiç hoşnut olmayanlar (%24,6) ile hoşnut olmayanlar (%21,5) toplamda % 46,1 oranında saptanmıştır. Çok hoşnut (%6,2) ve hoşnut (%31,5) olanların oranı ise toplamda %37,7 olarak görülmektedir. Kararsız kalanların oranı ise %16,2’dir. Bu konuda genel hoşnutsuzluk oranı fazla gözükmektedir.

- “Sabit ve güvenilir bir iş olanağı sağlaması bakımından” genel duruma bakıldığında, hiç hoşnut olmayanlar (%31,5) ile hoşnut olmayanların (%16,2) oranı %47,7 olarak saptanmıştır. Hoşnut olanlar (%22,3) ile çok hoşnut olanların (%3,1) toplamı ise, %25,4 oranındadır. Kararsız kalanlar ise % 26,9 olduğu görülmektedir. Bu konuda yine genel bir hoşnutsuzluk olduğunu söyleyebiliriz.

- “Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağı bakımından” araştırmaya katılanların %11,5’i hiç hoşnut olmadığını; %13,8’i hoşnut olmadığını, yani genel olarak % 25,3 oranında bu konuda hoşnutsuzluk olduğunu söyleyebiliriz. Çok hoşnut olanlar (%10,8) ile hoşnut olanların (%43,8) toplamı % 54,6 oranında saptanmıştır. Kararsız olanlar ise % 19,2 oranındadır. Bu konuda araştırmaya katılanların hoşnutluk durumu daha fazla gözükmektedir. Ayrıca belirtmek gerekir ki bu soruya 1 kişi (%0,8) hiç cevap vermemiştir.

- “Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansının olması bakımından” hiç hoşnut olmayanların (%9,2) ve hoşnut olmayanların (%29,2) toplamı % 38,4 oranında gözükmektedir. Çok hoşnut (%4,6) ve hoşnut (%42,3) olanların toplamı ise % 46,9 oranında saptanmıştır. %23,8 oranında da kararsızlık gözükmektedir. Genel olarak bu konuda hoşnutluk durumu olduğu söylenilebilir. (Bu soruyu 1 kişi (%0,8) yanıtı bırakmıştır.)

- “İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından” hiç hoşnut olmayanların (%22,3) ve hoşnut olmayanların (%23,1) toplamı %45,4 oranında saptanmıştır. Çok hoşnut olanlar (%1,5) ile hoşnut olanların (%16,9) toplamı ise %

18,5 olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 35,4 'ü ise kararsız olarak saptanmıştır. Buna göre, bu konuda genel bir hoşnutsuzluk olduğu görülmektedir. Ayrıca, Kararsızların oranı, ile "hoşnut" olanların oranı eşittir. Bu konuda kararsız olanlar, genel olarak hoşnut durumda olanlardan daha fazla gözükmektedir.(Bu soruyu 1 kişi (%0,8) yanıtı bırakmıştır.)

- "Yapılan iş karşılığında alınan ücret" bakımından katılımcılardan hiç hoşnut olmayanlar (%20,8) ile hoşnut olmayanlar (%23,1) toplamda % 43,9 oranında gözükmektedir. Çok hoşnut olanlar (%2,3) ile hoşnut olanların (%33,8) toplamı ise %36,1 oranında saptanmıştır. Katılımcıların % 23,8'i ise bu konuda hakkında kararsızdır. Ücret konusunda genel olarak, hoşnut olmayan katılımcıların oranı, hoşnut olanlara göre, % 7,8 daha fazladır. .(Bu soruyu 1 kişi (%0,8) yanıtı bırakmıştır.)

- "İş içinde terfi olanağının olması bakımından" katılımcılardan hiç hoşnut olmayanlar (%42,3) ile hoşnut olmayanlar (%21,5) toplamda % 63,8 ile büyük bir orana sahip gözükmektedirler. Çok hoşnut olanlar (%2,3) ile hoşnut olanlar (%10) ise toplamda % 12,3 oranında saptanmıştır. Kararsız olanların oranı ise %23,8 ile genel anlamda hoşnut olanların oranından daha fazla gözükmektedir.

- "Kendi kararlarını uygulama serbestliği bakımından" katılımcılardan hiç hoşnut olmayanlar (%26,9) ile hoşnut olmayanların (%27,7) toplamı % 54,6 olarak saptanmıştır. Çok hoşnut olanlar ( %2,3) ile hoşnut olanların (%18,5) toplamı ise % 20,8 olduğu görülmektedir. Bu konuda kararsız olanların oranı ise % 24,6'dır. Bu konuda genel anlamda hoşnut olanlar ile kararsız olanları toplamı, genel anlamda hoşnut olmayanların oranından daha az saptanmıştır.

- "İşi yaparken yetenekleri kullanabilme bakımından" katılımcılardan hiç hoşnut olmayanlar (%15,4) ile hoşnut olmayanların (%18,5) toplamı %33,9 olarak saptanmıştır. Çok hoşnut olanlar (%4,6) ve hoşnut olanların (%33,8) toplamı ise %38,4 olarak görülmektedir. Katılımcılar arasında kararsız olanların oranı ise % 27,7'dir. "Hoşnut" olanlar ile genel anlamda hoşnut olmayanların (Hiç hoşnut değilim+hoşnut değilim) oranı ise neredeyse eşittir denilebilir. Genel olarak bakıldığında, bu konuda katılımcıların hoşnutluk düzeyi daha fazladır diyebiliriz.

- "Çalışma koşulları bakımından" katılımcıların %26,2'si hiç hoşnut olmadığını belirtirken, % 30,8'i de "hoşnut değilim" cevabını vermiştir. Çok hoşnut olanların

oranı ise %2,3 oranında iken “hoşnutum” diyenlerin oranı % 14,6 olarak saptanmıştır. Kararsızların oranı ise % 26,2 olduğu görülmektedir. Bu çerçevede genel hoşnutluk oranı toplamda % 28,2 iken; hoşnutsuzluk oranının % 57 olduğu söylenilebilir. Katılımcıların yarısından fazlası bu konuda hoşnutsuz görülmektedir.

- “Çalışılan yerde ki fiziksel koşullar bakımından” katılımcıların % 23,8’i hiç hoşnut olmadığını belirtirken, % 28,5’i de hoşnut olmadığını belirtmiştir. Çok hoşnut olanların oranı ise %4,6; hoşnut olanların oranı da % 19,2 olarak saptanmıştır. Kararsızların oranı % 23,8 olarak görülmektedir. Buna göre, genel olarak hoşnutluk durumu toplamda % 23,8 ; hoşnutsuzluk toplamı ise % 52,3’dır. Bu bağlamda genel olarak katılımcıların bu konudan hoşnutsuz olduğu söylenilebilir.

- “Çalışma arkadaşlarının birbiriyle anlaşması bakımından” katılımcıların % 13,1’i hiç hoşnut olmadığını; % 26,2’si de hoşnut olmadığını belirtmiştir. Hoşnut olanların oranı ise %29,2 iken; çok hoşnut olanların oranı % 10,8 olarak görülmektedir. Kararsızların oranı ise % 20,8 olarak saptanmıştır. Genel olarak bakıldığında, katılımcıların bu konuda toplam hoşnutluk oranı %40 iken; toplam hoşnutsuzluk oranı % 39,2’dır. Buna göre, oranlar % 0,8 ile birbirine oldukça yakındır.

- “Yapılan iyi bir iş karşılığında takdir edilme bakımından” katılımcıların % 30’u hiç hoşnut olmadığını; % 26,2’si de hoşnut olmadığını belirtmiştir. Çok hoşnut olanların oranı ise % 2,3 iken; hoşnut olduğunu belirtenler % 13,8 olarak saptanmıştır. Kararsızların oranı ise % 27,7 olarak görülmektedir. Bu bağlamda, katılımcıların genel hoşnutsuzluk oranı % 56,2 iken; genel hoşnutluk oranı da % 16,1’dir. Aradaki farkın büyük olduğu görülmektedir.

- “Yapılan iş karşısında duyulan başarı hissi bakımından” katılımcıların %17,7’si hiç hoşnut olmadığını ve %15,4’ü de hoşnut olmadığını belirtmiştir. Çok hoşnut olanların oranına bakıldığında %5,4; hoşnut olanların oranı da %36,9’dur. Kararsızlar ise % 24,6 olarak saptanmıştır. Buna göre, toplamda katılımcıların % 42,3’ü bu konudan genel olarak hoşnut; % 33,1’i de hoşnutsuz olduğu görülmektedir. Bu çerçevede katılımcılar yaptıkları iş karşısında duyduğu başarı hissinden genel olarak hoşnuttur diyebiliriz.

Bu bölümdeki araştırma sonuçlarına bakıldığında, araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel olarak bir tatminsizlik (hoşnutsuzluk) durumu olduğunu söyleyebiliriz. Zira 20 soru içinden, sadece 5 soruya verilen cevaplarda ‘‘hoşnutluk’’ durumu yüksek gözükmektedir (Tek başına çalışma olanağı olması, yapılan iş karşısında duyulan başarı hissi, başkaları için bir şeyler yapabilme olanağı, kişilere ne yapacaklarını söyleme şansı). ‘‘Çalışma arkadaşlarının birbiriyle anlaşması’’ konusunda ise, genel anlamda hoşnutsuzluk ve hoşnut olma durumu neredeyse eşit çıkmıştır. Bunun dışındaki tüm sorulara verilen cevaplar, genel bir memnuniyetsizliğin göstergesidir denilebilir.

#### 4.8.4. Demografik Değişkenler, Mesleki Problemler ve işinden hoşnutluk duyma arasındaki ilişkiler

**Tablo 31 : Yaş İle İş Yükü Arasındaki İlişki**

Yaş Aralığı	Aile Hekimliği Sisteminde İş Yükünüz?			Toplam
	Arttı	Azaldı	Değişmedi	
25-35	10 9,2%	1 25,0%	2 11,8%	13 10,0%
35-45	40 36,7%	1 25,0%	7 41,2%	48 36,9%
45-55	52 47,7%	1 25,0%	7 41,2%	60 46,2%
55+	7 6,4%	1 25,0%	1 5,9%	9 6,9%
<b>Toplam</b>	<b>109</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>130</b>

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaşları ile iş yükü arasındaki ilişki incelendiğinde; İş yüklerinin aile hekimliği sistemiyle birlikte arttığını düşünenlerin %47,7’si (52 kişi) 45-55 yaş aralığındadır. 35-45 yaş aralığındaki grup % 36,77’lik bir orana sahip iken ; 25-35 yaş aralığında bu oran %9,2 (10 kişi)’dir. İş yükünün arttığını düşünen hekimlerin %6,4’ü (7 kişi) ise 55 yaş ve üstü grubu olarak belirlenmiştir. İş yüklerinin aile hekimliği sistemi ile birlikte azaldığını düşünenler ise toplamda 4 kişi; her gruptan eşit oranda 1’er kişi olarak saptanmıştır. Sistemle



birlikte iş yüklerinin değişmediğini düşünenlerin %41,2’i hem 35-45 yaş aralığında hem de 45-55 yaş aralığındaki gruplardır. 25-35 yaş aralığındaki gruba bakıldığında, iş yükünün değişmediğini belirtenlerin % 11,8’ini oluşturmaktadır. Son olarak, iş yükünün değişmediğini belirtenlerin %5,9’u (1 kişi) 55 yaş ve üstü grubuna dahildir. Bu çerçevede, En fazla iş yüklerinin arttığını düşünen yaş aralığı 45-55 yaş arası grup; En az düşünenler ise, 55 yaş ve üstü grup olarak gözükmemektedir. Azaldığını düşünenler her yaş grubunda sadece 1’er kişidir. Bu tabloya bakıldığında yaş ile iş yükü arasındaki ilişki çok anlamlı gözükmemektedir.

**Tablo 32 : Meslekte Çalışılan Yıl ile Aile Hekimliğinden Memnun Olma Arasındaki İlişki**

Meslekte çalışılan Toplam Süre (Yıl aralıkları)	AH. Sistemine geçildiği için Memnunmusunuz?			25 yıl üstü	Toplam
	0-5 Yıl	5-15 Yıl	15-25 Yıl		
<b>Evet</b>	0 0 %	7 29,2 %	28 36,8 %	13 48,1 %	48 %36,9
<b>Hayır</b>	2 66,7 %	9 37,5 %	18 23,7 %	11 40,7 %	40 %30,8
<b>Kararsızım</b>	1 33,3 %	8 33,3 %	30 39,5 %	3 11,1 %	42 %32,3
<b>Toplam</b>	<b>3</b> <b>100 %</b>	<b>24</b> <b>100 %</b>	<b>76</b> <b>100 %</b>	<b>27</b> <b>100 %</b>	<b>130</b> <b>100 %</b>

Yukarıdaki tabloda, Aile hekimliği sisteminden memnun olma oranları ile meslekte çalışılan toplam süre arasındaki ilişki aktarılmıştır. Buna göre;

- 0-5 yıl arası çalışan hekimlerin hiçbiri (%0) aile hekimliğinden memnun olduğunu belirtmemiştir. %66,7’si “hayır” yanıtını verirken, %33,1’i de kararsız olarak saptanmıştır. (0-5 yıl olarak çalışan aile hekimi sayısı 3 kişidir).
- 5-15 Yıl arası çalışan hekimlerin %29,2’si AH. Uygulamasından “Memnun” olarak görülmektedir. Bu hekimlerin %37,5’i uygulamadan “Memnun Değil” iken, % 33,8’i kararsız gözükmemektedir. (5-15 yıl arası çalışan toplam 24 katılımcı hekim bulunmaktadır)

- 15-25 Yıl arası çalışan hekimlerin %36,8'i uygulamadan ‘‘memnun’’; % 23,7'si ‘‘memnun değil’’ ve %39,5'i kararsız olarak görülmektedir.
- 25 yıl üstü çalışan hekimlerden %48,1'i uygulamadan ‘‘memnun ‘‘ olarak görülürken, %40,7'si uygulamadan ‘‘memnun değil’’olarak saptanmıştır. Bu katılımcıların %11,1'i ise kararsız olarak saptanmıştır.

Bu tablodan çıkan sonuçlara bakıldığında, 0 - 5 ve 5 – 15 yıl arası çalışanların aile hekimliği sisteminden memnuniyetsizlik oranı fazla gözükmemekte ; 15 – 25 ile 25 yıl ve üstü çalışanların ise memnuniyet oranı daha fazla gözükmemektedir. Ancak, 0-5 yıl ve 25 yıl üstü grupta ankete katılan hekimlerin rakamsal olarak oranı az olduğu için, kıdem ile AH. Uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında net bir ilişki kurmak pek olası gözükmemektedir.

**Tablo 33 : İş Stresi İle Cinsiyet Arasındaki İlişki**

Aile Hekimliği Uygulamasıyla Beraber İş Stresiniz?	Cinsiyet		Toplam
	Kadin	Erkek	
<b>Arttı</b>	42 89,4%	63 75,9%	<b>105</b> <b>80,8%</b>
<b>Azaldı</b>	0 ,0%	6 7,2%	<b>6</b> <b>4,6%</b>
<b>Değişmedi</b>	5 10,6%	14 16,9%	<b>19</b> <b>14,6%</b>
<b>Toplam</b>	<b>47</b> <b>100,0%</b>	<b>83</b> <b>100,0%</b>	<b>130</b> <b>100,0%</b>

Tablo 32’de , katılımcıların cinsiyetlerine göre , aile hekimliği sistemine geçildikten sonra olan iş stres durumları aktarılmıştır. Buna göre;

- Katılımcılardan iş streslerinin arttığını belirtenlerin oranı toplamda %80,8 (105 kişi) olarak görülmektedir. Kadın hekimlerin %89,4’ü ; Erkek hekimlerin ise % 75,9’u iş streslerinin arttığını belirtmiştir.
- İş streslerinin azaldığını belirten hekimlerin oranı toplamda % 4,6 oranı ile sınırlı kalmıştır. Buna göre, kadın hekimlerden hiç biri streslerinin azaldığını

belirtmemiştir (%0). Erkek hekimlerin % 7,2'si (6 kişi) iş streslerinin azaldığını belirtmiştir.

- İş streslerinin değişmediğini belirten hekimlerin oranı toplamda % 14,6'dır (19 kişi). Kadın katılımcıların % 10,6'sı , erkek katılımcıların ise % 16,9'u aile hekimliği uygulaması le birlikte iş streslerinde bir değişiklik olmadığını belirtmiştir

Genel tabloya bakıldığında, Kadın hekimlerin, erkek hekimlere oranla iş streslerinin uygulama ile birlikte daha çok arttığı söylenilebilir.

**Tablo 34 : Yaş ile İş Stresi Arasındaki İlişki.**

Yaş Aralığı	AH. Uygulaması ile beraber iş stresiniz?			Toplam
	Arttı	Azaldı	Değişmedi	
<b>25 – 35</b>	12 % 11,4	0 0 %	1 5,3 %	13 10 %
<b>35 – 45</b>	39 37,1 %	2 33,3 %	7 36,8 %	48 36,9 %
<b>45 – 55</b>	47 44,8 %	3 50 %	10 52,6 %	60 46,2 %
<b>55 +</b>	7 6,7 %	1 16,7 %	1 5,3 %	9 6,9 %
<b>Toplam</b>	<b>105</b> <b>% 100</b>	<b>6</b> <b>% 100</b>	<b>19</b> <b>% 100</b>	<b>130</b> <b>% 100</b>

Tablo 34'de, aile hekimliği uygulaması ile birlikte iş streslerinin yaş dağılımına göre oranları aktarılmıştır. Buna göre,

- İş streslerinin arttığını düşünen katılımcıların % 11,4'ü 25-35 yaş aralığında, % 37,1'i 35 – 45 yaş aralığında, % 44,8'i 45 – 55 yaş aralığında ve % 6,7'si de 55 yaş üstü grubuna dahildir.

- İş streslerinin uygulama ile birlikte azaldığını belirtenlerden % 33,3'ü , 35 – 45 yaş aralığında; % 50'si 45 – 55 yaş aralığında ve % 16,7'si 55 yaş üstü grubuna dahil olduğu görülmektedir. 25 – 35 yaş arasındaki grup da ise iş stresinin azaldığını belirten bir katılımcı bulunmamaktadır.
- İş streslerinin uygulama ile birlikte değişmediğini belirten katılımcıların % 5,3 'ü, 25 – 35 yaş aralığındadır. %36,8 'i 35 – 45 yaş aralığında, %52,6'sı da 45 – 55 yaş aralığındaki gruba dahildir. 55 yaş ve üstü katılımcıların oranı 25 – 35 yaş aralığındaki grup ile aynı oranda gözükmemektedir (% 5,3).

Bu sonuçlara göre, İş streslerinin uygulama ile birlikte arttığını en çok düşünen yaş aralığı 45 – 55 ; en az düşünen ise 55 yaş üstü aile hekimleridir.

**Tablo 35: Hekimlerin İş Meşguliyeti İle Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Beni Her zaman meşgul etmesi bakımından..?	Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Buluyorsunuz?					
	Çok İyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok Kötü	Toplam
<b>HHD</b>	0 % 0	5 % 10	7 % 23,3	22 % 55	2 % 33,3	36 % 27,7
<b>HD</b>	0 % 0	23 % 46	13 % 43,3	13 % 32,5	3 % 50	52 % 40
<b>K</b>	2 % 50	12 % 24	6 % 20	3 % 7,5	1 % 16,7	24 % 18,5
<b>H</b>	0 % 0	9 % 18	4 % 13,3	0 % 0	0 % 0	13 % 10
<b>ÇH</b>	2 % 50	1 % 2	0 % 0	2 % 5	0 % 0	5 % 3,8
<b>Toplam</b>	4 % 100	50 % 100	30 % 100	40 % 100	6 % 100	130 % 100

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin iş tatmin ölçeğinde ‘meşguliyet’ bakımından verdiği cevaplar ile aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri hoşnutluk düzeyleri de baz alınarak tablo 35’de gösterilmiştir. Buna göre,

- Aile Hekimliği uygulamasını çok iyi bulanların %50'si ile kararsız olanların %50'si, işin meşguliyeti açısından ‘çok hoşnut’ ve ‘kararsız’ olan gruplar olarak belirlenmiştir. Ancak, uygulamayı çok iyi bulanların sayısı toplamda 130

kişi arasından 4 kişi olduğundan, geri kalan hoşnutluk derecelerinin değeri sıfır olarak aktarılmıştır.

- Aile hekimliği uygulamasını ‘‘iyi’’ bulanların %46’sı , işin meşguliyeti açısından ‘‘hoşnut değil’’ ve %10’u ise ‘‘hiç hoşnut değil’’ olarak saptanmıştır. Bu sonuca bakıldığında, aile hekimliği sistemini iyi bulanlar, işin kendilerini meşgul etmesi açısından memnun gözükmemektedirler. Bu bağlamda, hekimler sistemi iyi bulsalar bile , meşguliyet açısından hoşnutsuzluk durumları etkilenmemektedir diyebiliriz.
- Aile hekimliği sistemini ‘‘kötü’’ ve ‘‘çok kötü’’ bulanların oranına bakıldığında; Sistemi kötü bulanların %55’i, işin meşguliyeti açısından ‘‘hiç hoşnut değil’’, çok kötü bulanların da % 33,3’ü de ‘‘hiç hoşnut değil’’ olarak saptanmıştır. Bu bağlamda tabloda ki en tutarlı sonucun; sistemi kötü bulanlar ile işin meşguliyeti açısından hiç hoşnut olmayanların en yüksek olana sahip olmalarıdır. Genel olarak bakıldığında, Aile Hekimliği uygulamasını kötü bulanlar, işin meşguliyeti açısından da hoşnut olmamakta; ancak, aile hekimliği iyi bulanlar da işin meşguliyeti açısından hoşnut gözükmemektedir.

**Tablo 36 : AH Uygulaması ile Toplumda Saygınlık Hissi arasındaki İlişki**

Toplumda Saygın Bir Kişi şansı vermesi bakımından	Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Buluyorsunuz?					
	Çok İyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok Kötü	Toplam
<b>HHD</b>	0 % 0	3 % 6	7 % 23,3	20 % 50	3 % 50	33 % 25,4
<b>HD</b>	0 % 0	9 % 18	7 %23,3	4 % 10	3 % 50	23 % 17,7
<b>K</b>	0 % 0	13 % 26	9 % 30	12 % 30	0 % 0	34 % 26,2
<b>H</b>	1 % 25	22 % 44	7 % 23,3	4 % 10	0 % 0	34 % 26,2
<b>ÇH</b>	3 % 75	3 % 6	0 % 0	0 % 0	0 % 0	6 % 4,6
<b>Toplam</b>	4 % 100	50 % 100	30 % 100	40 % 100	6 % 100	130 % 100

Tablo 36’da, Araştırmaya katılan aile hekimlerinin iş tatmin ölçeğine göre cevapladığı ‘‘toplumda saygınlık’’ konusundaki cevapları ile, aile hekimliği

uygulamasını nasıl buldukları hakkındaki cevapları karşılaştırılmıştır. ‘‘Çok iyi’’ ve ‘‘Çok kötü’’ seçeneklerini çok az kişi cevapladığından, sonuçları ‘‘iyi’’ ve ‘‘kötü’’ olarak değerlendirmek yerinde olacaktır. Buna göre,

- AH uygulamasını iyi bulanların %44’ü , toplumda saygın bir kişi şansını vermesi bakımından ‘‘hoşnut’’ gözükümler. Uygulamayı kötü bulanların % 50’si ise ‘‘hiç hoşnut değil’’ olarak belirlenmiştir.
- Tabloya bakıldığında, Uygulama hakkında kararsız kalanların %30’u toplumda saygın bir kişi şansını vermesi bakımından da kararsız olarak belirlenmiştir.

Genel olarak bakıldığında, aile hekimliği uygulamasından iyi bulan katılımcıların, ‘‘toplumda saygın bir kişi şansını vermesi’’ bakımından da hoşnut olduğu saptanmış; Kötü bulanların da en fazla hoşnutsuzluk seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 37: AH Uygulaması ile Çalışma Koşulları Arasındaki İlişki**

Çalışma Koşulları Bakımından	Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Buluyorsunuz?					
	Çok İyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok Kötü	Toplam
<b>HHD</b>	2 % 50	5 % 10	5 % 16,7	18 % 45	4 % 66,7	34 % 26,2
<b>HD</b>	0 % 0	13 % 26	11 % 36,7	15 % 37,5	1 % 16,7	40 % 30,8
<b>K</b>	1 % 25	17 % 44	10 % 33,3	5 % 12,5	1 % 16,7	34 % 26,2
<b>H</b>	0 % 0	15 % 30	2 % 6,7	2 % 5	0 % 0	19 % 14,6
<b>ÇH</b>	1 % 25	0 % 0	2 % 6,7	0 % 0	0 % 0	3 % 2,3
<b>Toplam</b>	4 % 100	50 % 100	30 % 100	40 % 100	6 % 100	130 % 100

Tablo 37’de, Aile hekimliği uygulaması konusunda verilen cevaplar ile çalışma koşulları bakımından memnuniyet düzeyleri aktarılmıştır. Buna göre,

- Aile hekimliği uygulamasını ‘‘iyi’’ bulan aile hekimlerinin % 44’ü , Çalışma koşulları bakımından kararsız; %30’u ‘‘hoşnut’’, %26’sı ‘‘hoşnut değil ve % 10’u ‘‘hiç hoşnut değil’’ olarak saptanmıştır.

- Aile hekimliği uygulamasını ‘‘kötü’’ bulan aile hekimlerinin % 45’i çalışma koşulları bakımından ‘‘hiç hoşnut değil’’; % 37,5’i ‘‘hoşnut değil’’, % 12’5 ‘i ise kararsız olarak saptanmıştır.
- Uygulamadan kararsız kalanlar içerisinde en yüksek orana sahip olan %36,7’lik oranda ise , hekimlerin çalışma koşulları bakımından ‘‘hoşnut olmadığı’’ saptanmıştır.
- AH uygulamasını kötü bulan katılımcılardan hiç biri, çalışma koşulları bakımından ‘‘çok hoşnut’’ olarak belirlenmemiştir (%0). Uygulamayı kötü bulanların % 5’i , çalışma koşulları bakımından hoşnut olarak gözükmemektedir. Uygulamayı ‘‘iyi’’ bulan hekimlerin % 5’i çalışma koşullarından ‘‘hiç hoşnut değil’’ ; %26’sı ise ‘‘hoşnut değil’’ olarak saptanmıştır.

Tabloda ki sonuçlara genel olarak bakıldığında, Uygulamayı iyi bulan katılımcıların çoğunluğu (%34) , çalışma koşulları bakımından kararsız; Uygulamayı kötü bulan katılımcıların çoğunluğu (% 45, % 37,5) çalışma koşulları bakımından ‘‘Hiç hoşnut değil’’ ve ‘‘hoşnut değil’’ olarak saptanmıştır. Uygulama hakkında kararsız kalanların çoğunluğu ( % 36,7) ise , çalışma koşulları bakımından ‘‘hoşnut değil’’ olarak görülmektedir. Bu çerçevede, genel olarak aile hekimliği uygulamasının iyi bulunması ile, çalışma koşulları bakımından hoşnut olunması arasında doğru orantı var gibi görülse de, araştırmacıların çoğunluğu çalışma koşulları bakımından hoşnutsuz gözükmemektedir. Aile hekimliği uygulaması çalışma koşulları bakımından nispeten burada bağımsız gözükmemektedir diyebiliriz.

**Tablo 38: AH Uygulaması ile Ücret arasındaki ilişki**

Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Buluyorsunuz?	Yaptığım İş Karşılığı Aldığım Ücret Bakımından					
	HHD	HD	K	H	ÇH	Toplam
<b>Çok İyi</b>	1 % 37,5	0 % 0	2 % 6,5	0 % 0	1 % 33,3	4 % 3,1
<b>İyi</b>	5 % 18,5	9 % 37,5	9 % 29	25 % 56,8	1 % 33,3	49 % 38
<b>Kararsızım</b>	3 % 11,1	6 % 25	10 % 32,3	10 % 22,7	1 % 33,1	30 % 23,3
<b>Kötü</b>	15 % 55,6	8 % 33,3	8 % 25,8	9 % 20,5	0 % 0	40 % 31
<b>Çok Kötü</b>	3 % 1,1	1 % 4,2	2 % 6,5	0 % 0	0 % 0	6 % 4,7

<b>Toplam</b>	27	24	31	44	3	129
	% 100	% 100	% 100	% 100	% 100	% 100

Tablo 38’de, Aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşler bağımsız değişken; ücret konusundaki memnuniyet düzeyi ise bağımsız değişken olarak verilmiştir. Dolayısıyla, Bu tabloda, araştırmaya katılan aile hekimlerinin aldığı ücrete göre aile hekimliği sistemine bakışını görmekteyiz.

- Aldığı ücret konusunda ‘‘hoşnut’’ olan aile hekimlerinin %56,8 ‘i uygulamayı iyi bulmaktadır. Bununla birlikte, %22,7’si kararsız ve % 20,5’i uygulamayı kötü bulmaktadır.
- Ücret konusunda ‘‘hoşnut olmayanların’’ %37,5 ‘i uygulamayı ‘‘iyi’’ bulmuş, % 33,3’ü ‘‘kötü’’ olarak değerlendirmiş ve % 25’i de kararsız olarak saptanmıştır. Ücret bakımından ‘‘hiç hoşnut olmayan’’ katılımcıların % 55,6’sı ise uygulamayı kötü olarak değerlendirmiş; %18,5’i de ‘‘iyi’’ olarak saptanmıştır.

Bu sonuçlar çerçevesinde, alınan ücretler bakımından memnuniyet düzeyi arttıkça, aile hekimliği sistemini iyi bulma oranında artmaktadır. Buna karşılık ücretler konusunda memnuniyetsizlik arttıkça, aile hekimliği sistemini kötü bulanların oranı da artmaktadır. Ayrıca, ücret konusunda hoşnut olmayan ve hiç hoşnut olmayanlar katılımcıların bazıları da ( %37,5 , %18,5) aile hekimliği sistemini ‘‘iyi’’ olarak nitelendirdiği görülmektedir.

**Tablo 39: AH. Performans Sistemi İle Çalışma Koşulları Arasındaki İlişki**

Performans Değerlendirme Sistemi Sizce Adil mi?	Çalışma Koşulları Bakımından					
	HHD	HD	K	H	ÇH	Toplam
<b>Evet</b>	0	0	5	4	1	10
	% 0	% 0	% 14,7	% 21,1	% 33,3	% 7,7
<b>Hayır</b>	30	34	23	13	2	102
	% 88,2	% 85	% 67,6	% 68,4	% 66,7	% 78,5
<b>Kararsızım</b>	4	6	6	2	0	18
	% 11,8	% 15	% 17,6	% 10,5	% 0	% 13,8
<b>Toplam</b>	34	40	34	19	3	130
	% 100	% 100	% 100	% 100	% 100	% 100



Tablo 39’da, Aile hekimliği uygulamasındaki performans sisteminin adilliği konusundaki hekimlerin gr ile, çalışma koşullarından memnuniyet hissi arasındaki ilişki aktarılmıştır. Buna göre,

- Çalışma koşulları bakımından ‘‘hiç hoşnut olmayan’’ katılımcıların % 88,2’si performans değerlendirme sistemini adil bulmamaktadır. Aynı Şekilde, ‘‘hoşnut olmayanların’’ %85’i de performans değerlendirme sistemini adil bulmamıştır.
- Çalışma koşulları bakımından kararsız tavır sergileyenlerin % 67,6’sı , performans değerlendirme sisteminin adilliği konusunda karar olarak saptanmıştır.
- Katılımcıların alıma koşulları bakımından ‘‘hoşnut’’ olan %68,4’, performans değerlendirme sistemini adil bulmamaktadır. ‘‘ok hoşnut’’ olanların %33,3’ (1 kişi) ise, performans değerlendirme sistemini adil bulmaktadır.

Genel bir bakış ile tabloya bakıldığında, çalışma koşullarından memnun olmayanların %88,2 gibi büyük bir oranı performans değerlendirme sistemini de adil bulmamaktadır.

#### **4.8.5. Araştırma Sonuçları Ve Hipotezlerin Değerlendirilmesi**

Sağlıkta Dnm Projesi kapsamında yer alan aile hekimliği, ülkemizde yeni bir sağlık uygulaması olarak varlığını sürdürmektedir. Uygulanmaya ve oluşturulmaya çalışan her yeni sistemin olumlu ve olumsuz yansımaları , ilgili tarafların her birini etkilemesi kaçınılmaz olmaktadır. Bu bağlamda aile hekimliği uygulamasını en çok etkileyen tarafın aile hekimleri olması kaçınılmazdır. Bu araştırma dahilinde ele alınan konularda , aile hekimliği uygulamasının hekimlere yansıyan yüzünü sorgulamak, irdelemek ve problemlerin ne olduğunu tespit edebilmektir. Bursa ili dahilinde yapılan bu çalışmanın hipotezlerinden bağımlı ve bağımsız olarak çeşitli sonuçları elde edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına genel bir çerçevede bakıldığında, aile hekimlerinin açıkça sistem ile ilgili problemleri olduğu görülecektir. Anket çalışmasının ikinci bölümü olan ‘‘mesleki görüşler’’, daha çok uygulama ile ilgili problemleri saptamaya yönelik sorularla ilgilidir.

Buna göre, spesifik olan sorulara verilen cevapların olumsuzluk oranı oldukça yüksek çıkmıştır. Fiziksel koşulların yeterliliği konusunda hekimlerin % 50,8 'i yeterli, % 33,1'i yetersiz olduğunu belirtmiştir. İş yüklerinin arttığını belirten hekimlerin oranı %83,8 olarak oldukça yüksek çıkmıştır. Geleceğe yönelik beklenti konusunda % 46,2'si olumsuz cevap vermiştir. Kendini güvencede hissetme konusunda ise hekimlerin % 79,2'si olumsuz yanıt vermiştir. Performans sisteminin adilliği konusunda da, hekimlerin % 78,5'i yine olumsuz olarak yanıt vermiştir.

Olumlu olan ve memnuniyet seviyesi daha yüksek konular ise mesleki eğitimler (%60,8), Toplam gelir (%60) , Aile hekimliği sisteminin olumlu katkıları (%46,7) olarak belirtmek mümkündür.

Araştırmanın hipotezleri bakımından;

Ana hipotez: ***H<sub>1a</sub>. Demografik değişkenler ile mesleki problemler arasında bir ilişki vardır.*** Buna istinaren, alt hipotezler ile ana hipotez ispatlanmaya çalışılacaktır.

***H<sub>1a</sub>. Yaş ile İş yükü arasında bir ilişki vardır.***

Araştırmaya katılanların yaşları ile aile hekimliği uygulaması ile birlikte iş yükleri arasındaki ilişki incelendiğinde, elde edilen en yüksek oranlara göre sonuçlar çeşitli çıkmıştır. İş yüklerinin en çok arttığını belirten grup, %47,7 ile 45 – 55 arası yaş grubu iken, iş yüklerinin azaldığını belirtenlerin sayısı eşit oranda dağılmıştır. Değişmediğini belirtenlerin oranı ise, hem 35 – 45 yaş grubu hem de 45 – 55 yaş grubunda eşit oranda dağılmıştır ( % 41,2). Katılımcılar arasında nüfusu en az olan 55 yaş üstü grup ise, iş yüklerinin arttığını belirtenlerin % 6,4'ünü oluşturmaktadır. Buna göre, katılımcıların yaş oranları ile aile hekimliği uygulamasındaki iş yükleri arasında doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır. Daha açık bir ifade ile, hekimlerin yaş durumları, iş yükü hakkındaki düşüncelerini etkilememektedir; bu iki değişken birbirinden bağımsızdır. Zira, ki kare anlamlılık testi uygulandığında da, iki değişken arasında bir ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 40 : Yaş ile İş yükü değişkenleri arasındaki anlamlılık testi**

Ki Kare Testi			
	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson ki kare	3,756 <sup>a</sup>	6	,710

Ki kare testindeki p değeri (Pearson Ki kare)  $\alpha = 0,05$  'den küçük olması iki değişken arasında ilişki olduğunu gösterirken,  $\alpha = 0,05$  'den büyük olması iki değişken arasında ilişki olmadığını gösterecektir. Buna göre, p değeri 0,710 olarak gözükmemekte ve 0,05'den büyük olduğunu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla hem yaş ile iş yükü arasındaki karşılaştırmadaki oranlar göze alındığında, hem ki kare testi sonucuna göre yaş ile iş yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

*H<sub>1a</sub> Yaş ile iş yükü arasında bir ilişki vardır* hipotezi reddedilmiştir.

***H<sub>1b</sub> Cinsiyet ile iş stresi arasında anlamlı bir ilişki vardır.***

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin cinsiyetleri ile iş stresleri arasındaki bağlantı Tablo.33'de aktarılmıştır. Buna göre, Kadın katılımcılardan %89,4'ünün iş streslerinin arttığını görülürken, erkek katılımcıların % 75,9'unun iş streslerinde bir artış görülmektedir. Kadın katılımcılardan iş stresinin azaldığına dair bir oran görülmemiştir (%0). İş streslerinin değişmediğini düşünen kadın katılımcıların oranı ise % 10,6 iken, erkek katılımcıların oranı % 16,9 olarak saptanmıştır. Buna göre, Her iki cinsiyette de stres artışının fazla olduğunu gözlemlenmektedir. Ancak, kadın katılımcılar , erkek katılımcılardan daha fazla oranda iş streslerinin arttığı da görülmektedir. Buna göre, ki kare anlamlılık testi sonucuna göre;

**Tablo 41: Cinsiyet İle İş Stresi Arasındaki Anlamlılık Testi**

Ki-Kare Testi			
	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Ki -kare	4,867 <sup>a</sup>	2	,088

Ki kare anlamlılık testi tablosuna göre, p değeri 0,088 olarak görülmektedir. Bu değer ile 0,05 arasında çok büyük farklılık olmasa dahi, 0,05'den büyük olduğunu için anlamlılık testinden geçememiştir. Buna göre, cinsiyet ile uygulama ile birlikte iş stresi artışı arasında çok anlamlı bir ilişki yoktur denilebilir. Bu açıdan,

*H<sub>1b</sub> Cinsiyet ile iş stresi arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezi reddedilmiştir.*

***H<sub>1c</sub>. Kıdem ile AH uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında ilişki vardır.***

Tablo 32’de katılımcıların meslekte toplam çalışma yılı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmıştır. En yüksek oranlara bakıldığında; 0-5 yıl arası çalışan katılımcıların % 66,7’si uygulamadan memnun değildir ve memnun olan katılımcı gözükmemektedir. 5-15 yıl arası katılımcılarda ise memnuniyet oranı % 29,2 olarak belirlenmiştir. 15-25 yıl arası çalışan katılımcıların %39,5’i kararsız; %36,8’si ise memnun olarak gözükmemektedir. Burada memnuniyetsizlik oranı %23,7’dir. Son olarak 55 yaş üstü gruba bakıldığında, %48,1’i uygulamadan memnun olarak gözükmemektedir. Buna göre, çalışma yılı arttıkça uygulamadan memnuniyet duyma oranı da yükseldiği görülmektedir.

**Tablo 42: Kıdem ile Ah uygulamasından memnuniyet arasındaki Anlamlılık Testi**

Ki Kare Testi			
	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Ki Kare	11,114 <sup>a</sup>	6	<b>,085</b>

Ki kare anlamlılık testi tablosuna göre, p değeri 0,085 olarak görülmektedir. Bu değer 0,05 değerinden büyük olduğu için , değişkenler arasında bir anlamlılık söz konusu değildir. Buna göre, katılımcıların kıdemleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet duymaları arasında bir ilişkinin mevcudiyeti yoktur.

*H<sub>1c</sub>. Kıdem ile AH uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında ilişki vardır hipotezi reddedilmiştir.*

*H<sub>1</sub>. Demografik değişkenler ile mesleki problemler arasında bir ilişki vardır ana hipotezinde; yaş, cinsiyet ve kıdem ile ilgili demografik kriterler reddedilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan aile hekimlerinin demografik özellikleri ile Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet duymaları arasında belirgin bir ilişki bulunamamıştır.*

***H<sub>2</sub>. Aile Hekimliği Uygulaması ile İşinden hoşnutsuzluk (tatmin) duygusu arasında bir ilişki vardır.***

H<sub>2</sub> ana hipotezinde, iş tatmin ölçeği sorularındaki kriterler ile AH uygulaması hakkında görüşler karşılaştırılmaya çalışılmış; ve aralarında bir ilişki olduğu hipotezi varsayılmıştır. Buna göre alt hipotezlerden yola çıkarak H<sub>2</sub> hipotezi ispatlanmaya çalışılacaktır.

***H<sub>2a</sub>. Aile hekimliği uygulaması ile işin meşguliyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.***

Tablo 35’de , Aile hekimliği uygulamasını kötü bulan (%55) ve çok kötü bulan (%33,3) katılımcıların , İşin meşguliyeti açısından da ‘‘Hoşnut olmadığı’’ ve ‘‘hiç hoşnut olmadığı’’ görülmektedir. Uygulamayı iyi bulan katılımcıların %46’sı ise (uygulamayı iyi bulanlar arasında ki en yüksek oran) , yine uygulamadan hoşnut olmadıklarını belirtenlerden oluşmaktadır. Genel anlamda bakıldığında, Aile hekimliği uygulamasını kötü bulanlar, işinin kendisini meşgul etmesi bakımından hoşnutsuzluk belirtenlerdir. Uygulamayı iyi bulanlar ile , işin meşgul etmesi açısından çok anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, ters bir orantı saptanmıştır diyebilir. Sonuç olarak, Uygulama hakkında memnuniyetsizlik düzeyi arttıkça, işin meşgul etmesi açısından da hoşnutsuzluk artmaktadır. Uygulamaya yönelik memnuniyet artsa da, işin meşguliyeti açısından düşünceler değişmemektedir.

**Tablo 43: Hekimlerin iş meşguliyeti ile AH memnuniyet düzeyleri arasındaki Anlamlılık testi**

Ki-Kare Testi			
	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Ki Kare	58,943 <sup>a</sup>	16	<b>,000</b>

Ki kare anlamlılık testi tablosuna göre, p değeri 0,000 olarak görülmektedir. Bu değer 0,05 değerinden küçük olduğu için , değişkenler arasında bir anlamlılık söz konusudur. Buna göre, aile hekimliği uygulaması hakkındaki katılımcıların

memnuniyet düzeyi, işin meşguliyeti açısından hoşnutsuzluk durumunu etkilemektedir.

*H<sub>2a</sub>. Aile hekimliği uygulaması ile işin meşguliyeti arasında anlamlı bir ilişki vardır* hipotezi kabul edilmiştir.

***H<sub>2b</sub>. Aile hekimliği uygulaması ile toplumda saygınlık hissi arasında bir ilişki vardır.***

Tablo 36’da, aile hekimliği uygulaması hakkındaki düşünceler ile toplumda saygınlık hissi düşüncesi hakkındaki çapraz sonuçlar aktarılmıştır. Buna göre, Uygulamayı iyi bulan hekimlerin %44’ü , toplumda saygın hissi vermesi bakımından da hoşnut olarak belirlenmiştir. Uygulamayı kötü bulanların %50’si ise, toplumda saygınlık hissi vermesi bakımından “hiç hoşnut değil” olarak saptanmıştır. AH uygulamasından memnuniyetleri hakkında kararsız kalanların % 30’u ise, toplumda saygın hissi vermesi bakımından da kararsız olarak saptanmıştır.

**Tablo 44: Hekimlerin toplumdaki saygınlık hissi ile AH memnuniyet düzeyleri arasındaki Anlamlılık Testi**

Ki – Kare Testi			
	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Ki- Kare	86,978 <sup>a</sup>	16	,000

Ki kare anlamlılık testi tablosuna göre, p değeri 0,000 olarak görülmektedir. Bu değer 0,05 değerinden küçük olduğu için , değişkenler arasında bir anlamlılık söz konusudur.

Değişkenler arasında doğrusal bir orantı bulunmaktadır. Aile hekimliği uygulamasına karşı memnuniyet düzeyi arttıkça, toplumda saygınlık hissi de artmakta; aile hekimliği uygulamasına karşı memnuniyet hissi azaldıkça, toplumda saygınlık hissi de azalmaktadır. Buna göre,

*H<sub>2b</sub>. Aile hekimliği uygulaması ile toplumda saygınlık hissi arasında bir ilişki vardır* hipotezi kabul edilmiştir.

***H<sub>2c</sub>. Aile hekimliği uygulaması ile Ücret arasında anlamlı bir ilişki vardır.***

Tablo 38’de, Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile işin karşılığı alınan ücret konusunda veriler elde edilmiştir. Katılımcılardan, iş karşılığı aldıkları ücret bakımından hoşnut olanların çoğunluğu (%56,8), aile hekimliği uygulamasını da “iyi”bulanlar olarak saptanmıştır. Ücret konusunda kararsız olanların çoğunluğu

(% 32,3), aile hekimliği uygulaması hakkında da kararsız olduğu görülmüştür. Aldığı ücret bakımından hoşnut olmayanların %37,5'i ise, aile hekimliği uygulamasını "iyi" bulanlar olarak saptanmıştır. Yakın bir oran olarak, ücret konusundan hiç hoşnut olmayan % 33,3'lük grup ise, aile hekimliği uygulamasını yine "iyi" bulmuştur. Buna göre, ücret konusundaki tatmin seviyesi arttıkça, aile hekimliği sistemi de iyi olarak nitelendirilmektedir. Ancak, ücret konusunda belirli bir oranda tatmin azaldığında, bu aile hekimliği uygulamasından memnun olanların oranını pek etkilememiştir. Bu açıdan, pozitif anlamda bir ters ilişki söz konusudur diyebiliriz.

**Tablo 45: Ücret ile AH memnuniyet düzeyleri arasındaki Anlamlılık Testi**

	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Ki- Kare	35,448 <sup>a</sup>	16	,003

Ki kare anlamlılık testi tablosuna göre, p değerı 0,003 olarak görülmektedir. Bu değer 0,05 değerinden küçük olduğu için , değişkenler arasında bir anlamlılık söz konusudur.

Katılımcıların iş karşılığında aldığı ücret konusunda hoşnutluk düzeyleri arttıkça, aile hekimliği uygulamasından memnuniyet duyma oranı da artış göstermiştir. Her iki değişkende de, kararsızlık oranları dengelidir. Sadece, ücret konusunda hoşnut olmayan bir yüzdede, aile hekimliği sisteminden memnun olduğu görülen bir kesim de belirlenmiştir. Arada ki bağlantılar anlamlıdır. Buna göre,

*H<sub>2c</sub>. Aile hekimliği uygulaması ile Ücret arasında anlamlı bir ilişki vardır* hipotezi kabul edilmiştir.

***H<sub>2d</sub>. Çalışma koşulları ile performans değerlendirme sistemi arasında bir ilişki vardır.***

Tablo 39'da, AH uygulamasında çalışma koşullarından hiç hoşnut olmayanların %88,2'si ile hoşnut olmayanların %85'i, performans değerlendirme sistemini adil bulmadığı saptanmıştır. Ayrıca, hoşnut olanların %68,4'ü de, performans değerlendirme sisteminin adil olmadığını düşünmektedirler.

**Tablo 46: Çalışma Koşullarından Memnuniyet ile Performans Değerlendirme Sisteminin Adillliği Arasındaki Anlamlılık Testi**

Ki Kare Tesi			
	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Ki - Kare	17,342 <sup>a</sup>	8	,027

Ki kare anlamlılık testi tablosuna göre, p değeri 0,027 olarak görülmektedir. Bu değer 0,05 değerinden küçük olduğu için , değişkenler arasında bir anlamlılık söz konusudur.

Katılımcıların çalışma koşulları bakımından hoşnutsuzluk düzeyi arttıkça, performans değerlendirme sistemini de adil bulmadıkları görülmektedir. Buna karşın, Çalışma koşulları bakımından memnun olan katılımcılar da, performans değerlendirme sisteminin adillliği konusunda olumsuz düşünmektedir. Bu sonuca göre, negatif orantı ilişkisi söz konusudur. Zira çalışma koşullarından memnun olmayanlar, performans sistemini de adil bulmamış; çalışma koşullarından hoşnut olanlar da, performans sistemini adil bulmamıştır.

Ki kare uyumluluk testi sonucuna bakıldığında da, iki değişken arasında bir anlamlılık söz konusudur. Buna göre,  $H_{2d}$ . *Çalışma koşulları ile performans değerlendirme sistemi arasında bir ilişki vardır* hipotezi kabul edilmiştir.

Sonuç olarak, Araştırmadan elde edilen bulgulara göre,  $H_1$ . *Demografik değişkenler ile mesleki problemler arasında bir ilişki vardır* hipotezi alt hipotezleri ile birlikte desteklenerek reddedilmiştir.  $H_2$ . *Aile Hekimliği Uygulaması ile İşinden hoşnutluk (tatmin) duygusu arasında bir ilişki vardır* hipotezi ;  $H_{2a}$ ,  $H_{2b}$ ,  $H_{2c}$  ,  $H_{2d}$  alt hipotezleri ile birlikte kabul edilmiştir.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık, dünya üzerinde hiçbir insanın vazgeçemeyeceği ve onsuz olamayacağı bir unsurdur. İnsanlar da bedenlen, ruhen ve sosyal olarak iyi olma haline erişmek için, sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bireyin ve toplumun sağlıklı, uzun ömürlü, verimli olması için sağlık hizmetleri insan hayatında birincil dereceden önemlidir. Buna paralel olarak sağlık sektörünün en önemli girdisi insandır. Sağlık sektörünü de diğer sektörlerden ayıran en önemli fark budur. Sağlık sektörü içinde tıp bilimini barındırır, tıp bilimi de hekimleri barındırır. Tıbbi eşsiz kılan unsur ise, bilimsel olmanın yanında, farklı insan tipleri ile birlikte etkileşim içerisinde olmasıdır. Zira “hasta yoktur, hastalık vardır” sözü de bunu destekler niteliktedir. Bir hekimin her şeyden önce hastalarını iyi tanınması ve iyi bir iletişim sağlaması, hastayı ve hastalığı tanımlaması bakımından son derece önemli olacaktır. Sağlıkta ilk iletişim adresine bakıldığında ise birinci basamakta karşımıza -günümüz tabiri ile- “aile hekimi” çıkmaktadır.

Öncelikle aile hekimlerinin problemleri ve iş tatminlerini saptamak amaçlı yapılan bu araştırmada çıkan sonuçların, genel olarak yapılan diğer araştırma sonuçları ile benzerlik taşıdığı söylenilebilir. Yurtiçi ve yurtdışında iş tatmini konusunda sağlık sektöründe yapılan birçok çalışmanın sonucunda, çalışanların en çok yaşadığı tatminsizlik nedenleri fazla iş yükü, ücretler, takdir edilme gibi iş ve çalışma koşulları ile ilgili olan problemler olduğu görülmüştür. Yine yapılan diğer araştırma sonuçlarında demografik değişkenlerin iş tatminine ve iş ile ilgili yaşanan problemlerle ilişkisi değişkenlik göstermektedir. Bazı araştırmalarda yaş, cinsiyet, medeni durum gibi kriterler iş tatminine ve yaşanan problemlere etki ettiği görülürken, bazı araştırmalarda etkisi olmadığı saptanmıştır. Bursa ilinde yaptığımız araştırmada ise demografik değişkenler ile iş tatmini ya da iş ile ilgili yaşanan problemler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun en büyük nedeninin, demografik değişkenlerden bağımsız olarak, aile hekimlerinin iş ile ilgili problemlerinin ve çalışma koşullarının iş tatminlerini etkileme konusunda daha ağır basmasıdır. Yaş, cinsiyet, medeni durum ve kıdem farketmeksizin, hekimlerin sistem ve çalışma koşulları ile ilgili olan problemleri iş tatminsizliğine neden olmakta ve

hekimlerde motivasyon düşüklüğü yaratmaktadır. Bu açıdan, sistemin gözden geçirilmesi, eksikliklerin giderilmesi ve periyodik olarak hekimlerin hangi konuda problem yaşadıkları konusunda yetkili kişilerin hekimlerle bir araya gelip, bir çözüm masası oluşturmalıdır. Zira, oluşan problemlerin genelde sistemle ilgili olduğu gibi bir sonuç ortaya çıksa da, yeni oluşturulan her sistemde problemler olması olağan gibi düşünülecektir. Ancak, farklı ülkelerinde de yapılan araştırmalar sonucunda, yeni sisteme geçmeyen, olağan sistem ile devam eden ya da farklı bir uygulama ile işleyen bir çok sağlık sisteminde, sağlık çalışanlarının problemleri hemen hemen ortak gözükmektedir. Bu problemleri masaya yatırıp, ilgili tarafların görüşleri alınarak çözüm üretmeye çalışmaları, iş tatmin düzeylerinin artmasına yardımcı olacaktır.

2005 yılında pilot uygulamalar ile birlikte, ülkemizin genelinde Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında aile hekimliği sistemine geçiş yapılmıştır. ‘‘Sağlıkta Reform’’ olarak adlandırdığımız bu süreç, sistem değişikliği ile ve uygulama farklılıkları ile ilk başta hekimleri ve hizmet alan hastaları etkilemiştir. Bu reform süreci ve aile hekimliği uygulaması ile ilgili fazlasıyla spekülasyon, tartışma, belirsizlik ya da memnuniyet/memnuniyetsizlik durumları yaşanmıştır ki hala yaşanmaya devam etmektedir. Değişim durumlarında her kitlede ve her bireyde motivasyon ihtiyacı olacağı gibi, aile hekimlerinin de sistem ile ilgili güdüleyici etkenlere, tatmin edici unsurlara ve belirsizlikleri ortadan kaldırmaya yönelik uygulamalara ihtiyacı vardır. Sürekli değişen kurallar, yönetmelikler ve uygulamalar ve bununla birlikte sistemin içinde var olan hastalar hekimlerde tükenmişlik ve yorgunluk hissi yaratabilmektedir. Hekimlik mesleğinin sosyal yönünün de büyük olduğu hesaba katıldığında, bilgi ve becerilerinin yanı sıra, iyi bir iletişim yeteneği, sağlam bir motivasyon gücü ve işinden güçlü bir tatmin duygusu hissetmesi son derece önemlidir.

Aile hekimlerinde motivasyonun, tatminin sağlanması ve en çok şikayetçi olduğu problemlerin çözüme ulaştırılmaya çalışılması , birinci basamak hizmet alan hastaları da yakından ilgilendirmektedir. Bu açıdan öncelikle, hastaların; yani vatandaşların birinci basamak sağlık işleyişi hakkında iyi bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hastanın hakları ve hekimin hakları; hastaların talep edeceği hizmetler ve edemeyeceği durumlar, sevk sistemi gibi bilgiler hakkında topluma açıklayıcı bilgi ya da eğitim

verilmesi yerinde olacaktır. Bunun yanında, toplumda aile hekiminin (genel olarak tüm hekimlerin) imajını doğru vermek gerekmektedir. Hekimde toplumdaki herhangi vatandaştan birisidir, bir farkı yoktur, dolayısıyla toplumun hekimler hakkındaki yanlış imajının da değiştirilmesi gerekmektedir. Bu açıdan aile hekiminin hastası ile iyi bir iletişim kurabilmesi ve güven sağlaması çok önemlidir. Özellikle, hasta-hekim gizliliğinin korunması bu konuda kilit noktadır.

Hekim - hasta ilişkisinin yanında, bir diğer önemli unsur da, aile hekimlerinin talepleri ile devletin sağlık uygulamalarının birbiri ile örtüşmesidir. Bu konuda dengeyi sağlamak çok önemlidir. Daha önceki birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki uygulamalarda (SSK , sağlık ocakları), hasta şikayetleri daha fazla oranda iken, aile hekimliği uygulaması ile birlikte hekimlerin şikayetleri artmıştır. Devletin uygulamaları her iki tarafın haklarını da koruyacak şekilde yapılandırılmalıdır. Zira tüm taraflar bir kısır döngü içerisinde. Hastanın memnuniyetsizliği hekimi etkilemekte, hekim memnuniyetsizliği ise hastayı etkilemektedir. Bunun için devlet yetkilileri, sağlık sendikaları, sağlık dernekleri, hasta hakları ile ilgili kuruluşları ile bir araya gelip , uygulamaların olumlu ve olumsuz yönlerini masaya yatırıp, çözüm yolu üretmeleri yerinde olacaktır. Belirsizlik durumlarında, tarafları aydınlatacak , iletişimi kolay merciler oluşturulmalıdır.

Hekimlerin görev yaptığı bölge dolayısıyla ve kendilerine atanan hasta rakamları ile oluşan fazla iş yükü problem teşkil etmektedir. Bir aile hekimine en az 4000 kişi düşmektedir ve bu durum hekimlerde bunalmaya, iş tatminsizliğine ve tükenmişliğe yol açmaktadır. Devletin bu noktada yeni yüklemelere girişmemesi ve tayin noktalarını daha iyi analiz ederek belirlemesi yerinde olacaktır. Ayrıca, Aile hekimliği asistan sayısı da arttırılmalıdır. TUS ile sınava girerek asistan olmaya hak kazanan yeni hekimlerin kadrosunu çoğaltmak ve teşvikler sağlamak aile hekimi sayısını arttırmak bakımından yararlı olacaktır. Bununla beraber, son derece yoğun olan ASM lerde ki teknik ve fiziksel şartların yeniden düzenlenmesi ve bunun için daha fazla katkı payı verilmesi yerinde olacaktır.

Aile hekimliği uygulamasındaki performans sistemi ve performans durumuna bağlı ceza puanları da, hekimlerin memnuniyetsiz olduğu konuların başında gelmektedir.

Buna göre, Performans düşüklüğü durumunda verilen ceza puanları, aile hekimlerinin işe karşı güvensizliğini ve geleceğe karşı kaygılarını arttırabilmektedir. Zira, zaten bu durumda cezası maaş kesintisi olarak uygulanmaktadır. Bunun yanında bir de performans düşüklüğüne dayalı verilen ceza puanları motivasyon düşürücü bir unsur olarak sayılabilir. Performans kesintisinde bulunan başarı puanlarının düşürülmesi, bu durumu bir nebze ortadan kaldırılabilir. %90/ %95'e kadar olan başarı puanlarından kesintisi yapılmayabilir. Ayrıca performans kesintilerinin, itiraz, savunma ve kanıtlamalar yapıldıktan sonra yapılması daha adil olacaktır. Bunun yanında, performans sisteminin getirdiği "kısa sürede çok hasta bakmak" durumu da, hem hastalar açısından hem de hekimler açısından dezavantaj oluşturabilmektedir. Bekleme sürelerinin azaltılması için uygulanan bu yöntem, bu sefer hekimin hasta ile yeterince ilgilenememe durumuna yol açabilir ve yine hasta bunu şikayet unsuru olarak aktarabilir. Bu açıdan hastanın niteliğine göre bir zaman kısıtlaması getirilmesi her iki taraf içinde yararlı olacaktır.

Hekime yönelik fiziksel ve psikolojik şiddet konusunda da önlem alınmalıdır. Sadece ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerde görev yapan uzman hekimler değil; birinci basamakta hizmet veren aile hekimleri de psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bunun için gerek medya aracılığı ile gerek basın yoluyla ya da billboardlar ile halkın bilinçlendirilmesi ve bu konuda farkındalık yaratılması son derece önemlidir.

Hastaların şikayette bulunduğu "alo 184" hattı ile ilgili düzenlemeler de yapılmalıdır. Hasta haklarının korunması ve şikayet platformu oluşturulması yerinde ve demokratik bir uygulama olsa da, sistemin işleyişinde ki hatalar yüzünden bir çok hekim mağdur duruma da düşmektedir. Yerli yersiz yapılan şikayetler, hastanın sistemi bilmemesinden kaynaklanan bildirdiği sorunlar hekimlere soruşturma açılması ile sonuçlanabilmekte, ve bu konuda hatalı olmayan hekimlerde zorlu prosedürler ile uğraşabilmektedir. Bunun için yine, halkın bilinçlendirilmesi birinci sırada önem teşkil etmektedir. Şikayetler sonucunda soruşturma açılmadan önce ise kapsamlı bir araştırma yapılmalıdır. Alo 184 şikayet hattını arayan hastaların isim/kimlik verme zorunluluğu da bulunmamak da ve şikayetleri eleme mercii bile bulunmamaktadır. 2012 yılında bu nedenle intihar eden bir aile hekimi bulunmakta

ve belirtilen şikayetin de geçerliliği olmadığı belirtilmiştir. Bu nedenle, şikayet hattında bir sağlık hukukçusunun da görev yapması daha yerinde olacaktır.

Geçmiş yılların birinci basamak pratisyen hekimleri; sistem içerisinde şikayetçi olmaktan ziyade, şikayet edilen taraftı. Bunun hastalar açısından birçok haklı gerekçesi bulunmakla birlikte, yeni sistem içerisinde hastaların aile hekimlerine karşı önyargısının olması olağandır. Söz gelimi hastasıyla ilgilenmeyen, soğuk tavırlar sergileyen ya da keyfi olarak fazla bekleten hekimler hastaların şikayetçi olduğu bir konu olarak düşünülmekteydi. Uygulamaya konulan aile hekimliği sisteminde ise, hekimler istemese dahi, mevcut şikayet hatları, ceza puanları ve performans puan kesintileri dolayısı ile geçmişte yaşanan olumsuz durumları sergilemekten kaçınılmaktadırlar ki sistemde bunu gerektirmektedir. Hasta, yani vatandaş açısından olumlu bir gelişme olan bu durum, geçmiş durumların günümüze getirdiği ön yargılar ile hastaları halen etkilemektedir diyebiliriz. Ayrıca halen hastalarla olan bu olumsuz iletişimi sürdüren hekimler mevcut ise, bu hastaların olumsuz düşüncelerini daha da etkilemekte ve şikayet oranları artmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, aile hekimlerinin hastalar ile ilişkilerinde daha anlayışlı, daha sabırlı, daha ilgili olması , bu olumsuz tepkileri hekimlerin kendi lehine çevirecektir. Neticede adeta bir kısır döngü durumu olarak hasta-hekim etkileşimi bu açıdan hastaya da, aile hekimine de olumlu bir katkı yapacaktır. Her şeyden önce unutulmamalı ki; hasta olan vatandaş talep eden; hekim ise arz edendir. Dolayısı ile, bu "iş" ilişkisinde, özellikle var olan sistem içinde hekim bir olumsuz geri dönüş alıp ceza puanı almak istemiyor ise, hasta ile olan iletişimini her zaman daha iyiye yönlendirmek durumundadır.

Sonuç olarak, araştırma alanımız olan Bursa dahil tüm illerde görev yapan aile hekimlerinin sorunları birbirine paralel gözükmektedir. İş yükü, iş stresi, çalışma koşulları, fiziksel/psikolojik şiddet, yanlış imaj gibi unsurlar aile hekimlerinin motivasyonunu düşürmekte ve psikolojisini bozmaktadır. Devletin hem vatandaşlara hem de hekimlere eşit yaklaşması gerekmektedir. Her iki tarafında hakları korunmalı, her iki tarafında problemleri iyi analiz edilmelidir.

## KAYNAKÇA

- AANES, Unni., E. B. Larsen; “General Practise In Norway- Increasing its Popularity?”, *UEMO*, <http://www.uemo.eu/national-sections/10-norway.html>, 22.08.2014.
- ADAŞ, E. B., O.Elbek, K. Bakır; (2008), “Hekimlere Yönelik Şiddet Ve Hekimlerin Şiddet Algısı, *Gaziantep-Kilis Tabibler Odası Şiddet Raporu 1*, s.4-38, <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/gaziantepsiddet.pdf>, 12.09.2014.
- AĞDEMİR, Hasan; (2012), *Sağlık Sektöründe Aile Hekimliğinin Yeri Ve Önemi ile Hizmetten Yararlananların Ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Çag Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- AĞIRBAŞ,İ., Y.Çelik, H.Büyükkayıkçı; (2005), “Motivasyon Araçları Ve İş Tatmini: Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Hastane Başhekim Yardımcıları Üzerine Bir Çalışma”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:8, Sayı:3, s.327-349. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hacettepesid/article/view/5000046405>.
- AHN, N., J. R. Garcia; (2001), “ Job Satisfaction In Europe”, <http://web.ua.es/jelalicante/Ahn-Garcia.pdf>, 07.02.2015.
- AHRQ; (2011), “Primary Care Workforce Facts And Stats No .1”, <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/primary/pcwork1/pcwork1.pdf>, 12.11.2014.
- AK, Muharrem; (2010), “Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt 17, Sayı 4, s.403-405, <http://www.arastirmax.com/system/files/dergiler/5674/makaleler/17/4/arastirmax-akademik-bir-disiplin-olarak-aile-hekimligi.pdf>.
- AKBAL, Bilge; (2010), *Bankalarda Uygulanan Performans Değerlendirme Kriterlerinin, Çalışanların İş Tatminleri Üzerindeki Etkilerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması: Ankara İli Özel Ve Kamu Bankaları Karşılaştırması*, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

AKDAĞ, R., S. Mollahaliloğlu, H. Gürsöz, B. Ayar; (2010), ‘‘Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama (Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi)’’, *Hıfzıssıhah Müdürlüğü TC.Sağlık Bakanlığı Yayınları*, s.11-65.

AKDAĞ, Recep; (2008), ‘‘Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı’’, TC. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 749, s.5-137.

AKDAĞ, Recep; (2004), ‘‘Aile Hekimliği Türkiye Modeli’’ Editor: Sabahattin Aydın, Mavi Ofset Yayıncılık, Ankara.

AKDUR, Recep (1999), ‘Türkiye’de Sağlık Sistemi İle Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması’’, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları*, Ankara.

AKSAKOĞLU, G., B. Kılıç, R.Uçku; (2003), ‘‘Aile Hekimliği Modeli/ Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir’’, *Toplum Ve Hekim Dergisi*, Sayı: 18, s.1-10.

AKTAŞ, E. Ve Gürol Çakır; (2012), ‘‘Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması’’, *Ege Tıp Dergisi*, Cilt 51, Sayı 1, s.21-29.

AKTÜRK, Zekeriya ve Nezih Dağdeviren (2004), ‘‘Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Milles ve Willard Raporları), *TAHUD* , Edirne.

ALAGÖZ, Ö. U., D. Tengilimoğlu, D. Ünalın; (2010), ‘‘ Kayseri İli Develi İlçesi’nde Hizmet Kullanıcılarının Bakış Açısı İle Aile Hekimliği Sistemi’’, *2.Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

ALANYALI, Kemal; (2006), ‘‘ Örgütsel Stres Kaynaklarının İş Tatminine Olan Etkilerinin Tükenmişlik Ve Dinçlik (Çoşku) Etkileri Bağlamında İncelenmesi’’, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ALGIN, K., İ. Şahin, M. Top; (2004); ‘‘Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları Ve Çözüm Önerileri’’, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 7, Sayı:2, s.250-272.

ALİYEVA, Aynura; (2013), “Çalışanların Örgütsel Adalet Algularının İş Tatmini Üzerindeki Etkisine Yönelik Bir Araştırma”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ALLEN, Justin., B.Gay, H.Crebolder, J.Heryman, I.Svab ve P.Ram; (2005), “Aile Hekimliği Avrupa Tanımı”, Çev., Okay Başak ve Esra Saatçi, *TAHUD Yayınları*, s.13-47.

ATEŞ, M. F., İ. Tokmak, H. Turgut; (2013), “Sağlık Çalışanlarının Mesleki Doyum Düzeylerinin, Örgütsel Bağlılıklarına Ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi”, *Sakarya Üniversitesi 1.Örgütsel Davranış Kongresi Bildiriler Kitabı*, s. 81-85.

ATEŞOĞLU, D., E. Çiftçi; (2014), “ Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2012”, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No:932, <http://www.sagem.gov.tr/EUROPEPRapor.03032014.pdf>, 20.11.2014.

AYDIN, Sebahattin; (2010), “Sosyalizasyondan Aile Hekimliğine”, *Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Dergisi*, Sayı:15, Haziran-Temmuz-Ağustos, s.8-11..

AYDOĞAN, Ümit; (2005), “Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti”, Uzmanlık Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi.

AYTAÇ, Serpil (2000), *İnsanı Anlama Çabası*, 1.Baskı, Ezgi Kitapevi, Bursa.

BALCI, Ali (1983), “İş Doyumu ve Eğitim Yönetimine Uygulanması” *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 16, Sayı 1, s.575-585, [http://dergiler.ankara.edu.tr/detail.php?id=40&sayi\\_id=513&makale\\_id=6370](http://dergiler.ankara.edu.tr/detail.php?id=40&sayi_id=513&makale_id=6370).

BARUTÇUGİL, İsmet (2004), *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*, 1.Baskı, Kariyer Yayıncılık, İstanbul.

BAYINDIR, Ülkü ve Halil İ.Durak; (2008), “Türkiye’de Tıp – Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim Ve İnsan Gücü Planlaması: Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu”, *Tıp- Sağlık Bilimleri Konseyi Başkanlığı*, s.2-43.



BAYKAN, Z., F. Çetinkaya, M. Naçar, A. Kaya ve Ü. Işıldak; (2014), ‘‘Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları Ve İlişkili Faktörler’’, *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, Cilt: 18, Sayı:2, s.121-132.

BAYSAL, Y. Hasret., N. Hacıoğlu, E. Yıldız, S. Öztürk; (2014); ‘‘Birinci Basamakta Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Durumundan Memnuniyet Durumları Ve Bu Konudaki Görüşleri’’, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt:2, Sayı:1, s.22-29.

BEKMEZCİ, Mustafa., İ. S. İbrahim; (2013), ‘‘Çalışanların İş Tatmininin Yaşam Tatminini Yordamasında Kamu Ve Özel Sektör Farklılığı’’, *Sakarya Üniversitesi 1. Örgütsel Davranış Kongresi Kitabı*, s.172-182,

BİLGİÇ, Reyhan; (2008), ‘‘ İş Özellikleri Kuramı: Geniş Kapsamlı Gözden Geçirme’’, *Türk Psikoloji Yazıları*, Cilt 11, Sayı 22, s.66-77.

BODENHEIMER, Thomas ve Kevin Grumbach; (2009), ‘‘Birinci Basamağın Geliştirilmesi: Daha İyi Uygulamalar İçin Stratejiler ve Araçlar’’, çev., Nafiz Bozdemir ve Esra Saatçi, Adana Nobel Kitapevi, Adana.

BOSTAN, Sedat ve Kamile Havvatoğlu; (2014); ‘‘Eurotep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması’’, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 3: Sayı: 4, s.1067-1078.

BOZKURT, Öznur., İ. Bozkurt; (2008)’’ İş Tatminini Etkileyen İşletme İçi Faktörlerin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması’’, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, CİLT:9, Sayı:1, s.1-18, [http://akademikpersonel.duzce.edu.tr/oznurbozkurt/diger/oznurbozkurt05.04.2010\\_11.53.51diger.pdf](http://akademikpersonel.duzce.edu.tr/oznurbozkurt/diger/oznurbozkurt05.04.2010_11.53.51diger.pdf), 22.09.2014.

BÖLÜKBAŞI, A. Gül ve D. Ç. Yıldıztan; (2009), ‘‘Yerel Yönetimlerde İş Tatminini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Alan Araştırması’’, *Marmara Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:27, Sayı:2, s.345-366. <http://dosya.marmara.edu.tr/ikf/iib-dergi/2009-2/bolukbasi-camur.yildirtan.pdf>, 29.10.2014.

CAMPDEN HEALTH; (2013), ‘‘ A Survey Of Job Satisfaction Among Primary Healthcare Workers, *Campden Health Research*, s.2-22, <http://occmmed.oxfordjournals.org/content/52/6/353.full.pdf>, 08.02.2015.

CANŞEN, Fulya ;(2010), ‘‘Almanya’da Aile Hekimliği Sistemi Çöküyor’’, *Ntvmsnbc Avrupa*, <http://www.ntv.com.tr/arsiv/id/25146976/#storyContinued>, 22.08.2014.

ÇAĞLAYANER, Haluk; (2005), ‘‘Dr. Robert Rakel’’, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt:9, Sayı:1, s.48, <http://www.turkailehekderg.org/makaleler/aile-hekimliginden-haberler/dr-robert-rakel/>, 11.11.2014.

ÇARIKÇI, H. İlker; (2004), ‘‘Hizmet İşletmelerinde Çalışan Kamu ve Özel Sektör Personelinin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması’’, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 37, Sayı 4, s.83-95.

CHAULAGAIN, N., D.K. Khadka; (2012), ‘‘ Factors Influencing Job Satisfaction Among Healthcare Professionals At Tilganga Eye Centre, Kathmandu, Nepal’’, *International Journal Of Scientific & Technology Research*, Vol.:1, Issue:1, s.32-36, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.299.9328&rep=rep1&type=pdf>, 09.02.2015.

ÇİLEKLİOĞLU, Ö., Z. Öcek, U. Yücel, R.Özdemir, M. Türk ve Ş. Taner; (2013), ‘‘ Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?, *Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi*, Ankara.

ÇİMEN, Mesut ve İsmet ŞAHİN; (2000), ‘‘Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi’’, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 5, Sayı 4, s. 53-66.

ÇORUM TABİB ODASI; (2015), ‘‘Cumartesi Nöbet Uygulaması Hakkındaki Duyuru’’, <http://www.corumtabip.org/?p=2579>, 03.01.2015.

ÇUHACI, Mustafa (2014), *Hekimin Hak Ve Yükümlülükleri*, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.

DEMİRDİZEN, Hüseyin (2007), ‘‘Aile Hekimliği ve Genel Pratistenlik’’, Editörler: CAN, Muhammed, *Türkiye’de Sağlık Politikası Üzerine Yazılar*, Mutlu Basım Yayım, s.564-566

DESMOND, Joanne ve Lanny R.Copeland; (2010), *Günümüz Hastasıyla İletişim*, Çev., Deniz Yamaç ve Erüment Tekin, Efil Yayınevi, Ankara.

DİZDAR, Yavuz; (2010), ‘‘Sağlık Sorunlarımızın Çözümünde Danimarka Bir Model Olabilir mi?’’, *Medimagazin*, <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-saglik-sorunlarimizincozumunde-danimarka-bir-model-olabilir-mi-1-11-29982.html>, 23.08.2014.

DÜZCE SAĞLIK-SEN; (2015), ‘‘Aile Hekimliği Nöbet Uygulaması Eylem Kararı’’, <http://duzcesaglikksen.org.tr/haber-detay-aile-hekimligi-nobet-uygulamasi-eylem-karari-147.html>, 03.01.2015.

EDİRNE, T., D. K.Avcı ve B. Atmaca; (2009), ‘‘Van İlinde Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti: Ankete Dayalı Kesitsel Çalışma’’, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt:13, Sayı: 3, s.137-147.

EFİL, İsmail (1999), *İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon*, 6.Baskı, Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul.

EĞİNLİ, A. Temel; (2009), ‘‘Çalışanlarda İş Doyumu: Kamu ve Özel Sektör Çalışanlarının İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma’’, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, Cilt 23, Sayı 3, s. 35-51.

EKİCİ, Tülay ve Ziyet Özçelik; (2012), ‘‘Hekimlerin Fazla Çalışma Süresi, Nöbet, Fazla Çalışma Ücreti, Dinlenme Ve İzin Hakları’’, *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, Ankara.

ELBEK, Osman ve E.Baki Adaş; (2009), ‘‘Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme’’, *Türkiye Psikiyatri Derneği*, Cilt.12, Sayı:1, s.33-43.

ERDAL, R., E.Sezer, N. Bozdemir, A.Palanduz, A. Çaylan; ( 2010), ‘‘Aile Hekimliği Anabilim Dallarının Aile Hekimliği Uygulaması Ve Eğitimlerinin Bugünü ve Geleceği

İlgili Değerlendirmeleri , Görüş Ve Önerileri”.  
aile.atauni.edu.tr/duyurular/2010/...09ailehekimligi/grup4gorusleri.ppt.

ERDEM, A. Rıza; (1998), “Süreç Kuramlarının Eğitim Yönetimine Katkıları”,  
*Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı:4, s. 51-57,  
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pauefd/article/view/5000056467>, 29.10.2014.

ERDİL, Oya., H. Keskin, S. Z. İmamoğlu, S. Erat; (2004), “Yönetim Tarzı Ve Çalışma Koşulları, Arkadaşlık Ortamı ve Taktir Edilme Duygusu İle İş Tatmini Arasındaki İlişkiler: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama”,  
*Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Cilt:5, Sayı:1, s.17-26, <http://journal.dogus.edu.tr/index.php/duj/article/view/160>, 22.09.2014.

ERKENEKLİ, M., A. Tabak, M. Polat; (2008), “Modern Yaklaşımlar Işığında Örgütlerde Rol Çatışması İle Belirsizliği Arasındaki İlişki Ve Çözüm Önerileri”,  
*Kara Harp Okulu Bilim Dergisi*, Cilt:18, Sayı:1, s.52-66,  
<https://www.academia.edu/2939263/> , 21.09.2014.

ERONAT, Zeynep; (2004), *İşletmelerde İş Tatmini Ve İşgücü Devir Hızı Problemlerinin Çözümünde Bir Faktör Olarak İletişim: Kobi' lerde Ampirik Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ERŞAN, E., G. Yıldırım, O. Doğan ve S. Doğan; (2012), “Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Ve Algılanan İş Stresi Ve Aralarındaki İlişkilerin İncelenmesi”,  
*Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Sayı: 14, s. 115-121.

ERTEM, M., T. İnandı, G. Çan, A. Ergör, T. Şaşmaz, F. Ayoğlu, M. Kaya; (2012),  
“*Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Sağlık Raporu 2012*”, s.1-5.

FINCHAM, Robin., P. Rhodes; (2005), *Principles Of Organizational Behaviour*, Fourth Edition, Oxford University Press.

FİŞEK, Nusret; (1991), “Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaştırmamış Yazıları 1: Sağlık Yönetimi”,  
[http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/13.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html), 07.11.2014.

GÖKTAŞ, Paşa; (2011), “Sağlık Sisteminin Olumlu Ve Olumsuz Yanları – Riskleri”,  
<http://www.saglikaktuel.com/yazi/saglik-sisteminin-olumlu-ve-olumsuz-yanlari-riskleri-6508.htm>, 04.10.2014.

GÖKTAŞ, Paşa; (2014), ‘‘Almanya Ve Fransa Sağlık Sistemlerinden Yararlanılarak, Sağlık Alanında Türkiye’de Nasıl Bir Yol İzlenmelidir?’’, <http://www.tiplab.org/Haberler.aspx?HaberId=407>, 11.11.2014..

GRUMBACH, Kevin., J.Selby, C.Damberg, A.Bindman, C.Quesenberry, A.Truman, C.Uratsu; (1999), ‘‘Resolving the Gatekeeper Conundrum: What Patients Value İn Primary Case and Referrals To Specialists’’, JAMA, Vol.281, No:3, 261-266.

GÜLER, B. KÜMBÜL (2006), *Çalışma Hayatında Öğrenilmiş Çaresizlik*, Liberte Yayınları, Ankara.

GÜNEY, Semra; (2007), *Yönetim ve Organizasyon*, 2.Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

GÜVEN, E. Özlem; (2013), ‘‘Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti Nasıl sağlanır?’’, *Hospital Manager Dergisi*, s.78-79.

GÜVERCİN, H.Cemal; (2004), ‘‘Sosyal Güvenlik Kavramı Ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi’’, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt:57, Sayı:2 s.89-95.

HALİLOĞLU, Selin; (2014), ‘‘LOVAH-WES Hollanda Değişim Programı Deneyimlerim’’, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt 18, Sayı 1 , s.3-6.

HAZİNE MÜSTEŞARLIĞI; (2011), ‘‘Politika Analizi Raporu: Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması’’,

<http://www.sgb.gov.tr/IPA%20Projesi/1.%20Bile%C5%9Fen%20-%20E%C5%9Fle%C5%9Ftirme/E%C4%9Fitim/5.%20Kamu%20De%C4%9Feri%20-%20Politika%20Analizi%20ve%20De%C4%9Ferlendirme/T%C3%BCrk%C3%A7e%20Dok%C3%BCmanlar/Politika%20Analizi%20Grup%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Fmas%C4%B1/3.%C3%87al%C4%B1%C5%9Fma%20ve%20Nihai%20Raporlar%20%2827%20May%C4%B1s%202011%29/TR080206-Akt%201%202%203-Politika%20Anz%20Rap-Hazine%20%C3%96%C4%9Fle.pdf>, 10.12.2014.

HIZAL, Abdullah; (2013), ‘‘Aile Hekimliği Uygulamasında Nöbet Hizmeti’’, *TAHUD*, <http://www.tahud.org.tr/hukuk/duyurular/aile-hekimligi-uygulamasinda-nobet-hizmeti/656>, 08.11.2014.

İÇERLİ, Leyla; (2010), ‘‘Örgütsel Adalet: Kuramsal Bir Yaklaşım’’, *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, Cilt:5, Sayı:1, s.68-88. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/girkal/article/download/5000056179/5000053388>. 20.11.2014

İSTABİB; (2013), ‘‘25.01.2013 Tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Hakkında Hukuki Değerlendirme’’, <http://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/ahyonetmelik25.01.2013.pdf>, 20.09.2014.

İSTABİB; (2014), ‘‘ Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usül ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik Hakkında Hukuki Değerlendirme’’, *İstanbul Tabib Odası Hukuk Bürosu*, <http://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/itoahod.doc>, 20.09.2014.

İSTAHED; (2013), ‘‘İSTAHED Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalışması’’, [www.istahed.org.tr/dosya-indir-istahed\\_sorunlar\\_ve\\_cozum\\_onerileri-33](http://www.istahed.org.tr/dosya-indir-istahed_sorunlar_ve_cozum_onerileri-33).

İŞCAN, Ö. Faruk ve M. Kürşat Timuroğlu; (2007), ‘‘Örgüt Kültürünün İş Tatmini Üzerine Etkisi Ve Bir Uygulama’’, *Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:21, Sayı:1, s.120-133. <http://e-dergi.atauni.edu.tr/atauniiibd/article/view/1025003723>.

KAARNA, Marina; (2007), ‘‘The Importance Of Job Satisfaction In Hospital Quality Process’’, *Nordic School Of Public Health*, [http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/publikationer/mph/2007/mph2007-4\\_marina\\_kaarna.pdf](http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/publikationer/mph/2007/mph2007-4_marina_kaarna.pdf), 08.02.2015.

KANE, Leslie; (2014), ‘‘Medscape Physician Compensation Report: 2012 Results’’, <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2012/public>, 12.11.2014.

KAPLAN, İrfan; (2011), ‘‘Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve İş Tatmini İlişkisi; Konya Emniyet Teşkilatı Üzerine Bir Uygulama’’ Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

KARAHAN, Atila; (2009), ‘‘ Hekimlerin Örgütsel Bağlılık Ve İş Tatmini İlişkisinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Örneği’’, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, S:23, <http://asosindex.com/journal-article-abstract?id=14050#.VPEulfmsW58>, 09.02.2015.

KARCIOĞLU, F., S. Akbaş, ‘‘İş Yerinde Psikolojik Şiddet Ve İş Tatmin İlişkisi’’, Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:24, Sayı: 3, s.139-160, <http://e-dergi.atauni.edu.tr/atauniiibd/article/view/1025006524>, 07.02.2015.

KARADENİZ, Fırat; (2014), ‘‘Sağlıkta Şiddet’’, <http://www.ahef.org.tr/Makale/21/SAGLIKTA-SIDDET.aspx#.VMBSLUesW59>, 03.10.2014.

KAYA, İlke; (2010), ‘‘Otel işletmelerinde İşgörenlerin İş Tatminini Etkileyen İş Bırakma Eğilimi’’, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 19, Sayı: 2, s.219-236, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/cusosbil/article/download/5000001430/5000002121>, 22.08.2014.

KAYA F. Şule., B. Yıldız, H. Yıldız; (2013), ‘‘Herzberg’in Çift Faktör Kuramı Açısından İlköğretim 1.Kademe Öğretmenlerinin Motivasyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi’’, *Akademik Bakış Dergisi*, Sayı:39, s.1-18. <http://www.akademikbakis.org/eskisite/39/01.pdf>

KEBRIA EI, A., M.S. Moteghed; (2009), ‘‘ Job Satisfaction Among Community Health Workers In Zahedan District, Islamic Republic of Iran’’, *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, Cilt:15, S:5, s.1156-1163, [http://applications.emro.who.int/emhj/1505/15\\_5\\_2009\\_1156\\_1163.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/emhj/1505/15_5_2009_1156_1163.pdf?ua=1), 08.02.2015.

KESER, Aşkın; (2005),’’İş Doyumu Ve Yaşam Doyumu İlişkisi: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama’’, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Cilt 4, Sayı 7, s. 77-93.

KESER, Aşkın ; (2011), *Çalışma Psikolojisi*, 2.Baskı, Ekin Kitapevi, Bursa.

KILIÇ, Taşkın; (2012), ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı Ve Sağlık Sisteminin Son 10 Yılı’’, <http://www.personelsaglik.com/saglikta-donusum-programi-ve-saglik-sisteminin-son-10-yili-makalesi-16.html>, 07.11.2014.

KOÇYİĞİT, Mehmet ve Murat ÜNLÜÖNEN; (2013), ‘‘Sağlık İşletmelerinde Fazla Çalışmanın Neden Olduğu Sağlık Problemleri (Kroshi)’’, *1.Örgütsel Davranış Kongresi Bildiriler Kitabı*, Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi, Sakarya.

KORUKLUOĞLU, S., Y.Üstü, İ.Kasım, R.Doğusan ve A.Hacımamağaoğlu; (2004), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Mavi Ofset, Ankara.

KURT, Türker; (2005), ‘‘Herzberg’in Çift Faktörlü Güdüleme Kuramının Öğretmenlerin Motivasyonu Açısından Çözümlemesi’’, *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt:25, Sayı:1, s.285-299. <http://www.gefad.gazi.edu.tr/window/dosyapdf/2005/1/2005-1-285-299-19-terkerkurt.pdf>.

KUZUGİL, Şebnem; (2012), ‘‘ Kamu Hastaneleri Çalışanlarında İş Tatmini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Çalışma’’, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt: 41, Sayı:1, s. 129-139. <http://www.ifdergisi.org/index.php/ifdergi/article/view/200>.

LİU, A.J., Q. Wang, Z. X. Lu, ‘‘ Job Satisfaction And Its Modeling Among Township Health Center Employees: A Quantitative Study In Poor Rural China’’, *BMC Health Services Research*, Cilt:10, Sayı:115, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/115>, 08.02.2015.

MAGNUSSEN, Jon; (2009), ‘‘The Scandinavian Healthcare System’’, Essay Series, s.63-68., [www.siemens.com/healthcare-magazine](http://www.siemens.com/healthcare-magazine).

MAGNUSSEN, Jon., K. Vranbaek, R. B. Saltman; (2009), ‘‘Nordic Healthcare Systems- Recent Reforms and Current Policy Challenges’’, *European Observatory On Health Systems And Policies Series*, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/98417/E93429.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98417/E93429.pdf?ua=1), 06.09.2014.



MAMEDOV, Barysh; (2013), “ İş Tatmini Ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

MEDİHABER; (2011), “Aile Hekimliği Memnuniyet Anketi Sonuçları: 2011”, <http://www.medihaber.net/2011/08/11/aile-hekimligi-memnuniyet-anketi-sonuclari/>, 04.01.2015.

MEDİKAL AKADEMİ; (2013), “ Aile hekimi sayısı 21 bine toplam hekim sayısı ise 130 bine ulaştı”, <http://www.medikalakademi.com.tr/aile-hekimi-sayisi-doktor-saglik-bakani/>, 07.11.2014.

MEDİMAGAZİN; (2013), “ Aile Hekimlerine Acil Nöbetinde Hollanda Modeli Önerisi”, <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/aile-hekimligi/tr-aile-hekimlerine-acil-nobetinde-hollanda-modeli-onerisi-2-21-54348.html>, 03.09.2014.

MOLLAHALİLOĞLU, S., M. Kosdak, Y. Sanisoğlu, D. Boz, A. Demirok; (2010), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta memnuniyeti”, Editör: Recep Akdağ, Umumi Hıfzıssıhha Müdürlüğü, s.1-250.

MUTLUPOYRAZ, Fatih; (2013), “ Ankara’da ki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması”, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

NAZLIOĞLU, Serpil ve Elif İşlek; (2014), “Dünya Sağlık Örgütü İş yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi: Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması”, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, s.1-46. [http://www.sagem.gov.tr/isyukune\\_dayali\\_personel\\_ihtiyaci.pdf](http://www.sagem.gov.tr/isyukune_dayali_personel_ihtiyaci.pdf).

NIKIC, D., M. Arandjelovic, M. Nikolic, A. Stankovic; (2007), “Job Satisfaction In Health Care Workers”, *Nis Faculty Of Medicine*, <http://publisher.medfak.ni.ac.rs/2008-html/4-broj/JOB%20SATISFACTION%20IN%20HEALTH%20CARE%20....pdf>, 08.02.2015.

OECD; (2008) “ OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye”, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>.

ONARAN, Oğuz ; (1981), *Çalışma Yaşamında GÜdülenme Kuramları*, Sevinç Matbaası, Ankara.

ÖNAL, Emel; (2010), “ Türkiye’de Sağlık Politikaları”, <http://www.pitt.edu/~super7/9011-10001/9561.ppt>, 20.09.2014.

ÖZCAN, S., İ. Ünlüoğlu; (2008), “Dünyada Ve Türkiye’de Aile Hekimliği”, *Aile Doktorları İçin Kurs Notları*, TC. Sağlık Bakanlığı, s.24-32.

ÖZDEMİR, A. Rıza; (2012), “Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması Ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ÖZDEVELİOĞLU, M., M. Karaca, Ö. Demirtaş, A. Bayram; (2013), “Mesleki Stres Ve Tükenmişliğin Zihinsel Kayıplar (Cognitive Failure) Üzerine Etkisi”, *Sakarya Üniversitesi 1.Örgütsel Davranış Kongresi Bildiriler Kitabı*, s.7-16.

ÖZKALP, Enver ve Çiğdem Kirel (2010), *Örgütsel Davranış*, 4.Baskı , Ekin Basım Yayım ,Bursa.

ÖZTÜRK, G., M. Çetin, N. Yıldırım, Y.Z. Türk, T. Fedai; (2012), “Hekimlerde Tükenmişlik Ve İş Doyum Düzeyleri”, *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, Cilt:6, Sayı:10, s.239-245, <http://ajcionline.org/index.php/ajci/article/view/679/542>, 07.02.2015.

ÖZYURT, Ali (2004), “İstanbul Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri”, , Yüksek Lisans Tezi, Türk Tabipler Birliği Odası yayımları, İstanbul.

ROUT, U. ;(1999), “Gender Diffrences in Stress ,Satisfaction and Mental Wellbeing Among General Practioners in England”; Vol.:4, Issue:4, s.345-354, [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/135485099106081?journalCode=cphm20#.VPEtT\\_msW58](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/135485099106081?journalCode=cphm20#.VPEtT_msW58), 07.02.2015.

SAATÇI, E., N.Bozdemir ve E. Akpınar; (2006), “Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği”, *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, Cilt 10, Sayı 2, s.79-86.

SABUNCUOĞLU, Zeyyat (2011), *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Beta Basım A.Ş., 5.Baskı, İstanbul.

SABUNCUOĞLU, Z., M. TÜZ (1998), *Örgütsel Psikoloji*, Alfa Basım Yayım Dağıtım, 3. Baskı, İstanbul.

SAĞLIK TESİSLERİ İŞLETMESİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI; (2014), ‘‘Dünya Sağlık Sistemleri’’, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, 21.08.2014.

SALAM, A., M. A. Helalah, S.L. Jorissen, K. Niaz, A. Mansaur, A. L., Quarni; (2014), ‘‘Job Stress And Job Satisfaction Among Health Care Professionals’’, *European Scientific Journal*, Vol.10, N:32, p.156-173, <http://www.eujournal.org/index.php/esj/article/download/4549/4389>, 10.02.2015.

SARAÇLI, T. Sinan; (2009), ‘‘ Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi: İzmir İli Pilot Uygulaması’’, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

SARGUTAN, A. Erkal; (2010), ‘‘84 Ülke Ve Türkiye’nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri’’, <http://www.sargutan.com/page17.html>, 22.08.2014.

SAT, Sultan; (2011), *Örgütsel Ve Bireysel Özellikler Açısından İş Doyumu İle Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki; Alanya’da Banka Çalışanları Üzerine Bir İnceleme*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

SEÇER, Barış; (2012) ‘‘İçsel İşten Ayrılma: Nedenleri, Ölçülmesi ve Önlenmesi’’, Editörler: KESER, A., G. Yılmaz, S. Yürür, *Çalışma Yaşamında Davranış: Güncel Yaklaşımlar*, Umuttepe Kitapevi, Kocaeli. s.547-564.

SEMERCİ A. Sinan; (2005), *İş Motivasyonu Ve Sonuçları: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası’nda Bir Uygulama*, Uzmanlık Yeterlilik Tezi, Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası İnsan Kaynakları Genel Müdürlüğü.

SEVİMLİ, F., Ö. F. İşcan; (2005), ‘‘Bireysel Ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu’’, *Ege Akademik Bakış Dergisi*, Cilt:5, Sayı:12, s.55-64, <http://asosindex.com/journal-article-abstract?id=6397#.VPEcdfmsW58>, 07.02.2015.

SIĞRI, Ünal., N.Basım; (2006), ‘‘İş Görenlerin İş Doyumu İle Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Analizi: Kamu Ve Özel Sektörde Karşılaştırmalı Bir Araştırma, *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Sayı:12, s.131-154, <http://iibf.erciyes.edu.tr/kutuphane/petas/petas.php?skip=0&keyword=%C3%9CNAL+SI%C4%9ERI++NEJAT+BASIM&type=5>, 02.09.2014.

SİLÂH, Mehmet (2001), *Çalışma Psikolojisi*, Selim Kitapevi, Ankara.

SOMUNCUOĞLU, A. Banu; (2013), *Psikolojik Güçlendirme Ve İş Tatmini Arasındaki İlişki Ve Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

SÖYLEYİCİ, Tancu; (2010), ‘‘Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması’’, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

SPERSCHNEIDER, L. A., M. Skrowny, M. S. Kelstrup, S. S. Nielsen; (2012), ‘‘Danish Doctors And Hospitals’’, *Faculty Of Health And Medical Sciences-University Of Copenhagen*, <http://sulim.ku.dk/research/wp6/DDH-engelsk.pdf>, 22.08.2014.

SUN, H. Özlem; (2002), *İş Doyumu Üzerine Bir Araştırma*, Uzmanlık Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Banknot Matbaası Genel Müdürlüğü.

SÜRAL Ö, Pınar ve Tayfun Topaloğlu (2008), ‘‘Motivasyonda Kapsam Kuramları’’, Editör: Celaleddin Serinkan, *Liderlik Ve Motivasyon*, Nobel Yayın Dağıtım, s.83-103.

ŞAHİN, Tayfun (2012), *Aile Hekimliği Hukuku*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul..

ŞAHİN. Alper; (2011), ‘‘Çalışma Yaşamının Kalitesi’’, *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, Yıl:23, Sayı:275, s.28-33, [https://anahtar.sanayi.gov.tr/Files/Pdfs/anahtar\\_kasim\\_2011.pdf](https://anahtar.sanayi.gov.tr/Files/Pdfs/anahtar_kasim_2011.pdf), 19.09.2014.

ŞENGÜL, Cengiz., F. Sönmezöz; (2012). ‘‘Motivasyon’’, *Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, <http://w3.gazi.edu.tr/~cafoglu/motivasyon1.htm>, 21.11.2014.

ŞENSOY, Nazlı., Ö.Alparslan, D. Nurhan, E.Atilla ve S. Karabekir; (2009), ‘‘Afyonkarahisar İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta

Memnuniyeti Araştırması”, *Journal Of Clinical And Analytical Medicine*, s.29-34, <http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1173.pdf>.

ŞİMŞEK, M. Şerif., A. Çelik, T. Akgemci ( 2008), *İşletme Becerileri Grup Çalışması*, Gazi Kitapevi, Ankara.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI; (2014), “ Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013”, *Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü*, Ankara.

TAHEV, (2014), “Hollanda”, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3>, 22.08.2014.

TAHUD; (2013), “2023 Yılında 15.000 Aile Hekimliği Uzmanı Hedefi Projesi”, <http://www.tahud.org.tr/guncel/dernek-haber/2023-yilinda-15000-aile-hekimligi-uzmani-hedefi-projesi/616>, 06.11.2014.

TEKİN, N., O.Başak, A.Yıldırım; (2010), “Türkiye’de Aile Hekimliğinin Kökenleri Ve Gelişimi: Yarım Yüzyıllık Bir Hekim Deneyimi”, *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, Cilt:14, Sayı:1, s.13-21.

TEKİNGÜNDÜZ, S., D. Tengilimoğlu; (2013), “Hastane Çalışanlarının İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık Ve Örgütsel Güven Düzeylerinin Belirlenmesi”, *Sayıştay Dergisi*, S:91, s.77-103, <http://dergi.sayistay.gov.tr/icerik/der91m4.pdf>, 10.02.2015.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver; (2005), “Hizmet İşletmelerinde Liderlik Davranışları İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, *Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 1, s.23-43, <http://tfefergi.gazi.edu.tr/makaleler/2005/Sayi1/23-48.pdf>, 01.09.2014.

TOKER, Boran; (2007), “Demografik Değişkenlerin İş Tatminine Etkileri: İzmir’de ki Beş ve Dört Yıldızlı Otellere Yönelik Bir Uygulama”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, s. 92-107.

TRAN, B. X., H. V. Minh, N.D. Hinh; (2013), “ Factors Associated With Job Satisfaction Among Commune Health Workers: Implications For Human Resource Policies”, *Hanoi Medical University-Institute for Preventive Medicine and Public Health*, Vol, 6, s. <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/18619>, 07.02.2015.

TURAN, Mehmet ve G. Parsak; (2011), Yabancılaşma Ve İş Tatmin İlişkisi: Bir Devlet Üniversitesi İdari Personeli Üzerine Araştırma, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:20, Sayı:2, s.1-20, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/cusosbil/article/view/5000001507>, 21.09.2014.

TURGU, Sezgin; (2012), “Edirne İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti Ve Hekim İş Doyumu ile İlişkisinin Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

TURHAN, S. Turhan; (2014), “Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim- Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan araştırması”, Yüksek Lisans Tezi,

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU; (2014), “Dünyada Aile Hekimliği”, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>, 20.09.2014.

UĞURLU, M., T. Eğici, O. Yıldırım, M. Örnek ve Y. Üstü; (2012), “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler Ve Çözüm Yolları 2”, *Ankara Medical Journal*, Cilt 12, Sayı:1 s. 4-10.

ÜNALAN, Pemra; (2008), “ Aile Hekimliğini Tanımı Ve Temel İlkeleri”, *Aile Doktorları İçin Kurs Notları*, TC. Sağlık Bakanlığı, s.11-23.

ÜNLÜOĞLU, İlhami ve Sevgi Ö. Paycı; (2004), “Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği”, *TC. Sağlık bakanlığı*, s. 7-209.

ÜNSAL, Pınar; (2012), “İş Stresi Ve Başaçıkmanda Bireysel Farklılıkların Rolü”, Editörler: KESER, A., G. Yılmaz, S. Yürür, *Çalışma Yaşamında Davranış: Güncel Yaklaşımlar*, Umuttepe Kitapevi, s.387-421.

ÜSTÜ, Y., M.Uğurlu, T. Eğici, O. Yıldırım ve M. Örnek; “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler Ve Çözüm Yolları ”, *Ankara Medical Journal*, Cilt 12, Sayı:1 s.50-54, <http://www.sakahed.org/files/Aile%20Hekimligi%20Uygulamasinda%20Guncel%20Pr oblamler%20ve%20Cozum%20Yollari%201.pdf>.

WAYENBURG, C. Van., C.W.Weel, H. Yaman; (2014), ‘‘Hollanda Aile Hekimliği Uygulaması’’, <http://ailehekimleri.net/index.php/hollanda-uygulaması>, 03.09.2014.

YALÇIN, Şukran ve Adile Acar; (2010), ‘‘Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği Ve Güvenli Hastane İlişkisi’’, *İkinci Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, Cilt: 1, s.12-20.

YAVUZ, Nurgül; (2011), ‘‘Türkiye Ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemi Karşılaştırılması’’, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

YAZICIOĞLU, İrfan; (2009), ‘‘Konaklama İşletmelerinde İşgörenlerin Örgütsel Güven Duyguları ile İş Tatmini Ve İşten Ayrılma Niyetleri Üzerine Bir Alan Araştırması’’, *Gazi Üniversitesi Elektronik Sosyal Bilimleri Dergisi*, Cilt:8, Sayı:30, s.236-247. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/esosder/article/view/5000068279>.

YELBOĞA, Atilla (2007), ‘‘Bireysel Demografik Değişkenlerin İş Doyumu İle İlişkisinin Finans Sektöründe İncelenmesi’’, *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 4, Sayı 2, s. 2-18.

YILDIRIM, H. Hüseyin; (2013), ‘‘Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Programı’’, *Sağlık Sen Yayınları*, Sayı : 21, s.6-79.

YILDIZ, Mustafa; (2009). ‘‘İskandinav Ülkeleri Sağlık Sistemleri’’, s.1-16. [http://www.tusad.net/tusadd/index.php?option=com\\_content&view=article&id=69:nordk-skandnav-uelkeler-salik-sstemler&catid=21:salk-sistemleri&Itemid=76](http://www.tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=69:nordk-skandnav-uelkeler-salik-sstemler&catid=21:salk-sistemleri&Itemid=76).

YILDIZ, Nihal; (1999), ‘‘Örgüt Kültürünün İş Tatmini Üzerine Etkileri ve Bir Uygulama’’, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

YÖNEY, Hakan., D. G. Yavuz; (2010); Tıpta Uzmanlık Seçimi , *Marmara Üniversitesi Yayınları*, İstanbul.

YÜKSEL, İhsan; (2005), ‘‘ İletişimin İş Tatmini Üzerindeki Etkileri: Bir İşletmede Yapılan Görgül Çalışma’’, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Cilt:6, Sayı:2, s.291-306. <http://journal.dogus.edu.tr/index.php/duj/article/view/136>

## **EKLER**

### **EK – 1 : ANKET ÖRNEĞİ**

Ek:1, Ek:2, ve Ek:3 'de yer alan anket çalışmam, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında yer alan aile hekimliği sisteminde hekimlerin iş tatminin ölçmek amacıyla yapılmaktadır. Verdiğiniz kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel araştırma için kullanılacaktır. İlginiz ve katılımınız için teşekkürler.

#### **EK 1: KİŞİSEL SORULAR**

##### **1 – Çalışma Durumunuz?**

Aile Hekimi(Pratisyen Hekim)  Aile Hekimi(Uzman Hekim)

##### **2 – Cinsiyetiniz?**

Kadın  Erkek

##### **3 – Yaşınız ?**

25 – 35  35 – 45  45 -55  55 +

##### **4 – Medeni Durumunuz ?**

Evli  Bekar  Dul / Boşanmış

##### **5 – Çocuğunuz Var mı?**

Evet  Hayır

##### **6 – Eşiniz Çalışıyor mu?**

Evet  Hayır

##### **7 – Kendinize Ait Eviniz Var mı?**

Evet  Hayır

##### **8 – Arabanız Var mı?**

Evet  Hayır

##### **9 – Lütfen Bursa'da hangi İlçede Görev Yaptığınızı Belirtiniz.**

Osmangazi  Nilüfer  Mudanya  Yıldırım  Orhangazi  Büyükşehir

Gemlik  Gürsu  Harmancık  İnegöl  İznik  Karacabey  Keles

Kestel  Mustafakemalpaşa  Orhaneli  Yenişehir

##### **10 – Meslekteki Toplam Çalışma Süreniz Nedir?**

0-5 yıl  5-15 yıl  15-25 yıl  25 yıl üstü

**11 – Aile Hekimi Olarak Çalışma Sürenizi lütfen Belirtiniz. ....Ay / Yıl**



## **EK:2 AİLE HEKİMLİĞİ ALAN SORULARI**

**1 – İş Yerinizde Nöbet Tutuyormusunuz ?**

Evet  Hayır

**2 – Sizce İş yerinizdeki Fiziksel Koşullar yeterli mi?**

Evet  Hayır  Kararsızım

**3 – Sizce İş yerinizdeki Görev, Sorumluluk ve Yetkiler Belirli mi?**

Evet  Hayır  Kararsızım

**4- Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Buluyorsunuz?**

Çok iyi  İyi  Kararsızım  Kötü  Çok kötü

**5- Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamındaki Aile Hekimliği Sizce Sistemdeki Sorunları..?**

Çözdü  Çözemedi  Kısmen Çözdü  Arttırdı

**6- Aldığınız Mesleki Eğitimler Görevinizi Yapabilmeniz Bakımından Sizce Yeterli mi?**

Evet  Hayır  Kısmen

**7- Sizce Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin Uygulanmasıyla Aile Hekimlerinin Toplumdaki Saygınlığı..?**

Olumlu Yönde Değişti  Olumsuz Yönde Değişti  Değişmedi

**8- Aile Hekimliği Sistemiyle Beraber İş Yükünüz. ?**

Arttı  Azaldı  Değişmedi

**9- Aile Hekimliği Sistemiyle Beraber Elde Ettiğiniz Toplam Gelir..?**

Arttı  Azaldı  Değişmedi

**10- Aile Hekimliği Sistemiyle Beraber İş Stresiniz...?**

Arttı  Azaldı  Değişmedi

**11- Aile Hekimliği Sistemiyle Beraber Geleceğe Yönelik Beklentileriniz..?**

Arttı  Azaldı  Değişmedi

**12- Aile Hekimliği Sistemine Geçildiği İçin Memnunmusunuz..?**

Evet  Hayır  Kararsızım

**13 – Aile Hekimliği Sisteminde Kendinizi Daha Çok Güvence Altında Hissediyyormusunuz?**

Evet  Hayır  Kararsızım

**14- Performans Değerlendirme Sistemi Sizce Adil mi?**

Evet  Hayır  Kararsızım

**15- Size göre, Kurumunuzun Sizden Göstermenizi İstedığı Performansı Yerine Getirebiliyyormusunuz?**

Evet  Hayır  Kararsızım

**16- Üst Mercilerin Oluşturduğu Uygulama ve Prosedürleri Kolayca Benimseyebiliyyormusunuz?**

Evet  Hayır  Kararsızım

**17- Mesleki İletişiminizde En Çok Hangi Kitle İle Sorun Yaşamaktasınız?**

Hastalar İle Olan ilişkilerde  Yönetim/ Üst merciler ile olan ilişkilerde  
 Çalışma Arkadaşlarıyla Olan İlişkilerde  Diğer

**18- Sizce, Prosedürel Zorluk Yaşadığımızda, Bu Problemi Kolayca Çözecek Bir Sistem Mevcut mudur?**

Evet  Hayır  Kararsızım

**19- Aile Hekimliği Sisteminin Mesleğinize Olumlu Katkıları Olduğunu Düşünüyorsunuzuz?**

Evet  Hayır  Kararsızım

**20- Aile Hekimi Olarak, Mesleğinizin Dışında İş Yükünüzün Olduğunu Düşünüyorsunuzuz?**

Evet  Hayır  Kararsızım

<b>EK : 3 İŞ TATMİN SORULARI</b>						
<b>Bu yönden işimden hiç hoşnut değilim : HDD</b> <b>Bu yönden işimden hoşnut değilim : HD</b> <b>Bu yönden işimden kararsızım : K</b> <b>Bu yönden işimden hoşnudum : H</b> <b>Bu yönden işimden çok hoşnudum : ÇH</b>		<b>HDD</b>	<b>HD</b>	<b>K</b>	<b>H</b>	<b>ÇH</b>
1- Beni her zaman meşgul etmesi bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Toplumda ‘‘saygın bir kişi’’ şansını bana vermesi bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Amirimin karar vermede ki yeteneği bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Üstlerimizin emrindeki kişileri idare tarzı bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Bana sabit ve güvenilir bir iş olanağı sağlaması bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- İş içinde terfi olanağımın olması bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Kendi kararlarımı bana uygulama serbestliğini vermesi bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- İşimi yaparken kendi yeteneklerimi kullanabilme bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Çalışma koşulları bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Çalıştığım iş yerindeki fiziksel koşulların yeterliliği bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Çalışma arkadaşlarımın birbirleri ile anlaşması bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Yaptığım iyi bir iş karşılığında taktir edilmem bakımından		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **ÖZGEÇMİŞ**

Yaprak BOYSAN 1984 yılında Bursa'da doğdu. İlköğrenimini Mudanya Hatice-İsmail Hakkı Kayan İlköğretim Okulu'nda, orta ve lise öğrenimini Mudanya Sami Evkuran Anadolu Lisesi'nde 2002 yılında tamamladı. 2007 yılında Eskişehir Anadolu Üniversitesi Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Lisans Programından mezun oldu. 2008 – 2013 yılları arasında Bursa'da faaliyetini sürdüren Ermetal Şirketler Grubu AŞ.'de İnsan Kaynakları Uzmanı olarak görev yaptı. Eylül 2013'de Yalova Üniversitesi Erasmus Programı kapsamında yarım dönem olarak Litvanya'da eğitim gördü. 2013 yılından bu yana akademik kariyer hedeflerine devam etmektedir.













