



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HASTA
MEMNUNİYET DÜZEYİ: ŞARKIŞLA ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Meltem PINAR

Sivas

Ağustos 2019

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HASTA
MEMNUNİYET DÜZEYİ: ŞARKIŞLA ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Meltem PINAR

Tez Danışmanı:
Dr. Öğretim Üyesi Naim KARAGÖZ

Sivas
Ağustos 2019

KABUL VE ONAY

Üniversite : Cumhuriyet Üniversitesi

Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği

Tezin Başlığı : Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyeti:
Şarkışla Uygulaması

Savunma Tarihi :02.07.2019

Danışmanı : Yrd. Doç. Naim KARAGÖZ

İmza **Unvanı** - **Adı** **Soyadı**

Jüri Başkanı :

Üye :

Üye :

Oy Birliği

Oy Çokluğu

Meltem PINAR tarafından hazırlanan 'Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyeti: Şarkışla Uygulaması' başlıklı tez, kabul edilmiştir.

..!....!.....

Prof. Dr. AHMET ŞENGÖNÜL

Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi, beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

Meltem PINAR

ÖZET

Bir çok ülkede sağlık hizmetleri, sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı görülmüştür. Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalık halinde iyileştirmek, iyileşmenin tam olarak sağlanamadığı koşullarda bireyin başkasının yardımına ihtiyaç duymadan mevcut durumu içerisinde en yüksek kalitede yaşamını sürdürebilmesi için yapılan planlı hizmetlerin tümü “sağlık hizmetleri” olarak tanımlanır. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak, tedavi hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır.

Bu kapsamda ülkemizde sağlığta dönüşüm programı hazırlanmıştır. Sağlığta dönüşüm sisteminin bir amacı olarak da birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve hasta memnuniyetini artırarak kaliteli hizmet düzeyinin artırılmasına çalışılmaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden düzenlenmiş, yaygınlaştırılmıştır ve aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Kendisine bağlı olan topluma, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktorlarının verdiği hizmet aile hekimliği sistemidir.

Bu bağlamda, çalışmada, ülkemizde uygulanmakta olan aile hekimliğinin yeri, önemi, uygulamaya konulduğundan beri yaşanan değişiklikler, insanların aile hekimliğine olan talepleri, aile hekimliğinin uygulamaya konulmasından bu yana ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde olan değişiklikler ve Şarkışla ilçesinde uygulanmakta olan aile hekimliği sisteminden faydalanan kişilerin memnuniyet düzeyi ölçülmeye çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti

ABSTRACT

In many countries, health services have been understood as the treatment of diseases only, but it has been observed that health services are concentrated in different areas due to various diseases, developments in environmental health and hygiene, or increased information about the process and duration of transmission of diseases. All planned services are defined as ‘health services için in order to protect the health of individuals and societies, to improve in case of illness, and to maintain the highest quality of life in the current situation without the need of the help of others under conditions where recovery is not fully provided. It has been understood that individual health is closely related to community health and more importance has been given to preventive health services as well as treatment services.

In this context, a health transformation program has been prepared in our country. Priority is given to primary health care as an aim of health transformation system. It is aimed to increase the level of quality service by increasing the accessibility of the health services and patient satisfaction by giving priority to primary health care services. In order to achieve these goals, primary health care services have been reorganized and expanded and a family medicine system has been introduced. It is the system of family medicine that provides primary health care services to the population under his / her age, regardless of age, sex and illness and is provided by medical doctors who have been trained for at least two years after basic medical education.

In this context, in this study, the place, importance of family medicine applied in our country, the changes that have been experienced since it was put into practice, the demands of people to family medicine, the changes in second and third level health services since the introduction of family medicine and the people who benefited from the family medicine system implemented in Şarkışla district. satisfaction level was tried to be measured.

Key words: Primary Health Care, Family Practice, Patient Satisfaction

TEŐEKKÜR

Yüksek lisans tezimin her aşamasında bana yol gösteren değerli danışman hocam Doktor Öğretim Üyesi Naim KARAGÖZ'e, tezimin istatistiksel analizlerinin yapılmasında ve her zaman yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım Öğr. Gör. Ebrar ILIMAN'a, bütün destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Meltem PINAR

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1.SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR VE AİLE HEKİMLİĞİ	3
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI.....	3
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	5
1.1.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler	7
1.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	7
1.2. AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR VE GÜNÜMÜZDE AİLE HEKİMLİĞİ	7
1.2.1. Aile Hekimliği	7
1.2.2. Aile Hekimliğindeki Kavramların Tanımları	8
1.2.3. Aile Hekimliği Disiplin İlkeleri.....	10
1.2.4. Aile Hekimliği Disiplininin Genel Özellikleri	11
1.2.5. Aile Hekimlerinin Nitelikleri.....	12
1.3. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELERDEN ÖRNEKLER.....	14
1.3.1. Avrupa Birliği Ülkeleri.....	14
1.3.2. Amerika Birleşik Devletleri.....	18
1.3.3. Küba.....	19
1.4. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI.....	20
1.4.1. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi	20
1.4.2. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu	23

1.4.3. Çalışma Saatleri ve İzinler.....	24
1.4.4. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü.....	25
1.4.5. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim.....	25
İKİNCİ BÖLÜM	27
2.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ .27	
.2.1. KALİTE KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	27
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi	28
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı.....	29
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	29
2.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri	30
2.2. MÜŞTERİ (HASTA) KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN HASTA TATMİNİ.....	32
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Tatmini	33
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Beklentileri.....	33
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmininin Önemi	35
2.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler	36
2.2.5. Hasta Tatminini Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri.....	37
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	39
3.AİLE HEKİMLİĞİ MEMNUNİYET DÜZEYİ ALAN ARAŞTIRMASI	39
3.1. Araştırmanın Amacı	39
3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.3. Araştırmanın Yöntemi	40
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	41
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
3.6. Veri Toplama Araçları.....	42

3.7. Araştırma Bulguları	44
SONUÇLAR	57
TARTIŞMA	60
ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR.....	65
ÖZGEÇMİŞ.....	71



KISALTMALAR LİSTESİ

AÇS	: Ana Çocuk Sağlığı
AHUD	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Örgütü
KALDER	: Kalite Derneği
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
AHUHMÖ	: Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Ölçeği
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. AHUHMÖ Faktör Analizi	43
Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri	44
Tablo 3. AHUHMÖ İlişkin Betimsel İstatistikler	45
Tablo 4. AHUHMÖ Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları	46
Tablo 5. AHUHMÖ Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	47
Tablo 6. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları	48
Tablo 7. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları	49
Tablo 8. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Bir İşte Çalışma Duruma Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları	50
Tablo 9. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Aile Hekimini Tanıma Duruma Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları	50
Tablo 10. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları	51
Tablo 11. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Öğrenim Durumlarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları	53
Tablo 12. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Öğrenim Durumlarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları	54
Tablo 13. AHUHMÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları	55
Tablo 14. Araştırmanın Hipotez Sonuçları	57

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1.1.** Sağlık Hizmet Türleri 3
- Şekil 2.1.** Beklentilerin Onaylanmaması Kuramında Tatmin Oluşum Süreci 35



GİRİŞ

İnsan yaşamında sağlığın daimî olarak sürekliliği korunması gerekmektedir. Ülkemizde ve gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde yaşanan sağlık sorunlarına sahip olmaktadır. Sağlık hizmeti ülkemizde hem merkez planı hem de yönetim şekliyle sağlanmaktadır. Ülkedeki bu kuruluşlar, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlıdır. Sağlık hizmeti veren bu birimlerin yapımı, onarımı, işletilmesi, personel temini, hizmetin planlanması ve denetimi doğrudan merkezden ya da taşra teşkilatı aracılığıyla yürütülmektedir. Sağlıklı yaşam insanların en doğal hakkıdır ve bu husus Anayasamızın 56. maddesinde “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin vatandaşların ödevidir.” şeklinde teminat altına alınmıştır (Akdağ 2004: 11).

İletişim sosyal yaşamın vazgeçilmez bir ögesidir. Tüm insanlar için önemli olan iletişim, hekim ve hastalar için daha da önem arz etmektedir. Hekimin hastayı dinlemesi, hastaya olan hitabı, hastaya yapılacak olan tedavi şeklinin yeteri kadar açıklanması, hastanın hastalığa karşı endişesi ya da korkusu hastaların aldıkları tedavinin sonuçlarını etkilemektedir. Bu yüzden aile hekimliğinde, hekim-hasta arasında güven ilişkisini güçlendirmek ve iletişimi iyi kurmak önem taşımaktadır.

Bu tez çalışmasında, aile hekimliği sistemine geçiş ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde değişiklikler meydana geldiği, meydana gelen bu değişikliklerden hastaların memnuniyet ya da memnuniyetsizlik durumu, hastaların aile hekimliğini tercih edip etmemeleri, hastaların aile hekimlerinden beklentileri ve sorunların açığa çıkarılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, Şarkışla ilçesinde Aile Sağlığı Merkezleri’nde (ASM) hastaların aile hekimleri ile iletişimden memnuniyet düzeyleri incelenmiştir.



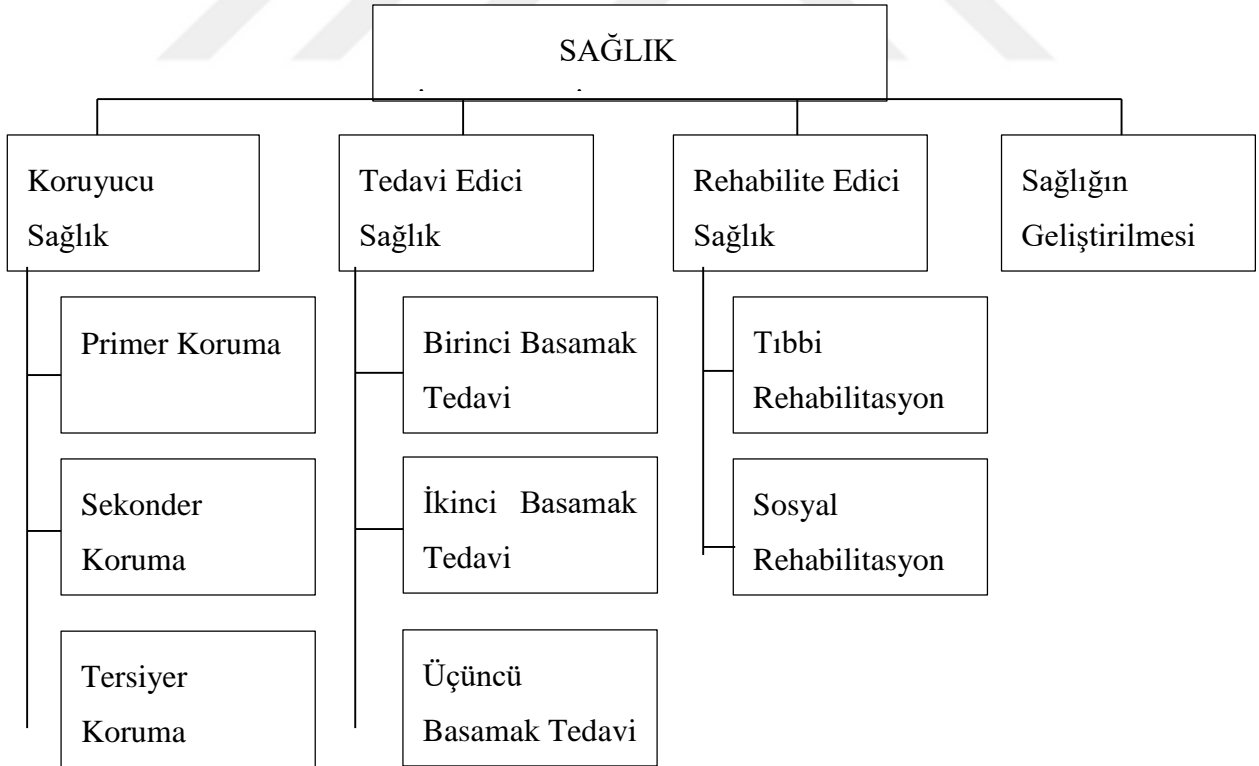
BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR VE AİLE HEKİMLİĞİ

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, hem bireylerin hem de toplumun sağlığını koruyabilmek, hastalık durumlarında müdahale ederek iyileştirmek, iyileşmenin tam olmadığı durumlarda bireylerin başkalarına muhtaç kalmadan en iyi düzeyde hayatlarını sürdürebilmek için faaliyet gösteren hizmetlerin tamamı olarak tanımlanır (Akça Ay 2007:111).

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört grupta toplanmaktadır (Orhaner 2006: 3).



Şekil 1.1. Sağlık Hizmet türleri

Kaynak: Orhaner 2006:3

Birçok sağlık hizmeti geçmişte yalnızca hastalıkların tedavisi olarak tanımlanmış olsa da zaman içerisinde gelişerek çeşitli hastalıklarla mücadele etmek, hijyen ve çevre sağlığında, hastalıkların bireylere bulaşma sürecinde ki bilgilerin artmasından kaynaklı durumlardan dolayı sağlık hizmetlerinde farklılaşma meydana geldiği görülmüştür. Toplum sağlığının korunması için bireylerin sağlığının önemli olduğu ve bu anlamda birey ve toplum arasında ilişki olduğu tespit edilerek koruyucu sağlık hizmetleri de önem kazanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerini genel anlamda incelemeyen önce sağlık ve hastalığın tanımlarını ve bunların birbirinden farklı olduklarının belirtilmesi gerekmektedir. Hastalığın olmaması sağlık kavramı olarak belirtilmiştir. O nedenle sağlık kavramında hastalık terimi, en ön planda tutulmuş ve kişiler ile toplumların sağlığı bu kavrama bağlı şekilde ölçülmüştür. Hastalık terimi, tarihin farklı dönemlerinde çeşitli tanımlarla ortaya çıkmıştır. Hastalık kavramındaki bu değişkenliğe karşılık, tıp çevresi sağlık tanımında hastalık kavramının dahil olmadığı bir tanım yapamamıştır. Bu nedenle sağlığın tanımını hastalık kavramı üzerinden açıklamak durumunda kalmışlardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan sağlık tanımı, en kabul edilen tanım olarak ortaya çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre “sağlık sadece hastalığın bulunmaması değil bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” Hastalık ise sağlıkla ilgili bir düzensizlik olarak algılanmaktadır (<http://bsm.gov.tr/ailehekimliği/tanimi>).

Sistemin hedefleri 5D ile tanımlanmış olup bunlar, ölüm (death), hastalık (disease), sakatlık (disability), rahatsızlık (discomfort) ve tatminsizlik (dissatisfaction)'dir. Sağlık hizmeti sistemi bir bakıma genelleştirilmiş girdileri, kaynakları ve yardımları emen ve onları 5D'yi düzeltme amacıyla dışarı çıkartan sosyal bir mekanizmadır (Kılıç ve Bumin 1993:41-47).

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, gelecekte yaşanabilecek olan hastalık ya da sakatlığın risk faktörlerini, önemini veya süresinin en aza indirilmesi ya da engellenmesi, hastalık durumlarının belirtileri ortaya çıkmadan önceden teşhis edilmesi ve bu sürece uygun tedavi aşamalarının başlatılmasını kapsamaktadır. Tehlikeli bir sürecin başlangıcında müdahale edilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin

aşamasıdır. Bu tehlikenin sürecin en başında müdahale edilmesi hem bireyi hem de toplumun güvenliğini sağlayan bir katkı olmaktadır. Bu hizmet türü ikiye ayrılmaktadır; çevreye ya da insana yönelik koruyucu sağlık hizmetler olmaktadır (Akdur 2000: 5-6).

1.1.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

İnsan çevresinde yer alan ve sağlık durumunu olumsuz etkileyen biyolojik, fizik, kimyasal ve sosyal durumların önüne geçerek ya da kişilerin bu etkenlerden etkilenmemesini sağlayarak çevrenin olumlu hale dönüştürme aşamalarının tamamını kapsamaktadır. Buna göre başlıca hizmetler;

- Yeterli düzeyde temiz su sağlanması,
- Hem katı hem de sıvı atıklarının zararsız hale dönüştürülmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle) mücadele,
- Hava kirliliği ile mücadele,
- Radyasyonla ve gürültü ile mücadeledir.

1.1.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

Kişilerin ve toplumun var olan hastalıklara karşı güçlü ve dirençli olmasını amaçlayan koruyucu sağlık hizmetidir. Hastalık dönemlerinde erken teşhis ile hasarları en aza düşürme ya da hasarsız bir şekilde tedavi ön görülmektedir. Aşılama yöntemiyle bağışıklık kazanma, doğru beslenme yöntemini sağlama, sağlık alanında eğitim verilmesi, aile planlanmasının yapılması, okul sağlığı, erken teşhis edilmesi ve bu amaç doğrultusunda planlı muayene yapılması da bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmektedir (Ertekin 2000; 15).

1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık ya da sakatlık durumlarında yapılan sağlık hizmetidir. Üç basamakta hastalanmış insanlara sağlık hizmeti verilir (Kurtulmuş 1998: 90).

“Tedavi edici sağlık hizmetleri korucuyu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini artırarak milli gelir artışına katkı sağladığı” biçiminde de ifade edilmektedir (Kılıç ve Aksakoğlu 1995: 8).

1.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını ozeabilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta sağlık hizmeti veren sistemdir. Ülkemizde bu sağlık hizmeti veren kuruluşlar; sağlık evi, sağlık ocakları, muayenehaneler, verem savaş dispanserleri, Ana- ocuk Sağlığı Merkezleri yer almaktadır. Birinci basamak tedavi hizmetleri, sağlık hizmetlerinin giriş kapısı olmasından dolayı oldukça önemli olmaktadır. Hasta ile yapılan ilk temasın sağlandığı alandır; daimi, kapsamlı ve eşgüdümlü hizmetlerin sağlandığı yer olmaktadır. Bireyler ihtiyaç duyması halinde erişilebilir ve kısa süreli bir hastalığın varlığında değil kişinin uzun dönemde sağlığı üzerinde durulmaktadır. Kapsamlılık, topluluk içerisinde birinci basamak düzeyinde görülebilecek yaygın durumlarla ilgilidir. Nihayet eř gdmde ise, hastanın uzmanlık hizmetlerinde gerek duyabileceği birinci basamakta oynadığı rol olarak tanımlanmaktadır (ztrk 2002: 3).

1.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastaların tedavi ve teşhislerinin yerine getirilebilmesi adına yataklı sağlık hizmetinin verilmesidir. Ülkemizde yer alan devlet ve özel hastaneler ile yataklı sağlık merkezleri bu görevi üstlenmektedir (Ağdemir 22; 2012).

1.1.2.3. nc Basamak Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde yer alan ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, ocuk hastaneleri, kanser hastaneleri, niversite hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak yer almaktadır. Bu tür sağlık hizmetlerinde teşhis sağlama ve tedavi yöntemlerini uygulayabilme açısında ileri düzeyde teknoloji ve kapsamlı özel tedaviler sağlayabilen oldukça gelişmiş sağlık kuruluşları olmaktadır (ztrk 2002: 5).

1.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilerin sağlıklarını eski haline getirmek veya başkalarına bağımlı yaşamayacak düzeye yükseltmek için planlı ve uzun süreli olarak tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler sunmak ve böylelikle kişinin gerek sosyal gerek fiziksel olarak yaşamını diğer bireyler gibi geçirmesini sağlamayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı 2000: 45).

Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon kişinin bedensel ve ruhsal yönden iyileştirilmesi, sosyal rehabilitasyon ise bireylerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesini sağlamak amacı ile toplumla sosyalleşmesi için iş öğretme, iş bulma ve işe uyum eğitimlerinin verilmesidir (Fişek 1989: 7).

1.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Bu hizmetler sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalığın, bireylerin yaşam tarzlarından veya alışkanlıklarından ortaya çıktığı bilinmektedir (Kısa 2002: 37-38).

1.2. AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR VE GÜNÜMÜZDE AİLE HEKİMLİĞİ

1.2.1. Aile Hekimliği

Aile Hekimliği; birey ve ailelere sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren, biyolojik klinik ve davranış bilimleri ile iç içe alan, faaliyet alanı içinde, tüm yaş gruplarını, her iki cinsiyeti, tüm sistemleri ve bütün hastalıkları kapsayan bir uzmanlık alanıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Aile hekimliği kavramını ise şöyledir: "Kendisine bağlı olan topluma yaş cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktorudur." (Akdağ 2004: 36).

Aile hekimliği uygulaması ailelere ve kişilere sürekli ve her düzeyde sağlık hizmetlerinin verilmesidir. Aile hekimi, annenin hamilelik başlangıcından en yaşlı bireyine kadar aile fertlerinin tamamının sağlığını koruma görevini üstlenir. Aile hekimi hastaların ilk başvuracağı hekimdir.

Aile hekimi, hizmet verdiği hastaların oturduğu yerlere yakın bir konumdadır. Aile bireylerini her yönüyle tanır, hastalığı daha kolay tanımlayabilmek için iş, çevre ve aile içi tüm etmenleri değerlendirir. Hizmet verdiği aile bireylerinin sağlık durumlarını, yaşam koşullarını, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psiko-sosyal çevre ve mevcut akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Aile hekimi çalıştığı ekip arkadaşlarıyla birlikte ilgilendiği kişilerin sağlık seviyesini yükseltmekten sorumlu kişidir. Aile hekimliği sayesinde hasta memnuniyetlerinin yükseldiği, hekim hasta ilişkisinin devamlı bir hale geldiği görülmektedir. Aile hekimleri yalnızca ilgilendiği kişileri değil, kişilerin aileleri ve yaşadığı toplum içinde değerlendirdiklerinden dolayı bu ismi almıştır. Aile hekimi kendisine başvurup kayıttaki bulunan hastalar ile sağlığı koruma ve sağlık sistemi arasında işbirliği yapmış olur ve sağlık sorunlarında bu süreci koordine eder. DSÖ'nün yapmış olduğu araştırmaya göre aile hekimliğine başvuran hastaların %80-90 oranında hastalık sorunlarının çözümlerine yönelik kesin dönüş yaptıkları saptanmıştır. Buna yönelik hastaların tedavisinde hastalıklarının yüksek oranda tedavi edildiği görülmektedir (Öztek 1992: 27).

1.2.2. Aile Hekimliğindeki Kavramların Tanımları

Aile hekimliğinde geçen terimlerin tanımlanması birincil kaynak "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik" ve aynı yönetmeliğe dayandırılarak hazırlanan "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" ye göre:

Yerel Sağlık İdaresi: Toplumu hastalıklardan korumaya ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve idari görevler ile eğitim, hastalığı izleme, hastalığın

değerlendirilmesi, denetim ve koordinasyon faaliyetlerini yürüten, illerde il sağlık müdürlüğünü ve ilçelerde ilçe sağlık grup başkanlığını,

Aile Hekimi: Kişilere yönelik sağlığı koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve sürekli olarak belli bir mekânda hizmet sunmakla görevli, gerekli zamanda gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın belirlediği eğitimleri alan uzman hekim veya hekimleri,

Geçici Aile Hekimi: Aile hekiminin herhangi bir nedenden dolayı (yıllık ya da hastalık) izinde olduğu zaman aralıklarında yerine bakan aile hekimi,

Aile Sağlığı Elemanı: Aile hekiminin yanında görev alan ve bakanlık tarafından atanan ya da sözleşmeli çalıştırılan hemşire, ebe ya da sağlık memuru,

Geçici Aile Sağlığı Elemanı: Aile hekiminin yanında görev alan aile sağlığı elemanının herhangi bir sebepten dolayı (yıllık ya da hastalık izin) izinde olduğu zaman zarfında yerine geçen aile sağlığı elemanı,

Aile Sağlığı Merkezi: Bir ya da birden fazla aile hekiminin bir arada çalıştığı ve aile hekimlerinin yanında çalışan aile sağlığı elemanları ile topluma sağlık hizmeti yapılan sağlık kuruluşunu,

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti: Toplumun sağlığını korumaya yönelik hizmetler ile kişisel hizmetler koruyucu hizmetler, tanı koymaya yönelik hizmetler, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşan, kişilerin sağlık hizmetlerinden ilk olarak yararlandığı hizmeti,

İkinci Basamak Sağlık Hizmeti: Birinci basamak sağlık kuruluşlarının hastaları tedavi ya da tanılarında yetersiz kaldığı durumlarda, sevki sağlanan sağlık kuruluşlarına verilen sağlık hizmeti,

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti: İkinci basamak sağlık hizmetlerinde yer almayan ileri düzeyde tetkik ve tedaviyi kapsayan hastalar için sevk edilen sağlık kuruluşlarına verilen sağlık hizmeti,

Gezici Sağlık Hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, il sağlık müdürlüğünce tespit edilen belde, köy ve mezra ve benzeri yerleşim yerlerine, Bakanlıkça belirlenen aralıklarla giderek yerinde vereceği sağlık hizmetini,

Hizmet Bölgesi, Hizmet Grubu Ve Hizmet Puanı: 8.6.2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinin ilgili maddelerinde açıklanan bölge, grup ve puanları,

Toplum Sağlığı Merkezi (TSM): Temelde kendi bölgesinde yaşayan kişilerin genelde ise toplumun sağlık hizmetlerini koordineli olarak düzenleyen sağlık hizmetidir. TSM koruyucu hekimlik hizmetlerini yürütür. Bununla beraber birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlamak, bu birimlerin idari hizmetlerini yürütmek, sağlık eğitimleri vermek ve denetim faaliyetlerini yürütmek de toplum sağlığı merkezlerinin görevidir.

1.2.3. Aile Hekimliği Disiplin İlkeleri

Bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet modeli olan aile hekimliğini birbirinden ayırmak gerekir. Uzmanlık olarak aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda yer alan uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade etmektedir. Aile hekimliği iki önemli neden açısından farklı bir tıp disiplini olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan ilki, aile hekiminin günlük tıp pratiğinde kullandığı bilgilerin diğer branşlardan farklı olması, diğeri aile hekiminin işlevi de diğer branşlardan farklılık göstermesidir. Aile hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır (Wonca 2008: 2-37).

Aile hekimliği ve genel pratisyenlik terimleri aynı anlama gelmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti alanında eğitimini tamamlamış tıp doktorudur. Sağlık alanında ihtiyaç sonucu doğan alanlar gibi aile hekimliği de bu nedenden dolayı meydana gelmiştir. Bu ihtiyaç ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından ortaya çıkarılmıştır. Peabody’e göre tıpta her alanın fazla uzmanlaşma nedeniyle hasta bireylerle ilgilenemediği ve bütün olarak inceleyecek uzmanların olması gerekliliğini

savunmuştur (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004: 23-24). İki sebepten dolayı aile hekimliği tıp disiplinde yer almaktadır. Birincisi, günlük tıp pratiğinde diğer tıp alanları ile benzer nitelikte yer almamasıdır. İkincisi ise, aile hekimi faaliyeti diğer tıp alanlarından farklı olmaktadır (Ungan ve Ceyhun 2006: 21).

Aile hekimliği tüm diğer klinik tıp dallarının aksine kendisini hastasıyla olan ilişkisi aracılığıyla tanımlar (Şahin ve Şahin 2003: 29).

Aile hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır (Wonca 2002: 8).

1.2.4. Aile Hekimliği Disiplininin Genel Özellikleri

Hastalığın hem aile hem de çevresinde ki olası sonuçlarının farkında olma, etik anlayışa uygun olma, bilimsel araştırmaya ilişkin genel ilkeler, yöntemler ve kavramlar hakkında bilgi sahibi olma, kesintisiz öğrenme ve kalite gelişimini sağlama ve yürütme olan aile hekimliğinin genel olarak özellikleri aşağıda yer almaktadır (Akdağ 2004: 82):

- Sağlık sistemiyle ilk tıbbi müdahale aşamasını oluşturmaktadır. Aile hekimliğinden hizmet talep eden hastalara açık ve sınırsız bir giriş özelliği sağlanmaktadır. Hastaların cinsiyet, yaş gibi demografik özelliklerine yönelik ayırt edilmeksizin tüm sağlık sorunları ile ilgilenme zorunluluğu bulunmaktadır.
- Sağlık kaynaklarının verimli bir biçimde kullanımını sağlar.
- Birey, aile ya da toplum bazlı bireysel odaklı yaklaşım sağlar.
- Hasta ile aile hekimi arasında özel bir görüşme süreci bulunmaktadır. Bu görüşme süreci, etkili iletişimle hasta ve doktor arasında zamanla ilerleyen bir ilişkinin oluşmasını sağlar.
- Sağlık hizmetleri hastanın sağlık sürecindeki ihtiyaçları doğrultusunda saptanan sürekliliğini sağlamakla mükelleftir.

- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- Gelişiminin erken teşhisi ile henüz ayrılaşmamış biçimde kendisini gösteren ve hızlı girişim ihtiyacı duyulan rahatsızlıkları yönetir.
- Doğru ve verimli uygulamalarla sağlık durumunda geliştirici rol oynar.
- Toplum sağlığının korunmasına yönelik çalışmalarda bulunulur.
- Toplumun sağlık durumlarını fiziksel, ruhsal, kültürel ve varoluş aşamalarıyla oluşturur.

1.2.5. Aile Hekimlerinin Nitelikleri

Aile hekimliğinin en temel özellikleri; ülkeler arasında sağlık sistemlerinin planlama, organizasyon ve yürütmelerinde farklılıklar olmasına rağmen, bütün ülkelerde sağlık sisteminde aile hekimliğinin katılımı oldukça fazla olduğu görülmektedir. Aile hekimliğinin nitelikleri şu şekilde özetlenmektedir (Kuru 2010: 37):

Geneldir: Aile hekimliği bütün toplumun sağlık problemlerini tanımlar, toplumu yaş, cins, sosyal sınıf, ırk veya din, ya da herhangi bir şikâyet veya sağlıkla ilişkili bir problem nedeni ile sınıflara ayırmamaktadır. Mümkün olan en kolay ulaşılabilir, ulaşım bölgesel, kültürel, yönetsel ve parasal engeller ile sınırlandırılmamaktadır.

Sürekli: Aile hekimliği kişi merkezlidir. Hasta ve hekim arasında, kişileri yaşamları süresince sağlık hizmeti veren ve hastalığın özel bir dönemi ile kısıtlanmayan, uzun süreli ilişkiye dayanmaktadır.

Kapsamlıdır: Aile hekimliği bireylere tam bir sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma tedavi hizmeti, rehabilitasyon; fiziksel, psikolojik ve sosyal destek sağlamaktadır. Rahatsızlık ve hastalık durumlarını başarılı bir şekilde ayırt ederken, hekim- hasta ilişkisinin insancıl ve etik yönlerini klinik kararların alınması ile birleştirmektedir.

Koordine: Aile hekimliğinde, kişilerin birçok sağlık problemi aile hekimine ilk başvurdukları zaman çözülmektedir. Fakat gerekli olduğunda aile hekimi, hastasının uygun sağlık birimlerine yönlendirilmektedir. Bu durumlarda, hastasını ve bu hizmetlere ulaşım yolları ve en iyi şekilde nasıl faydalanabileceği konusunda bilgilendirmeli ve hastasının alacağı öneri ve desteğin koordinasyonunu sağlamalıdır. Aile hekimleri diğer sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcılarla ilişkili olarak, hastalarına sağlıkla ilgili konularda önerilerde bulunarak hizmetin idarecisi olarak rol almaktadırlar.

İşbirlikçidir: Aile hekimleri, diğer tıp, sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcı kişilerle çalışmaya hazır olmalı, uygun olduğunda hastaların bakımı için onları görevlendirme ve diğer disiplinlerin uzmanlıklarıyla işbirliği içinde olmaktadır.

Aile Kaynaklıdır: Aile hekimliği, kişilerin sağlık problemlerini, aile çevrelerini, sosyal ve kültürel bağları ile içinde yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlara göre tanımlar.

Toplum Kaynaklıdır: Hastanın problemleri, yaşadığı toplum ile bağlantılı olarak değerlendirmelidir. Aile hekimi bu toplum içinde yaşayan grubun sağlık ihtiyaçlarının farkında olmalı ve bölgesel sağlık problemlerinde pozitif değişiklikleri diğer profesyonellerle, diğer sektör temsilcileri ve kendi kendine yeten yardım grupları ile işbirliği yapmalıdır.

Kanada Aile Hekimleri Birliği, aile hekimliğinin temelini oluşturan 4 prensip tanımlamıştır (Akdağ 2012: 67):

- ✓ Hasta-hekim ilişkisi aile hekimliğine uygundur.
- ✓ Aile hekimi etkin klinisyendir.
- ✓ Aile hekimliği toplum merkezlidir.
- ✓ Aile hekimi belirlenen nüfus için bir kaynaktır.

Aile hekimlerinin hizmet faaliyetleri insan ihtiyaçlarına göre belirlenmektedir. Toplumun sağlık gereksinimleri, aile hekimlerinin eğitimi ve birinci basamak sağlık hizmeti araştırmaları için de bir odak noktası oluşturmaktadır. Aile hekimliği bir bütün olarak ele alındığında, ilk başvuru, ulaşılabilirlik, kişi merkezli uzun süreli bakım, kapsamlılık ve koordine yaklaşım gibi ayırt edici

özellikler birinci basamak hizmette aile hekimliğinin yaklaşımlarını tanımlamaktadır. Bu özelliklerin olduğu sağlık sistemi; daha iyi sonuç, daha az hastanın hospitalizasyonu ve daha düşük maliyeti getirmektedir.

1.3. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELERDEN ÖRNEKLER

Aile hekimliğinin oluşma süreci diğer bütün uzmanlık dallarında olduğu gibi bir ihtiyaç sonucu ortaya çıkmıştır. Aile hekimliğinin ilk ortaya çıkışı 1923 yılında Francis Peabody tarafından çıkmıştır. Peabody, tıp biliminin aşırı uzmanlaşması sonucu hastalara yardım edilemediği ve bütün hastaları bir bütün olarak inceleyecek bir bilim dalının olması gerekliliğini savunmuştur. Peabody'nin bu fikrinin ortaya çıkışı yıllar sonra İngiltere'de var olmuş ve 1952 yılında Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji) kurulmuştur. Daha sonrasında ise, American Medikal Asosiation (Amerikan Tıp Birliği)'in aile hekimliği tanımını Millis Raporu ve Willard Raporunu yayınlanmasıyla yeni bir uzmanlık dalının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Dünyada hızlı bir şekilde yayılan uzmanlaşma dalının Türkiye'de "Toplum Hekimliği" adıyla ortaya çıkmış ve 224 sayılı yasa ile sağlık sistemindeki basamaklardaki birinci basamağa aktarılmaya çalışılmıştır (Günaydın 2007: 32).

1.3.1. Avrupa Birliği Ülkeleri

Avrupa Birliği ülkelerinde ya da Avrupa Birliği'ne üye olmayan Avrupa ülkelerin sağlık politikaları, her ülke kendisine özgü biçimlendirilmiş bir şekilde sağlamaktadır. Bu politikalar her ülkenin çoğunlukla kendi öz kaynaklarına dayandırılmıştır. Bu nedenle Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi, insan gücü faaliyetleri ve sağlık hizmetlerine sağlanan finansman politikalarında farklılıklar bulunmaktadır (Özdemir ve diğ. 2003: 211).

Komünist bloğun çöküşünden bu yana, Doğu Avrupa ülkeleri temel bakım hizmetlerinde radikal bir dönüşüme tanık olmuşlardır. Aile hekimi olmayan uzmanları ilk temasla ilgilenmeleri için bir araya getiren büyük, kişisel olmayan

“poliklinikler” görüşü altındayken, birinci basamak klinikleri şimdi özelleştirildi ve her zaman aile hekimleri tarafından yönetilmese de, çoğu zaman bireysel doktorlar tarafından yönlendirilmektedir. Örneğin, Çek Cumhuriyeti, Slovakya ve Slovenya’da jinekologlar ve çocuk doktorları birinci basamak doktorları olarak kabul edilmektedir.

1.3.1.1. İsveç

İsveç’te sağlık sistemi, kamu kaynakları tarafından karşılanıp bölgesel temele dayalı bir sistem düzeninde yer almaktadır. İsveç’te sağlık sistemi her zaman kamu sektörü özelliğini taşımıştır. 1960 yılında sağlık hizmetlerinin tamamının sorumlusu, yerel yönetim olmuş ve 1963’de ilçe hekimleri, 1965’de ise ambulans hizmetleri yerel yönetimin kontrolüne bırakılmıştır. 1980’lerde ise yerel yönetimi sağlık hizmetleri ile ilgili tüm görevler devredilmiştir. Verilen hizmetler, ikinci basamak ve üçüncü basamak poliklinik hizmetlerini; birinci basamak sağlık hizmetlerini, ana ve çocuk sağlığı merkezlerini; hemşirelik, rehabilitasyon ve sürekli hastalık bakım hizmetlerini; ayakta veya yatarak verilen ruh sağlığı hastaları hizmetlerini ve ziyaretçi hemşirelik hizmetlerini kapsamaktadır (Çalış 2006: 180).

İsveç Bölgesi’nde yer alan belediyeler farklı sağlık hizmetlerini de yürütmektedir. Bunlara örnek olarak; bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmesi, gıda ve su denetimi, okul sağlığı hizmeti gibi verilebilir. Ayrıca gelir durumunun düşük olduğu görülen hastalarda ise sosyal yardım hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin evde bakımı yapılması gereken durumlarda belediyeler sorumlu olmaktadır (Serin 2001: 192).

1.3.1.2. Almanya

Sağlık hizmetleri açısından Almanya dünyadaki en iyi ülkelerden birisi olma konumundadır. Ülke nüfusunun büyük bir oranı Sigortalar Yasasında yer alan II. Kitabının Kapsamında yer edinmektedir. Bu kapsamda yer almayan farklı durumlarda olan madenciler, işsizler gibi grupların durumu da ayrıca farklı şekilde yapılandırılmıştır. Alman sisteminde bu özellikler karmaşıklık yaratmaktadır. Bu sistemde sandıkların bağımsız olması ayrıca sigorta kurumunun serbest bir şekilde

seçilmesi buna neden olmaktadır. Alman sistemi, liberal sosyalizasyon olarak görülmektedir. O nedenle işçi ve işveren gruplarının meslek özellikleri taleplere ve özgürlükleri dikkat edildiğinde sistemde çoğunluk egemen olmaktadır (Çalış 2006: 182).

Almanya'da yaşayan nüfusun tamamı Sosyal Güvenlik çatısı altındadır. Alman halkına doktor hizmetleri ücretsiz bir şekilde karşılanmaktadır. Yalnızca fizyoterapist, hastanede yatma, hastaneye transport gibi bazı hizmetler için çok az bir miktarda ödeme sağlanması gerekmektedir. Almanya'da yaşayan bütün vatandaşların sosyo-ekonomik durumları ne olursa olsun sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi süreçlerin de aynı haklara sahip olmaktadır. Kişiler tedavi sürecinde doktorunu kendisi seçebilir, pratisyen ya da uzmanla direkt iletişim sağlayabilir. Almanya'da uzman doktor sayısının pratisyen sayısından daha fazla olması nedeniyle genç doktorlar pratisyenliğe teşvik edilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan hizmetlerden olan çocukların 4 yıldan fazla şekilde gözlemlenmesi, erken tanı konulması gibi koruyucu hekimlik hizmetleri en önemli sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır. Bununla beraber pratisyenler acil tanı ya da tedavi uygulamaları, iş sağlığı gibi toplum sağlığı hizmetleri faaliyetlerini de yerine getirmektedir (Serin 2001: 167).

Almanya'da pratisyen hekimler ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini sürdürmektedirler. Genel pratisyenler, genel olarak tüm aileyi muayene etmelerinden dolayı aile hekimi ya da ev hekimi adını almaktadır. Aile hekimliği hizmetlerinde verimliliği yükseltebilmek amacıyla 1994 yılından beri hekimler uzmanlık eğitimini tamamlayarak genel pratisyenlik hakkı elde ederek sonrasında sigortayla anlaşabilmektedirler. Hastalarda uzmanlık gerektiren durumlar veya özel tanı, muayene yöntemlerinin sağlanması durumlarında, genel pratisyenler uzmana ya da hastaneye sevkini sağlayabilirler (Çalış 2006: 182).

1.3.1.3. İngiltere

İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetlerine yıllardır önem verilmektedir. Hastanın ilk başvurduğu yer genel pratisyenlerdir. İngiltere'de genel pratisyenlere kayıtlı hastalara verilen hizmetlere genel tıbbi hizmetler adı verilmiştir.

Sağlık otoritesinin sağlığa ödediği miktarın dışında hastalar başka bir ödeme yapmamaktadır. Ayrılan ödeneğin %30'u aile hekimliği uygulamalarına harcanmaktadır. Sağlık hizmetlerine yapılan tüm harcamalar bütçeden vergi gelirleri ile karşılanmaktadır. Hastalar herhangi bir ücret ödememektedir. Bundan dolayı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapacak hastaların herhangi bir parasal engeli bulunmamaktadır. Yıl içerisinde yaklaşık olarak 300 milyon doktor başvurusunun %95'i aile hekimlerine olmaktadır. Bu başvuruların da %90'ının tedavi süreci en başından sonuna kadar aile hekimleri tarafından tamamlanmaktadır. Her birey kendi aile hekimini seçebilmektedir ve aynı şekilde aile hekimi de başvuran kişiyi alıp almamakta serbesttir.

İngiltere'de aile hekimlerine ücret ödenmesi farklı şekilde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası aile hekimliği listesinde kayıtlı olan hasta başına ödeme şeklinde, diğer yarısı ise yaptıkları işle hizmet başı ödeme şeklindedir (Çalış 2006; 177).

Aile Hekimliği uygulaması Polonya'da 1966 yılında başlamıştır. Aile hekimliği sistemi doktorlara ödeme kayıtlı kişi başına göre sağlanmaktadır. Doğan çocuklar, ailelerin bağlı olduğu aile hekiminde yer alan doktorun doğrudan listesine eklenir. Ancak doktorlar öncesinde ailelere mektup ileterek kendilerinden onay talep talebinde bulunmaktadır. Aile hekimliğinde yer alan hizmetler; temel sağlık hizmetleri uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri gibi sözleşmede yer alan bütün sağlık hizmetleri, hastalara ücretsiz bir şekilde uygulanmaktadır. Bunun dışında aile hekiminin diğer uzmanlık hizmetlerine sevk etmesi durumunda, hastane hizmetleri ya da rehabilitasyon hizmetlerinde hastalarda herhangi bir ücret temin edilmemektedir. Aile hekimleri haftada 5 gün, saat 8.00 ile 18.00 arasında hizmet vermektedir (Korukluoğlu 2004: 18).

1.3.1.4. Hollanda

Özel bir durumu olan hastaların dışında yer alan hastalar dalında uzman olan doktora gitmeden genel pratisyen doktora gitme zorunluluğu bulunmaktadır. Bu nedenle genel pratisyen sağlık sisteminin ilk aşamasında bulunmakta ve diğer hizmet veren hekimlere ulaşımı ve sevk sistemi zincirini sağlamaktadır. Ulusal istatistiklere

göre bir kişi ortalama yılda 4,5 kez genel pratisyene başvurmaktadır. Bir genel pratisyene yılda ortalama 2.300 hasta düşmektedir (Korukluoğlu 2004: 18).

1.3.2. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), federal bir hükümet ve birbirinden bağımsız 52 eyaletten oluşur. Her eyaletin federal düzey dışında örgütlenmiş kendi sağlık örgütü bulunmaktadır. 1960'lı yıllarda Kanada ve İngiltere'de aile hekimliği kuruldu. ABD'de 1969'da aile hekimliği, lisansüstü eğitim gerektiren genel uygulamalardan farklı bir uzmanlık alanı olarak kuruldu. ABD sağlık sisteminde yer alan özel sağlık sigortaları %70'lik bir yeri kapsamaktadır ve bu durum dünyada en fazla bulunan özel sağlık sigortalarının olduğu ülke olmaktadır. Bununla beraber ABD vatandaşlarının %16'lık kesim hiçbir sağlık sigortasına bağlı değildir. Kapitalist ve gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde ki orana göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir. ABD'de sağlık sigortalarının yalnızca %24'ü kamuya bağlıdır. Bu durumdan anlaşılacağı üzere ABD'den özel sağlık sigortalarının yoğunlukta olması, bu sektördeki hizmetin yalnızca maddi gücü yeterli olanlara ulaştırılabilir anlamına gelmektedir. Gelir düzeyleri düşük olan vatandaşların devlet desteğine yönelik uygulaması yeterli düzeyde olmamaktadır. Etnik azınlıklar siyahiler yoksullar ya da göçmenlerin, beyaz Amerikalılara göre sağlık düzeylerinin daha kötü olduğu görülmektedir. Genelde Sigortası olmayan yoksullara eyaletlerde yer alan Halk Sağlığı kurumları tarafından koruyucu hizmetler yerine getirilmektedir. Sigorta poliçesine sahip olan diğer vatandaşlar ise hizmeti anlaşmalı olduğu kurumlar tarafından sağlanmaktadır. ABD sağlık sisteminde yer alan başka bir sorun ise sigorta poliçelerinde dış sağlığı gibi rutin hizmetleri içermemesidir. ABD sağlık poliçelerinde oldukça geniş yelpazede ve farklı seçeneklerle sağlık hizmeti sunulmaktadır (Kılıç 2007: 15).

ABD sağlık sisteminde karmaşık bir yapının olması nedeniyle düzenli bir basamaklanma ya da sevk zinciri bulunmamaktadır. Tedavi edici hizmetler dışındaki birincil sağlık hizmetleri ayrı örgütler aracılığıyla ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. Bu nedenle ABD'de birinci basamak olarak konumlandırılacak yapıda hastaların ulaşabilecekleri özel hekim muayenehanelerden ya da

hastanelerden meydana gelmektedir. Hastalar muayene oldukları doktorlar tarafından başka bir basamağı sen edilebileceği gibi ayrıca kendileri de başka bir doktora yana farklı bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak burada dikkat edilmesi gereken husus hastanın sağlık poliçesinin bu tür durumlarda geçerli olması gerekmektedir (Çalış 2006; 173).

Bu bölgelerdeki yüksek gelirli ülkelerin her birinde, ABD (ABD) hariç, özel sigorta ile birlikte kamu fonlarını içeren bir tür evrensel sağlık hizmeti bulunmaktadır. Birinci basamak hekimleri Avustralya, Kanada ve Fransa'daki tüm hekimlerin neredeyse yarısını oluşturmakta, ancak Yunanistan'daki hekimlerin% 10'una yakını oluşturmaktadır.

Aile hekimliğinin rolü ve bir disiplin olarak kabulü bölge genelinde önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Nitelikli aile hekimlerini sağlık sistemlerine entegre etmek için çeşitli zorluklar devam etmektedir. Paraguay ve Bolivya'da, eğitilmiş az sayıda aile hekiminin sağlık ekiplerini yönetmesi amaçlanmaktadır. Sosyal sorumluluk, Uruguay'da aile hekimliğinin gelişmesini sağlamıştır. Brezilya ve Venezüella, aile hekimleriyle birlikte ekip üyeleri olarak modellere geçmektedir. 1990'lardan bu yana, Brezilya'da yaklaşık 40.000 aile sağlığı ekibi kuruldu ve bunların her biri coğrafi konum tarafından tanımlanan 1000 haneye bakmaktadır. Şimdi Brezilya'nın nüfusunun% 60'ını kapsamaktadır. Takımlara liderlik eden hekimlerin eğitiminin değişken olduğu,% 15'ten daha azının eğitilmiş bir Brezilyalı aile hekimi tarafından yönlendirildiği bildirildi. Doktorların kıtlığına cevaben, Brezilya'nın Küba'da ve başka yerlerde eğitilmiş 15.000 doktoru işe aldığı bildirildi.8 Ülkenin aile sağlığı ekiplerinin kabaca 5000'inde şu anda lisansüstü eğitim almış bir aile hekimi bulunmaktadır (Kılıç 2007: 17).

1.3.3. Küba

Sağlık sistemi Küba'da tek tip olarak faaliyet göstermektedir. Bu hizmette hiyerarşik yönetim ve hizmet düzeyi mevcuttur. Bunlar (Çalış 2006: 198);

- ✓ Merkezde Sağlık Bakanlığı politika ve normları belirler, araştırmaları yürütür, bilgi toplar dağıtır.

- ✓ İl düzeyinde sevk ve destek hizmeti sunar. Hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları vs.
- ✓ Yerel düzey, kır sağlık evlerinde ve hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmeti sunar.

Küba'da kırsal bölgelerde poliklinikte görev yapan sağlık çalışanları 76 kişiden oluşmaktadır. Bu alanlarda Temel uzmanlık gerektiren dalların hizmeti sağlanmakta, kronik hastalar ya da bakımın sağlanması gereken yaşlıların evlerinde hizmet sağlamaktadır (Pekcan ve Uğurluoğlu 2001: 841).

1.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması

Cumhuriyetin ilan edilmesinden günümüze kadar ki süreçte ülkemizde sağlık hizmetinin gelişim sürecini, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Cumhuriyet ilan edildikten sonra ilk dönemlerden itibaren sağlık hizmetlerinin temelleri atılmış tedavi hizmet genişletilirken diğer yanda koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalara başlanılmıştır (www.ailehekimligi.gov.tr, 22.08.2014).

1.4.1. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

Aile hekimliği, Türkiye’de 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı yasa ve 09.12.20014 tarihli "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında” Kanun’a göre yürütülmektedir. 1970’li yılların ortalarında Aile Hekimliği uygulaması Sağlık Ocağı hekiminin kollarından biri olarak görülmüş ve farklı bir uzmanlık gerektiren bir alan olarak düşünülmemiştir. Aile Hekimliği uygulaması 1983 yılında ülkemizde zorunlu hale getirilmiştir (Algın ve diğ. 2004: 257).

Aile hekimliğinin gelişmesi ülkemizde 3 dönemden oluşmaktadır Bunlardan ilki 1983-1993 dönemlerinde meydana gelmiştir. Aile hekimliği 5 Temmuz 1983 yılında “Tababet Uzmanlık Tüzüğü” kapsamında yer edinmiştir. 1984 yılında ise uzmanlık eğitiminin başlangıcı ve ilk uzmanların yetiştirilmesi devlet hastanelerinde başlatılmıştır. Daha sonrasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk olarak Aile Hekimliği Anabilim Dalı kâğıt üzerinde kurulmuştur. Böylelikle 1985 yılında

ülkenin ilk 3 büyük ili olan İstanbul, Ankara ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı tarafınca eğitim hastanelerinde faaliyet göstermeye başlamıştır. 1990 yılında Ankara'da "Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD)" bu alanda uzmanlık eğitimi alan asistanlar tarafından kurulmuştur. 1993 yılında ise ilk olarak "Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi" İstanbul'da yapılmıştır. Aynı dönem içerisinde "Aile Hekimliği Dergisi" (Journal of Family Practice) Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin İstanbul'da yer alan şubesi tarafından yayın hayatına başlamıştır. Bu dönem aile hekimliğinin başlangıç adımlarının yapıldığı bir dönem olarak kabul edilmektedir (Ünlüoğlu ve Payacı 2004: 25).

Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından 16 Temmuz 1993 tarihinde 12547 sayılı karar ile aile hekimliği anabilim dallarının tıp fakültelerinde yer almasını sağlamıştır. 1993 yılında Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği anabilim dalı kurularak eğitim hayatına başlamıştır. Yine aynı dönemde İstanbul'da "Ulusal Aile Hekimliği Kongresi" yapılmıştır. 1994 Yılında Sağlık Bakanlığı "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ve "Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü" tarafından Ankara'da, 1996 yılında Adana, Bursa ve İzmir'de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" açılmıştır. 1993 yılından itibaren ulusal Aile Hekimliği kongreleri 2 yılda bir tekrarlanmaktadır. Bu kongrenin yapılamadığı durumlarda ise "Aile Hekimliği Günleri" düzenlenmektedir. Nisan 1995 yılında Sağlık Bakanlığı "Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatını" yayın hayatına sokmuştur. 1996 yılında ülkemizde ilk kez aile hekimliğinde doçentlik unvanı verilmiştir. Ayrıca Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 1997 yılından beri yayın hayatına devam etmektedir. Aile hekimliği uzmanlık Derneği 02.03 1988 yılında Türkiye adını da kullanarak Türkiye aile hekimleri uzmanlık Derneği (TAHUD) adını almıştır. Türkiye adını alması ile beraber bu dernek dünyada ülkemizi temsil etme hakkını elde etmiştir. 2001 yılında WONCA yönetim kurullarından birisi ilk kez aile hekimi uzmanı olarak ülkemizden seçilmiştir. Ayrıca TAHUD'un, WONCA ve WONCA Avrupa üyeliği 2003 yılında başlamıştır. Bu dönemlerde ki ilerlemeler akademik anlamda önemli gelişme olarak düşünülmektedir. Ayrıca aile hekiminde doçentlik ve profesörlük unvanlarının elde edilmesi de bu dönemde gerçekleşmiştir (Söyleyici 2004: 36-38).

Ülkemizde aile hekimliğinin 3. dönemi ise, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ortaya çıkarılan "Acil Eylem Planı"nda "Herkesin Sağlık" başlığı

içerisinde olan en temel durumların açıklanması ile birlikte 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı adında topluma yayınlanma başlangıcı sağlanarak ile günümüze kadar ulaşmıştır. Burada yer alan hedeflerde koruyucu hekimliğin daha fazla yayılmasını sağlamak, aile hekimliğinin faaliyete geçirilmesi, ülkedeki vatandaşların genel sağlık sigortasına geçirilmesi, sağlık bilgi sisteminin yapılması, teşhis ve tedavi kurumlarının yapısal yenilenmeye gidilmesi, verimli ve kademeli sevk sisteminin sağlanması gibi amaçlar ile birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik fikirler ortaya çıkarılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008: 20).

Böylelikle aile hekimliği adı ile başlatılan çalışmalarda artış sağlanmış ve hala günümüzde de ülkenin tamamını uygulamasını sağlanabilmesi için altyapı çalışmaları hızlı bir şekilde devam etmektedir. Ülkemizde aile hekimliğinde belirli çalışabilmek için geçiş dönemi eğitimi ve daha sonrasında en az 3 yıllık uzmanlık eğitiminin yapılmış olması gerekmektedir. Bunlar (Ünlüoğlu ve Payacı 2004: 28):

- 9 ay İç Hastalıkları
- 9 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- 8 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum
- 6 ay Cerrahi Ağırlıklı Acil
- 4 ay Psikiyatri aşamalarından oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı uygulama için bazı illeri uygulama olarak seçmiştir. Bu uygulama 2005 yılında ilk ders Düzce ilinde yapılmıştır ve sonrasında 2006 yılında 10 ilde daha pilot uygulama yapılmıştır. 2010 yılında ise Türkiye’de yer alan bütün iller Aile Hekimliği uygulamasına geçişi sağlamıştır. Ülkemizdeki aile hekimleri tamamına Sağlık Müdürlüğü'nün hem de Bakanlığa bağlı koordinatörler tarafından aile hekimliğinin modeli ve işleyiş yönetimi anlatılmıştır. Hekimliği yalnızca tek bir sağlık sistemini kapsamamaktadır. Diğer bir deyişle yalnızca aile merkezli bir uygulama değil toplum sağlığını da düşünen aile hekimlerinin olması gerekmektedir. Buna WONCA 2005 Avrupa tanımında "Toplum Yönelimli Yaklaşım" denilmektedir.

Aile hekimliği her ülkede farklı şekillerde faaliyet göstermektedir. Ayrıca belirli bir sağlık ekonomisi düzenine sahip olmamakla, farklılaşan ekonomik

düzenlerde ya da finansman modellerde aile hekimliği uygulaması yapılmaktadır. Her ülkenin aile hekimliği uygulaması sağlık politikaları ve sağlık sistemlerine göre farklılık göstermektedir (Karadağ, 2007: 20). İngiltere'de "Genel Tıp Konseyi"nin 1990'lı yıllarda yayınlamış olduğu "Yarının Hekimleri Bildirgesi"nde, mezun olmadan önce tıp eğitiminde yer alması gerekliliği vurgulanmıştır. Bu bildiri Avrupa ülkelerinde aile hekimliği eğitimini tıp eğitiminde mezun olmadan önce uygulanmasına fayda sağlamış ve bu sağladığı faydaya devam etmektedir. Ülkemizde Aile Hekimliği anabilim dalının tıp eğitimine katkısı olmaktadır. Bu katkı yıllar içerisinde artmakta ve oldukça çeşitli faydalar sağlamaya devam etmektedir. (Başak ve Güldal 2014: 16-20).

1.4.2. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu

Aile hekimliğinde uygulanan esas durum, bireylerin ikametlerinin en yakınında olan ya da kolay bir şekilde ulaşabilecekleri bir alanda yer alan, ilk başvuruyu yapabilecekleri ve böylelikle sağlık hizmetinden faydalanabilecekleri doktorluk uygulamasını kapsamaktadır. Aile hekimliğinde yer alan doktorlar ayakta tanı ya da tedavi işlemlerinin büyük bir kısmını yerine getirirler (Eylar 2011: 49).

Ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlığı almış olan hekimlerin sayısı yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle mevcut olan hekimlere eğitimler sağlanarak bu yetki kendilerine verilecektir. Eğitimlerde verilen ilk tanımlar yeni görev tanımları ve uygulamalar olmaktadır. Ayrıca aile sağlığı hekimlerinin yetki ve sorumluluklarına yönelik bilgiler iletilerek kısa süre içerisinde uyum sağlamaya yönelik eğitim verilmektedir. Aile Hekimliği verilecek olan hekimleri sürekli yaygın ve kısmen Örgün eğitimlerle hekimlere eğitimlerinin verilmesi ve mesleki yeterlilik sınavları ile aldıkları bu eğitimlerin ölçülmesine yönelik uygulamalar yapılmaktadır (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

Hekimlerin ilk uyum eğitimi aldıktan ve başarıyla geçtikten sonra geçici sertifikaya sahip olurlar. Daha sonrasında geçici sertifikalarını kalıcı hale dönüştürebilmek için ikinci aşama eğitimlerine tabi tutulurlar. 2. aşama eğitim süresi 9 ay ila 3 yıl içerisinde gerçekleştirilir. Eğitimdeki esas amaç mesleki bilgilerin yenilenmesi, tekrarlanması ve iyileştirilmesini kapsamaktadır. Bu aşamada eğitimler

kısım kısım ve sürekli şekilde yapılacaktır. Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler iş birliği yaparak Eğitim ve Araştırma bölgeleri bu eğitimin daimî bir şekilde olmasına olanak sağlayacaktır. Üniversitelerde Aile Hekimliği ya da Halk Sağlığı alanlarında yer alan araştırma görevlileri bu aşamalarda görev alacak, öğrencilerin ve asistanların saha içerisinde eğitimi yapılacaktır. Bu eğitimlerde hem teorik hem de pratik müfredat belirlenip 6 yıl ya da daha fazla süre içerisinde eğitimin tamamlanmasıyla Aile Hekimliği uzmanlığı diploması verilmesi gerektiği düşünülmektedir (Solak 2010: 37).

1.4.3. Çalışma Saatleri ve İzinler

2013 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı resmî sitesinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının çalışma saatleri tam gün olarak belirlenmiştir. Buna yönelik haftalık çalışma süresi 40 saat olmaktadır. Ayrıca mesai saatleri ve günleri çalışma yerinin şartları da dikkate alınarak çalışılan bölgedeki bireylerin ihtiyaçlarına yönelik aile hekimi tarafından saptanır müdürlükçe onaylanır. Çalışma saatleri içerisinde de gülme saatleri ayrıca belirtilmektedir. Aile hekimlerinin yapacağı ev ziyaretleri ya da gezici sağlık hizmet çalışanları da çalışma süresi içerisinde dahil edilmektedir. Ancak toplumsal sağlık durumunu büyük ölçüde etkileyebilecek olan deprem sel salgın gibi durumlarda çalışma saatlerine bakılmaksızın faaliyet gösterebilirler (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

Bakanlık tarafından sözleşmeli şekilde atanan aile sağlığı elemanları ya da aile hekimlerinin yıllık izin süresi 30 gün olmaktadır. Ayrıca 5 gün daha mazeret izni alınabilmektedir. Kadın personelin doğumdan önce 8 doğumdan sonra 8 olmak üzere toplamda 16 haftalık bir izin alma hakkı olmaktadır. Çoğul gebeliklerin olması durumunda ise 8 haftalık izin zarfına iki hafta daha eklenebilmektedir. Genel olarak kabul edilebilir belgelerle beraber mazeretlerini beyan eden çalışanlar uzun süre doktorlar ara veren aile hekimlerinin durumlarını belgelemeleri koşuluyla geri dönme hakları gizli tutulmaktadır (Solak 2010: 38).

1.4.4. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü

Bireylerin sağlık hizmetinden birinci basamak şeklinde yararlanabilmeleri için aile hekimine kayıt olmaları gerekmektedir. Bireylerin bu kayıta hekimlerinin belirlenebilmesi İl Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlanmaktadır. Belirlenen bu ilk hekimin en az 6 ay boyunca değiştirilmemesi zorunluluğu olmaktadır. Daha sonrasında ise bireyler bölge özelliği konumu gibi bireysel nedenlerden dolayı farklı hekim tercihi talep edebilmektedir. Yapılan bu iki kayıt ise kimle doğru da irtibata geçilerek yapılmaktadır. Farklı hekime geçildiğinde bireylerin bilgileri de doğrudan aktarılmaktadır (Solak 2010: 18).

Bireylerin hekim seçme hakkına sahip olması hem hekime ulaşabilme durumu hem de kendisini daha yakın hissettiği hekime başvurabilme gibi imkanlardan dolayı önemli bir uygulama olarak belirtilmektedir. Ancak bu uygulamanın olumsuz olduğunu düşünen de yazarlar olmaktadır. Örneğin; Dedeoğlu (2003) doktor seçme ve değiştirme özgürlüğünün hiçbir ülkede tam bir hekim seçme özgürlüğünü kapsamadığı, sağlık hizmetlerinde para ile satın alındığı ABD gibi ülkelerde bile ancak gelir düzeyi oldukça yüksek bireylerin yapabileceği bir faaliyet olduğunu belirtmiştir. Ayrıca sağlığın bir insan hakkı ve sağlık hizmetinin de kamu hizmeti olduğu ülkelerde bireylerin ikamet ettiği yerdeki hekime ulaşma zorunluluğu olması ve hekiminden memnun kalmayan bireylerin de hekim değiştirme taleplerinin yerine getirildiği ancak talep ettiği hekime muayene olma hakkının olmadığını belirtmiştir (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

1.4.5. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Birinci basamakta yer alan doktorlar sağlık hizmetlerinin kullanımında sorumlu olmaktadır. Aile hekimine başvuran hastanın başka bir dalda yer alan uzman bir hekime aktarılıp aktarılmama konusunda karar vermektedir. Aile hekimi hastayı başka bir uzmana aktarımını sağladığında o hastanın takibini yapar ve hizmetler içerisindeki koordinasyonu üstlenir. Böylelikle hastalarında uzman doktor kaynağını kullanma aşamalarında yardımcı olur. Böylelikle birinci, ikinci ve üçüncü Sağlık Hizmetleri arasında bir bağ kurulmasına neden olarak gereksiz kullanımı önüne geçilmektedir (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

Aile hekimi kendi hastalarının kayıtlarını tutma sorumluluğundadır. Eğer ki aile hekimi hastasının bir üst basamağa sevkini sağlaması gerekiyorsa o hastanın temel sağlık bilgilerini ve sevkin gerekçelerini belirtmek zorunluluğu bulunmaktadır. Hastanın sevki gerçekleştikten sonra yapılan tedavi sonrasında Aile hekimine aynı ya da farklı form üzerinden geri bildirim yapılması gerekmektedir. Aile hekimliği uygulamasıyla sağlık bilgi sisteminde yaşanan gelişmeler ile beraber belirli birtakım bilgiler dijital kayıt şeklinde yapılmaktadır (22.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr).

Geribildirim sayesinde hastanın sağlık durumunun korunabilmesine olanak verirken 2. basamak hizmetlerinin kontrol edilmesini sağlamaktadır. Aile hekimi 2. ya da 3 basamaktaki sağlık hizmetlerine geribildirim sayesinde kontrol edebilmektedir. Böylelikle aile hekimi kendi hastalarını takip edilebilmektedir (Söyleyici 2010: 54).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA TATMİNİ

2.1. Kalite Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Günümüzün rekabet şartlarında örgütlerin başarıyı yakalayabilmek ileri ve ürün ya da hizmetlerini satabilmeleri için müşterilerin tatmin düzeyini elde etmeleri gerekmektedir. Bu nedenle örgütler en iyi üretimi en iyi sunmaları önemli bir görev haline gelmiştir. En iyi üretimi yapabilmek için örgütler; müşteri taleplerini hızlı bir şekilde karşılayabilmek için esnek bir yapıya sahip kaliteli üretim yapılması örgüt içerisinde çalışanların tamamının verimli olması sağlanmalıdır (Pakdemir, 1995: 27-28). Kalite kavramı bir ürün ya da hizmetin belirli ya da olması yüksek muhtemel ihtiyaçların karşılanabilmesi becerisine sahip özelliklerin toplamını oluşturmaktadır (TS-ISO 90005). Bir başka tanımda ise kalite bir ürün ya da hizmetin ekonomik bir şekilde tüketicilere cevap verecek nitelikte yapılan üretimdir (06.03.2013,www.egitim5.tripod.com).

Günümüzde kurumların geleceklerini, elde ettikleri karlar değil müşterilerini tatmin etme düzeyleri ve müşterilerinin gözünde ne derece vazgeçilmez olduklarıdır. Bilhassa hizmet işletmeleri müşteri ile sürekli iletişimde olan kurumlar olmaları dolayısıyla müşteri memnuniyeti hizmet işletmelerinde kilit noktadır. Müşteri memnuniyetinin sağlanması ise kaliteli hizmet sunumu ile mümkün olmaktadır. İç ve dış müşteri memnuniyeti ile yakından ilişkili olan kalite kavramı temelde, insanların beklentilerine en doğru zamanda, en doğru şekilde ve en doğru yerde cevap verme düzeyi olarak nitelendirilebilir. Bu ise topluma hizmet etmek, kar elde etmek ve devamlılığını sağlamak amacı güden işletmelerin bu amaçlarına ulaşabilmeleri için temel prensiptir.

Sağlıkta kalite sadece kurumların hedefleri arasında yer almamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi toplumun refahı ve ülkelerin gelişmişliği için de oldukça önemlidir. Bu sebeple sağlıkta kalite, üzerinde durulması gereken çok önemli bir konudur.

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi

Sağlık hizmetlerinde kalite sağlık bakımı kadar eski bir tarihsel geçmişe dayanmaktadır. Eski Mısır, Asur, Çin, Japonya ve Meksika'da sistematik tıp okulları ve iyi uygulama gelenekleri bulunmaktadır. Yunan ve Roma dönemlerinde Hekimlere yönelik yazılmış olan mesleki davranış kuralları günümüzde Hipokrat yemini gibi hala sağlıkçılar tarafından referans olarak devam etmektedir. Mezopotamya kralı Hammurabi (M.Ö. 1700), Cerrahi yetersizlikler meydana geldiğinde buna yönelik özel cezaları kapsayan bir yasa ortaya çıkarmıştır. İspanyol Juan Duarte, zihinsel engellilere yönelik özel bakım standartlarını belirlemiştir. 20. yy başlarında ise Amerikalı birçok hekim Sağlık kalitesinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yürütmüştür. 1915 yılında Amerikan cerrahi Birliği (The American Collaeg of Surgeons) standart hastane ortamını yaratabilmek ve geliştirebilmek için harekete geçmiştir. Böylelikle hastanelerin kontrol edilmesine yönelik kayıt sistemleri üzerinden bu birliğe sunmaları gerekliliğini görev haline getirmişlerdir. Hastanelerin daha fazla hastalara ulaşabilmek ve böylelikle daha fazla kar elde edebilmek için bu birliğe yöneldikleri görülmüştür (Karadağ 2007: 37).

Amerikan cerrahi Birliği 1952 yılında farklı bir takım meslek birlikleri, Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospitals Association), Amerikan Tıp Birliği (Amerikan Medical Association) ve Amerikan hekimler Birliği (American College of Physicians) ile birleşerek sağlık kurumları akreditasyonu ortak komisyonunu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations –JCAHO) kurmuşlardır. Böylelikle ABD'de kamu fonları üzerinden sağlık hizmetinden faydalananların JCAHO tarafından kabul görülen kurumlara başvuru yapılması zorunlu hale gelmiştir. Kamu fonlarından faydalanamayan bireyleri de kapsamak için ise akreditasyon, sağlık kurumları açısından rekabet ortamını yaratmıştır. Benzer akreditasyon sistemleri Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya'da da faaliyet göstermektedir (Öztürk 2002: 51-52).

Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesinin sağlanması amacıyla 1980'li yılların başında toplam kalite yönetimi (TKY) modele ortaya çıkarılmıştır. Toplam kalite yönetimi modeli 1990'lı yıllarda kazandırabilecek faaliyetler tartışılırken aynı

zamanda buna yönelik uygulamalar hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır (Ersoy ve Özgen 1995:5).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı

Klasik görüşte sağlık hizmeti da yer alan kalite kavramı; sağlık hizmetlerinde yer alan farklı öğelerinin standartlara uygun ya da mükemmellik düzeyinde olması şeklinde yorumlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yer alan tüm öğeler; toplumda yer alan bireylerin sağlıklarını kaybetmemek yani güvence almak koşuluyla hizmet sağlayan koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ile başlayan 1, 2 ve 3 basamak sağlık hizmetleri ile sürdürülen iç içe geçmiş hizmetlerin toplamını oluşturmaktadır. Burada yer alan temel amaç toplumda yer alan bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmesi, hastalık durumlarında ise kalite sağlık hizmeti ile kısa zaman aralığında eski sağlıklarına ulaşabilmelerinin temini sağlamaktır. Bireylerin en temel ihtiyacı olan sağlık durumunun korunabilmesi için kaliteli sağlık hizmeti sunulması gerekmektedir (13.10.2013, www.canaktan.org).

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Sağlıkta kalite seçim değil, zorunluluktur. Üretim ve hizmet sektörlerinde yapılan hatanın bir şekilde telafisi mümkündür. Örneğin defolu üretilen bir malın yenisi üretilebilir, hatalı bir davranış özür dileyerek düzeltilebilir. Buna karşılık insan sağlığı gibi önemli bir konuda verilen hizmetin sonucu doğrudan insanın yaşam hakkını etkilediği için telafisi mümkün değildir. Sağlıkta kalite zorunluluğunun nedenlerine kısaca göz atarsak:

- ✓ Sağlık hizmetindeki faaliyetlerin yüz yüze ya da birebir şekilde yerine getirilmesi,
- ✓ Toplumda en değerli varlık olan insanın sağlığı ile ilgili hizmet yapılması,
- ✓ Hastaların kaygılı ya da ön yargılı tavırlarını sergilemeleri,
- ✓ En önemlisi telafi edilememesi gibi örneklemeler verilebilir (Tanrıku 2004: 79).

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından kaliteli sağlık hizmetinin yerine getirilmesi için birtakım özellikler sunulmuştur. Bu rapora göre kaliteli sağlık hizmetinin sağlanabilmesi için;

- ✓ Hastalık ya da benzer durumlarda erken teşhisin konulması ve buna yönelik tedaviye başlanması,
- ✓ Tedavinin zamanında başlanması sürekli olması uygun olmayan bir Tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- ✓ Bakım sürecinde yer alan hastaların bu süreç içerisinde bilinçli bir şekilde davranmasını sağlamak,
- ✓ Tıp bilimi tarafından kabul görülmüş ilkelere ve buna uygun teknolojiye dayalı verimli kullanımının sağlanması,
- ✓ Hastalarda hastalığın getirmiş olduğu stres ya da endişeye karşı duyarlı davranılması ve hastanın iyi olacağı düşüncesiyle fikriyle sunulması,
- ✓ Tedavide istenilen için ulaşılabilmesi için ihtiyaç duyulan sağlık sistem ve kaynaklarının verimli bir şekilde kullanılması,
- ✓ Bakımın sürekliliğinin sağlanması ve aynı meslekte olan bireyin yorumlayabilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterli düzeyde oluşturması gerekliliği öngörülmektedir (Devebakan 2006: 129).

2.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlama Sistemleri

Kalite sistemlerinin gelişim süreci, yapılan faaliyetleri standart düzeylerini tekabül edip etmediğinin değerlendirilmesi olan kalite kontrolü yöntemi ile ortaya çıkmıştır. Bu aşamadan sonra yapılan hizmetlerin sunulmasıyla kalite düzeyini ölçme ve değerlendirme durumlarına göre gereken yapılandırmalar Sağlandığı faaliyetleri kapsayan kalite güvencesi ile devamını sağlamıştır. Gelişimin son evresinde ise, belirli bir kuruluştaki faaliyetlerin tamamını daimî olarak iyileştirilmesine ayrıca müşterilerin memnuniyet düzeylerinin olumlu yönde hedeflenmesi sağlatılan toplam kalite yönetimi ile devam etmiştir (Kavakoğlu 1994: 50).

2.1.4.1. Kalite Kontrol

Uluslararası standartlar organizasyonu (ISO) Kalite Kontrolünü: “Kaliteyi oluşturmak, korumak, geliştirmek ve üretimi müşteriye tatmin edecek en ekonomik seviyede sürdürmek için üretici tarafından uygulanan işlemler dizisidir.” şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi oldukça zordur. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi farklı yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu yöntemler nitel veya nicel verileri içermektedir. Hasta ve yakınlarına uygulanan anketler, çalışanlara uygulanan anketler kalite ölçüm araçlarıdır. Bunun dışında istatistikler de önemli veriler sağlamaktadır. Bu çıktılar; hastalık oranları, hastalıkların iyileşme oranları, ameliyat sonrası komplikasyon oranı, yatak sayısı ve yatak işgal oranı gibi oranlardır (Sarvan ve Berk, 1995: 6). Bu çıktılar istenilen seviyeye ne kadar yakınsa kalite de o derece sağlanmış demektir.

2.1.4.2. Kalite Güvence Sistemi

Global dünyada rekabet ortamının yoğun bir şekilde olması verimli bir üretim sağlayabilmek amacıyla kalitenin daimî olarak korunmasının önemi ve yönetim faaliyetlerinde büyük çabalarla gerçekleştirilebilmesi gerekmektedir. Kalite güvence sistemi kavramının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Buna yönelik farklı ülkelerde bilimsel ya da teknik nitelikte yer alan araştırmacılar sistem modellerinde araştırmalarını yürütmüşler ve bu araştırmalar sonucunda kalite güvence sistemini geliştirmişlerdir (Kavakoğlu 1994: 54). Kalite güvence sisteminin ilkeleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Çoruh 1994: 340);

- Kalite güvence sisteminin uygulama gereksiniminin, kurumda yer alan üst yönetim tarafınca sahiplenmesi benimsenmesi ve daimî olarak takip edilmesi,
- Kurum içerisinde yer alan personellerin tamamının kalite güvencesi hakkında bilgi edinmeleri gerekmekte,

- Birimler arasında iletişim iş birliği ve koordinasyon kademelerinin geliştirilmesi ve bu faaliyetlerin sürekliliğinin oluşturulması,
- Kurum içerisinde yer alan tüm çalışanlar tarafından kalite güvence sisteminin sürekli yenilik ihtiyacı yaratıcılık ve uzun bir süreç içerisinde olması durumunun bilinmesi,
- Takım çalışmalarında hem tartışma hem de karar verme öneminin farkında olunması,
- Yapılması gereken faaliyetlerin plan ve programlarının öncesinde hazırlanması ve zamanı geldiğinde uygulama becerilerinin sağlanmış olması,
- Ortaya çıkan sorunlara yönelik birlikte karar alınarak uygulamaya sokulan önlemleri takip etmek ve gereken değişikliklerin yapılması disiplinini oluşturmaktadır.

2.1.4.3. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam kalite yönetiminin tek, her örgüte uyan bir tanımı olmayıp, değişik yazarlarca farklı şekillerde tanımlanmaktadır. KALDER (Kalite Derneği), Toplam Kalite Yönetimini (TKY) şöyle tanımlamıştır: Bir kurumdaki bütün işlemlerin sürekli olarak iyileştirilmesi ve kurumdaki bütün çalışanların etkili katılımı ile çalışanların, müşterilerin ve toplumun memnun edilmesi ile kârlılığa ulaşılmasıdır (Odabaşı 2004: 132).

2.2. Müşteri (Hasta) Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinden Hasta Tatmini

Genellikle müşteri kavramı, birçok farklı anlamda kullanılmaktadır. İç ver dış müşteri olarak iki farklı müşteri vardır. En genel olarak müşteri, bir işletmenin ürettiği mal veya hizmeti satın alan kişi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre kişi ancak mal veya hizmeti satın alması durumunda müşteri konumuna gelmektedir (Çerçi 2003: 72; Faikoğlu 2004: 50). Fakat çalışanlar da iç müşteri olarak literatürde yer almaktadır. Sağlık kurumlarında müşteri kavramı kullanılmayıp

müşteri yerine hasta ibaresi vardır. Fakat sağlık kurumlarının tüm paydaşları (devlet, sigorta kurumları, medikal şirketler, çalışanlar vb.) müşteri konumundadır. Bu sebeple hasta ve müşteri kavramını birbirinden ayrı tutmakta fayda vardır.

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Tatmini

Sağlık işletmelerinde temel noktalardan birisi de hasta tatminin sağlanmasıdır. Hasta takvimi hastanın Sağlık hizmetinden tahmin ettiğini ile sağlık hizmetinden faydalanması sonucunda da elde ettiği hizmetin gerçek performansı ile karşılaştırılması sonucu şeklinde de tanımlanabilir. Bu tatmin düzeyinin elde ettiği payda ile beklediği arasındaki farkı bakılarak ortaya çıkabileceği öngörülmüştür. Buna bağlı olarak hastaların tatmin olması; hizmetten elde edilen performansın beklenen performans düzeyinde ya da aşma düzeyine erişmiş olması gerekmektedir. Tam tersi durumda ise hastaların tatminsiz olmaları beklentilerin altında olduğu anlamına gelmektedir. Hastaların beklentileri zaman içerisinde değişmekte buna bağlı olarak duyulan tatmin düzeyde değişmektedir. Ayrıca hastaların önyargıları da zaman içerisinde farklılık göstermekte buna bağlı olarak yargıların gerisinde kalmış olan hizmetler tatminsizlik doğuracaktır (Kardeş 1994: 33).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Beklentileri

Sağlık hizmetlerindeki beklentiler hastanın kullandığı ürün veya ürünlerin göstermiş olduğu performanslarına yönelik duydukları tatmin ya da inançları kapsamaktadır. Bir başka tanımda ise beklentiler, ürün ya da hizmetin özellikleri doğrultusunda duydukları inanç ya da gelecek dönemlerde tercih konusundaki kararlarıdır (Devebakan 2006: 123). Genel olarak hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerinden oluşan faktörlere aşağıdaki şekilde özetleyebiliriz (Vincent 1991: 25, Aktaran: Günel 2007: 51-52);

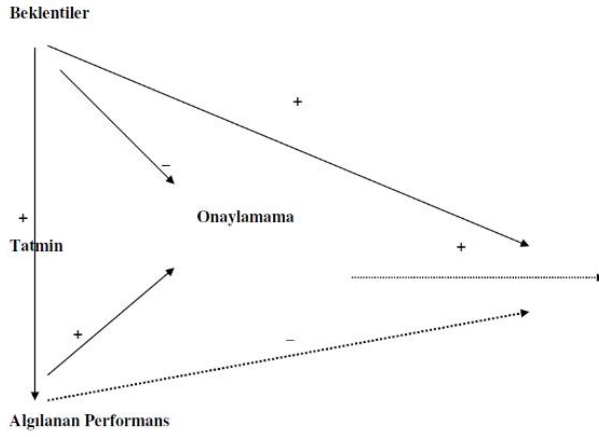
- ✓ Hasta beklentilerinde tıbbi ihtiyaçlar doğrultusunda; sağlık durumlarının yavaşlatılması tedavi ya da hastalığın ilerleme aşamalarını önleme durumları beklentiler konusunda oldukça önemli olmaktadır.

- ✓ Hem mevcut hem de başka sağlık örgütlerinden elde edilen deneyimler; mevcut hastaların sağlık bakım hizmeti geçmiş dönemlerdeki karşılaştırmalar sonucunda elde ettikleri tecrübeleri kapsamaktadır.
- ✓ Teknoloji ve çevre bilgisi; hastaların sosyo-kültürel durumlarından yola çıkılarak hizmet farklılıklarını hizmet faaliyetlerin oluşturmuş olduğu riskleri ve hizmetlerin teknolojik düzeyin bildiği belirtilmektedir.
- ✓ Rekabetçilerin tavsiyeleri; sağlık örgütlerinin tavsiyeleri ya da yönelik vaatlerinin öğrenilmesi hasta beklentilerini anlama bakımından oldukça önemlidir.

Müşteri tatmini oluşturulmasına yönelik literatürde oldukça farklı kuramlar olduğu görülmektedir. Bu kuramlar; Beklentinin Onaylanmaması, Bilişsel ya da Bilişsel Uyumsuzluk (çelişki), Benzeşim, Benzeşim – Karşıtlık, Denkserlik, Atfetme, Kıyaslama Düzeyi ve Uyumlaştırma kuramlarıdır. Beklentinin onaylanmaması kuramı bu alanda en çok onaylanan kuram olmaktadır (Devebakan 2006: 124).

Tichard Oliver'in oluşturmuş olduğu bu kurama göre, müşterilerin ürünü satın alma ya da kullanma aşamasına gelmeden önce; ürünün göstereceği performans açısından beklentileri olmaktadır. Bu beklentinin sonucunda çıkan duygu ise tatmindir. Ayrıca bu kurama göre, müşteri satın alma faaliyetine belirli beklentilerle girmekte, satın aldıktan sonra ya da kullandıktan sonra elde etti sonuç ile öncesinde beklediği performans karşılaştırması yapmaktadır. Karşılaştırma neticesinde performans eşitse müşteri tarafından onay görmektedir. Elde ettiği performans satın alma öncesindeki performans algısında daha yüksek ise pozitif, küçük ise negatif onaylamama olmaktadır. Sekil-5.1.'de görüldüğü gibi, onaylamama tatmin öncesinde oluşmaktadır. Oliver, tatmin düzeyinin beklentiler ve buna yönelik algılanan performansın kıyaslanması neticesinde onaylanmaması tatmin, negatif onaylamama durumunun tatminsizlik olarak duygusal nedenlere sebep

olmaktadır. Kısacası kullanılan ürünün performansı, beklenenden iyi aynı ve çok daha kötü olabilmektedir (Devebakan 2006: 124).



Şekil 2 Beklentilerin Onaylanmaması Kuramında Tatmin Oluşum Süreci (Devebakan, 2006 :125)

Şekil 4.1: Beklentilerin Onaylanmaması Kuramında Tatmin Oluşum Süreci (Devebakan 2006 : 125)

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmininin Önemi

Sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin kalitesini ölçmek için dikkate alınması gereken önemli noktalardan birisi de hasta tatmininin sağlanmasıdır. Leebov ve Scott sağlık hizmetlerinde hasta tatmininin dört nedenden dolayı önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bunlar (Leebov ve Scott 1994:58, Aktaran Karadağ 2007: 44):

İnsancıl nedenler: Hasta haklarının en başında sağlık hizmetini en iyi kaliteli bir şekilde hizmet alma hakkı olmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarında verilen hizmetin teknik ve bilimsel anlamda yeterli düzeyde olması, hastaların kişiliğine düşüncelerine, değerlerine ve tutumlarına saygı çerçevesi içerisinde hizmetin sağlanması gerekliliği bulunmaktadır.

Ekonomik Nedenler: Hastalar hizmet satın alma konumundadırlar. Hastaların konumları itibarıyla, diğer sektördeki müşterilere göre verilen hizmetlerle ilgili olarak daha dikkatli davranmaktadırlar. Hastaların tercihleri daha ciddi olmakta ve karşıladıkları ücret bedelinin karşılığını beklerler. Müşteri tatmininin sağlanması

sağlık kurumunun hem kar hem de müşteri potansiyelini oldukça önemli derecede etkilemektedir.

Pazarlama: Hasta tatmininin sağlanması, sağlık kurumları tarafından müşteri potansiyeli arttırmak ve pazar payını için büyütmek için yerine getirmesi zorunlu olan bir süreçtir.

Etkililik: Hastalar beklentilerin sonucunda tatmin olması ile daha pozitif davranışlar gösterdiği görülmektedir. Hastaların tatmin olmasıyla hem hekim hem de sağlık personellerinin taleplerini daha dikkatli bir şekilde yerine getirmektedirler.

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerinde hasta hasta tatminini 2 faktör belirlemektedir. Bunlardan ilki olan beklentiler faktörü, sağlık hizmetlerine başvuran hastaların talep ettikleri bilimsel yönetsel ve davranışsal özelliklerdir. Beklentiler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo-kültürel özellikler, geçmiş dönemde sağlık hizmetleri ile ilgili deneyimler neticesinde farklılık gösterebilmektedir (Karadağ 2007: 58). İkinci faktör ise hizmet algılama faktörüdür. Yani hastaların sağlık hizmetlerinden başvurdukları ve almış oldukları hizmetlerin süreci ile ilgili görüş ya da değerlendirmeleri kapsamaktadır. Algılama faktörü sağlık hizmetlerine başvuran hastaların özellikleri ne ve sağlık hizmetlerindeki yaşamış oldukları geçmiş deneyimlerine göre farklılık göstermektedir (Kavuncubaşı 2000: 298).

2.2.4.1. Hastaya İlişkin Faktörler

Bireylerin sağlık hizmetleri ile ilgili geçmiş deneyimleri, yakınları aracılığı ile edindiği bilgiler, sosyal medya araçlarında sağlık hizmetlerine yönelik verilen mesajlar, kişilerin beklentileri, yaş, cinsiyet, sosyal statü, sağlık durumu, bireysel sağlık durumunu algılama düzeyi gibi birçok faktör hasta tatmininde etkileyici rol oynamaktadır (Forbes ve Brown 1995: 87; Aktaran ve Karadağ 2007: 59).

2.2.4.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık hizmetlerinde hastalarla yakın ilişkide bulunan sağlık personellerinin kişilik özellikleri, hastaya gösterilen tavır yani ilgi şefkat anlayış profesyonellik, bilgi ve becerilerini anlatma şekilleri özellikle hasta ve hasta ile hemşire ilişkisi hasta tatmininde oldukça önemli olmaktadır.

2.2.4.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Sağlık hizmetlerinde hastaların tatmin boyutlarından birisi de hasta odalarının fiziksel ve çevresel koşullarından oluşmaktadır. Hastalar hasta odaları konusunda oldukça ilgili bu konuya önem vermektedirler. Hastanenin bakımsız olması, düzensiz ve yeterli sayıda hasta odalarının olmaması hasta şikayetlerinin çok olması ortamın hastalar açısından rahatsız edici olması durumları tatminsizlik düzeyini ortaya çıkarmakta ve tercihlerini tekrarlama konusunda olumsuz etkilemektedir. Sağlık hizmeti satın alma öncesinde hastaların Korece fiziksel ortam bu konu hakkında fikir vermesi anlamında bir kaynaktır (Yanık 2000: 72).

2.2.5. Hasta Tatminini Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinde hasta tatmininin sağlanabilmesi ve yükseltilebilmesi için üç şekilde tatmin ölçümlerini yapılacağı belirtilmektedir (Leebov 1994'den akt: Günal 2007: 63):

- ✓ Genel düzeyde müşteri tatmin düzeyinin belirlenmesi,
- ✓ Sağlık hizmetlerinde verilen önemli hizmetlerin özellikleri konusunda müşterilerin bunları algılama düzeyi belirlenmesi,
- ✓ Hizmet faaliyeti içerisinde anahtar unsurları performansının düzeyinin belirlenmesi

Hasta tatmini ölçümlerinin;

- ✓ Hedeflere yönelik olması
- ✓ Hem görevlileri hem de hastalara küçük düşürecek düzeyde durumlar olmaması

- ✓ Hem kolay hem de az maliyetli uygulanabilir olması
- ✓ Sonuçlarının analiz edilebilir olması durumları temel kriterleri oluşturmaktadır (Engiz 2007: 71).

Hasta tatmininin belirlenmesinde kullanılan en yaygın faaliyet anketlerden oluşmaktadır. sağlık hizmetlerinde hasta tatmininin belirlenmesinde kullanılan Anket uygulamaları diğer tekniklere göre en fazla kullanılan endirekt araştırmayı oluşturmaktadır (Söyleyici 2010: 83).

Anketlerin belirli kitleye direkt ulaştırılabilir olması, daha az maliyet gerektirdiğinden sağlık hizmetlerinde de kullanılan en yaygın yöntemlerden birisi olmaktadır. Belirli bir konuda yapılacak olan Anketin bazı temel özellikleri kapsamı gerekmektedir. Ankette yer alacak soruların düzenlenmesi, cevaplar da yer alacak seçeneklerin sayısı ve türleri, öğrenilmek istenilen konuların gruplandırılması anket hazırlama da dikkat edilmesi gereken durumlar olmaktadır (Söyleyici 2010: 83).

Anket uygulamaları sayesinde çok farklı konular üzerinden bilgiler toplamak mümkün olmaktadır. Anketin Başarılı bir şekilde sonuçlandırılabilmesi için o anketin geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir. Geçerlilik Anketteki soruları ölçmek istedikleri durumu ölçme düzeyidir. Güvenilirlik ise; Anketin belirli bir gruba belirli koşullarda birkaç uygulanma sonrasında aynı sonuçların elde edilmesidir. Anket geliştirilmesi aşamasından önce hasta tatmininde oynayan temel hizmet boyutlarının belirlenmesi gerekmektedir. Belirlenen bu boyutları ölçmek için doğru ve anlaşılır sorular hazırlanması gerekmektedir. Ankette çok fazla soru yer almamasına ve görüntü düzenine edilmelidir (Kısa 2002:310).

Anket yoluyla hastalardan elde edilen ham veri herhangi bir durumu ifade edemeyeceğinden bu toplanan verilerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ölçümlenmesi gerekmektedir. Böylelikle hastaların ihtiyaçları beklentileri ve tatmini hakkında toplanılan veriler ışığında bilgi elde edilecektir. Bu bilgilerle mevcut durum hakkında bilgi edilebilir, sağlık hizmetinin gelişimi için fırsat sağlanır, sıfatlar arasında öncelik sıralaması yapılabilir ve gelişimin ilerleme yapılabilmesi için ana sorunları belirlenmesinde yardımcı yardımcı olabilecektir (Söyleyici 2010: 83).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ MEMNUNİYET DÜZEYİ ALAN ARAŞTIRMASI

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın tipi, evreni ve örneklemini, veri toplama araçları ve verilerin değerlendirilmesi gibi başlıklara yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada araştırma alanı olarak Şarkışla ilçesi Aile Sağlığı Merkezleri seçilmiş ve aile hekimliği uygulamalarının hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu amaç doğrultusunda, aşağıdaki hipotezler test edilmiştir.

H_{0a}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yüksek değildir.

H_{1a}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yüksektir.

H_{0b}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_{1b}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{0c}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_{1c}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{0d}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_{1d}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{0e}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri aile hekimini tanıma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_{1e}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri aile hekimini tanıma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{0f}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_{1f}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{0g}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_{1g}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{0h}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

H_{1h}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{0i}: Aile hekimliği memnuniyet ölçeği ile alt boyutları arasında ilişki yoktur.

H_{1i}: Aile hekimliği memnuniyet ölçeği ile alt boyutları arasında ilişki vardır.

3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerini ölçmek için kullanılan anket soruları ile sınırlıdır. Bununla beraber zaman ve maddi kısıtlılık dolayısıyla veriler bir aile sağlığı merkezi ve sınırlı sayıda katılımcı ile değerlendirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın yöntemi, araştırmanın nasıl bir yol izlenerek gerçekleştirilebileceğini açıklayan kavramsal çerçeve, frekanslar, kapsam ve sınırlılıklar, verilerin toplanması ve değerlendirilmesi ile ilgili bilgileri kapsamaktadır.

Aile hekimliği uygulamasının, Şarkışla ilçesinde Aile Sağlığı merkezlerine başvuran hastalar üzerindeki etkilerini inceleyen bu araştırma tanımlayıcı tipte bir alan araştırmasıdır.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılımdan gelip gelmediğine Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmış ve analizlere parametrik testlerle devam edilmiştir. Veriler T Testi ve F Testi (ANOVA) ile analiz edilmiştir. İlişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Yanılma dűzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Şarkışla Aile Hekimliklerinden 03.04.2017-03.08.2017 tarihleri arasında hizmet alan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise; Şarkışla ilçesinde aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalardan 200 kişi oluşturmaktadır.

Evren örnekleme hesaplamasında;

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{(N - 1) * d^2 + Z^2 * p * q}$$

forműlü kullanılır. Burada;

n=400;

d= 0.05;

p =0.50; q (1-p)=0.50;

Z_{α} : $\alpha=0.05, 0.01, 0.001$ için sırasıyla 1.96, 2.58, 3.28;

Yukarıdaki deđerler forműlde yerine konulduđu zaman, örnekleme hacmi 196 kiři olarak belirlenmiřtir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmada aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyetini değerlendirmek için Kantarcı (2015) ‘Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği’ ve Ağdemir (2012) ‘Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların Ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma’ ölçeklerinden yararlanılarak, araştırmacı tarafından düzenlenen, “*Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Ölçeği (AHUHM)*” kullanılmıştır.

13 madde içeren ölçek; aile hekimi (6 madde) ve aile hekimliği uygulaması (7 madde) olarak 2 alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenirliği toplam puanda 0,95; aile hekimliği alt boyutunda 0.93, aile hekimliği uygulaması alt boyutunda 0.90 olarak belirlenmiştir. Ölçekten en az 13 ve en çok 65 puan alınabilmektedir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından “1=kesinlikle katılmıyorum”, “2=katılmıyorum”, “3=kararsızım”, “4=katılıyorum”, “5=kesinlikle katılıyorum” şeklinde beşli likert yapıda yanıtlanmaktadır. Ölçeğe ilişkin faktör analizi ve güvenirlik analizi Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1 AHUHMÖ Faktör Analizi

Faktörün Adı	Yargı İfadesi	Faktör Yükleri	Faktörün Açıklayıcılığı %	C. Alpha
Aile Hekimi	12. Aile hekimim her zaman nazik ve güler yüzlüdür 13. Aile hekimleri hastasının kişisel mahremiyetine özen göstermektedir. 14. Aile hekimleri hastasına açıklama yaparken tıbbi terimleri kullanmayıp sorunun daha anlaşılır olmasını sağlamaktadır. 15. Aile hekiminin muayene için ayırdığı zamanı yeterli buluyorum. 16. Aile hekimi teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapmaktadır. 19. Aile hekimi hastalığım ve korunma yöntemleri hakkında yeterince bilgilendiriyor.	,820 ,866 ,963 ,801 ,806 ,690	61,28	0,93
Aile Hekimliği Sistemi	8. Aile hekimliği sistemi ülkemize faydalı olmuştur. 9. Aile hekimliği sistemi sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırmıştır. 10. Sağlığım ile ilgili problem yaşadığımda ilk olarak aile hekimime başvururum. 11. Aile hekimliği sistemi hekim-hasta ilişkisini güçlü kımıştır. 17. Aile sağlığı Merkezinin ulaşılabilirliği açısından memnunum. 18. Aile hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyorum. 20. Sizce aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu.	,894 ,731 ,739 ,489 ,627 ,438 ,784	7,99	0,90
KMO = 0.92 Bartlett's Test of Sphericity Chi-Square = 2099.021 df= 78 P< 0.05			69,27	0,95

Toplanan veriler sonucu yapılan KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) analizinde belirlenen etkenlerin geçerliliğinin 0,92 olduğu tespit edilmiştir. Minimum değer 0,44 olması, etkenlerin geçerliliğinin yeterli olduğunu göstermektedir. Tüm

etkenlerin içinde bulunduğu faktör analizinde memnuniyet 2 temel faktörde toplanmıştır. Bu 2 faktörün toplam açıklayıcılık düzeyi % 69,27 olarak saptanmıştır. Yapılan incelemede 2 temel faktör dışında kalan bir etken tespit edilmemiştir.

Tablo 1’de görüldüğü üzere, uygulanan faktör analizi sonucunda oluşturulan 2 temel faktör “Aile Hekimi” ve “Aile Hekimliği Sistemi” olarak adlandırılmıştır.

Birinci faktör olan “Aile Hekimi” 0,93 güvenilirlik seviyesinde toplam varyansın % 61,28’ini açıklamakta olup, 6 yargı ifadesini bünyesinde barındırmaktadır. Bu faktör aile hekimi ile ilgili olan memnuniyet düzeyini ifade etmektedir.

İkinci faktör olan “Aile Hekimliği Sistemi” 0,90 güvenilirlik seviyesinde, toplam varyansın % 7,99’unu açıklamakta olup, 7 yargı ifadesini bünyesinde barındırmaktadır. Bu faktör aile hekimliği sistemi ile ilgili olan memnuniyet düzeyini ifade etmektedir.

Ölçeğin toplam güvenilirlik düzeyi 0,95 olarak saptanmıştır.

3.7. Araştırma Bulguları

Katılımcıların demografik özelliklerine ait bilgilere Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	(f)	(%)	
Cinsiyet	Kadın	110	55,0
	Erkek	90	45,0
Yaş	25 yaş altı	45	22,5
	25-34	47	23,5
	35-44	43	21,5
	45-54	46	23,0
	55 yaş ve üzeri	19	9,5
Medeni durum	Evli	139	69,5
	Bekar	61	30,5
Eğitim	İlkokul	42	21,0

	Lise	81	40,5
	Lisans	67	33,5
	Lisans Üstü	10	5,0
İş	Evet	106	53,0
	Hayır	94	47,0
Aile Hekimi Tanıma	Evet	167	83,5
	Hayır	33	16,5
Başvuru Sayısı	1-2	57	28,5
	3-4	85	42,5
	5-6	42	21,0
	7 ve üzeri	16	8,0
TOPLAM		200	100,0

Tablo 2 incelendiğinde araştırmaya katılan 200 kişinin % 55'inin kadın % 45'inin erkek olduğu, %22,5'inin 25 yaş altı % 23,5'inin 25-34 yaş % 21,5'inin 35-44 yaş % 23,0'ının 45-54 yaş %9,5'inin 55 yaş ve üzeri olduğu, %69,'inin evli %30,5'inin bekar olduğu, %21,0'ının ilkokul %40,5'inin lise %33,5'inin lisans %5,0'ının yüksek lisans mezunu olduğu, %53,0'ının çalıştığı %47,0'ının çalışmadığı, %83,5'inin aile hekimini tanıdığı %16,5'inin aile hekimini tanımadığı, %28,5'inin 1-2 kere %42,5'inin 3-4 kere %21,0'ının 5-6 kere %8,0'ının 7 ve üzeri kere başvurduğu görülmektedir.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerine ilişkin betimsel istatistiklerin sonuçlarına Tablo 3'de yer verilmiştir.

Tablo 3. AHUHMÖ İlişkin Betimsel İstatistikler

Ölçekler	N	En düş. Puan	En yük. puan	Ort.	ss
AHMÖ Toplam	200	13,00	65,00	44,00	9,18
Aile Hekimi	200	6,00	30,00	21,13	4,43
Aile Hekimliği Sistemi	200	7,00	35,00	22,87	5,26

Tablo 3'teki bulgulara göre katılımcıların memnuniyet düzeyleri ölçeğin toplamında yüksek düzeyde (67.69) ($100 \cdot 44 / 65$) aile hekimi alt boyutunda yüksek düzeyde (70,43), aile hekimliği sistemi alt boyutunda orta düzeyde (65,34) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; H_{0a} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yüksek değildir.” hipotezi reddedilmiş, H_{1a} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yüksektir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerinin ait boyutlarına ait normal dağılım t testi sonuçlarına Tablo 4'de yer verilmiştir.

Tablo 4. AHUHMÖ Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları

	İstatistik	Sd	P	Skewness	Kurtosis	Mean	Median
Aile Hekimi	0,86	200	0,000	-1,08/0,17	0,81/0,34	21,13	23,00
Aile Hekimliği Sistemi	0,95	200	0,000	-0,55/0,17	-0,21/0,34	22,87	24,00
Genel	0,93	200	0,000	-0,86/0,17	0,44/0,34	44,00	47,00

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda toplam kalite yönetimi ölçeği ve alt boyutlarının normal dağılımdan gelmediği belirlenmesine rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması (Tabachnick and Fidell, 2013), ortalama ve medyanın birbirine yakın olması ve örneklem hacminin merkezi limit teoremi gereği 30 veya üzerinde olması sebebiyle, ölçeğe ait verilerin normal dağılımdan çok fazla uzaklaşmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sebeple analizlere parametrik testlerle devam edilmiştir.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerine ait ortalama ve standart sapma sonuçlarına Tablo 5'de yer verilmiştir.

Tablo 5. AHUHMÖ Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Maddeler	(%) Kesinlikle Katılmıyorum	(%) Katılmıyorum	(%) Kararsızım	(%) Katılıyorum	(%) Kesinlikle Katılıyorum
12. Aile hekimim her zaman nazik ve güler yüzlüdür	2,5	12,0	19,0	61,5	5,0
13. Aile hekimleri hastasının kişisel mahremiyetine özen göstermektedir.	1,5	7,5	16,5	68,5	6,5
14. Aile hekimleri hastasına açıklama yaparken tıbbi terimleri kullanmayıp sorunun daha anlaşılır olmasını sağlamaktadır.	1,0	13,5	22,5	59,0	4,0
15. Aile hekiminin muayene için ayırdığı zamanı yeterli buluyorum.	2,5	14,5	15,5	63,5	4,0
16. Aile hekimi teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapmaktadır.	2,5	16,5	18,0	60,0	3,0
19. Aile hekimi hastalığım ve korunma yöntemleri hakkında yeterince bilgilendiriyor.	2,0	19,5	19,0	55,5	4,0
AH Genel Ortalama=3,52					
8. Aile hekimliği sistemi ülkemize faydalı olmuştur.	3,0	13,0	25,0	53,0	6,0
9. Aile hekimliği sistemi sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırmıştır.	4,5	23,5	17,5	51,5	3,0
10. Sağlığım ile ilgili problem yaşadığımda ilk olarak aile hekimime başvururum.	4,0	37,0	15,0	43,0	1,0
11. Aile hekimliği sistemi hekim-hasta ilişkisini güçlü kılmıştır.	3,5	17,0	23,0	54,5	2,0
17. Aile sağlığı Merkezinin ulaşılabilirliği açısından memnunum.	2,0	32,5	15,0	48,5	2,0
18. Aile hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyorum.	2,0	28,5	18,5	50,0	1,0
20. Sizde aile hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu?	3,0	16,5	19,5	53,5	7,5
AHS Genel Ortalama=3,27					
AHMÖ Genel Ortalama=3,38					

“Aile hekimliği sistemi ülkemize faydalı olmuştur” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (53,0) olarak saptanmıştır. “Aile hekimliği sistemi sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırmaktadır” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (51,5) olarak saptanmıştır. “Sağlığım ile ilgili bir problem yaşadığımda ilk olarak aile hekimime başvururum” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (43,0) olarak saptanmıştır. “Aile hekimliği sistemi hekim-hasta ilişkisini daha güçlü kılmıştır” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (54,5) olarak saptanmıştır. “Aile hekimim

her zaman nazik ve güler yüzlüdür” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (61,5) olarak saptanmıştır. “Aile hekimleri hastasının kişisel mahremiyetine özen göstermektedir” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (68,5) olarak saptanmıştır. “Aile hekimleri hastasına açıklama yaparken tıbbi terimleri kullanmayıp sorunun daha anlaşılır olmasını sağlamaktadır” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (59,0) olarak saptanmıştır. “Aile hekiminin muayene için ayırdığı zamanı yeterli buluyorum” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (63,5) olarak saptanmıştır. “Aile hekimi teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapmaktadır” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (60,0) olarak saptanmıştır. “Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’nin ulaşılabilirliği açısından memnunum” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (48,5) olarak saptanmıştır. “Aile hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyorum” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (50,0) olarak saptanmıştır. “Aile hekimi hastalığım ve korunma yöntemleri hakkında yeterince bilgilendiriyor” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (55,5) olarak saptanmıştır. “Sizce Aile Hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu?” ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (53,5) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına Tablo 6’da yer verilmiştir.

Tablo 6. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	X	Ss	Levene test			
					F	p	T	P
Ölçek Toplam	Kadın	110	43,61	,85	,041	,840	-,649	,517
	Erkek	90	44,46	1,00				
Aile Hekimi	Kadın	110	20,95	,41	,179	,673	-,617	,538
	Erkek	90	21,34	,48				
Aile Hekimliği Sistemi	Kadın	110	22,66	,49	,001	,980	-,612	,541
	Erkek	90	23,12	,57				

AHUHM ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyetle olan ilişkisi incelendiğinde farklılığının, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Genel olarak ortalama erkeklerde daha yüksek olmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonuçlara göre; H_{0b} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir.” hipotezi kabul edilmiş, H_{1b} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerinin ve alt boyutlarının medeni durumuna göre farklılaşma durumuna ait bağımsız örneklem t testi sonuçlarına Tablo 7’de yer verilmiştir.

Tablo 7. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Medeni Durum	n	X	Ss	Levene test			
					F	p	T	P
Ölçek Toplam	Evli	139	44,93	,77	2,96	,086	2,19	,029*
	Bekar	61	41.86	1,1				
Aile Hekimi	Evli	139	21,63	,37	1,91	,168	2,45	,015*
	Bekar	61	19,98	,56				
Aile Hekimliği Sistemi	Evli	139	23,30	,44	1,22	,270	1,76	,040*
	Bekar	61	21,88	,66				

AHUHM ölçeği ve alt boyutlarının medeni durumla olan ilişkisi incelendiğinde farklılığın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölçek genelinde ve alt boyutlarda, ortalama evlilerde daha yüksektir. Bu sonuçlara göre; H_{0c} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir.” hipotezi reddedilmiş, H_{1c} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerine ve alt boyutlarının bir işte çalışma duruma göre farklılaşma durumuna ait bağımsız örneklem t testi sonuçlarına Tablo 8’de yer verilmiştir.

Tablo 8. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Bir İşte Çalışma Duruma Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	İşte Çalışma	n	X	Ss	Levene test			
					F	p	T	P
Ölçek Toplam	Evet	106	45,52	,92	,000	,990	2,53	,012*
	Hayır	94	42,27	,88				
Aile Hekimi	Evet	106	21,75	,43	,534	,466	2,13	,034*
	Hayır	94	20,42	,43				
Aile Hekimliği Sistemi	Evet	106	23,77	,52	,087	,768	2,61	,010*
	Hayır	94	21,85	,51				

AHUHM ölçeği ve alt boyutlarının bir işte çalışma oranına olan ilişkisi incelendiğinde farklılığının, istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ölçek genelinde ve alt boyutlarda, ortalama bir işte çalışanlarda daha yüksektir. Bu sonuçlara göre; H_{0d} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.” hipotezi reddedilmiş, H_{1d} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerine ve alt boyutlarının aile hekimini tanıma duruma göre farklılaşma durumuna ait bağımsız örneklem t testi sonuçlarına Tablo 9’da yer verilmiştir.

Tablo 9. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Aile Hekimini Tanıma Duruma Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Aile Hekimini Tanıma	n	X	Ss	Levene test			
					F	p	T	P
Ölçek Toplam	Evet	167	46,02	,61	,037	,847	8,05	,000*
	Hayır	33	33,75	1,41				
Aile Hekimi	Evet	167	22,13	,29	1,198	,275	8,38	,000*
	Hayır	33	16,03	,71				
Aile Hekimliği Sistemi	Evet	167	23,88	,37	,459	,499	6,80	,000*
	Hayır	33	17,72	,79				

AHUHM ölçeği ve alt boyutlarının aile hekimini tanımak ile olan ilişkisi incelendiğinde farklılığının, istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölçek genelinde ve alt boyutlarda, ‘evet’ cevabı verenlerin ortalama puanı daha yüksektir. Bu sonuçlara göre; H_{0e} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri aile hekimini tanıma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.” hipotezi reddedilmiş, H_{1e} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri aile hekimini tanıma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerinin yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla uygulanan ANOVA testi sonuçlarına Tablo 10’da yer verilmiştir.

Tablo 10. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Yaş	N	X	s.s	F	P	Fark
AHMÖ Toplam	25 yaş altı ⁽¹⁾	45	41,22	1,36	2,794	,027*	(1-2) (1-4) (2-3) (3-4)
	25-34 ⁽²⁾	47	45,97	1,10			
	35-44 ⁽³⁾	43	42,02	1,60			
	45-54 ⁽⁴⁾	46	45,84	1,30			
	55 ve üzeri ⁽⁵⁾	19	45,68	2,02			
AH	25 yaş altı ⁽¹⁾	45	19,75	0,66	2,502	,044*	(1-2) (1-4) (2-3) (3-4)
	25-34 ⁽²⁾	47	21,89	0,53			
	35-44 ⁽³⁾	43	20,37	0,79			
	45-54 ⁽⁴⁾	46	22,13	0,61			
	55 ve üzeri ⁽⁵⁾	19	21,78	0,95			
AHS	25 yaş altı ⁽¹⁾	45	21,46	0,75	2,555	,040*	(1-2) (1-4) (2-3) (2-4)
	25-34 ⁽²⁾	47	24,08	0,65			
	35-44 ⁽³⁾	43	21,65	0,88			
	45-54 ⁽⁴⁾	46	23,71	0,80			
	55 ve üzeri ⁽⁵⁾	19	23,89	1,13			

Araştırmaya katılanların AHUHM ölçeği ve alt boyutlarına ait algılarının yaşa göre farklılığının, istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde katılımcıların memnuniyetlerinin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=2,794$; $p<0,02$). Katılımcıların ölçek genelindeki memnuniyetlerine ait varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunmadığından ($p=0,018$; $p<0,05$) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Tamhane's testi kullanılmıştır. Tamhane's testi sonucunda 25 yaş altı grubunda olanların ($\bar{x}=41,22$) memnuniyetleri 25-34 ve 45-54 ($\bar{x}=45,97/45,84$) olanlara göre daha düşük çıkmıştır. 25-34 ($\bar{x}=45,97$) ve 45-54 ($\bar{x}=45,54$) yaş grubundakilerin memnuniyetleri 35-44 ($\bar{x}=42,02$) yaş grubunda olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Aile hekimi alt boyutunda da aynı şekilde 25 yaş altı grubunda olanların ($\bar{x}=19,75$) memnuniyetleri, 25-34 ve 45-54 ($\bar{x}=21,89/22,13$) yaş grubunda olanlara göre daha düşük çıkmıştır. 25-34 ($\bar{x}=21,89$) ve 45-54 ($\bar{x}=22,13$) yaş grubundakilerin memnuniyetleri ise 35-44 ($\bar{x}=20,37$) yaş grubunda olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Aile hekimliği sistemi alt boyutunda da aynı şekilde 25 yaş altı grubunda olanların ($\bar{x}=21,46$) memnuniyetleri 25-34 ve 45-54 ($\bar{x}=24,08/23,71$) yaş grubunda olanlara göre daha düşük çıkmıştır. 25-34 ($\bar{x}=24,08$) yaş grubundakilerin memnuniyetleri 35-44 ve 45-54 ($\bar{x}=21,65/23,71$) yaş grubunda olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlara göre; H_{0f} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir.” hipotezi reddedilmiş, H_{1f} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerinin öğrenim durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla uygulanan ANOVA testi sonuçlarına Tablo 11’de yer verilmiştir.

Tablo 11. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Öğrenim Durumlarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Öğrenim Durumu	n	x	s.s	F	P	Fark
AHMÖ Toplam	ilkokul ⁽¹⁾	42	44,59	1,38	1,803	,148*	----
	lise ⁽²⁾	81	44,27	0,90			
	lisans ⁽³⁾	67	42,50	1,31			
	Lisans üstü ⁽⁴⁾	10	49,30	0,97			
AH	ilkokul ⁽¹⁾	42	21,23	0,62	1,549	,203*	----
	lise ⁽²⁾	81	21,48	0,44			
	lisans ⁽³⁾	67	20,34	0,65			
	Lisans üstü ⁽⁴⁾	10	23,10	0,43			
AHS	ilkokul ⁽¹⁾	42	23,35	0,82	1,885	,133*	----
	lise ⁽²⁾	81	22,79	0,53			
	lisans ⁽³⁾	67	22,16	0,71			
	Lisans üstü ⁽⁴⁾	10	26,20	0,89			

Araştırmaya katılanların AHUHM ölçeği ve alt boyutlarına ait algılarının öğrenim durumuna göre farklılığının, istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde ve alt boyutlarında katılımcıların memnuniyetlerinin öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Fakat genel olarak yüksek lisans mezunlarının memnuniyet ortalamaları diğerlerine göre yüksektir. Bu sonuçlara göre; H_{0g} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.” hipotezi kabul edilmiş, H_{1g} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.” hipotezi reddedilmiştir.

Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeylerinin aile hekimliğine başvurma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla uygulanan ANOVA testi sonuçlarına Tablo 12’de yer verilmiştir.

Tablo 12. AHUHMÖ ve Alt Boyutlarının Öğrenim Durumlarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Başvurma Sayısı	N	x	s.s	F	P	Fark
AHMÖ Toplam	1-2 ⁽¹⁾	57	34,54	1,07	53,188	,000*	
	3-4 ⁽²⁾	85	46,78	00,59			(1-2)
	5-6 ⁽³⁾	42	48,04	1,22			(1-3)
	7+ ⁽⁴⁾	16	52,25	01,34			(1-4)
							(2-4)
AH	1-2 ⁽¹⁾	57	16,36	0,55	58,250	,000*	
	3-4 ⁽²⁾	85	22,91	0,23			(1-2)
	5-6 ⁽³⁾	42	22,69	0,59			(1-3)
	7+ ⁽⁴⁾	16	24,50	0,61			(1-4)
							(2-4)
AHS	1-2 ⁽¹⁾	57	18,17	0,60	36,619	,000*	
	3-4 ⁽²⁾	85	23,87	0,43			(1-2)
	5-6 ⁽³⁾	42	25,35	0,69			(1-3)
	7+ ⁽⁴⁾	16	27,75	0,82			(1-4)
							(2-4)

Araştırmaya katılanların AHUHM ölçeği ve alt boyutlarına ait algılarının aile hekimliğine başvurma sayısına göre farklılığının, istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde katılımcıların memnuniyetlerinin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=53,188$; $p<0,00$). Katılımcıların ölçek genelindeki memnuniyetlerine ait varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunmadığından ($p=0,018$; $p<0,05$) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Tamhane's testi kullanılmıştır. Tamhane's testi sonucunda 1-2 kez başvuranların ($\bar{x}=34,54$) memnuniyetleri 3-4, 5-6 ve 7+ kez ($\bar{x}=46,787/48,04/52,25$) olanlara göre daha düşük çıkmıştır.

Aile hekimi alt boyutunda da aynı şekilde 1-2 kez başvuruların ($\bar{x}=16,36$) memnuniyetleri 3-4 ve 5-6 ($\bar{x}=22,91/22,69$) kez başvurulara göre daha düşük çıkmıştır. 3-4 kez ($\bar{x}=22,91$) ve 7+ kez ($\bar{x}=24,50$) başvuruların 5-6 kez ($\bar{x}=22,69$) başvurulara göre daha yüksek çıkmıştır.

Aile hekimliği sistemi alt boyutunda da aynı şekilde 1-2 kez ($\bar{x}=18,17$) başvuruların memnuniyetleri 3-4 ve 5-6 kez ($\bar{x}=23,87/25,35$) başvurulara göre daha düşük çıkmıştır. 7+ kez ($\bar{x}=27,75$) başvuruların memnuniyetleri 3-4 ve 5-6 ($\bar{x}=23,87/25,35$) kez başvurulara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlara göre; H_{0h} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir.” hipotezi reddedilmiş, H_{1h} : “Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.

AHUHM ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik yapılan Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları Tablo 13’ de verilmiştir.

Tablo 13. AHUHMÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları

	AHM		
	Ö	AH	AHS
AHMÖ	1	,936**	,955**
AH		,000	,000
AHS			,790**
			,000
			1

Tablo 13’ de alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde; alt boyutlar arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre; H_{0i} : “Aile hekimliği memnuniyet ölçeği ile alt boyutları arasında ilişki yoktur.” hipotezi reddedilmiş, H_{1i} : “Aile hekimliği memnuniyet ölçeği ile alt boyutları arasında ilişki vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.



SONUÇLAR

Bu çalışmada, Şarkışla Aile Hekimliklerine başvuran hastaların memnuniyeti anket yöntemi kullanılarak değerlendirilmiş ve aile hekimliği hizmetinden faydalanan toplam 200 bireyle anket çalışması yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların %55'i kadın %45'i erkeklerden oluşmaktadır. Yaş aralığı değişkeninde çoğunluğunu 25- 34 (%23,5) ve 35-44 (%23,0) oluşturmaktadır. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğunun evli (%69) olduğu görülmektedir.

Eğitim durumuna bakıldığında; hastaların %40,5'inin lise mezunu oldukları görülmektedir. Bir işte çalışıp çalışmadığına bakıldığında ise hastaların %53'ünün çalıştığı görülmektedir.

Aile hekimini tanıma durumuna bakıldığında; hastaların %83,5'inin aile hekimini tanıdığı saptanmıştır. %42,5'inin ise son 1 yıl içerisinde 3-4 kez aile hekimine başvurduğu görülmektedir.

Araştırma hipotezlerinin sonuçları Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14 Araştırmanın Hipotez Sonuçları

H _{0a} : Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yüksektir. H_{1a}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri düşüktür.	Red Kabul
H_{0b}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir. H _{1b} : Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul Red
H _{0c} : Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir. H_{1c}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Red Kabul
H _{0d} : Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. H_{1d}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Red Kabul
H _{0e} : Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri aile hekimini tanıma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. H_{1e}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri aile hekimini tanıma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Red Kabul
H _{0f} : Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir.	Red

H_{1f}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H_{0g}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. H _{1g} : Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul Red
H _{0h} : Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. H_{1h}: Katılımcıların aile hekimliği memnuniyet düzeyleri sağlık kurumuna başvuru sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Red Kabul
H _{0i} : Aile hekimliği memnuniyet ölçeği ile alt boyutları arasında ilişki yoktur. H_{1i}: Aile hekimliği memnuniyet ölçeği ile alt boyutları arasında ilişki vardır.	Red Kabul

Katılımcıların memnuniyet düzeyleri ölçeğin toplamında yüksek düzeyde (67,69) aile hekimi alt boyutunda yüksek düzeyde (70,43), aile hekimliği sistemi alt boyutunda orta düzeyde (65,34) bulunmuştur.

- Aile Hekimliği Sistemi ülkemize faydalı olmuştur ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (53,0) olarak saptanmıştır.
- Aile Hekimliği Sistemi sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırmaktadır ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (51,5) olarak saptanmıştır.
- Sağlığım ile ilgili bir problem yaşadığımda ilk olarak Aile Hekimime başvururum ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (43,0) olarak saptanmıştır.
- Aile Hekimliği Sistemi hekim-hasta ilişkisini daha güçlü kılmıştır ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (54,5) olarak saptanmıştır.
- Aile hekimim her zaman nazik ve güler yüzlüdür ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (61,5) olarak saptanmıştır.
- Aile hekimleri hastasının kişisel mahremiyetine özen göstermektedir ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (68,5) olarak saptanmıştır.
- Aile hekimleri hastasına açıklama yaparken tıbbi terimleri kullanmayıp sorunun daha anlaşılır olmasını sağlamaktadır ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (59,0) olarak saptanmıştır.
- Aile hekiminin muayene için ayırdığı zamanı yeterli buluyorum ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (63,5) olarak saptanmıştır.

- Aile hekimi teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapmaktadır ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (60,0) olarak saptanmıştır.
- Aile Sağlığı Merkezi(ASM)'nin ulaşılabilirliği açısından memnunum ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (48,5) olarak saptanmıştır.
- Aile Hekimliği uygulamasından herkesin eşit şekilde yararlandığını düşünüyorum ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (50,0) olarak saptanmıştır.
- Aile hekimi hastalığım ve korunma yöntemleri hakkında yeterince bilgilendiriyor ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (55,5) olarak saptanmıştır.
- Sizce Aile Hekimliği uygulamasıyla sağlık hizmetinde iyileşme oldu mu ifadesinde en yüksek yüzde katılıyorum (53,5) olarak saptanmıştır.

Ölçek genelinde ve alt boyutlarda katılımcıların memnuniyetlerinin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Fakat bu anlamlı fark yaş aralıklarına göre doğrusal olmayıp, değişik seyretmektedir.

Ölçek genelinde ve alt boyutlarında katılımcıların memnuniyetlerinin öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Fakat genel olarak yüksek lisans mezunlarının memnuniyet ortalamaları diğerlerine göre yüksektir.

Araştırmaya katılanların AHUHM ölçeği ve alt boyutlarına ait algılarının aile hekimliğine başvurma sayısına göre farklılığının, istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, ölçek genelinde katılımcıların memnuniyetlerinin başvurma sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=53,188$; $p<0,00$).

TARTIŞMA

Sağlık ve sağlık hizmeti kullanımını faaliyetine yönelik uygulanan araştırmalar, bireylerin belirli bir bölümünü alınacak önlemleri dikkate alarak yaşadığını göstermiş ve Sağlık hizmetinden yararlanamayan bireyler buna sebep olarak; ulaşım zorluğu, sosyal güvencesinin olmaması, baskı unsuru olan toplumsal dışlanma ile cinsiyet erişim engeli nedenleri olarak gösterilmiştir. Kültürel farklılıklar; coğrafi bölge, sosyal gruplar, aileler bakımından farklı olmaktadır. Bu nedenlere dayalı olarak bireylerin sağlık hizmetine ulaşamaması ihmal edilmesine yol açmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında aile hekimliği uygulaması faaliyet göstermeye başlamıştır. Sosyal refah devletin toplumda yer alan her bireyin kamusal düzeyde hizmetlerini karşılaması gerekmektedir. Aile hekimliği uygulaması ile bu ödevi yerine getirmeye çalışmaktadır. Aile hekimliği faaliyeti; ülkede yer alan bölgelerin gelişmiş ya da gelişmemiş farklılıklarının azaltılmasını; farklı yerlerde hayatlarını sürdüren bireylerin ekonomik toplumsal faaliyetlerden yararlanmalarını; sağlıkla ilgili hem altyapı hem de çevre hizmetlerinin toplumda yer alan her kesime eşit ve adil bir şekilde ulaştırılması hedeflenmektedir.

Yapılan araştırmalara göre aile hekiminde işleyiş, maliyet, etkinlik gibi konularda hem başlamasının hem de gelişmesinin oldukça zor bir süreç olduğu görülmüştür (Jones, Britten Culppeper, Gass, Grol, Mant, Silagy, 2004). Buna karşılık aile hizmetleri alanında önemli yatırımlar sağlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde aile hekimliği 1960 yılında faaliyet göstermiş Böylelikle uzmanlığı oluşmasını sağlamıştır. İngiltere'de Kraliyet Genel Pratisyenlik Akademisinde ilk Başkan olan Pickles, yapmış olduğu araştırmada enfeksiyon hastalarının yayılımını gözlemleyerek, yalnızca hastane dışarısında araştırmasını yapabildiğini belirtmiştir (Fry, 1966). Fry, aile hekimliğinin araştırma yapma süreklilik sağlama durumlarında önemini belirtmiştir. Aile hekimliği hem bireysel hem de grup olarak araştırma yapan, grup bireylerinden bilgi elde eden, araştırma metotlarını uygulayan ve geliştiren kişiler olarak tanımlamıştır. Sağlık hizmet bakımında ve sunumunda doğru yolu sağlayabilmek için yaygın olan hastalıkların tanılama ve yöntemde farklı bilgi edinilmesinin olması gerekliliği hususunda ortak düşünceye varılmıştır. Aile hekimlerinin bireylerle buluşmasından bu yana, aile üyelerinden daha sık tüm

hastalara aile merkezli bir yaklaşıma sahip olarak önemli bir gelişme sağlanmıştır. Bu yaklaşım bir hekimin dahil olduğu hasta merkezli yaklaşım hastanın hastalık deneyimini artırmaktadır. (Mainous, Hueston, Ye, Bazell, 2000).

Bu bağlamda bu araştırmada aile hekimliği memnuniyet düzeyinin yüksek çıkmasına karşın, Çetin (2015) araştırmasında; aile hekimliği uygulamalarının gerek sağlık personelleri ince gerekse hizmet alan bireyler tarafından farklı yorumlandığını belirtmektedir. Basan ve Bilir (2016) de araştırmalarında aile hekimliğinin etkin olmaması ve memnuniyetsizlik nedenleri olarak hem toplumun hem devletin hem de sağlık hizmet sunucularının etkisi olduğunu, bu sebeple sorunların 3 olarak çözülmesi gerektiğini vurgulamıştır. Arısoy (2017), 10 aile hekimliği merkezinde yaptığı araştırma sonucunda, bu araştırmayı benzer şekilde aile hekimliğinden memnuniyet düzeyine yüksek bulunmuştur.

Şarkışla ilçesindeki araştırma sonuçlarına göre katılımcıların memnuniyet düzeyleri ölçeğin toplamında yüksek düzeyde (67,69) (100*44/ 65) aile hekimi alt boyutunda yüksek düzeyde (70,43), aile hekimliği sistemi alt boyutunda orta düzeyde (65,34) bulunmuştur.

Hasta memnuniyeti birinci basamak sağlık hizmeti performansını değerlendirmek için koruyucu hizmetler ve kronik hastalıklara yönelik bakım hizmetlerine bakılmıştır. Nüfus sağlığı çıktıları ve finansal riskten korunma amaçlı iken sağlık sistemi performans ölçütleri, hasta memnuniyeti öznel değerlendirmelerine dayanmaktadır. Hastaların sağlık sistemi, algılanan ihtiyaç ve isteklerinin yerine getirildiğini yansıtmaktadır. Hasta memnuniyetinde iyileşme önemlidir kendine özgü değeri nedeniyle, tutma ve bağlılığı geliştirmede araçsal işlevi arasında ve ayrıca sağlık politikasına ve politika yapıcılara kamu desteği gösterilmesi gerekmektedir. Ancak, sağlık sistemlerinin nedensel etkilerini belirleyen hiçbir çalışma bulunmamaktadır. Hasta memnuniyetinde değişiklikler ve dönüşümün aksine, hasta memnuniyeti araştırması, farklı sağlık sistemleri tipleri veya sosyo-demografik özellikleri değişen hasta memnuniyet düzeyi ile ilgili araştırmalar bulunmaktadır.

Aktürk, Ateşoğlu ve Çift (2015) birinci basamak sağlık hizmeti kullanıcılarının ortalama % 88,3'ünü aldıkları hizmetlerden memnun olduğu

sonucunu bulmaktadır. Bulut ve Oğuzöncül (2014) birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını aile hekimliği modeli ile memnuniyet oranlarındaki farklılıkları incelemek için aynı veriler tek bir ilde sosyoekonomik gruplar arasında ortalamadaki yüksek değeri erkeklerde buldular. Ortaokul eğitimini tamamlayan, çiftçiler ve gelirleri 1.001-2.500 arasında olan hastalarda daha yüksek memnuniyet oranları bildirmiştir. Ekim 2011 ve 2010 arasında yapılan kesitsel bir çalışma ile Ocak 2012, Jadoo ve arkadaşları (2014), ankete katılanların üçte ikisinden fazlasının memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmalar Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye'nin sağlık sistemi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu hakkında bilgi sağlamaktadır.

Bulgular, Sağlık Bakanlığının başarılı olduğunu göstermektedir. Aile Hekimliği Modelinin temel hedeflerinden birine ulaşmada (gelişmiş hasta memnuniyeti ve kalite algıları) ve insan merkezli sağlık sistemleri uygulamasına geçişte başarılı uygulama politikalarının devam etmesine katkıda bulunmaktadır. Dönüşüm çabalarına öncülük edebilmek için aile hekimliği uygulamasındaki çalışmaların güçlü bir koordinasyon veya tüm Türk vatandaşlarını bir aile hekimliği doktoru ile tam olarak kayıt altına alma ve hasta ihtiyaçlarının karşılanması için sürekli yatırım ihtiyacının olduğu görüşleri bulunmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmeti hizmet verme noktası olan aile sağlığı merkezlerinin ulaşımına kolay olup olmaması hastaların tekrar başvurularında ve hatta memnuniyeti etkilemesi bağlamında önemli bir faktördür. Aile hekimliği uygulaması ile sevk zinciri uygulamasına geçilmek istenmiştir. Bu şekilde birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun da etkin olmasını ve ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki yığılmaların önüne geçilmek hedeflenmiştir. Ancak uygulamada bazı aksaklıkların olması sevk zinciri sisteminin uygulamaya geçmesini geciktirmektedir.

ÖNERİLER

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ışığında öneriler şu şekildedir:

- ✓ Aile Hekimliği uygulaması ile sevk zincirli sistemini hayata geçirilmek istenmiştir. Fakat uygulamada hala aksaklıkların olması etkili sevk zinciri sisteminin hayata geçirilmesini zorlaştırmaktadır.
- ✓ Hasta memnuniyeti, hastaların beklentilerinin yerine getirilmesi veya alınan sağlık hizmetine yönelik algılama düzeyinden oluşmaktadır. Hasta memnuniyeti bireysel bir kavram olup yaşam standartları, tecrübe hem bireysel hem de toplumsal değerlerle yakından ilgili olmaktadır.
- ✓ Aile hekimi hizmetlerini yöneticilere, meslek örgütlerine, Sağlık personellerine ve topluma yeterli düzeyde bilgi verilmesi gerekmektedir. Aile hekimi 1. basamakta yer almakta ve yapay ayrılıklara izin verilmemesi gerekmektedir.
- ✓ 1. basamakta sağlık hizmetinin verimli bir şekilde yerine getirilmesi hem 2. hem de 3. basamak sağlık tedavilerinde daha kaliteli bir hizmet sağlanacaktır.
- ✓ Toplumların sağlığını geliştirip iyileştirmek amacıyla aile hekimliğinde araştırmalara daha çok önem verilmelidir.
- ✓ Aile hekimliği tarafından yapılan araştırmaların hem bilimsel hem de politik alanda daha yaygınlık kazanması toplumun sağlığı açısından önemlidir.



KAYNAKLAR

- Ağdemir Hasan (2012), Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların Ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Akça Ay Fatma, (Ed) (2007), Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd. Sti. , s.111.
- Akdağ Recep 2012, Sağlık Bakanlığı 2012 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu.
- Algın Kürşat, Şahin İsmet, Top Mehmet, 2004. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3), ss.250– 274.
- Akdur Recep (2000), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması (Üçüncü Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Arısoy Diş, (2017). *Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi Ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Basan N.M., Bilir N., (2016) Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri(*)TAF Preventive Medicine Bulletin, 15 (1): 44-50. DOI:10.5455/pmb.1-1427871712
- Başak Okay, "Akademik Aile Hekimliği Bölümlerinin 20 Yılı: Gelişimsel Süreç Üzerine Bir Değerlendirme", Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, Cilt:18, Sayı:1,2014, s.16-24.
- Çalış, S., 2006. "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.
- Çetin P., 2015. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Türkiye'de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ab Kriterleri Açısından Bursa Sağlık Kurumları Örneğinde İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Çoruh Mehmet, 1999, Sağlık Sektöründe TKY Yaklaşımı. Hekimden Hekime Dergisi. Ek-Kas-Aralık-99.

- Devebakan Nevzat, (2006), Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 8. Sayı:1, İzmir, s.120-130.
- Dikici Mustafa Fevzi, Kartal Mehtap, Alptekin Serap, Çubukçu M., Ayanoğlu Akın Serhat, Yarış Füsün, (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi Tıp Bilimleri Dergisi, Türkiye Klinikleri 412 J Med Sci, Sayı:27, s.412- 418.
- Engiz Oktay, (2009). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm> (25.08.2009)
- Ertekin Şahin, (2000), 1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansmanı Sorunu, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Ersoy Kemal, Özgen Hacer, 1995. “Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış, Önce Kalite”, Sağlık Bakanlığı.
- Eyler Nurullah, Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu, Atılım Üniversite Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
- Fişek Nusret (1985), “Halk Sağlığına Giriş”, Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırma Vakfı Yayınları, Ankara. Forbes, L.M., ve Brown, N.H., 1995 “Developing a instrument for measuring patient satisfaction”, AORN Journal, 61 (4), ss.737-743.
- Fry Jones, Profiles of Disease. A Study in the Natural History of Common Diseases. Edinburgh: E & S Livingstone, 1966.
- Günaydın Ayşe, Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2007.
- Karadağ Zennure, (2007). Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Kardeş S., 1994. “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ed. Doğan, M., Harmancıoğlu, Ö., Yeğinboy, Y., Aydın.
- Kavuncubaşı Şahin, 2000. “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, Ankara.

- Kılıç Bülent, Aksakoğlu G. (1994, Kasım). Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt:9/64-65, Ankara, s.4-13.
- Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass DA, Grol R, Mant D, Silagy C. Oxford Textbook of Primary Medical Care. 1st Ed., United Kingdom: Oxford University Pres, 2004.
- Kılıç Bülent, Çiğdem Bumin (1993), "Sağlık Sistemleri", Toplum ve Hekim, Cilt No:8, Sayı:53 s.41-47.
- Kısa Adnan, (2002), Sağlık Kurumları, Türleri ve İşlevleri, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s.25-40.
- Korukluoglu, Sinan, "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları", SB Diyalog (T.C Sağlık Bakanlığı Yayın Organı), Sayı. 9, s.16, 2005.
- Kovancı Ahmet, 2004. " Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl?", İstanbul. Kurtulmuş, S. 1998., " Sağlık Ekonomisi ve Hastane yönetimi" Değişim Dinamikleri Yayını. İstanbul.
- Kuru Yılmaz, 2010, "Alternatif Aile Hekimliği", Türkiye Enformasyon Bürosu Yayınları, İstanbul.
- Leebov, W. ve Scott, G., 1994. "Service Quality Improvement. "The Customer Satisfaction Strategy for Health Care". American Hospital Publishing.Inc. Mainous AG III, Hueston WJ, Ye X, Bazell C. A comparison of family medicine research in research intense and less intense institutions. Archives of Family Medicine 2000; 9(10):1100-1104.
- Odabaşı Yavuz, 2004. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir.
- Orhaner Emine, (2006), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1, s.1-21.
- Öztek Zafer 1992. "Temel Sağlık Hizmetleri", Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara.
- Öztek Zafer, 1993. "Sağlık Ocağı Yönetimi 6. Baskı", Palme Yayınları, Ankara.

- Öztürk Murat (2002), “ Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma” İstanbul: İÜ İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Pekcan, H., Uğurluoğlu, Ö., “Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri, Aile Hekimliği”, Yeni Türkiye, Yıl 7, Sayı: 39, Sağlık Özel Sayısı, s. 817-844, 2001.
- Resmi Gazete: 14/12/1983 Tarih, 18251 Mükerrer , Karar Sayısı: KHK/181, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/10009.html>, Erişim Tarihi:31.01.2017
- Sarvan, Fulya, Berk Oğuz, “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, İstanbul, 1995, Sayı.24 (2 Serin, D., Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, s.11; 46–49;128–130, Kazancı Kitapevi, İstanbul, 2004.
- Solak Figen, 2010. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Kütahya.
- Söyleyici Tancu, Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Denizli, Haziran 2010
- Sparkes Susan., Atun Rıfat, Börnighausen Till, ‘The impact of the Family Medicine Model on patient satisfaction in Turkey: Panel analysis with province fixed effects’, Ağustos 2017
- Şahin Ömer, Şahin E.M. (2003). Aile Hekimliğinin Toplumda Tanınma Durumu, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, Turkish Journal of Family Practice, Cilt: 7, Sayı: 1, s.28-32. Ungan M., Ceyhun A.G. (2006, Eylül-Ekim). Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği, Türkiye’de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi, Yıl: 1, Sayı: 1, s.7-10.

Ünlüoğlu İlhami, Paycı Sevgi Özcan, (2004). Dünyada Ve Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları (PDF), T.C. Sağlık Bakanlığı, s.23-29.

Wonca (2002). Wonca Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Wonca World family doctors. Caring for people EUROPE, s.2-37.

Yanık Ayşe, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi, SBE, YDT, İstanbul, 2000 Yılmaz, M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 5, Eskişehir, 2002.



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Meltem PINAR

Uyruğu: TC

Doğum Tarihi: 01.11.1991

Doğum Yeri: Şarkışla

Yabancı Dil: İngilizce

e-posta: pnrmeltem32@gmail.com

EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lise	Şarkışla Anadolu Lisesi	2009
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Sağlık Yönetimi Bölümü	2014
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı	2019