

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN HEKİMLERİN SUNMUŞ OLDUĞU
HİZMETLERİN KALİTESİNE ETKİSİ:
DÜZCE ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FUAT YALMAN

Danışman: Doç. Dr. Kahraman ÇATI

Ağustos-2013

ÖZET**AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN HEKİMLERİN SUNMUŞ OLDUĞU
HİZMETLERİN KALİTESİNE ETKİSİ:****DÜZCE ÖRNEĞİ****Fuat YALMAN****Yüksek Lisans Tezi****İşletme Anabilim Dalı****Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kahraman ÇATI****Ağustos, 2013, 124 Sayfa**

Bu araştırmanın amacı, aile hekimliği sisteminin, hekimlerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir. Bu amaçla, araştırmada aile hekimlerinden sağlık hizmeti alan tüketicilerin (hastaların) aile hekimliği sistemine ve aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarına odaklanılmıştır. Araştırmanın evrenini aile hekimliği sisteminin uygulanmasında pilot il olarak kullanılan Düzce ilinde yaşayan ve aile hekimliği uygulamasında sağlık hizmetinden faydalanan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Kolayda örnekleme yönteminin kullanıldığı araştırmanın verileri anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Yapılan araştırmada 450 anket formu araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma verileri SPSS 18 paket programında analiz edilmiştir.

Analiz sonucunda, aile hekimliği sisteminin hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesi üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, aile hekimlerinden sağlık hizmeti alan tüketicilerin aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimine yönelik tutumları arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Ayrıca aile hekiminin vermiş olduğu hizmetlerin kalitesi ile aile hekimine yönelik tutumlar arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Son olarak, aile hekimliği sistemi ve aile hekiminin vermiş olduğu hizmetlere yönelik algıların demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.

ABSTRACT**THE EFFECT OF FAMILY MEDICINE SYSTEM ON THE QUALITY OF SERVICES PROVIDED BY DOCTORS:****CASE OF DÜZCE****FUAT YALMAN****MASTER THESIS****Department of Business Administration****Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Kahraman CATI****August, 2011, 124 Pages**

The aim of this study is to examine the effect of family medicine system on the quality of health services provided by doctors. For this purpose, focused to the consumer perceptions of receiving health services from family doctors about family medicine system and the quality of services provided by family doctors. Research population consists of Düzce City which used as pilot city for implementation of family medicine system. In this research, quantitative research methodology was used. In this research that used convenience sampling method and research data was collected using questionnaire technique. In the study, 450 questionnaire form were evaluated. Research data were analysed using SPSS package program.

Result of analysis, it is concluded that family medicine system have a positive effect on the quality of services offered by doctors. Also, there is a positive correlation between consumer perceptions of receiving health services from family doctors and their attitudes towards family doctors. In addition, there is a positive correlation between the quality of services provided by family doctors and attitudes towards family doctors. Finally, the perceptions about family medicine system and the quality of services provided by family doctors were differed according to demographic characteristics.

Kıymetli aileme ve bugünlere gelmemde emeği geçenlere...

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aőamasında bilgi ve önerileriyle beni yönlendiren değerli danıőmanım Doç. Dr. Kahraman atı'ya sabrı, anlayışı ve rehberliği için en derin őükranlarımı sunarım. Yüksek lisans eğitimim süresince emeği geçen tüm hocalarıma göstermiő oldukları yakın ilgi ve yardımlarından dolayı teőekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca, araştırma sürecinde desteklerini esirgemeyen değerli hocam Öğr. Gör. Yunus Emre TAŐGİT'e, kıymetli arkadaőım Arő. Gör. Yusuf BİLGİN'e ve Arő. Gör. Önder KETHÜDA'ya teşekkür ederim.

Son olarak, her zaman yanımda olan, sevgi ve őefkatlerini üzerimden hiç eksik etmeyen babama, anneme ve ağabeyleri olmaktan gurur duyduğum kardeőlerime maddi ve manevi destekleri için sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

1. GİRİŞ	1
1.1. Problem	2
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	3
1.4. Araştırmanın Sayıltıları	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
1.6. Tanımlar	4
2.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI	5
2.2. SAĞLIK SİSTEMİ	7
2.2.1. Sağlık Sisteminin Amaçları	8
2.2.1.1. Temel amaçlar	8
2.2.1.2. Sağlık Geliştirilmesi	8
2.2.1.3. Beklentilerin karşılanması	8
2.2.2. Sağlık Sisteminin Alt Sistemleri	9
2.2.2.1. Üretim Alt Sistemi	9
2.2.2.2. Varlık Koruma Alt Sistemi	10
2.2.2.3. Uyum Sağlama Alt Sistemi	10
2.2.2.4. Yönetim Alt Sistemi	10
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI	11
2.3.1. Sağlık Hizmeti Sisteminin Tanımı	11
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	11
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	13
2.3.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	14
2.3.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	14
2.3.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	14
2.3.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri	15
2.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK YAPILANMASI	15
2.4.1. Sağlık Bakanlığı	15
2.4.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü	16
2.4.1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütü	18
2.4.2. Türkiye’de Sağlık Sektörü	18
2.5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ VE POLİTİKALARIN GELİŞİMİ	19
2.5.1. 1923-1960 Planlı Dönem Öncesi Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	19
2.5.1.1. Dr. Refik Saydam Dönemi (1923-1940)	19
2.5.1.2. Dr. Behçet Uz Dönemi (1940-1950)	20

2.5.2. 1961-1980 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları	21
2.5.3. 1980-2003 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları	22
2.5.4. 2003 ve Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı	24
3.1. Aile Hekimliği Kavramı	27
3.2. Aile Hekimliğinde Kullanılan Kavramlara İlişkin Tanımlar	28
3.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi	30
3.4. Aile Hekimliğine Geçilme Sebepleri	33
3.5. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri	35
3.6. Aile Hekimliği Eğitimi Ve Sertifikasyonu	37
3.7. Çalışma Saatleri Ve İzinler	38
3.8. Doktor Seçme Ve Değiştirme Özgürlüğü	39
3.9. Sevk Sistemi Ve Geri Bildirim	39
3.10. Tetkik Ve Tahlil İşlemleri Ve Kayıt Sistemi	41
3.11. Aile Sağlığı Merkezlerinin Fiziki Şartları	42
3.12. Aile Hekimlerinin Görev Ve Sorumlulukları	43
4.1. HİZMET KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ	46
4.1.1. Soyutluk	47
4.1.2. Ayrılmazlık	47
4.1.3. Heterojenlik	48
4.1.4. Dayanıksızlık	48
4.1.5. Hizmetlerde Sahipliğin Olmaması	48
4.2. HİZMET KALİTESİ	49
4.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	51
4.4. SAĞLIK KURULUŞLARINDA KALİTE SİSTEMLERİ	53
4.4.1. ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi	53
4.4.2. Akreditasyon	53
4.4.3. EFQM Mükemmellik Modeli	54
4.4.4. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Kriterleri	54
4.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN İYİLEŞTİRİLMESİNDE DOKTORLARIN ROLÜ VE ÖNEMİ	54
5. YÖNTEM	58
5.1. Araştırma Modeli	58
5.2. Evren Örneklem	59
5.3. Veri Toplama Araçları	60
5.4. Verilerin Toplanması	62
5.5. Verilerin Analizi	62
6. BULGULAR VE YORUM	64

6.1. Demografik Bulgular	64
6.2. Verilerin Azaltımı	66
6.2.1. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıları	67
6.2.2. Katılımcıların Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algıları	69
6.6. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE FARKLILIKLARIN ANALİZİ	72
6.6.1. Cinsiyet	73
6.6.1.1. Cinsiyetlerine Göre Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	73
6.6.1.2. Cinsiyetlerine Göre Katılımcıların Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	73
6.6.2. Yaş	74
6.6.2.1. Yaşlarına Göre Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	74
6.6.2.2. Yaşlarına Göre Katılımcıların Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	75
6.6.3. Öğrenim durumu	76
6.6.3.1. Katılımcıların Öğrenim Durumları İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	76
6.6.3.2. Katılımcıların Öğrenim Durumları ile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	77
6.6.4. Aile Hekimine Gidiş Sıklığı	77
6.6.4.1. Katılımcıların Aile Hekimine Gidiş Sıklıkları İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	77
6.6.4.2. Katılımcıların Aile Hekimine Gidiş Sıklıkları İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	78
6.6.5. Meslek	79
6.6.5.1. Katılımcıların Meslekleri İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	79
6.6.5.1. Katılımcıların Meslekleri İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	80
6.6.6. Gelir Düzeyi	81
6.6.6.1. Katılımcıların Gelir Düzeyleri İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	81
6.6.6.1. Katılımcıların Gelir Düzeyleri İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	82
6.6.7. Rahatsızlık Durumunda İlk Tercih	83

6.6.7.1. Katılımcıların Rahatsızlıkları Durumunda İlk Tercihleri İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	83
6.6.7.1. Katılımcıların Rahatsızlıkları Durumunda İlk Tercihleri İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi	84
6.7. KATILICILARIN AİLE HEKİMLERİNE YÖNELİK TUTUMLARININ ANALİZİ	85
6.7.1. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemi İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Analizi	85
6.7.2. Katılımcıların Tekrar Seçme Hakları Olması Durumunda Aile Hekimine Yönelik Tutumlarının Analizi	85
6.7.3. Katılımcıların Aile Hekimlerini Çevrelerindeki Bireylere Tavsiye Edip Etmediklerine İlişkin Tutumlarının Analizi	86
6.7.4. Katılımcıların Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi İle İlgili Düşüncelerinin Analizi	87
6.8. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN ANALİZİ	87
6.8.1. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıları İle Aile Hekimlerine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizi	89
6.8.2. Katılımcıların Aile Hekimlerinin Vermiş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algıları İle Aile Hekimlerine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizi	90
6.8.3. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıları ile Aile Hekimlerinin Vermiş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi	92
6.9. BULGULARA İLİŞKİN SONUÇLAR	94
6.10. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	98
6.10.1. Sonuçlar	98
6.10.2. Öneriler	100
KAYNAKÇA	101

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Sağlık Hizmet Türleri ve Verildiği Kurumlar

Tablo 2.2. Sağlık Hizmeti İle İlgili Kurumlar ve Örnekleri

Tablo 4.1. Hizmetin Özellikleri

Tablo 5.1. Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Tablo 5.2. Normal Dağılıma Uygunluk Testi

Tablo 5.3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tablo 5.4. Katılımcıların Aile Hekimliğine Yönelik Düşüncelerine İlişkin Bartlett Testi Ve Kaiser-Meyer-Olkin (Kmo) Örneklem Yeterlilik Değeri

Tablo 5.5. Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıların Dönüştürülmüş Bileşenler Matrisi

Tablo 5.6. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarına İlişkin Özdeğerler

Tablo 5.7. Aile Hekimlerinin Vermiş Oldukları Hizmetlerin Kalitesine İlişkin KMO ve Bartlett Testleri (KMO and Bartlett Test)

Tablo 5.8. Katılımcıların Aile Hekiminden Almış Oldukları Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algılarının Dönüştürülmüş Bileşenler Matrisi

Tablo 5.9. Katılımcıların Aile Hekiminden Almış Oldukları Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarına İlişkin Özdeğerler

Tablo 5.10. Cinsiyet ile Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Mann Whitney U Testi ile Analizi

Tablo 5.11. Katılımcıların Cinsiyet İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Mann Whitney U Testi ile Analizi

Tablo 5.12. Katılımcıların Yaşlarına Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.13. Katılımcıların Yaşlarına Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi ile Analizi

Tablo 5.14. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.15. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.16. Katılımcıların Aile Hekimine Gidiş Sıklıkları İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.17. Katılımcıların Aile Hekimine Gidiş Sıklıkları İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.18. Katılımcıların Mesleklerine Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.19. Katılımcıların Mesleklerine Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.20. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.21. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.22. Katılımcıların Rahatsızlıkları Durumunda İlk Tercihlerine Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.23. Katılımcıların Rahatsızlıkları Durumunda İlk Tercihlerine Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Tablo 5.24. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemi İle İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablo 5.25. Katılımcıların Tekrar Seçme Hakları Olması Durumunda Aynı Aile Hekimini Seçip Seçmeyeceklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablo 5.26. Katılımcıların Aile Hekimlerini Çevrelerindeki Bireylere Tavsiye Edip Etmediklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablo 5.27. Katılımcıların Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi İle İlgili Düşüncelerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablo 5.28. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıları İle Aile Hekimlerine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizi

Tablo 5.29. Katılımcıların Aile Hekimlerinin Vermiş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algıları İle Aile Hekimlerine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki

Tablo 5.30. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki İlişki

ŞEKİLLER DİZİNİ ve EKLER

Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Şekil 2.2. Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat Şeması

Şekil 3.1. Aile Hekimliğine Geçen İller

Şekil 3.2. Sağlık Hizmet Sunumu Akışı

Şekil 5.1. Araştırma Modeli

Ek 1. Araştırma Anketi

BÖLÜM I

GİRİŞ

1. Giriş

Sağlığın korunması en temel insan hakkıdır. Bu bakımdan, sosyal birer devlet olarak vatandaşının sağlığını koruma, idarecilere yüklenmiş en önemli yükümlülüklerden birisidir. Sosyal devletin amacı, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir toplum oluşturmaktır (Koçak ve Tiryaki, 2011). Bu anlamda, devletin yaptığı sağlık reformları ve uygulamaları olumlu ve olumsuz yönlerden incelenmeli ve bireylerin sağlıklı yaşamlarına katkı sağlayacak bilgiler ortaya konulmalıdır.

Türkiye’de 2004 yılında sağlıkta dönüşüm programı ile uygulamaya geçirilen aile hekimliği sistemi de toplumu oluşturan bireylerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi, kaynakların uygun şekilde kullanarak daha fazla hizmetin sağlanması ve hakkaniyet ilkesi ışığında bütün bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının gerek kır-kent ve gerekse doğu-batı arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması amacıyla uygulamaya koyulmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013:127).

Aile hekimliği uygulaması ile aile hekiminin, kendisine kayıtlı ailelerin ikametlerine yakın olması yâda kolay ulaşılabilir konumda olmasının yanı sıra aile bireylerini her yönüyle (akut-kronik sağlık sorunları, çevre koşulları, yaşama koşulları vb.) tanıması hedeflenmektedir. Böylece başarılı bir sevk zinciri uygulaması ile bireyin doğru uzmanlık dalına ve merkezine sevkini sağlamak daha kolay olmaktadır. Böylelikle yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımını sağlanarak gereksiz yığılma ve hasta mağduriyetinin engellenmesi düşünülmektedir (Söyleyici, 2010:39).

Aile hekimliği sistemi, toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap verme ve sağlık enstrümanlarının etkili kullanımı noktasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte sistem birinci basamak sağlık hizmetleri veren aile hekimlerine kayıtlı hastaları ve ailelerini tanıma, kolay ulaşılabilir bir konumda olma, daha fazla hastaya hizmet verme ve daha fazla iş yükü gibi bir takım sorumluluklar yüklemektedir. Yani sağlık hizmeti alıcısı olan hastaya olumlu yansıtacağı düşünülen aile hekimliğinin sağlık hizmeti sunucusu olan doktora yansımalarının ne yönlü olacağı da önem arz etmektedir. Bu durumda, aile

hekimliği sisteminin sağlık hizmeti veren doktorların vermiş oldukları hizmetlerin kalitesine etkisinin incelenmesi gerekmektedir.

Bu araştırma, aile hekimliği sisteminin hekimlerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerin kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Literatürde hasta memnuniyetine ilişkin yapılmış birçok araştırma bulunmakla birlikte sağlık hizmeti sağlayıcısı konumundaki doktorlara ilişkin yapılan herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır.

Bu araştırmanın birinci bölümü, araştırmanın amacını, önemini, problemini, kısıtlarını ve kavramların tanımını açıklamaktadır. Araştırmanın ikinci bölümünde, sağlık ve sağlık hakkı, sağlık sistemi, sağlık sisteminin alt sistemleri, sağlık yapılanması, Türkiye’de sağlık sisteminin gelişimi, Türkiye’de sağlık sisteminin yapılanması ve Türkiye’de sağlık sektörü konularına odaklanılmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümü, Aile hekimliği, Aile hekimliğinin sağlık yapılanması içerisindeki yeri, Aile hekimliğinin amaçları, Aile hekimliğinin getirmiş olduğu yenilikler, Türkiye’de Aile hekimliğine geçilme sebepleri, Aile hekimlerinin görev ve sorumluluklarını kapsamaktadır. Dördüncü bölümde ise hizmet ve hizmetin özellikleri, hizmet kalitesi, hizmet kalitesinin unsurları, sağlıkta hizmet kalitesi, sağlıkta kalite sertifikasyonları, doktorların sağlık hizmetlerinin kalitesindeki rolüne ilişkin başlıları kapsamaktadır. Beşinci bölüm ise araştırmanın yöntemi, verilerin toplanması, verilerin analizi, bulgular ve sonuç ve önerileri kapsamaktadır.

1.1. Problem

Aile hekimliği uygulaması kişisel hekimlik uygulaması olarak nitelendirilebilir. Kişisel hekimlik uygulamasının en önemli özelliği kişi odaklı olmasıdır. Yani sağlık hizmeti alan kişilerin ihtiyaç ve isteklerinin göz önünde bulundurulmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygın olarak kullanılmasına olanak sağlayan aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyetinin artırılması hedeflenmektedir. Aile Hekimliği sisteminin en önemli yönlerinden birini ise sağlık hizmetini sunan doktorlar oluşurmaktadır. Bu araştırmanın problemini hastalara sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırması hedeflenen Aile Hekimliği sisteminin sağlık hizmetini sunan doktorların sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesini nasıl etkilediği oluşurmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Türkiye’de sağlık sisteminde son olarak faaliyete geçirilen uygulama olan Aile Hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde kullanılmasına olanak tanınması, bireylerle bire bir ilgilenecek olan hekimlerinin atanması gibi birçok yeni uygulamayı beraberinde getirmiştir. Aile hekimliği sistemi, sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların memnuniyetini artırmayı amaçlamakla birlikte bu sistemin uygulanmasında kritik bir role sahip olan doktorlara da önemli sorumluluklar yüklemektedir. Bu araştırmada, Aile Hekimliği sisteminin doktorların sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bununla birlikte, araştırmanın alt amaçları;

- Demografik özelliklere göre aile hekimliği sistemine ve doktorların sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesine yönelik algılar arasındaki farklılıkların belirlenmesi,
- Aile hekimliği sistemine ilişkin algılar ile aile hekimlerine yönelik tutumlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi,
- Doktorların sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesine yönelik algılar ile aile hekimlerine yönelik tutumlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi, şeklindedir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Aile Hekimliği sistemine ilişkin yapılan birçok araştırma mevcut olmakla birlikte bu araştırmaların önemli bir bölümünün Aile Hekimliği sisteminin sağlık hizmeti alıcısı konumundaki hastaların almış olduğu hizmetlerden memnuniyet düzeyleri ve Aile Hekimliği uygulamasına bakış açıları incelenmeye yönelik olduğu görülmektedir. Bununla birlikte Aile Hekimliği sisteminin en önemli hizmet sağlayıcısı konumunda olan doktorların Aile Hekimliği sisteminin getirmiş olduğu uygulamalardan memnuniyet düzeyleri ve bu uygulamaların sunmuş oldukları sağlık hizmetlerinin kalitesine yansımalarına ilişkin yapılan az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırma, Aile Hekimliği sisteminde sağlık hizmeti sağlayıcısı konumundaki doktorların sisteminin getirmiş olduğu uygulamaların vermiş oldukları sağlık hizmetlerinin kalitesine ne yönde etki ettiğini ortaya koyma açısından önem taşımaktadır.

1.4. Araştırmanın Sayıltıları

Bu araştırma, Aile Hekimliği sisteminin doktorların vermiş olduğu hizmetlerin kalitesini etkilediği sayıltısı üzerinden hareketle yapılmıştır. Araştırmada katılımcıların görüşlerini açıkça, doğru ve tarafsız bir şekilde ifade edecekleri varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Düzce ilinde Aile Hekimliği uygulamasından yararlanan hastaları kapsamaktadır. Dolayısı ile araştırma sonuçları Türkiye için genellemez. Uygulama alanı olarak Düzce ilinin seçilmesinde Düzce ilinin sağlık uygulamalarında pilot bölge olarak kullanılması ve Aile hekimliği sisteminin ilk uygulandığı yer olması itibariyle sistemin yerleşik şekilde yani etkilerinin açık olarak gözlemlenebilecek şekilde olduğu düşüncesi etkili olmuştur.

1.6. Tanımlar

Aile Hekimliği, Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat sağlayan sağlık sistemidir.

Hizmet kalitesi, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir.

Aile Hekimi (doktor), kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.

BÖLÜM II

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ

2.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Karabulut, 2013).

Sağlık kavramı yaygın olarak “insanın hastalık ve sakatlığının olmaması yanında beden, ruh ve sosyal bakımdan tam iyilik halinde bulunması” olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram ve tanımın Türkçe’de tam olarak karşılığı “sıhhat, esenlik” veya ilintili olarak “sağaltma, sağaltım” kelimeleri olmakla beraber, “ölü olmamak” anlamındaki “sağ” kökünden türetilen “sağlık” ve benzeri sözcükler, yanlış da olsa, tam bir yaygınlıkla kullanılmaktadır (Sargutan, 2005).

Sağlıklı olmak, sağlıklı kalmak insanların doğuştan getirdikleri vazgeçilemez, ertelenemez ve devredilemez en temel haklarından. Ancak bu hakkın kullanılması, beraberinde birtakım zorlukları da getirmektedir. Sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısında her yıl gözlenen büyük artış, tıp alanındaki gelişmeler, sisteminin karmaşık ve pahalı olması, hastanın da sağlık hizmeti veren kişi ya da kurum karşısında daha güçsüz konumda yer alması kişilerin en temel hakkı olan sağlık hakkını en uygun biçimde kullanılmasını güçleştirmektedir. Bu noktada, insan onurunun ve bütünlüğünün korunması ve hastaya kişi olarak gösterilen saygının artırılması amacıyla, insan haklarının sağlık alanına uyarlanması; bir başka ifadeyle hasta hakları kavramını gündeme getirmektedir (Saylan, 2013).

Temel insan haklarının bir alt başlığı olan hasta hakkı (sağlık hakkı), insan haklarının sağlık hizmetine uyarlanması olarak değerlendirilebilir. Sağlık hakkı, kaynağını uluslar arası insan hakları belgeleri ve sözleşmelerinden almaktadır. Bu hak, temel insan haklarının bir alt başlığı olarak “hasta insanın” tıbbi müdahale ve tedavi gibi hayati bir alanda haklarını tanımlamakla birlikte aslında geleneksel hasta-hekim ilişkisini değiştirmek gibi bir amaç da taşımaktadır (Temginlioğlu ve diğ., 2010).

1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde ise "herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir" şeklindedir.¹ 1965'te yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı'nda ise, 11. maddede ve "Sağlığın Korunması Hakkı" başlığı altında: "Akit Taraflar sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanı sıra,

1-Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak,

2-Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak,

3-Salgın hastalıklarla yerleşik mevzii ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler." şeklinde bir düzenleme getirmiştir.²

Türkiye'de ise 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde "devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini sağlamakla ödevlidir" şeklinde sağlık hakkına devlet açısından pozitif yükümlülük doğuracak şekilde yer verilmiştir. Halen yürürlükte olan 1982 Anayasası tıpkı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde olduğu gibi "yaşam hakkını temel alan bir düzenlemeyi 17. maddesinde yapmıştır (Şişman, 2010:5). 17. Madde şu şekildedir:

*"Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz."*³

Şişman'a göre (2010:7) devlet'in, her hakla ilgili üç temel görevi bulunmaktadır. Bunlar; dokunmama, dokundurtmama ve bu haklardan yararlanılabilmesi için "bazı iş,

¹ <http://www.sinop.gov.tr/insHaklar/IHEBildirge.htm>

² <http://www.saglikhaki.org/saglikhak-ic.htm>

³ <http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa.maddeler?p3=17>

görev ve eylemleri yapma, olanakları sağlama ve bazı hizmetleri yerine getirme sorumluluğudur. Bu bağlamda sağlık hakkının da en az iki bileşeni olduğu anlaşılmaktadır:

- Sağlıklı olma hakkı
- Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı

Anayasadaki "hiç kimsenin rızası dışında vücut bütünlüğüne dokunulamaması ve tıbbi deneylere tabi tutulamaması", kişilerin sağlıklı olma hakkı bir kamusal korumaya tabi olduklarını ortaya koymaktadır.

2.2. Sağlık Sistemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2000 yılında yayınlanan raporda sağlık sistemi, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlanmaktadır (Murray ve Frenk, 2000).

Sağlık Sistemi, birincil amacı doğrudan sağlığı geliştirmek veya iyileştirmek olan finansman, düzenleme ve sunum faaliyetleri ile ilgili kuruluşlar ve kaynakların üstlendiği tüm faaliyetleri kapsayan bir çerçeveye sahiptir. Bir sağlık sisteminin performansı, sağlık sistemlerinin dört temel fonksiyonunun icra edilme biçimiyle yakından ilgilidir. Bu fonksiyonlar, finansman, kaynak temin etme/sağlama, hizmetlerin sunulması ve yönetim ve düzenlemedir (Yıldırım ve diğ., 2012:12).

Avşar (2010:13) sağlık sistemlerinin, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına da sahip olduğunu ve bu bağlamda sağlık sistemlerinin üç önemli amaca sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu amaçlar, Uğurluoğlu ve Çelik (2005) tarafından;

- Hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltmek,
- İnsanların beklentilerine yanıt vermek,
- Hastalık ya da sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamak,

Olarak ifade edilmiştir.

Temür ve Bakırcı (2008) Türk sağlık sisteminin başlıca hedeflerinin; sağlık statüsünü iyileştirmek, ulaşılabilirliğini ve verimliliğini arttırmak, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak

olduğunu belirtmiştir. Temür ve Bakırca'n'a göre bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi sağlık sistemlerinin performans ölçümlerine dayalı politika belirlenmesine bağlıdır.

2.2.1. Sağlık Sisteminin Amaçları

DSÖ (WHO) 2000, sağlık sisteminin üç temel amacını ortaya koymuştur. Bunlar; sağlığın geliştirilmesi, hastaların meşru beklentilerinin karşılanması ve adil finansman olarak ortaya konulmuştur. Aşağıda bu amaçlar üzerinde kısaca durulmaktadır.

2.2.1.1. Temel amaçlar

Bu amaçlar bir sağlık sisteminin performansı ölçülürken göz önünde bulundurulması gerekli amaçlar olarak belirtilmektedir. Temel amaçlar kapsamında sağlığın geliştirilmesi ve eşitsizliklerin azaltılması, beklentilerin karşılanması ve adil finansmanın sağlanması yer almaktadır (Şişman, 2010:21).

2.2.1.2. Sağlığın Geliştirilmesi

Bir sağlık sisteminin tanımlanmış amacı, nüfusun sağlığını yükseltmektir. Bir nüfusun sağlığı temelde o nüfusu oluşturan bireylerin yaşam boyu sağlığını, prematüre ölümleri ve ölümcül olmayan sağlık sonuçlarını kapsayacak şekilde olmalıdır (Murray ve Frenk, 2000).

2.2.1.3. Beklentilerin karşılanması

Beklentilerin karşılanması amacı, sağlığa ilişkin beklentiler dışındaki beklentileri kapsamaktadır. Bunlar; bireylere saygı ve müşteri odaklılıktır (Murray ve Frenk, 2000; Karagan, 2008:31).

Sağlık sisteminin bu amaçlarına ek olarak, Sargutan (2005), Sağlık sisteminin işlevsel ve duygusal hedeflerini (5D) başlığı altında şöyle sıralanmaktadır:

- Ölüm (Death),
- Hastalık (Disease),
- Sakatlık (Disability),
- Rahatsızlık (Discomfort),
- Doyumsuzluk (Dissatisfaction).

Bu olumsuzluklara karşı kullanılan 6 silah da şu şekilde sıralanmaktadır:

- Koruma (önlem),

- Tanı,
- Tedavi,
- Rehabilitasyon,
- İzlem (gözlem),
- Halkın Sağlık Eğitimi.

2.2.2. Sağlık Sisteminin Alt Sistemleri

Sağlık sistemi incelendiğinde, birbirinden çok farklı görev ve sorumlulukları bulunan, aynı zamanda birbiri ile karmaşık ilişkileri de olan kurum ve kişilerin bulunduğu görülmektedir. Bu karmaşık ilişkiler ise çok sayıdaki kişi ve kuruluşun belli bir düzenlilik çerçevesinde etkileşimde bulunmasıdır. Sağlık sisteminin alt sistemleri aşağıdaki gibidir (Şisman, 2010:22).

2.2.2.1. Üretim Alt Sistemi

Koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetlerinin üretimini gerçekleştiren kişi ve kurumları içermektedir (Görgün, 2009:66). Tablo 2.1’de sağlık hizmet türleri ve verildiği kurumlar incelenmektedir.

Tablo 2.1. Sağlık Hizmet Türleri ve Verildiği Kurumlar

Hizmet Türü	Kurumlar
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Sağlık Ocağı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Halk Sağlığı Laboratuvarı Gezici Sağlık Ekipleri Çevre Sağlığı Birimleri
Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	Özel Muayenehaneler Hastaneler Özel Dal Merkezleri Poliklinik Hizmetleri
Rehabilitasyon Hizmetleri	Rehabilitasyon Merkezleri Rehabilitasyon Klinikleri Özel Muayenehaneler Özel Hastaneler Hemşirelik Bakım Hizmetleri Evde bakım Hizmetleri
Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	Sağlık Eğitim Birimleri

Kaynak: Görgün, H. (2009:66).

2.2.2.2. Varlık Koruma Alt Sistemi

Bu sistemin temel amacı sağlık hizmetlerinin düzenli ve sürekli bir şekilde sürdürülmesini sağlamaktır (Şişman, 2010:22). Tablo 2.2’de Sağlık Hizmeti İle İlgili Kurumlar ve Örnekleri gösterilmektedir.

Tablo 2.2. Sağlık Hizmeti İle İlgili Kurumlar ve Örnekleri

KURUMLAR	ÖRNEKLER
Üniversiteler	Tıp Fakültesi Diş Hekimliği Fakültesi Eczacılık Fakültesi Hemşirelik Programları (Ebelik Bölümü, Acil Yardım Teknikerliği, Laboratuar teknisyenliği v.b.) Laboratuar Programları (Laboratuar teknisyenliği, Röntgen Teknisyenliği, v.b.) Fizik Tedavi Rehabilitasyon Sağlık Kurumları İşletmeciliği
Meslek Odaları	Türk Tabipler Birliği Diş Hekimleri Birliği Eczacılar Odası Sağlık İdarecileri Derneği
Hizmet İçi Eğitim Kurumları	Sürekli Eğitim Merkezleri Sertifika Programları
Finansman Kurumları	Maliye bakanlığı Sosyal Güvenlik merkezi Özel Sigorta Kurumları

Kaynak: Görgün, H. (2009:67).

2.2.2.3. Uyum Sağlama Alt Sistemi

Bu sistem, sağlık sisteminin yaşamını sürdürebilmesi için çevrede oluşan değişikliklere uyum sağlaması için gereken çalışmaları içermektedir. Yeni hastalıkların ortaya çıkması, yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin bulunması, teknolojik gelişmeler, toplumun beklentisindeki değişiklikler gibi durumlarda sağlık sistemi içerisinde de değişiklikler yapılması gerekir. Üniversiteler, biomedikal ve toplum sağlık sisteminden beklentiler ile ilgili bilgi toplayan araştırma merkezleri bu alt sistem içinde yer almaktadır (Şişman, 2010:23).

2.2.2.4. Yönetim Alt Sistemi

Bu sistem sağlık hizmetlerini yönlendirmekte ve işbirliğini sağlamaktadır. Merkezde Sağlık Bakanlığı ve illerde Sağlık Müdürlüğü bu alt sistem içerisinde yer

almaktadır. Alt sistem içinde yer alan kurumlar aslında birden fazla alt sistemde görülmektedirler. Çünkü her kurumun görev ve sorumlulukları bazen çakışmakta ve birden fazla alt sistem içinde yer almaktadır (Kavuncubaşı, 2006: 27-29; Aktaran: Görgün, 2009:68).

2.3. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için verilen bir hizmetler bütünüdür. Sağlık hizmetleri yalnızca tedaviye yönelik olduğu için, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bütününe ağırlık merkezini Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hizmetler oluşturmaktadır (İnce, 2012:8).

2.3.1. Sağlık Hizmeti Sisteminin Tanımı

Sağlık hizmetleri, "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümü" olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmeti sistemi ise "belirli bir ülkede ya da bölgede sağlık hizmetlerinin geçerli sistematik sunulma modeli" olarak tanımlanabilir (Akdur, 1999:5). Başka bir deyişle sağlık hizmeti sistemi; bir toplumun genel kaynaklarını toplumun sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan özel hizmetlere dönüştüren mekanizmadır (Şişman, 2010:25).

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; toplumun beklentilerine uygun sağlık hizmetinin kaliteli, zamanında ve düşük maliyetle sunulabilmesidir. Hastaların bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerine ilişkin toplum beklentilerinin çeşitlenmesini de beraberinde getirmiştir. Sağlık sektörünün kendine has yapısı ve hedef kitleye uygun sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilebilmesi için, düzeltici önlemlerin alınması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve ölçülmesi büyük önem taşımaktadır (Zerenler ve Öğüt, 2006). Sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekildedir (Görgün, 2009; Şişman 2010:12; Ateş, 2011:5; Ünal, 2011:4; Kaygın, 2012:11; Aktan ve Işık, 2013);

Sağlık Hizmetlerinin Bütünlük Özelliği: Sağlık hizmetleri sağlıkla doğrudan, dolaylı veya uzak etkili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin yer aldığı bütün sektörleri, sistemleri, kurum ve kesimleri; temel, koruyucu, geliştirici tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşan asıl sağlık hizmetlerini / ürünlerini kapsayan hizmetler arası, sektörler arası, sistemler arası, kurum ve kesimler arası bir bütündür.

Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması: Sağlık hizmetleri tüm toplumun sağlığının korunup sürdürülmesi için gerekli olduğundan tüm nüfusu etkiler ve ilgilendirir. Dolayısıyla sosyal bir devlet olmanın gereği sağlık hizmetleri serbest piyasa işleyişine bırakılmayıp devlet sorumluluğunda sunulan hizmetlerdir.

Sağlık Hizmetlerinin Temel İhtiyaç Olmama Özelliği: Temel ihtiyaçlar insanlar için her zaman vazgeçilemez ve ertelenemez bir nitelik taşırlar. Her zaman temel ve vazgeçilmez bir hak ve bazen hayati ve zaruri bir ihtiyaç olmasına rağmen genel kategorik sınıflandırmada sağlık, temel ihtiyaçlardan birisi değildir. Ancak sağlık ihtiyacının temel ihtiyaç olmama özelliği hiçbir zaman onun önemsiz ve göz ardı edilebilecek bir hizmet olduğu anlamına gelmez, aksine, sağlık bütün sektörlerle dolaylı veya doğrudan etkisi olan çok önemli birkaç konudan biridir.

Sağlık Hizmetleri Talebinin Önceden Belirlenememesi: Sağlık hizmetleri talebini ortaya çıkaran hastalık durumunun ne zaman, nerede, nasıl ortaya çıkacağına belli olmaması sağlık hizmetlerinin talep ve tüketiminde belirsizliğe yol açmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Fiyatındaki Değişmelerin Talebi Etkilememesi: Hasta için sağlık hizmetlerinin kullanılması zorunlu ve ertelenemez bir ihtiyaç olduğundan fiyatlardaki değişikliklere karşı gösterilecek duyarlılık oldukça zayıf olmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin Talep Esnekliği Özelliği: Sağlık hizmetlerinin temel ihtiyaçlar içerisinde yer almaması, ertelenebilme özelliğinin olması sağlık hizmetlerine büyük bir talep esnekliği sağlamaktadır. Sağlıklarını önemsemeyenler temel ihtiyaç olmama ve talep esnekliğinden yararlanarak sağlık hizmeti taleplerini acil bir durum oluncaya kadar erteleyebilirler. Sağlık Hizmetleri Talebinin hizmetlerine olan ihtiyacı dolayısıyla talebi azaltmadığı gibi fiyatlardaki düşüşte talepte artış meydana getirmez.

Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamama Özelliği: Sağlık hizmeti ihtiyacı çeşitli nedenlerle, farklı zamanlarda ve farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmeti bireye, hekime, sağlık kurumlarında teşhis ve tedavide kullanılan teknolojinin niteliğine, şartlara vb. çeşitli faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar göstermektedir.

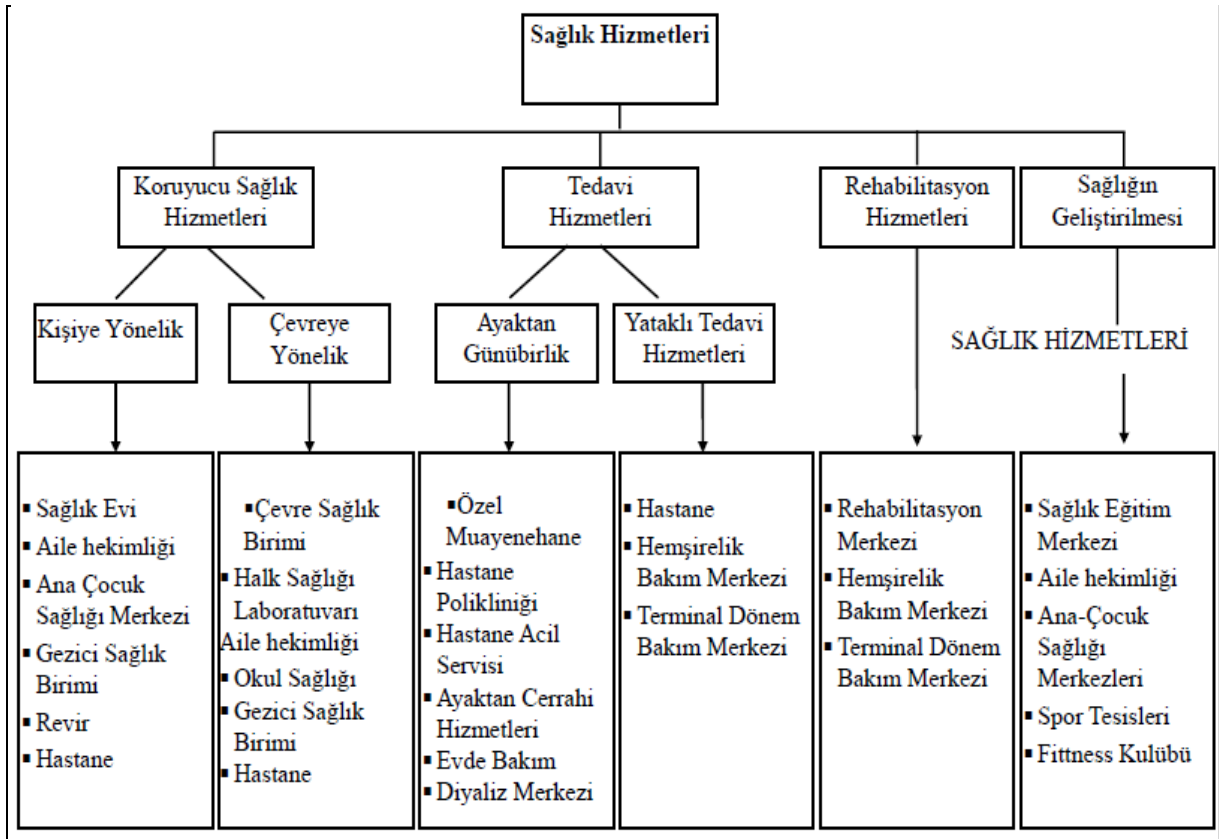
Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması: Mal ve hizmetlerdeki ikame özelliği yani birinin sağlayacağı faydanın bir diğeri tarafından sağlanabilmesi, tüketici için seçim alternatifini oluşturduğundan oldukça önemli bir özelliktir. Ancak herhangi bir sağlık hizmetinin başka bir tür sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaçlı Olması: İnsan sağlığına parasal bir değer biçilememesi sağlık hizmetlerinin kar amacından ziyade sosyal amaçlı sunulması gereğini doğurmuştur.

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri bireyin yaşam standartlarını ve kalitesini iyileştirmeyi ve yükseltmeyi amaçlayan temel hizmetlerin başında yer almaktadır. Genel olarak hizmet kapsamlılığı bakımından koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri olarak üç şekilde sınıflandırılmaktadır (İnce, 2013:13). Akbolat (2013) ise bu sağlık hizmetlerine Sağlık geliştirilmesini ekleyerek sağlık hizmetlerini dört başlık altında toplamaktadır. Şekil 2.1'de sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması gösterilmektedir.

Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: (Akbolat, 2013).

Bu sınıflandırmalar açısından bakıldığında Aile Hekimliği uygulamasının Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler arasında yer

aldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sınıflarına ilişkin açıklamalar sırasıyla başlıklar halinde ele alınmıştır.

2.3.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; bireylerin hasta olmasını önleyici tedbirlerin uygulamaya konularak, hastalık tehdidi meydana gelmeden olası tehditlere karşı gerçekleştirilen mücadeledir (Ünal, 2011). Birincil koruma, çevreye yönelik olanlar; çevremizde sağlığımızı olumsuz olarak etkileyen biyolojik, fizik ve sosyal etkenleri kaldırma olarak değerlendirilebilir. Kişiyeye yönelik olarak ise aşılama, dengeli beslenme, kadınlarda aşırı doğurganlığı önleme ve kişilere sağlıklarını nasıl koruyacaklarını öğretmektir. İkincil koruma, erken tanı ve tedavi, hastalık belirtileri ortaya çıkmadan veya önemsemeyecek kadar hafif iken laboratuvar ve röntgen muayeneleriyle hastalığa tanı koymak anlamına gelmektedir (Fişek, 1982:144; Aktaran: Görgün, 2009:69).

2.3.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi hizmetlerinde kişisel fayda ön plandadır. Tedavi hizmetleri en uç noktadaki ayakta tedavi birimi veya hastaneden, en üst seviyedeki modern üst müracaat hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir (Yıldırım, 1994:13).

2.3.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Özürlü ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Bu hizmetler hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışmacılar tarafından yapılan sosyal rehabilitasyon (iş bulma, işe uyum sağlama, vs.) şeklindedir (Yıldırım, 1994:13). Doğuştan ya da sonradan ortaya çıkan sakatlıkların düzeltilmesi, hareket kabiliyetinin arttırılmasına, işitme, görme özürlülerinin en aza indirilmesine yönelik çalışmalar tıbbi rehabilitasyon kapsamında değerlendirilmektedir. Özürlülerin topluma uyum sağlamalarına yönelik, günlük hayata aktif katılım, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilme, işe uyum, yeni iş bulma gibi çalışmalar da sosyal rehabilitasyon kapsamında yer almaktadır (Görgün, 2009:72).

2.3.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireylerdedir. Sağlık geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır (Akbolat, 2013).

2.4. Türkiye’de Sağlık Yapılanması

Türkiye’de sağlık sektöründe çok merkezli bir yönetim ve yapılanma görülmektedir. Sektörde, çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş hizmet sunmanın yanı sıra, finansman kurumu olarak da işlev göstermektedir. Sektörde hizmet sunumu ve finansmanında ilk sırayı % 80’lik payla Sağlık Bakanlığı almaktadır (Şişman, 2010:29).

2.4.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye göre, Sağlık Bakanlığı, herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için kurulmuştur (Şişman, 2010:30).

2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 sayılı resmi gazetede yayımlanan kanun hükmünde kararnamenin ikinci maddesinin 1. bendinde, sağlık bakanlığın görevi; “herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır” şeklinde ifade edilmiştir. Bu kanun hükmündeki kararnamede yer alan diğer hususlar şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011);

(2) Bu kapsamda Bakanlık;

a) Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi,

b) Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,

c) Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi,

ç) Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi,

d) Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi,

e) İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması,

f) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler.

(3) Bakanlık bu amaçla;

a) Strateji ve hedefleri belirler, planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar.

b) Uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapar.

c) Rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetleme yapar, müeyyide uygular.

ç) Acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür.

d) Bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alır.

e) İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir, bunu teminen gerekli bildirimleri yapar, görüş bildirir ve müeyyide uygular.

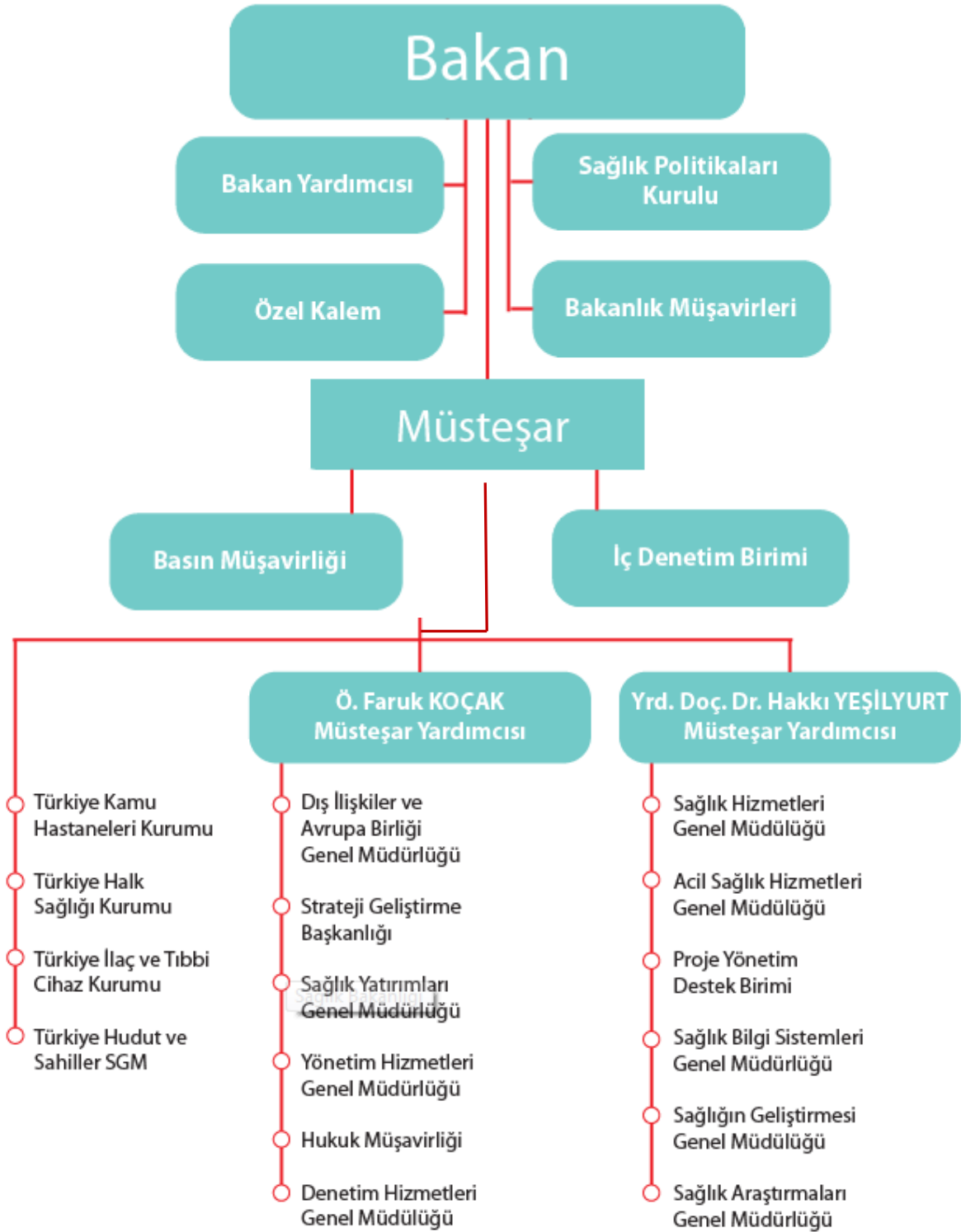
f) Görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri alır.

(4) İlaç fiyatlarının belirlenmesine ilişkin usul ve esaslar Bakanlığın teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca belirlenir, şeklindedir.

2.4.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü

Merkez örgütünde Bakanlık makamı, Müsteşar ve üç Müsteşar yardımcısı yer alır. Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında 28103 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye göre, Ana Hizmet Birimleri Şekil 2.2'de, Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat şemasında gösterilmektedir.

Şekil 2.2. Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat Şeması



Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>.

2.4.1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütü

181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Sağlık Bakanlığı'na taşra teşkilatı kurma yetkisi de vermiştir (md.38). Taşra örgütü, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve 154 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge ile düzenlenmiştir. Buna göre taşra örgütü, sağlık evleri, sağlık ocakları, bölge hastaneleri, sağlık grup başkanlıkları ve il sağlık müdürlüklerinden oluşmaktadır (Şişman, 2010: 31).

2.4.2. Türkiye'de Sağlık Sektörü

Sağlık sektörü, tüm dünya ülkelerinde özellikle 1960'lı yıllardan sonra üzerinde yoğun çalışmalar yapılan ve sürekli gelişim gösteren bir sektördür. Sektörün 2009 yılı itibariyle küresel sağlık harcamalarının değeri 5,5 trilyon dolara yükselmiştir. Ülkemizde de dünyadaki gelişimine paralel olarak ilerleme kaydeden sağlık sektörü harcamaları 2009 yılı itibari ile 30 milyar dolara yükselmiştir. Bu miktar ülkemiz GSYİH'sı içinde % 6,2'lik bir paya karşılık gelmektedir. Sağlık sektörünün gelişimi, sağlık sektörüne bağlı alt sektörlerde de önemli gelişmelerin yaşanmasına sebep olmuştur. Örneğin; Sağlık sektörünün önemli bir bileşeni olan ilaç sektöründe Türkiye, dünyada ilaç üretiminde 16. ve Avrupa'nın 6. büyük ilaç pazarıdır (Türkiye'de Sağlık Sektörü Raporu, 2010).

Türkiye'de sağlık sektörü; erişilebilirliğin artması ve olumlu ekonomik gelişmeler neticesinde artan satın alma gücü gibi etkenler ve son yıllarda sektöre ilişkin gerçekleşen destekleyici gelişmelere paralel olarak büyümektedir. İlaç, hizmet sunumu, sigorta ve tıbbi cihazlar gibi alt sektörler bazında bakıldığında Dünya genelinde önemli bir noktaya gelinmektedir (YASED Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, 2012).

Türkiye'de, ilaç sektörü 2009 yılı itibariyle 10,8 milyar dolar tutarında gelir elde etmiştir. Türkiye sağlık sektörünün gelecek vaat eden bir unsuru olan tıbbi cihaz sektörü ise dünyadaki en büyük 30 pazarın arasında yer almaktadır. 2010 yılında Türkiye tıbbi ekipman ve sarf malzemeleri pazarının büyüklüğünün 2,1 milyar dolar olduğu belirlenmiştir Sağlık sektörünün diğer önemli alt sektörlerinden sonuncusu da sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar genel olarak; özel hastaneler, devlet hastaneleri ve eğitim- araştırma hastanelerinden oluşmaktadır. Türkiye'de 2008 yılı itibariyle toplam hastane ve yatak sayısı sırasıyla 1.350 ve 188.065'tir. Bununla birlikte gerek özel hastanelerin gerekse devlet hastanelerinin sayısı hızla artmaktadır (Çatı ve diğ., 2012).

Türkiye'deki kişi başına sağlık harcamaları tutarı, 2000 yılında 432 dolar iken 2010 yılı itibariyle 301-1000 dolar arasında gerçekleşmiştir. Türkiye'deki kişi başına sağlık harcamalarının önümüzdeki yıllarda, genel sağlık sigortası programının kademeli olarak uygulanmaya başlaması, kişi başına yıllık gelir düzeyindeki artış, sağlık konusundaki genel bilincin artması, ortalama yaşam süresinin ve yaşlı nüfusun sürekli olarak artmasına bağlı olarak önemli ölçüde yükselmesi beklenmektedir (Çarıklı ve Sayım, 2011).

Sağlık hizmetleri harcamalarında gerçekleşen yükselmeyle birlikte tüketicilerin gelir düzeyinin artması, teknoloji ve bilgiye ulaşımının kolaylaşması, hizmetlere ilişkin bilinçlilik, beklenti ve memnuniyet düzeylerinin yükselmesi sağlık hizmeti veren kuruluşların, başarısını ve yaşamını devam ettirebilmesini, büyük ölçüde bu müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine bağlamıştır. Gelişen teknoloji ve artan ihtiyaçların hızla karşılanması açısından sağlık kuruluşları, toplumun sağlık ihtiyaçları konusunda daha duyarlı, bilgili ve hasta tatminine önem verecek biçimde bulunmuş olduğu pazarı daha iyi tanımalıdır (Kılınç, 2005).

2.5. Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Politikaların Gelişimi

Türkiye'de sağlık politikaları geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetleri sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Sağlık hizmetleri kaynaklarının ülke genelinde dengeli dağılımı, etkili ve verimli kullanımı Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır (Temür ve Bakırcı, 2008).

2.5.1. 1923-1960 Planlı Dönem Öncesi Türkiye'de Sağlık Hizmetleri

Bu dönem iki başlık altında incelenebilir.

2.5.1.1. Dr. Refik Saydam Dönemi (1923-1940)

TBMM Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar'ın ardından bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam olmuştur. Dr. Refik Saydam döneminde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde ise Hükümet Tabiplikleri kurularak birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem ve öncelik verilmiş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır (Avşar, 2010:21).

Bu dönemde, 1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde

olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur (Şişman, 2010:23).

Ayrıca bu dönemde sağlık hizmetlerinin hukuki alt yapısının oluşturulmasına da özen gösterilmiştir. Bu dönemde meclisten çıkartılan bazı yasalar değişikliklere uğrasa bile hala geçerliliğini korumaktadır (Bostan, 2009:28).

Genel olarak bu dönemde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir (Akdur, 1999:25).

2.5.1.2. Dr. Behçet Uz Dönemi (1940-1950)

1946 - 1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'nde sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı ile tüm sağlık hizmetlerini entegre etmek ve yurt sathına yaymak için hizmetlerin tümü merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir (Akdur, 1999:13).

"Behçet Uz Planı" olarak bilinen bu plana göre, ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü. Ancak, bu plan uygulanamamıştır (Bostan, 2009:29).

Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son verilmesinin bir sonucu olarak, geçimini muayenehanesindeki çalışmalarıyla karşılamak zorunda kalan sağlık merkezi hekimleri koruyucu hizmetler ile ilgilenmedikleri gibi, merkezlerde ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapmaz duruma gelmişlerdir. Bu durum, hekimlerin sağlık merkezlerinden ayrılarak tamamen serbest çalışmaları sonucunu doğurmuş ve giderek, bu merkezlerde çalışacak hekim ve sağlık personeli bulunamaz olmuştur. 1978 yılında

çıkarılan, Tam Gün Yasası ile getirilen ücret politikası ile personel yönünden daha iyi bir duruma kavuşan bu merkezler, bu uygulamaya son verilmesinden sonra tekrar ve hızla hekim kaybına uğrayarak, verimsiz küçük hastanecikler haline dönüşmüştür. 1980'den sonra zaman zaman kapatılan ve açılan bu birimlerin bazıları hastaneye bazıları ise sağlık ocağına dönüştürülerek varlığına son verilmiştir (Akdur, 1999:13).

2.5.2. 1961-1980 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları

Bu dönemde, sağlık alanında teşkilatın yeniden yapılanması, milli ilaç endüstrisi, tıp araç ve gereçleri endüstrisinin kurulması ve yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi gibi halk yararına olduğunu düşündükleri bazı hizmetleri hayata geçirmek ve o dönem kullanılan terim ile sağlık işlerini “devletleştirmek” istemişlerdir (Aydın, 2004:77; Aktaran: Avşar, 2006:23).

Bu bağlamda, 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. Maddeleri “ Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir. Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.” doğrultusunda hazırlanan I. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir (Avşar, 2010:27).

Dönemin Sağlık Bakanlığı müsteşarı ve aynı zamanda bir halk sağlığı uzmanı olan Prof. Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 5 Ocak 1961 tarihinde mecliste kabul edildi. Böylece, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi olarak adlandırabilecek yeni bir dönem başlamıştır (Bostan, 2009:30).

1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası tasarısı TBMM'ye sunulmuş, ancak kabul edilememiştir. Tasarı 1974 yılında TBMM'ye yeniden sunulmuş, ancak görüşülememiştir. Bu dönemde hazırlanan bütün yasa, tüzük ve genelgeler, sosyalleştirmenin ana temeline dayanan düzenlemeleri hedeflemiştir (Şişman, 2010:27).

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hâkim olmasına koşul olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin, Türkiye'ye de yansması uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Bunun bir uzantısı olarak, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini

piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika resmi politika haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde “Aktif Özelleştirme Dönemi” diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve T.C. Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir (Karadağ, 2007:14).

2.5.3. 1980-2003 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları

Türkiye’de 1980 sonrası dönemde yapılan seçimlerle iktidara gelen ANAP, 1983-1987 ve 1987-1991 yılları arası çoğunlukta olduğu iki dönemde uyguladığı ekonomik politikalarla yeni düzenin sözcülüğünü yapmaya başlamıştır. Bu dönemi 1988 öncesi ve sonrası olarak değerlendirmek yerinde olacaktır. Bu anlamda gerek 1983 hükümet programı gerekse V. Beş Yıllık Kalkınma Planı, ANAP Hükümetinin sağlıkla ilgili yaklaşımını yansıtmaya açısından önemli belgeler niteliğindedir. Genel Sağlık Sigortasını hedefleyen hükümet programı 80’li yıllar boyunca kamu sağlık hizmetlerine yöneltilecek eleştirilerin habercisi olmuştur. İlk kez bu dönemde kamu sağlık hizmetlerine Cumhuriyet tarihinin en az bütçe payı ayrılmış ve sağlık özel sermayenin kar alanı haline getirilmeye çalışılmıştır (Avşar, 2010:39).

Bu dönemde, 1982 Anayasası ile 1961 Anayasası’nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan “insan haklarına dayalı devlet” tanımı değiştirilerek “insan haklarına saygılı devlet” şekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir (Akdur, 1999:16). Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58. Maddesinde “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” ifadesiyle yer almıştır (Karadağ, 2007:27).

Genel olarak 1980 yılından 2002 yılına kadar sağlık hizmetlerini etkileyen olaylar tarihsel bir süreç içerisinde aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Edt:Akdağ, 2008:19; Şişman, 2010:28);

- 1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasanın 60. Maddesine göre herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar anlamına gelmektedir. Ayrıca, anayasanın 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi

artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan faydalanarak, onları denetleyerek yerine getirir” ifadeleri yer almaktadır. Aynı maddede “genel sağlık sigortası kurulabileceğine dair bir hüküm yer almıştır.

- 1982 yılında "Devlet Hizmet Yükümlülüğü Hakkında Kanun" ile doktorlar için zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir.
- 05.11.1985'te 3235 sayılı kanunla getirilen ek maddelerle Bağ-Kur kapsamına girenlere sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür.
- 1986 yılında Dünya Bankası Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü tarafından "Türkiye Sağlık Sektörü" araştırması yaptırılmıştır.
- 1987'de "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununu çıkartılmıştır. Bu kanun sağlık hizmetleri alanında, 1961 tarihli 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunundan sonra çıkan en önemli belgedir.
- 1990 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşması doğrultusunda Birinci Sağlık Projesi başlatılmıştır. Bu proje kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından "2000 Yılında Herkese Sağlık" sloganlarıyla sağlık reformlarına başlanmıştır.
- 1991 yılında İkraz Anlaşması doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kuruluş çalışmaları yapılmış ve faaliyete geçirilerek 1992 yılında "1. Ulusal Sağlık Kongresi" gerçekleştirilmiştir.
- 03.07.1992 tarihinde GSS hayata geçirilinceye kadar hiçbir sosyal güvenlik kurumunun kapsamında olmayan vatandaşların tedavi giderlerini karşılamak amacıyla 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" kabul edilmiştir.
- 1993 yılında hükümet tarafından "Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı", "Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı", "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı" ve "GSS Kanun Tasarısı Taslağı" hazırlanmıştır.
- 1994 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşması doğrultusunda ikinci Sağlık Projesi yürürlüğe konarak Türkiye

genelinde kalkınması öncelikli illerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik 25 yataklı hastane ve sağlık ocağı ile sağlık evi yapımına başlanmıştır.

- 1996 yılında Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında "Sağlık Reformları Projesi"ne yer verilmiştir. Sağlık reformu kapsamında "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı", "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanmıştır. Daha sonra TBMM'ye sunulmuş, yine "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı" ise "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tedavi Hizmetlerine Entegrasyonu Kanunu Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanmıştır. Ayrıca "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu" tasarısı hazırlanmıştır.
- 1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı" adı altında, Bakanlar Kurulunca TBMM'ye sunulmuş ancak kanunlaşmamıştır.
- 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak "Sağlık Sandığı" adı altında tanımlanan bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak sonuçlanmamıştır.

Görüldüğü üzere bu dönemde önemli teorik çalışmalar yapılmış ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunmadığı bir dönem olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2008:20).

2.5.4. 2003 ve Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı

Ülkemizde sağlık sektörünün yeniden yapılanmasına yönelik çalışmalar son 15 yılda yoğunluk kazanmıştır. Ancak bu çalışmalar zaman zaman çeşitli nedenlerle kesintiye uğramış, özellikle yasal değişim gerektiren çalışmalar yasalaşma sürecinde yaşanan tıkanıklar sebebiyle hayata geçirilememiştir (Bostan, 2009:37).

2002 yılı genel seçimleri ardından işbaşına gelen 58. Hükümet 3 Ocak 2003 tarihinde "acil eylem planı" adı altında öncelikli yapacaklarını açıklamıştır. Kısa bir süre sonra kurulan ve 58. Hükümetin devamı olan 59. Hükümet Programı'nda bu acil eylem planına sadık kalınarak Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; "Herkesin Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler içerisinde aşağıdaki ana başlıklar sayılmaktadır (Edt: Akdağ, 2008:21):

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması

- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında da e- dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi, şeklindedir.

Ülkemizde 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile sağlık sisteminde yapılan değişiklikler ile birlikte öncelikle sağlık ve sosyal sigorta hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmış, sadece prim ödeyenlerle bakmakla yükümlü olduğu kişiler değil, prensipte “hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar” da sağlık sistemi kapsamına alınmışlardır. Ayrıca on sekiz yaşının altındaki her birey ile sosyal güvenceden yoksun, yoksulluk sınırının altında bir gelire yaşamakta olan vatandaşların sağlık masraflarının devlet tarafından karşılanacağı öngörülmüştür (Çelikay ve Gümüş, 2011).

Projenin temel ilkeleri dokuz ana başlık altında sayılmaktadır. Bunlar (Top, 2003);

- İnsan merkezlilik: Sistemin planlanması ve hizmetin sunumunda, hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade eder. Sağlıkın aile ortamında olduğu gerçeğinden hareketle, birey aile sağlığı kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin, ülkemiz koşulları ve kaynaklarıyla uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- Sürekli kalite gelişimi: Sunulan hizmetleri ve elde edilen sonuçları yeterli görmeyerek, daha iyiyi aramak, sistemin hatalarını öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade eder.
- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanmasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı oluşturulmasıdır.

Ayrıca sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içerisinde alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.

- Uzlaşmacılık: Demokratik bir yöntemin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözetenek ortak noktalarda buluşma arayışıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standart ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayrımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin temel amaçları incelendiğinde; yeni kamu yönetimi (YKY) anlayışının sağlık sektörüne yansımalarının izlerini taşıdığı öne sürülebilir. Gerçekten de profesyonel yönetim oluşturma, standartları belirginleştirme ve performansı ölçme, çıktı kontrolüne önem verme, desantralizasyon, müşteri odaklılık, rekabete vurgu yapma, özel sektör yönetimine başvurma, kaynak kullanımından disiplin sağlama gibi yani YKY anlayışının temel unsurlarının kısmen de olsa Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Türk sağlık sektöründe hayata geçirebilmeye çalışıldığı düşünülebilir (Avşar, 2010:44).

BÖLÜM III

AİLE HEKİMLİĞİ

3.1. Aile Hekimliği Kavramı

Çağdaş sağlık sistemlerinin en önemli amaçları, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamaktır. Bu amaçla düzenlenen bir sağlık sistemi, kişilerin yaşam kalitelerinin ve sağlık standartlarının artırılmasını mümkün kılmaktadır.⁴

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, etkin ve eşit bir şekilde verilebilmesi amacıyla ülkemizde Aile Hekimliği uygulaması Eylül 2005'te ilk olarak Düzce ilinde başlatılmış olup yıllar içinde uygulamaya başlayan illerin sayısı artırılmış ve 2010 yılı sonunda bütün illerde uygulamaya geçilmiştir (Çom ve diğ., 2011).

2004 yılında, 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında çıkarılan Kanunda aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir” şeklinde tanımlanmıştır.⁵

Çelik ve Yılmaz'a göre (2011) “aile hekimi; kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığını ayırmadan, kayıtlı birey ve ailelere, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde ve ekiple birlikte sunabilen, sağlıkla ilgili her türlü soruna; ilk yaklaşımda bulunan ve gerekirse diğer dal uzmanları ile konsülte/refere eden, hastasını değerlendirirken hastalık oluşumunda fiziksel, ruhsal, sosyal faktörlerin de rollerini dikkate alan, kronik, rekürren ve terminal dönemdeki hastalıkların sürekli bakımını yapabilen, sektörler arası koordinasyon kurabilen, hastasının sağlık haklarını üçüncü kişilere karşı savunabilen, tıp fakültesi sonrası uzmanlık eğitimi almış olan hekimdir.”

⁴ <http://www.sakaryahsm.gov.tr/ailehekimisi/91/amac-hedefler.aspx>

⁵ <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html>

Aile hekimliği sisteminde aile hekimi, hastaların ilk başvuracağı hekimdir. Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine en yakın kolay ulaşılabilir konumdadır. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişiştir (Ağdemir, 2012:29). Bu bakımdan aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinden arzu edilen ölçüde verimliliğin elde edilmesi ve sevk zinciri müessesesinin etkin bir şekilde işleyebilmesi ve sağlık kuruluşlarının kaliteli ve güvenilir hizmet üreten kurumlar haline gelmesi noktasında oldukça önemlidir (Çelikay ve Gümüş, 2011).

Aile hekiminden beklenen, hastanın önceki bilgilerinden yararlanarak psikososyal, kültürel bütünlüğünü göz önünde bulundurmak, yakınmalarını kısa sürede azaltmak ya da gidermek ve hastanın rahatsızlığına ilişkin bir tanı koymaktır (Saatçi ve diğer., 2006). 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 dalı olmakla birlikte Aile hekimleri/genel pratisyenler, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişişel doktorlar olarak tanımlanmaktadır (Söyleyici, 2010:49).

3.2. Aile Hekimliğinde Kullanılan Kavramlara İlişkin Tanımlar

Sağlık sisteminin etkili ve verimli olarak sunulabilmesi için basamaklara ayrılmış ve kavram karmaşasını engellemek için kavramlara ilişkin tanımlamalar gerçekeştirilmiştir. Aile hekimliği kapsamında geçen kavramların tanımlamalarına ilişkin birincil kaynak olarak 09/12/2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunudur (Çölgeçen, 2012:47). Kanuna göre;

Aile hekimi: Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimi alan uzman tabip veya tabipleri kapsamaktadır (Aile Hekimliği Kanunu, 2004).

Yerel sağlık idaresi: Toplum sağlığına ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve idari görevler ile eğitim, izleme, değerlendirme, denetim ve koordinasyon faaliyetlerini yürüten, aile hekimlerinin denetim ve koordinasyonunu sağlayan, illerde il sağlık müdürlüğünü ve ilçelerde ilçe sağlık grup başkanlığını ifade eden örgütlenmiş sağlık yönetim birimidir (Çölgeçen, 2012:48).

Aile hekimliğinde kullanılan diğer kavramlar, Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte (2010) şu şekilde açıklanmaktadır;

Aile sağlığı elemanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenini ifade etmektedir.

Aile sağlığı merkezi: Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu ifade etmektedir.

Entegre sağlık hizmeti: Bakanlıkça belirlenecek yerlerde, bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve yatarak tıbbî ve cerrahî müdahale ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmetini ifade etmektedir.

Geçici aile hekimi: Aile hekiminin yıllık izin, hastalık izni ve benzeri nedenlerle görev başında bulunmadığı sürede yerine bakan veya boş aile hekimliği pozisyonunda yerleştirme yapılıncaya kadar bu pozisyona görevlendirilen aile hekimini ifade etmektedir.

Yerinde sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek, yerinde vereceği sağlık hizmetini, ifade etmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmeti: Vatandaşların, çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti “birinci basamak sağlık hizmeti” olarak tanımlanabilir. Bu hizmet, dünyada farklı ülkelerde, farklı şekillerde sunulmaktadır. Fakat tüm dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin ortak özelliği ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz parçası olmalarıdır (Öcek ve Soyer, 2007).

İkinci Basamak Sağlık Hizmeti: Hastaların tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, sevk edildiği sağlık kuruluşu tarafından verilen sağlık hizmetini ifade etmektedir.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti: İkinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında yer almayıp, ileri tetkik ve tedavi yöntemlerini gerektiren ve tedavisi özellik arz eden hastaların sevk edildiği bir üst sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetini ifade etmektedir (Çelikkol, 2008:7).

Toplum Sağlığı Merkezi (TSM): Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezini ifade etmektedir (Söyleyici, 2010:51).

3.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

Aile hekimi kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüştür. Ayrı bir uzmanlık olması fikri ise genel kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde ise dünyada 10 yıldır var olan aile hekimi uzmanlığının verilmesi Türkiye’de de zorunlu hale getirilmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak Türkiye’de aile hekimi bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (Söyleyici, 2010:51). Bu bağlamda, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1985 yılında AH uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu üye ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar alınmıştır. 1996 yılında Avrupa Topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır (Algın ve diğ., 2004).

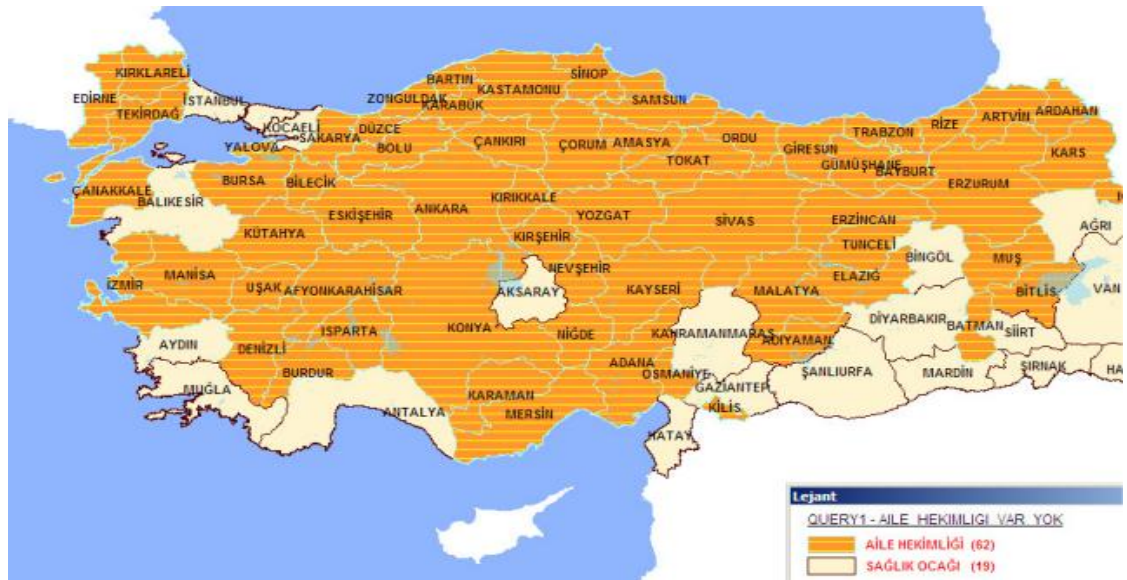
Türkiye’de 24 yıllık bir geçmişe sahip olan Aile hekimliği uzmanlık dalının gelişimi Ungan ve Ceyhun (2006) şu şekilde açıklamışlardır;

- “1983'te "Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde Aile Hekimliği Uzmanlığı yer almıştır.
- 1984'te, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk aile hekimliği anabilim dalı (hiç fonksiyonel olmasa da) kâğıt üzerinde kurulmuştur.
- 1985'te, aile hekimliği uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve SSK' ya bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır.
- 1990'da Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi alan asistanlar Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'ni kurmuşlardır (o zamanki adı AHUD) ve 1993 de ilk Aile Hekimliği Bilimsel kongresi İstanbul'da düzenlenmiştir.
- 1993 Temmuz ayında, Uzmanlık Derneği'nin yoğun çabaları ile Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulunmuştur ve bu kararın ardından 1993 Eylül'ünde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği AD kurulmuş ve asistan eğitimine başlamıştır.
- 1994'de Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesindeki bir aile hekimliği akademik kadrosuna ilk kez bir aile hekimliği uzmanı görevlendirilmiştir.
- 1995'te Avrupa topluluğu üye ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az iki yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır.
- 1996'da, Avrupa topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır.
- 1996'da Türkiye'de iki aile hekimliği uzmanına aynı sınavda ilk kez aile hekimliği dalında doçentlik unvanı verilmiştir.
- 1998 Mart ayında, 2.3.1998 tarih, 98/1074 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile AHUD Türkiye adını kullanma hakkını almış ve TAHUD olarak ülkemizi alanında Dünya'da temsil etme yetkisini kazanmıştır.
- 2001'de ülkemizden ilk kez bir aile hekimliği uzmanı WONCA'nın yönetim kurullarından birine seçilmiştir.
- 2001'de ülkemizde ilk kez Avrupa aile hekimliğinin bir bilimsel kongresi (EGPRN) düzenlenmiştir.

- 2004'te, Aile hekimliği Pilot uygulamasına dair kanun çıkmıştır.
- 2005'te, WONCA Avrupa kongresi 2008'de İstanbul'da yapılmak üzere Türkiye'ye TAHUD tarafından kazandırılmıştır.”

2003 yılında Türkiye çapında olan katılımlar sonucunda bir bilimsel kurul Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmış ve yaptığı çalışmalar sonucu bir yol haritası oluşturmuştur. Bu çalışmaya göre birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının artık başlaması gerektiğine karar verilmiştir. Bu kararlar ışığında 2004 yılında pilot yasa hazırlanarak 2005 yılında ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulmuştur (Dikici ve diğ., 2007). Şekil 3.1'de Ekim 2010 itibari ile Aile Hekimliğine Geçen İller gösterilmektedir.

Şekil 3.1. Aile Hekimliğine Geçen İller



Kaynak: Eyler (2011:60).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde aile hekimliği uygulaması dâhil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için hizmet sunumu reformları yapılmıştır. Aile hekimliği pilot uygulaması kanunu 2004 yılında TBMM'de kabul edilmiş böylece kişi başı ödemeye dayalı aile hekimliği pilot çalışmasının yapılması için gerekli yasal çerçeve oluşturulmuştur. Aile hekimliği uygulaması Düzce ilindeki pilot çalışma ile başlatılmıştır ve Eylül 2010 tarihi itibarı ile Türkiye'deki 62 ilde uygulanmaya başlanmıştır (Eyler, 2011:45).

3.4. Aile Hekimliğine Geçilme Sebepleri

Sosyal birer devlet olarak vatandaşının sağlığını koruma hükümetlere yüklenmiş en önemli yükümlülüklerden birisidir. Sosyal devletin amacı, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı topluma ulaşmaktır. Bir insanın insan onuruna yaraşır bir hayat düzeyi sürmesi için gerekli olan bir koşul insanın hastalandığı zaman tedavi edilmesi ve sağlığının korunmasıdır bu en temel insan hakkıdır (Koçak ve Tiryaki, 2011).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2013) resmi sitesinde sağlık sisteminde *Aile Hekimliğine* geçiş sebebi şu şekilde ifade edilmektedir:

“Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.”⁶

Aile hekimi; anne karnındaki fetüsten ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumlu kişidir. Solak (2010:31) Aile hekimliği ile:

- Uygulanan ülkelerde kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanacağı,
- Aile hekimi hizmet verdiği kişileri yaşadıkları ortamda görüp değerlendirdiği için bütüncül bir hizmet verebilme imkânına sahip olacağı,
- Aile hekimliği kayıtları sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için değerli bir veri kaynağı olduğu,
- Aile hekimliğinde oluşturulacak olan sevk zinciri sayesinde hastaların doğru uzmanlık dalına ve doğru sağlık merkezine gitmeleri sağlanarak ikinci

⁶http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=52&Itemid=211

basamak sağlık hizmetlerinin sunumunun daha ekonomik ve etkili olmasının sağlanacağını belirtilmiştir.

Aile hekimi, kendisine kayıtlı ailelerin ikametlerine yakın olması yâda kolay ulaşılabilir konumda olması yanında aile bireylerini her yönüyle (akut-kronik sağlık sorunları, çevre koşulları, yaşama koşulları vb.) tanımaktadır. Başarılı bir sevk zinciri uygulamasının temel taşı özelliği olması ile de bireyin doğru uzmanlık dalına ve merkezine sevkini sağlamaktadır. Böylece yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımını sağlayıp gereksiz yığılma ve hasta mağduriyeti engellenmektedir (Söyleyici, 2010:39).

Dikici ve diğerleri (2010) ise Aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetine yaklaşımını şu şekilde özetlemektedir:

- “Sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasıdır. Yani giriş kapısıdır.
- Kişiye sağlık ve hastalıkta sürekli hizmet sunar.
- Tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmettir.
- Tüm sağlık gereksinimlerinin koordinatörüdür.
- Hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüyle ilgili sürekli bir sorumluluk taşır.
- Kişiselleştirilmiş bakım sağlar.”

1900’lü yıllarda meydana gelen ve tarihsel süreç içerisinde son yıllarda önemi oldukça artan, sağlık sistemini düzenli bir hale getirmeye ve sağlık göstergelerini istenilen seviyeye çıkarmaya yönelik uygulanan aile hekimliği sisteminin ortaya çıkmasının ve gelişmesinin nedenlerini McWhinney (1997:13-14; Aktaran: Çölgeçen, 2012:56) şöyle sıralamıştır:

1. “Artan ve karmaşık hale gelen uzmanlık dalları nedeniyle bireyin sağlık sistemine nereden gireceğini, nereye başvuracağını ve nasıl kullanacağını bilememesi, bu sebepten dolayı ikinci basamakta yığılmalar meydana gelmesi,
2. Bireyin yaşadığı problemi bilgi eksikliği veya başka nedenlerden dolayı tam olarak ifade edememesi,

3. Hastanın tanı ve tedavi uygulamaları dışındaki örneğin bakım ihtiyacı gibi beklentilerinin yeterince karşılanamaması, böylelikle temelde birinci basamak hekiminin en önemli görevlerinden birisi olanı gereken koruyucu hekimlik uygulamasının hayata geçirilememesi,
4. Sağlık hizmetlerinin aşırı yoğunlaşması nedeni ile ulaşılabilirliğinin zorlaşması,
5. Bir bireyin ilk başvurusunun karşılanması, acil ilk yardım, koruyucu hekimlik uygulamaları, kronik hastalıkların uzun dönemli olarak izlenmesi gibi diğer uzmanlık alanlarının görev tanımına girmeyen tıbbi hizmetlerin sahipsiz kalması,
6. Tıbbi kaynakların sınırlılığından dolayı gereksiz kullanımlarının önlenmesi.”

Yazarlar tarafından bahsedilen tüm faktörler bir bütün olarak aile hekimliği sisteminin gerekliliğinin gösteren sebepler arasında yer almaktadır ve birinci basamakta uygulanabildiği takdirde günümüze kadar oluşturulmuş en uygun sistemlerden birisi olduğu söylenebilir.

3.5. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri

Saran' göre (2007) Aile hekimi, bireylerin serbestçe seçebildikleri ve kendileriyle uzun süreli düzenli bir ilişki kuran bir hekim olarak, aile üyelerinin sağlık geçmişlerini, özel durumlarını, hayat şartlarını, içinde yaşadıkları çevreyi, psikolojik durumlarını, karşı karşıya buldukları riskleri çok iyi bilen ve böylelikle bireyi bütüncül yaklaşımla değerlendirebilen bir kişidir.

Ulaşılabilirlik: Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Yaş, cinsiyet, dil, din vb. gibi kişisel özelliklerine bakılmaksızın hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız sağlık hizmetleri sunmaktadır (WONCA, 2002: 33).

Süreklilik: Hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar ve bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir. Pek çok ülkede aile hekimi hastalarının doğumundan başlayarak bu görevi üstlenir. Hamile kadınların antenatal bakım hizmetlerinden çocuğun doğmasına kadar doğrudan hizmet sunar. Aynı zamanda bireyin, çocukluk, erişkinlik ve yaşlılık süreçlerinde hizmetleri

sunmaya devam eder; akut, kronik, tekrarlayan durumlar ve pek çok olguda ölen, ölmekte olan, terminal safhada hastalığı olan kişilere de hizmet sunmaktadır (Ünalın, 2004).

Bütüncülük: Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Aile hekimleri bakımını üstlendikleri, sağlık hizmeti sundukları insanlarla ilişkileri sadece sağlığın fiziksel unsurları ile değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleri ile de ilgilenirler. Bu nedenle aile hekimleri insanlık adına en önemli ve en temel grup olarak ailelere hitap ederler (Söyleyici, 2010:41).

Entegre ve Koordine: Koruyucu hekimlik uygulamalarını, tedavi ve rehabilite edici uygulamalarla bütünleştirir. Aile hekiminin çözemediği sağlık sorunları konusunda ikinci basamağa sevk işlemi yapılır ve sonuçlar yine aile hekimi tarafından takip edilir, aile hekimi ile birlikte değerlendirilebilir. Aile hekimi hastasının yararına birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunda önemli rol oynamaktadır (Ünalın, 2004).

Kişisellik: Hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir. Bireyin gereksinimlerine göre sunduğu hizmeti şekillendirir (Ünalın, 2004).

Aile ve Toplumsal Yönelim: Aile hekimi uygulamada uğraştığı hastalıkların birçoğunda başarı sağlamak için Sur ve Köse, hastalığın bireysel, ailevi ve sosyal boyutları bir arada değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedirler (Sur ve Köse, 2009)

Gizlilik ve Yakınlık: Aile hekimi ile bakımını üstlendiği kişiler arasında yaşam boyu sürekli ve yakın bir ilişki vardır. Bundan dolayı da aile hekimi için temel etik değer ve kişinin hakkı olan, kişisel gizliliği korunması önemlidir (Ünalın, 2004).

Ekip Hizmeti: Diğer disiplinlerle ve diğer sağlık personeli ile işbirliği içinde çalışır ve ekip hizmeti sunar. Gerekğinde toplumda sosyal hizmet, eğitim hizmeti ve iş hizmeti verenlerle de işbirliği yapabilir. Bir hekim bu niteliklerde hizmet sunuyorsa, basamaklandırılmış bir sağlık sisteminde, sağlık sisteminin merkezinde yer alan birinci basamak sağlık kurumlarında çalışarak DSÖ'nün 21.yüzyıl hedeflerine yönelebilir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak tedavilerin ayakta ve evde takibini gerçekleştirebilir (Ünalın, 2004).

Savunuculuk: Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer

kişilerle ilişkilerde, bakmakla yükümlü oldukları kişilerin yanındadır. Hastanın kendi sağlığı için verilecek kararlarda daha fazla söz ve sorumluluk sahibi olabilmesi için bilgilendirilmesini gözetir (Söyleyici, 2010:42).

Özgün Görüşme ve Klinik Karar Verme Süreci: Etkili bir iletişim zaman içinde doktor ve hasta arasında bir ilişki kurulmasını sağlar. Aynı anda farklı yakınma ve hastalıkları değerlendirebilir. Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. İletişim becerilerini kullanarak kurulacak olan hasta-hekim ilişkisi ile hastanın gereksinimleri doğrultusunda hizmet sunumunun planlanmasını kolaylaştıracağını ve böylece aile hekimliğinin insancıl ve hasta merkezli olacağı belirtmektedir (Söyleyici, 2010:42).

Sağlık Kaynaklarının Etkili Kullanımı: Dünyanın her tarafında kaynaklar kısıtlı olduğuna göre aile hekimleri bu kaynakları yönlendirmede kilit noktası olarak görülmektedir Aile hekimi bu kaynakları kullanırken hastasının maksimum yararını düşünmek sorumluluğunu taşır (Ünalın, 2004).

3.6. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu

Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler (Eyler, 2011:49).

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan mevcut hekimlere eğitim verilerek görev verilecektir. İlk olarak eğitimlerde hekimlere yeni görev tanımları ve uygulamaları tanıtılacak, yetki ve sorumlulukları aktarılacak kısa süreli bir uyum eğitimi verilecektir. Uyum eğitimi verilen hekimlere aile hekimliği uygulama imkânının tanınması ve takip eden sürekli yaygın ve kısmen örgün eğitimlerle bu hekimlerin hizmet verirken eğitimlerinin sağlanması, mesleki yeterlilik sınavları ile eğitimlerinin ölçülmesi kalite hedeflerine ulaşmak için gereklidir.⁷

7

İlk uyum eğitimini aldıktan sonra sertifikalarını almış hekimlerin kalıcı sertifikaları için öngörülen ikinci aşama eğitimlerini de almaları gerekmektedir. İkinci aşama eğitim, birinci aşama eğitiminden sonra başlar, 9 ay ile 3 yıl içerisinde verilir. Eğitimlerde ana amaç mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesidir. Bu aşama da verilen eğitimler kısım kısım ve sürekli tarzında olacaktır. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin işbirliği ile oluşturulacak eğitim ve araştırma bölgeleri bu tür eğitimin süreklilik kazanması için büyük katkı sağlayacaktır. Üniversitelerdeki halk sağlığı ve aile hekimliği dallarındaki araştırma görevlilerinin bu bölgelerdeki aile hekimliği ile kamu sağlığı kuruluşlarında ve yönetim birimlerinde görev almaları, öğrencilerin ve asistanların sahada eğitimini gerçekleştirecektir. Bu eğitimlerle hekimlerin teorik ve pratik eğitimlerin müfredatı belirlenip 6 yıl veya daha fazla sürede sürekli eğitimi tamamlayan aile hekimlerine uzmanlık diploması verilmesi düşünülmektedir (Solak, 2010:37).

3.7. Çalışma Saatleri ve İzinler

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2013) resmi sitesinde Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının çalışma saatleri şu şekilde belirtilmiştir: “Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar. Haftalık çalışma süresi 40 saattir. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenir ve müdürlükçe onaylanır. Çalışma saatleri içerisinde poliklinik gün ve saatleri ayrıca belirtilir. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları depresyon, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalıştırılabilirler.”⁸

Bakanlıkça görevlendirilen sözleşmeli çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yıllık izin süreleri 30 gündür. Mazeret sebebiyle 5 gün daha izin verilebilir. Bayan personel doğumdan önce sekiz doğumdan sonra sekiz olmak üzere toplam on altı hafta süreyle izin verilir. Çoğul gebelikler de sekiz haftalık izin süresine iki hafta daha eklenir. Genel olarak ücretsiz izin, askerlik, doğum izni, hastalık ve kabul edilebilir belgelenen mazeretleri nedeni ile uzun süre doktorluğa ara vermek zorunda olan aile

⁸http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=773:aile-hekimliinde-calma-saatleri-nasl-olacaktir-&catid=88:personel-cin-&Itemid=227

hekimlerinin, durumlarını belgelemeleri şartıyla aile hekimliği uygulamasına dönme hakları saklı tutulur (Solak, 2010:38).

3.8. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü

Birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanmak için bireylerin aile hekimine kayıt yaptırılmaları gerekmektedir. İlk kayıt için kişilerin hekimlerini il sağlık müdürlüğü belirlemektedir. İlk hekim en az altı ay boyunca değiştirilememektedir. Bireyler bu süre dolduktan sonra buldukları bölgenin özelliğine ve konumunun durumuna en uygun olanına göre hekim tercihi yapabilmektedirler. İkinci kayıt, doğrudan hekimle görüşerek yapılmaktadır. Kişilerin hekimleri değiştiğinde kişilerle ilgili tutulan kayıtlar da devredilmektedir (Solak, 2010:18).

Hekim seçme hakkı ve değiştirme hakkı kişilere hem hekime ulaşma hem de kendini yakın hissettiği bir hekimle çalışma imkânı vermesinden ötürü önemli bir sağlık uygulaması olarak nitelendirilebilir. Fakat bu uygulamanın olumsuz yönleri olduğunu ortaya koyan yazarlar da vardır. Örneğin; Dedeoğlu (2003) doktor seçme ve değiştirme özgürlüğünün hiç bir ülkede tam bir hekim seçme özgürlüğü olmadığını, sağlık hizmetlerinin parayla satın alındığı ABD gibi ülkelerde bile bu özgürlük ancak bol parası olanlar için olduğunu belirtmiştir. Buna ek olarak sağlığın bir insan hakkı ve sağlık hizmetinin de kamu hizmeti olduğu ülkelerde bile insanlar oturdukları bölgedeki hekime gitme zorunluluğunda olduğunu ve hekiminden memnun kalmayan hastaların hekim değiştirebildiğini fakat istediği hekime muayene olma hakkına sahip olmadığını belirtmiştir.

3.9. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

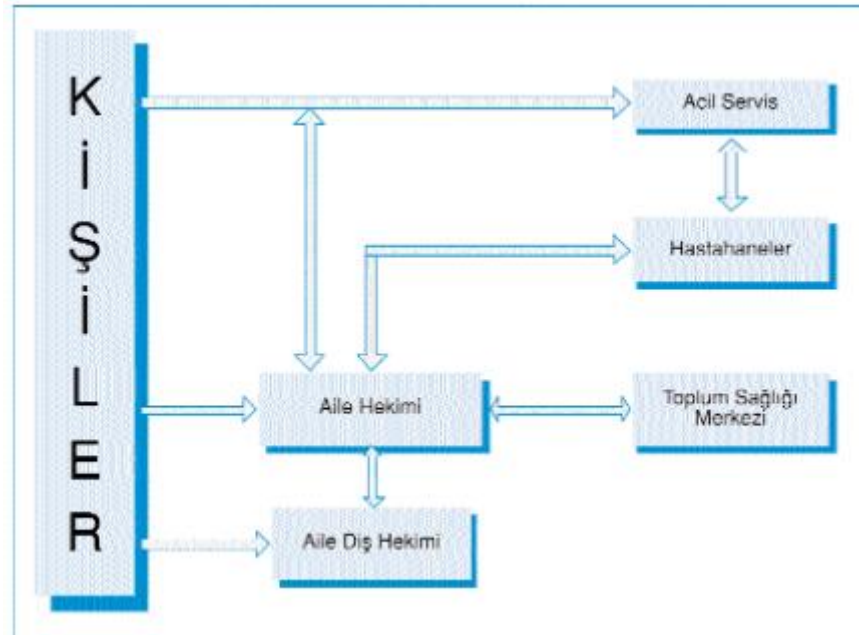
Birinci basamak sağlık hizmetlerinde doktor, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kullanımından sorumlu olan kişidir. Yani aile doktoru, hastanın belirli dalda uzman olan bir hekime başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir, hastaya verilen hizmetleri izler ve hizmetler arasında koordinasyon sağlar. Bu sayede hastaların uzman hekim kaynağını kullanmalarına rehberlik eder. Bu da birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında bir bağ ve denge oluşturmakta israfı ve gereksiz kullanımı önlemektedir.⁹

⁹ <http://ders.denemetr.com/docs/index-2164.html?page=27>

Aile hekimi kendine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla sorumludur. Hastasını bir üst basamağa sevk etmesi halinde uygun sevk formuna sevk gerekçelerini ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır. İlgili uzmanlık dalında hastanın tetkik ve tedavisi tamamlandıktan sonra aile doktoruna geri bildirim aynı form üzerinden veya forma ekli epikriz vasıtasıyla yapılacaktır. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi bu işlemlerin en azından bir kısmının dijital kayıt şeklinde yapılmasını sağlayacaktır. Bazı uygulama örneklerinde ikinci - üçüncü basamak hizmet bedellerinin geri ödeme kuruluşlarınca karşılanması, aile hekimine geri bildirim şartına bağlanmaktadır.¹⁰

Geri bildirim, her türlü hastalık ve müdahalenin bilinmesi ile hastanın sağlık düzeyinin daha iyi korunabilmesine imkân tanırken, ikinci basamak hizmetlerinin de kontrol altına alınmasını sağlamaktadır. Aile hekimi ikinci ve üçüncü basamakta verilen hizmetleri geri bildirim vasıtası ile izler. Bu şekilde aile hekimi kendisine bağlı hastanın sağlık düzeyi konusunda bilgi sahibi olmaktadır (Söyleyici, 2010:54). Şekil 3.2’de sağlık hizmet sunumu akışı gösterilmektedir.

Şekil 3.2. Sağlık Hizmet Sunumu Akışı



Kaynak: Solak, (2010:20)

¹⁰ <http://www.chsm.gov.tr/aile/sevk.htm>

Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır. Kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir “aile hekimliği uygulaması” sistemin esasını oluşturmaktadır.¹¹

3.10. Tetkik ve Tahlil İşlemleri Ve Kayıt Sistemi

Yönetmeliğe göre, aile hekimi tanı ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini mümkünse kendi çalıştığı birimde yapacaktır. Diğer laboratuvar hizmetleri TSM bünyesinde sürdürülecek veya İl Sağlık Müdürlüğü'nün uygun gördüğü sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırılacaktır. Aile hekimi, gerekli durumlarda öncelikle kan şekeri, karaciğer ve böbrek testleriyle ilgili basit tetkikler, kolesterol, idrar tetkiki, gaita, gaitanın mikroskopik incelemesi, tam kan sayımı, kan grubu tayini, gebelik testi ve EKG gibi tetkikleri yapabilmelidir (Söyleyici, 2010:58).

Aile hekimi, gerekli durumlarda öncelikle kan şekeri, karaciğer ve böbrek testleriyle ilgili basit tetkikler, kolesterol, idrar tetkiki, gaita, gaitanın mikroskopik incelemesi, tam kan sayımı, kan grubu tayini, gebelik testi ve EKG (elektrokardiyografi) gibi tetkikleri yapabilmelidir. Bu tetkiklerin mümkün olduğunca aile sağlığı birimi/merkezi içinde yapılabilmesi hizmeti kolaylaştırır. Burada sayılan basit tetkikler ile tanı ve takip için gerekli görülen diğer tetkiklerin toplum sağlığı merkezince yaptırılabilmesine imkân sağlanacaktır.¹²

Bu şekilde sisteme kişilerin kimlik numaralarıyla giriş yapılarak, ortak bir veri tabanı üzerinden standart verilerin iletilmesi sağlanabilecek ve bu verilerin karar mekanizmalarında rol alacak şekilde analizi yapılabilecektir. İkinci basamak sağlık kurumuna sevk edilen hastaların gerekli bilgilerinin ve epikriz bilgisinin geri bildiriminde bu yolla sağlanması mümkün olabilir (Solak, 2010:21).

Her aile hekimine kendisine kayıtlı hastaların tetkik ve tahlil işlemleri için her ay için 2.603,00 TL limit tanınmıştır. Kanuna göre belirlenen limiti aşmamak kaydıyla bu

¹¹ <http://www.saglikkitabi.org/etkili-sevk-sistemi-ve-geri-bildirim>

¹² <http://www.saglikkitabi.org/tetkik-ve-tahlil-islemleri>

tetkik ve tahlillerin ücreti ödenecektir. Bu miktarı ay itibari ile aştığında aştığı miktar aile hekimi tarafından karşılanır (Söyleyici, 2010:58).

3.11. Aile Sağlığı Merkezlerinin Fiziki Şartları

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde yer alan 18. Madde'nin 1. fıkrasında; Aile sağlığı merkezinin, Bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabileceği belirtilmiştir. 4. fıkrada ise Aile hekimlerinin, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya vb. hizmetler için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabileceği belirtilmiştir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının birlikte ekip olarak görev yapmalarına, tanımlanan hizmetlerin uygun olarak verilmesine ve kişilerin hizmete kolay erişimine imkân sağlayacak şekilde oluşturulacak olan fiziksel mekânların standartları Bakanlıkça belirlenmektedir (Solak, 2010:21-22).

Bir Aile sağlığı merkezlerinde aranan asgari fiziki şartlar Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 19. Maddesinde şu şekilde belirtilmiştir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010):

a) Bina: Kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanı tek aile hekimi için 60 metrekare olmalıdır. Birden fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için 20 metrekare ilave edilir. Bir aile sağlığı merkezinde 2-6 aile hekimliği birimi olmasına azami dikkat gösterilir.

b) Bekleme ve kayıt bölümü bulunmalıdır.

c) Muayene odası, her aile hekimi için en az 10 metrekare olmalıdır.

ç) Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte lavabosu bulunan bir odadır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, muayene ve acil müdahale malzemeleri, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.

d) Laboratuvar hizmetlerinin aile hekimince merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için uygun bir oda bulunmalıdır.

e) Sağlık kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, verilerin toplanması ve istatistikî değerlendirmeler ile resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların güvenli bir şekilde yapılabileceği bir büro veya bölme bulunmalıdır.

f) Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır.

g) Tercihen binanın giriş katında kurulurlar. Özürlü ve yaşlı hastaların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı tedbirler alınır. Muayene odası dışında kalan odalar Aile Hekimlerinde Müşterek Kullanılabilir.¹³

3.12. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları

Aile hekimleri, bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir.¹⁴

Sağlık Bakanlığı (2013) resmi sitesinde aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları şu şekilde tanımlanmıştır;

1. “Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
2. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak,
3. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana ocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,

¹³ Daha fazla bilgi için lütfen bkz. <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/medibilgi/tr-aile-sagligi-merkezleri-kriterleri-neler-1-91-29356.html>

¹⁴http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=51&Itemid=210

4. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunup veya kişiler ile iletişime geçmek,
5. Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak,
6. Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
7. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek,
8. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
9. Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
10. Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,
11. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
12. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,
13. Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,
14. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemektir.”

Aile hekimlerinin görev ve sorumluluklarına ilişkin benzer tanımlama ve açıklamalar Solak, (2010:36) ve Sur ve Köse (2009) gibi yazarlar tarafından da yapılmakla birlikte bu tanımlama ve açıklamalar Sağlık Bakanlığı'nca ifade edilen aile hekiminin görev ve sorumluluklarıyla örtüşmektedir. Bununla birlikte, aile hekimlerinin yani

doktorların görev sorumluluklarının yanı sıra sağlık hizmetlerindeki rolü ve önemi dördüncü bölümde daha ayrıntılı olarak incelenecektir.

BÖLÜM IV

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN İYİLEŞTİRİLMESİNDE DOKTORLARIN ROLÜ VE ÖNEMİ

4.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri

Hizmet, ilk iktisatçılar tarafından üretkenlik sağlamadığı ve herhangi bir ekonomik değer yaratmadığı düşünülerek dikkate alınmamıştır. Adam Smith'in hizmetler için somut olmayan üretim düşüncesi 18. yüzyıl dönemin hâkim düşüncesidir. 19. yüzyılda ise Alfred Marshall'ın soyut hizmetler olmazsa somut hizmetlerin hiç olmayacağı değerlendirmesiyle hizmetlerin ekonomi içindeki önemi anlaşılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise hizmetler, kuaförlerde verilen hizmet etkinliklerinden sigorta işletmelerinin sunduğu hizmetlere kadar çok geniş alana yayılmış, çok çeşitli etkinlikleri kapsayan, karmaşık ve tanımlanması güç bir kavram halini almıştır (Bostanoğlu, 2012:16).

Altunışık ve diğerlerine göre (2012:135) tüketicinin gidermeyi duyduğu ihtiyacı karşılayabilecek veya çözmeye çalıştığı sorunu giderebilecek, fiziksel ve psikolojik unsurlar bir bütün halinde mal ya da hizmeti oluşturmaktadır. Mallar, somut, duyu organlarıyla algılanabilen bir bileşen iken hizmetler genellikle duyu organlarıyla algılanamayan, soyut, ancak tüketiciler tarafından hissedilebilen bir bileşen olarak ifade edilmektedir.

Aksu (2012) hizmeti, soyut nitelikte, bir gruptan diğer bir gruba devredildiğinde hiçbir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan, sunanın insan olmasından dolayı heterojen yapıda ihtiyaçları ve istekleri karşılayan eylemler şeklinde tanımlamaktadır.

Hizmetlerin bu niteliklerinden dolayı, hizmetin üretimini, satışını, kişilerin kalite algısını ve tatminini önemli ölçüde etkilemektedir. Ancak hizmetlerin soyut oluşu, hastaların satın almadan önce alacakları hizmetin kalitesini değerlendirmesini de zorlaştırmaktadır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003). Papatya ve diğerleri (2012) hizmetin temel özelliklerini Tablo 4.1'deki gibi ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1. Hizmetin Özellikleri

Özellikler	Açıklama
Soyutluk	Mal ve hizmetler arasındaki en temel ve evrensel olarak kabul edilen farklılık hizmetlerin dokunulmazlığıdır. Hizmetlerin dokunulmazlığı fiziksel bir varlığa sahip olmamasının bir sonucudur.
Heterojenlik	Hizmetler genellikle insanlar tarafında üretilen performanslar olduğu için aynı hizmetin iki ayrı sunumunun aynı olması olanaksızdır. Hizmetlerin kalite ve içerikleri hizmeti yaratan bir diğerine, hastadan hastaya, hatta günden güne değişebilir.
Ayrılmazlık	Birçok ürün ilk önce üretilip daha sonra satın alınıp tüketilir. Bu, hastanın de hizmet üretiminde bulunması, hatta üretim sürecinin bir parçası olması anlamına gelir. Eş zamanlı üretim ve tüketimin bir sonucu olarak hizmet üretenler kendilerini ürünün bir parçası olarak görürler.
Dayanıksızlık	Hizmetlerin stoklanmaması, saklanamaması, iade edilememesi ve yeniden satılamaması anlamına gelir.
Sahiplik	Mallar ile hizmetler arasındaki ana farklılıklardan birisidir. Bir malı satın alan kişi o malın sahibi olurken, hizmet sektöründe hizmeti satın alan kişi ancak bir kolaylıktan veya bir tesisten belli bir süre faydalanabilir.

Kaynak: Papatya ve diğerleri (2012).

Hizmet kavramının özellikleri sonraki başlıklarda sırasıyla açıklanmıştır.

4.1.1. Soyutluk

Hizmetleri mallardan ayıran en önemli özelliklerden birisi soyutluktur. Çünkü hizmetler satın alınmadan önce görülemez, koklanamaz, dokunulamaz, duyulamaz hizmetler bir nesneden çok, bir performansı, fiili ve eylemleri ifade etmektedir (Bielen ve Sempels, 2002). Örneğin; sağlık hizmeti, bir hastaya sağlık uzmanı tarafından yapılan uygulamaları kapsamaktadır. Hasta hizmetin somut faktörlerini (ekipman, hastane odası, vb) duyu organları yardımıyla algılayabilmesine rağmen, hizmet olarak ne sağlandı ve nasıl sağlandı sorularını ancak zihninde değerlendirebilmektedir (Kaygın, 2012).

4.1.2. Ayrılmazlık

Hizmetin üretimi ve tüketimi aynı zamanda gerçekleşmektedir. Malların üretim ve tüketim süreçlerinde izlenen aşamalar zaman ve yer bakımından ayrılabilirler. Hizmet işletmelerinde hizmetin üretimi, satın alınması, kullanılması ve değerlendirilmesi aynı zamanda gerçekleştirilir. Firma ve müşteri, süreç boyunca etkileşim halindedir ve müşteri yalnızca hizmet üretimini görmekle kalmaz aynı zamanda üretim sürecine katılmaktadır.

Örneğin bir akşam yemeği hizmeti aynı anda üretilmekte ve tüketilmektedir (Altunışık ve diğ., 2012:137).

4.1.3. Heterojenlik

Heterojenlik; hizmet performansındaki değişkenlik potansiyelidir. Hizmet performanslarının yüksek olması gerektiğinden ve genel olarak kişiler tarafından üretildiklerinden dolayı birbirinin aynısı olmamaktadır. Müşteri bakış açısı ile hizmeti yerine getiren hizmet çalışanları, hizmetin kendisini oluşturmaktadır. Bireylerin performansları gün içerisinde dahi inişli çıkışlı dalgalı bir seyir izlemektedir. Heterojenlik, ayrıca müşteriden kaynaklanmaktadır. Bunun nedeni aynı biçimde değerlendirilememesinden dolayıdır. Her bir müşteri, hizmeti kendine ait kazanmış olduğu deneyimler çerçevesinde algılar. Hizmetlerin heterojenliği, daha çok müşteri ve hizmet çalışanlarının birbiri ile karşılıklı etkileşiminin neticesinden dolayı olmaktadır (Kaygın, 2012:42).

4.1.4. Dayanıksızlık

Hizmetler temelde performanslar olduklarından dolayı, stoklanamazlar, saklanamazlar, tekrar satılamazlar ve değiştirilemezler. Örnek verecek olursak, sefer zamanına kadar satılamayan bir uçak koltuğunun daha sonraları satılması söz konusu olmamaktadır. Bu durumda hizmetler üretilerek stoklanan, daha sonraları satılan ve değiştirilen mallardan ayrılmaktadır. Hizmeti üretmek amacıyla kullanılan bazı somut nitelikli üretim araçları stoklanır, istendiğinde değiştirilebilir veya başka bir üreticiye satılabilir. Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse, belirli süreçlerde kullanılamayan hizmet kapasiteleri bir daha geri gelmeyen süreç içinde değerlendirilememiş olmaktadır (Kaygın, 2012:44).

4.1.5. Hizmetlerde Sahipliğin Olmaması

Hizmet ürünlerinde sahipliğin olmaması, hizmetlerin en önemli özelliklerinden biridir. Mülkiyetin değil, belirli bir süre için kullanım hakkının satın alınması söz konusudur. Sahip olunan hizmetin kendisi değil, hizmetten elde edilen faydadır. Tatil için deniz kıyısındaki bir otele giden kişi oteli satın almamakta fakat otelin konaklama, ağırlama hizmetlerinden faydalanmakta aynı zamanda deniz ihtiyacını da gidermiş olmaktadır. Burada kullanıcılar hizmeti satın alırken ve kullanırken hizmet üreticisine bağımlıdır (Bostanoğlu, 2012:18).

4.2. Hizmet Kalitesi

Çağdaş anlamda kalite kavramının temel özelliği, bir mal ya da hizmetin müşteri tatminine yönelik bazı özelliklerin kendisinde toplanmasıdır. Genellikle yapılan kalite tanımları mamul kalitesini içerdiğinden hizmet kalitesi kavramını açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Zeithaml, Berry ve Parasuraman (1996) tarafından hizmet kalitesi kavramı, müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentileri ve yararlandıkları gerçek hizmet sonucu, beklentileri ve algılanan performans farklılığının yönü ve derecesi olarak tanımlanmıştır (Aktaran: Aymankuy, 2005).

Hizmet ve hizmet kalitesi hakkında literatürde çok sayıda çalışmaya rastlanmak mümkündür. Literatürde hizmetlerin ile ilgili tanımlarında vurgulan temel hizmet özellikleri; hizmetin mülkiyet gerektirmediği, hizmetin soyutluğu, hizmetin üretim ve tüketiminin eş zamanlı olması, stoklanamaması ve hizmetin standartlaştırılmaması şeklindedir. Bu vurgular göz önüne alınarak bu çalışmada, hizmet için kullanılacak olan tanım; bireylerin veya toplulukların istek ve ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla mülkiyeti olmayan ve belirli bir fiyat karşılığında satılan, fayda ve tatmin oluşturan soyut faaliyetler bütünü, şeklindedir (Ersöz ve diğ, 2009: 19).

Literatürde hizmet kalitesi kavramı genel olarak müşteri beklentileri ile bağlantılı olarak incelenmiştir. Genel kabul gören bu yaklaşıma göre hizmet kalitesi, işletme tarafından sunulan hizmetin müşteri beklentilerinin ne kadarını karşıladığı ile alakalıdır. Yani, sunulan hizmetin kalitesini ölçen kıstas, müşteri beklentilerinin ne kadarının karşılandığıdır (Alınışık ve Özbek, 2009:125). Okumuş ve Duygun (2008) hizmet kalitesi kavramını, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi şeklinde ifade etmişlerdir.

Hizmet kalitesinin artırılmasının sağlanmasında en önemli aşama müşteri beklentilerinin ölçülmesidir. Müşteri beklentileri bilinmediği ve bu beklentilerin ne oranda karşılandığının ölçülmediği bir kurumda hizmet kalitesinin artırılması söz konusu olamayacaktır. Algılanan hizmet kalitesini ölçmek için, müşterinin kim ve memnuniyetin ne demek olduğunun bilinmesi önemlidir. Bilinmelidir ki müşterilerin kaliteye bakışları farklılık göstermektedir ve bir müşteri bir mal ya da hizmeti çok kaliteli algıarken başka bir müşteri hizmetin kalitesini çok düşük olarak algılayabilir (Eroğlu, 2005). Hizmet kalitesi, genel olarak müşteri beklentisi ve müşteri algılaması esas alınarak ölçülmektedir (Marco, 2001: 23). Hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılan bu iki unsurla ilgili iki

model geliştirilmiştir. Bu modellerden SERVQUAL; Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1989) tarafından 1985 yılında geliştirilmiş ve günümüzde hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetinin ölçümünde en yaygın kullanılan model olmuştur. İkincisi ise Taylor tarafından geliştirilen, SERVPERF diye isimlendirilen ve performansı (müşterilerin algılarını) esas alan müşteri memnuniyeti ölçeğidir (Pascale ve Romaniuk, 1997:182).

SERVQUAL modeline göre; “müşteri memnuniyeti=müşteri algıları–müşteri beklentileri” dir. Beklenti ve algı farkının sonucu üç şekilde gerçekleşebilir. Müşteri beklentileri ile algılarının eşit olması ($MM= A-B = 0$) durumunda, müşteri beklentisini karşılamış demektir. Bu durum, memnun edici kalite olarak ifade edilmektedir. Müşteri algılarının beklentilerinden yüksek çıkması ($MM= A-B= +$) durumunda, müşteri beklentileri fazlasıyla karşılanmıştır. Bu durum “yüksek kalite” olarak ifade edilmektedir. Müşteri beklentilerinin algılardan büyük olması ($MM= A-B= -$) durumunda ise “Eksik Kaliteden” söz edilmektedir (Abby ve diğ., 1994:43). Bir kurumun müşterilerini memnun ettiğinden söz edilebilmesi için ilk iki durumun gerçekleşmesi gerekmektedir (Lee 1998:6).

Zeithaml ve diğerleri (1996), hizmeti, çıktısı fiziksel ürün olmaksızın, üretildiği zamanda tüketilen, rahatlık ve zaman gibi artı değer sunan tüm ekonomik faaliyetler olarak tanımlarken; hizmet kalitesini, beklenen hizmet ve algılanan hizmet performansının karşılaştırılması olarak belirlemişlerdir. Hizmet kalitesinin boyutlarını ise güvenilirlik, heveslilik, inanılabilirlik, anlayış ve yetkinlik (somut unsurlar) olarak ortaya koymuşlardır.

Bu boyutlar, Okumuş ve Duygun (2008) tarafından şu şekilde ifade edilmiştir;

Güvenilirlik: Vaat edilen hizmetin doğru olarak yerine getirilmesi. Bir alışveriş sırasında müşterinin memnun kalması yeterli değildir. Güven kazanmanın en etkin yolu, kuruluşun temel yetkinlik alanlarıyla müşterilerin gereksinimleri arasında yaşayan bir sinerjinin ortaya çıktığı hizmetlerin sunulmasına ağırlık vermektir.

Heveslilik: Müşterilere yardımcı olma ve hızlı hizmet verme istekliliğidir.

Güvence (yeterlilik, saygı, inanılabilirlik, güvenlik): İşletme çalışanlarının bilgi ve nezaket ile güven yaratmasıdır.

Karşılık verebilmek: Zamanında doğru ve açık bir biçimde taleplere yanıt verebilme becerisidir.

Empati (ulaşılabilirlik, iletişim, müşteriye anlamak): Kendini müşteri yerine koymak suretiyle bireyselleştirilmiş ilgiyi müşteriye verebilmedir.

Fiziksel varlıklar: İşletmenin fiziksel ortamının görünüşünü, ekipmanı, çalışanları ve basılı malzemeleri kapsamaktadır.

4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri, ertelenmesi mümkün olmayan ve hata yapılması durumunda telafisinin neredeyse imkânsız olduğu sonuçlar doğurmaktadır (Aslantekin ve diğ., 2007).

Bu durum, müşterilerin sağlık hizmetlerine karşı daha duyarlı yaklaşımlarını ve sağlık işletmelerinde müşteri memnuniyeti sağlanmasının önemini beraberinde getirmektedir. Beklentileri karşılanan ve ihtiyaçları giderilen hastaların tedavi gördükleri kuruma ilişkin olumlu düşüncelerini, etraflarındaki bireylerle paylaştıkları gibi beklentileri karşılanmayan ve ihtiyaçları dikkate alınmayan hastalar da mutsuz olmakta ve bu mutsuzluklarını her fırsatta diğer insanlarla paylaşmaktadırlar. Bu durum, sağlık hizmeti veren işletmelerin de hastalara sunulan hizmetlerin kalitesini artırmalarını ve hastalarının beklentilerini karşılama noktasında hassasiyet göstermelerini zorunlu kılmaktadır.

Sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet alanıdır. Birçok kamu hizmetiyle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin üzerinde daha hassas durulması gerekmekte ve olabildiğince yüksek kalitede üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır (Aslantekin ve diğ., 2007).

Son yıllarda ülkemizde özel hastanelerin sayısı giderek artması sonucunda sektörde sağlık sektöründe yoğun bir rekabetin yaşandığı dikkati çekmektedir. Bir yandan kamu hastaneleri aldıkları kalite belgeleri ile kaliteli sağlık hizmetleri verdiklerini ispat etmeye çalışırken, diğer yandan özel hastanelerin de bu konuda yoğunlaştıkları görülmektedir (Varinli ve Çakır, 2004).

Karabulut (2013) kaliteyi, müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek ve ürünün (ve/veya hizmetin) doğal yaşamı boyunca müşteriye memnun etmek olarak tanımlamakta ve sağlık hizmetlerinde kalitenin, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetin uzun süreli bir memnuniyet yaratması anlaşılması gerektiğini belirtmektedir.

Sağlık hizmetleri hasta boyutundan ele alındığında, satın alma karar sürecini etkileyen tüm değişkenlerin (ürünün niteliği, performansı, fiyatı, tanıtımı, konumlandırılması, verilen hizmetin kalitesi gibi) sağlık hizmetleri tercihinde de etkili olduğu ve hastayı sağlık hizmeti satın almaya yönlendirdiği söylenebilir. Sağlık kurumlarında, hastaların zihninde oluşan algıyı şekillendiren ve dolayısıyla müşteri memnuniyetini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır.

Donabedian (1980; Aktaran: Akalın, 2000) sağlık hizmetlerinde kaliteyi üç ana başlık altında ifade etmektedir. Bunlar; sağlık kuruluşlarının yapısı, sağlık kuruluşlarında olagelen işlemler ve sağlık kuruluşlarında elde edilen sonuçlardır.

Aslan ve diğ., (2008) tarafından yapılan bir araştırmada bir sağlık kurumunda müşteri memnuniyetine etki eden faktörlerden en önemlisinin algılanan kalite olduğu belirtilmiştir. Diğer ölçütlerin ise sırasıyla; fiyat, kolaylık, referans ve yakınlık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Devebakan, (2006) tarafından yapılan bir araştırmada ise hastaya karşı yaklaşımının hasta tercihlerini etkileyen en önemli unsur olduğu belirtilmiştir. Kılınç (2006) ve Comacho ve diğ., (2006) ise hasta memnuniyetinde hizmet hızının ve hizmetin gerektiği gibi verilmesinin belirleyici olduğu belirtmiştir. Taşlıyan ve Gök (2009) ise, fiziksel koşulların, hastaların memnuniyet düzeylerinde daha etkili olduğunu ifade etmiştir.

Esatoğlu (1997) ise hasta memnuniyetini etkileyen unsurları, hasta-doktor ilişkisi, hasta-hemşire ilişkisi, diğer hastane iş görenlerinin hastaya davranışı, hastanın bilgilendirilme düzeyi, beslenme hizmetleri, fiziksel ve çevresel koşullar, bürokrasi düzeyi, kuruma olan güven ve ücret olarak ifade etmiştir.

Zerenler ve Öğüt (2006) yapmış oldukları araştırmada, hastanelerde doktor kontrollerinin, doktora olan güvenin, doktorların saygı, nezaket ve anlayışlarının ve doktorlarla görüşme kolaylığının hastalar üzerinde algılanan hizmet kalitesi açısından olumlu etkiye sahip olduğunu ifade etmişlerdir.

Benzer şekilde, Esatoğlu (1997) yapmış olduğu araştırmada doktor hasta ilişkisinin hasta memnuniyetini etkileyen önemli unsurlardan birisi olduğunu sonucuna ulaşmıştır. Özdemir (2006) ise yaptığı bir araştırmada, doktor imajının müşteri memnuniyeti üzerinde etkili olduğunu ifade etmekle birlikte, doktorların toplumdaki imajlarının belirleyicilerinin sekiz bölümden oluştuğunu ifade etmiştir. Bunlar; doktorların davranışları, doktorların

hastalar hakkında algılanan tutumları, doktorların mesleki bilgileri, doktorlar hakkında önyargı, doktorların gıyabında onlar hakkında konuşmalar, sağlık sisteminin işleyişi hakkında bilgi ve doktorların kazançlarıdır.

4.4. Sağlık Kuruluşlarında Kalite Sistemleri

Sağlık kuruluşlarında kalite sistemleri, ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi, Akreditasyon, EFQM Mükemmellik Modeli, Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Kriterleri olarak ifade edilebilir.

4.4.1. ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi

ISO 9001, Uluslararası Standartlar Örgütü (ISO) Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi Teknik Komitesi tarafından geliştirilen uluslararası bir belgelendirme standardıdır. 2000 rakamı, bu revizyonun 2000 yılında yapılp, yayımlandığını gösterir versiyon tarihini ifade etmektedir (Hinrichs ve Aden, 2001). ISO 9001 standardı organizasyonların kalite sistemlerinin ISO Standard Prosedürleri'ne uygun olarak değerlendirilmesini amaçlarken, ürün veya hizmetin kalitesinin hem organizasyon hem de organizasyonun müşterileri ve tedarikçileri açısından en iyi hale getirilmesini sağlamaktadır (Peker, 2008:10). ISO 9001:2000' in bir takım süreçlere dayalı kalite yönetim sistemi modelinde sistemin çıktısı olarak kabul edilen ürünler gösterilmekte ve metinlerde ürün kelimesi yer almaktadır. Bu hal standardın hizmeti kapsamadığı şeklinde yorumlanabilmektedir (Kaygın, 2012:44).

4.4.2. Akreditasyon

Akreditasyon hükümetten bağımsız olarak sağlık kuruluşunun tedavi kalitesini korumak ve geliştirmek için oluşturulan ve standartlara uygunluğu belirlemek için sağlık kuruluşunun kontrollerden geçirilmesi/taranması işlemleri olarak ifade edilmektedir (Yıldırım, 2011:19).

Akreditasyon, örgütü kuruluş amacı olarak, sağlık örgütünün daha yüksek kaliteye ulaşması için, sağlık kuruluşlarına sunulan akreditasyon hizmetinin kalitesinin geliştirilip, bu sürecin her geçen gün daha da yükselmesi olarak açıklanmaktadır (Akyurt, 2007:15).

Akreditasyon sağlık hizmetlerinde kalitenin uluslararası göstergelerinden biri olduğu için hastanelerin yukarıda sıralanan niteliklere kavuşturulması, ülkemizdeki sağlık kurumların daha fazla verim alınmasını sağlayacaktır. Kamu hastanelerinin sahip olduğu

nitelikler ve teknolojik yeterlilikler artırılıp, sistemdeki sorunlar çözüldüğünde insanlar daha kaliteli hizmet alabileceklerdir (Yıldırım, 2011:55).

4.4.3. EFQM Mükemmellik Modeli

EFQM Mükemmellik Modeli, kurumlarda mükemmelliğe giden yolun neresinde yer aldıklarını gösteren, dar boğazlarını saptamalarını sağlayan ve uygun çözüm önerilerini teşvik eden pratik araçlardır. EFQM Avrupa'daki ve dışarıdaki kurumlardan gelen geri bildirimler ve en iyi uygulamaları doğrultusunda modelin devamlı olarak gelişmesi ve güncelleşmesi konusunda çalışmalar yapılmaktadır (Yıldırım, 2011:57).

Model, TKY bakış açısını genişletmeyi, organizasyona objektif olarak bakmayı ve amaçlanan sonuçları elde etmeyi kolaylaştırır. Organizasyonun farklı yönlerini ilişkilendirerek dengede tutmaya yardım eder. Ayrıca, gelişim planlarında önceliklerin saptanmasına ve elde edilen gelişmelerin değerlendirilmesi için uygun bir modelin oluşturulmasına yardımcı olur. Mükemmellik; aynı anda müşteri, çalışan ve diğer paydaşların tatmini ve örgütsel performansın geniş kapsamlı bir değerlendirmesidir (Emanet, 2007).

4.4.4. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Kriterleri

Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Modeli; 1987 senesinde oluşturulmuştur. MBNQA temeli öz değerlendirmeler genel olarak teşhis ve uygulanabilir iyileştirme olanakları üzerinedir. Kuruluşların performansını iyileştirmek ve müşterilerini tatmin etmek amacıyla Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü (NIST) ve Amerikan Kalite Derneği (ASQ) ortak çalışması neticesinde oluşturulmuştur. MBNQA günümüzde; kuruluşlar, eğitim ve sağlık kuruluşlarına yönelik olmak üzere üç ayrı kategori içinde kullanılır. Modelin hedefi, kalite bilincini ve kalite mükemmelliği için gerekenlerin anlaşılmasını arttırmaktır. Model birbiri ile ilgili yedi ana kriterden meydana gelmektedir. Liderlik, stratejik planlama, müşteri ve pazar odaklılık, insan kaynakları odaklılık, analiz, ölçme, bilgi yönetimi, süreç yönetimi ve iş neticeleri temel kriterleridir (Kaygın, 2012:57).

4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin İyileştirilmesinde Doktorların Rolü Ve Önemi

Ülkemizde sağlık hizmetleri sektörü son yıllarda önemli değişikliklere maruz kalmaktadır. Bir yandan sayısı hızla artan özel sağlık kurumları nedeniyle rekabet

yoğunlaşmakta; diğer yandan da, yapılan düzenlemeler sonucunda, hastaların gerek özel hastanelerden gerekse kamuya ait diğer sağlık kurumlarından sağlık hizmetleri almalarının yolu açılmaktadır. Ayrıca, üniversite hastanelerinde olduğu gibi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında da hizmet sağlayıcıların döner sermaye gelirlerinden yararlanabilmelerine imkân sağlanmaya başlanması da rekabete ayrı bir boyut getirmiştir (Dursun ve Çerçi, 2004).

Böylesi bir ortamda, rekabetçi üstünlük sağlamak ve sürdürebilmek için, sağlık hizmetleri sağlayıcıları, konuya hizmet sağlayıcı bakış açısından yaklaşan ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasına önem veren geleneksel sağlık hizmetleri sunumu yaklaşımını hastaların tatminini dikkate alan müşteri (hasta) odaklılık ilkesiyle bütünleşik hale getirmeye zorlanmaktadırlar (Haberal, 2012:14). Bunun bir sonucu olarak da, sağlık hizmeti sağlayıcıları için hizmet kalitesi ve hasta tatmini konuları kritik öneme sahip konular haline gelmektedir.

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu veya özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak tanımlanabilir (Akkılıç, 2002). Sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşu ise müşteri/hasta ile sağlık ekibini ve doktoru bir araya getiren ve tedavi için uygun ortamı sağlayan bir aracı rolü üstlenmektedir. Güven unsurunun son derece önemli olduğu sağlık etkileşiminde, müşteri sadakati doğrudan doktora yönelik olup, kurum ikinci plânda kalmaktadır (Bekaroğlu, 2005).

Alınan sağlık hizmetinden oluşan memnuniyet düzeyi, hastanın demografik özelliklerine göre, hastalığın özelliklerine göre, sağlık hizmetinin üretildiği kurum ve/veya kuruluşun fiziksel olanaklarına göre, sunulan destekleyici hizmetlere göre ve kurum veya kuruluştaki bürokrasiye göre değişiklik gösterebilmektedir (Özer ve Çakıl, 2007).

Bu kapsamda konuyla ilgili olarak kapsamlı bir literatür taraması yapılmış ve hasta-doktor arasında iletişime ilişkin bir çok araştırmaya ulaşılmıştır (Rees ve diğ., 2007; Söylet ve Mengü, 2011; Fochsen ve diğ., 2006; Williams ve diğ., 1988; Buller ve Buller, 1987). Rees ve diğ., (2007) tarafından yapılan araştırmada doktor/öğrenci-hasta ilişkisinde “ortaklık” olarak adlandırılan bir metafor geliştirmeye çalışmıştır. Bu metafor ile hem sağlık kavramını hem de doktor/öğrenci-hasta ilişkisinin daha iyi anlaması sağlanmaya çalışılmıştır.

Söylet ve diğ., (2011) tarafından yapılan araştırmada; araştırmaya katılanların % 60'ı doktorları, gelir seviyesi yüksek, % 46'sı yoğun mesai şartlarında çalışan, % 36'sı yardımsever ve duyarlı, % 39'u duyarsız ve kibirli olarak tanımlamışlardır. Doktorlara yönelik olumlu ifadeler, doktorların mutlu, dürüst, şeffaf, kendine güveni olan, halka yakın ve enerjik kişiler olduğu ifade edilmiştir. Olumsuz ifadeler ise, doktorların mutsuz, topluma yabancı, içe dönük, pasif ve güçsüz olduğu belirtilmiştir. Doktorlara yönelik bu imajların oluşumunda en etkin unsur %70 oranında kişisel deneyim olduğu belirtilmiştir. Kalan %30'luk kısmı ise aile, yakın çevre ve medya oluşurmaktadır.

Fochsen ve diğ., (2006) yaptıkları araştırmada doktor hasta ilişkisinde doktorların hastalarına karşı otoriter bir tavır takındıkları belirtilmiştir.

Williams ve diğ., (1988) tarafından yapılan araştırmada hastaya bilgi verilmesi ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca hasta doktor arasında tedavi sırasında ilişki kurulması hasta memnuniyeti açısından önemlidir. Buna ek olarak iletişim sitilinin (doktorun tedavi veya muayene sırasında empati kurması, hasta merkezli olması) hasta memnuniyetini arttırmada pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu vurgulanmıştır.

Buller ve Buller (1987) doktorların iletişim sitili ve hasta memnuniyeti üzerine yapmış oldukları araştırmada, hasta memnuniyetinin, hastanın hizmet aldığı sağlık personelinden (doktor ve hemşire) önemli ölçüde etkilendiğini, hastaların aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyetlerinin %71'inin hastanın doktor ile rahat iletişim kurmasından kaynaklandığını, doktorların hastalara karşı iletişim sürecinde baskın olmaları (konuşma fırsatı vermeme, dinlememe vb.) hastanın aldığı sağlık hizmetinden memnuniyetini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.

Comacho ve diğ., (2006) yapmış oldukları araştırmada doktorun hastaya geniş zaman ayırması, önleyici sağlık tedbirlerinin anlatılması ve bilgilendirme düzeyi hastanın aldığı sağlık hizmetinden memnuniyeti ile pozitif bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuşlardır.

Johnson ve diğ., (2011) ise doktorların hastalara karşı davranışları ve özellikle hastaların bilgilendirilmesinin hasta memnuniyetine önemli derecede etki ettiğini belirtmişlerdir.

Aslantekin ve diğ., (2007) yapmış oldukları araştırmada ISO 9000 sistemi tıbbi süreçleri tam olarak içermediğinden sağlık personeli özellikle doktorlar tarafından tam

olarak benimsenmediğini ve özellikle doktorların kalite çalışmalarında aktif olarak yer almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerindeki kalite geliştirme çabaları hastaya ve süreç içerisinde yer alan diğer kişilerin tatminine yönelik olması nedeniyle doktorların sürekli gelişme, kalite çemberleri ve eğitim süreçlerinin ayrılmaz parçaları olmaları gerektiğini ifade etmişlerdir.

Yapılan literatür araştırmasında, doktorların hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Doktorların sunmuş oldukları hizmetler ise çalışma saati, ücret, çalışma ortamı gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bu araştırmada, doktorların vermiş oldukları sağlık hizmetlerini doğrudan etkilediği düşünülen Aile hekimliği sisteminin doktorların sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesi üzerindeki etkisini ortaya konulacaktır. Aile Hekimliği sisteminin doktorların vermiş olduğu hizmetlere etkisine ilişkin bir araştırmaya ulaşılamamıştır.

Sağlık hizmetlerini alanların hizmetlerle ilgili algılama ve değerlendirmeleri sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi açısından önemli olduğu kadar sağlık hizmet sunumundaki eksiklikleri giderme ve iyileştirilmesine yönelik yapılacak düzenlemeler açısından da önemlidir. Hizmetler konusunda toplumun algılarına, tercihlerine ve hizmetin kullanımına odaklanan, topluma dayalı araştırmalar var olan duruma ilişkin bilgileri sağlamak, geçmişle karşılaştırmak ve yıllar içindeki değişimleri ölçebilmek ve bu yolla sağlık politikasına, yönetimine ve kaynak dağılımına dönük olumlu katkılar sağlayabilmesi açısından önem taşımaktadır.

BÖLÜM V

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN HEKİMLERİN SUNMUŞ OLDUĞU HİZMETLERİN KALİTESİNE ETKİSİ: DÜZCE ÖRNEĞİ

5. YÖNTEM

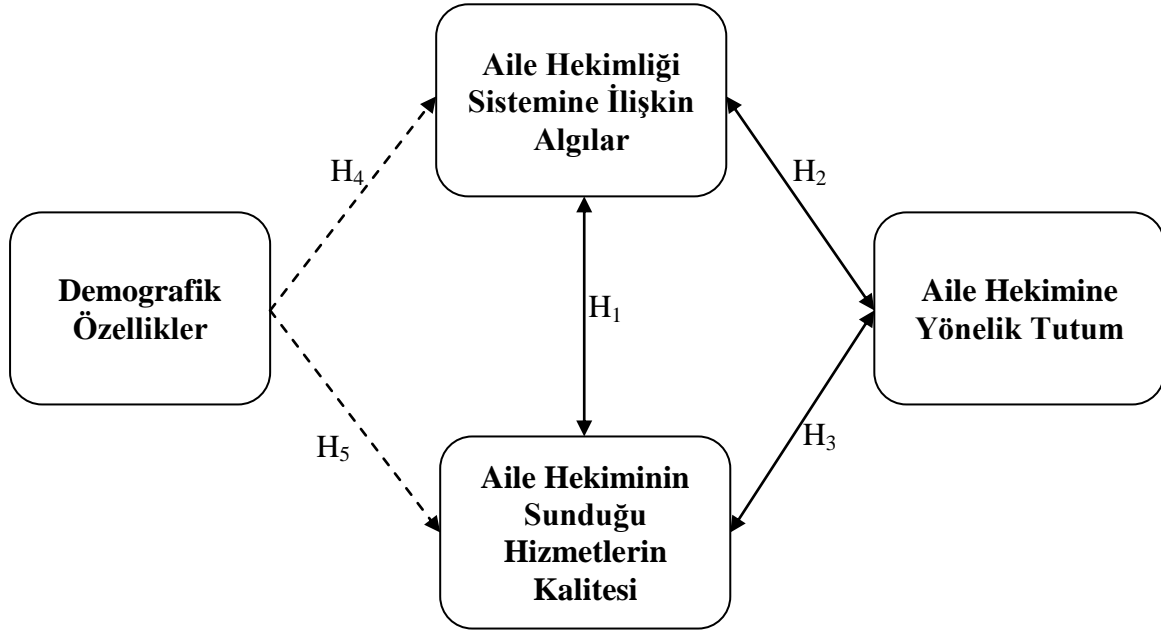
İkinci, üçüncü ve dördüncü bölümde, tezin kavramsal boyutunu oluşturmak amacıyla literatür incelenmiş ve tartışılmıştır. Böylece araştırmanın uygulamasını gerçekleştirecek temel yapı sağlanmıştır. Bu bölümde, öncelikle uygulamaya ilişkin araştırma yöntemi belirlenecek daha sonra araştırmadan elde edilen veriler analiz edilerek araştırma bulguları sunulacaktır.

5.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırma modeli, araştırma amacına uygun ve ekonomik olarak verilerin toplanması ve çözümlenebilmesi için gerekli koşulların düzenlenmesidir. Araştırma modelinde araştırmacı, amacına göre tarama ve deneme olmak üzere iki temel yaklaşımdan birini kullanmaktadır (Karasar, 2005:76). Tarama modelleri, geçmişte ve halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan yaklaşımlardır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde var olduğu gibi tanımlanmaya çalışılmaktadır. Olguları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmemektedir (İslamoğlu, 2003:77). Deneme modelinde ise zamansal gelişim ya da değişimi belirlenmek istenen değişken, aynı eleman ya da birimler üzerinde, belli bir başlangıç noktasından alınarak, sürekli olarak ya da belli aralıklarla gözlenmektedir. Bu yaklaşımda, izlenen eleman ya da ünite genellikle az sayıdadır. Derinliğine ve genişliğine kapsamlı gözlemlerin yapılmak istendiği durumlara uygun bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir (Eroğlu, 2006).

Düzce ili, Aile hekimliği uygulamasının ilk olarak uygulandığı pilot ildir. Aile hekimliği sistemi, daha sonra tüm Türkiye’de hayata geçirilmiştir. Bu sistemin Aile Sağlığı Merkezlerinde sağlık hizmeti sunan doktorların sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesine etkisinin değerlendirilmesi ve hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyetlerini inceleyen bu araştırma, tarama modeli, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Bu bağlamda araştırma modeli Şekil 5’te gösterilmektedir.

Şekil 5.1. Araştırma Modeli



Araştırma modeli kapsamında oluşturulan hipotezler şu şekildedir;

H₁: Aile hekimliği sistemine ilişkin algılar ile aile hekiminin sunduğu hizmetin kalitesi arasında ilişki vardır.

H₂: Aile hekimliği sistemine ilişkin algılar ile aile hekimine yönelik tutumlar arasında ilişki vardır.

H₃: Aile hekiminin sunduğu hizmetlerin kalitesi ile aile hekimine yönelik tutumlar arasında ilişki vardır.

H₄: Aile hekimliği sistemine ilişkin algılar demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

H₅: Aile hekiminin sunduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algılar demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

5.2. Evren Örneklem

Evren, araştırma sonuçlarının genellenmek istendiği birimler bütünüdür. Araştırma sonuçlarının genellenmek istendiği bütün elemanlara, bireylere ve objelere ulaşmak özellikle evrenin çok büyük olduğu, fazla miktarda zaman ve maliyet gerektirdiği durumlarda çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu durumda, veriler evren içerisinde seçilen ve örneklem olarak adlandırılan bir gruptan toplanmaktadır. Örneklem, belli bir

evrenden o evreni temsil yeterliliği olduğu kabul edilen, belli kurallara göre seçilmiş küçük bir grubu ifade etmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004:32).

Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre 2012 yılı itibariyle Düzce il ve ilçe merkezlerinde 201.434 kişi yaşamaktadır (TUİK, 2012). Araştırmacılara kolaylık olması bakımından $\alpha = 0.05$ için ± 0.03 ve ± 0.01 örneklem büyüklükleri hesaplanmaktadır. Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004:50) 201.434 evren için örneklem büyüklüğünün % 0.05 hata payı ile 384 olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma verilerinin toplanacağı örneklem büyüklüğünün belirlenmesinin ardından diğer önemli husus örneklem yönteminin belirlenmesidir. Yani 201.434 kişi arasından 384 kişinin seçiminin nasıl yapılacağıdır. Bu kapsamda çalışmanın spesifik bir hedef kitlesinin olmaması halkın genelinin ilgili olduğu bir temayı içermesinden ötürü olasılıklı olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

5.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini toplamak amacıyla araştırmanın yapısına uygun olarak nicel araştırma yöntemlerinde veri toplama tekniklerinden birisi olan anket tekniği kullanılmıştır. Nicel araştırma yönteminde, araştırılan konuya ilişkin, evreni temsil edecek örneklemden sayısal sonuçlar elde edilmektedir. Elde edilen sonuçlar üzerinde gerekli istatistikî ve matematiksel analizler yapılabilmektedir. Nicel araştırma yönteminde, araştırma evreninin araştırma konusu hakkındaki fikrinin yönü sorgulanmaktadır (Nakip, 2005;79). Nicel araştırma yöntemlerinden anket tekniği ise, kitlelerin süreç içinde ortaya çıkan değişkenlerin etkisiyle tutum ve kanaatlerinde ne gibi farklılıkların ortaya çıktığını ya da belirli bir zamandaki tutum ve kanaatlerini tespit etmeye yönelik olarak kullanılan bir tekniktir. Anket, özellikle sosyal bilim araştırmalarında sıklıkla başvurulan bir yöntemdir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004:258).

Aile Hekimliği Sisteminin hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisini belirlemek amacıyla hastaların aile hekimlerinden almış oldukları hizmetlerden memnuniyet düzeylerini belirlemek için konu ile ilgili literatür taraması yapılmıştır. yapılan literatür araştırması sonucunda Bakırcan (2012) tarafından yapılan araştırmadan yararlanılmasına karar verilmiştir.

Araştırma anketi dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, katılımcıların demografik özelliklerinin içermektedir. İkinci bölüm, katılımcıların Aile hekimlerine yönelik tutumlarını ifade etmektedir. Ölçeğin üçüncü bölümünde, katılımcıların Aile

hekimliği uygulamasına ilişkin dūřuncelerini açıklamaya yōnelik ifadeler yer almaktadır. Dōrdüncü bölümde ise aile hekimliği uygulamasının doktorların vermiş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisine ilişkin algılarını ortaya koymaya yōnelik ifadeler yer almaktadır.

Ölçeğin birinci bölümünde yer alan ifadeler ordinal ölçekle ölçülürken diğer bölümlerde yer alan ifadeler, formun cevaplandırılmasını kolaylaştırmak, araştırmacının verileri daha hızlı değerlendirmesini sağlamak amacıyla kapalı uçludur. Araştırmada kullanılan Likert Ölçeği, kolaylığı nedeni ile tercih edilmiştir, yanıtlayan kişilere verilen önermelerle ilgili görüşlerini, çok olumludan çok olumsuzu kadar sıralanan seçeneklerden belirtmeleri istenmiştir. Buna göre;

(5) Kesinlikle Katılıyorum

(4) Katılıyorum

(3) Kararsızım

(2) Katılmıyorum

(1) Kesinlikle Katılmıyorum şeklinde bir ölçek kullanılmıştır.

Güvenilirlik, bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı bir biçimde ölçme derecesidir. Güvenilir bir test veya ölçek benzer şartlarda uygulandığında benzer sonuçları verir. Bir test veya ölçek ne derece güvenilir ise ondan elde edilen verilerde o derece güvenilirdir. Anketin veya testin güvenilirliğini ölçmek için test-yeniden test, alternatif formlar, iç ölçümlene ya da iç uyum testi gibi kullanılabilir bazı istatistiksel yöntemler vardır. Anketin güvenilirliğini ölçmek için bu yöntemlerden herhangi birisi kullanılabilir (Altunışık ve diğer., 2007:114).

Anketlerin toplanması ile elde edilen veriler SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) adlı program kullanılarak kodlanmış ve demografik veriler hariç diğer verilere güvenilirlik testi uygulanmıştır. Anket formunun genel güvenilirlik testi sonucunda Cronbach Alpha değerinin 0.918 olduğu tespit edilmiştir. Tablo 5.1'de güvenilirlik analizine ilişkin sonuçlar gösterilmektedir.

Tablo 5.1. Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.918	.922	24

Test sonucunda verilerin genel Cronbach Alpha'sı Nunnally'in (1979) belirttiği 0.7 düzeyinin üzerinde gerçekleşmiştir. Yani verilerin güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracının oluşturulmasının ardından verileri toplamak amacıyla katılımcıların taşımaları gereken üç kriter belirlenmiştir. Birinci kriter, katılımcının adrese dayalı nüfus sisteminde Düzce ilinde kayıtlı olmasıdır. İkinci kriter ise katılımcının Aile Hekimliği sistemine kayıtlı olmasıdır. Üçüncü kriter ise katılımcının son altı ay içerisinde en az bir defa Aile Hekiminden sağlık hizmeti almış olması olarak belirlenmiştir. Öncelikle araştırmaya katılan kişilerle bire bir görüşme yapılarak bu kriterleri taşıyıp taşımadığı belirlenmiştir. Daha sonra bu kriterleri taşıyan bireylere 01.06.2013- 01.07.2013 tarihleri arasında yüz yüze anket tekniği uygulanarak araştırma verileri toplanmıştır. Okuma yazması olmayan kişilere ise sorular sesli bir şekilde okunarak sorulara verilen cevaplar işaretlenmiştir.

5.5. Verilerin Analizi

Çalışmada betimleyici ve keşfe yönelik araştırma yaklaşımları kullanılacağı için seçilecek olan istatistik testleri de bu yaklaşıma uygun olarak betimleyici ve keşfe yönelik testler olmuştur. Betimleyici istatistik testlerine; yüzde, frekans (ortaya çıkma sıklığı), mod, medyan, varyans, standart sapma ve çapraz tablolar örnek verilebilir (Mesci, 2008). Bu analizler elde edilen verilerin genel durumları hakkında fikir verme açısından önemlidir. Bu araştırmada, yüzde, frekans (ortaya çıkma sıklığı), varyans, ve standart sapma kullanılacaktır. Araştırmada uygulanacak analizlerin seçilmesinde dikkate alınan bir önemli noktalardan birisi verilerin dağılım açısından incelenmesidir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu durumunda parametrik analiz teknikleri, normal dağılıma uygun olmadığı durumlarda ise nonparametrik analiz teknikleri kullanılmaktadır.

Bir veri setinin normalliğinin test edilmesi için "Test of Normality" tablosuna bakılır. Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro Wilk testi ile her bir grupta sonuç değişkeninin normal dağılıp dağılmadığı test edilir. Shapiro-Wilk testi daha güçlü bir test olduğundan daha çok tercih edilir. Dikkat edilmesi gereken bölüm sig. (Significant) değeridir. Gözlem sayısı 29'dan az olduğunda "Shapiro Wilk testi", gözlem sayısı 29'dan fazla olduğunda "Kolmogorov-Smirnov testi" kullanılabilir. Eğer sig. değeri $>0,05$ ise veriler normal

dağılım göstermektedir (Kalaycı, 2008:208). Tablo 5.2’de veri setine ilişkin normal dağılıma uygunluk analizi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 5.2. Normal Dağılıma Uygunluk Testi

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet faktörü</i>	,129	450	,000	,928	450	,000
<i>Fiziksel donanım ve olanaklar faktörü</i>	,091	450	,000	,947	450	,000
<i>Aile hekiminden memnuniyet faktörü</i>	,096	450	,000	,948	450	,000
<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet faktörü</i>	,121	450	,000	,974	450	,000

Analiz sonucunda verilerin normal dağılım göstermedikleri görülmüştür. Bu nedenle araştırma verilerinin analizinde nonparametrik testler kullanılacaktır. Bu analizlere bakıldığında, katılımcıların demografik özelliklerine göre almış oldukları sağlık hizmetlerine ilişkin tutumları ve doktorların vermiş olduğu sağlık hizmetlerine yönelik düşünceleri arasındaki farklılıkları ölçmek için Kruskal-Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanılacaktır. Araştırmada ayrıca veri azaltmak amacıyla faktör analizi kullanılacaktır. Bununla birlikte ilişki analizinde nonparametrik korelasyon analizi kullanılacaktır.

Mann Whitney U testi, t-testlerinin parametrik olmayan alternatifidir. Bu analiz iki grup arasında karşılaştırma yapmayı sağlamaktadır. Mann Whitney U testinde, t-testine olduğu gibi iki grubun ortalaması yerine meydanları karşılaştırılmaktadır (Kalaycı, 2008:99). Bu araştırmada, iki gruba sahip demografik değişkenlerde, gruplar arasında aile hekimliğine ilişkin düşüncelerin farklılık taşıyıp taşımadığını belirlemek amacıyla kullanılacaktır.

Kruskal-Wallis testi, tek yönlü varyans analizinin (anova) nonparametrik alternatifidir. Bu analiz parametrik olmayan verilerde üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlamaktadır (Kalaycı, 2008:106). Bu araştırmada, üç veya daha fazla gruba sahip demografik değişkenlerde, gruplar arasında aile hekimliğine ilişkin düşüncelerin farklılık taşıyıp taşımadığını belirlemek amacıyla kullanılacaktır.

Faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıdaki değişkeni az sayıda, anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler haline getiren ve yaygın olarak kullanılan çok değişkenli istatistik tekniklerinden biridir (Kalaycı, 2008). Bu araştırmada, aile hekimliğine ilişkin düşünceleri açıklayan ifadeler ve doktorların vermiş olduğu hizmetlerin kalitesini açıklayan ifadeler kullanılarak veri azaltımı işlemi yapmak amacıyla kullanılacaktır.

Nonparametrik korelasyon analizi, aralık ve rasyo düzeyinde ölçülmüş iki değişken arasında ilişki ve bağımlılık olup olmadığını var ise yönünü ve gücünü göstermek amacıyla kullanılan bir analiz tekniğidir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004:224). Bu araştırmada, hastaların almış oldukları sağlık hizmetlerine ilişkin tutumları ile doktorların vermiş olduğu sağlık hizmetlerine yönelik düşünceleri arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla kullanılacaktır.

6. Bulgular ve Yorum

Bu bölüm, araştırmada elde edilen verilerin analiz edilmesini kapsamaktadır. Analizler, verilerin analizi bölümünde seçimi yapılan istatistik testler yardımıyla gerçekleştirilecektir.

6.1. Demografik Bulgular

Araştırma sonucu elde edilen verilere, frekans ve yüzde analizi uygulanarak katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgulara ulaşılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 5.3'teki gibidir.

Tablo 5.3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler		Frekans	Yüzde %
Cinsiyet	Bayan	176	39,1
	Bay	274	60,9
	Toplam	450	100
Yaş	17-29	79	17,6
	30-40	282	62,7
	41-54	79	17,6
	55 ve üstü	10	2,2
	Toplam	450	100,0
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	7	1,6
	İlkokul	152	33,8
	Ortaokul	55	12,2
	Lise	114	25,3
	Üniversite	116	25,8
	Lisansüstü	6	1,3
	Toplam	450	100,0
Aile Hekimine Gidiş Sıklığı	Haftada bir	21	4,7
	Ayda bir	149	33,1
	Altı ayda bir	154	34,2
	Yılda bir	126	28,0
	Toplam	450	100,0
Meslek	Kamu	104	23,1
	Özel Sektör	108	24,0
	Serbest meslek	238	52,9
	Toplam	450	100,0
Gelir Düzeyi	803 TL ve altı	209	46,4
	804 TL - 1600 TL	130	28,9
	1601 TL - 2400 TL	74	16,4
	2401 TL ve üstü	37	8,2
	Toplam	450	100,0
Rahatsızlık Durumunda İlk Tercih	Özel hastane	46	10,2
	Devlet hastanesi	207	46,0
	Araştırma Hastanesi	56	12,4
	Aile hekimi	141	31,3
	Toplam	450	100,0

Tablo 5.3'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan bayan katılımcıların sayısı 176 (% 39.1) iken bay katılımcıların sayısı 274 (% 60.9) şeklindedir.

Katılımcıların yaş grupları analiz edildiğinde; % 17.6'sının (79) 17-29 yaş aralığında, % 62.7'sinin (282) 30-40 yaş aralığında, % 17.6'sının (79) da 41-54 yaş aralığında ve % 2.2'sinin (10) 55 ve üzeri yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumları incelendiğinde ise % 1.6'sının (7) okuryazar olmadığı, % 33.8'inin (152) ilkokul mezunu olduğu, % 12.2'sinin (55) ortaokul mezunu olduğu, % 25.3'ünün (114) lise mezunu olduğu, % 25.8'inin (116) üniversite mezunu olduğu ve % 1.3'ünün (6) lisans üstü eğitime sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların ortalama aile hekimine gidiş sıklığı incelendiğinde % 4.7'sinin (21) haftada en az bir kez aile hekimine gittiği, % 33.1'inin (149) ayda bir kez aile hekimine gittiği, % 34.2'sinin (154) ise altı ayda bir aile hekimine gittiği ve son olarak katılımcılardan % 28.0'inin ortalama olarak yılda bir kez aile hekimine gittiği görülmüştür.

Araştırmaya katılanların meslek grupları incelendiğinde ise % 23.1'inin (104) kamu çalışanı olduğu, % 24.0'inin (108) özel sektör çalışanı olduğu ve % 52.9'unun (238) serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde, 46.4'ünün (209) 803 TL ve altı gelire sahip olduğu, % 28.9'unun (130) 804 TL - 1600 TL arası gelire, 16.4'ünün (74) 1601 TL - 2400 TL arası gelire ve % 8.2'sinin (37) 2401 TL ve üstü gelire sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların rahatsızlık hissetmeleri durumunda tedavi amaçlı ilk başvuru noktaları incelendiğinde katılımcıların % 10.2'sinin (46) rahatsızlık hissetmeleri durumunda ilk başvurdukları noktanın özel hastane olduğu, % 46.0'inin (207) ilk başvurdukları noktanın devlet hastanesi olduğu, % 12.4'ünün (56) araştırma (üniversite) hastanesi olduğu ve % 31.3'ünün (141) rahatsızlık hissetmeleri durumunda ilk başvurdukları noktanın aile hekimi olduğu görülmüştür.

6.2. Verilerin Azaltımı

Bu bölümde, değerlendirmeye alınan 450 anket formunda yer alan katılımcıların aile hekimliğine ilişkin düşünceleri ve aile hekimliği uygulamasının doktorların vermiş olduğu hizmetlere etkisini içeren 23 ifadeyi az sayıda, anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler haline getirmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Katılımcıların aile hekimliğine ilişkin düşüncelerini ve doktorların vermiş olduğu hizmetlerden memnuniyetlerini içeren 23 ifadenin faktör analizine uygunluğu olduğunu test etmek amacıyla yapılan faktör analizinde KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Bartlett testi seçeneği işaretlenmiştir.

6.2.1. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıları

Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade eden 11 ifadeyi az sayıda ve anlamlı faktörler haline getirebilmek amacıyla bu ifadelere faktör analizi uygulanmıştır. Tablo 5.4'te katılımcıların aile hekimliğine yönelik düşüncelerine ilişkin yapılan faktör analizi kapsamında ortaya çıkan Bartlett testi sonucu ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik değeri gösterilmektedir.

Tablo 5.4. Katılımcıların Aile Hekimliğine Yönelik Düşüncelerine İlişkin Bartlett Testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,885
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2343,860
	df	66
	Sig.	,000

Tablo 5.4'te faktör analizi kapsamında Bartlett testi sonucu 5206,906 ve sig. değeri 0,000 düzeyi ile Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem değeri .885 olarak çıkmıştır. Faktör analizinde değişkenler arasında yüksek korelasyon ilişkisi aranmaktadır. Değişkenler arasındaki korelasyon azaldıkça faktör analizinin sonuçlarına olan güven de azalmaktadır. Sig.= 0,000 < 0,05 olduğundan Bartlett testi sonucu anlamlıdır. Dolayısıyla değişkenler arasında yüksek korelasyon mevcuttur. KMO testinden elde edilen değere bakıldığında değer, 1'e yaklaştıkça mükemmel kabul edilirken 0,50'nin altına indiğinde ise kabul edilmemektedir (Kalaycı, 2008:117).

Analizde KMO değerinin 0.885 çıkması, araştırmadaki örneklem büyüklüğünün yeterliliğini göstermektedir. Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade eden 12 ifadeye uygulanan faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörler, faktörlere ait ortalama, özdeğer, açıklanan varyans ve faktörü oluşturan ifadelerin faktör yükleri dönüştürülmüş bileşenler matrisi olarak Tablo 5.5'te gösterilmektedir.

Tablo 5.5. Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıların Dönüştürülmüş Bileşenler Matrisi

Dönüştürülmüş Bileşenler Matrisi				
Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıları	Faktör Yüğü	Ortalama	Özdeğer	Açıklanan Varyans
<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet faktörü</i>				
Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminden daha iyi olduğunu düşünüyorum.	.767	3.57	5.458	45.485
Aile hekimliğinde herkesin sağlık sisteminden daha kolay ve çabuk faydalanma imkânına kavuştuğunu düşünüyorum.	.741			
Aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığına olumlu yansıtacağını düşünüyorum	.740			
Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerinde hastalara daha fazla zaman ayrılabilmesini düşünüyorum.	.719			
Aile hekimliği uygulaması ile kendimin ve yakınlarımın sağlığının kontrol altında olduğunu hissediyorum.	.687			
Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek bir uygulamadır.	.663			
Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerindeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum	.647			
<i>Fiziksel donanım ve olanaklar faktörü</i>				
Aile sağlığı merkezinde hastalar için gerekli tıbbi donanım yeterlidir.	,825	3.16	1.202	10.061
Aile sağlığı merkezinde hastalar için gerekli olan tüm testler yapılabilmektedir.	,774			
Aile sağlığı merkezinin fiziksel kapasitesi hastalar için yeterlidir.	,600			
Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum.	,561			

Faktör analizinde, 350'nin üzerindeki gözlem sayısı için bir değişkenin faktör yükünün 0,30 ve üzerinde olması gerekmektedir (Kalaycı, 2008:330). Tablo 5.5'te de görüldüğü üzere faktör analizi sonucunda ankette yer alan 11 önerme analize dâhil edilmiştir. Tablo 5.5'te iki faktör altında toplanan değişkenlerin birbirleriyle ilişkili oldukları ve analiz sonucunda ortaya çıkan faktörlerin katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade ettikleri görülmektedir.

Birinci faktör, aile hekiminden sağlık hizmeti alan hastanın “aile hekimliği sisteminden memnuniyeti” faktörü olarak isimlendirilmiştir. Faktörün major değişkeni .767 faktör yükü ile “Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminden daha iyi olduğunu düşünüyorum” ifadesidir. Faktörde yer alan ifadelerin ortalaması 3.57 dir. Birinci faktörün öz değeri 5.458 ve açıklanan varyansı ise 45.485 olarak gerçekleşmiştir.

İkinci faktör, aile hekimliği sistemi ile hastalara sunulan imkânların fiziksel yeterliliğini ifade etmektedir. Bu faktör “fiziksel donanım ve olanaklar faktörü” olarak isimlendirilmiştir. Faktörün major değişkeni .825 faktör yükü ile “Aile sağlığı merkezinde hastalar için gerekli tıbbi donanım yeterlidir” ifadesidir. Faktörde yer alan ifadelerin ortalaması 3,16 dır. İkinci faktörün öz değeri 1.202 ve açıklanan varyansı ise 10.061 olarak çıkmıştır.

Uygulanan faktör analizinde Extraction-Principle Components ve Rotation-Varimax seçenekleri kullanılarak elde edilen Scree Plot dağılımına göre öz değerleri bir’in üzerinde olan veriler değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Öz değerleri bir’in üzerinde olan iki faktör ortaya çıkmıştır. Öz değerlere ilişkin bulgular Tablo 5.6’da gösterilmektedir.

Tablo 5.6. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarına İlişkin Özdeğerler

Açıklanan Toplam Varyans						
Bileşenler	Başlangıç Özdeğerler			Faktör Yüklerinin Kareleri Toplamı		
	Toplam	% Varyans	% Kümülatif	Toplam	% Varyans	% Kümülatif
1	5,458	45,485	45,485	5,458	45,485	45,485
2	1,207	10,061	55,547	1,207	10,061	55,547

Faktör analizinde faktörü oluşturan ifadelerin öz değerinin 1’in üzerinde olması gerekmektedir. Bununla birlikte açıklanan varyans toplamalarının % 50’yi geçmesi gerekmektedir. Tablo 5.6’da aile hekimliği sistemine yönelik algılarda bu koşulları sağlayan iki faktör olduğu görülmektedir.

6.2.2. Katılımcıların Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algıları

Katılımcıların aile hekimlerinin vermiş oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarını ifade eden 12 ifadeyi az sayıda ve anlamlı faktörler haline getirebilmek amacıyla bu ifadelere faktör analizi uygulanmıştır. Tablo 5.7’de katılımcıların hekimlerinin vermiş

oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarını ifade eden önermelere yapılan faktör analizi kapsamında ortaya çıkan Bartlett testi sonucu ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik değeri gösterilmektedir.

Tablo 5.7. Aile Hekimlerinin Vermiş Oldukları Hizmetlerin Kalitesine İlişkin KMO ve Bartlett (KMO and Bartlett Test) Testi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.875
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2059.974
	df	78
	Sig.	.000

Tablo 5.7’de faktör analizi kapsamında Bartlett testi sonucu 2059.974 ve sig. değeri 0.000 düzeyi ile Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem değeri .910 olarak çıkmıştır. Faktör analizinde değişkenler arasında yüksek korelasyon ilişkisi aranmaktadır. Değişkenler arasındaki korelasyon azaldıkça faktör analizinin sonuçlarına olan güven de azalmaktadır. Sig.= 0,000 < 0,05 olduğundan Bartlett testi sonucu anlamlıdır. Dolayısıyla değişkenler arasında yüksek korelasyon mevcuttur. KMO testinden elde edilen değere bakıldığında değer, 1’e yaklaştıkça mükemmel kabul edilirken 0,50’nin altına indiğinde ise kabul edilmemektedir (Kalaycı, 2008:117).

Analizde KMO değerinin 0.875 çıkması, araştırmadaki örneklem büyüklüğünün yeterliliğini göstermektedir. Katılımcıların aile hekiminden almış oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarını ifade eden 12 ifadeye uygulanan faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörler, faktörlere ait ortalama, özdeğer, açıklanan varyans ve faktörü oluşturan ifadelerin faktör yükleri dönüştürülmüş bileşenler matrisi olarak Tablo 5.8’de gösterilmektedir.

Tablo 5.8. Katılımcıların Aile Hekiminden Almış Oldukları Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algılarının Dönüştürülmüş Bileşenler Matrisi

Dönüştürülmüş Bileşenler Matrisi				
Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Düşünceleri	Faktör Yüğü	Ortalama	Özdeğer	Açıklanan Varyans
<i>Aile hekiminden memnuniyet faktörü</i>		3.78	4,866	37,433
Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum.	,842			
Aile hekimine rahatsızlığım hakkında istediğim	,835			

soruları yöneltebiliyorum.

Aile hekimime rahatsızlığım hakkında sorduğum sorulara tatminkâr yanıtlar alabiliyorum. ,813

Aile hekimim genelde doğru yönlendirmeler yapmaktadır. ,705

Aile hekimime istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum. ,680

Aile hekimim hastalarına yeteri kadar zaman ayırmaktadır. ,649

Aile hekimliği sisteminden sonra doktorumla daha kolay diyalog kurabilmekteyim. ,507

Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Düşünceleri	Faktör Yüğü	Ortalama	Özdeğer	Açıklanan Varyans
<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet faktörü</i>		3.06	1.767	13.595
Aile hekimim hastalarına kaybetmemesi gereken bir müşteri gibi bakmaktadır. ,708				
Aile hekiminin bakmış olduğu her hastadan ek ücret alıyor olması hizmet kalitesini olumlu etkilemektedir. ,681				
Aile hekimliği sistemi doktorların kaba davranmalarının önüne geçmiş oldu. ,586				
Aile hekimliği sisteminden önce doktorlardan korkardım. ,585				
Aile hekimim istediğim her ilacı benim için yazmaktadır. ,546				
Tüm sağlık sorunlarımla ilgili öncelikle aile hekimimle görüşüyorum. ,478				

Uygulanan faktör analizinde Extraction-Principle Components ve Rotation-Varimax seçenekleri kullanılarak elde edilen Scree Plot dağılımına göre öz değerleri bir'in üzerinde olan veriler değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Öz değerleri bir'in üzerinde olan iki faktör ortaya çıkmıştır. Öz değerlere ilişkin bulgular Tablo 5.9'da gösterilmektedir.

Tablo 5.9. Katılımcıların Aile Hekiminden Almış Oldukları Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarına İlişkin Özdeğerler

Açıklanan Toplam Varyans						
Bileşenler	Başlangıç Özdeğerler			Faktör Yüklerinin Kareleri Toplamı		
	Toplam	% Varyans	% Kümülatif	Toplam	% Varyans	% Kümülatif
1	4,866	37,433	37,433	4,866	37,433	37,433
2	1,767	13,595	51,028	1,767	13,595	51,028

Faktör analizinde faktörü oluşturan ifadelerin öz değerinin 1'in üzerinde olması gerekmektedir. Bununla birlikte açıklanan varyans toplamalarının % 50'yi geçmesi gerekmektedir. Tablo 5.9'da aile hekimliği sistemine yönelik algılarda bu koşulları sağlayan iki faktör olduğu görülmektedir.

Bu faktörlerden ilki, "Aile hekiminden memnuniyet faktörü" olarak isimlendirilmiştir. Faktörün major değişkeni .842 faktör yükü ile "Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum" ifadesidir. Faktörde yer alan ifadelerin ortalaması 3.78 dir. Birinci faktörün öz değeri 4.866 ve açıklanan varyansı ise 37.433 olarak çıkmıştır.

İkinci faktör, "Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet faktörü" olarak isimlendirilmiştir. Faktörün major değişkeni .770 faktör yükü ile "Aile hekimim hastalarına kaybetmemesi gereken bir müşteri gibi bakmaktadır" ifadesidir. Faktörde yer alan ifadelerin ortalaması 3.06 dur. İkinci faktörün öz değeri 1.767 ve açıklanan varyansı ise 13.595 olarak çıkmıştır.

Faktör analizi sonucunda, ortaya çıkan boyutlar katılımcıların demografik verilerine göre hasta aile hekimliği sistemi algısındaki farklılıklar ve hastaların aile hekiminden almış oldukları hizmetlerin kalitesine yansımaya ilişkin algılarındaki farklılıkları ayrıntılı olarak incelemek amacıyla kullanılmıştır.

6.6. Demografik Özelliklere Göre Farklılıkların Analizi

Bu bölümde katılımcıların demografik özellikleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları ve aile hekimlerinin (doktorların) sunmuş olduğu hizmetlere yönelik algılarına ilişkin farklılık analizleri farklı başlıklar altında incelenecektir. Demografik özelliklerin birinci kısmında aile hekimliği sistemine yönelik algıları, ikinci kısımda ise katılımcıların aile hekimlerinin (doktorların) sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları analiz edilecektir. Bu kapsamda öncelikle demografik veriler ve algılar arasındaki farklılık varsayımları (hipotezler) oluşturulacaktır. Daha sonra gerekli analizler yapılarak bu hipotezler test edilecektir.

Yapılan farklılık analizleri sonucunda sig. değerinin 0.05'ten büyük olması katılımcıların aynı değerlendirmeyi yaptıklarını yani katılımcıların konuya ilişkin düşünceleri arasında fark olmadığını sig. değerinin 0.05'ten küçük olması katılımcıların konuya ilişkin düşünceleri arasında fark olduğunu göstermektedir.

6.6.1. Cinsiyet

6.6.1.1. Cinsiyetlerine Göre Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları farklılık vardır.

Tablo 5.10'da cinsiyetlerine göre katılımcıların iki grup istatistikleri yer almaktadır. Cinsiyeti açıklayan iki grubun bulunmasından dolayı farklılık analizi Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

Tablo 5.10. Cinsiyet ile Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Mann Whitney U Testi ile Analizi

Faktörler	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet</i>	21504.500	.048
<i>Fiziksel donanım ve olanaklar</i>	21779,500	.082

Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre; Faktörlerin sig. değerleri 0.05'ten büyük çıkmıştır. Yani katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık bulunmamaktadır. Bu durumda faktörler için H_1 reddedilerek H_0 kabul edilmiştir.

6.6.1.2. Cinsiyetlerine Göre Katılımcıların Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını test için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları farklılık vardır.

Tablo 5.11’de cinsiyetlerine göre katılımcıların iki grup istatistikleri yer almaktadır. Cinsiyeti açıklayan iki grubun bulunmasından dolayı analiz Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

Tablo 5.11. Katılımcıların Cinsiyet İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Mann Whitney U Testi ile Analizi

Faktörler	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekiminden memnuniyet</i>	19484,500	.001
<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet</i>	20923,500	.018

Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre; aile hekiminden memnuniyet faktörünün sig. değeri 0.001 çıkmıştır. Yani kadın ve erkeklerin aile hekiminden memnuniyet boyutunda, aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlere yönelik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Diğer faktör olan aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet boyutunun ise sig. değeri .018 çıkmıştır. Bu durumda birinci faktör için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir. İkinci faktör için H_1 reddedilerek H_0 kabul edilmiştir.

6.6.2. Yaş

6.6.2.1. Yaşlarına Göre Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların yaşları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları yaşlarına göre farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları yaşlarına göre farklılık vardır.

Tablo 5.12’de katılımcıların yaşları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Yaş gruplarının ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.12. Katılımcıların Yaşlarına Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet</i>	,102	,992
<i>Fiziksel donanım ve olanaklar</i>	8,648	,034

Analiz sonuçlarına göre; faktörlerin sig. değerlerinin tamamı 0.05’ten büyüktür. Yani boyutlar açısından katılımcıların yaşlarına göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında fark yoktur. Bu durumda, faktörler için H_1 reddedilerek H_0 kabul edilmiştir.

6.6.2.2. Yaşlarına Göre Katılımcıların Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların yaşları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları yaşlarına göre farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları yaşlarına göre farklılık vardır.

Tablo 5.13’te katılımcıların yaşları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Yaş gruplarının ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.13. Katılımcıların Yaşlarına Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi ile Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekiminden memnuniyet</i>	7,252	.064
<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet</i>	16,132	.001

Analiz sonuçlarına göre; aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılarını ifade eden faktörlerden Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet faktörünün sig. değeri .001 çıkmıştır. Yani katılımcıların yaşlarına göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet boyutunda farklılık bulunmamaktadır. Bu durumda birinci faktör için H_1 reddedilerek H_0 kabul edilmiştir. Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet faktörü için H_0 reddedilerek H_1 kabul edilmiştir.

6.6.3. Öğrenim durumu

6.6.3.1. Katılımcıların Öğrenim Durumları İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların öğrenim durumları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların öğrenim durumları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların öğrenim durumları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.14'te katılımcıların öğrenim durumları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Öğrenim durumu gruplarının ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.14. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet</i>	26,688	.000
<i>Fiziksel donanım ve olanaklar</i>	22,439	.000

Analiz sonuçlarına göre; aile hekimliği sisteminden memnuniyet ve fiziksel donanım boyutlarında sig. değeri .000 çıkmıştır. Yani katılımcıların öğrenim durumlarına göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları iki boyutta da farklılık göstermektedir. Bu durumda tüm faktörler için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir.

6.6.3.2. Katılımcıların Öğrenim Durumları ile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların öğrenim durumları ile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların öğrenim durumları ile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların öğrenim durumları ile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.15'te katılımcıların öğrenim durumları ile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Öğrenim durumu gruplarının ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.15. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekiminden memnuniyet</i>	41,201	.000
<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet</i>	32,546	.000

Analiz sonuçlarına göre; aile hekiminden memnuniyet ve aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet boyutunun sig. değeri ise .000 çıkmıştır. Yani katılımcıların öğrenim durumlarına göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları iki boyutta da farklılık göstermektedir. Bu durumda tüm faktörler için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir.

6.6.4. Aile Hekimine Gidiş Sıklığı

6.6.4.1. Katılımcıların Aile Hekimine Gidiş Sıklıkları İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.16'da katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Aile hekimine gidiş sıklıklarını oluşturan grupların ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.16. Katılımcıların Aile Hekimine Gidiş Sıklıkları İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet</i>	18.757	.000
<i>Fiziksel donanım ve olanaklar</i>	21,225	.000

Analiz sonuçlarına göre; aile hekimliği sisteminden memnuniyet ve fiziksel donanım boyutlarında sig. değeri .000 çıkmıştır. Yani katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıklarına göre aile hekimliği sistemine yönelik algılarının tamamında sig. değeri .005'ten küçüktür. Bu durumda tüm faktörler için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir.

6.6.4.2. Katılımcıların Aile Hekimine Gidiş Sıklıkları İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.17'de katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı

gösterilmektedir. Aile hekimine gidiş sıklıklarını oluşturan grupların ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.17. Katılımcıların Aile Hekimine Gidiş Sıklıkları İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekiminden memnuniyet</i>	30,108	.000
<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet</i>	25,675	.000

Analiz sonuçlarına göre; aile hekiminden memnuniyet ve aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet boyutlarında sig. değeri .000 çıkmıştır. Yani katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıklarına göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılarının tamamında sig. değeri .005'ten küçüktür. Bu durumda tüm faktörler için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir.

6.6.5. Meslek

6.6.5.1. Katılımcıların Meslekleri İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların meslekleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların meslekleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların meslekleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.18'de katılımcıların meslekleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Katılımcıların mesleklerini oluşturan grupların ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.18. Katılımcıların Mesleklerine Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet</i>	18,139	.000
<i>Fiziksel donanım ve olanaklar</i>	12,587	.002

Analiz sonuçlarına göre; aile hekimliği sisteminden memnuniyet boyutunda sig. değeri .000, fiziksel donanım ve olanaklar boyutunda ise sig. değeri .002 çıkmıştır. Yani katılımcıların meslek durumlarına göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları iki boyutta da farklılık göstermektedir. Bu durumda iki faktör için de H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir.

6.6.5.1. Katılımcıların Meslekleri İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların meslekleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların meslekleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların meslekleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.19'da katılımcıların meslekleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Katılımcıların meslek durumunu oluşturan grupların ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.19. Katılımcıların Mesleklerine Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekiminden memnuniyet</i>	28,635	.000
<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet</i>	20,635	.000

Analiz sonuçlarına göre; aile hekiminden memnuniyet ve aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet boyutlarında sig. değeri .000 çıkmıştır. Yani katılımcıların mesleklerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları farklılık göstermektedir. Bu durumda birinci faktör için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir. İkinci faktör içinse H_1 reddedilerek H_0 kabul edilmiştir.

6.6.6. Gelir Düzeyi

6.6.6.1. Katılımcıların Gelir Düzeyleri İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.20'de katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Katılımcıların gelir düzeylerini oluşturan grupların ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.20. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet</i>	20,692	.000
<i>Fiziksel donanım ve olanaklar</i>	24,648	.000

Katılımcıların gelir düzeylerine göre aile hekimliği sistemine yönelik algılarındaki farklılıklara yönelik yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçlarına göre; katılımcıların aile hekimliği sisteminden memnuniyet ve fiziksel donanım ve olanaklar boyutunda sig. değeri .000 çıkmıştır. Yani katılımcıların gelir düzeylerine göre aile hekimliği sistemine yönelik

algıları farklılık göstermektedir. Bu durumda faktörler için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir.

6.6.6.1. Katılımcıların Gelir Düzeyleri İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.21’de katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Katılımcıların gelir düzeylerini oluşturan grupların ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.21. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekiminden memnuniyet</i>	14,477	.002
<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet</i>	12,258	.007

Katılımcıların gelir düzeylerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılarının farklılığına yönelik yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçlarına göre; aile hekiminden memnuniyet boyutunun ve aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet boyutunun sig. değeri .000 çıkmıştır. Yani katılımcıların gelir düzeylerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları farklılık göstermektedir. Bu durumda faktörler için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir.

6.6.7. Rahatsızlık Durumunda İlk Tercih

6.6.7.1. Katılımcıların Rahatsızlıkları Durumunda İlk Tercihleri İle Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H_0 : Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık yoktur.

H_1 : Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.22’de katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihleri ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Katılımcıların gelir düzeylerini oluşturan grupların ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.22. Katılımcıların Rahatsızlıkları Durumunda İlk Tercihlerine Göre Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algılarının Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet</i>	13,083	.004
<i>Fiziksel donanım ve olanaklar</i>	8,180	.042

Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercih noktalarına göre aile hekimliği sistemine yönelik algılarında farklılık olup olmadığına yönelik yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçlarına göre; aile hekimliği sisteminden memnuniyet boyutunda sig. değeri .005’ten küçük çıkmıştır. Yani bu boyutlarda katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercih noktaları göre aile hekimliği sistemine yönelik algılarına göre farklılaşmaktadır. Fiziksel donanım ve olanaklar boyutunda sig. değeri .005’ten büyük çıkmıştır. Yani bu boyutta katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihlerine göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık bulunmamaktadır. Bu durumda birinci faktör için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir. İkinci faktör içinse H_1 reddedilerek H_0 kabul edilmiştir.

6.6.7.1. Katılımcıların Rahatsızlıkları Durumunda İlk Tercihleri İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Alguları Arasındaki Farklılıkların Analizi

Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik alguları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H₀: Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik alguları arasında farklılık yoktur.

H₁: Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik alguları arasında farklılık vardır.

Tablo 5.23'te katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik alguları arasında farklılık olup olmadığı gösterilmektedir. Katılımcıların gelir düzeylerini oluşturan grupların ikiden fazla olması nedeniyle hipotezlerin testi için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 5.23. Katılımcıların Rahatsızlıkları Durumunda İlk Tercihlerine Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algularının

Kruskal-Wallis Testi İle Analizi

Faktörler	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekiminden memnuniyet</i>	43,133	.000
<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet</i>	1,812	.612

Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihlerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algularında farklılık olup olmadığına yönelik yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçlarına göre; aile hekiminden memnuniyet boyutunda sig. değeri .005'ten küçük çıkmıştır. Yani bu boyut ta katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihlerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik alguları arasında farklılık vardır. Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet boyutunda sig. değeri .005'ten büyük çıkmıştır. Yani bu boyut ta katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihlerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik alguları arasında farklılık bulunmamaktadır. Bu durumda

birinci faktör için H_0 reddedilerek alternatif hipotez H_1 kabul edilmiştir. İkinci faktör içinse H_1 reddedilerek H_0 kabul edilmiştir.

6.7. Katılımcıların Aile Hekimlerine Yönelik Tutumlarının Analizi

Katılımcıların aile hekimlerine yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla; Aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgi düzeyleri, tekrar seçme hakları olması durumunda aynı aile hekimini tercih edip etmeyecekleri, aile hekimini çevrelerindeki bireylere tavsiye edip etmedikleri ve aile hekimlerinin bilgi düzeyi ile ilgili düşünceleri sorulmuştur.

6.7.1. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemi İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Analizi

Katılımcılardan aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgi düzeylerini ifade etmeleri istenmiştir. Tablo 5.24'te katılımcıların Aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerlerini gösterilmektedir.

Tablo 5.24. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemi İle İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Seçenekler	Frekans	% Yüzde	Ortalama	St. Sapma
<i>Çok düşük</i>	15	3.3	3.42	.936
<i>Düşük</i>	55	12.2		
<i>Orta</i>	150	33.3		
<i>Yüksek</i>	188	41.8		
<i>Çok yüksek</i>	42	9.3		
Toplam	450	100.0		

Tablo 5.24'te görüldüğü üzere katılımcıların % 3.3'ü aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyinin çok düşük olduğunu, % 12.2'si aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğunu, % 33.3'ü aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyinin orta seviyede olduğunu, % 41.8'i aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu ve % 9.3'ü aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyinin çok yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Genel olarak bakıldığında katılımcıların % 50'sinin aile hekimliği sistemi hakkında oldukça bilgili oldukları görülmektedir.

6.7.2. Katılımcıların Tekrar Seçme Hakları Olması Durumunda Aile Hekimine Yönelik Tutumlarının Analizi

Katılımcılara tekrar seçme hakları olması durumunda aynı aile hekimini seçip seçmeyecekleri sorulmuştur. Tablo 5.25'te katılımcıların tekrar seçme hakları olması

durumunda aynı aile hekimini seçip seçmeyeceklerine ilişkin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmektedir.

Tablo 5.25. Katılımcıların Tekrar Seçme Hakları Olması Durumunda Aynı Aile Hekimini Seçip Seçmeyeceklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Seçenekler	Frekans	% Yüzde	Ortalama	St. Sapma
<i>Kesinlikle tercih etmem</i>	23	5.1	3.25	1.122
<i>Tercih etmem</i>	104	23.1		
<i>Kararsızım</i>	126	28.0		
<i>Tercih ederim</i>	130	28.9		
<i>Kesinlikle tercih ederim</i>	67	14.9		
Toplam	450	100.0		

Tablo 5.25'te görüldüğü üzere katılımcıların % 5.1'i tekrar seçme hakları olması durumunda aynı aile hekimini kesinlikle tercih etmeyeceklerini, % 23.1'i tercih etmeyeceklerini, % 28.0'ı aynı aile hekimini tercih edip etmeme konusunda kararsız olduklarını, % 28.9'u aynı aile hekimini tercih edeceğini ve % 14.9'u kesinlikle aynı aile hekimini tercih edeceğini belirtmiştir.

6.7.3. Katılımcıların Aile Hekimlerini Çevrelerindeki Bireylere Tavsiye Edip Etmediklerine İlişkin Tutumlarının Analizi

Katılımcıların aile hekimlerine yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla üçüncü olarak aile hekimlerini çevrelerindeki bireylere tavsiye edip etmedikleri sorulmuştur. Tablo 5.26'da katılımcıların aile hekimlerini çevrelerindeki bireylere tavsiye edip etmediklerine ilişkin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmektedir.

Tablo 5.26. Katılımcıların Aile Hekimlerini Çevrelerindeki Bireylere Tavsiye Edip Etmediklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Seçenekler	Frekans	% Yüzde	Ortalama	St. Sapma
<i>Kesinlikle tavsiye etmem</i>	16	3.6	3.59	.935
<i>Tavsiye etmem</i>	36	8.0		
<i>Kararsızım</i>	123	27.3		
<i>Tavsiye ederim</i>	217	48.2		
<i>Kesinlikle tavsiye ederim</i>	58	12.9		
Toplam	450	100.0		

Tablo 5.26'da görüldüğü üzere katılımcıların % 3.6'sı aile hekimlerini çevrelerindeki bireylere kesinlikle tavsiye etmeyeceklerini, % 8.0'ı tavsiye

etmeyeceklerini, % 27.3'ü aile hekimlerini çevrelerindeki insanlara tavsiye edip etmeme konusunda kararsız olduklarını, % 48.2'si aile hekimlerini çevrelerindeki insanlara tavsiye ettiklerini ve % 12.9'su aile hekimlerini çevrelerindeki insanlara kesinlikle tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir.

6.7.4. Katılımcıların Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi İle İlgili Düşüncelerinin Analizi

Katılımcıların aile hekimlerine ilişkin tutumlarını ortaya koymak amacıyla aile hekimlerinin bilgi düzeyi ile ilgili düşünceleri sorulmuştur. Tablo 5.27'de katılımcıların aile hekimlerinin bilgi düzeyi ile ilgili düşüncelerine ilişkin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmektedir.

Tablo 5.27. Katılımcıların Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi İle İlgili Düşüncelerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Seçenekler	Frekans	% Yüzde	Ortalama	St. Sapma
<i>Çok düşük</i>	3	.7	3.79	.847
<i>Düşük</i>	30	6.7		
<i>Orta</i>	110	24.4		
<i>Yüksek</i>	222	49.3		
<i>Çok yüksek</i>	85	18.9		
Toplam	450	100.0		

Tablo 5.27'te görüldüğü üzere katılımcıların % 0.7'si aile hekimin bilgi düzeyinin çok düşük olduğu, % 6.7'si aile hekimin bilgi düzeyinin düşük olduğu, % 24.4'ü aile hekimin bilgi düzeyinin orta derecede olduğunu, % 49.3'ü aile hekimin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu ve % 18.9'u aile hekimin bilgi düzeyinin çok yüksek olduğunu belirtmiştir.

6.8. Değişkenler Arasındaki İlişkilerin Analizi

Bu kısımda, araştırmanın bağımsız değişkenlerinden olan katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları, aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ve bu algıların aile hekimlerine yönelik tutumlarına etkileri incelenecektir. Araştırmada katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları, aile hekimliği sisteminden memnuniyet, fiziksel donanım ve olanaklar ve sistemin hastaya sağladığı kolaylık faktörü olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ise aile hekiminden

memnuniyet ve aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet olmak üzere iki faktör altında toplanmıştır. Katılımcıların aile hekimlerine yönelik tutumları ise aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgi düzeyleri, tekrar seçme hakları olması durumunda aynı aile hekimini tercih edip etmeyecekleri, aile hekimini çevrelerindeki bireylere tavsiye edip etmedikleri ve aile hekimlerinin bilgi düzeyi ile ilgili düşünceleri olmak üzere dört başlık altında ifade edilmiştir.

Korelasyon analizinde, iki değişken arasındaki ilişkinin veya bağımlılığın şiddetini belirlemeye yönelik bir analiz tekniğidir (Nakip, 2006:342). Korelasyon analizi neticesinde hesaplanan korelasyon katsayısı r ile gösterilir ve -1 ile $+1$ arası değerler alabilir. Katsayının $+1$ olması iki değişken arasında mükemmel bir ilişkinin (x değeri bir birim artarken y değeri de bir birim artmaktadır) olduğunu göstermektedir. “ r ” katsayısının -1 olması ise iki değişken arasında mükemmel bir ilişkinin olduğunu fakat ilişkinin ters yönde olduğu (x değeri bir birim artarken y değeri de bir birim azalmaktadır) anlamına gelmektedir (Altunışık ve diğ., 2007:200).

Korelasyon katsayısının hesaplanması aşağıdaki gibidir.

$r = 0$ ise, X ve Y arasında korelasyon yok

$0.00 < r \leq 0.25$ ise çok zayıf pozitif korelasyon,

$0.26 \leq r \leq 0.48$ ise zayıf pozitif korelasyon,

$0.50 \leq r \leq 0.69$ ise orta dereceli pozitif korelasyon,

$0.70 \leq r \leq 0.89$ ise kuvvetli pozitif korelasyon,

$0.90 \leq r < 1$ ise çok kuvvetli yüksek pozitif korelasyon,

$r = 1$ ise tam pozitif korelasyon var demektir (Nakip, 2005:243).

Öte yandan, analiz sonucundaki sig. değeri çıkan sonucun önemli olup olmadığını göstermektedir. Sig değeri $0,05$ 'ten büyükse sonuç önemli değildir. Sig değeri $0,05$ 'ten küçükse sonuç önemlidir. Değişkenleri faktörlere göre gruplandırarak yapılan korelasyon analizinde, veriler arasındaki ilişkinin anlamlılık düzeyi ($p=0,01$ veya $0,05$) olarak ele alınmıştır.

6.8.1. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıları İle Aile Hekimlerine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizi

Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ve aile hekimlerine yönelik tutumlarına arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Bu ilişkiyi ölçmek amacıyla oluşturulan hipotezler şu şekildedir;

H₀: Aile hekimliği sistemine ilişkin algılar ile aile hekimine yönelik tutumlar arasında ilişki yoktur.

H₁: Aile hekimliği sistemine ilişkin algılar ile aile hekimine yönelik tutumlar arasında ilişki vardır.

Tablo 5.28’de araştırmanın bağımsız değişken olan aile hekimliği sistemine yönelik algılar ile bağımlı değişkenlerinden birisi olan aile hekimlerine yönelik tutumların boyutları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 5.28. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıları İle Aile Hekimlerine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizi

Nonparametrik Korelasyon						
			<i>Hasta Bilgi Düzeyi</i>	<i>Tekrar Tercih Etme</i>	<i>Tavsiye Etme</i>	<i>Hekim Bilgi Düzeyi</i>
Spearman's rho	<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet</i>	Correlation Coefficient	,136**	,227**	,346**	,290**
		Sig. (2-tailed)	,004	,000	,000	,000
	<i>Fiziksel donanım ve olanaklar</i>	Correlation Coefficient	,117*	,222**	,232**	,274**
		Sig. (2-tailed)	,013	,000	,000	,000

** 0.01 anlamlılık düzeyine göre (2-yönlü)

* 0.05 anlamlılık düzeyine göre (2-yönlü)

Analiz sonucunda değişkenler arasındaki ilişkiler incelenerek aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

- Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade eden faktörlerden birincisi olan “Aile hekimliği sisteminden memnuniyet” boyutuna ilişkin Spearman korelasyon değerleri sırasıyla hasta bilgi düzeyinde $r = .136$, tekrar tercih etme tutumunda $r = .227$, tekrar tavsiye etme tutumunda $r = .346$ ve hekim bilgi düzeyi boyutunda $r = .290$ çıkmıştır. Yani katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasında “Aile hekimliği sisteminden memnuniyet”

boyutunda çok zayıf pozitif korelasyon bulunmaktadır. Ayrıca aile hekimliği sistemine yönelik algılar ile aile hekimlerine yönelik tutumlar arasındaki analizde sig. değerleri .005'ten küçük çıkmıştır. Yani değişkenler arasındaki korelasyon .001 düzeyinde anlamlıdır.

- Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade eden faktörlerden ikincisi olan “Fiziksel donanım ve olanaklar” boyutuna ilişkin Spearman korelasyon değerleri sırasıyla hasta bilgi düzeyinde $r = .117$, tekrar tercih etme tutumunda $r = .222$, tekrar tavsiye etme tutumunda $r = .232$ ve hekim bilgi düzeyi boyutunda $r = .274$ çıkmıştır. Yani katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasında “Fiziksel donanım ve olanaklar” boyutunda çok zayıf pozitif korelasyon bulunmaktadır. Ayrıca aile hekimliği sistemine yönelik algılar ile aile hekimlerine yönelik tutumlar arasındaki analizde sig. değerleri .005'ten küçük çıkmıştır. Yani değişkenler arasındaki korelasyon .001 düzeyinde anlamlıdır.

Bu bağlamda, katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ve aile hekimlerine yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda, H_0 reddedilerek H_1 kabul edilmiştir.

6.8.2. Katılımcıların Aile Hekimlerinin Vermiş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Alguları İle Aile Hekimlerine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizi

Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ve aile hekimlerine yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır.

Bu ilişkiyi ölçmek amacıyla oluşturulan hipotezler şu şekildedir;

H_0 : Aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılar ile aile hekimine yönelik tutumlar arasında ilişki yoktur.

H_1 : Aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılar ile aile hekimine yönelik tutumlar arasında ilişki vardır.

Tablo 5.29'da araştırmanın bağımsız değişkenlerinden birisi olan aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıların boyutları ile bağımlı değişken olan aile hekimlerine yönelik tutumlar arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Tablo 5. 29. Katılımcıların Aile Hekimlerinin Vermiş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algıları İle Aile Hekimlerine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki

Nonparametrik Korelasyon						
			<i>Hasta Bilgi Düzeyi</i>	<i>Tekrar Tercih Etme</i>	<i>Tavsiye Etme</i>	<i>Hekim Bilgi Düzeyi</i>
Spearman's rho	<i>Aile hekiminden memnuniyet</i>	Correlation Coefficient	,251**	,302**	,504**	,470**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet</i>	Correlation Coefficient	,125**	,186**	,271**	,221**
		Sig. (2-tailed)	,008	,000	,000	,000

** 0.01 anlamlılık düzeyine göre (2-yönlü)

* 0.05 anlamlılık düzeyine göre (2-yönlü)

Analiz sonucunda değişkenler arasındaki ilişkiler incelenerek aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

- Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılarını ifade eden faktörlerden birincisi olan “Aile hekiminden memnuniyet” boyutuna ilişkin Spearman korelasyon değerleri sırasıyla hasta bilgi düzeyinde $r = .251$, tekrar tercih etme tutumunda $r = .302$, tekrar tavsiye etme tutumunda $r = .504$ ve hekim bilgi düzeyi boyutunda $r = .470$ çıkmıştır. Yani katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasında “Aile hekimliği sisteminden memnuniyet” boyutunda “hasta bilgi düzeyi” ve “tekrar tercih etme” tutumları arasında çok zayıf pozitif korelasyon bulunmaktadır. Ayrıca, aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılar ile aile hekimine yönelik tutumlar arasında “hekim bilgi düzeyi boyutunda” zayıf pozitif korelasyon bulunurken “tekrar tavsiye etme tutumunda” orta dereceli pozitif korelasyon bulunmaktadır. Aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılar ile aile hekimlerine yönelik tutumlar arasındaki analizde sig. değerleri ise .005’ten küçük çıkmıştır. Yani değişkenler arasındaki korelasyon .001 düzeyinde anlamlıdır.
- Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılarını ifade eden faktörlerden ikincisi olan “Aile hekiminden

alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet” boyutuna ilişkin Spearman korelasyon değerleri sırasıyla hasta bilgi düzeyinde $r = .125$, tekrar tercih etme tutumunda $r = .186$, tekrar tavsiye etme tutumunda $r = .271$ ve hekim bilgi düzeyi boyutunda $r = .221$ çıkmıştır. Yani katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasında “Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet” boyutunda çok zayıf pozitif korelasyon bulunmaktadır. Ayrıca, aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılar ile aile hekimlerine yönelik tutumlar arasındaki analizde sig. değerleri ise .005’ten küçük çıkmıştır. Yani değişkenler arasındaki korelasyon .001 düzeyinde anlamlıdır.

Bu bağlamda, katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ve aile hekimlerine yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda, H_0 reddedilerek H_1 kabul edilmiştir.

6.8.3. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine İlişkin Algıları ile Aile Hekimlerinin Vermiş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi

Bu kısımda, katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki ilişki incelenecektir. Bu ilişkiyi ölçmek amacıyla oluşturulan hipotezler şu şekildedir;

H_0 : Aile hekimliği sistemine yönelik algılar ile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılar arasında ilişki yoktur.

H_1 : Aile hekimliği sistemine yönelik algılar ile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılar arasında ilişki vardır.

Tablo 5.30’da katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 5.30. Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Algıları İle Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Yönelik Algıları Arasındaki İlişki

Nonparametrik Korelasyon				
			<i>Aile hekimliği sisteminden memnuniyet</i>	<i>Fiziksel donanım ve olanaklar</i>
Spearman's rho	<i>Aile hekiminden memnuniyet</i>	Correlation Coefficient	.632**	.473**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000
	<i>Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet</i>	Correlation Coefficient	.497**	.447**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000

** 0,01 anlamlılık düzeyine göre (2-yönlü)

* 0,05 anlamlılık düzeyine göre (2-yönlü)

Analiz sonucunda değişkenler arasındaki ilişkiler incelenerek aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

- Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılarını ifade eden değişkenlerden aile hekiminden memnuniyet boyutunda katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade eden faktörlerle ilişkin Spearman korelasyon değerleri sırasıyla “aile hekimliği sisteminden memnuniyet boyutunda” $r = .632$ ve “fiziksel donanım ve olanaklar boyutunda” $r = .473$ çıkmıştır. Yani katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında “aile hekimliği sisteminden memnuniyet boyutunda” ve “fiziksel donanım ve olanaklar boyutunda” orta dereceli pozitif korelasyon bulunmaktadır. Aile hekimliği sistemine yönelik algılar ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılar arasındaki analizde sig. değerleri .000 çıkmıştır. Yani değişkenler arasındaki korelasyon .001 düzeyinde anlamlıdır.
- Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılarını ifade eden değişkenlerden aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesinden memnuniyet boyutunda katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade eden faktörlerle ilişkin Spearman korelasyon değerleri sırasıyla aile hekimliği sisteminden memnuniyet boyutunda $r = .497$ ve fiziksel donanım ve olanaklar boyutunda

$r = .447$ çıkmıştır. Yani katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ile katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında zayıf pozitif korelasyon bulunmaktadır. Aile hekimliği sistemine yönelik algılar ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılar arasındaki analizde sig. değerleri $.000$ çıkmıştır. Yani değişkenler arasındaki korelasyon $.001$ düzeyinde anlamlı ve önemlidir.

Bu bağlamda, katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ve aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda, H_0 reddedilerek H_1 kabul edilmiştir.

6.9. Bulgulara ilişkin Sonuçlar

Bu kısım, araştırmaya katılan bireylerin, anket sorularına vermiş oldukları cevaplardan elde edilen bulguların değerlendirilmesini içermektedir.

- Araştırma kapsamında, 450 anket formu analize tabi tutularak verilere araştırma verileri elde edilmiştir. Bu sayı evren büyüklüğünün 201.434'ü aştığı durumlar için yeterlidir.
- Katılımcıların yaş grupları analiz edildiğinde; % 62.7'sinin (282) 30-40 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 62.7'si gibi önemli bir yüzdesinin 30-40 yaş aralığında olması aile hekimliği sistemini ve aile hekimliği sisteminden önceki sağlık sistemiyle karşılaştırma ve aile hekimliği sistemine yönelik algıların daha açık olarak ortaya konulmasına olanak vermiştir.
- Araştırmaya katılanların meslek grupları incelendiğinde ise % 23.1'inin (104) kamu çalışanı olduğu, % 24.0'ının (108) özel sektör çalışanı olduğu ve % 52.9'unun (238) serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür. Serbest meslek çalışanlarının oranının yüksek çıkmasında ev hanımları ve esnafların bu gruba dahil olmaları etkili olmuştur.
- Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde, 46.4'ünün (209) 803 TL ve altı gelire sahip olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi asgari ücretin altı olan katılımcıların oranının yüksek olmasında ev hanımlarının bu gruba dahil olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

- Katılımcıların rahatsızlık hissetmeleri durumunda tedavi amaçlı ilk başvuru noktaları incelendiğinde, katılımcıların % 31.3'ünün (141) rahatsızlık hissetmeleri durumunda ilk başvurdukları noktanın aile hekimi olduğu görülmüştür. Aile hekimine başvuran hasta sayısının yaklaşık olarak 1/3 olması uygulamanın etkili olduğunu göstermektedir.
- Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarına ilişkin yapılan faktör analizi sonucunda, katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade eden iki faktör olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade eden birinci faktör aile hekiminden sağlık hizmeti alan hastanın “aile hekimliği sisteminden memnuniyeti” faktörü olarak isimlendirilmiştir.
- Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algılarını ifade eden aile hekimliği sistemi ile hastalara sunulan imkânların fiziksel yeterliliğini ifade etmektedir. Bu faktör “fiziksel donanım ve olanaklar faktörü” olarak isimlendirilmiştir.
- Katılımcıların aile hekimlerinin vermiş oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarına ilişkin faktör analizinde iki faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır.
- Katılımcıların aile hekimlerinin vermiş oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarını ifade eden birinci faktör “Aile hekiminden memnuniyet faktörü” olarak isimlendirilmiştir.
- Katılımcıların aile hekimlerinin vermiş oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarını ifade eden ikinci faktör “Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet faktörü” olarak isimlendirilmiştir.
- Demografik özelliklere yönelik yapılan farklılık analizi sonucunda, katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında farklılık bulunmamaktadır.
- Katılımcıların aile hekiminin vermiş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılarda ise aile hekiminden memnuniyet boyutunda, cinsiyete göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlere yönelik algılar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.
- Katılımcıların yaşları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

- Katılımcıların yaşlarına göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet boyutunda farklılık bulunmamaktadır.
- Katılımcıların öğrenim durumlarına göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.
- Katılımcıların öğrenim durumlarına göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları iki boyutta da farklılık Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.
- Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıkları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.
- Katılımcıların meslek durumlarına göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.
- Katılımcıların mesleklerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları farklılık göstermektedir.
- Katılımcıların gelir düzeylerine göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları farklılık göstermektedir.
- Katılımcıların gelir düzeylerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları farklılık göstermektedir.
- Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihlerine göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları aile hekimliği sisteminden memnuniyeti boyutunda farklılık göstermektedir.
- Katılımcıların rahatsızlıkları durumunda ilk tercihlerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları aile hekiminden memnuniyet boyutunda farklılık göstermektedir.
- Katılımcılardan aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, % 33.3'ü aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyinin orta seviyede olduğu, % 41.8'i aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.
- Katılımcılara tekrar seçme hakları olması durumunda aynı aile hekimini seçip seçmeyeceklerine ilişkin bilgiler incelendiğinde, % 23.1'inin aynı aile hekimini tercih etmeyecekleri, % 28.0'ının aynı aile hekimini tercih edip

etmeme konusunda kararsız oldukları, % 28.9'unun aynı aile hekimini tercih edecekleri görülmüştür.

- Katılımcıların aile hekimlerine yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla aile hekimlerini çevrelerindeki bireylere tavsiye edip etmediklerine ilişkin bilgiler incelendiğinde, % 8.0'ının aile hekimini çevrelerinde bulunan insanlara tavsiye etmedikleri, % 27.3'ünün aile hekimlerini çevrelerindeki insanlara tavsiye edip etmeme konusunda kararsız oldukları, % 48.2'sinin ise aile hekimlerini çevrelerindeki insanlara tavsiye ettikleri görülmüştür.
- Katılımcıların aile hekimlerine ilişkin tutumlarını ortaya koymak amacıyla aile hekimlerinin bilgi düzeyi ile ilgili düşüncelerine ilişkin cevaplar incelendiğinde, katılımcıların % 6.7'si aile hekimin bilgi düzeyinin düşük olduğu, % 24.4'ü aile hekimin bilgi düzeyinin orta derecede olduğunu, % 49.3'ü aile hekimin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu belirtilmiştir.
- Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasında "Aile hekimliği sisteminden memnuniyet" boyutunda çok zayıf pozitif korelasyon olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasında "Fiziksel donanım ve olanaklar" boyutunda çok zayıf pozitif korelasyon olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasında "Aile hekimliği sisteminden memnuniyet" boyutunda "hasta bilgi düzeyi" ve "tekrar tercih etme" tutumları arasında çok zayıf pozitif korelasyon olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasında "Aile hekiminden alınan hizmetin kalitesinden memnuniyet" boyutunda çok zayıf pozitif korelasyon olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ile aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında "aile hekimliği sisteminden memnuniyet boyutunda" ve "fiziksel donanım ve olanaklar boyutunda orta dereceli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür.

- Katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ile katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasında zayıf pozitif korelasyon olduğu görülmüştür.

6.10. Sonuçlar ve Öneriler

Araştırmanın amaçları dikkate alınarak yazılan bu bölüm, araştırma sonucunda ulaşılan bulgulara ilişkin yorum, tartışma ve araştırmanın sonuçlarını içermektedir.

6.10.1. Sonuçlar

Aile Hekimliği sisteminin doktorların sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesini amaçlayan bu araştırma, aile hekimliği sistemi uygulamasında pilot il olarak seçilen Düzce ilinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın veri toplama süreci sonunda Düzce ilini temsil edecek yeterli örnekleme sayısına ulaşılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak verilere faktör ve korelasyon analizinin yanı sıra verilerin normal dağılım göstermemeleri nedeniyle gruplar arası farklılıkları ölçmek amacıyla Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Bu araştırmada, aile hekimliği sisteminin doktorların sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesi üzerindeki etkisini belirlenmek amacıyla sağlık hizmetleri tüketicisi olan hastaların aile hekimliği sistemine ve aile hekimlerinin vermiş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları incelenmiştir. Çetinkaya ve diğ., (2013) hasta algısının ve memnuniyetinin sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden birisi olduğunu belirtmektedir. Aslan ve diğ, (2008) ise bir sağlık kurumunda müşteri memnuniyetine etki eden faktörlerden en önemlisinin algılanan kalite olduğu belirtmişlerdir.

Bu bağlamda, tüketicilerin sağlık hizmetlerine yönelik ve aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları faktör analizine tabi tutulmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda, katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları iki faktör altında toplanmıştır. Bu faktörler, aile hekimliği sisteminden memnuniyet ve fiziksel donanım ve olanaklar olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların aile hekimlerinin vermiş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları ise aile hekiminden memnuniyet ve aile hekiminin vermiş olduğu hizmetlerden memnuniyet olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri ile aile hekimliği sistemine ilişkin algıları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için

yapılan analizlerde katılımcıların cinsiyet ve yaş'a göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları farklılık göstermezken öğrenim durumu, aile hekimine gidiş sıklığı, meslekleri ve gelir düzeyleri değişkenlerinde aile hekimliği sistemine yönelik algıları farklılık göstermektedir.

Katılımcıların demografik özellikleri ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan farklılık analizleri sonucunda ise katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekiminden memnuniyetleri arasında farklılık bulunmaktadır. Katılımcıların yaşlarına göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları farklılık göstermezken öğrenim durumu, aile hekimine gidiş sıklığı, meslekleri ve gelir düzeyleri değişkenlerinde aile hekimliği sistemine yönelik algıları farklılık göstermektedir.

Katılımcıların aile hekimlerine yönelik tutumları incelendiğinde; katılımcıların % 41.8'inin aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 49.3'ü aile hekimlerinin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların % 23.1'i tekrar tercih hakkı olması durumunda aynı aile hekimini tercih etmeyeceğini, % 28.0'ı aynı aile hekimini tercih edip etmeme konusunda kararsız olduklarını ve % 28.9'u tekrar tercih hakkı olması durumunda aynı aile hekimini tercih edeceğini belirtmiştir. Bununla birlikte katılımcıların % 48.2'si aile hekimlerini çevrelerindeki insanlara tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların tekrar tercih hakları olması durumunda aynı aile hekimini tercih etme noktasındaki oranları düşük olmasına rağmen aile hekimlerini başkalarına tavsiye etme oranlarının yüksek çıkması farklı bir sonucu ifade etmektedir.

Araştırmanın amaçlarından birisi olan aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasındaki korelasyon analizinde, katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerine yönelik tutumları arasında zayıf yönlü pozitif korelasyon bulunmuştur.

Araştırmanın diğer amaçlarından birisi olan aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ve aile hekimlerine yönelik tutumları arasındaki korelasyon analizinde, katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ve aile hekimlerine yönelik tutumları arasında zayıf yönlü pozitif korelasyon bulunmuştur.

Araştırmanın temel amacını teşkil eden katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizinde, katılımcıların aile hekimliği sistemine yönelik algıları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında orta dereceli pozitif korelasyon bulunmuştur.

Bu durumda, aile hekimliği sisteminin hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine tüketici açısından bakıldığında orta dereceli pozitif etki ettiği söylenebilir. Konuya ilişkin daha önce yapılan bir araştırmaya ulaşamaması araştırma sonuçlarının karşılaştırılmalı kullanılması noktasında önemli bir engel teşkil etmiştir.

6.10.2. Öneriler

Aile Hekimliği sisteminin doktorların sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesini amaçlayan bu araştırma, aile hekimliği sisteminde pilot il olarak kullanılan Düzce ilini kapsayacak şekilde yapılmıştır. Bu bakımdan araştırma sonuçları Türkiye için genellenemez. Araştırma aile hekimliği sisteminin uygulandığı diğer illerde ya da tüm Türkiye'yi temsil edebilecek bir ölçekte yapılabilir.

Bu araştırmada, aile hekimliği sisteminin doktorların sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesi üzerindeki etkisi sağlık hizmeti tüketicilerinin (hastaların) aile hekimliği sistemine yönelik algıları ve doktorların sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ölçülerek değerlendirilmiştir. Yani bu araştırmada, tüketicilerin algılarına odaklanılarak yapılmıştır. Yapılacak araştırmalarda sağlık hizmeti tüketicilerinin (hastaların) aile hekimliği sisteminden ve aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesinden algıları beklentileriyle karşılaştırılarak yani SERVQUAL hizmet kalitesi ölçüm modeli kullanılarak ölçülebilir.

Kaynakça

- Abby, G., Simon, S. ve Matthew, J. (1994). Service Quality Concepts and Models. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 11 (9), ss. 37-53.
- Ağdemir, H. (2012). Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Mersin.
- Aile Hekimliği Kanunu, (2004). 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. *Resmi Gazete*. Sayı: 25665, Cilt:5, ss. 1-44.
- Aile Hekimliği Kanunu, (2004). *Resmi Gazete*. Sayı :25665. Tertip:5, Cilt:5.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, (2010). *Resmî Gazete*. Sayı: 27591. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeli.html>. (Erişim: 10.06.2013).
- Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, (2010). *Resmi Gazete*. Sayı: 27801, Cilt:5, ss. 1-50.
- Akalın, H. E. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. *ANKEM Dergisi*. 14 (3), ss. 254-257.
- Akbolat, M. (2013). *Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, Sınıflandırılması Ve Fonksiyonları*. https://dosya.sakarya.edu.tr/Dokumanlar/2013/272/501598838_saglik_hizmetlerini_n_ozellikleri__siniflandirilmesi_ve_fonksiyonlari.pdf. Erişim: 10.06.2013.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. İlerleme Raporu. Ankara.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*. Üçüncü Baskı. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akkılıç, M. A. (2002). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Ve Elazığ’daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama (Tüketicilere Yönelik Anket Uygulaması). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 12 (1), ss. 203-218.
- Aksu, M. (2012). Hizmet Kalitesinin Bir unsuru Olarak Atmosferin Müşteri Sadakati Üzerine Etkisi: Bozcaada’daki Otellerde Konaklayan Yerli Turistler Üzerinde Bir

- Araştırma. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Balıkesir Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Turizm İşletmeciliği Ve Otelcilik Anabilim Dalı. Balıkesir.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2013). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Ve Alternatif Yöntemler. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>. Erişim: 11.06.2013.
- Akyurt, N., (2007). Hastanelerde Akreditasyon Standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Algın, K., Şahin, İ. ve Top, M. (2004). Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. Cilt:7. Sayı:3. ss. 249-275.
- Alınışık, Ü. ve Özbek, V. (2009). Otobüs işletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Kadirga Gürkan Turizm Örneği. *International Journal of Economic and Administrative Studies*. 2 (1), ss. 125-138.
- Altunışık, R., Çoşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2007). *Araştırma Yöntemleri*. 4. Baskı. Sakarya Kitabevi. Sakarya.
- Altunışık, R., Özdemir, Ş. ve Torlak, Ö. (2012). *Modern Pazarlama*. Beşinci Baskı. Değişim Yayınları. Sakarya.
- Aslan, Ş., Sezgin, M. ve Haşiloğlu, Ş. (2008). Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri Memnuniyeti Ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE)*. Sayı. 20.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2 (6), ss. 55-71.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. 1. Baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım. İstanbul.
- Avşar, N. (2010). Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Sistemi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul.

- Aydın, E. (2004). *Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi*. 1.Baskı. Natürel Kitap Yayıncılık. Ankara.
- Aymankuy, Ş. Y. (2005). Konaklama İşletmelerinde Sendikaların Hizmet Kalitesine Etkileri. *Sosyal Bilimler Dergisi*. ss. 1-22. <http://sbe.balikesir.edu.tr/dergi/edergi/c8s14/makale/c8s14m1.pdf>. Erişim: 18.06.2013.
- Aytar, G. (2007). Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Sosyal Çalışmacının Rol Ve İşlevi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Programı. Bolu.
- Bekaroğlu, Ş. B. (2005). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul’daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*. (9) ss. 18-32.
- Bielen, F. ve Sempels, C. (2002). *The Dimensionality Of The Concept Of Intangibility: A Critical Analysis*. IESEG School of Management, 3 Rue de la Digue, 59000 Lille, France.
- Bostan, S. (2009). Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi). *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Karadeniz Teknik Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. İşletme Programı. Trabzon.
- Bostanoğlu, E. (2012). Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemiyle Ölçülmesi Ve Samsun İl Özel İdaresi’nde Bir Uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ondokuzmayıs Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. İstatistik Anabilim Dalı. Samsun.
- Buller, M. K. ve Buller D. B. (1987). Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 28 (December): pp. 375-388.
- Comacho, F., Anderson, R., Safrit, A., Jones, A. S. ve Hoffmann P. (2006). The Relationship between Patient’s Perceived Waiting Time and Office-Based Practice Satisfaction. *NC Med Journal*. 67 (6), pp. 409-413.
- Çarıklı, Z.ve Sayım, F. (2005). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi.

- İstanbul Aydın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*. <http://pdf-world.net/pdf-2011/kalite-kontrol-sistemleri-pdf.pdf>. Erişim:17.06.2013.
- Çatı, K., Bilgin, Y. ve Yalman, F. (2012). Hastane Tercihlerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Düzce Örneği. *6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*. Isparta.
- Çelik, H. ve Yılmaz, S. (2011). Bilecik İlinde Aile Hekimlerinin İş Memnuniyet Düzeylerinin Performanslarına Etkisi. *III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı*. Ankara. <http://okul.selyam.net/docs/index-157155.html>. Erişim: 16.06.2013.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 66 (3), ss. 55-92.
- Çelikkol, İ. (2008). TSK Personeli Ve Ailelerinin Aile Hekimliğine Bakışı. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Ankara.
- Çetinkaya, F., Baykan, Z. ve Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 12 (1), ss. 49-56.
- Çom, S., Üstü, Y. ve Artantaş, A. B. (2011). *Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti*. <http://www.ankamedicaljournal.com/theme/pdfmakale/21/makale1.pdf>. (10.06.2013).
- Çölgeçen, Y. (2012). Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından Önemi: Uşak İlinde Bir Araştırma. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Yalova.
- Dedeoğlu, N. (2003). Özgürlük bol parası olan için var. Türkiye Tabipler Birliği. *Tıp Dünyası Dergisi*. Sayı: 108. <http://www.ttb.org.tr/TD/TD108/19.php>. (Erişim: 10.06.2013).
- Devebakan, N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8(1), ss.120-149.
- Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu

- Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 5 (1), ss. 38-54.
- Dikici, M. F. ve diğ., (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Tıbbi Eğitim Dergisi*. Sayı: 27, ss. 412-418.
- Donabedian, A. A. (2000). *Definition of Quality and Approaches to Its Assessment: Exploration in Quality Assessment and Monitoring*. Health Administration Press. USA.
- Dursun, Y. ve Çerçi, M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. Sayı: 23, ss. 1-16.
- Emanet, H. (2007). EFQM Mükemmellik Modeli İle Kamu Sektöründe Özdeğerleme Çalışmaları Üzerine Bir Saha Çalışması. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 8 (1), ss. 67-95.
- Eroğlu, E. (2005). Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*. 34 (1), ss. 7-25.
- Eroğlu, O. (2006). *Eğitimde Araştırma Yöntemleri*. <http://80.251.40.59/education.ankara.edu.tr/aksoy/eay/eay/b0506/oeroglu.doc>. Erişim: 22.06.2013.
- Ersöz, S., Pınarbaşı, M., Türker, A.K. ve Yüzükırmızı, M. (2009). Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal eşitlik Modelleri ile Analizi: Öğretmenevi Uygulaması. *Int J.Eng Research & Development*. 1 (1), ss. 19-27.
- Esatoğlu, E. A. (1997). Hastanelerde Hasta Tatminin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Eyler, N. (2011). Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Ankara.
- Fişek, N. (1982). Modern Yönetim Semineri. Türk-İşYayınları:144. Ankara.

- Fochsen, G., Deshpande. K. ve Thorson A., (2006). Power Imbalance and Consumerism in the Doctor-Patient Relationship: Health Care Providers' Experiences of Patient Encounters in a Rural District in India, *Qual Health Res.* 16: 1236.
- Görgün, H. (2009). Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Çanakkale.
- Haberal, E. B. (2012). Hasta Ve Refakatçi Tatmini: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.* Başkent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı. Ankara.
- Hinrichs, H. ve Aden, T. (2001). An ISO 9001:2000 Compliant Quality Management System for Data Integration in Data Warehouse Systems. Proceedings of the International Workshop on Design and Management of Data Warehouses (DMDW'2001) Interlaken. Switzerland.
- İnce, T. (2012). Türkiye'de Sağlık Sisteminin Analizi Ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.* Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı. Edirne.
- İslamoğlu, A. H. (2003). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Beta Basım Yayıncılık. İstanbul.
- Johnson, M. R., Singh, J. A., Stewart, T. ve Gıoe, T. J. (2011). Patient Understanding and Satisfaction in Informed Consent for Total Knee Arthroplasty: A Randomized Study. *Arthritis Care & Research.* 63 (7), pp. 1048–1054. DOI 10.1002/acr.20475.
- Kalaycı, Ş. (2008). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri.* Asil Yayıncılık. Ankara.
- Karabulut, B. A. (2013). Sağlıkta Kalite Yönetimi. http://www.malatyaguncel.com/author_article_print.php?id=921. Erişim: 10.06.2013.
- Karadağ, Z. (2007). Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi. Gazi Üniversitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı. Ankara.

- Karagan, E. (2008). Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Karasar, N. (2005). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 15. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara.
- Kavuncubaşı, Ş. (2005). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitapevi. Ankara.
- Kaygın, N. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti Ve Hasta Hemşire İlişkileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul.
- Kılıç, S. (2006). Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Kocaeli Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Kocaeli.
- Kılınç, C. Ç. (2005). Sağlık Sektöründe Faaliyette Bulunan Hastane İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Üzerine Bir Araştırma. *Review of Social, Economic & Business Studies*. 9 (10), ss. 309-332.
- Koçak, O. ve Tiryaki, D. (2011). Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Yıl: 10, Sayı: 19, ss. 51-84.
- Lee, B. (1998). Olağan Üstü Hizmet. *Executive Excellence*, Yıl 1, Sayı 12, ss. 6.
- Marco, A. R. (2001). Measuring and Managing Service Quality: Integrating Customer Expectations. *Managing Service Quality*. 11 (1), ss. 1-23.
- McWhinney, Ian R. (1997). *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press. pp. 13-14.
- Mesci, M. (2008). Türkiye'deki Seyahat Acentelerinde Performans Değerlendirme Yaklaşımları: A Grubu Seyahat Acentelerine Yönelik bir Alan Araştırması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Düzce Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Turizm ve Otel İşletmeciliği Anabilim Dalı. Düzce.
- Murray, C. J. L. ve Frenk, J. (2000). A Framework For Assessing The Performance of Health Systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 78 (6). pp. 717-731.

- Nakip, M. (2005). Pazarlama Araştırmalarına Giriş: SPSS Destekli. Seçkin Yayıncılık. Ankara.
- Nunnally, J. C. (1979). This Week's Citation Classic: Nunnally J C. *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill, 1967, 640 p. *Department of Psychology Vanderbilt University*. Nashville, TN 37240.
- Okumuş, A. ve Duygun, A. (2008). Eğitim Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Algılanan Hizmet Kalitesi İle Öğrenci Memnuniyeti Arasındaki İlişki. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 8 (2), ss. 17–38.
- Öcek, Z. ve Soyer, A. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi. Birinci Baskı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara.
- Özdemir, Ş., (2006). Doktorların Toplumsal İmajı: Afyon İlinde Bir Araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. ss.179-191.
- Özer, A. ve Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 5(3) ss.140-143.
- Papatya, G., Papatya, N. ve Hamşioğlu, A. B. (2012). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler*. 2 (1), ss. 87-108. http://sbe.kku.edu.tr/edergi/dergi_ocak%202012/gurcanpapatya.pdf. Erişim: 18.06.2013.
- Parasuraman, A., Zeithaml, A. V. ve Berry, L. L. (1989). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Managing Service Marketing*. (Ed: John E. G. Bateson), The Dryden Press, New York. ss. 122-136.
- Pascale, G. Romaniuk, Q. ve Romaniuk, S. (1997). Service Quality in The Australian Advertising Industry: A Methodological Study. *The Journal of Services Marketing*. 11(3), ss. 174-182.
- Peker, D. (2008). ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi. TBD Kamu-BİB Kamu Bilişim Platformu X. Belge No : TBD/Kamu-BIB/2008-ÇG1. Ankara.
- Rees C. E., Knight L. V., Wilkinson C. E., (2007). Doctors Being up There and We Being Down Here: A Metaphorical Analysis of Talk about Student/Doctor–Patient Relationships. *Social Science & Medicine*. 65, pp. 725-737.HIFTS

- Saatçi, E., İnan, M. ve Akpınar, E. (2006). Adana'dan Bir Aile Hekimliği Örneği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 10 (1), ss. 20-24.
- Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, (2011). Resmi Gazete. Sayı : 28103.Karar Sayısı: KHK/663.
- Saran, U. (2007). Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri. *Aile Hekimliği Dergisi*. Cilt: 1, Sayı: 4, ss. 10-15.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi*. Cilt:8, Sayı:3. ss. 401- 428.
- Saylan, E. S. (2013). Hasta Haklarının Hukuki Boyutu. *Askeri Yüksek İdare Mahkemesi (Ayim)*. Sayı: 20. http://www.msb.gov.tr/ayim/Ayim_makale_detay.asp?IDNO=68. Erişim: 08.06.2013.
- Solak, F. (2010). Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Kütahya.
- Söylet, Y. ve Mengü S. Ç. (2011). Doktorlara Yönelik İzlenim ve Tutum Oluşumunun; Yazılı Basında Doktorlara Yönelik Oluşturulan Söylem Bağlamında İrdelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*. ss:101-122.
- Söyleyici, T. (2010). Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Pamukkale Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı. Denizli.
- Sur, H. ve Köse, M. R. (2009). Son Günlerin Gündeminden Hiç Düşmeyen Bir Konu: Aile Hekimliği. <http://www.merih.net/m1/whaysur25.htm> (Erişim: 10.06.2013).
- Şişman, S. (2010). Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul.
- Taşlıyan, M. ve Gök, S. (2009). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/5_0.pdf. Erişim: 26.07.2013.

- Temginlioğlu, D., Atilla, E. A., Yılık, P. ve Öztürk, G. (2010). Hasta Hakları Birimine Yapılan Şikâyetlerin Değerlendirilmesi. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. Cilt I, ss. 165-179, Ankara.
- Top, M. (2003). SAI-272 Türk Sağlık Sistemi. http://www.academia.edu/2923094/Turk_Saglik_Sistemi_ve_Politikalari. Erişim:04.07.2013.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, (2013). *Neden Aile Hekimliği?*. http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=52&Itemid=211. (Erişim:10.06.2013).
- Türkiye Sağlık Sektörü Raporu (2010). Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, Yardım Destek ve Tanıtım Ajansı. Erişim:12.05.2013.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi*. http://www.thsk.gov.tr/tr/dosya/TSBS/hsbs_rehber_son.pdf. Erişim: 21.07.2013.
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. Cilt:8, Sayı:1, ss. 3-28.
- Ungan, M. ve Ceyhun, A.G. (2006). Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. *Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi*. Eylül-Ekim, Yıl:1, Sayı:1, ss.7-10.
- Ünal, A. (2011). Kamu Ve Özel Sektör Hastanelerinde Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması: Karşılaşılan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri (Malatya Örneği). *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İnönü Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Üretim Yönetim Ve Pazarlama Bilim Dalı. Malatya.
- Ünalın, P. (2004). Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri. TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Baskı, ss. 11-17.
- Varinli, İ. ve Çakır, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki-Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 17 (2), ss. 33-52.
- William S., Weinman, J. ve Dale, J. (1998). Doctor-patient Communication and Patient Satisfaction: A Review. *Family Practice*. 15, pp. 480-492.

- WONCA, (2002). Wonca Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Wonca World Family Doctors. Caring for people EUROPE, ss.2-37.
- YASED Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, (2012). Sürdürülebilir Ve Kaliteli Bir Sağlık Sektörü İçin Genel Bakış Ve Potansiyel İyileştirme Alanları. http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Content/Articles/YASED_T%C3%BCrkiye%20Sa%C4%9F%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C3%BC%20Raporu.pdf. Erişim: 16.06.2013.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Detay Yayıncılık. Ankara.
- Yıldırım, B. Z. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon. Süleyman Demirel Üniversitesi. Yayınlanmamış Tezsiz Yüksek Lisans Projesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Isparta.
- Yıldırım, H. H. (2012). *Sağlık Sigortacılığı*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını. No: 1498. 1. Baskı. Anadolu Üniversitesi Web-Ofset. Eskişehir.
- Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi. Sosyal Sektörler Ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Uzmanlık Tezi. Yayın No: DPT: 2350 Ankara.
- Zeitham, V. A., Berry, L. L. ve Parasuraman, A. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*. Vol. 60, pp. 31-46.
- Zerenler, M. ve Öğüt, A. (2006). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makaleler (07.05.2013).

Sayın katılımcı,

Bu araştırmanın amacı, aile hekimliği sisteminin doktorların vermiş olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkisini belirlemektir. Anket sorularına vereceğiniz cevaplar sadece araştırma için kullanılacaktır ve gizli tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Fuat Yalman
Düzce Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı

1.Yaşınız?

.....

2. Eğitim durumunuz?

a) Okur yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite f) Lisansüstü

3. Lütfen aile hekimine gitme sıklığınızı belirtiniz?

a) Haftada bir b) Ayda bir c) Altı ayda bir d) Yılda bir

4. Lütfen mesleğinizi belirtiniz?

.....

5. Lütfen aylık gelir miktarınızı belirtiniz?

.....

6. Herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığınızda ilk olarak hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?

1) Özel hastaneye 2) Devlet hastanesine 3) Üniversite hastanesine 4) Aile hekimliğine

7. Aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgi düzeyiniz nedir?

a) Çok düşük b) Düşük c) Orta d) İyi e) Çok iyi

8. Tercih hakkınız olsa aynı aile hekimini seçer misiniz?

a) Kesinlikle seçmem b) Seçerim c) Kararsızım d) Seçerim e) Kesinlikle Seçerim

9. Aile hekiminizi başkalarına tavsiye edermisiniz?

a) Kesinlikle tavsiye etmem b) Tavsiye etmem c) Kararsızım d) Tavsiye ederim
e) Kesinlikle Tavsiye ederim

10. Aile hekiminizin bilgi düzeyi ile ilgili ne düşünüyorsunuz ?

a) Çok düşük b) Düşük c) Orta d) İyi e) Çok iyi

<i>Aile hekimliği ile ilgili önermelere katılım düzeyinizi belirtiniz</i>	Katılım Düzeyi				
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1: Kesinlikle Katılmıyorum5: Kesinlikle Katılıyorum					
1. Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum.	1	2	3	4	5
2. Aile hekimine rahatsızlığım hakkında istediğim soruları yöneltebiliyorum.	1	2	3	4	5
3. Aile hekimime rahatsızlığım hakkında sorduğum sorulara tatminkar yanıtlar alabiliyorum.	1	2	3	4	5
4. Aile hekimime istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum.	1	2	3	4	5
5. Aile sağlığı merkezinde hastalar için gerekli tıbbi donanım yeterlidir.	1	2	3	4	5
6. Aile sağlığı Merkezinin fiziksel kapasitesi hastalar için yeterlidir.	1	2	3	4	5
7. Aile sağlığı merkezinde hastalar için gerekli olan tüm testler yapılabilmektedir.	1	2	3	4	5
8. Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum.	1	2	3	4	5
9. Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek bir uygulamadır.	1	2	3	4	5
10. Aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığına olumlu yansiyacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
11. Aile hekimliği uygulaması ile kendimin ve yakınlarımın sağlığının kontrol altında olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5
12. Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerindeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
13. Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerinde hastalara daha fazla zaman ayrılabilmesini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
14. Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminden daha iyi olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
15. Aile hekimliğinde herkesin sağlık sisteminden daha kolay ve çabuk faydalanma imkânına kavuştuğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
16. Tüm sağlık sorunlarımla ilgili öncelikle aile hekimimle görüşüyorum	1	2	3	4	5
17. Aile hekimim hastalarına yeteri kadar zaman ayırmaktadır	1	2	3	4	5
18. Aile hekimim hastalarına kaybetmemesi gereken bir müşteri gibi bakmaktadır	1	2	3	4	5
19. Aile hekiminin bakmış olduğu her hastadan ek ücret alıyor olması hizmet kalitesini olumlu etkilemektedir	1	2	3	4	5
20. Aile hekimliği sisteminden önce doktorlardan korkardım	1	2	3	4	5
21. Aile hekimliği sisteminden sonra doktorumla daha kolay diyalog kurabilimekteyim	1	2	3	4	5
22. Aile hekimliği sistemi doktorların kaba davranmalarının önüne geçmiş oldu	1	2	3	4	5
23. Aile hekimim genelde doğru yönlendirmeler yapmaktadır	1	2	3	4	5