

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**MERSİN İLİ'NDE GÖREV YAPAN AİLE SAĞLIĞI
ELEMANLARININ NİTELİKLİ HİZMET SUNUMUNDA
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ**

Sevilay GÖKÇE ÖZBİR

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Haydar SUR**

İSTANBUL, 2016

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**MERSİN İLİ'NDE GÖREV YAPAN AİLE SAĞLIĞI
ELEMANLARININ NİTELİKLİ HİZMET SUNUMUNDA
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ**

**Sevilay GÖKÇE ÖZBİR
122009458**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Haydar SUR**

İSTANBUL, 2016

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S T E Z O N A Y I

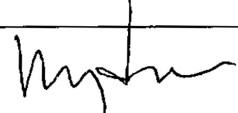
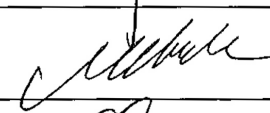

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Sevilay Gökçe Özbir
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Danışman : Prof. Dr. Haydar Sur

Öğrenci No : 122009458
Tez Savunma Tarihi : 18.03.2016
Tez Savunma Saati : 14.00

Tez Konusu : "Mersin İli'nde Görev Yapan Aile Sağlığı Elemanlarının Nitelikli Hizmet Sunumunda Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

| JÜRİ ÜYESİ | KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME) | İMZA |
|--------------------------|--|---|
| Prof. Dr. Haydar Sur | Kabul |  |
| Prof. Dr. Mithat Kıyak | kabul |  |
| Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar | Kabul |  |

| YEDEK JÜRİ ÜYESİ | KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME) | İMZA |
|------------------------|--|------|
| Prof. Dr. Dilek Öztürk | | |
| | | |

ÖZET

Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının karşılaştıkları sorunlar nitelikli hizmet sunumunu etkilemektedir. Bu araştırma, Mersin ili ve ilçelerindeki aile hekimliği birimlerinde görev yapmakta olan sözleşmeli /geçici Aile sağlığı elemanlarının karşılaştıkları sorunların nitelikli hizmet sunumunu etkileme düzeylerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının ortaya konması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Mersin ili ve ilçelerindeki 480 aile hekimliği biriminde görev yapmakta olan sözleşmeli /geçici aile sağlığı elemanları oluşturmaktadır. Örneklem ise rast gele yöntemle 163 aile sağlığı elemanı olarak belirlenmiştir. Veri toplama aracı olarak kullanılan anket, araştırmacı tarafından hizmet sunucularla yüz yüze görüşme ve gözlem yolu ile oluşturulmuştur. Verilerin analizi Statistical Package For Social Sciences 19.0 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin incelenmesinde; varyans analizi, pearson korelasyon, istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır ($p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir).

Çalışma kapsamındaki aile sağlığı elemanlarının çoğunlukla Yenişehir Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Aile Sağlığı Merkezilerinde görev yaptıkları, 7 tane aile hekimliği bulunan, B sınıfı kalite standardında olan Aile Sağlığı Merkezi'nin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aile sağlığı elemanlarının; aile sağlığı merkezlerinde kendilerine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odalarının bulunmadığı, izlemlerinde genellikle aşı odasında gerçekleştirdikleri, izlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uydukları, mesleki konularla ilgili yenilikleri hizmet içi eğitimlerle takip ettikleri, görevlerinden genellikle memnun oldukları, nöbetsiz olması nedeniyle bu görevi tercih ettikleri, önümüzdeki 1-3 yıl boyunca görevlerinden ayrılacakları, şu anda ayrılmak için alternatiflerinin olmadığı, çalışma koşullarının düzenlenmesi halinde görevlerine devam edecekleri tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, Aile sağlığı elemanı, Mesleki memnuniyet

ABSTRACT

MERSIN DETERMINATION FAMILY HEALTH STAFF WORKING PROBLEMS THEY ENCOUNTER IN THEIR QUALITY SERVICE TO THE PROVINCES

The drawbacks and difficulties confronted by family healthcare personnel employed by the Family Medical Centers influence provision and delivery of quality healthcare services. This study is conducted as a supplementary and sectional research in order to identify the levels of influence on delivery of quality healthcare due to the drawbacks confronted by contract/provisional employees working for family healthcare units providing medical services in the province of Mersin and counties and if such influences vary in accordance with socio-demographic attributes.

Contract/provisional employees working for the 480 family healthcare units providing medical services in the province of Mersin constitute the cosmos of this study. Sampling is determined by random selection of 163 family healthcare employees. The questionnaire used as a means of data collection has been created through face-to-face interviews and observations conducted between the researcher and service providers. Collected data was analyzed by using Statistical Package for Social Sciences 19.0 Package Program. Analysis of variance, Pearson correlation, statistical methods were used in data analysis. ($p < 0.05$ has been admitted as meaningful).

Family health elements included in this study mostly Akdeniz Community Health that they worked in the attached Family Health Center Center, 7 units located in family medicine, the Family Health is the B class quality standards Center has been found to be more. Health give the members of their families; Family health of their own separate inspection in center / counseling rooms where there are no follow-up in the usually realized vaccine in the room, follow protocols that comply with standardized follow-up, they follow the training service innovations related to professional issues, they are satisfied generally the task, they chose this task because of the seizure-free, they can leave their job over the next 1-3 years, in the absence of an alternative to leave at the moment, it is determined if the task will continue to regulate the working conditions.

Keywords: Family healthcare center, Family health employee, Professional satisfaction

ÖNSÖZ

Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında, “Mersin İlinde Görev Yapan Aile Sağlığı Elemanlarının; Nitelikli Hizmet Sunumunda Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi)” adını taşıyan bu çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlanmıştır. Ülkemizde, nitelikli hizmet kullanımını engelleyen sorunların belirlenmesini yarar sağlaması beklenerek, hizmet sunumuna etkisi olan faktörlere ilişkin durumların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamın her aşamasında yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen, manevi desteğini her zaman hissettiğim, proje danışmanım Sayın Prof. Dr. Haydar SUR hocama sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Sevilay GÖKÇE ÖZBİR

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Sevilay GÖKÇE ÖZBİR

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

| | |
|--|-----|
| ÖZET..... | ii |
| ABSTRACT..... | iii |
| ÖNSÖZ..... | iv |
| BEYAN..... | v |
| İÇİNDEKİLER..... | vi |
| TABLolar LİSTESİ..... | ix |
| KISALTMALAR..... | xi |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Tanımı..... | 3 |
| 2.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kuramlarının Sınıflandırılması..... | 4 |
| 2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri..... | 5 |
| 2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri..... | 6 |
| 2.2.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler..... | 7 |
| 2.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri..... | 8 |
| 2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri..... | 8 |
| 2.4. Türk Sağlık Reform Girişimlerinin Tarihsel Perspektifi..... | 10 |
| 2.4.1. Kurumsallaşma Dönemi / Reform Öncesi Dönem: 1920–1960..... | 11 |
| 2.4.2. Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960–1980..... | 13 |
| 2.4.3. İkinci Dalga Sağlık Reformları: 1980–2003..... | 15 |
| 2.4.4. Üçüncü Dalga Sağlık Reformları: 2003–Günümüze Kadar..... | 15 |
| 2.5. Aile Hekimliği..... | 16 |
| 2.5.1. Aile Hekiminin Özellikleri..... | 16 |
| 2.5.2. Türkiye’de Aile Hekimliğine Geçiş Süreci..... | 17 |
| 2.5.3. Aile Hekimliği Sistemindeki Sorunlar..... | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 2.6. İş Memnuniyeti Kavramı..... | 19 |
| 2.6.1. İş Memnuniyetinin Tanımı..... | 20 |
| 2.6.2. İş Memnuniyetinin Önemi..... | 20 |
| 2.6.3. İş Memnuniyetini Etkileyen Faktörler..... | 21 |
| 2.6.3.1. İş ve Niteliği..... | 21 |
| 2.6.3.2. Yönetim ve Denetim..... | 21 |
| 2.6.3.3. Ücret..... | 22 |
| 2.6.3.4. Gelişme ve Yükselme İmkânları..... | 22 |
| 2.6.3.5. Çalışma Şartları..... | 23 |
| 2.6.3.6. Birlikte Çalışılan Kişiler..... | 23 |
| 2.6.3.7. Örgütsel Ortam..... | 23 |
| 2.6.4. İş Memnuniyeti Kuramları..... | 23 |
| 2.6.4.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı..... | 24 |
| 2.6.4.2. Herzberg'in Çift Faktör Kuramı..... | 25 |
| 2.6.4.3. Adams'ın Eşitlik Kuramı..... | 27 |
| 2.6.4.4. David McClelland'ın Başarma İhtiyacı Kuramı..... | 28 |
| 2.6.4.5. V.H Vroom'un Beklenti Kuramı..... | 29 |
| 2.6.4.6. Adelfer'in VİG (ERG) Kuramı..... | 29 |
| 2.6.5. İş Memnuniyetinin Sonuçları..... | 29 |
| 2.6.5.1. İş Memnuniyeti ve Performans..... | 30 |
| 2.6.5.2. İş Memnuniyeti ve Verimlilik..... | 30 |
| 2.6.5.3. İş Memnuniyeti ve Tükenme..... | 30 |
| 2.6.5.4. İş Memnuniyeti ve İşgücü Devri..... | 31 |
| 2.6.5.5. İşe Geç Kalma ve Devamsızlık..... | 31 |
| 2.6.5.6. İş Memnuniyeti ve Örgütsel Bağlılık..... | 32 |
| 2.7. Sağlık Çalışanlarında İş Memnuniyeti..... | 33 |
| 2.8. Sağlık Çalışanlarının Sorunları..... | 33 |

| | |
|--|-----------|
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 35 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 35 |
| 3.2. Kullanılan Anket..... | 35 |
| 3.3. Kullanılan Yöntem..... | 35 |
| 3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı..... | 36 |
| 3.5. Araştırmanın Evreni..... | 36 |
| 3.6. Araştırmanın Örneklemi..... | 36 |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 36 |
| 3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi..... | 36 |
| 4. BULGULAR..... | 39 |
| 5. TARTIŞMA..... | 64 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 68 |
| KAYNAKÇA..... | 72 |
| EKLER..... | 80 |
| Ek 1. Anket Formu..... | 80 |
| Ek 2. Çalışma Onayı..... | 83 |
| Ek 3. Özgeçmiş..... | 84 |

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

| | |
|--|----|
| Tablo 1. Geçerlilik Analizi..... | 39 |
| Tablo 2. Güvenilirlik Analizi..... | 39 |
| Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Yaş Dağılımı..... | 39 |
| Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Demografik Bilgiler Dağılımı..... | 40 |
| Tablo 5. Bulunduğu Birimdeki Hizmet Süresi Dağılımı..... | 41 |
| Tablo 6. Aile Sağlığı Merkezi Bilgileri..... | 41 |
| Tablo 7. Aile Sağlığı Merkezi Bilgileri..... | 42 |
| Tablo 8. İzlem Bilgileri..... | 43 |
| Tablo 9. Mesleki Bilgileri..... | 43 |
| Tablo 10. Aile Sağlığı Elemanı Olarak Görev Yapma Durumundan Memnuniyet Durumu..... | 44 |
| Tablo 11. Aile Sağlığı Elemanı Olarak Görev Yapma Nedeni..... | 44 |
| Tablo 12. Nitelikli Hizmet Sunumunda Motivasyonu Olumsuz Etkileme Durumları..... | 45 |
| Tablo 13. Nitelikli Hizmet Sunumunda Motivasyonu Olumsuz Etkileme Durumları..... | 46 |
| Tablo 14. Nitelikli hizmet sunumunda motivasyonu olumsuz etkileme durumları..... | 48 |
| Tablo 15. “İzlem Protokollerinde Standardize Edilmiş İzlem Sürelerine Uyabiliyorum.” İfadesi/Yaş Dağılımı..... | 48 |
| Tablo 16. “Unvanım Ebe/Hemşire Olmasına Rağmen “ASE” Olarak Yeni Bir Unvanla Görevlendirilmem Nitelikli Hizmet Sunumunda Motivasyonumu Olumsuz Etkilemiştir” İfadesi/Yaş Dağılımı..... | 49 |
| Tablo 17. “Çalışma Koşulları Yeniden Düzenlenmiş Olsa Bu Görevde Devam Etmeyi İsterim” İfadesi/ Tahsil Durumları Dağılımı..... | 50 |
| Tablo 18. “Önümüzdeki İlk 1-3 Yıl İçerisinde Bu Görevden Ayrılabilirim” İfadesi/Unvan Dağılımı..... | 51 |
| Tablo 19. “Çalışma Koşulları Yeniden Düzenlenmiş Olsa Bu Görevde Devam Etmeyi İsterim” İfadesi /Unvan Göre Dağılımı..... | 52 |

| | |
|---|-----------|
| Tablo 20. “Hekim Başına Düşen Hasta/Başvuran Sayısının Fazla Olması Zamanı Kısıtlı Kullanmama Dolayısı İle Hizmet Sunumunda Aksamalara Neden Olması Nitelikli Hizmet Sunumunda Motivasyonumu Olumsuz Etkileyen Faktördür” İfadesi/Unvan Dağılımı..... | 53 |
| Tablo 21. “Bu Görevi Yaparken Kendimden Fedakarlık Yaptığımı Düşünüyorum İfadesi Nitelikli Hizmet Sunumunda Motivasyonu Olumsuz Etkilemektedir” İfadesi/Meslekteki Hizmet Süreleri Dağılımı..... | 53 |
| Tablo 22. “Aile Sağlığı Elemanı Olarak Kendinize Ait Ayrı Bir Muayene/ Danışmanlık Odanız Var mı ?” İfadesi/ Buldukları Birimdeki Hizmet Süreleri Dağılımı..... | 54 |
| Tablo 23. “Görev Yaptığımız ASM ’nin Kalite Standartlarına Göre Bulduğu Sınıf” İfadesi/Görev Yaptıkları ASM ’nin Bulduğu İlçe Dağılımı..... | 55 |
| Tablo 24. “Mesleki Yenilikleri Öncelikle Nasıl takip Ediyorsunuz?” İfadesi/ Görev Yaptıkları ASM’ nin Bulduğu İlçe Dağılımı..... | 56 |
| Tablo 25. “ASE Olarak Görev Yapmaktan Memnunum” İfadesi/ Görev Yaptıkları ASM’ nin Bulduğu İlçe Dağılımı..... | 57 |
| Tablo 26. “Önümüzdeki İlk-3 Yıl İçerisinde Bu Görevden Ayrılabilirim” İfadesi/Görev Yaptıkları ASM’ nin Bulduğu İlçe Dağılımı..... | 58 |
| Tablo 27. “Hasta Hakları ile İlgili Olumlu Gelişmelere Karşın "Hasta Sorumlulukları” İle İlgili Gelişmelerin Yetersiz Olması Nitelikli Hizmet Sunumunda Motivasyonumu Olumsuz Etkileyen Faktördür” İfadesi / Görev Yaptıkları ASM’ nin Bulduğu İlçe Dağılımı..... | 59 |
| Tablo 28. “Sağlıkta Ekip Anlayışı” Yerine Tüm Görev ve Sorumlulukları Tek Bir Görevli Olarak Yerine Getirmeye Çalışmam (Ebe, Hemşire, Laborant) Nitelikli Hizmet Sunumunda Motivasyonumu Olumsuz Etkileyen Faktördür” İfadesi / Görev Yaptıkları ASM’ nin Bulduğu İlçe Dağılımı..... | 60 |
| Tablo 29. “Hekim Başına Düşen Hasta/Başvuran Sayısının Fazla Olması Zamanı Kısıtlı Kullanmama Dolayısı İle Hizmet Sunumunda Aksamalara Neden Olması Nitelikli Hizmet Sunumunda Motivasyonumu Olumsuz Etkileyen Faktör” İfadesi/ Görev Yaptıkları ASM ’nin Bulduğu İlçe Dağılımı..... | 61 |
| Tablo 30. “Görev Yaptığımız ASM’ nin Kalite Standartlarına Göre Bulduğu Sınıf” İfadesi/ Görev Yaptıkları ASM’ nin aile Hekimliği Birim Sayısı Dağılımı... | 63 |

KISALTMALAR LİSTESİ

| | | |
|---------------|---|--|
| A.g.e. | : | Adı geçen eser |
| ASM | : | Aile sağlığı merkezi |
| ASE | : | Aile sağlığı elemanı |
| Bkz | : | Bakınız |
| SPSS | : | Statistical Packages for Social Sciences |

1. GİRİŞ

Sağlık birimlerinde karşılaşılan sorunların belirlenmesi, günümüz araştırmacılarının ve kuramcılarının sağladıkları destek ile örgütlerde en fazla araştırma yapılan konu olmuştur. Aile Sağlığı Merkez'lerinin yüksek bir etkinlik seviyesine gelebilmesi örgütsel ve bireysel faktörlerin etkinliğine bağlıdır. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının karşılaştıkları sorunların belirlenerek memnuniyetlerinin sağlanması konusunda pek çok örgütsel ve bireysel faktör etkindir. Bu nedenle çalışan memnuniyetine yönelik araştırmaların çoğaldığı görülmektedir. Araştırmaların çoğalması karşılaşılan sorunların ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını sağlamaktadır.

Aile sağlığı elemanlarının yaptıkları işlerinde sorunlarla karşılaşmamaları memnuniyetlerini artırmaktadır. Memnuniyetleri artan sağlık çalışanlarının yapmış oldukları kaliteli sağlık hizmeti sunumu artış göstermektedir. Sorunları azalmış aile sağlığı elemanlarının memnuniyet düzeylerinin artması işlerini severek yapmalarını sağlamaktadır. Örgütsel bağlılık ve motivasyon düzeylerinde de artış görülmektedir. Hizmet sunumları sırasında karşılaşılan sorunların fazlalığı aile sağlığı elemanlarının motivasyonlarının düşmesine, işe bağlılıklarının azalmasına, işe geç gelmelerine, devamsızlıklarına, tükenmişlik yaşamalarına neden olmaktadır. Aile sağlığı elemanlarının sorunları çözememeleri veya sağlık yöneticilerinin sorunları ortadan kaldırmamaları nitelikli sağlık sunumu yapılmasına engel olmakta ve sağlık hizmet sunumu talep edenlerin sorunları çözülememektedir.

Son yıllarda ülkemizde yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlık alanında da gelişmeler yaşanmaktadır. Bu gelişmelerin ve gelişmiş ülkelerin seviyesinde sağlık hizmet sunumu verilmesinde; sağlık politikaları belirleyicilerin büyük katkısı olmuştur. Sağlık politikalarının en önemlilerinden sayılan ve 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiş, sağlık çalışanlarının rolleri ve görev tanımlarında değişiklikler yapılmıştır. Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi, hemşire, ebe ve sağlık memurları aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilmişlerdir.

Bu çalışmada; aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının karşılaştıkları sorunların belirlenerek; nitelikli hizmet sunumuna katkı sağlanması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Bireyler ve toplumlar açısından barındırdığı nitelikler ve önemliliklerden dolayı sağlık, öncelikli olarak sağlanması gereken kapsamda bir hizmet türü olarak var olmaktadır. Günümüz kapsamında var olan farklı siyasi ve ekonomik tabanlı sistemler ile söz konusu öncelikli durum temel alınarak; ortalama hayat süresi ile beraber insani sermaye stokunun özelliklerini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerine büyük önem gösterilmektedir (1).

Kişilerin sağlıklı olma ve hayatlarını sağlıklı bir çevre dahilinde yaşayabilme hakkı, temel insani hakların başında yer almaktadır. Söz konusu bu temel hak, günümüz kapsamında kabul görmüş bütününden farklı olsa da, tarihsel anlamda insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olmaktadır. Bu yönde Hammurabi kanunları bilinen en iyi örnektir. Sağlık hususunda hizmet sağlayan hekimlerin sorumluluk kapsamlarını ve buna paralel elde edecekleri ödülleri kendi adıyla anılan kanunlarla Babil Kralı Hammurabi ele almıştır (2).

İnsanların ve toplumların sahip oldukları sağlıklarını korumak, hastalık durumlarında tedavi süreçlerini olanaklı kılmak, tam iyileşme göstermeden sakat kalanları başkalarına bağımlı olmadan hayatlarını sürdürebilir olmasını sağlamak ve toplumun genel sağlık standartlarının yükseltmek amacıyla gerçekleştirilen sistemli çalışmaların hepsi sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (3).

Sağlık hizmetlerinin meydana getirilmesi ve üretilmesinin devam ettirilmesinde ki temel amaç, toplumun genel kapsamının sağlıklı olması yönünde çaba göstermek, sağlık hakkını güvence kapsamına almak ve bireylerin söz konusu hem bu hizmeti gerçekleştiren hem de bu hizmetlerden fayda sağlayan temel üretim unsuru olarak nitelendirilmesini sağlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nun “ Sağlık hizmetleri devletin iktisadi standardının en az oranda olduğu bir ülkede bile kamu sorumluluğundadır” biçiminde bulunan açıklaması sayesinde karar alma organlarının sağlık hizmetlerinin kamusal açıdan bir tartışma unsuru olmaktan ayıran bir nitelik katmaktadır (4).

Tanım kapsamında sağlık hizmetlerini birçok farklı sağlık kurumlarında, teŖhis ve tedavi süreçlerinin sağlanabilir olması adına bireylerin mevcut sağlık durumlarının korunması amacıyla pek çok farklı sağlık profesyoneliyle gerekleŖtirilen alıŖmaların ve çabaların tümü olarak tanımlayabiliriz (5).

Farklı bir tanımda ise sağlık hizmetleri, toplumları tehdit eden hastalıkların teŖhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu dıŖında hastalıkların engellenebilir olmasını, toplumların ve kiŖilerin sağlık seviyelerinin korunarak geliŖtirilmesini ve tüm bu geniŖ kapsamlı faaliyetlerin genel olarak sağlanabilirliği olarak belirtilmiŖtir. Bireylere sağlık hizmetleri, sağlık kurumları aracılığıyla sunulmaktadır (2).

Bu kapsamda 05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin SosyalleŖtirilmesi Hususundaki kanun ile sağlık hizmetleri kapsam olarak Ŗu Ŗekilde nitelendirilmektedir: “Sağlık hizmetleri, bireyleri sağlığına zarar veren farklı birçok unsurların engellenmesi ve toplumların söz konusu bu unsurların meydana getireceği olumsuzluklardan korunmasını, hasta olan bireylerin tedavi edilmesini, fiziksel ve ruhsal melekeleri azalmıŖ olan bireylerin ise alışkanlık sağlayabilmeleri adına yapılan tıbbi temelli uygulamalardır (6).

KiŖileri hastalıklardan koruyup, hastalandıklarına ise tedavi süreçlerini sağlayarak iyileŖme kazanmalarını gerekleŖtirmek ve bu iyilik halini toplumun genel kapsamında srekliлиđini sağlamak, sağlık hizmetleri hareketleri için tanımlayıcı olarak yer almaktadır (7).

2.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kuramlarının Sınıflandırılması

Nitelik yönünden sağlık kuruluŖları farklı açılardan hizmet sağlayan iŖletmelerdir. Genel olarak sağlık hizmetleri barındırdığı amaçlara, sorunlara ve arz edilen sağlık hizmet unsurlarına göre farklı oranlarda gruplandırılmaktadır. Tüm bu kapsamda en basit ve en genel durumuyla uygun bulunmuŖ gruplandırma Ŗekillerinin hedefleri olduğundan söz edilebilmektedir (8).

Günümüzde onaylanmış sağlık hizmetleri anlayıŖı ise koruyucu, iyileŖtirici ve rehabilite edici hizmetler dâhilinde sağlığın geliŖtirilmesi için sağlanan faaliyetler olmak üzere dört grupta ele alınmaktadır (2).

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireylerin ve birey topluluklarının var ettikleri toplumların sahip oldukları sağlık seviyelerinin korunup, geliştirilmesi yönünde bireye ve çevreye dair alınacak önlemlerin hepsine karşılık gelen koruyucu sağlık hizmetleri, maliyeti düşük, etkisi yüksek oranda olduğundan dolayı tipik olarak birer kamu ekonomisi üretimi temelinde değerlendirilebilmektedir. Bu yönde toplumlarda hastalık olasılığı azalış gösterirse, toplumu var eden tüm üyeler bu durumdan herhangi bir rakip koşulu olmaksızın bundan faydalanmaktadır (9).

Kapsam olarak sağlığın korunması, hastalıkların engellenmesi ile mevcut risklerin temel oluşumunda yok edilmesi amacıyla sağlanan hizmetlerle gerçekleştirilen düzenlemeler bu grupta değerlendirilmektedir. Sağlığı koruyucu kapsamda önlemler temel olarak üç süreçte ele alınmaktadır (8).

Birincil Koruma: Kişisel ve toplumsal alan dahilinde; sağlığı geliştirmek yönünde aşılama, dengeli ve düzenli beslenme, kötü yaşam alışkanlıklarının farklılık kazandırılması, çevrenin güvenli duruma getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden olumlu bir duruma ulaşmak için gerekli önlemlerin sağlanması.

İkincil Koruma: Bireysel ve toplumsal olarak sahip olunana sağlığın bozulmasına dair erken tanı ve tedavi önlemlerinin alınması.

Üçüncül Koruma: Hastalıklar neticesinde meydana gelebilecek olan sakatlık ve kalıcı bozuklukların en az orana indirgenerek, söz konusu hastanın bu yeni duruma uyum kazanmasını sağlamak ve yaşam kalitesinin yükseltilebilir olması için gerekli önlemlerin alınması olarak değerlendirilebilir. Bu yönde tedavi edici ve sağlığı sağlayan hizmetlerin alanına dâhil olmaktadır.

Sahip olduğu fonksiyon bakımından koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyet oranlarını azaltma yönüyle; bu hizmet oluşumunun tüm toplum dâhilinde de yararlanılabilir olma niteliğine sahiptir. Koruyucu hekimlik diğer bir deyişle aile hekimliği olarak söz edilen hizmetler de ekonomik olarak kamu ekonomisi çevresine dahil olup, herhangi bir ücretlendirme içermez (9).

Kamusal özellik bakımından koruyucu sağlık hizmetleri daha fazla oranla belirgin ve yoğun bir oluşum kazanmaktadır. Bu tip malların tüketimi neticesinde meydana çıkan fayda, onu tüketen bireyi de aşarak topluma mal olmaktadır.

2.2.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık durumunun meydana gelmesinden sonra hastaların kontrol ve tedavi edilme süreçlerini kapsayan hizmetlerin tümü tedavi edici ya da tıbbi bakım hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Söz konusu bu hizmetler de kendi aralarında a) Birinci basamak tedavi hizmetleri, b) İkinci basamak tedavi hizmetleri, c) Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak ele alınmaktadır (10).

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hasta bireylerin evde ve ayakta tedavi edilme süreçlerini kapsamaktadır. Söz konusu bu hizmetler temel olarak yataksız tedavi işletmeleri ile koruyucu hizmetler dâhilinde bir bütün olarak sürdürülmektedir. Hizmetleri sağlayan birimler birinci basamak sağlık birimi ve ya kuruluşu ismiyle adlandırılmaktadır. Bu kapsamda yer alan birimler ülkemizde bulunan örnekleri: Aile Sağlığı Merkezleri, İşyeri Tabiplikleri ve muayenehaneleridir. Bunlara ek olarak da Verem Savaş Dispanserleri, Üreme Sağlığı Eğitim Merkezleri, Kanseri Erken Teşhis, Tarama Eğitim Merkezleri de (KETEM) birinci basamakta Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı hizmet sunan sağlık kuruluşları kapsamında bulunmaktadır.

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların tedavi edilme amacıyla hastaneye yatırılması sürecini kapsamaktadır. Bu hizmetleri sağlayan birimlere de ikinci basamak tedavi birimleri ve ya kuruluşları denilmektedir. Bu yönde ülkemizde ki örnekleri ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan devlet ve özel hastaneler karşılık gelmektedir.

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Nitelik ve içerik bakımından özel bir yaş grubu, cinsiyet ve ya hastalığa bağlı olarak hizmet sağlayan, alanında uzmanlaşmış personel ve teknoloji dâhilinde hizmet gösteren, yataklı tedavi kuruluşlarında faaliyet gösteren hizmetlerin tümü üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak yer almaktadır. Bu hizmetleri veren birimler ise üçüncü basamak tedavi birimleri ya da kuruluşları olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde yer alan bu kuruluşların örnekleri ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ve tüm özel dal hastaneleri olmaktadır (11).

2.2.3.Rehabilitate Edici Hizmetler

Temel olarak rehabilitasyon hizmetlerinde hastalık ve kazalar nedeniyle meydana gelen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük yaşamı zorlaştırıcı etmenlerini engellemek veya söz konusu etkiyi en az orana indirerek, bireylerin fiziksel ve manevi açıdan başkalarına bağımlı olmadan hayatlarını sürdürebilmelerini mümkün kılmak amacıyla gerçekleştirilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri; yapı ve içerik bakımından eşgüdüm ve bütünlük dâhilinde tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faktörler aracılığıyla, kaza ve hastalık nedeniyle meydana gelen sakatlanmış bireylere olanaklar temelinde, yüksek işlevsel temelli kazanımlar sağlamayı hedeflemektedir (2).

Devam ettirilen tedavi sonrası bireylerin bir bölümünde bazı organların görevlerini yerine getirmeme ya da bu organların görevlerinde güçsüzlük meydana gelebilme gibi olumsuzluk içeren sonuçlar meydana gelebilmektedir. Bu durum neticesinde bireyler günlük hayatlarının devam ettirebilmede ve işgüçlerini kullanmalarında bazı engellere maruz kalırlar. Söz konusu bu bireylere tıbbi ya da sosyal sağlık hizmetleri sunulmasıyla, günlük hayatlarının aile bireyelerine ve toplum geneline yük, kendilerine ise maruz kalmak durumunda oldukları bir problem olmadan devam ettirebilmeleri sağlanabilir. Bu tip hizmetler de kendi için ikiye ayrılmaktadır (11).

Tıbbi Rehabilitasyon: Maruz kaldığı hastalık ya da kaza neticesinde güçsüzleşen ya da kısmen işlevini kaybeden organın, farklı tıbbi yöntemler uygulanarak yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen kaybedilen organ yerine ortez-protez eklenmesi yoluyla bireye söz konusu organın görevini kısmen kazandırma yönünden hizmetlerin tümü tıbbi rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Mevcut bu hizmetler sonucunda bireyler belirli bir orana kadar kısıtlı bir şekilde de olsa günlük hayatlarını sağlayabilme olanağına erişmektedirler (11).

Sosyal Rehabilitasyon: Bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklarını kaybetmeleri sebebiyle geçimlerini sağlayabilecek bir iş bulmaları zorluluk içermektedir. Ancak yaşamlarını ailelerine ve topluma yük olmadan sürdürebilmeleri sahip oldukları durumlarına göre bir işe girebilmelerine bağlıdır. Yine aynı kapsamda önceden sağlıklı olan ve iş gören bireylerin daha sonra herhangi bir hastalık ya da kaza

neticesinde engelli duruma gelmesi sebebiyle, kendisine gerçekleştirebileceği bir işin sağlanması ihtiyacı var olur. Doğuşta ya da sonradan hiç çalışmayacak koşulda bulunan bireylerin bir kurum dâhilinde tedavi edilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Söz konusu bu ve benzeri tip hizmetlerin tümü toplumsal rehabilitasyon hizmetleri adıyla tanımlanmaktadır. Bu tip hastalıkları gidermek yönünde toplumsal rehabilitasyon hizmetlerini sunacak belirli toplumsal kuruluşlara ve örgütlenmelere ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal hizmetler kurumları ve personellerince bu hizmetler yerine getirilmektedir (11).

Buna rağmen tıbbi sağlık işlemleri ise sağlık sektörü ve çalışanlarınca sağlanmaktadır.

2.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Toplum dâhilinde ki sağlıklı kişilerin sağlık şartlarını daha yüksek orana ulaştırılması için sağlanan hizmetleri kapsayan; sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, temel sorumluluk yönü birincil olarak kişilere aitlik göstermektedir. Bedensel ve zihinsel olarak sahip olunan sağlık durumlarının düzeltilip, yaşam koşullarının yükseltilerek var olan yaşam süresinin uzatılmasını amaçlayan sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, günümüzde pek çok hastalık sahibi bireyin; sonradan edinmiş oldukları zararlı yaşam alışkanlıklarından kaynaklanması nedeniyle önem taşımaktadır (2).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Ekonomik olarak üretilen mal ve hizmetlerden; sağlık hizmetlerini farklı kılan birtakım nitelikler var olmaktadır. Söz konusu bu niteliklerden dolayı sağlık hizmetleri genel olarak kar amaçlı var olmayıp, sosyal amaçlı olarak değerlendirilirler. Bu temelde sağlık hizmetlerinin niteliklerini şu şekilde sıralayabiliriz;

Sağlık hizmetlerinin birinci özelliği: sağlık hizmetleri yarı oranlı kamusal mal ve dışsallık tipi özellikler barındıran hizmetlerdir. Bu yönde sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal olmasının sebebi ise hem bu hizmetlerin bireylere özel yönde yarar sağlaması hem de topluma dışsal fayda getirmesi olarak açıklanabilir. Kişiler muayene, teşhis ya da tedavi olarak sağlık hizmetlerinin tüketiminden bireysel açıdan bir fayda elde ederken, toplum yönünde ise sağlıklı kişilerin artış göstermesi de toplumsal anlamda sosyal bir fayda gerçekleştirir. Özel mal, tam kamusal mal ve hizmetlerin

niteliklerini beraber barındırması sonucu, bu mal ve hizmetlere “karma mallar” olarak da denilmektedir. Söz konusu bu tür kamusal mal ve hizmetler bölünebilir ya da pazarlanabilir nitelikleri sebebiyle özel mala benzerlik taşıırken, birlikte tüketim imkânı meydana getirmesi ve yoğun dışsal ekonomiler yayması sebebiyle, tam kamusal mal özelliği içermektedir (12).

İkinci özelliği ise sağlık hizmetlerinin erdemli (merit) mal olma niteliğine sahip olmasını iletmesidir. Bu yönde bir anlayışa göre, özel mal ve hizmetlerin belli bir bölümünün çok önemli olduğu düşüncesinden yola çıkarak, bu özel mal ve hizmetlerin piyasa mekanizması tarafından meydana getirilip satılmasıyla beraber, buna ek olarak kamu ekonomisinde finansmanı sağlanıp ve üretilmesi kabul edilmektedir (13).

Toplumsal yönden önemlilik gösteren ve piyasa ekonomisi tarafından yeterli oranda üretilmeyen erdemli mal ve hizmetlerin kamu ekonomisi tarafından üretilmesi zorunluluk içeren bir durum oluşturmaktadır. Söz konusu bunun tam tersi bir durumda çok büyük toplumsal tabanlı problemler meydana çıkabilir. Erdemli mal ve hizmetlere örnek olarak yerleşim imkânlarının sağlanması ile arttırılması, kamu sağlık tesisleri ve sağlık hizmetleri, düşkünlere, engellilere, yaşlılara ücretli ya da düşük ücretli sağlık ve tedavi imkânlarının sağlanması olarak sıralanabilir (14).

Sağlık hizmetlerinin üçüncü özelliği ise herhangi bir durumda ertelenmeme ve farklı bir nitelikle ihtiyacının karşılanamaması olmasıdır. Bu yönde herhangi bir sağlık hizmetlerinin farklı bir sağlık hizmetinin yerine geçmesi imkânsızdır. Sonuç olarak bu durum da sağlık hizmetlerinin ikame edilemezlik koşunla denk gelmektedir. Bununla beraber sağlık hizmetleri özelliği dâhilinde, bireylerin ekonomik ve diğer sebeplerle söz konusu olan isteklerin ertelemeleri süreçleriyle hizmetlerin geciktirilmeleri olanaklı bulunmamaktadır (15).

Dördüncü özelliği olarak ise sağlık hizmetlerine var olan talebin belirsiz olmasıdır. Sağlıkla ilgili taleplerin ne zaman meydana geleceği önceden tahmin edilmesi oldukça güçtür. Bu sebeple de sağlık sektöründe sağlık hizmetlerini arz edenler ve talep edenler yönünden sorunlar doğurmaktadır. Talep edecek olan tüketicinin meydana gelecek olan hastalık durumu için belirli bir oranda kaynağı önceden bulundurulup bulundurmamasının yanı sıra, arz edenler yönünden ise, üretim oranının belirlenmesi hususunda bir belirsizlik durumu söz konusudur. Bu belirsizliği çözebilmek amacıyla sağlık sigortası sistemi meydana getirilerek geliştirilmiştir. Sağlık

sigortası, sağlık talebindeki belirsizliği gidermek amacıyla sağlık hizmeti yönünden pazar durumlarını garantileyici bir konum oluşturur (16).

Sağlık hizmetlerinde tekelleşmenin gerekliliği ise beşinci özelliği oluşturmaktadır. Sağlık sektöründe var olan bilgi eksikliğinin rekabet durumunu aksatması sebebiyle üreticilere bir anlamda tekelleşme imkânı oluşturmaktadır. Bu durum devlet imkanıyla müdahalenin zorunluluğuna atmosfer oluşturmaktadır. Örnek olarak, sağlık hizmetlerinin belli merkezlerde daha az sayıda kurulmuş hastanelerde toplanarak, tedavi ücretlerinin düzenlenmesinin devletçe yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin altıncı özelliği ise, beşeri sermayeye katkı oluşturma ve sağlama özelliğini içermesidir. Sağlık hizmetleri bir ulusun insanların genel sağlık seviyeleri ve dolayısıyla verimlilik seviyelerini de yükseltmek yoluyla toplumsal kalkınmaya katkı oluşturur (13).

Sağlık hizmetlerinde talep edilen bilgi yetersizliğinin var olma durumu ise sağlık hizmetlerinde yedinci özelliği oluşturmaktadır. Serbest piyasa koşullarında tüketici bireyler genellikle üretilen mal ve hizmetler hakkında kesin ve net bilgilere sahip olmaktadır. Fakat sağlık hizmetlerinde durum farklılık göstermektedir. Bunun nedeni ise gerekli olan bilgiye sadece alanında uzmanlaşmış işgörenlerin sahip olmasıdır. Doktora muayene olma hususunda; hastalar ilk kararı kendisi alır fakat hizmetten ne kadar fayda sağlayacağı hususunda ki kararı hasta değil doktor gerçekleştirir. Son özelliği ise sağlık hizmetlerinin fiyatların gerçek maliyetleri yansıtmaması olarak iletilebilir. Herhangi bir fiyat biçilemeyen ve bundan dolayı iktisadi ölçütlerden farklı olarak değerlendirilmesi gereken bir hizmet olmasıyla sağlık ayrıcalık gösterebilmektedir (17).

2.4. Türk Sağlık Reform Girişimlerinin Tarihsel Perspektifi

Tarihsel olarak Türk sağlık reform girişimlerinin süreçlerini, kurumsallaşma dönemi/ reform öncesi dönem: 1920–1960, birinci dalga sağlık reformları: 1960–1980, ikinci dalga sağlık reformları: 1980–2003 ile üçüncü dalga sağlık reformları: 2003-günümüze kadar olan dönemleri dört ana grupta ele almak ve incelemek mümkündür. Söz konusu bu başlıklara dair ayrıntılı bilgilere aşağıda değinilmektedir (11).

2.4.1. Kurumsallaşma Dönemi / Reform Öncesi Dönem: 1920–1960

Yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin ilk sağlık bakanı 1921 yılında Dr. Refik Saydam olmuş ve 1946 yılına kadar birçok farklı hükümetlerde sağlık bakanlığı görevini devam ettirmiştir. Bu dönemde sağlık bakanı, sağlık sistemi için önleme hedefli sağlık hizmetlerinin merkezi yönetim aracılığıyla, tedavi sağlık hizmetleri için de yerel yönetimler aracılığıyla sürdürülmesinin gerekliliği üzerinde durmuştur (11).

Aynı dönemde gerçekleştirilen yasal düzenlemeler ile söz konusu bir hastalık durumunu engellemeye dair hedeflenen koruyucu sağlık hizmetleri için hukuki bir temel oluşturularak, devletin görev alanları kapsamına alınmıştır. Ayrıca bununla beraber tedavi edici sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler dâhilinde geliştirilebilmesi hususunda idareler tarafından yeni sağlık kurumlarının açılmasına destek olunmuştur. Söz konusu bu anlamda ihtiyaçlar dâhilinde 5 farklı şehirde Numune Hastanesi açılıp, tedavi edici sağlık hizmetlerinin teşvik edici atmosferi amaçlanmıştır (18).

Hastanelerde ihtiyaç duyulan sağlık çalışanlarını karşılayabilmek için 1925 yılında da tıp fakültesi mezunlarına zorunlu hizmet uygulaması şartı getirilmiştir ve bu sayede hem personel gereksinimi karşılanıp hem de topluma sunulan sağlık hizmetlerinin verimliliğinin yükseltilebilmesi gerçekleştirilmiştir. Buna ek olarak ise 11 Nisan 1928 tarihinde yürürlüğe giren “ Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ile sağlık çalışanlarının yetki, görev ve yükümlülükleri netlik kazandırılmış ve bu şekil hizmet tiplerinin yasal standartları oluşturulmuştur. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 24 Nisan 1930 tarihinde yürürlüğe konulup, söz konusu kanun kapsamında ülkenin genel sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve halkın sağlığını olumsuz yönde etkileyen her tip hastalık ve hususlarla mücadele edilmesi bir devlet hizmeti olarak vurgulanmıştır (11).

1936 yılında yürürlüğe konulan “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” ile merkez ve taşra örgütü yapısal oluşumunun Sağlık Bakanlığı için tamamlanması gerçekleştirilmiştir (19).

Devletin öncelikli olarak sağlık alanında koruyucu sağlık hizmetlerine önem verdiği uygulamalar dâhilinde 1940'lı yıllarda var olduğu görülmektedir. Özellikle İkinci Dünya Savaşı'nın etkileriyle beraber meydana gelen sıtma, tifüs ve çiçek gibi

salgın hastalıkların var olması sebebiyle “Olağanüstü Sıtma Savaş Yasası”nın çıkarılmasına neden olmuştur(18).

1946 yılında var olan beklentiler genel olarak sağlık sisteminde planlı bir döneme girilmesi yönünde bulunmaktadır. Fakat sağlık alanında gelişim sürecinin planlı yaşanması söz konusu olmamıştır. Söz edilen yıllarda koruyucu sağlık hizmetleriyle beraber tedavi edici sağlık hizmetlerinin de merkezi yönetimler tarafından karşılanır olması hedeflenmiştir (11).

1949 yılında, yüz yüze kalınan verem salgını vakalarını en az orana indirebilmek ve halkın geniş kapsamda bu hastalıktan korunabilmesi amacıyla “Verem Savaş Dispanserleri” engelleyici sağlık hizmetleri kurumları olarak görev almışlardır. Söz edilen bu kurumlar ile orta mühlette özellikle kentler kapsamında önemli gelişmeler elde edilmiştir (18).

1946 ile 1960 yılları arasındaki var olan döneme gerçek anlamda nitelik kazandıran faktör ise Demokrat Parti’nin yürüttüğü sağlık politikaları oluşturmaktadır. Söz konusu bu dönemde, hastanelerin sahip oldukları imkânların ve koşulların geliştirilmesi ve sayılarının artırılması yönünde büyük oranda çaba gösterilmiştir. Ayrıca, İşçi Sigortalıları Kurumu, 1950 yılında elde ettiği yetkilerini sağlık alanı dâhilinde aktif olarak kullanım göstermiştir (3).

1950’li yıllardan yine Demokrat Parti’sinin iktidara gelmesiyle beraber, Dr. Refik Saydam’ın temellendirdiği sağlık sistemi modeli üzerinde önemli boyutta değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Konu alınan bu değişikliklere göre, yerel idareler dâhilinde tüm hastaneler merkezi idareye devredilmiş ve hastane masraflarıyla, hizmet maliyetlerinin merkezi yönetimin genel bütçesinden karşılanmasına dair karar alınmıştır. Söz edilen iktidar döneminde Sağlık Bakanlığı illerde ve ilçelerde sayı bakımından fazla hastane ve sağlık ocağı açıp, hizmet vermeleri sağlanmıştır (19).

17 Haziran 1949 tarihi kapsamında yürürlüğe giren Emekli Sandığı Kanunuyla Maliye Bakanlığına bağlı olarak hizmet göstermeye başlayan Emekli Sandığı, devlet memurlarının devletçe sosyal güvencelerini karşılama ve garanti altına almasıyla, sosyal güvenliğin kapsam alanı biraz daha arttırılmıştır (20).

Tüm bu söz edilen değişimlere eşdeğer olarak Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF gibi uluslar arası kuruluşlara üyelik katılımı sağlanıp, bu sayede farklı diğer ülkelerde

uygulanan sağlık politikaları daha yakından incelenip, uygulamalarda var olan yeni gelişmelerin tüm yurttta gerçekleştirilmesi yönünde istişare imkânları meydana gelmiştir (21).

2.4.2. Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960–1980

17 Mayıs 1960 tarihi dâhilinde gerçekleştirilen ihtilal neticesinde ordunun yönetime el koymasıyla Türkiye'nin ekonomik, siyasi ve sosyal yaşantısında tam anlamıyla yeni bir dönem meydana gelmiştir. Söz konusu dönem kapsamında şekillendirilen temeller ise 1961 Anayasası ve yeni kurulan Devlet Planlama Teşkilatı oluşturmaktadır. Devletin ekonomik ve sosyal yaşam açısından üstleneceği roller 1961 Anayasası ile beraber yeniden tanımlanarak şekillenmiştir. Devletin katılım sağladığı ve sağlayacağı hareketlere dair düzenlemelerde sosyal devlet olgusu temel alınmıştır. Bu yönde sağlık sistemi de sosyal devlet anlayışı içerisinde kamu sektörünün etkin ve faal bir biçimde yükümlülükler alması gerektiği yönünde düşünölen alanlardan birisi durumuna ulaşmıştır (22).

1961 Anayasasının 49. Maddesinde; “Devlet, her bireyin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görebilmesini sağlayabilmekle yükümlüdür” denilerek tüm bireylerin sağlık hizmetleri sunumunun devletin sorumlulukları ve görevleri alanında olduğu tespit edilmektedir. 1961 Anayasasının 49. Maddesinde belirtildiği üzere, “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir (40) denilmekte, tüm vatandaşlara sağlık hizmetleri sunumunun devletin görevleri arasında olduğu belirtilmektedir (11).

5 Ocak 1961 tarihi kapsamında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” dahilinde de sağlık hizmetlerinden faydalanılması konusunda İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi'ne vurgu yapılmış ve sağlık hizmetlerinin sosyal adalet baz alınarak yeniden biçimlendirileceği “sosyalleştirileceği” vurgulanmıştır (41). Söz konusu bu duruma paralel olarak 1963 yılı dâhilinde yürürlüğe konulan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu Kanunu” dâhilinde her türlü sağlık hizmetinin yaygınlık kazandırılması hususuna özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülkenin her bir yanına ulaştırılmasına dair çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu yönde ayrıca söz konusu kanunla tüm sağlık hizmetlerinin devletin yükümlülüğünde olduğu ve bu sebeple sistemde devletin aktif bir biçimde görev alması gerekliliği vurgulanmıştır (23).

Sosyalleştirme 224 sayılı Kanun'a göre bireylerin sağlık sigortasıyla ödedikleri primler sayesinde kamu bütçesinden ayrılan kaynaklara ek olarak tamamen ücretsiz ve ya sağlık masraflarının bir bölümünün ödenmesine karşın her türlü sağlık hizmetlerinden faydalanmasını açıklamaktadır (3).

1961 yılında gerçekleştirilen söz konusu bu düzenlemeyle farklı bir deyişle her türden sağlık hizmetinin sunumu tek elden sağlanmak ve yürütölmek koşuluyla devlete bırakılarak, finansmanının ise ödenen sigorta primleri ile beraber bütçeden ayrılacak kaynaklar ve bireylerin ödeyecekleri katkı paylarıyla sağlanabileceği farz edilmiştir. Ayrıca bunlarla beraber, basit oranda tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmakla sorumlu sağlık ocaklarının her bir köye kurulmasıyla beraber bu şekilde hizmet sunumunun daha fazla alanda yaygınlaştırılması varsayılmıştır (24).

Sosyalleştirme faaliyetlerinin pilot uygulamasının ilk örneği ise 1963 yılında Muş ilinde sağlanmıştır. Bunu takip eden beş yıllık dönem süresince sistemin tüm ülke geneline yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Özellikle söz konusu uygulamaya başlanmasından itibaren geçen iki yıllık dönem kapsamında sosyalleştirme faaliyetleri başarıyla sağlanmıştır (25).

1966 yılına gelindiğinde ise bazı sağlık bakanlığı görevlilerinin sistemin uygulanabilir olmasına olanak sağlamamaları nedeniyle güvensizlik oluşumuna neden olmuşlar ve bu sebeple de sosyalleştirme çalışmalarından ülke genelinde oluşması hedeflenen sonuçların elde edilmesi olumsuzluk göstermeye başlamıştır (26).

1971 yılında 1479 sayılı Kanun gereği esnaf ve sanatkarlar ile diğer bağımsız işgörenlerin sosyal güvenlik dâhilinde katılım sağlayacakları yönde Bağ-Kur devreye alınmıştır. Söz edilen bu oluşum sayesinde sosyal güvenlik ve sağlık sigortası planlamasında İşçi Sigortalıları Kurumu ve Emekli Sandığı dışında üçüncü bir ana kuruluş faaliyet göstererek, sistemin çok başlılığına katkı sağlanmıştır (20).

Müşteri yerine hasta anlayışını kazandırmak ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla alanda geliştirmek hedefiyle sağlık hizmetlerinde, sağlık çalışanlarının tam zamanlı olarak görev almalarını hedefleyen "2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" 29 Haziran 1978 günü kabul edilmiştir. Söz konusu kanun ile ülke genelinde il, ilçe, bucak ve köyler 16 mahrumiyet bölgesine bölünerek,

sağlık çalışanlarının geri kalmış yörelerde görev alması için özendirici olanaklar oluşturulmuştur. Fakat bu kanun 1980 yılında yürürlükten kaldırılmıştır (27).

Anlaşıldığı gibi bahsedilen bu dönemlerde gerçekleştirilen düzenlemeler uzun sürede devamlılığı sağlanamamıştır. Bu durum, problemlere çözüm yolları sunan sağlık reformları dönemini de ardından oluşturmuştur (28).

Söz edilen yıllarda Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan çok yıllık planlar birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda ve genel kapsamda sistemin temeli dâhilinde de etkili ve yön verici bir etkide olmuştur. Bu dönemde üç adet beşer yıllık kalkınma planı uygulanıp, bu planların her birinde, sağlık konusunda gerçekleştirilecek adımlar kapsamlı bir biçimde ele alınmıştır (29).

2.4.3. İkinci Dalga Sağlık Reformları: 1980–2003

Ülkemizde sağlık reformları 1980’lerde başlayan ve halen süren bir süreç dâhilinde bulunmaktadır. Ancak bu süreci sadece ülkemiz ile sınırlandırmamak gerekmektedir. Neo-liberal ekonomi politikalarının sağlık sistemi açısından var olan etkilerinden biri olan 80’lerde ileri sürülen ve 90’larda uygulanmaya alınan sağlık reformlarıdır. Global olarak gelişmekte olan devletler ve özellikle de sosyalist rejimden dönüşüm sağlayan ülkeler yapısal uyum programları dâhilinde sağlık reformlarını uygulamaları hususunda zorunlu tutulmuşlardır. Söz edilen sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin finansmanının vergiler aracılığıyla değil de ödeyebilenlerin primleri ve katkı paylarıyla finanse edilebilmesini, sağlık hizmetlerinin sunumuyla finansmanın ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, sağlık sektöründe ki işgücünün esneklik kazandırılmasını ve performans tabanlı ödeme sisteminin uygulanabilir olmasını ileri sürmektedir. Ülkemizde 1987 Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Yasasıyla beraber ilk olarak başlayan, sağlık reformları 90’ların sonuna kadar maliyet sınırlayıcı yöndeki politikaların uygulanmasıyla, kamu sağlık hizmetlerinin çöküş süreçlerini hızlandırıcı etkide bulunmuştur (30).

2.4.4. Üçüncü Dalga Sağlık Reformları: 2003–Günümüze Kadar

Sağlıkta Dönüş programı kapsamında reform süreci uygulanmaya başlanarak, bu dönemde Sosyal Güvenlik Kurumu kurulup, sağlık finansmanı tek elde toplanmıştır. Özel sektör sağlık hizmeti sağlayıcıları Sosyal Güvenlik Kurumu konusunda hizmet gerçekleştirme imkânları genişletilmiştir. Bu yönde birinci basamakta Aile Hekimliği

uygulaması başlatılmıştır. Döner sermaye ve performansa dayalı olarak ek ödeme sistemi oluşturularak, sağlık işgörenlerinin performanslarının yükseltilebilir olması amaçlanmıştır. Ülkemizde sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin ekip hizmeti özelliğini ve bütünlükçü yapıdaki özelliğini yok ederek, devletin garantisi ve koruması kapsamında çıkarıp, piyasa şartlarına bırakılmıştır. Sağlık hizmetini kamusal hizmet olma durumundan çıkararak kar amaçlı bir sistem durumuna dönüştürmüştür (30).

2.5. Aile Hekimliği

Genel olarak aile hekimliği kendisine özgü eğitim kapsamı, araştırması, klinik uygulamaları bulunan akademik ve bilimsel bir disiplin ile birinci basamak eğilimli klinik bir uzmanlık alanı olarak tanımlanabilir (31).

Aile hekimleri ya da genel pratisyenler, aile hekimliği prensiplerine bağlı olarak eğitilmiş uzman hekimleri oluşturmaktadır. Temel olarak yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı gözetmeksizin tıbbi bakıma dair ihtiyacı olan bireylere kapsamlı ve süreklilik niteliği taşıyan bakım gerçekleştirmekten sorumlu bireysel doktorlar olarak ifade edilmektedir (32).

Aile hekimleri, yaş ya da cinsiyet ne olursa olsun bireyleri bir bütün biçimde muayene edip, incelemek adına eğitimler görmüşlerdir. Akut ve kronik hastalıkların tedavi edilmesi kapsamına ek olarak hastalıkların gelişme süreçlerini önlemek adına düzenli olarak sağlık taramalarını sağlayıp, sağlıkla ilgili farklı hususlarda danışmanlık hizmeti sağlarlar. Aile hekimi tarafından tespit edilen sağlık problemlerinin tedavisi, farklı bir uzmanlık alanına giriyor ve spesifik bir tedavi süreci gerektiriyor ise bireylerin bu hizmete erişebilmeleri yönünde gerekli irtibatların sağlanması da aile hekiminin görevidir (33).

2.5.1 Aile Hekiminin Özellikleri

Aile hekimliği uzmanı dâhilinde var olması gereken temel başlıca altı özellik var olmaktadır. Bunlar(34):

Birinci basamak yönetimi: Hastalarla ilk süreç olan teması gerçekleştirerek, hasta için gerekli sağlık hizmetini planlama, sağlık hizmetlerinden hastanın faydalanmasını gerçekleştirme gibi faktörleri içermektedir.

Birey merkezli bakım: Hasta ve hastanın yaşamını sürdürdüğü ortamda meydana gelen problemlerle ilgilenirken, birey merkezli bir yaklaşım gösterebilmesini tanımlamaktadır.

Özgün problem çözme becerileri: Nitelikli karar verme süreçlerini hastalıkların topluma ve aile hekimliğine uygun çalışma prensiplerini benimseme, gerekli koşullarda acil girişimlerde bulunma, erken süreç, dönem ve durumları yönetebilme, tanı ile tedavi yöntemlerini aktif bir biçimde verimli kullanma.

Kapsamlı yaklaşım: Bireylerde var olan rahatsızlıkları detaylı bir biçimde değerlendirerek koruma, tedavi etme ve bakım hizmetlerini sunarak, hastaların sağlık koşullarını iyi hale getirme.

Toplum yönelimli olma: Sahip olunan kaynakları düzenli ve idareli bir şekilde devamlılığını sağlayarak kullanma ve hastaların sağlık ihtiyaçlarıyla yer aldıkları toplumun genel sağlık ihtiyaçlarını karşılama.

Bütüncül yaklaşım: Biyopsikososyal yöntem modelini faal olarak uygulama olarak kısaca ifade edilebilir.

2.5.2. Türkiye’de Aile Hekimliğine Geçiş Süreci

Ülkemizde 1891 yılında Türkçeye tercüme edilen bir kitapta ilk olarak aile hekimliği terimine denk gelinmektedir. Söz konusu bu durumdan yaklaşık olarak 90 yıl sonra 5 Temmuz 1983’te Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde bu terime yer ayrılmıştır (35).

Ülkemizde aile hekimliği ilk olarak 1970’li yılların ortalarında değerlendirilmeye başlanmış ve bu dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin sorumlulukları dâhilinde görülerek, ayrı bir uzmanlık kapsamı biçiminde değerlendirilmemiştir. 1983 yılında dünyada 10 yıldır uygulanan aile hekimliğinin uzmanlığının ülkemizde de uygulaması yönünde kararlaştırılarak Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nün alanına alınmıştır. Aile hekimliği ülkemizde bir uzmanlık dalı biçiminde yürürlüğe girmiştir. Eğitim süresi aile hekimliğinde pratisyen hekimler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları içinde bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir (36).

1985 yılında ülkemizde ilk aile hekimliği Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak kurularak, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar

Kurumu'na bağı eğitim hastanelerinde aile hekimliğı uzmanlık eğitimlerine başlanmıştır (37).

İlk yıllar kapsamında aile hekimliğı uzmanlık eğitimi ana dallarda rotasyonların tamamlanması biçiminde var olmuştur. Söz konusu bu alanda eğitim alanlar için akademik desteğın bulunmaması disiplinin önemlilik içeren sorunlarından olmakta idi. 1990'lı yılların başlarında TTB, pratisyen hekimlerin sorunlarının çözümünde ayrı bir mesleki eğitimi öngörerek, söz konusu bu anlayış zaman içerisinde birinci basamak için uzmanlık eğitimi yönünde kabul edilebilir duruma ulaşmıştır. Bu süreç dâhilinde, Genel Pratisyenlik Enstitüsü ile Pratisyen Hekim Derneğinin aile hekimliğine yönelik geliştirdikleri “pratisyen hekim” tanımının, aile hekimliğinden ayrı bir disiplin tanımına ve uzmanlık eğitimi süreçlerine yönelik geliştirme gösterdikleri görülmüştür (35).

Gülhane Askeri Tıp Akademisinde 1992 yılında AH Anabilim Dalı faaliyete geçerek, 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu ise tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulma kararını almışlardır. 1995 yılında Avrupa Topluluğı üye ülkelerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) görev alacak doktorların tıp eğitimi ardından en az 2 yıl eğitim almalarını zorunlu duruma getiren bir karar sağlanmıştır. 1996 yılında ise daha sonra Avrupa Topluluğı söz konusu bu zorunlu eğitim sürecini iki yıldan üç yıla yükseltmiştir (37).

Ülkemizde 2003 yılı kapsamında uygulamaya alınan Sağlıkta Dönüşüm Projesi dâhilinde Genel Sağlık Sigortası ile Aile Hekimliğı sistemi uygulamasına geçilmeye çaba gösterilmiştir. Aile hekimliğı pilot uygulamalarına dair ise çıkarılan kanunlarla düzenleme hedeflenmiştir. Birincil hedefi olarak Aile Hekimliğı uygulamasının 2017 yılından sonra birinci basamakta çalışmaya aday olan tüm hekimlerin Aile Hekimliğı Uzmanı olması öngörülmektedir. Bu sebeple 2017 yılından sonra uygulamaya katılmak isteyen tüm doktorlar Tıpta Uzmanlık Sınavı ile Aile Hekimliğı eğitim sürecini tamamlayarak, en az 3 yıl asistanlık süresini tamamladıktan sonra tezlerini yazarak uzmanlık sınavını vererek, uzman olmak zorundadırlar. Söz konusu mevcut ortamda böyle bir gereklilik bulundurulmamasının sebebi ise hem birinci basamakta görev sağlayan hekimlerin zaten kazanılmış olan haklarının bulunması ile hem de süre, maliyet ve insan kaynakları açısından birinci basamakta görev yapmakta olan yaklaşık olarak 30.000 hekimi bir anda bu sahadan alıp uzmanlık eğitimlerini vermenin söz konusu olmamasıdır (38).

2010 yılında aile hekimi uygulama alanının kapısı kısmen aralanabilmiştir. Son üç yılda gerçekleştirilen mevzuat düzenlemeleriyle, aile hekimi uzmanlık eğitimden aile hekimi uygulama eğitimi, 2013 yılı kapsamında gerçekleştirilme seviyesine ulaşmıştır (39).

2.5.3. Aile Hekimliği Sistemindeki Sorunlar

Aile Hekimliği bakışı yönünden; bireylere hizmet sağlayabilmesi için günlük poliklinik sayısının fazla olmaması ile hekimin hastasına zaman ayırabilmesi gereklidir. Ülkemizde mevcut aile hekimi başına düşen mevcut hasta sayısı 3bin500 ile 4bin durumunda iken, gelişmiş batı ülkelerinde bin500 ila 2bin arasında bulunduğu söz edilmektedir. Söz konusu bu sayının azaltılması gereklilik içermektedir. Aile hekimlerinin mevcut kapsamda yüklerinin azaltılması için bireylerin alışkanlıklarının değiştirilmesi ve gereksiz kapsamda sağlık hizmetlerini kullanmalarının engellenmesi gerekmektedir. Ülkemizde aile hekimlerinin yüzde 90'ı pratisyen hekimlerden, yüzde 10'u ise aile hekimi uzmanlarından meydana gelmektedir. Bu açıdan daha kaliteli hizmet sunabilmek adına uzman-pratisyen hekim oranının tam tersine sağlanabilir olması gerekmektedir (40).

Üniversiteler kapsamında aile hekimliğinin yeteri oranda tanınmaması, aile hekimliğiyle ilgili yasal düzenlemelerin gecikmesi, sağlık sisteminde var olan merkezîyetçi yaklaşım tutumundan vazgeçilmesi, kadro temininde problem içeriyor olması, bazı üniversitelerde ki öğretim üyelerinin Aile Hekimliği konusuna olumlu bakmaması, Aile Hekimliğinin ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul görmesinde karşı karşıya kalınan karşı koyma durumu ve yeterli miktarda aile hekimi uzmanının yetiştirilmemesi ülkemizde sağlık sistemine bütünleşmesine dair önemli bir engel oluşturmuştur. Söz konusu durumlara ek olarak mevcut aile hekimi uzmanlarının uygun kadrolarda değerlendirilmemesi, ücretler kapsamında yetersizlik içermesi, çalışma atmosferlerinde ki yetersizlikler dikkat çeken temel sorunlarını oluşturmaktadır (36).

2.6. İş Memnuniyeti Kavramı

Kişiler ihtiyaçlarıyla beraber sahip oldukları değer yargıları yer aldıkları iş ile uyumlu tabanda yer alıyor ise iş memnuniyeti kavramı meydana gelmektedir. Davranış bilimleri ve yönetim gibi farklı birçok disiplin çalışma memnuniyetiyle ilgili olarak ilgilenmektedirler. Söz konusu bunun nedeni ise iş memnuniyetinin iş performansı,

verimliliği ve üretimi yönünde ki sahip olduğu etkilerdir. Bu kapsam dahilinde iş memnuniyetinin tanımı, önemi, etki eden unsurları, kuramları ve sonuçları hususunda bilgiler sağlanmaktadır (41).

2.6.1. İş Memnuniyetinin Tanımı

Geniş kapsama sahip bir çevrede değerlendirilen iş memnuniyeti, bu hususta yaklaşık 7000'nin üzerinde araştırma ve çalışma sağlanmıştır. Söz konusu iş memnuniyeti konusuna benzerlik taşıyan ve bağlantılı çalışma alanlarının fazla olmasıyla beraber çeşitlilik göstermesi sonuç olarak birçok iş memnuniyeti tanımını meydana getirmiştir. İşletme bilimi içerisinde var olan birbirinden farklı kapsamlar, süreçler ve kuramlar beraberinde iş memnuniyeti kavramı ve kapsamına dair birçok yorum ve çalışmaya sahiptir ki ortak tanım sağlanabilmesini imkânsız kılmaktadır. Bunun yanında çeşitli meslekler, her mesleğe aitlik gösteren özellikler, bireysel beklentiler ve unsurlar bile aynı işletmelerde yer alan işgörenler arasında iş memnuniyeti eşiğini ve algısını farklı kılmaktadır (42).

Kişilerin işi ve ya işiyle ilgili yaşantısını, memnuniyet sağlayıcı ya da olumlu bir duyguyla sonuçlanan bir durum olarak takdir edebilmesidir (43).

İş memnuniyeti genel olarak iş ortamını oluşturan durumlara karşı çalışanların sergiledikleri olumlu ve ya olumsuz duygular ya da tepkiler olarak tanımlanabilir (44).

2.6.2. İş Memnuniyetinin Önemi

Çalışanlar ve işletmeler açısından iş memnuniyeti oldukça önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz edilen bu durum da çalışanın memnuniyetinin çok kısa bir sürede ve direkt olarak üretimi etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Çalışma hayatında ki memnuniyet yeterli oranda yaşanmadığı ve işgören işinde doyum hissetmediği zaman bu oranda hayal kırıklığına uğramaktadır. Bu durumda ki çalışanlarda, çalışma örgütüne karşı soğukluk, devamsızlık, isteksizlik, eksik çalışma gerçekleştirme gibi üretimi etkileyen psikolojik durumları meydana çıkarması ihtimal oluşturmaktadır. Önemli olarak kabul edilmesi sebepleri arasında ise iş memnuniyetinin beraberinde var olan doyum, verimlilik, kurumsal etkinlik ve iş başında bulunma alışkanlığı gibi unsurları barındırıyor olmasıdır (44).

2.6.3. İş Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

İşgörenler ve işletmeler için, işgörenlerin işleriyle alakalı duygu, düşünce ve taleplerinin tespit edilmesi, iş memnuniyeti oluşumunun olumlu ya da olumsuz açıdan etkide bulunan unsurları oluşturarak, oldukça önemlilik içermektedir. Söz konusu bu unsurlar işletmelerin hedeflerine erişebilmeleri ve işgörenlerin gerçekleştirdikleri işlerden memnun olabilmelerine bağlılık taşımaktadır. Bu şekilde işgörenlerin işletmeye bağlılık duygusu ve yaptıkları işlerden memnun olma oranları artış gösterecektir. Çalışma memnuniyetine etki eden unsurlar genel kapsamda bireylerin iş ve özelliği, yönetim ve denetim, ücret, gelişme ve yükselme imkânları, çalışma koşulları, beraber çalışılan diğer bireyler ve örgüt kapsamlı ortam olmaz üzere yedi başlık altında incelenmektedir. Söz konusu bu başlıklara dair bilgiler aşağıda bulunmaktadır (45).

2.6.3.1. İş ve Niteliği

Herhangi bir işin gerçekleştirilmesi esnasında ki zorluk derecesi iş memnuniyetini etkileyen en önemli unsurdur. İşgörenlerin zor olarak algıladıkları herhangi bir işi ihtiyaç duyulduğu gibi yerine getirmeleri, bireylerin başarıya ulaşma ve başarı sağlayabilme yönelimlerine olumlu katkılar ekleyerek iş tatminlerini yükseltmektedir. Çalışanların sahip oldukları beceri ve özelliklerine uyumlu bir işte yer almaları daha doğru yönde olacağı için işin zorluk oranı bireylerin sahip oldukları seviyelerin üzerinde olmamalıdır. Gerçekleştirilen işin zorluk oranının yüksek olması da işin memnuniyet niteliğini yükseltmek yerine daha da hayal kırıklığına neden olarak iş memnuniyetini düşürecektir (46).

2.6.3.2. Yönetim ve Denetim

Birçok işgörenin genel olarak gerçekleştirdiği işlerde denetlenmekten hoşlanmadıkları temel bir gerçektir. Özellikle denetim, düzeltici, yardım sağlayıcı, birlikte yapıcı olmaktan çok üstünlük gösterici, küçük düşürücü, hata arayıcı şekilde meydana geliyorsa, bu koşullar işgörenlerin işten yana memnuniyetlerine engel olmaktadır. Bu nedenle iş

görenler çoğunlukla demokratik denetime önem gösteren niteliklerde özdenetim sağlayan kurumlarda görev almaya yönelim gösterirler (47).

2.6.3.3. Ücret

İşgörenlerin hepsinin var ettikleri emek ve çabaların karşılığı olarak değer biçilen bir ücreti doğal olarak hak ettikleri oranda olmasını arzularlar. Bu yönde yine işgörenler çalıştıkları işlerde sergiledikleri çaba ve verdikleri emeklerin birer karşılığı olarak değer biçilen ücretlerin yeterli oranda ve adil olmasını isterler. Çalışanlar kendilerine verilen ücretin ihtiyaçlarını ne oranda karşıladığını ve diğer eşdeğer kurumlarda ödenen ücretleri de göz önünde bulundurup karşılaştırma sağlarlar, Söz konusu bu karşılaştırmalar neticesinde kendisine verilen ücretin yetersiz ya da adil olmadığını hisseden işgörenler huzursuz olup, sahip oldukları iş memnuniyetleri seviyesinde olumsuzluk yaşarlar. Söz konusu bu durumlara karşın bir kurum yönetimi çoğunlukla ücret yetersizliği üzerinde odaklanıp, ücretlerde ki adaletsizliği göz önünde bulundurmamaktadırlar. Bu durumun önemli bir sorun olduğu ile işgörenler arasında ücret yetersizliğinden dolayı daha fazla huzursuzluk ve doyumsuzluk meydana getireceğini ihtimal verilmez (48).

2.6.3.4. Gelişme ve Yükselme İmkânları

İşgörenler yer aldıkları işlerde başarılı olmak ve bir üst seviyeye terfi etmek amacı taşırlar. Bu güdünün çoğunlukla temelinde işgörenlerin işte gelişme ve yükselmeye beraber getirisi olan ücret oranı ve toplumda ki statü basamağı etki etmektedir. Gelişme ve yükselme durumu ayrıca bireyleri çalışma isteklerini yükselten önemli bir unsuru da içermektedir. İşletmelerde görev yapan bireylerde meydana gelecek olan çalışma ortamında terfi etme olanaksızlığı sebebiyle, gerçekleştirilen her türlü çaba ve emek olumlu açıdan herhangi bir katkı içermeyecektir. Tüm bu söz edilen olumsuz koşullar durumunda işgörenlerde iş memnuniyetsizliğinin doğuşu meydana gelmektedir. İşgörenler yer aldıkları işletmeler ve kurumlarda ki işlerinde başarılı oldukları ölçüde yükselme beklentisi dâhilinde bulunurlar. Kurum ve işletmeler içerisinde ki kariyer sisteminin belirli olması ve adil bir temelde yükselme sisteminin var olması beraberinde işgörenlerde olumlu bir çalışma atmosferi meydana getirmektedir. Söz konusu bu yükselme ve gelişme fırsatını yakalayan çalışanların işlerine karşı var olan bağlılıkları ve çalışma isteklerinde önemli boyutlarda artışlar oluşmaktadır. Bu duruma karşı tam tersi koşullar barındıran bir kariyer sisteminin işletme ve kurumlarda çalışanlar yönünden memnuniyetsizlik sorunları ortaya çıkmansın temel nedeni olmaktadır (49).

2.6.3.5. Çalışma Şartları

İşlerin gerçekleşip öğrenmenin sağlanabilmesi için ihtiyaç konumunda bulunan gerekli malzeme, kütüphane, bilgisayar gibi olanaklarla kantin, yemekhane, spor, dinlenme ve ulaşım gibi fizyolojik tabanlı ihtiyaçları karşılayabilecek olanakların yeterli olması çalışma şartlarını oluşturmaktadır (50).

2.6.3.6. Birlikte Çalışılan Kişiler

Bireylerin çalışma ortamında beraber olduğu grupların yapısı ya da bunlarla olan etkileşimi de iş memnuniyeti üzerinde önemli bir rol oynayan unsurlar arasındadır. Arkadaş canlısı, birbirlerinin destekleyen bir yapıda var olan çalışma grubunun, çalışanların memnuniyetleri kapsamında orta seviyeli bir etkisi söz konusu olmaktadır. Bireylerin çoğunlukla her gün birlikte gün geçirdiği çalışma gruplarında, işgörene destek, rahatlama, tavsiye ve iş hakkında birçok katkılar sağlıyor ise bu tip ortam iş memnuniyetini olumlu açıda etkilemektedir. Bireyler işlerini sevmese bile, arkadaşlarının tutumları sayesinde çalışma hayatından ve işinden mutluluk sağlayabilirler. İyi ve kaliteli bir çalışma topluluğu, çalışma hayatını daha cazip ve olumlu bir atmosfere sahip kılabilir. İşgörenlerin bu tip bir çalışma topluluğundan mahrum kalması da iş memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (51).

2.6.3.7. Örgütsel Ortam

Çalışanları kapsamına alan örgüt, yönetimi ve diğer alt faktörleriyle bir bütün olarak iş memnuniyetine etki eden örgütsel farklılıkların temelinde var olmaktadır. İşgörenler işyerinde izlenen kurum politikası, çalışma atmosferinin yapısı, yönetimi, iletişim yapısı, hizmet atmosferinin geniş ve etkin olması gibi birçok unsurlar dâhilinde işgörenin çalışma memnuniyetinde büyük oranda pay sahibi olmaktadır (52).

2.6.4. İş Memnuniyeti Kuramları

Çalışma memnuniyetine dair kurumlar olan Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi, Herzberg'in Çift Faktör, Adams'ın Eşitlik, David McClelland'ın başarıya ihtiyacı, V.H Vroom'un beklenti ve Adelfer'in VİG (ERG) kuramları olarak aşağıda ki altı başlık kapsamında incelenmektedir (52).

2.6.4.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı

Genel olarak her bireyce bilindiği üzere, Brandize Üniversitesi profesörlerinden Abraham H. Maslow, birey davranışlarını yönlendirmede rol alan en önemli faktörlerin ihtiyaçlar olduğunu savunmuştur. Maslow, beşeri ihtiyaçları önem sırasına göre bir hiyerarşi düzeni içerisinde değerlendirerek, bu ihtiyaçları giderecek örgütsel araçları tasarlamaya çalışmıştır (53).

Hümanist yaklaşımın ilk temsilcilerinden olan Maslow, güdü kavramıyla ilgili en geniş kapsamlı açıklamalardan birisini sağlamıştır. Maslow'a göre kişilerin güdülenmesinin temelinde ihtiyaçlar var olarak, kişiler bu ihtiyaçları karşılamak amacıyla hareket sağlarlar. Bu açıdan Maslow, kişilerin ihtiyaçlarını önem sırasına göre gruplayarak ihtiyaçlar hiyerarşisini meydana getirmiştir. Bu kapsamda Maslow, kişilerin ihtiyaçlarını beş ana başlık dâhilinde toplayarak konuya açıklık kazandırmıştır. Kişilerin ihtiyaçlarını Maslow, aşağıdan yukarıya sıralamak üzere hiyerarşik bir yapı kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Kişiler oldukları durumdan daha iyi bir durumda olmayı arzu edip, sahip olmadıkları şeylere karşı elde etme arzusu taşırlar. Bu açıdan karşılanan gereksinimler için güdüleme son bulunduğu için yüksek oranlı bir ihtiyacın meydana gelebilmesi için öncelikle alt düzeyde bulunan dürtülerin karşılanması gerektiğini ileri sürmektedir (50).

Söz konusu ihtiyaçlar Maslow'a göre belirli bir düzen içerisinde meydana gelip, kişi bir ihtiyacını belirli bir seviyede karşıladığı takdirde artık bu ihtiyaç kişiyi güdülemez ve bir üst grup ihtiyacı karşılamaya yönelim gösterir. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi yaklaşımı direkt olarak kişilerin bilinçli ve istekli güdülenmelerine dayalı olarak geliştirilmiş bir yaklaşım değildir. Fakat temel olarak birey ihtiyaçlarını belirli bir düzen içerisinde açıklamaya çalışan bu yaklaşım daha sonra işgörenlerin motivasyonuna dair açıklık getirmek amacıyla kullanılmıştır (54). Maslow ihtiyaçları aşağıdaki şekilde sınıflandırmaktadır (50):

Fizyolojik İhtiyaçlar: Söz konusu bu grup kapsamında ki ihtiyaçlar güdülenmede başlıca temel seviye kabul edilmektedir. Açlık, susuzluk, cinsellik, uyku, barınma, nefes alma ve hareket etme gibi hayatın devam ettirilebilmesi adına giderilmesi zorunluluk içeren fakat birbirinden bağımsız olan ihtiyaçlardır.

Güvenlik Gereksinimi: Temel basamak olan fizyolojik kapsamlı ihtiyaçlar karşılandıktan sonra meydana gelen ihtiyaçlardır. Korunma, korku ve kaygı, hastalık, sosyal güvence gibi gereksinimleri karşılayabilmek için var edilen kanun ve yasalara dair duyulan ihtiyaçlardır. Sağlıklı ve mutlu kişilerin güvenlik ihtiyaçlarının karşılanmış olduğu ileri sürülebilmektedir.

Ait Olma ve Sevgi İhtiyaçları: Bireylerin fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarının tatmin edilmesinden sonra toplumsal kapsamlı ihtiyaçları önemlilik kazanmaktadır. Bu seviyede toplumsal içerikli olarak sevgi ya da ait olma gibi ihtiyaçlar meydana gelmeye başlarlar (14). Kişilerin kendi yakın çevresinden başlayıp, arkadaşları, aynı çevrede etkileşim dâhilinde bulunduğu diğer kişilerce değer görme, sevilme, kabul edilme gibi ihtiyaçları meydana çıkarmaktadır. Bu ihtiyaçlar karşılanmadığı takdirde de bireyler mutsuz olabilirler.

Saygınlık İhtiyacı: İnsanları hayatlarına devam ettikleri çevrede, kendini beğenme, kabullenme, kendine güvenme, takdir edilme, başarı ile başkalarının saygısını elde etme, tanınma, beğenilme gibi ihtiyaçlar duyarlar, Söz konusu bu isteklerin giderilmemesi durumunda bireylerin kendini küçük görme, zayıflık ve çaresizlik gibi duygulara esir olmalarına neden olarak eş tabanda bireylerin cesaretlerinin kırılması, kendine güvenlerinin azalması ve başarıları oranlarının düşmesi meydana gelmektedir.

Kendini Gerçekleştirme Gereksinimi: Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin en son basamağında bulunan ihtiyaçlardır. Bu tip ihtiyaçlar bireylerin kendisini fark etmesi ve kişisel gelişimlerinin devam etmesinin bir boyutu olarak görülebilir. Söz konusu bu ihtiyaç, kişinin kendi kapasitesi, yaratıcılığı ve kabiliyeti ile direkt olarak alakalıdır.

Bu kapsamdan yola çıkarak, örgüt yönetimi her çeşit gereksinim tipinin varlığını kabul etmekle beraber, her kişinin ihtiyaçlarının farklı olduğunun kabul edilmesi ve bütün çalışanların örgütsel amaçları yerine getirme süreçlerinde motive edilmesi için tek bir yaklaşım üzerinden faydalanılacağını kabul etmemektedir (55).

2.6.4.2. Herzberg'in Çift Faktör Kuram

Frederick Herzberg'in 200 muhasebeci ile mühendisin üzerinde gerçekleştirdiği yüksek oranda güdülendikleri ve tam olarak tatmin hissettiren durumlarla, güdülenmedikleri ve kendilerini doyumsuz hissettikleri durumları canlandırmalarını

istediği bir araştırmadan yola çıkararak, işgörenlerin tam olarak nelerden güdülendiğini kavramamıza ve anlamamıza yol gösteren bir kuram meydana getirmiştir. Bu yönde Herzberg, Pittsburgh bölgesinde 9 farklı şirkette görev almakta olan muhasebeci ve mühendisler sağladıkları işin kendisini ve bunu başarma duyguları kapsamındaki etkileri ele alınarak değerlendirilmiştir. Söz konusu çalışmada Herzberg, unsurları doyum ve güdeleyiciler olarak iki farklı grupta tanımlayarak, bu unsurların gerçekleştirilen işin kendisiyle ilgili alakalı olduğunu belirtmiştir. Farklı bir açıdan güdülenmedikleri duygusuna kapıldıkları anlarda doyumsuzluk ve ya koruyucu faktörler olarak tanımlanmıştır (56).

Söz konusu bu teori, bir işgörenin istemli olarak davranışına etki eden tamamıyla farklı iki boyutun var olduğunu varsaymaktadır. Bu açıdan birinci boyutta iş memnuniyetsizliğine etki eden unsurların varlığı ve ya yokluğunu anlatan koruyucu unsurlar, ikinci boyut dahilinde ise iş memnuniyetini etkileyen üst seviye gereksinimlerin var ettiği güdüleyici unsurlar yer almaktadır.

Herzberg'in meydana getirdiği ve geliştirdiği kuramın çıkış noktası olan güdeleyici ve koruyucu unsurlar hakkında eleştiriler yağmıştır. Söz edilen eleştirilere göre koruyucu unsurlar arasında bulunan denetçilerin ödüllendirilmesi gibi bir durum aynı kapsamda güdüleyici faktör olarak da değerlendirilebilir konumdadır. Aynı kapsamda işle ilgili bazı dışsal faktörler, istemli içsel faktörler üzerinde de güdüleyici yönde rol alabilirler. Bu konu hususunda örnek olarak Sundstrom, iş atmosferinde ısı ve gürültü gibi fiziksel faktörlerin iş doyumunu etkileyebildiğini meydana çıkarmıştır (50).

Söz konusu Herzberg'in kuramına yöneltilen en önemli eleştiri, teorinin geliştirilebilmesinde kritik olay yönetiminin kullanılmış olmasına dair sağlanmıştır. Tercih edilen ve kullanılan bu yöntem, işgörenlerin geriye dönük düşünmelerini gerektirdiği için tüm unsurların açıklanabilmesi adına yeterli olarak algılanmayacaktır. Teoride eleştiri konusu olan bir diğer nokta ise araştırmanın belirli bir evren kapsamında gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Bu sebeple evreni kısıtlı olan söz konusu araştırma sonuçları temel alınarak genelleme sağlanması çok doğru algılanmamaktadır (57).

Herzberg kuramının varsayımlarına göre örgüt dahilinde işgörenlerin kötümser olmasına neden yol açan, işten ayrılma ya da memnuniyetsizliğe neden olan koruyucu

(hijyenik) unsurlar ile örgütte işgöreni mutlu eden, iş yerine bağlılığını arttıran özendirici (teşvik edici) ve ya tatmin sağlayan faktörlerin birbirinden ayrı olması gerekmektedir (58).

Gerçekleştirilen işte doyuma erişmenin en geçerli yolunun özetle başarılı olabilme ve yükümlülük gösterebilme olduğunu Herzberg savunmaktadır. Ayrıca Herzberg'e göre işe bağlı güdülenmede ekonomik unsurların fazla bir önemi yer almamaktadır. Maslow ise buna karşın ekonomik unsurların önemli bir rol oynadığını ve bununla eşdeğer tabandaki ihtiyaçların karşılanmadığı takdirde işte başarılı olunamayacağını savunur (53).

2.6.4.3. Adams'ın Eşitlik Kuramı

Adams'ın Eşitlik Kuramının temeli iş ortamındaki insanların bireyler arası ilişkilerde karşılaştırma yapma durumuna dair tercih göstermelerine dayanmaktadır. Gerçek kapsamda teorinin dayandırıldığı temeli meydana getiren eşitlik ve ya denklik kavramı, Festinger'in "zihinsel uyumsuzluk" ve Homans'ın "dağıtımçı adalet" tutumları temel alınarak meydana getirilmiştir. Ancak teorinin iş hayatına uyarlanabilmesi yönünden en doğru ele alan J. Stacy Adams olmuştur (59).

Bireylerin öncelikle kendilerine verdikleri katkı-ödül oranını diğer bireylerin katkı ve ödülleriyle karşılaştırmaları, işgörenin kendi oranlarının yetersiz olduğunu görmesini ve bu durumu adaletsiz olarak algılamasına sebep olmaktadır. Söz konusu bu adaletsizlik duygusu büyüdükçe bireylerin yakınmaları ve gerginlik oranları da eşdeğer olarak artış göstermektedir. Bu tip bir durumda işgören, öncelikli olarak ödülleri çoğaltmak adına çaba ve gayret içine girerek, kendisine sağlanan olanakları arttırmaya çalışır. Bireylerin herhangi bir eşitsizlik durumu algılayıp beraberinde gerilim ya da huzursuzluk duygularına kapılmaları bu olumsuzluk sürecinden bireylerin kurtulabilmesi için birtakım çarelere başvurma durumuna eğilim göstereceklerdir. Söz konusu bu yöntemlerden en fazla tercih edilenleri ise (59):

- İşgörenin kendi ödül ya da katkı oranlarını değiştirmesi,
- Diğer işgörenlerin ödül ya da katkı oranları değiştirmeye dair atılımlarda bulunması,
- İş ortamını bırakır,
- Karşılaştırma yaptığı birey ve ya grupları değiştirir,

- Ödül ya da katkılarıyla alakalı algılamalarını hem kendisini hem de diğer kişinin değiştirmeye dair çaba gösterir.

İşgörenlerin çalışmalarında göstermiş oldukları çaba ve emekleriyle işin bitirilmesiyle elde ettikleri çıktılar dâhilindeki uyumu sağlamayı eşitlik kuramıyla çalıştıkları ileri sürülmektedir. Söz konusu bu yaklaşımda en yaygın olarak kabul edilen gören ise Adams'ın denklik kuramıdır (50).

2.6.4.4. David Mc Clelland'ın Başarma İhtiyacı Kuramı

Her kişinin küçüklükten itibaren kendinse özgü güdüsel bir örüntü benimsediğini, güdülemenin de bu örüntüye dair olarak meydana geldiğini Mc Clelland savunduğundan dolayı bu söz konusu bu kuram “güdüsel örüntü teorisi” olarak da tanımlanmaktadır. Her kişinin sahiplenmiş olduğu güdüsel örüntüsü, diğer bütün kişilerden farklı olmakla beraber söz konusu bunları dört faktörle açıklamak mümkündür. Kişilerin kendilerine özgü geliştirdiği güdüsel örüntülerinde başarma, yarışma, bağlanma ve erk ana güduları olarak ele alınmakla beraberinde biri ve ya birileri diğerine karşı daha baskın ve ya daha çekimser koşulda olabilmektedir. Kişilerin güdüsel örüntüsünde söz edilen dört ana güdüden hangisi diğerlerine göre daha fazla baskın ise davranışları ona göre biçim kazanmaktadır (60).

Başarma ihtiyacı kuramına göre Mc Clelland ve arkadaşları kişilerin üç grup dürtünün etkisi dâhilinde aşağıdaki davranışları sergileyecekleri söz edilmektedir.

İlişki Kurma İhtiyacı: Kişilerin çevrelerinde bulunan diğer kişilerle ilişki kurma, bir gruba dâhil olma ve onlarla beraber sosyal ilişkiler geliştirebilmesini tanımlamaktadır. Bu ihtiyaçlarını çok fazla hisseden birey, kişiler arası ilişkileri kurma ve geliştirmeye yüksek oranda önem göstermektedir (61).

Güç Kazanma İhtiyacı: Bireylerin bu ihtiyacının yüksek olarak hissetmeleri güç ve otorite kaynaklarını genişletme, insanları etkisi altına alma ve gücünü koruyup devam ettirme davranışları gösterirler.

Başarı Gösterme İhtiyacı: Bu tip bir ihtiyacı olan bireyler herkesin göze alamayacağı özellikte güç ve çalışma gerektiren, anlamlı hedefler oluşturarak, bunları gerçekleştirmek için gerekli beceri ve bilgiyi edinip, değerlendirerek gerekli tutumları

sergilerler. Bu tip bir güdülemeye sahip olan kişiler sonuçlardan bireysel olarak sorumlu olabileceği ve basit olmayan işlere karar alırlar.

2.6.4.5. V.H Vroom'un Beklenti Kuramı

Beklenti kuramı genel kapsamda kabul görmüş olup, bireylerin akılcı davrandığı ve kendisine verilen seçenekler arasından amacı gerçekleştirmek için performansını yükselteceğini düşündüğü davranış şekline doğru yönelim sağlayacağını Baysal varsaymaktadır (62).

Beklenti kuramı geliştiricisi Vroom'a göre ise kişilerin akılcı bir tutum sağlayarak kendisine sunulmuş olan seçenekler dâhilinde amacını gerçekleştirebilme imkânına en fazla etkin biçimde olduğunu düşündüğü hareket şeklini seçeceği düşünülmektedir. Yine bu kurama göre, birey sergileyeceği bir tutum sonucunda neyi tercih edeceğini ve bu beklentiyi sağlayabilmek adına farklı verimlilik oranlarında hangi durumları göz önünde tutması gerektiğini bilmektedir (58).

2.6.4.6. Adelfer'in VİG (ERG) Kuramı

Maslow'un meydana getirdiği ihtiyaç kuramıyla yakından ilişkili olan bir başka kuram da Clayton Alderfer tarafından ileri sürülmüştür. Söz konusu bu kuram Erg Teorisi olarak da tanımlanarak, beş temel ihtiyaç sınıflandırması yerine üç temel ihtiyaç gruplaması olarak söz edilmektedir. Bunlar sırasıyla, varlık ihtiyaçları, ilişki ihtiyaçları ve gelişme ihtiyaçları olarak bulunmaktadır (50).

Alderfer'in sürdürdüğü çalışmalar neticesinde, Maslow'un teorisinin gerçek yaşam ile eşleşmediği sonucuna ulaşmış ve bunun alternatifini olarak da Erg Teorisi'ni oluşturmuştur. ERG teorisine göre gereksinimler üç temel grup kapsamında değerlendirilmelidir (61):

- Var olma ihtiyaçları: Fiziksel rahatlığa dair ihtiyaçlar,
- İlişki ihtiyaçları: Kişiler arası etkileşimlere gelişme katmaya dair ihtiyaçlar,
- Gelişme İhtiyaçları: Kişisel gelişme ve ilerlemeye dair ihtiyaçlar.

2.6.5. İş Memnuniyetinin Sonuçları

İşgörenlerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlığını, işletmenin iş barışını ve verimliliğini, toplumun gelişme ve huzurunu etki oluşturması yönünden iş

memnuniyetinin sonuçları göz ardı edilemeyecek derece de önemlidir. Bu sebepten dolayı iş memnuniyetinin sonuçlarını performans, verimlilik, tükenme, işgücü devri, geç kalma ve devamsızlık, örgütsel bağlılık olmak üzere iş memnuniyetini altı başlık dâhilinde incelemek olanaklıdır. Söz konusu bu başlıklara dair bilgilere aşağıda yer verilmektedir (63).

2.6.5.1. İş Memnuniyeti ve Performans

Çalışma veriminin yükseltilebilmesiyle iş memnuniyeti arasındaki bağ konusunda birçok görüşler dile getirilmiştir. Performans ilişkisinde olduğu gibi hangisinin bir diğ erinin oluşmasını etki ettiği tartışma konusu olmuştur. Yakın süre kapsamında iş memnuniyeti ile verimlilik arasında var olan ilişkinin açıklanmasında bir başka değişkenin de vurgulandığı bilinmektedir. Kurumsal ölçüde değerlendirildiği zaman üzerinde çok sık vurgu yapılan bu aracı değişkenin ödül olduğu ve çalışma tatmini sağlayan faktörler arasında en üst orana yükseltildiği gözlenmektedir. İşgö renlere sağlanan ödüllerin, bireysel beklentilere uyumu, gereksinimleri karşılama oranı ve dağılımında ki adalet gibi ölçütler önceden tespit edilmesi iş memnuniyeti üzerinde etkili olmuştur (63).

2.6.5.2. İş Memnuniyeti ve Verimlilik

Gerçekleştirilen araştırmalar mutlu işgö renlerin aynı zamanda performansı yüksek işgö renleri oluşturduklarını göstermiştir. Motivasyonlarının yüksek oranda olması ve iş memnuniyetine sahip olmalarının işgö renlerin verimliliğini yükseltici etki sergilediğini meydana getirmiştir. İşten memnuniyet duyan çalışanlar, işine karşı tutumlar göstererek işlerini başaran ve verimli birer işgö ren olma isteğiyle dolu oldukları anlamına gelmektedirler. Söz konusu bu talebin yönetici tarafından doğru bir şekilde yönlendirilmesi sayesinde verimlilik daha da artış gösterebilmektedir (52).

2.6.5.3 İş Memnuniyeti ve Tükenme

İşlerinden memnuniyet duyan işgö renler, çalışma atmosferinde kendilerini huzurlu olarak hissedebilmektedirler. Bir bireyin işinden doyum elde edememesi ise sinirsel ve duygusal sorunlara sebep olabilmektedir. Gerçekleştirilen araştırmalarda iştahsızlık, uykusuzluk, duygusal çöküntü gibi ruhsal sorunlar ile iş memnuniyetsizliği arasında bir bağlantı bulunduğunu sergilemektedir (46).

2.6.5.4. İş Memnuniyeti ve İşgücü Devri

Herhangi bir kurum şayet yüksek düzeylerde işgücü devrine sahip ise geniş ölçüde ilk şüphe edilen ve değerlendirmeye alınan faktörlerden biri işgörenlerin iş memnuniyetsizlikleri olmasıdır (64).

İşgücü devri ve iş tatmini aralarında bulunan orantı ters süreç dâhilinde var olmaktadır. Gerçekleştirdiği işten ve çalıştığı işyerinden memnun olan çalışanlar işten ayrılmayı düşüncesi güdüsü taşımazlar fakat iş tatmini ne derece az olursa işgörenler için işten ayrılmaya dair yönelim oranı da aynı seviyede artış gösterebilmektedir (65).

Bireysel niteliklerinin bir sonucu olarak ve ya işten elde ettiği kazanımlardan memnun olmama sonucunda yaptığı işe karşı ilgi duymayan, ilişkilerinde aşırı alingan olan, iş topluluğu dâhilinde kendine yer kazanamayarak yalnız kalan işgörenler doyum-suzdurlar. Söz konusu bu doyum-suzluk neticesinde de türlü sebepler ve bahaneler ileri sürerek işe gelmekten kaçınacaklardır. Kendileri adına daha iyi olacağını düşündükleri farklı bir iş fırsatı bulurlar ise de işten ayrılacaklardır (66).

2.6.5.5. İşe Geç Kalma ve Devamsızlık

İşgörenin çalışma programı veya planı kapsamında çalışması gereken sürede gerçekleştirdiği yer almam durumu devamsızlık olarak tanımlanabilmektedir. İşe devamsızlık, yöneticilerin ve örgütlerin çok sık olarak karşılaştıkları ve örgütün verimliliğini, işgörenlerin aralarındaki ilişkileri ve motivasyonlarına etki eden önemli faktörlerden birisini oluşturmaktadır. Üretim hizmetleri teknolojinin gelişimindeki hızla beraber otomasyon ve buna bağlı olarak iş sürecinde tekdüzelik artış göstermektedir. Söz konusu bu durumda işgörenin işe bağlılığını ve motivasyonunu azaltarak, işe devamsızlık oranını arttırmaktadır. Ancak iş memnuniyetinden farklı, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğretim durumu, çalışma yerleşkesinin mesafesi, mevsimsel ve dönemsel unsurlar, günlük çalışma sürelerinin uzunluğu, ücret gibi birçok unsurlar kapsamında doyum-devamsızlık ilişkisinde etkin rol almaktadır. Bu sebeple iş memnuniyeti ve işe devamsızlık ilişkisi karmaşık bir yapısal süreç meydana getirmektedir (58).

İş sebebiyle duyulan memnuniyetsizlik neticesinde gerçekleşen devamsızlık, işgören ve işletme ilişkilerinin daha çok oranda zarar görmesine neden olup, çalışma ortamındaki huzursuzluğun nedenini ve sonucunu da doğurmaktadır (64).

2.6.5.6. İş Memnuniyeti ve Örgütsel Bağlılık

Örgüte bağlılık ve iş doyumunu arasındaki temel farkın, örgüte bağlı düşüncelere dair karşı işgörenlerin geliştirdiği duygusal tepkiler olduğunu ve işgörenlerin belli bir işe dair geliştirdiği tepkilerden meydana geldiğini Mowday, Porter&Strees belirtmiştir. Örgüt kapsamında gerçekleştirilen birtakım işlerden dolayı meydana gelen mutsuzluk, örgütsel bağlılık ise iş tatmini arasındaki ilişkinin oranının yüksek olmasını, işgören örgüte ve onun değerleriyle hedeflerine olumlu duygular güdebilmesine engel olabilir. İş tatmini günlük olarak iş akışlarından etkilenmesi ve örgütsel bağlılığın gelişim göstermesiyle birçok konuda çabuk etkilenme gösterebilmektedir. Örgütsel bağlılıkta personel devri tahmini iş tatminine oranlar net ve doğru bir araç niteliği taşımaktadır (67).

Çok sık olarak iş tatmini ve örgütsel bağlılık kavramları arasındaki ilişkinin incelenmesi var olan bir durumdur. Söz konusu olan bu iki kavram neden ve sonuç ilişkisi bakımından nitelik olarak benzerlik içermektedirler. Fakat birbirleriyle yakından ilişkili olup ve aynı zamanda da birbirlerinden farklı kavramlardır. İşgörenin kazandığı çalışma tecrübesi sonucu meydana gelen tutum niteliği iş tatmini olarak adlandırılmaktadır. İşgörenin iş tecrübesine bağlı olarak işlerine ya da işlerinin birtakım yönlerine sergilediği tepkilerdir (68).

Örgütlerin sahip oldukları hedefler ve değerlerinden etkilenen örgütsel bağlılık durumundayken tatmin oranı, görev atmosferinden etkilenmektedir. Kişi örgütüne bağlı olabilir fakat işinin belirli bölümlerinden memnun olmayabilir. Bazı araştırmacılarda işletmeye olan bağlılığın iş doyumunun bir sebebini, kimi araştırmacılarda da işletmeye bağlılığın iş doyumunun bir sonucu olduğuna dair bulgular mevcuttur. Bunun haricinde, nedensellik arayışıyla başlayıp sadece güçlü ilişki tespit eden araştırmaların sayısı da oldukça fazla yer almaktadır (69).

Genel olarak küreselleşmenin büyük orandaki etkisi ve hızla değişen iş dünyasında örgütlerin sahip oldukları insan kaynaklarında iş tatmini, olumlu ve olumsuz sonuçlar doğurarak örgütlerin gelecekteki başarılarına etki edebilmektedir. Örgütlerin

amaçları ve değerleri dâhil olmak üzere örgütsel bağlılık, işgörenlerin örgüte dair genel tepkisini yansıtan bir kavramdır (70).

Bu açıdan iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasındaki farklılıkları kısaca aşağıdaki gibi özetleyebiliriz (68);

- İş tatmini işgörenin gerçekleştirmiş olduğu işle ilgili konumdayken, örgütsel bağlılık ise işgörenin örgüte karşı var ettiği tutumlarla ilgilidir.
- İş tatmini işgörenin işe karşı sağlamış olduğu var olan duygusunu yansıtırken, örgütsel bağlılık da ise bir bütün olarak genel bir duyguya sahiptir.
- İşgörenin yaptığı iş çevresinin iş tatmini ifade ederken, amaç ve değerleri kapsayıcı bir şekilde ki genel bir bağlamı örgütsel bağlılık ifade etmektedir.
- İş tatmini genel olarak bir tutum olurken, örgütsel bağlılık aynı tabanda bir davranışı oluşturmaktadır.
- Bazı çalışmaların iş tatmini ve örgütsel bağlılık ilişkisini ele alan, bir bölümünün de bağlılığın iş tatminine sebep olduğu, diğer bir kısmının ise iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında karşılıklı olarak ilişkili olduğu varsayılmaktadır.

2.7. Sağlık Çalışanlarında İş Memnuniyeti

Emek ve yoğunluğun çok büyük oranda olduğu bir sektör olan sağlık sektörü, bu sebeple sektörde çalışanların iş memnuniyetleri düşük olması sebebiyle kaliteli bir hizmet sunumu ve hasta memnuniyetini sağlayabilmesi olanaklı olamamaktadır. Yüksek oranda kaliteli ve etkin bir sağlık hizmeti alabilmeleri hastaların, çalışanların işlerinden ve iş yerlerinden memnun olmalarını gerekli kılmaktadır. Sağlık personellerinin iş memnuniyetlerini, sağlık işgörenlerinin sorunları ve tükenmişlik olarak iki başlık altında incelenmektedir (71).

2.8. Sağlık Çalışanlarının Sorunları

Sağlık çalışanlarının yaşadıkları birçok problem ülkemizde var olmaktadır. İnsan hayatındaki vazgeçilmez konumu nedeniyle sağlığın, yapılacak bir hatayı kabul etmemesi sebebiyle sağlık personellerine fazladan sorumluluk yüklemektedir. Sağlık kurumlarındaki yetersizlikler, iş saatlerinin oldukça fazla olması, çalışanların fazla iş yükü, yoğun stres altında çalışması gibi unsurlar nedeniyle sağlık çalışanlarının problemlerini çeşitlendirmektedir. Ülkemizin tüm bölgelerinde Sağlık-Sen tarafından

1060 sağlık çalışanıyla yüz yüze gerçekleştirilen bir araştırmanın ortaya çıkardığı sorunlar Sağlık-Sen Genel Başkanı tarafından şu şekilde değerlendirilmiştir (72).

Sağlık alışanlarının sorunlarına yönelik Sağlık-Sen Genel Başkanı'nın yaptığı açıklamaya göre, sağlık alanı dhilineki istihdamın yetersiz oranda olması işgörenlere fazla iş yükü olarak geri dönmektedir. AB lkelerindeki işgörenlere oranla ülkemizde sağlık çalışanları en az 3 kat daha fazla oranda çalışmak durumunda kalmaktadırlar. “Tam Gün Yasa”sındaki yasal düzenlemeyle haftalık 8 saate çekildiği dile getirilen mesai saatleri ve nöbet zamanları, hiçbir şekilde değerliklik göstermeden hala 9 saat kapsamında sürdürüldüğünü dile getiren Genel Başkan, alışma saatlerinin belirsizliği ve nöbet sürelerinin uzun olması gibi faktörlerin sağlık çalışanları için önemli boyutta bir problem oluşturduğunu vurgulamıştır. Ayrıca döner sermaye oranlarındaki belirsizlikler ve farklılıkların işgörenlerin sahip oldukları verimliliklerini de olumsuz yönde etkilediğini belirterek, sağlık alanında daha adil oranlarda performansa dayalı bir ek ödeme sisteminin var edilmesi gerektiğini de ileri sürmüştür. Farklı istihdam tiplerine sağlık alanında bir an önce durdurulması gerektiğini belirten Genel Başkan, sözleşmeli personel ve taşeron biçiminde ki iş güvencesi var olmayan işgörenlere kaliteli hizmet sağlamasının mümkün olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tüm bunların yanı sıra sağlık hizmetlerinin kadrolu kamu personelleriyle sürdürülmesi gerektiğini vurgulayıp, sağlık personellerinin maruz kaldığı şiddet olaylarını da ele alarak, personellerin yaşadığı şiddetin diğer iş sektörlerindeki işgörenlere oranla 16 kat daha fazla olduğunu ve bu durumun giderek artış sergilediğini de belirtmiştir (72).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma “Mersin İlinde görev yapan Aile Sağlığı Elemanlarının; nitelikli hizmet sunumunda karşılaştıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Kullanılan Anket

Araştırmacı; sağlık bakanlığı tarafından yürütülmekte olan Üreme Sağlığı Programı İzleme-Değerlendirme çalışmasında; 2013-2014 yıllarında yaklaşık 14 ay boyunca görev almıştır. Bu çalışma kapsamında; Mersin ilinde görev yapmakta olan 1. Basamak hizmet sunuculara yönelik; 180 derece performans ölçümü yapılmıştır. Bu araştırmada kullanılan anket, araştırmacı tarafından üreme sağlığı hizmetlerinde 180 derece performans ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesi, hizmet sunucularla yüz yüze görüşme ve gözlem yolu ile oluşturulmuştur.

3.3. Kullanılan Yöntem

- Aile Sağlığı Elemanlarının mesai saatlerinde ve başvuran sayıları dikkate alınarak belirlenmiştir.
- Veriler Aile Sağlığı Elemanlarının kendilerinin anket formunu cevaplama şeklinde toplanmıştır.
- Veri toplama sürecinde 1. basamakta hizmet sunan Aile Sağlığı Elemanları ve Geçici görevlendirme yolu ile yetkilendirilmiş geçici Aile Sağlığı Elemanları ile görüşülmüştür.
- Aile Sağlığı Elemanlarının her birine araştırma hakkında sözel açıklama yapılmış ve çalışmayı kabul eden hizmet sunucularla anket yapılmıştır.
- Anketler genellikle Aile Sağlığı Elemanlarının iş yoğunluğunun az olduğu saatlerde dinlenme ofislerinde yapılmıştır.
- Aile Sağlığı Elemanları tarafından anketin doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Mersin ili ve merkez ilçelerinde görev yapmakta olan sözleşmeli/geçici Aile Sağlığı elemanlarına yönelik yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mersin ili ve ilçelerinde ki; 480 aile hekimliği biriminde görev yapmakta olan sözleşmeli /geçici Aile Sağlığı elemanları oluşturmuştur.

3.6. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Mersin ili ve ilçelerindeki 480 aile hekimliği biriminden rastgele yöntemle seçilen 167 sözleşmeli ve geçici görev yapmakta olan aile sağlığı elemanı oluşturmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Tüm anket soruları SPSS 19 (Statistical Package For Social Science) ortamına aktarılarak istatistiksel veriler oluşturulacaktır. Çalışan hizmet sunucuların özellikleri ile ilgili veriler; sayı, yüzdeler, ortalama ile değerlendirilecektir. Bu özellikler ile ölçek alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde; varyans analizi, pearson ki-kare istatistiksel yöntemleri kullanılacaktır.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for windows19.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda pearson ki-kare testi kullanılacaktır. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilecektir.

Bağımlı değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenlerini düzenlenen anketin ve değerlendirme soruları oluşturacaktır.

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, tahsil, vs.) ve mesleki yaşamları ile ilgili sorular oluşturmaktadır.

Ana hipotez:

“Mersin İli’nde hizmet sunan; Aile Sağlığı Merkezlerinde; nitelikli hizmet sunumunda karşılaşılan sorunların belirlenmesi aile sağlığı elemanlarının demografik durumlarına göre farklılaşmaktadır.”

Alt hipotezler:

H1= Aile sağlığı elemanlarının yaş grupları ile izlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uymaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2= Aile sağlığı elemanlarının yaş grupları ile unvanlarının ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmelerinin nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkileme durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3= Aile sağlığı elemanlarının öğrenim durumları ile çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istemeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4= Aile sağlığı elemanlarının unvan gruplarına göre önümüzdeki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılmayı isteyip istememeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H5= Aile sağlığı elemanlarının unvan gruplarına göre çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istemeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H6= Aile sağlığı elemanlarının unvan gruplarına göre çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istemeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H7= Aile sağlığı elemanlarının bütün hizmet süresi gruplarının görevlerini yaparken kendilerinden fedakarlık yaptıklarını düşünmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H8= Aile sağlığı elemanlarının buldukları birimdeki hizmet süreleri ile kendilerine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odalarının bulunup bulunmadığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H9= Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile kalite standartlarına göre bulunduğu sınıfların A-B-C-D olması veya sınıfının olmaması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H10= Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile mesleki yenilikleri takip etme biçimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H11= Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile ASE olarak görev yapmaktan memnun olup olmamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H12= Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılıp ayrılmamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H13= Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın" hasta sorumlukları" ile ilgili gelişmelerin yetersiz olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilememesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H14= Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile sağlıkta ekip anlayışı" yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye alıŐmaları (Ebe, Hemşire, Laborant, tıbbi sekreter vb) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H15= Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması nedeniyle zamanı kısıtlı kullanmama, dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkileyip etkilememesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H16= Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf ile aile hekimliği birim sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Geçerlilik Analizi

| Geçerlilik Analizi | | | |
|----------------------------|----------------------|--------------|-------------------|
| Cronbach's Alpha | Bölüm 1 | Değer | ,784 |
| | | Madde Sayısı | 14 ^a |
| | Bölüm 2 | Değer | ,817 |
| | | Madde Sayısı | 14 ^b |
| | Toplam Madde Sayısı | | |
| Formlar Arasındaki İlişki | | | ,823 ^c |
| Spearman-Brown Katsayısı | Eşit Uzunluk | | ,903 ^c |
| | Eşit Olmayan Uzunluk | | ,903 ^c |
| GuttmanSplit-HalfKatsayısı | | | ,897 |

Anket Spearman-Brown katsayısı ,903 olduğundan geçerlidir (Tablo 1).

Tablo 2. Güvenilirlik analizi

| Güvenilirlik Analizi | |
|----------------------|--------------|
| Cronbach's Alpha | Madde Sayısı |
| ,784 | 28 |

Güvenilirlik analizi tablosundan faktörün güvenilirliğinin $\alpha = 0,784$ olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Araştırmaya katılanların yaş dağılımı

| | | N | % |
|-----|------------|-----|-------|
| Yaş | 18-24 | 5 | 3,1 |
| | 25-30 | 20 | 12,3 |
| | 31-35 | 28 | 17,2 |
| | 36-40 | 51 | 31,3 |
| | 41-45 | 45 | 27,6 |
| | 46 ve üstü | 12 | 7,4 |
| | Toplam | 161 | 98,8 |
| | Kayıp veri | 2 | 1,2 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Yaşlarına göre, 18-24 %3,1 (n=5), 25-30 %12,3 (n=20), 31-35 %17,2 (n=28), 36-40 %31,3 (n=51), 41-45 %27,6 (n=45), 46 ve üzeri %7,4 (n=12), kayıp veri %1,2 (n=2) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Araştırmaya katılanların demografik bilgiler dağılımı

| | | N | % |
|----------------------|----------------------------------|-----|-------|
| Eğitim düzeyi | Lise | 32 | 19,6 |
| | Ön lisans ebelik | 38 | 23,3 |
| | Önlisans hemşirelik | 12 | 7,4 |
| | Ön lisans yeterlilik/laboratuvar | 26 | 16,0 |
| | Lisans tamamlama ebelik | 17 | 10,4 |
| | Lisans tamamlama hemşirelik | 6 | 3,7 |
| | Lisans fakülte/SYO | 26 | 16,0 |
| | Lisans üstü | 2 | 1,2 |
| | Toplam | 159 | 97,5 |
| | Kayıp veri | 4 | 2,5 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Görevi | Ebe | 131 | 80,4 |
| | Hemşire | 31 | 19,0 |
| | Toplam | 162 | 99,4 |
| | Kayıp veri | 1 | ,6 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Toplam hizmet süresi | 0-5 | 19 | 11,7 |
| | 6-10 | 24 | 14,7 |
| | 11-15 | 24 | 14,7 |
| | 16-20 | 41 | 25,2 |
| | 21-25 | 33 | 20,2 |
| | 26-30 | 21 | 12,9 |
| | 31 ve üzeri | 1 | ,6 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Eğitim düzeyine göre, lise %19,6 (n=32), Ön lisans ebelik %23,3 (n=38), Önlisans hemşirelik %7,4 (n=12), Ön lisans yeterlilik/laboratuvar %16 (n=26), Lisans tamamlama ebelik %10,4 (n=17), Lisans tamamlama hemşirelik %3,7 (n=6), Lisans fakülte/SYO %16 (n=26), Lisans üstü %1,2 (n=2), Kayıp veri %2,5 (n=4) olarak bulunmuştur.

Görevine göre, ebe %80,4 (n=131), hemşire %19 (n=31), kayıp veri %0,6 (n=1) olarak bulunmuştur.

Toplam hizmet sürelerine göre, 0-5 yıl arası %11,7 (n=19), 6-10 yıl arası %14,7 (n=24), 11-15 yıl arası %14,7 (n=24), 16-20 yıl arası %25,2 (n=41), 21-25 yıl arası %20,2 (n=33), 26-30 yıl arası %12,9 (n=21), 31 ve üzeri %0,6 (n=1) olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Bulunduğu birimdeki hizmet süresi dağılımı

| | | n | % |
|-----------------------------------|-------------|-----|-------|
| Bulunduğu birimdeki hizmet süresi | 0-5 | 137 | 84,0 |
| | 6-10 | 7 | 4,3 |
| | 11-15 | 4 | 2,5 |
| | 16-20 | 5 | 3,1 |
| | 21-25 | 5 | 3,1 |
| | 31 ve üzeri | 2 | 1,2 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Bulunduğu birimdeki hizmet sürelerine göre, 0-5 yıl arası %84 (n=137), 6-10 yıl arası %4,3 (n=7), 11-15 yıl arası %2,5 (n=4), 16-20 yıl arası %3,1 (n=5), 21-25 yıl arası %3,1 (n=5), 31 ve üzeri %1,2 (n=2), kayıp veri % 1,8 (n=3) olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Aile sağlığı merkezi bilgileri

| | | n | % |
|--|--|-----|-------|
| Görev yaptığı ASM' nin bulunduğu ilçe | Mezitli | 33 | 20,2 |
| | Yenişehir | 46 | 28,2 |
| | Toroslar | 41 | 25,2 |
| | Akdeniz | 40 | 24,5 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| | Görev yaptığı ASM' de ki aile hekimliği birim sayısı | 1-2 | 26 |
| 3-4 | | 39 | 23,9 |
| 5-6 | | 22 | 13,5 |
| 6-7 | | 15 | 9,2 |
| 7 ve üzeri | | 47 | 28,8 |
| Toplam | | 149 | 91,4 |
| Kayıp veri | | 4 | 8,6 |
| Toplam | | 163 | 100,0 |
| Görev yaptığı ASM'nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf | A | 32 | 19,6 |
| | B | 57 | 35,0 |
| | C | 17 | 10,4 |
| | D | 10 | 6,1 |
| | Sınıfı yok | 43 | 26,4 |
| | Toplam | 159 | 97,5 |
| | Kayıp veri | 4 | 2,5 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Görev yaptığı ASM' nin bulunduğu ilçeye göre, Mezitli %20,2 (n=33), Yenişehir %28,2 (n=46), Toroslar %25,2 (n=41), Akdeniz %24,5 (n=40) kayıp veri % 1,8 (n=3) olarak bulunmuştur.

Görev yaptığı ASM' de ki aile hekimliği birim sayısına göre, 1-2 %16 (n=26), 3-4 %23,9 (n=39), 5-6 %13,5 (n=22), 6-7 %9,2 (n=15),7 ve üzeri %28,8 (n=47), kayıp veri % 8,6 (n=14) olarak bulunmuştur.

Görev yaptığı ASM'nin kalite standartlarının bulunduğu sınıfa göre, A %19,6 (n=32), B %35 (n=57), C %10,4 (n=17), D %6,1 (n=10),sınıfı yok %26,4 (n=43), kayıp veri %2,5 (n=4) olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. Aile sağlığı merkezi bilgileri

| | | n | % |
|---|--|-----|-------|
| Aile sağlığı elemanı olarak kendine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odası bulunma durumu | Evet | 45 | 27,6 |
| | Hayır | 104 | 63,8 |
| | İki ASE bir polikliniği paylaşıyoruz | 11 | 6,7 |
| | Üç ve daha fazla ASE aynı polikliniği paylaşıyoruz | 1 | ,6 |
| | Toplam | 161 | 98,8 |
| | Kayıp veri | 2 | 1,2 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Aile sağlığı elemanı olarak aile sağlığı merkezinde kendine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odasının bulunma durumu göre, evet %27,6 (n=45), hayır %63,8 (n=104), iki aile sağlığı elemanı bir polikliniği paylaşıyoruz %6,7 (n=11), üç ve daha fazla aile sağlığı elemanı aynı polikliniği paylaşıyoruz %0,6 (n=11),kayıp veri %1,2 (n=2) olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 8. İzlem bilgileri

| | | n | % |
|--|--------------------------|-----|-------|
| İzlemlerini nerede gerçekleştirdiği | Poliklinikte | 42 | 25,8 |
| | Aile planlaması odasında | 19 | 11,7 |
| | Aşı odasında | 77 | 47,2 |
| | Gebe odasında | 9 | 5,5 |
| | Kendime ait odamda | 14 | 8,6 |
| | Toplam | 161 | 98,8 |
| | Kayıp veri | 2 | 1,2 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| İzlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uyabilme durumu | Evet | 71 | 43,6 |
| | Hayır | 16 | 9,8 |
| | Genellikle uyarım | 56 | 34,4 |
| | Genellikle uyamıyorum | 20 | 12,3 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

İzlemlerini nerede gerçekleştirdiğine göre, poliklinikte %25,8 (n=42), aile planlaması odasında %11,7 (n=19), aşı odasında %47,2 (n=77), gebe odasında %5,5 (n=9), kendime ait odamda %8,6 (n=14), kayıp veri %1,2 (n=2) olarak bulunmuştur. İzlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uyabilme durumuna göre, evet %43,6 (n=71), hayır %9,8 (n=16), genellikle uyarım %34,4 (n=56), genellikle uyamıyorum %12,3 (n=20) olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9. Mesleki bilgileri

| | | n | % |
|--|--|-------|-------|
| Mesleki konularla ilgili hizmet içi eğitimleri takip etme durumu | Evet | 73 | 44,8 |
| | Hayır | 7 | 4,3 |
| | Sıklıkla | 60 | 36,8 |
| | Pek değil | 21 | 12,9 |
| | Toplam | 161 | 98,8 |
| | Kayıp veri | 2 | 1,2 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Mesleki yenilikleri takip etme durumu | Mesleki bilgi ve becerisine güvendiğim meslek taşımdan | 37 | 22,7 |
| | Aile hekimimden | 30 | 18,4 |
| | Hizmet içi eğitimlerden | 76 | 46,6 |
| | İnternette | 15 | 9,2 |
| | Yenilikleri takip edemiyorum | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 161 | 98,8 |
| | Kayıp veri | 2 | 1,2 |
| Toplam | 163 | 100,0 | |

Mesleki konularla ilgili hizmet içi eğitimleri takip etme durumuna göre, evet %44,8 (n=73), hayır %4,3 (n=7), sıklıkla %36,8 (n=60), pek değil %12,9 (n=21), kayıp veri %1,2 (n=2) olarak bulunmuştur.

Mesleki yenilikleri takip etme durumuna göre, mesleki bilgi ve beceresine güvendiğim meslek taşımdan %22,7 (n=37), aile hekimimden %18,4 (n=30), hizmet içi eğitimlerden %46,6 (n=76), internetten %9,2 (n=15), yenilikleri takip edemiyorum %1,8 (n=3), kayıp veri %1,2 (n=2) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 10. Aile sağlığı elemanı olarak görev yapma durumundan memnuniyet durumu

| | | n | % |
|--|------------|-----|-------|
| Aile sağlığı elemanı olarak görev yapma durumundan memnuniyet durumu | Evet | 89 | 54,6 |
| | Hayır | 67 | 41,1 |
| | Toplam | 156 | 95,7 |
| | Kayıp veri | 7 | 4,3 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Aile sağlığı elemanı olarak görev yapma durumundan memnuniyet durumuna göre, evet %54,6 (n=89), hayır %41,1 (n=67), kayıp veri %4,3 (n=7) olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 11. Aile sağlığı elemanı olarak görev yapma nedeni

| | | n | % |
|--|---|-----|-------|
| Aile sağlığı elemanı olarak görev yapma nedeni | Ücreti | 37 | 22,7 |
| | Nöbetsiz oluşu | 73 | 44,8 |
| | Eşimle birlikte çalışmam | 9 | 5,5 |
| | Kadromun bulunduğu kurumda çalışmak istememem | 17 | 10,4 |
| | Diğer gerekliliklerden dolayı | 26 | 16,0 |
| | Toplam | 162 | 99,4 |
| | Kayıp veri | 1 | ,6 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılabilirim | Evet | 63 | 38,7 |
| | Hayır | 61 | 37,4 |
| | Kararsızım | 39 | 23,9 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Aile sağlığı elemanı olarak görev yapma nedenine göre, ücret %22,7 (n=37), nöbet olmama %44,8 (n=73), eşi ile birlikte çalışma %5,5 (n=9), kadromun bulunduğu kurumda

çalışmak istememem %10,4 (n=17), diğer gerekliliklerden dolayı %16 (n=26), kayıp veri %0,6 (n=1) olarak bulunmuştur.

Önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılabilirim durumuna göre, evet %38,7 (n=63), hayır %37,4 (n=61), kararsızım %23,9 (n=39) olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 12. Aile sağlığı elemanı olarak görev yapma nedeni

| | | | |
|---|------------|-----|-------|
| Şu anda bu görevden ayrılmayı göze alacak kadar mümkün alternatifim olduğunu düşünmüyorum | Evet | 122 | 74,8 |
| | Hayır | 36 | 22,1 |
| | Toplam | 158 | 96,9 |
| | Kayıp veri | 5 | 3,1 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş olsa bu görevde devam etmeyi isterim | Evet | 147 | 90,2 |
| | Hayır | 11 | 6,7 |
| | Toplam | 158 | 96,9 |
| | Kayıp veri | 5 | 3,1 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Şu anda bu görevden ayrılmayı göze alacak kadar mümkün alternatifim olduğunu düşünmüyorum ifadesine göre, evet %74,8 (n=122), hayır %22,1 (n=36), kararsızım %3,1 (n=5) olarak bulunmuştur.

Çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş olsa bu görevde devam etmeyi isterim ifadesine göre, evet %90,2 (n=147), hayır %6,7 (n=11), kararsızım %3,1 (n=5) olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 13. Nitelikli hizmet sunumunda motivasyonunu olumsuz etkileme durumları

| Nitelikli hizmet sunumunda motivasyonunu olumsuz etkilemiştir | n | % | |
|---|------------|-----|-------|
| Unvanım ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmem | Evet | 113 | 69,3 |
| | Hayır | 47 | 28,8 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın “hasta sorumlulukları” ile ilgili gelişmelerin yetersiz olması | Evet | 103 | 63,2 |
| | Hayır | 57 | 35,0 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Görev yetki ve sorumluluklarımla ilgili tanımlamaların yetersizliği | Evet | 108 | 66,3 |
| | Hayır | 52 | 31,9 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| “Sağlıkta ekip anlayışı” yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmam (Ebe, Hemşire, Laborant, Tıbbi sekreter, vb.) | Evet | 111 | 68,1 |
| | Hayır | 49 | 30,1 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Mesleğimle ilgili güncel bilgi ve beceri gerektiren eğitimleri takip edemiyor oluşum | Evet | 44 | 27,0 |
| | Hayır | 116 | 71,2 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| ASE olarak göreve başlarken/başladıktan sonra; Görev Yetki Sorumluluk alanımda ki ilgili diğer mesleki rollerle ilgili standardizasyonu sağlayacak hizmet içi yada uzaktan eğitim almamış olmak | Evet | 54 | 33,1 |
| | Hayır | 106 | 65,0 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Unvanım ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmem nitelikli hizmet sunumunda motivasyonunu olumsuz etkilemiştir

ifadesine göre, evet %69,3 (n=113), hayır %28,8 (n=47), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur.

Hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın “hasta sorumlulukları” ile ilgili gelişmelerin yetersiz olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir ifadesine göre, evet %63,2 (n=103), hayır %35 (n=57), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur.

Görev yetki ve sorumluluklarımla ilgili tanımlamaların yetersizliği nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir ifadesine göre, evet %66,3 (n=108), hayır %31,9 (n=52), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur.

“Sağlıkta ekip anlayışı” yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmam (Ebe, Hemşire, Laborant, Tıbbi sekreter, vb.) nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir ifadesine göre, evet %68,1 (n=111), hayır %30,1 (n=49), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur.

Mesleğimle ilgili güncel bilgi ve beceri gerektiren eğitimleri takip edemiyor oluşum nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir ifadesine göre, evet %27 (n=44), hayır %71,2 (n=116), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur. Eğitim ve gelişmelere kapalıdır.

ASE olarak göreve başlarken/başladıktan sonra; Görev Yetki Sorumluluk alanımda ki ilgili diğer mesleki rollerle ilgili standardizasyonu sağlayacak hizmet içi yada uzaktan eğitim almamış olmak nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir ifadesine göre, evet %33,1 (n=54), hayır %65 (n=106), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 14. Nitelikli hizmet sunumunda motivasyonunu olumsuz etkileme durumları

| Nitelikli hizmet sunumunda motivasyonunu olumsuz etkilemiştir | | n | % |
|---|------------|-----|-------|
| Muayene-Danışmanlık için fiziksel koşulların yetersiz olması diğer meslektaşlarımla ortak kullanım alanlarında (Aşı-gebe-aile planlaması odası vb) aynı anda hizmet sunmam niteliği olumsuz etkiler | Evet | 89 | 54,6 |
| | Hayır | 71 | 43,6 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Aile Sağlığı Merkezinde ortak kullanım alanları dışında (enjeksiyon, pansuman, kan alma, bağışıklama vb.) kendime ait odam olmaması hizmet niteliğini olumsuz etkilemekte | Evet | 89 | 54,6 |
| | Hayır | 71 | 43,6 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Bu görevi yaparken kendimden fedakarlık yaptığımı düşünüyorum | Evet | 117 | 71,8 |
| | Hayır | 43 | 26,4 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |
| Hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması zamanı kısıtlı kulan mama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamaları neden olmakta | Evet | 88 | 54,0 |
| | Hayır | 72 | 44,2 |
| | Toplam | 160 | 98,2 |
| | Kayıp veri | 3 | 1,8 |
| | Toplam | 163 | 100,0 |

Muayene-Danışmanlık için fiziksel koşulların yetersiz olması diğer meslektaşlarımla ortak kullanım alanlarında (Aşı-gebe-aile planlaması odası vb) aynı anda hizmet sunmam niteliği olumsuz etkiler nitelikli hizmet sunumunda motivasyonunu olumsuz etkilemiştir ifadesine göre, evet %54,6 (n=89), hayır %43,6 (n=71), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur.

Aile Sağlığı Merkezinde ortak kullanım alanları dışında (enjeksiyon, pansuman, kan alma, bağışıklama vb.) kendime ait odam olmaması hizmet niteliğini olumsuz etkilemekte ifadesine göre, evet %54,6 (n=89), hayır %43,6 (n=71), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur.

Bu görevi yaparken kendimden fedakarlık yaptığımı düşünüyorum durumunun nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir ifadesine göre, evet %71,8 (n=117), hayır %26,4 (n=43), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur.

Hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamaları nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir ifadesine göre, evet %54 (n=88), hayır %44,2 (n=72), kayıp veri %1,8 (n=3) olarak bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 15. “İzlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uyabiliyorum.” İfadesi/yaş dağılımı

| İzlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uyabiliyorum | | Yaş | | | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|------------|--------|---------------------|------|
| | | 18-24 | 25-30 | 31-35 | 36-40 | 41-45 | 46 ve üstü | | X ² | P |
| Evet | n | 0 | 13 | 10 | 23 | 22 | 2 | 70 | 31,353 | ,008 |
| | % | ,0 | 18,6 | 14,3 | 32,9 | 31,4 | 2,9 | 100,0 | | |
| Hayır | n | 2 | 1 | 1 | 7 | 5 | 0 | 16 | | |
| | % | 12,5 | 6,3 | 6,3 | 43,8 | 31,3 | ,0 | 100,0 | | |
| Genellikle uyuyorum | n | 3 | 6 | 11 | 17 | 10 | 9 | 56 | | |
| | % | 5,4 | 10,7 | 19,6 | 30,4 | 17,9 | 16,1 | 100,0 | | |
| Genellikle uyamıyorum | n | 0 | 0 | 6 | 4 | 8 | 1 | 19 | | |
| | % | ,0 | ,0 | 31,6 | 21,1 | 42,1 | 5,3 | 100,0 | | |
| Toplam | n | 5 | 20 | 28 | 51 | 45 | 12 | 161 | | |
| | % | 3,1 | 12,4 | 17,4 | 31,7 | 28,0 | 7,5 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının yaş durumları ile “İzlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uyabiliyorum.” ifadesinin karşılaştırmasında; 18-24, 31-35 yaş aralığında ve 46 yaş ve üstü olan aile sağlığı elemanlarının izlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine genellikle uydukları, 25-30, 36-40 ve 41-45 yaş aralığında olan aile sağlığı elemanlarının ise izlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uydukları bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının yaş gruplarına göre izlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uymaları konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,008 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının yaş grupları ile izlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uymaları arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_1 hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mersin ili merkez ilçelerinde görev yapan bütün yaş gruplarında olan aile sağlığı elemanlarının izlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uydukları anlaşılmıştır (Tablo 15).

Tablo 16. “Unvanım ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmem nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir” ifadesi/yaş dağılımı

| Unvanım ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmem nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir | | Yaş | | | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|------------|--------|---------------------|---|
| | | 18-24 | 25-30 | 31-35 | 36-40 | 41-45 | 46 ve st | | X^2 | P |
| Evet | n | 5 | 12 | 22 | 41 | 23 | 8 | 11,868 | ,037 | |
| | % | 4,5 | 10,8 | 19,8 | 36,9 | 20,7 | 7,2 | | | |
| Hayır | n | 0 | 7 | 6 | 10 | 20 | 4 | | | |
| | % | ,0 | 14,9 | 12,8 | 21,3 | 42,6 | 8,5 | | | |
| Toplam | n | 5 | 19 | 28 | 51 | 43 | 12 | | | |
| | % | 3,2 | 12,0 | 17,7 | 32,3 | 27,2 | 7,6 | | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının yaş durumları ile “Unvanım ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmem nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkilemiştir” ifadesinin karşılaştırmasında; bütün yaş gruplarında olan aile sağlığı elemanlarının unvanlarının ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmelerinin nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilediği bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının yaş gruplarına göre unvanlarının ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmelerinin nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilediği konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,037 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının yaş grupları ile unvanlarının ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmelerinin nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkileme durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_2 hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mersin ili merkez ilçelerinde görev yapan bütün yaş gruplarında olan aile sağlığı elemanlarının unvanlarının ebe/hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir unvanla görevlendirilmelerinin nitelikli hizmet sunumlarında motivasyonlarını olumsuz etkilediği anlaşılmıştır (Tablo 16).

Tablo 17. “Çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş olsa bu görevde devam etmeyi isterim” ifadesi tahsildurumları dağılımı

| Çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş olsa bu görevde devam etmeyi isterim | | Araştırmaya katılanın eğitim düzeyi | | | | | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|-------------------------------------|------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------|--------|---------------------|------|
| | | Lise | Ön lisans ebelik | Önlisans hemşirelik | Ön lisans yeterlilik/laboratuvar | Lisans tamamlama ebelik | Lisans tamamlama hemşirelik | Lisans fakülte/SYO | Lisans üstü | | X ² | P |
| Evet | n | 29 | 37 | 10 | 24 | 16 | 5 | 23 | 1 | 145 | 14,415 | ,044 |
| | % | 20,0 | 25,5 | 6,9 | 16,6 | 11,0 | 3,4 | 15,9 | ,7 | 100,0 | | |
| Hayır | n | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 10 | | |
| | % | 20,0 | ,0 | 20,0 | 10,0 | ,0 | 10,0 | 30,0 | 10,0 | 100,0 | | |
| Toplam | n | 31 | 37 | 12 | 25 | 16 | 6 | 26 | 2 | 155 | | |
| | % | 20,0 | 23,9 | 7,7 | 16,1 | 10,3 | 3,9 | 16,8 | 1,3 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının eğitim düzeyleri ile “Çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş olsa bu görevde devam etmeyi isterim” ifadesinin karşılaştırmasında; bütün tahsil gruplarında olan aile sağlığı elemanlarının çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istedikleri bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının tahsil gruplarına göre çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istemeleri konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,044 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının tahsil grupları ile çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istemeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_3 hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mersin ili merkez ilçelerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının bütün tahsil gruplarının, çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istedikleri anlaşılmıştır (Tablo 17).

Tablo 18. “Önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılabilirim” ifadesi/unvanları dağılımı

| Önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılabilirim | | | Araştırmaya katılanın unvanı | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|------|------------------------------|---------|--------|---------------------|---|
| | | | Ebe | Hemşire | | X^2 | P |
| Evet | n | 44 | 18 | 62 | 6,668 | ,036 | |
| | % | 71,0 | 29,0 | 100,0 | | | |
| Hayır | n | 52 | 9 | 61 | | | |
| | % | 85,2 | 14,8 | 100,0 | | | |
| Kararsızım | n | 35 | 4 | 39 | | | |
| | % | 89,7 | 10,3 | 100,0 | | | |
| Toplam | n | 131 | 31 | 162 | | | |
| | % | 80,9 | 19,1 | 100,0 | | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının unvanları ile “Önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılabilirim” ifadesinin karşılaştırmasında; ebe unvanında olan aile sağlığı elemanlarının önümüzdeki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılmayacakları, hemşirelerin ise ayrılacakları bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının unvan gruplarına göre önümüzdeki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılmayı isteyip istememeleri konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,036 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının unvan grupları ile önümüzdeki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılmayı isteyip istememeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_4 hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mersin ili merkez ilçelerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarından ebelerin önümüzdeki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılmayı düşünmedikleri, hemşirelerin ise ayrılacakları anlaşılmıştır (Tablo 18).

Tablo 19. “Çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş olsa bu görevde devam etmeyi isterim” ifadesi/unvanları dağılımı

| Çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş olsa bu görevde devam etmeyi isterim | | | Araştırmaya katılanın unvanı | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|---|------------------------------|---------|--------|---------------------|------|
| | | | Ebe | Hemşire | | X ² | P |
| Evet | n | | 123 | 23 | 146 | 15,173 | ,000 |
| | % | | 84,2 | 15,8 | 100,0 | | |
| Hayır | n | | 4 | 7 | 11 | | |
| | % | | 36,4 | 63,6 | 100,0 | | |
| Toplam | | n | 127 | 30 | 157 | | |
| | | % | 80,9 | 19,1 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının unvanları ile “Çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş olsa bu görevde devam etmeyi isterim” ifadesinin karşılaştırmasında; ebe ve hemşire unvanlarında olan aile sağlığı elemanlarının çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istedikleri bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının unvan gruplarına göre çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istemeleri konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,000 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının unvan grupları ile çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istemeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. H₀ hipotezi kabul edilir. Bu nedenle Mersin ili merkez ilçelerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istedikleri anlaşılmıştır (Tablo 19).

Tablo 20. “Hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür” ifadesi/unvanları dağılımı

| Hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür | | | Araştırmaya katılanın unvanı | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|---|---|---|------------------------------|---------|--------|---------------------|------|
| | | | Ebe | Hemşire | | X ² | P |
| Evet | n | | 65 | 22 | 87 | 5,172 | ,023 |
| | % | | 74,7 | 25,3 | 100,0 | | |
| Hayır | n | | 64 | 8 | 72 | | |
| | % | | 88,8 | 11,1 | 100,0 | | |
| Toplam | | n | 129 | 30 | 159 | | |
| | | % | 81,1 | 18,9 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının unvanları ile “Hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür” ifadesinin karşılaştırmasında; ebe ve hemşire unvanlarında olan aile sağlığı elemanlarının, hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olmasının zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olması nedenleriyle nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının unvan gruplarına göre ebe ve hemşire unvanlarında olan aile sağlığı elemanlarının, hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olmasının zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olması nedenleriyle nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarının olumsuz etkilenmeleri konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0.05$) ($,000 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının unvan grupları ile çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istemeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_0 hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mersin ili merkez ilçelerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istedikleri anlaşılmıştır (Tablo 20).

Tablo 21. “Bu görevi yaparken kendimden fedakarlık yaptığımı düşünüyorum ifadesi nitelikli hizmet sunumunda motivasyonu olumsuz etkilemektedir” ifadesi/meslekteki hizmet süreleri dağılımı

| Bu görevi yaparken kendimden fedakarlık yaptığımı düşünüyorum ifadesi nitelikli hizmet sunumunda motivasyonu olumsuz etkilemektedir | | Meslekteki hizmet süreniz | | | | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|---|---|---------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------------|--------|---------------------|------|
| | | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16-20 | 21-25 | 26-30 | 31 ve üzeri | | X ² | P |
| Evet | n | 13 | 19 | 16 | 28 | 19 | 21 | 1 | 117 | 14,291 | ,027 |
| | % | 11,1 | 16,2 | 13,7 | 23,9 | 16,2 | 17,9 | ,9 | 100,0 | | |
| Hayır | n | 4 | 4 | 8 | 13 | 14 | 0 | 0 | 43 | | |
| | % | 9,3 | 9,3 | 18,6 | 30,2 | 32,6 | ,0 | ,0 | 100,0 | | |
| Toplam | n | 17 | 23 | 24 | 41 | 33 | 21 | 1 | 160 | | |
| | % | 10,6 | 14,4 | 15,0 | 25,6 | 20,6 | 13,1 | ,6 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının meslekteki hizmet süreleri ile “Bu görevi yaparken kendimden fedakarlık yaptığımı düşünüyorum ifadesi nitelikli hizmet sunumunda motivasyonu olumsuz etkilemektedir” ifadesinin karşılaştırmasında; bütün hizmet süresi gruplarının görevlerini yaparken kendilerinden fedakarlık yaptıklarını düşündükleri bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının bütün hizmet süresi gruplarının görevlerini yaparken kendilerinden fedakarlık yaptıklarını düşündükleri konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,027 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının bütün hizmet süresi gruplarının görevlerini yaparken kendilerinden fedakarlık yaptıklarını düşünmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_0 hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mersin ili merkez ilçelerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının hizmetleri az veya çok olanların görevlerini yaparken kendilerinden fedakarlık yaptıklarını düşündükleri anlaşılmıştır (Tablo 21).

Tablo 22. “Aile sağlığı elemanı olarak kendinize ait ayrı bir muayene/danışmanlık odanız var mı?” ifadesi/buldukları birimdeki hizmet süreleridağılımı

| Aile sağlığı elemanı olarak kendinize ait ayrı bir muayene/danışmanlık odanız var mı ? | | Bulduğunuz birimdeki hizmet süreniz | | | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|-------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------------|--------|---------------------|------|
| | | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16-20 | 21-25 | 31 ve üzeri | | X ² | P |
| Evet | N | 40 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 44 | 51,552 | ,000 |
| | % | 90,9 | 9,1 | ,0 | ,0 | ,0 | ,0 | 100,0 | | |
| Hayır | N | 86 | 3 | 2 | 4 | 5 | 2 | 102 | | |
| | % | 84,3 | 2,9 | 2,0 | 3,9 | 4,9 | 2,0 | 100,0 | | |
| İki ASE bir polikliniği paylaşıyoruz | N | 9 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 11 | | |
| | % | 81,8 | ,0 | 18,2 | ,0 | ,0 | ,0 | 100,0 | | |
| Üç ve daha fazla ASE aynı polikliniği paylaşıyoruz | N | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| | % | ,0 | ,0 | ,0 | 100,0 | ,0 | ,0 | 100,0 | | |
| Toplam | N | 135 | 7 | 4 | 5 | 5 | 2 | 158 | | |
| | % | 85,4 | 4,4 | 2,5 | 3,2 | 3,2 | 1,3 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının buldukları birimdeki hizmet süreleri ile “Aile sağlığı elemanı olarak kendinize ait ayrı bir muayene/danışmanlık odanız var mı?” ifadesinin karşılaştırmasında; buldukları birimdeki hizmet süreleri 6-10 yıl

arası olan aile sağlığı elemanlarının kendilerine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odalarının bulunduğu, buldukları birimdeki hizmet süreleri 0-5, 11-15, 16-20, 21-25 ve 31 yıl ve üzeri olan aile sağlığı elemanlarının ise bulunmadığı anlaşılmıştır.

Aile sağlığı elemanlarının buldukları birimdeki hizmet süreleri ile kendilerine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odalarının bulunup bulunmadığı konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,000 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının buldukları birimdeki hizmet süreleri ile kendilerine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odalarının bulunup bulunmadığı arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_0 hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mersin ili merkez ilçelerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının buldukları birimdeki hizmet sürelerine göre çoğunlukla kendilerine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odalarının bulunmadığı anlaşılmıştır (Tablo 22).

Tablo 23. “Görev yaptığınız ASM’nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf” ifadesi/görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçedeki dağılımı

| Görev yaptığınız ASM’nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf | | Görev yaptığınız ASM’nin bulunduğu ilçe | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|---|---|---|-----------|----------|---------|--------|---------------------|-------|
| | | Mezitli | Yenişehir | Toroslar | Akdeniz | | X^2 | P |
| A | N | 11 | 6 | 3 | 11 | 44,598 | ,000 | |
| | % | 35,5 | 19,4 | 9,7 | 35,5 | | | 100,0 |
| B | N | 4 | 18 | 26 | 7 | | | 55 |
| | % | 7,3 | 32,7 | 47,3 | 12,7 | | | 100,0 |
| C | N | 5 | 9 | 2 | 1 | | | 17 |
| | % | 29,4 | 52,9 | 11,8 | 5,9 | | | 100,0 |
| D | N | 0 | 3 | 2 | 5 | | | 10 |
| | % | ,0 | 30,0 | 20,0 | 50,0 | | | 100,0 |
| Sınıfı yok | N | 12 | 8 | 8 | 15 | | | 43 |
| | % | 27,9 | 18,6 | 18,6 | 34,9 | | | 100,0 |
| Toplam | N | 32 | 44 | 41 | 39 | | | 156 |
| | % | 20,5 | 28,2 | 26,3 | 25,0 | | | 100,0 |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile “Görev yaptığınız ASM’nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf” ifadesinin karşılaştırmasında; bulunduğu sınıf A olan ASM’nin Mezitli ilçesinde, Yenişehir, Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM’lerin ise buldukları sınıfın B olduğu anlaşılmıştır.

Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile kalite standartlarına göre bulunduğu sınıfların A-B-C-D olması veya sınıfının olmaması konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,000 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile kalite standartlarına göre bulunduğu sınıfların A-B-C-D olması veya sınıfının olmaması arasında anlamlı bir ilişki vardır. H₀ hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları Mezitli ilçesinde bulunan ASM'nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıfın A, Yenişehir, Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM'lerin ise buldukları sınıfın B olduğu anlaşılmıştır (Tablo 23).

Tablo 24. “Mesleki yenilikleri öncelikle nasıl takip ediyorsunuz?” ifadesi/görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçedağılımı

| Mesleki yenilikleri öncelikle nasıl takip ediyorsunuz? | | Görev yaptığınız ASM 'de ki bulunduğu ilçe | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|--|------------|----------|---------|--------|---------------------|------|
| | | Mezitli | Yeni şehir | Toroslar | Akdeniz | | X ² | P |
| Mesleki bilgi ve beceresine güvendiğim meslek taşımdan | n | 7 | 14 | 6 | 9 | 36 | 21,908 | ,039 |
| | % | 19,4 | 38,9 | 16,7 | 25,0 | 100,0 | | |
| Aile hekimimden | n | 3 | 10 | 9 | 6 | 28 | | |
| | % | 10,7 | 35,7 | 32,1 | 21,4 | 100,0 | | |
| Hizmet içi eğitimlerden | n | 20 | 21 | 14 | 21 | 76 | | |
| | % | 26,3 | 27,6 | 18,4 | 27,6 | 100,0 | | |
| İnternette | n | 3 | 1 | 9 | 2 | 15 | | |
| | % | 20,0 | 6,7 | 60,0 | 13,3 | 100,0 | | |
| Yenilikleri takip edemiyorum | n | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| | % | ,0 | ,0 | 33,3 | 66,7 | 100,0 | | |
| Toplam | n | 33 | 46 | 39 | 40 | 158 | | |
| | % | 20,9 | 29,1 | 24,7 | 25,3 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile “Mesleki yenilikleri öncelikle nasıl takip ediyorsunuz?” ifadesinin karşılaştırmasında; Mezitli, Yenişehir, Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının mesleki yenilikleri hizmet içi eğitimlerden takip ettikleri bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile mesleki yenilikleri takip etme biçimleri konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,039 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile mesleki yenilikleri takip etme biçimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_{10} hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mezitli, Yenişehir, Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM'ler de görev yapan aile sağlığı elemanlarının mesleki yenilikleri hizmet içi eğitimlerden takip ettikleri anlaşılmıştır (Tablo 24).

Tablo 25. “ASE olarak görev yapmaktan memnunum” ifadesi/ görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçedağılımı

| ASE olarak görev yapmaktan memnunum | | Görev yaptığımız ASM 'de ki bulunduğu ilçe | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|-------------------------------------|---|--|-----------|----------|---------|--------|---------------------|------|
| | | Mezitli | Yenişehir | Toroslar | Akdeniz | | X^2 | P |
| Evet | N | 25 | 17 | 30 | 16 | 88 | 19,949 | ,000 |
| | % | 28,4 | 19,3 | 34,1 | 18,2 | 100,0 | | |
| Hayır | N | 7 | 26 | 10 | 22 | 65 | | |
| | % | 10,8 | 40,0 | 15,4 | 33,8 | 100,0 | | |
| Toplam | N | 32 | 43 | 40 | 38 | 153 | | |
| | % | 20,9 | 28,1 | 26,1 | 24,8 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile “ASE olarak görev yapmaktan memnunum” ifadesinin karşılaştırmasında; Mezitli ve Toroslar ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının ASE olarak görev yapmaktan memnun oldukları, Yenişehir ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının ise ASE olarak görev yapmaktan memnun olmadıkları bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile ASE olarak görev yapmaktan memnun olup olmama konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,000 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile ASE olarak görev yapmaktan memnun olup olmamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_{11} hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mezitli ve Toroslar ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının ASE olarak görev yapmaktan memnun oldukları, Yenişehir ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının ise ASE olarak görev yapmaktan memnun olmadıkları anlaşılmıştır (Tablo 25).

Tablo 26. “Önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılabilirim” ifadesi/ görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçedağılımı

| Önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılabilirim | | Görev yaptığınız ASM 'de ki bulunduğu ilçe | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|--|-----------|----------|---------|--------|---------------------|------|
| | | Mezitli | Yenişehir | Toroslar | Akdeniz | | X ² | P |
| Evet | N | 13 | 20 | 7 | 21 | 61 | 13,121 | ,041 |
| | % | 21,3 | 32,8 | 11,5 | 34,4 | 100,0 | | |
| Hayır | N | 11 | 15 | 23 | 11 | 60 | | |
| | % | 18,3 | 25,0 | 38,3 | 18,3 | 100,0 | | |
| Kararsızım | N | 9 | 11 | 11 | 8 | 39 | | |
| | % | 23,1 | 28,2 | 28,2 | 20,5 | 100,0 | | |
| Toplam | N | 33 | 46 | 41 | 40 | 160 | | |
| | % | 20,6 | 28,8 | 25,6 | 25,0 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile “Önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılabilirim” ifadesinin karşılaştırmasında; Mezitli, Yenişehir ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM’lerin aile sağlığı elemanlarının önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılacakları, Toroslar ilçelerinde bulunan ASM’lerin aile sağlığı elemanlarının ise ayrılmayacakları bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılıp ayrılmama konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,041 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılıp ayrılmamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_1 hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mezitli, Yenişehir ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM’lerin aile sağlığı elemanlarının önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılacakları, Toroslar ilçelerinde bulunan ASM’lerin aile sağlığı elemanlarının ise ayrılmayacakları anlaşılmıştır (Tablo 26).

Tablo 27. “Hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın "hasta sorumlukları” ile ilgili gelişmelerin yetersiz olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür” ifadesi/ görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçedağılımı

| Hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın "hasta sorumlukları "ile ilgili gelişmelerin yetersiz olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür | | Görev yaptığınız ASM 'de ki bulunduğu ilçe | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|--|-----------|----------|---------|--------|---------------------|------|
| | | Mezitli | Yenişehir | Toroslar | Akdeniz | | X ² | P |
| Evet | N | 27 | 25 | 23 | 26 | 101 | 8,279 | ,041 |
| | % | 26,7 | 24,8 | 22,8 | 25,7 | 100,0 | | |
| Hayır | N | 5 | 20 | 18 | 14 | 57 | | |
| | % | 8,8 | 35,1 | 31,6 | 24,6 | 100,0 | | |
| Toplam | N | 32 | 45 | 41 | 40 | 158 | | |
| | % | 20,3 | 28,5 | 25,9 | 25,3 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile “Hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın "hasta sorumlukları "ile ilgili gelişmelerin yetersiz olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür” ifadesinin karşılaştırmasında; Mezitli, Yenişehir Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM’lerin aile sağlığı elemanlarının hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın” hasta sorumlukları” ile ilgili gelişmelerin yetersiz olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilemediği bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın” hasta sorumlukları” ile ilgili gelişmelerin yetersiz olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilememesi konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,041 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın” hasta sorumlukları” ile ilgili gelişmelerin yetersiz olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilememesi arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_{13} hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mezitli, Yenişehir Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM’lerin aile sağlığı elemanlarının hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın” hasta

sorumlulukları” ile ilgili gelişmelerin yetersiz olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilemediği anlaşılmıştır (Tablo 27).

Tablo 28. “Sağlıkta ekip anlayışı” yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmam (Ebe, Hemşire, Laborant) nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür” ifadesi/görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçedağılımı

| “Sağlıkta ekip anlayışı” yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmamam (Ebe, Hemşire, Laborant) nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür | | Görev yaptığınız ASM' de ki bulunduğu ilçe | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|--|-----------|----------|---------|--------|---------------------|------|
| | | Mezitli | Yenişehir | Toroslar | Akdeniz | | X ² | P |
| Evet | N | 21 | 37 | 21 | 31 | 110 | 11,358 | ,010 |
| | % | 19,1 | 33,6 | 19,1 | 28,2 | 100,0 | | |
| Hayır | N | 11 | 8 | 20 | 9 | 48 | | |
| | % | 22,9 | 16,7 | 41,7 | 18,8 | 100,0 | | |
| Toplam | N | 32 | 45 | 41 | 40 | 158 | | |
| | % | 20,3 | 28,5 | 25,9 | 25,3 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile “Sağlıkta ekip anlayışı” yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmamam (Ebe, Hemşire, Laborant) nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür” ifadesinin karşılaştırmasında; Mezitli, Yenişehir Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM’lerin aile sağlığı elemanlarının “Sağlıkta ekip anlayışı” yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmamalarının (Ebe, Hemşire, Laborant) nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilediği bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile sağlıkta ekip anlayışı” yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmamaları (Ebe, Hemşire, Laborant, Tıbskvb) nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilememesi konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,010 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin bulunduğu ilçe ile sağlıkta ekip anlayışı” yerine tüm görev ve sorumlulukları tek

bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmamaları (Ebe, Hemşire, Laborant, tıbbi sekreter vb) nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilememesi arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_{14} hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mezitli, Yenişehir Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının sağlıkta ekip anlayışı" yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmamalarının (Ebe, Hemşire, Laborant, tıbbi sekreter vb) nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilemediği anlaşılmıştır (Tablo 28).

Tablo 29. "Hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktör" ifadesi/görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçedağılımı

| Hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktör | | Görev yaptığınız ASM 'de ki bulunduğu ilçe | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | |
|--|---|--|-----------|----------|---------|--------|---------------------|---|
| | | Mezitli | Yenişehir | Toroslar | Akdeniz | | X^2 | p |
| Evet | N | 24 | 27 | 18 | 18 | 87 | | |
| | % | 27,6 | 31,0 | 20,7 | 20,7 | 100,0 | | |
| Hayır | N | 8 | 18 | 23 | 22 | 71 | | |
| | % | 11,3 | 25,4 | 32,4 | 31,0 | 100,0 | | |
| Toplam | N | 32 | 45 | 41 | 40 | 158 | | |
| | % | 20,3 | 28,5 | 25,9 | 25,3 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile "Hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olması nitelikli hizmet sunumunda motivasyonumu olumsuz etkileyen faktördür" ifadesinin karşılaştırmasında; Mezitli ve Yenişehir ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması nedeniyle zamanı kısıtlı kullanmama, dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilediği, Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının ise olumsuz etkilemediği bulunmuştur.

Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması nedeniyle zamanı kısıtlı kullanmama, dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkileyip etkilememesi konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0,05$) ($,026 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin bulunduğu ilçe ile hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması nedeniyle zamanı kısıtlı kullanmama, dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkileyip etkilememesi arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_{15} hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle Mezitli ve Yenişehir ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması nedeniyle zamanı kısıtlı kullanmama, dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilediği, Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM'lerin aile sağlığı elemanlarının ise olumsuz etkilemediği anlaşılmıştır (Tablo 29).

Tablo 30. “Görev yaptığınız ASM nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf” ifadesi/görev yaptıklarıASM'nin aile hekimliği birim sayı dağılımı

| | | Görev yaptığınız ASM 'de ki aile hekimliği birim sayısı | | | | | Toplam | İki uçlu anlamlılık | | |
|---|------------|---|------|------|------|------------|--------|---------------------|--------|------|
| | | 1-2 | 3-4 | 5-6 | 6-7 | 7 ve üzeri | | X ² | p | |
| Görev yaptığınız ASM nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf | A | n | 5 | 8 | 5 | 2 | 10 | 30 | 54,968 | ,000 |
| | | % | 16,7 | 26,7 | 16,7 | 6,7 | 33,3 | 100,0 | | |
| | B | n | 4 | 7 | 6 | 8 | 27 | 52 | | |
| | | % | 7,7 | 13,5 | 11,5 | 15,4 | 51,9 | 100,0 | | |
| | C | n | 1 | 5 | 2 | 0 | 7 | 15 | | |
| | | % | 6,7 | 33,3 | 13,3 | ,0 | 46,7 | 100,0 | | |
| | B | n | 5 | 0 | 4 | 0 | 0 | 9 | | |
| | | % | 55,6 | ,0 | 44,4 | ,0 | ,0 | 100,0 | | |
| | Sınıfı yok | n | 10 | 18 | 4 | 5 | 2 | 39 | | |
| | | % | 25,6 | 46,2 | 10,3 | 12,8 | 5,1 | 100,0 | | |
| Toplam | | n | 25 | 38 | 21 | 15 | 46 | 145 | | |
| | | % | 17,2 | 26,2 | 14,5 | 10,3 | 31,7 | 100,0 | | |

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM'nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf ile “Görev yaptığınız ASM 'de ki aile hekimliği birim

sayısı” ifadesinin karşılaştırmasında; aile hekimliği birim sayısı 1-2 ve 3-4 olan ASM’lerin kalite standartlarına göre sınıflarının bulunmadığı, aile hekimliği birim sayısı 5-6, 6-7 ve 7 ve üzeri olan ASM’lerin ise kalite standartlarına göre B sınıfında bulunduğu anlaşılmıştır.

Aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf ile aile hekimliği birim sayısı konusundaki algı hakkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

($p < 0.05$) ($,000 < 0,05$) olduğundan aile sağlığı elemanlarının görev yaptıkları ASM’nin kalite standartlarına göre bulunduğu sınıf ile aile hekimliği birim sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. H_1 hipotezi kabul edilir.

Bu nedenle aile hekimliği birim sayısı 1-2 ve 3-4 olan ASM’lerin kalite standartlarına göre sınıflarının bulunmadığı, aile hekimliği birim sayısı 5-6, 6-7 ve 7 ve üzeri olan ASM’lerin ise kalite standartlarına göre B sınıfında bulunduğu anlaşılmıştır (Tablo 30).

5. TARTIŞMA

Mersin ili ve ilçelerinde faaliyet göstermekte olan 480 aile hekimliği biriminde görev yapan 163 sözleşmeli /geçici aile sağlığı elemanının nitelikli hizmet sunumunda karşılaştıkları sorunların belirlenmesi amacıyla 2014 yılı Haziran ayında yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan 163 aile sağlığı elemanının %31,3'ü 36-40 yaş grubunda, %23,3'ü önlisans-ebelik mezunu,%80,4'ü ebe, %25,2'nin toplam hizmet süresi 16-20 yıl arası, %84'nün bulunduğu birimdeki hizmet süresi 0-5 yıl arasındır.

Aksayan (77), Aştı (74)ve Cimete'nin (75) yaptıkları çalışmalarda yaş grubu ile karşılaştıkları sorunlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Alçelik ve arkadaşlarının 2005 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan 68 hemşirede yaptıkları bir çalışmada yüksekokul mezunu hemşire oranı % 41.8 olarak saptanmıştır (78).

Aile sağlığı elemanlarının%28,2'i Yenişehir Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapmakta, %28,8'nin görev yaptığı ASM' de ki aile hekimliği birim sayısı 7 ve üzeri, %35'nin görev yaptığı ASM'nin kalite standartlarının B sınıfında bulunduğu,%63,8'nin aile sağlığı elemanı olarak aile sağlığı merkezinde kendine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odasının bulunmadığı, %47,2'nin izlenimlerini aşu odasında gerçekleştirdiği, %78'nin izlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uydukları,%44,8'nin mesleki konularla ilgili hizmet içi eğitimleri takip ettikleri,%46,6'nın mesleki yeniliklerihizmet içi eğitimler sayesinde takip ettikleri, %54,6'nın aile sağlığı elemanı olarak görev yapma durumundan memnuniyet duydukları, %44,8'nin nöbet olmaması nedeniyle aile sağlığı elemanı olarak görev yaptığı,Ergüç'te bağımsız çalışma olanağı veren mesleklerde sorunlarla karşılaşmama oranının yüksek olduğunu vurgulamaktadır(69). %38,7'nin önümüzdeki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılacakları,%74,8'ninşu anda bu görevden ayrılmayı göze alacak kadar mümkün alternatiflerinin olduğunu düşünmedikleri,%90,2'nin çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi halinde bu görevde devam etmeyi istedikleri, %69,3'nün unvanlarının ebe/hemşire olmasına rağmen "ASE" olarak yeni bir unvanla görevlendirilmelerinin, %63,2'nin hasta haklarındayaşanan olumlu gelişmelere karşın "hasta sorumlulukları" ile ilgili gelişmelerin yetersiz olmasının,

%66,3'nün görev yetki ve sorumlulukları ile ilgili tanımlamaların yetersizliğinin,%54,6'nın muayene-danışmanlık için fiziksel koşulların yetersiz olmasının, diğer meslektaşlarıyla ortak kullanım alanlarında (Aşı-gebe-aile planlaması odası vb) aynı anda hizmet sunmalarının,%54,6'nın ortak kullanım alanları dışında (enjeksiyon, pansuman, kan alma, bağışıklama vb.) kendilerine ait odalarının olmamasının, %71,8'nin görevlerini yaparken kendilerinden fedakarlık yaptıklarını düşünmelerinin, %54'nün hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması nedeniyle zamanı kısıtlı kullanma ve bu yüzden hizmet sunumunda aksamaların yaşanmasının nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilediği bulunmuştur.

Seyhan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da ebelerin %37,7'sinin sorunlarla karşılaşmama oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanları arasında çalışma koşulları yönündenebelere en yakın meslek hemşirelik mesleğidir (76).

Aksayan'ın çalışmasında hemşirelerin sorunlarla karşılaşmama puan ortalamaları 46.24'tür (77).

Zuraikat ve Mc Closkey hemşirelerin sorunlarla karşılaşmama oranlarının puanlarının nötr doyumdan düşük doyuma doğru hafif kayma gösterdiğini belirlemişlerdir (79).

Hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada Kavla (80), işin yapıldığı ortamın özelliğini yansıtan dışsal sorunlarla karşılaşmama oranlarının boyutunun nötr doyumdan düşük sorunlarla karşılaşmama oranlarının doğru hafif kayma gösterdiğini saptanmıştır.Cimete (75), Çimen ve Şahin (81) ve Canbaz ve arkadaşları (82) de çalışmalarında hemşirelerin sorunlarla karşılaşmama oranlarının düzeyini düşük bulmuşlardır. Bu sonuçlar; bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Erşan (83) çalışmasında hemşirelerin %77.7'sinin sorunlarla karşılaşmama oranlarının orta sorunlarla karşılaşmama oranları (31-60 arasında puan) olarak belirlemiştir. Zuraikat ve Mc Closkey (79), Metcalfe (84), Aştı (74), Aydın ve Kutlu (85), Kuyurtar ve arkadaşları (86) ve Karadağ ve arkadaşlarının (87) yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin sorunlarla karşılaşmama oran düzeyleri nötr olarak belirlenmiştir. Hekim ve hemşirelerin mesleki sorunlarla karşılaşmama oran düzeylerinin değerlendirildiği araştırmalarda, bu grupların sorunlarla karşılaşmama

orandüzeinin, genelde düşük olduğu, ancak hekimlerin hemşirelere göre daha yüksek oranda doyum düzeyinesahip oldukları saptanmıştır(88, 89).

Aksayan (77), Aştı (74)ve Cimete'nin (75) yaptıkları çalışmalarda yaş grubu ile genel sorunlarla karşılaşmama oran düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde ise yaşın sorunlarla karşılaşmama oran düzeyi etkileyeceği, yaş ilerledikçe çalışma ortamına uyum davranışının artacağı ve yaşın ilerlemesine bağlı olarak işin sağlayabileceği yararlar konusundadaha gerçekçi beklentiler geliştirileceği vurgulanmaktadır (73).Hemşireler üzerinde yapılan bazıçalışmalarda yaş arttıkça sorunlarla karşılaşmama düzeyinin arttığı belirlenmiştir (89, 81).

Aksayan (77), Aştı(74), Kavla (80) ise sağlıkçalışanlarının çalışma süresinin sorunlarla karşılaşmama düzeyinin puan ortalamasına anlamlı bir etkisiolmadığını bulmuşlardır. Bu sonuçların tersine Cimete (75), Kuyurtar vearkadaşları (86) hemşirelerin, Çimen ve Sahin (81), Aslan ve arkadaşları (1997) sağlık personelinin, hekimlerin çalışma süreleri arttıkça sorunlarla karşılaşmama düzeyinin arttığını saptamışlardır.

Sağlık alanında çalışan bireyler üzerinde yapılan birçokçalışmada da medeni durum ile genel sorunlarla karşılaşmama düzeyi arasında anlamlı bir ilişkini olmadığı ve bulgularında bu çalışmada benzerlik gösterdiği saptanmıştır (73).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mersin ili ve ilçelerinde faaliyet göstermekte olan 480 aile hekimliği biriminde görev yapan ve rastgele seçilen 163 sözleşmeli /geçici aile sağlığı elemanının nitelikli hizmet sunumunda karşılaştıkları sorunların belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Aile sağlığı elemanlarının;

- ✓ %31,3'ü (51 kişi) 36-40 yaşları arasında,
- ✓ %23,3'ü (38 kişi) önlisans ebelik mezunu,
- ✓ %80,4'ü (131 kişi) ebe,
- ✓ %25,2'nin (41 kişi) toplam hizmet süreleri 16-20 yıl arası,
- ✓ %84'ü (137 kişi) bulunduğu birimdeki hizmet süreleri 0-5 yıl arası,
- ✓ %28,2'i (46 kişi) Yenişehir Toplum Sağlığı Merkezi'nde görev yapmakta,
- ✓ %28,8'i (47 kişi) 7 ve üzeri aile hekimi olan Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapmakta,
- ✓ %35'i (57 kişi) B sınıfı Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapmakta,
- ✓ **%63,8'nin (104 kişi) aile sağlığı elemanı olarak aile sağlığı merkezinde kendine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odası bulunmamaktadır.**

Aile sağlığı elemanı olarak kendine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odası bulunmayanların oranı %63,8'dir. Aile Sağlığı Elemanları gebe, lohusa, bebek izlemlerini diğer meslektaşları ile birlikte, ortak kullandıkları aşı odası gibi genel kullanım alanlarında yapmaktadırlar. Başvuran sayısı göz önünde bulundurulduğunda; aynı odada, aynı anda, pek çok danışana ya da hastaya hizmet sunulduğu görülmektedir. Bu durumda hasta mahremiyeti olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca birden fazla aile sağlığı elemanının aynı odada; eş zamanlı hizmet sunduğu göz önünde bulundurulduğunda; hizmet sunumunda karşılaştıkları olumsuzluk artmaktadır. Sağlık Bakanlığı aile hekimlerinin ücret ödemelerini düzenleyerek; A ve B grubu olmaya teşvik etmektedir. A ve B standartlarında ki Aile Sağlığı Merkezlerinde oda sayısı arttığı için hasta mahremiyeti sağlanmış olmaktadır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği/2015 EK 2 Aile Hekimliği Uygulamasında Uygulanacak İhtar Puanı Cetveli No:29'a göre "İlgili mevzuat hükümlerince hasta haklarına ve hasta

mahremiyetine uymamak” 100 puan üzerinden 20 ceza puanıdır. Bu durumda ASM’lerin; fiziksel koşulları planlanırken Aile Sağlığı Elemanlarının kendilerine ait bir odasının bulunması; hizmet kalitesini yükseltecektir. Ortak kullanım alanlarında 15-49 yaş, gebe, loğusa izlemlerinde veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, aile planlaması danışmanlık ve muayene hizmetlerinde; başvurana “öykü alma” esnasında üreme sağlığı ile ilgili olarak, cinsel hayatı, korunma yöntemleri, genital enfeksiyonlar, adet düzeni ile ilgili pek çok mahrem soru sorulmaktadır. Ortamda diğer hizmet sunucuların olması yada başka danışan/hasta bulunması; öykü alma yolu ile değerlendirme, fiziksel muayene, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerine engel olmaktadır. Özellikle Birinci basamak hizmetlerinin, ikinci basamakta özel kurumlarda alınmasına yönlendirmekte ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin verilmesine engel teşkil etmektedir.

İzlemlerin % 47,2’si aşı odasında, % 25,8’ i poliklinikte gerçekleşmektedir. Bu durumda Aile Sağlığı Elemanlarının; görev yetki ve sorumluluk alanlarında tanımlı işler için ayrı bir hizmet odası bulunmaması mahremiyeti, hizmetin niteliğini olumsuz etkilemektedir. Başvuran sayısı göz önüne alındığında bu durum hem hasta mahremiyetini olumsuz etkilemekte, hem de hizmet sunumunda basamak atlanmasına neden olmaktadır.

Toplamda %78 (127 kişi) oranında hizmet standartlarında belirtilen sürelerle uyduklarını ya da genellikle uyduklarını belirtmişlerdir. Ancak Aile Sağlığı Elemanları; İzlemlerin % 47,2’si aşı odasında, % 25,8’ i poliklinikte gerçekleştiğini de belirtmiştir. Aşı odasında yada poliklinikte bu süreye uyduklarında (Örneğin gebe izlemi için ilk izlemse 30 dk. İkinci izlemse 20 dk.) hastaları teker teker kabul ettiklerinde bekleyen hastalar arasında yığılma olması, hastaların bekleme sürelerinin uzaması gerginliklere neden olmakta ve sağlık çalışanları ile hastaları karşı karşıya getirmektedir. Ya da hastalara eş zamanlı olarak (aynı anda) hizmet sunulmakta mahremiyet ve hizmet sunum niteliği olumsuz etkilenmektedir. Poliklinikte hekim hasta muayenesi yaparken Aile sağlığı elemanı ise izlemlerini yapmakta veya aşı odasında bağışıklama, gebe, lohusa, 15-49 yaş izlemleri aynı anda yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı; Üreme Sağlığı hizmetlerinin; ülkenin her bölgesinde ve tüm sağlık kuruluşlarında standart sunulabilmesi için Yönetim rehberleri, izlem protokolleri oluşturmuştur. Ayrıca Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında hizmet içi eğitimler ve eğitim sonrası İzleme-Değerlendirme çalışmaları yürüterek

standardizasyon, 180 derece performans ölçümü ile kurumsal kapasite geliştirmeye yönelik faaliyetlerine devam etmektedir. Ancak araştırma sonucuna göre; hizmet sunucuların görev yetki sorumluluk alanında tanımlanan görevlerini;Sağlık Bakanlığınca oluşturulmuş standartlara uygun yerine getirebilmesi için kendilerine ait ayrı bir muayene/danışmanlık odası bulunması gereklidir.

- ✓ %54,6'ı (89 kişi) aile sağlığı elemanı olarak görev yapmaktan memnun olmasına rağmen, **%41,1'i (67 kişi) aile sağlığı elemanı olarak görev yapmaktan memnun değildir.**
- ✓ %44,8'nin (73 kişi) aile sağlığı elemanı olarak görev yapma nedenine nöbet olmaması,

Nöbetsiz olduğu için tercih edilen bir meslek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak tezimizin anket hazırlandıktan sonra; hafta sonu nöbetleri başlamıştır. Bu durumda beraberinde itiraz, reddetme gibi sorunları beraberinde getirmiştir. Çünkü aile hekimleri veya aile sağlığı elemanları ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan ve her iki yılda bir yenilenen sözleşmede böyle bir madde bulunmamaktadır. Nöbet durumunun yeni sözleşme dönemini kapsayacak şekilde düzenlenmemesinden dolayı; hizmet sunucuların motivasyonunun daha olumsuz etkilendiği; saha çalışmalarında gözlemlenmiş ve anket formunu dolduran hizmet sunucular bu konuya ilişkin telefon görüşmesi yoluyla geri bildirim vererek olumsuz görüş bildirmişlerdir.

- ✓ %69,3'nün (113 kişi) unvanlarının ebe/hemşire olmasına rağmen "ASE" olarak yeni bir unvanla görevlendirilmeleri nitelikli hizmet sunumunda motivasyonlarını olumsuz etkilemiştir,

%69,3'ü Ebe yada hemşire olmasına rağmen unvanlarının ASE olmasının motivasyonlarını olumsuz etkilediklerini belirtmiştir. Ülkemizde ebelik ve hemşirelik ayrı birer disiplindir. Üniversitede ayrı bölümlerde eğitim verilmekte, görev yetki ve sorumlulukları farklı mesleklerdir. Buna karşılık Aile Sağlığı Elemanı yetiştiren ayrı bir bölüm yoktur. Oysa ebelik bölümünden mezun olana ebe, hemşirelik bölümünden mezun olana hemşire unvanı verilmektedir. ASE'ler ebe olarak yetkilendirilmiş hemşire ya da hemşire olarak yetkilendirilmiş ebe olarak hizmet sunmaktadır.Yıllarca ikinci basamakta hemşire olarak görev yapmış bir kişinin ASE olarak çalışmaya başlaması hiç eğitimi olmadığı halde; gebe, bebek, loğusa çocuk izlemi, aile planlaması, üreme sağlığı, pelvik muayene gibi ebeliğin pratiğinde bulunan görevleri gerçekleştirmesi

hizmet niteliğini de olumsuz etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından söz konusu işlemlerin çoğu performans işlemleridir. ASE demek hemşire, ebe, laborant, tıbbi sekreter gibi ayrı disiplinlerin tek bir görevde toplanmasıdır. ASE olarak işe başlamadan önce mutlaka tüm hizmet standartlarını kapsayan bir oryantasyon eğitimi düzenlenmelidir. Zira nöbetsiz olduğundan; hastanede çalışanların birinci basamak tecrübesi olmadığı halde (ebe yada hemşire) ASE olarak sözleşme imzaladığı bilinmektedir.

Aile Sağlığı Elemanlarının; bakanlığın belirlediği hizmet standartlarına basamak atlamadan %43,6 s1, %34,4'ü ise genellikle uymaktadır. Aynı zamanda Aile Sağlığı Elemanlarının %63.82'nin izlem yaparken kullandığı ayrı bir odası yoktur. İzlemler için % 63,8'nin ayrı bir odası olmadığından ve izlemleri %89,7 oranında genel kullanım alanlarında (aşı odası, aile planlaması odası, gebe odası ya da poliklinikte) yapmış olduklarını belirtmeleri aile sağlığı elemanlarının Hizmet standartlarını bilmedikleri, durumun farkında olmadıkları veya yokluğunu önemsemedikleri seçeneğini düşündürmektedir.

KAYNAKÇA

1. Aktan CC, Işık K. “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”, 2010, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>. Erişim: 14 Nisan 2015.
2. Kavuncubaşı Ş. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000.
3. Öztekin Z, Saat Z. *Sağlık Hizmetlerinde Denetim*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1987.
4. Tekin F. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 1987, 5(1):2-3.
5. Akar Ç, Özalp H. *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Somgür Yayıncılık Ticaret Ltd. Şti., Ankara, 2000.
6. Karabulut K, Yapraklı Ş. “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi -Erzurum’da Bir Uygulama”, *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2001, 15(1):118-119.
7. Boekholdt M. “Management of Patient Care: Professionals and Managers in Search of New Alliances”, *European Healthcare Management Association*, 1987.
8. Hayran O, Sur H. *Sağlık Hizmetleri*, Yüce Yayın, İstanbul, 1998.
9. Bulutoğlu K. *Kamu Ekonomisine Giriş*, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981.
10. Sakar AY. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları (Tez).” Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*; 1999.
11. Akdur R. *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006.
12. Şener O. *Kamu Ekonomisi*, Beta Yayınları, İstanbul, 1996.
13. Akalın G. *Kamu Ekonomisi*, A.Ü. SBF. Yayınları, Ankara, 1981.

14. Akdoğan E. “Öğretim Elemanlarının Algıladıkları Liderlik Stilleri ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişki (Tez).” Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*; 2002.
15. Saltık A. “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, *Toplum ve Hekim*, 1995, 10(2):68-69.
16. Belek İ. *Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, Sorun Yayınları, İstanbul, 1994.
17. Kurtulmuş S. *Sağlık Ekonomisi*, İstanbul, 1996.
18. Çakıcı S. “Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması (Tez).” Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*; 2006.
19. Şener O. “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları (Tez).” Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*; 2005.
20. Yenimahalleli Y. “Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi (Tez).”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Doktora Tezi*; 2007.
21. Sevim İ. “1980 Sonrasında Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği (Tez).” Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*; 2006.
22. Boratav K. *Türkiye İktisat Tarihi: 1908-2007*, İmge Kitabevi, Ankara, 2008.
23. Sayan İ. “Belediyeler ve Sağlık Hizmetleri”, *Mülkiye*, 2008, 31(254):123-134.
24. Orhaner E. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, 1(6):2-3
25. Eren N. “Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, *Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını*, Ankara, 1985.
26. Fişek N. “Halk Sağlığına Giriş”, *Ankara: Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Yayınları*, 1985.

27. Koç Y. “Kamunun Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemleri Stratejik Önemdedir”, *Yol-İş Sendikası Dergisi*, 2008, 1(5):2-3.
28. Aydın M. “Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri (Tez).” Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*; 2010.
29. Özbay H. *Sağlık Hizmetleri Sistemi, Türkiye’de Sağlığa Bakış*, Bölük Ofset Matbaacılık, Ankara, 2007.
30. Çiçeklioğlu M. “Türkiye’de Sağlık Reformları”, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI: Konferansı, Ankara, 2011, ttb.org.tr, Erişim: 14 Nisan 2015.
31. Başak O. “Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Gelişim Özellikleri”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2013, 17(1): 30-31.
32. Dikici MF. “Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı Ve Disiplininin Tarihçesi”, *Türkiye Klinikleri J MedSci*, 2007, 12(27): 412-417.
33. “Aile Hekim Kimdir”, http://www.kurtulusasm.com/7page_id~264 Erişim: 14 Nisan 2015.
34. Ak M. “Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 17(4): 403-405.
35. Ünlüoğlu İ. “Aile Hekimliği Disiplininde Akademik Yükselmeler ve Doçentlik Sınavları”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2013;17(3): 137-138.
36. Algın K, Şahin İ, Top M. “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2004, 7 (3): 249- 275.
37. Paycı ÖS, Ünlüoğlu İ. *Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Doktorları için Kurs Notları, Birinci Aşama*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004.
38. Selçuk EB, Karataş Eİ. “Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişim Süreci”, *Bozok Tıp Dergisi*, 2011, 1(2):23-28.

39. Başak O. “Hekimlik teknisyenlik değildir”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2013, 17(1):1-2
40. “Aile Hekimliği’nin sorunları”,
<http://www.haberturk.com/sagiik/haber/7240Q6-aile-hekimliginin-sorunlart> Erişim: 14 Nisan 2015.
41. Kaya MD, Güzel D, Çubukçu B. “İlca Şeker Fabrikası Çalışanlarının İş Memnuniyeti, Ergonomik Çalışma Koşulları ve İş Stresi Yönünden İncelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2011, 25 (2): 51-60.
42. Toker B. “Demografik Değişkenlerin İş Tatminine Etkileri: İzmir’deki Beş ve Dört Yıldızlı Otellere Yönelik Bir Uygulama”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 2007, 8(1):93-94.
43. Çetinkanat C. *Örgütlerde Güdülenme ve İş Doyumu*, Anı Yayıncılık, Ankara, 2000.
44. Özgüven E. *Endüstri Psikolojisi*, Pegem Yayınları, Ankara, 2003.
45. Akyüz KC, Koçak S, Balaban Y, Yıldırım İ, Gedik T. “Çalışanların İş Tatmin Düzeylerinin İncelenmesi (Muğla Orman Bölge Müdürlüğü Örneği)”, *SDÜ Orman Fakültesi Dergisi*, 2011, 25(12): 20-26.
46. Erdoğan İ. *İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış*, Avcıol Basım Yayın, İstanbul, 1996.
47. Başaran İ. *Örgütsel Davranış (İnsanın Üretim Gücü)*, Umut Yayın, Ankara, 2000.
48. İncir G. *Çalışanların İş Doyumu Üzerine Bir İnceleme*, Produktivite Merkezi Yayınları, Ankara, 1990.
49. Bozkurt Ö, Bozkurt İ. “İş Tatminini Etkileyen İşletme İçi Faktörlerin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 2008, 9 (1): 1-18.

50. Çetinkanat C. *Örgütlerde GÜdülenme ve İş Doyumu*, Anı Yayımcılık, Ankara: 2000.
51. Özkalp E, Kirel Ç. *Örgütsel Davranış*, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırmaları Vakfı Yayınları, Eskişehir, 1996.
52. Başaran İ. *Yönetimde İnsan İlişkileri Yönetimsel Davranış*, Gül Yayınevi, Ankara, 1992.
53. Sabuncuoğlu Z, Tüz M. *Örgütsel Psikoloji*, Alfa Aktüel Basım Yayım Dağıtım, Bursa, 2005.
54. Ataman G. "Takım Çalışması: Mobil İletişim Sektöründe bir Örnek Olay İncelemesi", *Journal of İstanbul Kültür University*, 2002, 1(2):87-88.
55. Bingöl D. *Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Erzurum, 1990.
56. Koçel T. *İşletme Yöneticiliği, Yönetim ve Organizasyonlarda Davranış Klasik Modern-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar*, 10. Basım, Arıkan Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti, İstanbul, 2005.
57. Artan S. *Personel Yönetimi*, Gül Basım, İstanbul, 1989.
58. Eren E. *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Yayınları, İstanbul, 2004.
59. Eroğlu F. "Küreselleşme Süreci ve Kimlik Krizi", *Türk Yurdu*, 1999, 1(2):139-141.
60. Onaran O. *Çalışma Yaşamında GÜdülenme Kuramları*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara, 1981.
61. Aşan Ö. *Yönetim ve Organizasyon*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2001.
62. Özgüven E. *Endüstri Psikolojisi*, Pegem Yayınları, Ankara, 2003.
63. Bayrak KS. "İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma," *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2006, 20 (1): 291-315.

64. Bingöl D. *Personel Yönetimi*, Beta Basım Yayım, İstanbul, 1996.
65. Davis K, *İşletmede İnsan Davranışı*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, No: 136, İstanbul, 1982.
66. Eren E. *Yönetim Psikolojisi*, Beta Basım Yayım, İstanbul, 1993.
67. Kaya FT. “İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Polis Akademisi Başkanlığında Bir Uygulama”, Gazi Üniversitesi, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*; 2005.
68. Uyguç N, Çımrın D. “DEÜ Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Merkez Laboratuvarı Çalışanlarının Örgüte Bağlılıklarını Ve İşten Ayrılma Niyetlerini Etkileyen Faktörler”, *D.E.Ü.İ.B.F. Dergisi*, 2004, 1(19):1-2.
69. Gökmen S. “İşletmeye Bağlılık Anketi’ni Türkçe’ye Uyarlama ve Geçerlik ve Güvenirlik Katsayılarını Belirleme Çalışması (Tez).” Hacettepe Üniversitesi, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*; 1996.
70. Demir N. “Satış Takımlarında İş Tatmini Ve Örgütsel Bağlılık”, *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hakemli Dergisi*, 2006, 7(1):25-26.
71. Kuzulugil Ş. “Kamu Hastaneleri Çalışanlarında İş Tatminini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 2012, 41 (1): 129-141.
72. “Sağlık Çalışanlarının Sorunları,”
<http://www.saglikpersoneliplatformu.net/haber/9241/saglikcalisanlarinin-sorunlari.html#ixzz26GNF5brC>. Erişim: 14 Nisan 2015.
73. Aksayan S. “Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etkenlerinin İrdelenmesi (Tez).” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, *Doktora Tezi*; 1990.
74. Aştı N. “Çalışan Hemşirelerin İşgünü Kaybı Nedenleri, Sıklığı ve İş Doyumu İlişkisi”, *Hemşirelik Bülteni*, 1994, 8(31): 29-45.
75. Cimete G. “Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumlarının İncelenmesi, Türk Hemşireler Dergisi, 1996, 46(4):17-20.

76. Seyhan L, Deveci B, Baydur H. "Ebelerde Çalışma Yaşantısı ve İş Doyumunun Değerlendirilmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(2):2-3
77. Aksayan S. "Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etkenlerinin İncelenmesi (Tez)." İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*; 1990.
78. Alçelik A. "AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi," *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005, 4(2):55- 66
79. Zuraikat N, McCloskey J. "Job Satisfaction Among Jordanianregisterednurses", *International NursesReview*, 1986, 33(1):143-147.
80. Kavla İ. "Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu İlişkisi (Tez)." Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*; 1998.
81. Çimen M, Şahin İ. "Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi," *Sağlık İdaresi Dergisi*, 2000, 5(4):54-67.
82. Canbaz S, Sünter AT, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. "Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik," *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2001, 4(2):31-34.
83. Erşan S. "Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri ve İş Doyum Düzeylerini Etkileyen Faktörler (Tez)." Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*; 1996.
84. Metcalfe J. "Feeling of knowing in memory and problem solving," *Journal of ExperimentalPsychology: Learning, Memory. &Cognition*, 1986, 12(1):288-294.
85. Aydın R, Kutlu Y. "Hemşirelerin iş doyum ve kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme," *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5(2):37-45.
86. Kuyurtar F. "İçel İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler," *Mersin Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002, 4(1) :449-454.

87. Karadağ G, Sertbaş G, Güner C. “Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi,” *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2002, 5(6): 8-14.
88. Erigüç G. “Hastanelerde Personelin İşle İlgili Tutumları, Personel Devri, Ankara İli Örneği (Tez).” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*; 1994.
89. Özaltın H. “Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görev Yapan Muvazzaf Tabip ve Ordu Hemşirelerinin İş Doyumlarının Analizi (Tez).” GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*; 1997.

EKLER

Ek 1.Anket Formu

Değerli Hizmet Sunucu,

Bu anket; **“Mersin İlinde görev yapan Aile Sağlığı Elemanlarının; nitelikli hizmet sunumunda karşılaştıkları sorunların belirlenmesi”** konulu yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Anketin amacı ebe ve hemşirelerin konuya ilişkin görüşlerini tespit ederek nitelikli hizmet sunumunu olumsuz etkileyen nedenleri tespit etmektir.

Araştırmanın bilimsel bir nitelik taşıması ve sonuçlarının toplu olarak analiz edilip raporlanmasından dolayı kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Değerli paylaşımlarınız ve görüşleriniz için teşekkür ederiz.

Ebe Sevilay ÖZBİR
Okan Üniv.Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Bilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

BÖLÜM 1

1. Araştırmaya katılanın yaşı:.....

2. Araştırmaya katılanın eğitim düzeyi:

Lise () Önlisans Ebelik() Önlisans Hemşirelik()
Önlisans Veterinerlik/Laboratuvar() Lisans Tamamlama Ebelik()
Lisans Tamamlama Hemşirelik() Lisans-Fakülte/SYO () Lisansüstü()

3.Araştırmaya katılanın ünvanı:

Ebe () Hemşire () ATT () Diğer ()

4. Meslekteki hizmet süreniz.....

5. Bulduğunuz birimdeki hizmet süreniz.....

6. Görev yaptığınız ASM'nin bulunduğu ilçe

Mezitli () Yenişehir() Toroslar () Akdeniz ()

7.Görev yaptığınız ASM' de ki Aile Hekimliği Birim Sayısı.....

8-Görev yaptığınız ASM'nin Kalite Standartlarına göre bulunduğu sınıf

A () B () C () D () Sınıfı Yok ()

9-Aile Sağlığı Elemanı olarak kendinize ait ayrı bir muayene/danışmanlık odanız var mı?

Evet () Hayır ()

İki ASE bir polikliniği paylaşıyoruz ()

Üç ve daha fazla ASE aynı polikliniği paylaşıyoruz ()

10-İzlemlerinizi nerede gerçekleştiriyorsunuz?

Poliklinikte ()

Aile Planlaması Odasında ()

Aşı Odasında ()

Gebe Odasında ()

Kendime ait Odamda ()

11-İzlem protokollerinde standardize edilmiş izlem sürelerine uyabiliyorum

Evet() Hayır() Genellikle uyuyorum() Genellikle uyamıyorum ()

12-Mesleki konularla ilgili Hizmet İçi eğitimleri takip ediyorum

Evet () Hayır () Sıklıkla () Pek Değil ()

13- Mesleki yenilikleri öncelikle nasıl takip ediyorsunuz?

Mesleki bilgi ve becerisine güvendiğim meslektaşımından ()

Aile Hekimimden ()

Hizmet İçi Eğitimlerden ()

İnternette ()

Yenilikleri takip edemiyorum ()

Yenilikleri takip etmek istemiyorum ()

14-ASE olarak görev yapmaktan memnunum

Evet () Hayır ()

15- Aile Sağlığı Elemanı olarak görev yapma nedeniniz

Ücreti () Nöbetsiz Oluşu () Eşimle birlikte çalışmam ()

Kadromun bulunduğu kurumda çalışmak istememem ()

Diğer gerekliliklerden dolayı ()

16-Önümüzde ki ilk 1-3 yıl içerisinde bu görevden ayrılabilirim

Evet () Hayır ()

17- Şu anda bu görevden ayrılmayı göze alacak kadar mümkün alternatifim olduğunu düşünmüyorum.

Evet () Hayır ()

18-Çalışma koşulları yeniden düzenlenmiş olsa bu görevde devam etmeyi isterim

Evet () Hayır ()

19 -Aşağıda belirtilen faktörlerin nitelikli hizmet sunmamda motivasyonumu olumsuz etkilediğini düşünüyorum.(Size uygun olan seçenekleri işaretleyiniz)

Ünvanımın Ebe/Hemşire olmasına rağmen “ASE” olarak yeni bir ünvanla görevlendirilmem ()

Hasta hakları ile ilgili olumlu gelişmelere karşın “hasta sorumlulukları” ile ilgili gelişmeleri yetersiz olması ()

Görev yetki ve sorumluluklarımla ilgili tanımlamaların yetersizliği ()

Sağlıkta Ekip anlayışı” yerine tüm görev ve sorumlulukları tek bir görevli olarak yerine getirmeye çalışmam (Ebe, Hemşire, Laborant, Tıbbi Sekreter vb.) ()

Mesleğimle ilgili güncel bilgi ve beceri gerektiren eğitimleri takip edemiyor oluşum()

ASE olarak göreve başlarken/başladıktan sonra; Görev Yetki Sorumluluk alanımda ki ilgili diğer mesleki rollerle ilgili standardizasyonu sağlayacak Hizmet içi ya da Uzaktan eğitim almamış olmam ()

Muayene-Danışmanlık için fiziksel koşulların yetersiz olması diğer meslektaşlarımla ortak kullanım alanlarında(Aşı-gebe-aile planlaması Odası vb.) aynı anda hizmet sunmam niteliği olumsuz etkilemekte. ()

Aile Sağlığı Merkezinde ortak kullanım alanları dışında (enjeksiyon, pansuman, kan alma, bağışıklama vb.) kendime ait odam olmaması hizmet niteliğini olumsuz etkilemekte. ()

Bu görevi yaparken kendimden fedakârlık yaptığımı düşünüyorum ()

Hekim başına düşen hasta/başvuran sayısının fazla olması zamanı kısıtlı kullanmama dolayısı ile hizmet sunumunda aksamalara neden olmakta ()

Ek 2. Çalışma Onayı



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 41964773- 8885
Konu : Dilekçe

16.05.2014

Sayın Sevilay ÖZBİR
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
(Akdeniz Toplum Sağlığı Merkezi)
MERSİN

09/05/2014 tarihli dilekçeniz ile talep edilen, Mersin Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Elemanlarına "Mersin İlinde görev yapan Aile Sağlığı Elemanlarının; nitelikli hizmet sunumunda karşılaştıkları sorunlar" çalışmasını yapmanız, Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup;

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Feriha GÖŞKUN
Halk Sağlığı Müdür Yrd.

Okudum. Tabiiy Fatin
28.05.2014
Aile Sağlığı ÖZBİR
Fatin

| T.C. AKDENİZ KAYMAKAMLIĞI Toplum Sağlığı Merkezi | |
|--|--------------------------|
| KAYIT | Tarih: 20.05.2014 |
| | Sayı: 2855 |
| HAVELE | Gereği: İnsan Kaynakları |
| | Bilgi: İnceleme |
| İnceleme No | |

Ek 3. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

| | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------------|-------------|
| Adı | Sevilay | Soyadı | ÖZBİR |
| Doğum Yeri | Osmancık | Doğum Tarihi | 01.01.1976 |
| Uyruğu | TC | Tel: | 506.4810219 |
| E-mail | sevilayozbir@hotmail.com | | |

Eğitim Düzeyi

| | Mezun Olduğu Kurum | Mezuniyet Yılı |
|----------------------|--|----------------|
| Yüksek Lisans | | |
| Lisans | 19 Mayıs Üniv. Samsun Sağlık Y.O Ebelik Bölümü | 1996-2012 |
| Lise | Çorum Sağlık Meslek Lisesi | 1994 |

İş Deneyimi

| Görevi | Kurum | Süre (Yıl-Yıl) |
|--|----------------------------------|----------------|
| Eğitim Hemşiresi | Ordu Sağlık Meslek Lisesi | 1994-1996 |
| Doğum Salonu Ebesi | Turhal Devlet Hastanesi | 1996-1997 |
| Ebe | Mardin1 Nolu Merkez Sağlık Ocağı | 1997-2000 |
| Hemşire | Osmancık Devlet Hastanesi | 2000-2006 |
| -Uzman Üreme Sağlığı İl Eğitimsi -İzleme-Değerlendirme Uzmanı -Adolesan Danışmanı -Proje Uzmanı | Mersin Halk Sağlığı Müdürlüğü | 2006-Halen |

| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama | Konuşma | Yazma | KPDS/ÜDS YDS Puanı | Diğer Puanı |
|-----------------|------------------|---------|-------|--------------------|-------------|
| İngilizce | Zayıf | Zayıf | Zayıf | - | - |

