



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇİŞ VE HASTA MEMNUNİYETİ: SIVAS  
MERKEZ KILAVUZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Ayşe KARA**

**Sivas**

**Eylül 2019**

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

**AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇİŞ VE HASTA MEMNUNİYETİ:  
SİVAS MERKEZ KILAVUZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Ayşe KARA**




**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Selma AYDIN ÇETİNKAYA**

**Sivas  
Eylül 2019**

## KABUL VE ONAY

**Üniversite:** : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi  
**Enstitü** : Sosyal Bilimler Enstitüsü  
**Ana Bilim Dalı** : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği  
**Tezin Başlığı** : Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti: Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi Örneği  
**Savunma Tarihi** : 06.09.2019  
**Danışmanı** : Doç. Dr. Selma Çetinkaya

**Unvanı - Adı Soyadı** **İmza**  
**Jüri Başkanı** : Doç. Dr. Rüştü Yayar   
**Üye** : Doç. Dr. Selma Çetinkaya   
**Üye** : Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz 

**Oy Birliği**

**Oy Çokluğu**

Ayşe Kara tarafından hazırlanan "Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti: Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi Örneği" başlıklı tez, kabul edilmiştir.

.../.../.....

**Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL**  
**Enstitü Müdürü**

## ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

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

1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;

2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;

3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;

4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

20./09/2019

Ayşe KARA

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans yapmaya başlarken ve hayatımın her aşamasında bana destek olan, her ne kadar mezuniyetimi göremese de belki hisseder ümidiyle, ahirete intikal etmiş babam merhum Ahmet KARA'ya, özellikle tez yazım sürecimde stresimi çeken, emeğini, desteğini esirgemeyen canım anneme, tez danışmanından çok bir abla gibi saat kaç olursa olsun emeğini esirgemeyen tez danışman hocam Doç. Dr. Selma AYDIN ÇETİNKAYA'ya, yüksek lisansa başvurumdan tezimin bittiğı güne kadar desteğini benden esirgemeyen can dost Ramazan ÜNAL'a, tezin bütün aşamalarında kahrımı çeken Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler enstitüsü memurlarından Alev ÖZTÜRK'e ve en sıkıştığım anda imdadıma yetişen Doktor Öğretim Üyesi Esra GÜLTÜRK hocama teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Ayşe KARA

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	i
KISALTMALAR VE SİMGELER .....	v
TABLO LİSTESİ .....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
GİRİŞ .....	1
<b>1. GENEL TANIMLAR VE HASTA MEMNUNİYETİ.....</b>	<b>3</b>
1.1. Genel Tanımlar ve Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri .....	3
1.1.1. Aile Hekimi.....	3
1.1.2. Aile Hekimliği.....	3
1.1.3. Sağlık Ocağı.....	3
1.1.4. Sağlık Hizmetleri ve Çeşitleri .....	4
1.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	4
1.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	5
1.1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	5
1.2. Hasta Memnuniyeti.....	6
1.2.1. Bireyin/Hastanın Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	8
1.2.1.1. Hastaya İlişkin Faktörler .....	8
1.2.1.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler.....	8
1.2.1.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler .....	9
<b>2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ.....</b>	<b>11</b>
2.1. Dünya’da Aile Hekimliği.....	11

2.1.1. Amerika’da Aile Hekimliği.....	12
2.1.2. İngiltere’de Aile Hekimliği .....	14
2.1.3. Almanya’da Aile Hekimliği .....	16
2.1.4. Hollanda’da Aile Hekimliği .....	17
2.1.5. Danimarka’da Aile Hekimliği .....	18
2.2. Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Aile Hekimliği’ne Geçiş .....	19
2.2.1. Dönüşüm Programı’nın Yapılmasını Zorunlu Kılan Sebepler.....	27
2.2.1.1. Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Maliyet Artışları.....	27
2.2.1.2. Vatandaşın Beklentilerinin Artması .....	28
2.2.1.3. Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması.....	28
2.2.1.4. Kamudaki Yönetim Anlayışının Vatandaş Tarafından Sorgulanmaya Başlanması.....	28
2.2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğine Geçilme Sebepleri.....	29
<b>3. AİLE HEKİMLİĞİNDEN MEMNUNİYETİN SİVAS İLİ KILAVUZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARA UYGULANMASI.....</b>	<b>33</b>
3.1. Araştırmanın Materyal ve Yöntemi .....	33
3.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri .....	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	34
3.4. Veri Toplama Aracı .....	35
3.5. Verilerin Toplanması .....	35
3.6. Verilerin Analizi .....	36
3.7. İzin .....	36
3.8. Araştırmanın Bulguları .....	36
3.8.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri .....	37
3.8.2. Anket Uygulamasına Katılanların Rahatsızlık Durumunda İlk Tercihleri .....	39

3.8.3. Anket Uygulamasına Katılanların Aile Hekimliğine Gitme Sıklıkları ve Bilgi Düzeyleri .....	40
3.8.4. Faktör Analizi.....	41
3.8.5. Normal Dağılıma Uygunluk.....	44
3.8.6. Mann Whitney U Testi Analizi .....	46
3.8.7. Kruskal Wallis Testi Analizi.....	48
3.8.7.1. Demografik Özelliklere Göre Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet.....	49
3.8.7.2. Demografik Özelliklere Göre Aile Hekiminden Memnuniyet.....	51
3.8.7.3. Demografik Özelliklere Göre Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyet .....	54
3.8.7.4. Demografik Özelliklere Göre Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyet .....	57
3.9. Tartışma .....	60
3.9.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Aile Hekiminden Memnuniyetlerinin Karşılaştırması.....	60
3.9.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetlerden Memnuniyetlerinin Karşılaştırması.....	61
3.9.3. Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetlerinin Karşılaştırması.....	62
3.9.4. Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetlerinin Karşılaştırması.....	63
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>65</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>69</b>
Ek – 1 Anket Formu.....	73
EK 2. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı .....	77
Ek 3. Anket Uygulama İzni .....	79
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>85</b>





## **KISALTMALAR**

- GSS** : Genel Sağlık Sigortası
- NHS** : National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)
- SPSS** : Statistical Package For Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)
- WONCA** : World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)
- WHO** : Dünya Sağlık Örgütü
- KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- AWBZ** : İstisnai Tıbbi Giderler Genel Kanunu
- ZFW** : Hastalık Fonu Sistemi



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Cinsiyet Dağılımı .....	37
<b>Tablo 2.</b> Yaş Dağılımı .....	37
<b>Tablo 3.</b> Eğitim Durumu .....	38
<b>Tablo 4.</b> Meslek Grupları .....	38
<b>Tablo 5.</b> Aylık Gelir Düzeyleri.....	39
<b>Tablo 6.</b> Sağlık Güvencesi.....	39
<b>Tablo 7.</b> Rahatsızlık Durumunda İlk Tercih.....	40
<b>Tablo 8.</b> Aile Hekimliğine Gitme Sıklığı .....	40
<b>Tablo 9.</b> Aile Hekimliği İle İlgili Bilgi Düzeyi .....	41
<b>Tablo 10.</b> KMO and Bartlett's Test.....	41
<b>Tablo 11.</b> Faktörlerin Özdeğerleri ve Açıklanan Varyans Yüzdeleri.....	42
<b>Tablo 12.</b> Döndürülmüş Yüklemeler Matrisi .....	43
<b>Tablo 13.</b> Normal Dağılıma Uygunluk Testi.....	45
<b>Tablo 14.</b> Cinsiyet ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin U Testi ile Analizi.....	46
<b>Tablo 15.</b> Cinsiyet ile Aile Hekiminden Memnuniyetin U Testi ile Analizi.....	47
<b>Tablo 16.</b> Cinsiyet ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin U Testi ile Analizi.....	48
<b>Tablo 17.</b> Cinsiyet ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin U Testi ile Analizi.....	48
<b>Tablo 18.</b> Yaşları ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi.....	49
<b>Tablo 19.</b> Eğitim Durumları ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi.....	50
<b>Tablo 20.</b> Meslekleri ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi ..	50
<b>Tablo 21.</b> Aylık Gelir Düzeyleri ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi.....	51

<b>Tablo 22.</b> Sağlık Güvenceleri ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi.....	51
<b>Tablo 23.</b> Yaş ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi.....	52
<b>Tablo 24.</b> Eğitim Durumları ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi .....	52
<b>Tablo 25.</b> Meslek ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi .....	53
<b>Tablo 26.</b> Aylık Gelir Düzeyleri ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi.....	53
<b>Tablo 27.</b> Sağlık Güvenceleri ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi .....	54
<b>Tablo 28.</b> Yaş ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi.....	55
<b>Tablo 29.</b> Eğitim Durumları ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi .....	55
<b>Tablo 30.</b> Meslekleri ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi.....	56
<b>Tablo 31.</b> Aylık Gelir Düzeyleri ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi .....	56
<b>Tablo 32.</b> Sağlık Güvenceleri ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi .....	57
<b>Tablo 33.</b> Yaşları ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi.....	57
<b>Tablo 34.</b> Eğitim Durumları ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi .....	58
<b>Tablo 35.</b> Meslekleri ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi.....	59
<b>Tablo 36.</b> Aylık Gelir Düzeyleri ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi .....	59
<b>Tablo 37.</b> Sağlık Güvenceleri ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi .....	60

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa
Şekil 1.	Araştırma Modeli	34



## ÖZET

Çalışmanın amacı, Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastaların aile hekimliğinden memnuniyetlerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda, Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi'ne 01.06.2017-30.09.2017 tarihleri arasında başvuran 400 hastaya yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. 400 bireyin seçimi yapılırken de Sistemik Örneklem Yöntemi kullanılmıştır. Uygulanan anket genel bilgiler ve katılım düzeyini içeren iki bölümden oluşmuştur. Aile hekimliğine başvuran hastalar arasında çoğunlukla yaşlı ve küçük çocuğu olan hastaların olduğu görülmektedir.

Bu araştırma, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha önemli hale gelen birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurunun yaygınlaşması için birinci basamaktaki eksikliklerin belirlenmesi ve hastaların memnuniyetinin ne derece olduğunun tespit edilebilmesi için önem arz etmektedir.

Anket sonucu elde edilen veriler SPSS 23 programına yüklenerek değerlendirilmiştir. Verilerin analizlerinde frekans, faktör, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizleri kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre, katılımcıların memnuniyet düzeyleri genel olarak yüksek bulunmakla birlikte cinsiyet, yaş, meslek, eğitim durumu ve aylık gelir düzeyleri açısından memnuniyetlerinde farklılıklar belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre emeklilerin, yaş gruplarına göre 56 ve üstü yaş grubun, eğitim düzeyine göre okuryazar olmayanların ve sağlık güvencesi olarak SGK'lı olanların genel itibari ile aile hekimliği uygulamasından memnun oldukları görülmektedir.

Yeni sağlık sistemi olan aile hekimliğinden katılımcıların memnuniyet düzeyleri genel olarak yüksek bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti, Aile Sağlığı Merkezi





## ABSTRACT

The aim of the study was to determine the satisfaction of the patients who applied to the Sivas Family Health Center. For this purpose, 400 patients who applied to Sivas Center Guidance Family Health Center between 01.06.2017 and 30.09.2017 were interviewed by face to face interview method. Systematic Sampling Method was used for the selection of 400 individuals. The questionnaire consisted of two parts including general information and participation level. It is seen that the patients who apply to family medicine are mostly elderly and young children.

This research, in Turkey become more important with the Health Transformation Program to disseminate refer to primary health care services to identify the deficiencies in primary care and is important in order to determine whether the degree of satisfaction of patients.

The data obtained from the questionnaire were analyzed by SPSS 23 program. Frequency, factor, Mann Whitney U and Kruskal Wallis analyzes were used for data analysis.

According to the findings of the study, although the satisfaction levels of the participants were generally high, differences were found in their satisfaction in terms of gender, age, occupation, education level and monthly income levels. It is seen that retirees according to occupational groups, 56 and older age groups according to age groups, illiterate people according to education level and those with SSI as health insurance are generally satisfied with the practice of family medicine.

Satisfaction levels of the family medicine, which is the new health system, were generally high.

**Keywords :** Family medicine, Patient satisfaction, Family health center



# GİRİŞ

Sağlık hizmetleri alanı, bir ülkenin sosyal ve ekonomik yaşantısına büyük oranda etkisi olan bir alandır. Bu nedenle her ülkede olduğu gibi Türkiyede de sağlık hizmetleri, hükümetlerin öncelikleri arasında yer almıştır. Selçuklu ve Osmanlı Dönemlerinde sağlık hizmetlerinden tüm toplumun yararlanması mümkün değildi. Cumhuriyetin ilan edilmesi ile birlikte sağlık konusu birincil konular arasında yer almaya başlamış, Türkiye'nin daha da gelişmesi ile birlikte Dünya'da meydana gelen sosyal devlet ve refah devleti akımlarından etkilenecek devlet tarafından sağlık hizmetlerinin garanti edilmesi anlayışı meydana gelmiştir. Sosyal Güvenlik alanında yapılan kapsamlı reform çalışmalarına 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile birlikte başlanmıştır. Bu programın pilot uygulaması 2005 yılında Düzce İlinde uygulamaya başlanarak, birey/aile odaklı bir yapıda birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesini esas alan Aile Hekimliği Modeli olarak 2010 yılı Aralık ayı itibari ile Türkiye'de 81 ilde uygulanmaya başlamıştır. 2023 yılı itibari ile de Türkiye için ideal koşullarda uygulanabilen bir model haline getirilmesi düşünülmektedir.

Aile hekimliği uygulamasına ilişkin düşünceler ve aile hekimliği uygulaması ile sunulan hizmetlerden hastaların memnuniyetlerini ve memnun olmadıkları kısımların belirlenerek Sivas İli Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi örneği üzerinden araştırmaktır. Araştırmanın konusunda da bahsedildiği üzere Aile Hekimliği Sistemi 2023 yılı itibari ile Türkiye için ideal koşullarda uygulanabilen bir model haline getirilmesi düşünülmektedir. Bu nedenle Aile Hekimliğinin mevcut durumunda hastaların memnuniyetinin ölçülerek bu sistemde hastalara göre eksik kalan yönlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın önemini ele alacak olursak, Aile Hekimliğine geçilmesi ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli değişiklikler ortaya çıkmıştır. Bu değişikliklerin hastalar için iyi yönde mi yoksa kötü yönde mi etki ettiğini araştırmak ve bu sistemdeki eksikliklerin farkına varabilmek için hasta memnuniyeti önem arz etmektedir.

Bu geçiş ile birlikte sunulan sağlık hizmetlerini tüketen konumunda olan hastaların bu hizmetler hakkındaki görüşleri ve memnuniyet düzeyleri sunulan hizmetin kalitesinin belirlenmesinde önemi büyüktür. Bu çalışmada da amaçlandığı üzere hasta memnuniyetini araştırmaya yönelik araştırmalar bu amaca hizmet eden en değerli çalışmalardan biridir.

01.06.2017 ile 30.09.2017 tarihleri arasında Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastalardan gönüllü 400 hasta çalışmanın evrenini oluştırmaktadır. Hastalara yüz yüze iken anket yapılmış. Ve sorulan sorular dışında hastalar aile hekimliği sisteminden şikâyetçi oldukları noktalar hakkında da bilgiler vermişlerdir.

Bu alışma sadece Sivas İli Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastaların bir kısmını kapsamaktadır. Bu nedenle bu alışma Türkiye için genellenemez.

Çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde; genel tanımlar ve hasta memnuniyeti kavramından bahsedilecektir. İkinci bölümünde; Dünya'da ve Türkiye'de aile hekimliği incelenecektir. Son bölümde ise aile hekimliğinden memnuniyetin Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastalara uygulanması ve yapılan anketler sonucu meydana gelen bulgular, yapılan analizler belirtilerek çalışma son bulacaktır.

# 1. GENEL TANIMLAR VE HASTA MEMNUNİYETİ

## 1.1. Genel Tanımlar ve Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri

### 1.1.1. Aile Hekimi

“Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini cinsiyet, yaş ve hastalık ayrımı yapmadan herkese kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir” (5258 Nolu Aile Hekimliği Kanunu, S:1).

### 1.1.2. Aile Hekimliği

2011 yılında WONCA(Dünya Aile Hekimleri Örgütü)’nın yaptığı tanıma göre Aile Hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (İlgün 2014: 2).

Aile Hekimliğinin amacı, hastalığın teşhisini erkenden koyup gerekli görüldüğü takdirde ikinci basamak sağlık hizmeti sunan birime sevk etmektir. Ayrıca kendilerine bağlı bulunan hastaların psikolojik, fiziksel, sosyal ve toplumsal alandaki etkilerini göz önüne alarak rahatsızlıklarını bu çerçevede değerlendirmektir.

### 1.1.3. Sağlık Ocağı

Sağlık Ocağı kavramı sadece Türkiye’de kullanılmış olan bir kavramdır. Sağlık ocakları “Sağlıkta Dönüşüm Programı”na geçilmeden önce birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşları idi. Sağlık ocaklarının kuruluşu ülkemizde 1961 yılına dayanmaktadır. 224 Sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”daki tanımı: “Sağlık ocağı: Yaklaşık olarak 5000 - 10000 kişinin köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil eder (md.2).

#### **1.1.4. Sağlık Hizmetleri ve Çeşitleri**

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımda, "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, ruhen, bedenlen ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir" şeklinde belirtilmektedir.

Sağlık Hizmetleri ise; "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge" de belirtildiği üzere; insan sağlığına zarar veren etmenlerin yok edilmesi ve zarar veren bu etmenlerin etkilerinden toplumun korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir (md.4).

Karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmetleri, 1960'lı yıllardan itibaren söz konusu karmaşıklığın giderilmesi için birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde üç basamağa ayrılmıştır (İlgün 2014: 10).

##### **1.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

İsminden de anlaşılacağı üzere sağlığın korunması, hastalık oluşmadan gerekli önlemlerin alınması için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemelerdir. Bu hizmetler ikiye ayrılır.

**a) Çevreye Yönelik Hizmetler:** Yaşadığımız çevrede insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen etkenleri ortadan kaldırarak veya bu etkenlerin kişilere etki etmesini önleyip, yaşadığımız çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere insan sağlığında önem arz eden çevre kirliliğinin önlenmesi, temiz suyun yeterli miktarda sağlanması ve atıkların zararsız hale getirilmesi yönünde çalışmalar yapılması ve piyasaya sunulan gıdaların kontrole tabi olması örnek gösterilebilir.

**b) Kişiyeye Yönelik Hizmetler:** Doktor, hemşire, sağlık memuru gibi sağlık personelinin yürüttüğü hizmetlerdir. Söz konusu bu hizmetler doğrudan bireyleri ilgilendirmekte olup, bu hizmetlere bağışıklama (aşılama), erken teşhis-tedavi, ilaçla koruma, düzenli beslenme alışkanlığına katkıda bulunma, kişisel temizlik ve sağlık eğitimi örnek olarak gösterilebilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde hastalık oluşmadan alınan önemleler başlıca üç düzeyde ele alınır. Bu düzeyler aşağıda belirtileceği şekilde sıralanmıştır.

- **Primer (birincil) Koruma:** Toplumun ve dolayısıyla kişilerin sağlıklarını geliştirmek için, güvenli bir çevrenin oluşturulması, aşılanma, dengeli beslenme, ruhsal ve fiziksel açıdan iyi olmak için gereken önlemlerin alınmasıdır (www.nenedir.com.tr).

- **Sekonder (ikincil) Koruma:** Sağlığımız bozulmadan kişisel ve toplumsal düzeyde erken tanı ve tedavi önlemlerinin alınmasıdır (www.nenedir.com.tr).

- **Tersiyer (üçüncül) Koruma:** Hastalık sonucu meydana gelebilecek sakatlıkların veya kalıcı bozuklukların asgari düzeye indirgenmesi, meydana gelen yeni duruma hastanın uyum sağlaması ve yaşam kalitesinin artırılması yönünde alınan önlemlerdir. Bir açıdan da hizmet alanı olarak rehabilite edici hizmetlerin alanına da girer.

#### **1.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

**a) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Doktorların kişilere oldukça kapsamlı ve sürekli olan bakım hizmeti sağladıkları birimlerdir. Örnek olarak aile hekiminin aile sağlığı merkezinde vermiş olduğu hizmet verilebilir.

**b) İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Alanında uzman hekimler tarafından, hastalara uzmanlık alanını ilgilendiren noktada hizmet verdikleri bir organizasyondur. Örnek olarak ortopedi uzmanının devlet hastanesinde vermiş olduğu hizmet verilebilir.

**c) Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:** İleri düzey uzmanlar ile uzmanlık alanında yan dal yapmış uzmanların sunduğu hizmetlerdir.

#### **1.1.4.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalık sonrasında meydana gelen sakatlık veya güç kaybı gibi durumlarda verilen hizmetlerdir. Bu hizmetler ikiye ayrılır.

**a) Tıbbi Rehabilitasyon:** Hastanın güç kaybının olduğu organına fizik tedavi gibi yöntemlerle, kaybettiği organı yerine protez takılarak kişinin günlük hayatını sürdürebilme olanağına kavuşturulması yönünde yapılan çalışmalardır.



**b) Sosyal Rehabilitasyon:** Psikolojik yönden ve fiziki yönden hasarlı hastaların, durumlarına uygun olan bir işe yerleştirilmesi veya bakımının sağlanması yönünde yapılan çalışmalardır (www.acikders.ankara.edu.tr).

Bu anlamda tıbbi rehabilitasyon sağlık sektörü tarafından verilen ve takibi yapılan bir hizmettir. Sosyal rehabilitasyon da sosyal hizmetler kurumu tarafından yürütülen bir hizmettir.

## **1.2. Hasta Memnuniyeti**

Hasta memnuniyeti kavramı, 1960'lı yıllarda ortaya çıkmış, 1980'li yıllarda ilgi odağı olmuştur. Günümüzde gittikçe artış gösteren küresel rekabetin baskısı ile şirketler, gerek imalat sektöründe olsun gerekse hizmet sektöründe olsun rekabette avantajı sağlayabilmek ve de sektörlerindeki pazar paylarını arttırabilmek amacıyla yoğun bir şekilde gayret göstermektedir. Gün geçtikçe artmakta olan söz konusu rekabetin baskısı, firmaları “yaptığını satan” değil “satılabileni yapan” haline getirmiştir.

Sağlık alanında kalite anlayışı geliştikçe sağlık hizmetlerinin kalitesinin en önemli belirtilerinden biri olan “hasta memnuniyeti” kavramının da gün geçtikçe önemi artmaya başlamıştır. Günümüzde işletmelerin temel amacı müşterilerinin tatminini sağlamaktır. Çünkü müşterilerin tatmini, karlılık ile hizmetin kalitesi arasında çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Tarım ve Zaim 2010: 1).

Sağlık hizmetleri birtakım önemli açılardan hizmet ve endüstri işletmelerinden açık şekilde farklılık göstermektedir. Rekabetin olduğu bu piyasada tüketici konumundaki bireyler hizmetten memnun olmayışlarını hizmet aldıkları yerleri değiştirerek göstermektedirler.

Ancak sağlık hizmetlerinde bu durum çok mümkün değildir. Çünkü sağlık hizmetlerinde kişilerin bağlı buldukları sağlık kurumları olduğu için seçme şansını diğer sektörlerde göre sınırlıdır. Bahse konu sınırlılık, ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu ve Devlet Hastanesi gibi kurumlarda daha barizdir. Bundan daha önemli olan kısım ise kişilerin sağlık alanına olan ihtiyaçlarının karmaşık ve sürekli oluşu sebebiyle memnuniyet ile ilgili ölçütler, diğer hizmet sektörlerindeki ölçütlerden daha farklı ve aynı zamanda karmaşıktır (Yılmaz 2001: 69).

Günümüzde bireyler doktorun koyduğu teşhisi öğrenmek ve tedavi ile ilgili alınan kararlara iştirak etmek istediklerinden, bir tek sağlık hizmeti sunan personeli tarafından belirlenen hizmetinin sunulması, sağlık hizmetinin kalitesi için yeterli değildir. Bu sebeple hastaların memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir hizmet olması için hastaların gereksinimlerine ve beklentilerine odaklanmış bir hizmet süreci olarak ele alınmaktadır. Çünkü bu hizmet ile ilgili beklentisi karşılanmayan hasta ve hasta yakınları, başka bir hastanenin hastası, bir anlamda da müşteri olmaya adaydır. Sağlık kurumları sundukları hizmetin varlığını devam ettirebilmek için, hastaların beklentilerini ve gereksinimlerini karşılayabilmesine bağlıdır. Sağlık kurumlarının hizmet sundukları hastaların gereksinimlerini ve beklentilerini karşılayabilmesi için hastalarına sundukları hizmetten memnuniyetlerinin araştırılması gerekmektedir. Sağlık kurumunun hizmet verdiği hastalarını tanıması hastaların memnuniyeti açısından önemlidir. Şayet hizmet verilen hastaların demografik özelliklerini, yaşam tarzlarını, gereksinimlerini, gelir düzeylerini, hizmet alma alışkanlıklarını, daha yakından tanınırsa, onlara diğer sağlık kuruluşlarından daha da iyi hizmet sunulabilir. Hastaların sağlık hizmeti aldığı kurumdan beklentileri ise; tanı, teşhis ve tedavi işlemlerinin doğru yapılması, sağlık personelinin nitelikli, bilgili, becerikli, güler yüzlü ve saygılı olması, hizmetin zamanında verilmesi, hasta bakım süreçlerinin akıcı bir şekilde olması, ortamın sıhhi ve sakin olması, verilen hizmetin uygun fiyatlı olmasıdır ([www.dilekekici.com](http://www.dilekekici.com)).

Ayrıca hasta memnuniyeti yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi ve sağlık durumu gibi bileşenlerden oluşur. Yaşlı ve kronik hastalığı bulunan kişiler verilen sağlık hizmetinden daha çok memnun kalır. Genel olarak ekonomik durum ve eğitim ile hasta memnuniyeti arasında doğru orantı vardır. Sağlık durumu ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkide ise birden çok hastalığı olan kişilerin memnuniyet oranı daha düşüktür. Bunun dışında da sağlık durumları iyiye gidenlerin de dolayısıyla verilen hizmetten memnuniyetleri daha yüksektir (Dinç ve ark 2009: 94).

Ancak bazı durumlarda eğitim düzeyinin artışı ile, daha bilgili ve verilen sağlık hizmetini eleştiren, konulan teşhisi araştırıran hasta ve hasta yakınları ortaya çıkmaya başlamıştır. Artık hastalar kendilerinin ve yakınlarının sağlık bakımına

katılmak ve teşhis ile tedavi sürecinde kendi durumlarını öğrenmek isterler. Bu nedenle verilen sağlık hizmeti sadece sağlık personelinin belirlediği boyutta değildir (Yılmaz 2001: 70).

### **1.2.1. Bireyin/Hastanın Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

#### **1.2.1.1. Hastaya İlişkin Faktörler**

Hastanın geçmişteki tecrübeleri, çevresinden edindiği bilgiler, basın aracılığıyla edindiği bilgiler, eğitim düzeyi, yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu, sosyal pozisyonu, hastaya konulan tanı, hastanın kendi sağlık durumu ile ilgili algısı hastaların hizmetten memnuniyetini etkileyebilmektedir. Hastaların memnuniyeti hakkında yapılan bazı çalışmalarda hastaya ait sosyal ve demografik parametreler arasında tutarsız sonuçlar ortaya çıkmıştır. Mesela çalışmaların bazısında ileri yaşlardaki hastaların genç hastalara göre verilen sağlık hizmetinden daha fazla memnun oldukları ifade edilirken, bazılarında da yaş ile hasta memnuniyeti arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Cinsiyet ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda da farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Araştırmaların bazısında kadınların, bazısında ise erkeklerin verilen sağlık hizmetinden daha memnun oldukları belirlenirken, bazı araştırmalarda ise cinsiyet ile hasta memnuniyeti arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kaynaklarda memnuniyet ile eğitim düzeyi konusunda da tutarsız sonuçlar bulunmaktadır. Hemşirelerin hizmetteki becerilerindeki ayrımı ayırt edemeyen hastalar hizmet kalitesinin göstergesi olarak daha farklı öğeleri göz önüne alabilmektedirler. Ancak hastaların gereksinimlerinin ve beklentilerinin karşılanması, fiziksel ve ruhsal anlamda rahat bir hayat sürmelerine katkıda bulunulması memnuniyetlerinin artmasında öncelikli unsurlardır (Yılmaz 2001: 72).

#### **1.2.1.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler**

Sağlık hizmeti veren personelin kişiliği, hastalara karşı gösterdiği nezaket, sevecen tavırları, hastalara karşı ilgisi ve anlayışı, profesyonel yaklaşımı, tedavi ile ilgili bilgi ve becerilerini sunma şekli, en çok da hasta ile hemşire arasındaki ilişki hastaların memnuniyeti üzerinde önem arz etmektedir. Kaynaklarda hastaların memnuniyetini etkileyen faktörlerin başında hasta ile iletişim ve hastayı teşhis-tedavi

hakkında yeterli bilgilendirme gelir. Çünkü sağlık personelinin hastalarla kurduğu iletişim, hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rol oynamaktadır. Hasta merkezli hizmet ve hastayla kurulan güzel iletişim, hastalara kendilerinin değerli olduğunu hissettirirken aynı zamanda hasta ile sağlık personeli arasında güven ilişkisinin kurulmasını sağlar. Hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak isteyen, iyileşme sürecinde neler yapılması gerektiği ve bu sürecin ne kadar sürebileceği hakkında hastaların ihtiyaçlarını belirleyip bu ihtiyaçlara yönelik sağlık personelinin hastalara bilgi vermesi, hastalara kendilerinin değerli olduğunu hissettirmektedir. Bu konu hakkında yapılan araştırmalarda da durumu hakkında bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve verilen hizmetten memnuniyetlerinin arttığı tespit edilmiştir. Ancak sadece hastaya durumu hakkında bilgi vermek hastalara değerli olduğunu hissettirmez. Ayrıca personelin hastaya samimi bir şekilde ilgi göstermesi, hastanın ne hissettiğine odaklanması ve hastalara zaman ayırması konularını da içerir. Yapılan araştırmalarda hastaların hastanede yattıkları sürede hemşireler tarafından verilen hizmetten duydukları memnuniyet, hastanenin vermiş olduğu tüm hizmetler ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu tespit edilmiştir. Bütün bu sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi de önem arz etmektedir. Bu hizmetlerin hastaların memnuniyetlerinde önemli olmasının nedenlerinden bir kısmı da; hemşire sayısının sağlık personeli içerisinde fazla olması, hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için hemşirelerin hastaların yanlarında bulunması ve hastaların iyileştirmelerinin hemşirelerin sorumluluklarının başında gelmesidir (Age).

### **1.2.1.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler**

Hastaneye ulaşım, çalışma saati aralığı, park imkânı, temizliği, beslenme hizmetlerinin ne kadar kaliteli olduğu gibi konular hastanenin çevresel ve kurumsal faktörlerini içermektedir. Bu yönleriyle hastanelerin kişilere rahatlık sağlaması bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olur buna bağlı olarak memnuniyet artar. Bireyler, gerek bilgilendirilme anlamında olsun, gerek değer görme anlamında olsun gerekse de kendini evinde gibi hissetme anlamında olsun almış oldukları tedaviye ve de bu hizmeti sunan sağlık personeline çok daha fazla

güven duymaktadır. Yani özetle hastaların memnuniyeti, sağlık hizmetin sunumunu, birey ile sağlık personelinin etkileşimini, hizmetin sürekliliğini, sağlık personelinin yeterliliği ve iyi iletişimde bulunabilmesini içeren bir kavramdır. Bu nedenle, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle hasta bakım kalitesinin bir göstergesidir. Bununla birlikte hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ile verile hizmetin kalitesinin belirlenmesinde bir geri bildirim sağlar. Tüm bu sebeplerden dolayı hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve aynı zamanda da gereklidir (Yılmaz 2001: 73).

## 2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ

### 2.1. Dünya’da Aile Hekimliği

Aile hekimlerine duyulan ihtiyaç 1923 yılında Francis Peabody tarafından sunulmuş ve Francis Peabody, tıp biliminde uzmanlaşmaların meydana gelmesi ile hastaların bir nevi ortada kaldıklarını ve kapsamlı bir biçimde kişisel sağlık hizmeti verecek uzmanlık dalının gerektiği konusunda vurgu yapmıştır. Buna uygun olan aile hekimliğinin gelişimi ve de yaygınlaşması 1950’li yıllarda başlamıştır (www.sakaryaism.saglik.gov.tr). 1952 yılında İngiltere’de “Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners)” kurulmuştur. Bunun ardından “Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association)”nin 1966 yılında yayınlanan Millis ve Willard Raporlarından sonra sağlık alanında birinci basamak alanında çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliği” tanınmıştır. 1969’da Amerika Aile Hekimleri Kurulu kurulmuş, ardından aile hekimliği uzmanlığı doğmuştur. 1974 yılında bu uzmanlığın bütün dünyada kabul görmüş bir tanımının yapılması gerektiği vurgulanmış, bunun üzerine Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısı yapılmıştır. 1978’de Alma Ata Kongresinde “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığı ile bir kısım stratejiler ve hedefler belirlenmiştir.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun kendine has bilgiler içermekte olduğu ve bunun alanında uzman hekimler tarafından verilmesi gerektiğinin vurgulanması ile bütün dünyada bu sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında çalışmalar başlatılmıştır.

Avrupa Topluluğuna üye olan ülkelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapacak doktorların, tıp fakültesinden mezun olduktan sonra asgari 2 yıl süreyle Aile Hekimliği alanında eğitim alması yönünde karara bağlanmıştır. Ardından bu uygulamaya geçilmesi için 1 Ocak 1995 hedef olarak belirlenmiştir. Ancak 2 yıl olan eğitim süresi 2001’de 3 yıla çıkarılmıştır.

1994'de Ontario WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve WONCA (Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Kolejlere, Akademileri ve Dernekleri Birliği) tarafından düzenlenen konferansta;

- Sağlıkta bakımı daha eşit, etkin ve gereksinimleri karşılayabilecek hale getirmek için köklü değişiklikler şarttır.

- Her zaman aile hekimi hastalıkta ilk başvuru yeri olmalıdır.

- Her ÷lkede aile hekimlerinin bağımsız örgütleri kurulmalıdır.

şeklinde önerilerde bulunulmuş, aile hekimliğinin amaçları, politikası, görev tanımı, işleyişi ve kurumsallaşması gibi konularda önemli kararlar alınmıştır. WHO'nun 1998 yılında yapılan 51. toplantısında yayınlanan "Dünya Sağlık Bildirgesi"nde sağlık sisteminin merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin bulunmasının gerekliliğinin açıklanması ile Aile Hekimliği uzmanlık alanının gelişmesinin önu açılmıştır (Yurtsever 2014: 29).

Yaygınlaşan anlayışa göre, temel sağlık hizmetleri büyük oranda koruyucu sağlık hizmetlerini kapsayan, birinci basamak tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetlerini de içine alan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerin sunumunda aile hekimleri ile aile sağlığı elemanları ana görevi üstlenmektedirler ([www.sakaryaism.saglik.gov.tr](http://www.sakaryaism.saglik.gov.tr)).

### **2.1.1. Amerika'da Aile Hekimliği**

II. Dünya Savaşı'ndan sonra Amerika Birleşik Devletleri'nde görev yapan hekimlerin arasında uzmanlaşmaya yönelik eğilim artış göstermiştir. 1938 yılında kendilerini uzman olarak nitelendiren uzmanların oranı %20,8'den 1970 yılında %75,7'ye ulaşmıştır. Bunun yanı sıra 1938 yılında %79,2 olan genel pratisyenlerin oranı 1970 yılında %17,3'e düşmüştür.

1960'lı yıllarda genel pratisyenlerin içinde bulunduğu durumu gözden geçirmek ve de halkın ihtiyaçlarını karşılayacak toplumu odak alan genel bakış açısı olan doktorların sağlanması amacıyla çalışma grupları oluşturulmuştur. Bunlardan önde gelen üç grubun çalışmaları sonucunda sırasıyla Folsom, Milis, Willard

Raporları oluşturulmuştur. 1950 ve 1960'lı yıllarda; Bu yayınlar ve Millis ile Willard gruplarının çalışmalarının birleşiminden Aile Hekimliği programlarının ana hatları ortaya çıkmıştır. Bunlar şu şekilde sıralanmıştır:

1. Hastanın kişisel hekimi olarak çalışılmalı ve hastanın sağlık sistemine girişi sağlanmalıdır.
2. İlk muayene, genel tıp hizmetleri ve koruyucu hekimlikde kapsamlı bir yaklaşım olmalıdır.
3. Hastanın sorumluluğunu uzun döneme taşıyabilmeli, sevkini gerektiği durumlarda gereken işlemler yapılmalı
4. Toplumun ihtiyaçlarına ve de kaygılarına karşı duyarlı olmalı.
5. Hastanın ruhsal, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını göz önüne almalı., gerekli bakımı yapmalı.

Günümüzde tüm Dünya'da kabul görmüş "Aile Hekimliğinin Temel Evrensel Değerleri" bu çerçevededir ve o zamanlarda atılmıştır.

Aile Hekimliğinin Amerikan Tıp Fakülteleri'nde gelişimi 1970'li yıllarda olmuştur. Tıp Fakültelerinde Aile Hekimliği Uzmanlığı alanında başarılı bir akademik bölüm kurulması uzun yıllar sürmüştür. Her türlü sıkıntıya rağmen 2000 yılında 113 Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Amerikan Tıp Fakülteleri'nde tamamı ile kurulmuştur.

Günümüzde aktif görev yapan aile hekimlerinin Amerika sağlık sisteminde önemi büyüktür. Birinci basamakta önemli katılımları söz konusudur. İstatistikler, Amerikadaki aile hekimlerinin günde baktığı hasta sayısı açısından diğer uzamanlara göre daha fazla hasta baktığını göstermektedir. Ayrıca hasta memnuniyet oranı da yüksektir ([www.sakaryaism.saglik.gov.tr](http://www.sakaryaism.saglik.gov.tr)).

Amerika'da sağlık hizmetlerinin birçoğu özel sektör tarafından verilmektedir. Toplumda % 14' lük kısmın sağlık güvencesi yoktur. Tüm hekimlere oranla % 40'lık kısmı abirinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler kapsamaktadır. Grup muayenelerinde yahut kendi muayenelerinde hizmet verirler. Grup muayeneleri son zamanlarda yaygınlaşmıştır. Ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılır. Aile hekimliği uzmanlığı için üç yıl eğitim alınır. Amerikan aile hekimliği



kurulu tarafından şekil verilir ve yine aynı kurul tarafından denetlenir. Ayrıca sınav zorunluluğu bulunmaktadır ([www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr](http://www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr)).

ABD’de Aile Hekimliği alanında ortaya çıkan sorunları ele alacak olursak, halen hekim açığı vardır. Bu açık özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerindedir. Uzman Aile Hekimlerinin yıllık kazançları birçok uzmanlık dalında görev yapan hekimlerin gelirlerinden düşüktür. Buna ek olarak da çalışma şartlarının ağırlığı ve uzunluğu eklenince aile hekimliği uzmanlığına rağbet azalmaktadır ([www.ankahed.org.tr](http://www.ankahed.org.tr)).

### **2.1.2. İngiltere’de Aile Hekimliği**

Sistemin en iyi oturduğu ülkelerden biri olan İngiltere’de bu sistemin temelleri oldukça eski tarihlere dayanmaktadır. 1952 yılında Royal College of General Practitioners kurulmuş olup, bununla birlikte aile hekimliği tarihinde önemli bir gelişme meydana gelmiştir.

Genel Pratisyenler, hastane eğitiminin ardından kendi kliniklerini açmadan önce, tecrübe kazanmak için öncelikle bir yıl başka bir aile hekiminin yanında çalışıp, sistemi öğrenmek zorundadır.

İngiltere Sağlık Bakanlığı harcamalarının %33’ü temel sağlık hizmetlerine yapılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin birçoğu vergilerden finanse edilmektedir. Kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarında maddi bir engel yoktur.

İngiltere’de sağlık hizmetlerini yürüten, Avrupa’nın en büyük sağlık kuruluşu olan NHS (National Health Service)’nin, bünyesinde 120.000 hekim görev yapmakta olup, bunların 40.000’i genel pratisyen hekimlerdir.

Hastaların %95’i ilk başvurularını genel pratisyenlere yapmaktadır. Bu başvuruların da %90’ının tedavisi genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır. Yani bu sistem gayet başarılı bir şekilde ilerlemektedir. Bir hasta yılda ortalama 5 defa aile hekimi ile görüşmektedir.

Herkes aile hekimini seçme özgürlüğüne sahiptir. Hastalara bu hak verildiği gibi aynı hak genel pratisyenlere de verilmiştir. İstemediği kişiyi listesine

almayabilir. Geçici oturma izni almış yabancıların da genel pratisyenlere kayıt yaptırabilme imkânına sahiptir.

İngiltere’de yardımcı sağlık personelleri birincil korumada çok önemli rol oynar. Mesleki eğitimleri ve meslek sonrası eğitimleri çok iyi alınmıştır. Genel olarak hemşirelerde yerleşik hemşire ve KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), diyabet, hipertansiyon hemşiresi gibi branşlaşma vardır. Örneğin yerleşik hemşireler, aile planlaması hizmeti vermekte, periyodik sağlık taramaları, serviks kanseri taramaları ile obezite takibi yapabilmekte, gerekirse aile planlaması ile ilgili reçete yazabilmekte ve obezite takibini yaptığı kişilerin diyetlerini düzenleyebilmektedir. Bir KOAH hemşiresi ise, hastayı düzenli takip edip, gerekli tetkiklerini yaparak ilaç dozlarında gerekli değişiklikleri yapabilmektedir. Bu durum da hekimlerin işini oldukça hafifletmektedir. Hemşireler hekimi bilgilendiriyorlar ancak, KOAH olan bir hasta aylarca hekimini görmeden hemşire gözetiminde kalabiliyor.

Genel pratisyenlere ödenen ücretlerde gelirlerinin yarısından fazlası listelerinde kayıtlı olan kişi başına ödeme şeklinde olmakta, kalanı ise yaptıkları işe göre hizmet başı ödeme şeklindedir. Belirli düzeyde çocuk aşılması ve takibi, servikal sitoloji takibi gibi bazı hizmetler ayrıca pozitif performans olarak ücretlendirilmektedir. Bunun yanı sıra başka ülkelerdekinden farklı olarak genel pratisyenlerin personel, ofis malzemeleri ve diğer direkt harcamaları doğrudan devlet tarafından karşılanmaktadır.

İngiltere’deki aile hekimliği sisteminin bütün iyi yönlerinin yanı sıra hastalara sorun teşkil eden yönleri de bulunmaktadır. Genel Pratisyen, hastayı ve hastanın uyumunu beğenmez ise herhangi bir gerekçe göstermeden listesinden çıkarma gibi bir hakka sahiptir. Genelde kanser, psikoz gibi sorunları olan bireyler bu durumla karşı karşıya gelir. Başka hekimler de bu hasta hakkında bilgi sahibi olursa birey, ölene dek hekimsiz yaşamak zorunda kalabilir. Bir başka sorun ise acil durumlar dışındaki bekleme listeleri birkaç hafta ile birkaç ay arasında değişebilir. Acil olmayan ameliyatlara için de göz hastanesinde olunacak bir muayene için de 6 ay kadar beklenir ([www.ankahed.org.tr](http://www.ankahed.org.tr)).

### 2.1.3. Almanya’da Aile Hekimliği

Sağlık sigortası kapsamı altında olan kısım, toplumun %90'ından fazlası kapsamaktadır. Temel prensiplerden ötürü genel pratisyen veya diğer uzmanlık dalları ayrımı olmadan ayakta sağlık hizmetleri için doktor seçme özgürlüğü verilmektedir. Bazı istisnaların dışında da sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir ([www.ankahed.org.tr](http://www.ankahed.org.tr)).

1976’da ilk aile hekimliği kürsüsü Hannover Tıp Fakültesi’nde açılmıştır. Aile hekimliği için uzmanlık eğitimi almak isteyen doktorlar için 1980’den itibaren zorunlu bitirme sınavı uygulaması başlamıştır. 1994 yılından itibaren ise hekimlerin isteğine bırakılmamış, birinci basamakta görev alacak tüm hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir ([www.sakaryaism.saglik.gov.tr](http://www.sakaryaism.saglik.gov.tr)).

Aile hekimlerinin diğer uzmanlara oranı % 45-50 dolayındadır. Hastalar kayıtlarını yaptırdıkları aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmak zorundadırlar. Aile hekimleri gerekli görmeleri halinde kendilerine kayıtlı bulunan hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilirler. Acil durumlara mesai saatleri dışında da bakmak zorundadırlar ([www.sakaryaism.saglik.gov.tr](http://www.sakaryaism.saglik.gov.tr)).

Almanya’nın tümünde hafta sonları acil hekimlik ile diğer hekimliği hizmetleri verilmektedir. Verilen bu hizmetlerin ücretlendirilmesi ayrı bir bütçeden yapılmaktadır. Verilerin gizliliğinden dolayı bilgisayarda kullanılan akıllı kartların üzerinde, hastalık kartlarındaki bilgiler bulunmamaktadır.

Hekimlere 3 ayda bir o süre zarfında ne kadar hasta bakmışlarsa, baktıkları hastaların sayısına ve tedavi derecesine göre ücretleri ödenir. Hekimlerin faturaları, reçete edilen işlemler ile istemde bulunulan işlemlerin maliyetleri incelenir. Meslek odaları adı altındaki odalar, hekimlerin çıkarlarını savunurlar. Meslek Örgütleri de resmi daire gibi çalışmakta olup, hekimler tarafından finansmanları sağlanır ([www.ankahed.org.tr](http://www.ankahed.org.tr)).

Aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ile öncelikli ihtiyacı ne ise o kısmın dikkate alınarak seçildiği diğer uzman hekimler tarafından yürütölmektedir.

Genel pratisyenler ile diğer uzmanlar arasındaki dengenin genel pratisyenlerin aleyhine gün geçtikçe açıldığı gözlenmektedir. Bu nedenle Almanya'da temel sağlık hizmetlerinde öncelik, tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Ev doktorları (Genel Pratisyen- Aile Hekimi) muayenehanesinin donanımının tamamını kendisi almak ayrıca personelinin maaşını da kendisi ödemek durumundadır.

Ayrıca, hizmetleri sınırlayabilmek amacıyla ödeme sistemi aşamalı yapılmış, belli bir sayıdaki hizmete ödenen ücret bu sayı aşıldığında düşmektedir. Bunun dışında doktorların gereksiz işlem yapmasının önüne geçmek için bireysel bütçeler oluşturulmaktadır (www.ankahed.org.tr).

#### **2.1.4. Hollanda'da Aile Hekimliği**

Hollanda' da iki çeşit sağlık sigortası vardır. Bunlardan birinci olan AWBZ (İstisnai Tıbbi Giderler Genel Kanunu), toplumun %100' ünü kapsamaktadır. Uzun süreli olan ve pahalı hastalık tedavilerini garanti eder. İkincisi ZFW (Hastalık Fonu Sistemi) ise toplumun %60'ını kapsamaktadır. Hastalık fonu sistemi olarak adlandırılmaktadır. Yalnızca riskli yaştaki kişilere ve düşük gelirlilere uygulanmaktadır. Bu sistemde hasta, acil durumlar ve bazı özel durumlar dışında genel pratisyen hekime gitmeden uzman hekime gidemez. Bunların dışında kalan %40'luk kısım da kısa süreli hastalıklar ve temel sağlık hizmetleri için özel sigorta yaptırmaktadırlar. Bu sistemlerin ikisi de zorunludur.

Diğer Avrupa ülkelerinde temel sağlık hizmetleri alanı belli başlı alanları içine almakta iken Hollanda'da bu durum biraz daha farklıdır. Şöyle ki; temel sağlık hizmetleri kavramı, evde bakım hizmetleri ile ayaktan tedavi ve ruh sağlığı hizmetlerini de kapsamaktadır. Bu hizmetler farklı kuruluşlar aracılığı ile yürütülmektedir. Genel tıbbi hizmetlerin yanı sıra, anne hemşireliği, bakım hemşireliği, iyileştirici hizmetler ve ilaç tedavileri gibi hizmetler de bu kuruluşlar tarafından verilmektedir.

Aile Hekimleri, üst basamak kuruluşlar arasında tıpkı trafik polisi gibi görev yapar. Neredeyse bütün özel sigorta şirketleri sevk kuralına uymaktadır. Tüm bu nedenlerle genel pratisyen hekimler sağlık sisteminin girişinde yer alır ve sevk sistemini yönetmekte önemli bir rol oynar.

Hollanda’da Genel Pratisyen Hekimlerin %47’si serbest ve tek başına çalışmaktadır. Her bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı ortalama olarak 2.200’dür. Hastalar herhangi bir aile doktorunu seçebilirler. Ancak hastalık fonu sistemine kayıtlı kişilerin seçecekleri genel pratisyen hekimin fon ile anlaşmalı olması gerekmektedir. Bir aile Hekimi ayrıca danışmanlık hizmeti vermektedir.

Sistemde yaşanan bazı sıkıntılar sonucunda 2000’li yılların başında grevler yapılmış ve bu grevlerin sonrasında batı ülkelerinin 26 tanesinin sistemleri incelenmiştir. Bu incelemeler sonucunda da hükümet, Sivil Toplum Kuruluşları ve saha çalışanları ile birlikte Hollanda’ya uygun bir sağlık modeli oluşturmuştur. Grev yapan aile hekimleri ile hükümet arasında yapılan anlaşmanın ardından aile hekimleri tarafından “Posta” adı verilen bir kooperatif sistemi oluşturulmuştur.

Oluşturulan bu Postlar, büyük şehirlerde 3-4, küçük şehirlerde ise 1 merkez olarak hazırlanmıştır. Postların her biri kendi bölgesinden 30 ile 50 arasında aile hekimini üye yapmıştır. Üye olan aile hekimlerinin hepsi mesai saatleri içerisinde kendi hastalarına bakacaklar, akşam, gece ve hafta sonları da ortak bir sistem oluşturup, Aile Hekimi Kooperatifinde nöbete kalarak hizmet vereceklerdir. Vardiyanın her birinde 4 hekim ve sabit hizmet veren yardımcı personeller bulunacaktır. Bu postlar konum olarak özellikle acil servis girişlerine yakın bulunmaktadırlar.

Postlarda eğitimli hemşireler bulunmaktadır. Hasta geldiğinde öncelikle danışma bölümündeki hemşire tarafından değerlendirilmesi yapılarak, hastanın durumuna göre doktora, ambulans hizmetlerine veya acil servislere yönlendirilir.

Post’a gelemeyecek durumda olan hastalar için de aile hekimleri, mevcut olan donanımlı araç ve şoför aracılığı ile evde muayene ve bakım hizmetleri verir. Vardiyalarda bulunan 4 hekimden 2’si Post’ta hemşirelere danışmanlık yapmak ve yine Post’ta hasta bakmak için bulunur. 2’si de evde hasta muayenesi ve danışmanlık hizmeti için gezici ekip ile birlikte çalışır ([www.ankahed.org.tr](http://www.ankahed.org.tr)).

### **2.1.5. Danimarka’da Aile Hekimliği**

Sağlık sigortası sistemi vatandaşların tümünü kapsamaktadır. Ancak iki tip sigorta bulunmaktadır. Birinci tip sigortalılar, toplumun % 97’sini kapsamakta olup,

kendilerine bir aile doktoru seçmek zorundadır. Aile doktoruna yahut aile doktorunun sevk ettiği başka bir uzmana veya hastaneye herhangi bir ücret ödemezler. Seçmiş oldukları aile doktorlarını 6 ay boyunca değişemezler. İkinci tip sigortalılar da sağlık hizmetinin bir kısmını kendileri öderler. Bu tip sigortalıların aile doktorlarını seçme ve değiştirmeleri yönünde bir sınırlama yoktur. Herhangi bir aile doktoruna veya uzman hekime doğrudan başvurabilirler. Yani aile doktorundan sevk gibi bir zorunlulukları yoktur.

Hastaların öncelikli olarak kendi bölgelerindeki doktorları seçmesi gerekmektedir. Ancak herhangi bir anlaşmazlık durumunda hasta uzaktaki bir doktoru da aile doktoru olarak seçebilmektedir. Genel olarak doktorların 2.000'den fazla hasta kaydetmemesi öngörölmüş olsa da, o bölgede doktor sayısı az ise bu sınır aşılabilmektedir.

Birinci tip sigortalı sayısının aile doktoru başına 1.300' ü geçmesi halinde o bölgede yeni bir aile doktorunun çalışmasına izin verilir. Aile doktorları aynı zamanda mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki tüm doktorlar eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır. Mesai dışı hizmetler için ayrı bir ödeme sistemi mevcuttur. Ödemenin cazip olması nedeniyle mesai sonrası çalışma tercih edilmektedir ([www.ankahed.org.tr](http://www.ankahed.org.tr)).

## **2.2. Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Aile Hekimliği'ne Geçiş**

Her nefes alışımızda ve her attığımız adımda sağlık hayatımızın en temel taşlarından birini oluşturmaktadır (Akdağ 2012: 55).

Etik anlayışımıza göre dünyaya gözünü açan her canlı, sağlıklı yaşama hakkına sahip olarak doğar. Bu yaşama hakkının korunabilmesi noktasında yeterli ve kaliteli sağlık hizmetlerini vatandaşlarına sunma görevi, devletin ve hükümetlerin görevleri arasında yer alır. Sunulan sağlık hizmetlerinin performansının değerlendirilmesi, hizmet sunan sağlık ekibinin başarısının değerlendirilmesi ve bunun yanı sıra kısa dönemde hizmet çıktılarının uzun dönemde hizmet alan

vatandaşların sağlık düzeyindeki gelişmelerin ölçülmesi şeklinde olmalıdır. Hemen hemen herkes ülkemizdeki mevcut sağlık sistemimizdeki aksaklıklar konusunda aynı fikirdedir. Bu aksaklıkların düzeltilmesi ve mevcut yapının rehabilite edilmesi hususu öncelikler arasında yer almaktadır (Doğusan, Hacımamağaoğlu, Kasım, Korukluoğlu ve Üstü 2004: 48).

Verilen sağlık hizmetleri herkese eşit olarak ulaştırılmalı, adil ve hakkaniyet ilkelerine uygun olarak bütün bireylere sağlık güvencesi sağlanmalıdır. Cinsiyet, sosyal statü ve sosyal sınıf gibi herhangi bir ayrıma fırsat verilmemeli, verilen sağlık hizmetlerine kolay erişilmeli, etkili ve çağdaş düzeyde olmalıdır (Akdağ 2012: 55).

Tıp bilimi, çok eski çağlardan beri var olan ve o günden bugüne sürekli değişim gösteren bir bilimdir. Bu değişimin nedeni, genelde sosyal ve teknolojik gelişmelerin neticesinde oluşmaktadır. Aile hekimliği de, tıbbın eski bir dalı olan genel pratisyenlikten dönüşen ve tıp tarihinin gelişim sürecinde şekillenen, yeni disiplinlerden biridir (İlgün 2014: 6).

Türkiye’de sağlık alanında verilen hizmetlerin tarihsel gelişimi ele alındığında Selçuklu ve Osmanlı Dönemi (Cumhuriyet öncesi) ile Cumhuriyet ve sonrası olarak iki dönemde incelenmektedir. Sağlık sistemi o dönemin şartlarına göre gelişim göstermiştir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin kişilere ulaştırılması yönünde yapılan çalışmalar Cumhuriyetin ilanından bugüne kadar uzanan gelişim sürecinde hız kazanmıştır. Cumhuriyet ve sonrası dönemde uygulanan sağlık politikaları yıllara göre farklılık göstermektedir (Çavmak, Doğanca, Şeyda 2017: 48; Kocadağ 2016: 57).

Sağlık hizmetleri, Selçuklu İmparatorluğu döneminden Osmanlı İmparatorluğunun ilk dönemlerine kadar vakıflar vasıtasıyla sunulmuştur. Fakat bu hizmetler saray ve asker odaklı ilerlediğinden toplumun tamamının bu hizmetlerden faydalanması mümkün değildi. O dönemin şartları doğrultusunda özel hekimlik gelişmişti. Maddi gücü iyi olanlar 19.yy’nin sonlarına kadar, özel hekimler tarafından evlerinde tedavi edilir ve bakım hizmeti alırlardı (Çavdar, Karcı 2014 :4; Çavmak, Doğanca, Şeyda, 2017: 49; Kocadağ 2016: 57).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışının ardından 3 Mayıs 1920’de yürürlüğe giren 3 sayılı Kanun ile kurulmuştur. Türkiye Büyük Millet

Meclisi'nin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Bu dönemde savaştan yeni çıkmış olması nedeniyle sağlık hizmetleri ile ilgili düzenli bir kayıt sistemi olmamış; daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuatın alt yapısının geliştirilmesine odaklanılmıştır. Bakanlığın kuruluşu ile beraber merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmıştır (Akdur, Çöl, Durmuşoğlu, Işık, İdil, Tunçbilek 1998: 24; Çavmak, Doğanca, Şeyda 2017: 49).

Sağlık Bakanlığı, ilk olarak; sağlık hizmetlerinin önceliklerini belirleyerek, sağlık alanındaki kazanımları arttırarak eldeki kaynakların dağılımını belirli kıstaslara göre gerçekleştirmeyi amaçlamıştır. İlk olarak yapılması planlanan amaç doğrultusunda, koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü kurulmuştur. Tedavi hizmetlerinin de belediyeler ve özel idareler tarafından yerine getirilmesi planlanmıştır. Yoksul hastaların ise hükümet tabipleri ve diğer kuruluşlar tarafından ücretsiz olarak tedavi edilmesi öngörülmüştür (Çavmak, Doğanca, Şeyda 2017: 49).

Cumhuriyetin ilan edilmesi ile birlikte sağlık hizmetleri birincil konular arasında yer almış olup, ilk kurulan bakanlıklardan biri olmuştur. Cumhuriyetin ilanının ilk yıllarından itibaren Türkiyede şu an mevcut olan sağlık teşkilatlandırması ve sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır. Cumhuriyet döneminde bir taraftan tedavi hizmet ağının genişletilmesi istenirken diğer yandan da koruyucu sağlık hizmetlerinde atağa geçilmiştir (Çavmak, Doğanca, Şeyda 2017: 48; Kocadağ 2016: 57).

Cumhuriyetin ilanının ardından Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur. Sağlık hizmetlerinin gelişmesi yönünde büyük katkıları olan Saydam; tedavi edici sağlık hizmetlerini hükümet görevi olarak değerlendirmeyip, mahalli idarelere yol gösterici olmayı tercih etmiş, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuştur. Bu kapsamda Dr. Refik Saydam döneminde Ankara, İstanbul, Sivas, Kayseri, Erzurum ve Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığına bağlı olarak hizmet veren Numune hastaneleri kurulmuştur.

Cumhuriyet döneminin Dr. Refik Saydam'dan sonra ikinci Sağlık Bakanı, Dr. Behçet Uz olmuştur. "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"nı hazırlayıp, 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunan Bakan, Uz'dur. Bu plan sağlık hizmetlerinde entegrasyonu



sağlayarak, verilen sağlık hizmetlerini yurdun geneline yaygınlaştırmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle verilen sağlık hizmetlerinin tamamı, merkezi hükümet görev ve sorumluluğu kapsamına alınmıştır. Birinci On Yıllık Sağlık Planı'na göre; ülke genelinde yedi tane sağlık bölgesi oluşturulup, her bölge kendisine yetebilecek bir hale getirilecektir. Bu yedi bölgede her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezleri oluşturulacak, koruyucu ve tedavi edici hizmetler buralarda birlikte sunulacak ve bu merkezlerde 2 hekim, 1 ebe, 1 sağlık memuru ile ziyaretçi hemşireler bulunacaktır. Bu merkezler tamamlandığında da bölgeye 1 tane tıp fakültesi kurulacaktır. Bu sağlık merkezleri ile ilgili olarak her ne kadar bu şekilde planlamalar yapılmış olsa da Dr.Behçet Uz'dan sonra bu planlama uygulama alanı bulamamış, her ilçeye bir adet sağlık merkezi açılması şekline dönüşmüştür (Çavmak, Doğançan, Şeyda 2017: 50).

1961 yılında kabul edilen, öncülüğünü Nusret Fişek'in yaparak hazırladığı 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu" ile sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaçlarını karşılayacak bir biçimde sürekli, yaygın ve uyum sağlayarak sunulması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda; sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçelerde ve illerde hastaneler açılarak sağlık hizmetlerinin sunulmasında kademeli ve il içerisinde bütünleşmiş bir yapılanma gerçekleştirilmiştir. Nusret Fişek, daha çok sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri için finansmanın nasıl sağlanacağı üzerinde önemle durmuştur (Çavmak, Doğançan, Şeyda 2017: 50).

1963 yılında, "Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planlaması"nda sağlık hizmetlerine de yer verilmiş, sektöre ilişkin hedefler konulmuştur. Hedefler; koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilerek yaygınlaştırılması, bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sunulması, sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağıtılması, döner sermaye sisteminin devlet hastanelerinde de uygulamaya konulması, ilaç endüstrisinin güçlendirilmesi ve özel hastanelerin açılmasının da desteklenmesi olarak belirlenmiştir. Bunların yanı sıra Genel Sağlık Sigortası'nın Kanun Taslağı bu dönemlerde hazırlanmış, ancak Bakanlar Kurulu'na sunulamamıştır (Çavmak, Doğançan, Şeyda 2017: 50). 1961 Anayasası'nın ülkenin kalkınmasını bir plana bağlamış olması neticesinde hazırlanmış olan "Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı", 1967 yılının sonunda sona ermiştir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın sona ermesiyle 1968-1972 yılları arasında Türkiye'nin topyekûn kalkınmasının ana çerçevesini çizen İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı oluşturulmuştur. Bu plan ile birlikte GSS (Genel Sağlık Sigortası) tekrar 1969 yılında gündeme gelmiş, fakat Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilmemiştir (Çavmak, Doğançan, Şeyda 2017: 51).

1990 yılında sağlık hizmetleri ile ilgili olarak Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından master plan oluşturulmuştur. Bu süreçte sağlık reformları değerlendirilmiş, Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri gerçekleştirilmiştir (Çavmak, Doğançan, Şeyda 2017: 51; Sülkü 2011:5).

1992 yılında 3861 sayılı Kanun ile çıkarılan “Yeşil Kart” uygulaması; maddi gücü sağlık hizmetlerini karşılayacak durumda olmayan, dar gelirli gruplar için kamu tarafından ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunumunu sağlamıştır (Çavmak, Doğançan, Şeyda 2017: 51).

Sağlık reform çalışmalarını genel olarak inceleyecek olursak, GSS'nin kurulması, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun tek şemsiye altında bir araya getirilmesi, finansman fonksiyonları ile sağlık hizmet sunumunun birbirinden ayrılması, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ile birlikte planlama ve denetim görevlerinin etkin bir biçimde yürütülmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, hastanelere özerklik tanınması ve Aile Hekimliğinin kapsamının geliştirilmesi gibi konuları içermektedir. Bu reformların 2002 yılında açıklanan “Acil Eylem Planı” içerisinde “Herkesin Sağlık” başlığı ile temel prensipleri belirlenmiş olup, uygulamaya konulması için bir takvime bağlanmıştır. Bu yönde Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı 2003 yılında uygulamaya koymuştur (Çavmak, Doğançan, Şeyda 2017: 51).

16 Kasım 2002'de açıklanan Acil Eylem planı kapsamında “Herkesin Sağlık” başlığı ile sağlık alanında yapılması düşünülen temel hedefler şu şekilde belirtilmiştir:

- \* Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- \* Bütün vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- \* Sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması,

- \* Tüm kamu kuruluşlarının alt kademelere yetki devri,
- \* Anne ve çocuk sağlığına önem verilmesi,
- \* Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- \* Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- \* Kalkınmada öncelikli bölgelerin sıkıntısı olan sağlık personeli eksikliğini giderilmesi,
- \* Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- \* Hastanelerin idari ve mali açıdan özerkliğine kavuşturulması,
- \* Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesidir (Çavmak, Doğanca, Şeyda 2017: 51; SB 2008).

Cumhuriyet tarihi boyunca Türkiyedeki sağlık politikaları, Dr. Refik Saydam dönemi (1923), Dr. Behçet Uz dönemi (1946) ve Prof. Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon uygulamasının başlangıcı (1963) olmak üzere önemli dönüm noktaları geçirdi. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) ise, bu dönüm noktalarından son halkayı oluşturmaktadır (Akdağ 2012: 7).

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” merkezinde insanın yer aldığı bir program olduğundan, söz konusu programda kişinin sağlığının toplumla birlikte korunması esastır. Bu nedenle programın ana fikri, “herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti”dir (Akdağ 2012: 8).

Bu program kapsamında planlanan bütün politikalar, toplumun sağlık düzeyini arttırmayı hedefler. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın öngördüğü temel amaç, hizmet alan ile sunanların ayrımıdır. Bu amaçlar doğrultusunda planlanan, dönüşümün sekiz ana tema etrafında gerçekleştirilmesidir. Bunlar:

- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi ve bütün sağlık kurumlarını tek çatı altında toplayan GSS,
- Erişimi kolay, yaygın ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,

- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlıklı insan gücü,

- Sistemi destekleyecek eğitim kurumları ve bilim kurumları,

- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,

\* Ulusal İlaç Kurumu,

\* Tıbbi Cihaz Kurumu,

- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi (Çavmak, Doğanca, Şeyda 2017: 52).

Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı 3 ana ayak üzerine kurulmuştur. Bunları ise şu şekilde sıralayabiliriz:

**1. GSS (Genel Sağlık Sigortası):** Genel Sağlık Sigortası öncelikle kişilerin sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları durumundaysa meydana gelen harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı ifade eder. Sağlık reformundan önce sosyal güvenlik kuruluşları farklı olup, ayrıca sigortalılar sadece bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşunun verdiği sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekteydi. Herkes sağlık hizmetlerine eşit şekilde erişemiyordu. Genel sağlık sigortası ile birlikte kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmadan, meydana gelecek hastalık riskine karşı, toplumdaki bütün kişilerin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir biçimde faydalanması sağlanmıştır ([www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr)).

**2. Aile Hekimliği:** Birinci basamak sağlık hizmetleri, topluma yönelik ve kişiye yönelik olarak ikiye ayrılmıştır. Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı merkezleri tarafından, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise aile hekimliği tarafından sunulmaktadır (Ataay 2008:169; Çavmak, Doğanca, Şeyda 2017: 53).

Sağlık ocağı uygulamasının özelliklerini değerlendirdiğimizde Sağlık ocağı hizmetinin ücretsiz oluşu, sevk zincirinin olmayışı, hastaların sağlık kayıtlarının tutulması ve tutulan bu kayıtların devrinin sağlanması, sağlık ocaklarının daha çok sağlık hizmetine ulaşamayan kesime hitap edişi, anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin

önemine değinilmesi ile hizmet içi eğitim devamlılığının sağlanması hususları aile hekimliği sistemine göre üstün özellikler olarak kabul edilebilir.

Kırsal bölgelerde sağlık ocakları tarafından yürütülen ancak personelin yeterli olmayışı, motivasyon eksikliği gibi sebeplerden dolayı yeterince başarılı olamadığı kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi oldukça önemlidir. Bahsedilen konu bu hizmetlerde görev tanımları netleştirilip, teşvik unsurları devreye sokulup, gezici sağlık hizmetleri ile desteklenip geliştirilmelidir (Doğusan ve ark. 2004: 48).

Bazı ülkelerde genel pratisyenlik ve birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ancak genel pratisyenlik sadece sağlık bakımının toplumsal olması gerektiğine dikkat çekerken, aile hekimliği ise aynı zamanda bu bakımın kişisel ve sürekli olmasına da dikkat çekmektedir. Bu sebeple genel pratisyenliğe göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetler daha kapsamlıdır (İlgün 2014: 6).

Hastalara uygun tedavi yönteminin seçilmesi yönünde aile hekimleri önemli bir yere sahiptir. Ayrıca hastaların genelde sağlık bakımına ilk başvurduğu kişiler yine aile hekimleridir. Bu sebeple aile hekimliği, bireylerle sürekli iletişim halinde olan, kişisel sağlık ihtiyaçlarını büyük oranda karşılayabilen, kişilerle ilk temasın gerçekleştiği, aile ve toplum bağlamında hizmet sunan, kapsamlı ve sürekli bakımın sağlandığı, sağlık hizmeti veren diğer basamaktaki sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlayan bir uygulamadır (İlgün 2014: 11).

Aile hekimliği modeline göre; aile hekimlerinin GSS ile sözleşme yaparak muayenehane sistemi çerçevesinde hizmet sunmaları esas olmasına rağmen, GSS sisteminin uygulamaya tam olarak koyulamamasından dolayı aile hekimliklerinin finansmanı Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır (Çavmak, Doğançan, Şeyda 2017: 53).

Aile hekimliğindeki hekimler, ücretini piyasa durumlarına göre kazanan girişimciye dönüştürülmektedir. Aile hekimleri elemanlarını kendileri seçebilmekte ve tıbbi hizmetler dışındaki gereksinimleri taşeron firmalar aracılığı ile sağlayabilmektedirler (Çavmak, Doğançan, Şeyda 2017: 54).

Sağlıkta Dönüşüm Programı incelendiğinde, hizmet sunumunun özel sektöre, sağlık sigortacılığının da kamu tarafında yer almasının amaçlandığı gözlenmektedir (Age).

**3. Kamu Hastaneler Birliği:** Sağlıkta Dönüşüm Programının temel felsefesi olan verimli ve etkin sağlık hizmetlerinin sunulması, vatandaşlarımızın sağlık ihtiyaçlarının tamamına cevap vermeyi amaçlayan bir uygulamadır ([www.farmaskop.com.tr](http://www.farmaskop.com.tr)).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere; hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinin açılması, işletilmesi, izlenmesi ve denetlenmesi ile görevlidir. Bu kuruma bağlı olarak illerde tüm sağlık kurumlarını kapsayacak şekilde kamu hastaneleri birlikleri kurulur. Aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir. Birlik, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurulur. Birliğe bağlı hastaneler de hastane yöneticileri tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak da başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur ([www.acikders.ankara.edu.tr](http://www.acikders.ankara.edu.tr)).

### **2.2.1. Dönüşüm Programı'nın Yapılmasını Zorunlu Kılan Sebepler**

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında başlatılan, ana fikri “herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti” olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı zorunlu kılan sebepler sağlık hizmetlerindeki maliyet artışları, şahısların beklentilerindeki artış, kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı olması ve kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanmaya başlanması olarak sayılabilir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, sağlık hizmetlerine finansman sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır (Kocadağ 2016: 61).

#### **2.2.1.1. Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Maliyet Artışları**

Günümüzde birçok ülkede yönetimlerin sağlık alanında yapmak istedikleri icraatlarla sağlık hizmetine ödeyebilecekleri para arasında büyük uçurum vardır. Demografik özelliklerin değişmesi, hastalık yapılarının gelişmesi ve teknolojinin

ilerlemesine bağlı olarak sağlık hizmet maliyetleri neredeyse bütün ülkelerde artmakta ve sorun haline gelmektedir (Akdağ 2012: 55).

#### **2.2.1.2. Vatandaşın Beklentilerinin Artması**

İnsanlar genç, sağlıklı ve dinamik kalmak, sağlık hizmetlerinden daha sık ve rahat bir şekilde faydalanmak istemektedirler. Ülkelerin gelişmesi ile birlikte vatandaşlar yönetimden sağlık alanında daha fazla harcama yapılmasını istemektedir. Küresel sosyal gelişmeler (filmler, televizyon ve internet vb.) de bu taleplerin artmasına sebep olmaktadır (Akdağ 2012: 55).

Bu artan beklentiler hem bakım hem de tedavi için daha fazla ve daha maliyetli hizmetlerin kullanılmasını gerektirmektedir. Artan beklentiler hastaların en son ve en iyi hizmeti, en yeni teknolojileri ve ilaçları istemesine yol açmaktadır (Akdağ 2012: 55).

Ekonomiler ilerledikçe beklentiler artmaya devam etmekte, ülkeler daha demokratik hâle gelmekte ve dünya çapında medya temelli imajlar yayılmaktadır. Başka ülkelerde sağlanan imkânları bilen insanlar, kendi ülkelerindeki yerel sağlık merkezleri veya daha küçük hastanelerdeki hizmet kalitesi konusunda şüpheli davranmaya başlamışlardır. Bu nedenlerle ülkelerin birçoğunda sağlık sistemi açısından yönetimler, insanların bu isteklerini gerçekleştirmek için baskı altındadır (Akdağ 2012: 55).

#### **2.2.1.3. Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması**

Vatandaş beklentilerinin ve sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin artması, hükümetleri bu talepleri karşılama noktasında baskı altına almaktadır. Sağlık sektöründeki maliyetler ve talep ekonomik büyümeye göre daha hızlı büyümektedir. Ekonomik süreçler, siyasi baskılarla kesişip, ülkenin sağlığa tahsis etmeye karar verdiği para miktarını etkilemektedir (Akdağ, 2012: 56).

#### **2.2.1.4. Kamudaki Yönetim Anlayışının Vatandaş Tarafından Sorgulanmaya Başlanması**

Dünya genelinde kamudaki kötü yönetim, politikaların yetersiz oluşu ve kaynakların kısıtlı olup, boşa harcanması kamu sektörü ile ilgili insanların şüpheli

yaklaşmasına sebep olmuştur. Kamu sektörünün, vatandaşların beklemedikleri düzeyde hizmet verememesi, vatandaşlar tarafından daha çok irdelenmesine sebep olmuştur. Demokratikleşme, internet, sivil toplum kuruluşlarının artışı, medya gibi etkenlerden dolayı kamudaki yönetim anlayışını vatandaş her geçen gün daha çok sorgulamaktadır. Bu nedenlerle kamuda hizmet sunumunda reform yapılması zorunlu hale gelmektedir (Akdağ 2012: 56).

### **2.2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğine Geçilme Sebepleri**

Sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılır. Birinci basamak sağlık hizmetleri; bireylerin ilk başvuru yaptığı, hekimlerin bireylere sürekli ve kapsamlı olarak sunmuş oldukları hizmet kapısıdır. İkinci basamak sağlık hizmetleri; uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre sunmuş oldukları hizmetlerdir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, uzmanlıktan daha ileri düzey ve yan dal uzmanlarının sunduğu bakım hizmetleridir.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri 2005 yılına kadar sağlık ocağı sistemi şeklinde sunulurken; 2005 yılında pilot uygulama olarak başlayıp, 2010 yılında ülke çapında uygulamaya giren aile hekimliği sistemi kapsamında sunulmaktadır. Sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği uygulamasına geçiş ile birlikte birtakım değişikliklere gidilmiştir. Örneğin; sağlık ocağı uygulamasındaki bölge tabanlı ve geniş kapsamlı hizmet anlayışı (iyileştirici, koruyucu, kişiye, topluma ve çevreye yönelik); aile hekimliği uygulamasında değiştirilerek kayıtlı olan hasta uygulamasına geçilmiştir. Ayrıca hizmet kapsamı daraltılarak koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik ve topluma yönelik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Buna göre aile sağlığı merkezlerinde kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunulurken; toplum sağlığı merkezlerinde topluma yönelik sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu değişim ile aile hekimleri sadece kendisine kayıtlı kişilere hizmet sunacağından hastalarını daha iyi tanıma olanağı bulmuş, bununla birlikte hizmet kalitesi ve verimliliği olumlu yönde etkilenmiştir (Çevik 2013; İlgün ve Şahin 2016: 2).

Aile Hekimliği sistemine geçilmesi ile;

- Kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanmıştır.



- Hastaların hekimini özgürce seçmesine, seçtikleri hekim ile uzun süreli ve düzenli bir ilişki kurmalarına olanak sağlanmıştır. Hekimlerin de hizmet verdiği kişilerin sağlık geçmişlerini, özel durumlarını, psikolojik durumlarını, hayat şartlarını görüp değerlendirip, karşı karşıya buldukları riskleri çok iyi bilip ve böylelikle bireyi bütüncül yaklaşımla değerlendirebilmesini sağlamıştır.
- Aile hekimliği ile tutulan kayıtlar sayesinde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için değerli bir veri kaynağı ortaya çıkmıştır.
- Aile hekimliğinde oluşturulacak olan sevk zinciri sayesinde hastalar doğru uzmanlık dalına ve doğru sağlık merkezine yönlendirilerek ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili biçimde verilmesi sağlanmıştır.
- Aile hekimliği sisteminde hasta değil kişi anlayışı hakimdir. Bu da demektir ki; hastalık gelmeden bireylerin sağlıklarını korumak ve sağlığını geliştirmek yönünde hizmetlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, bireylere hastalık gelmeden hastalıktan koruyucu önlemler alınmasının yanı sıra, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların daha iyi hizmet verebilmesini sağlayacaktır. Aile Hekimliği sistemi birinci basamakta uygulanabildiği takdirde bugüne kadar oluşturulmuş en uygun sistem olacaktır (Kocadağ 2016: 62).

Aile hekimliği bu derece önem arz ederken, bugün hekimlerin hâlâ aile hekimi olma yönünde endişeleri bulunmaktadır. Bu endişelerin altında yatan tıp bilimindeki aile hekimlerinin rolleriyle ilgili olan altı yanlış inanış vardır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Aile hekimlerinin tıbbın bütün alanlarını bilmek zorunda olması gerektiği düşüncesi
2. Diğer uzmanların aile hekimi uzmanından daha çok bilgiye sahip olduğu düşüncesi
3. Tıp bilimindeki belirsizliklerin uzmanlaşarak yok edilebileceği düşüncesi
4. Tıp bilimindeki bilgi derinliğinin uzmanlaşarak sağlanabileceği düşüncesi.

5. Bilimin ilerlemesi ile bilgi yükünün artacağı düşüncesi.

6. Tıpta hataların genelde bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olduğu yönündeki düşünceler (İlgün 2014: 15-16).

Oysaki aile hekimleri de kendi dallarına yönelik ihtiyaç duydukları bilgilere sahip olurlar. Diğer uzmanlar aile hekimi tarafından yönlendirilen hastalarda ender problemler hakkında bilgi sahibi olurken, aile hekimleri sık karşılan problemler hakkında bilgi sahibi olurlar. Bilginin derinliği bilginin niteliğine bağlıdır ve henüz olgunlaşmamış dallarda bilgi yükü fazladır.



### **3. AİLE HEKİMLİĞİNDEN MEMNUNİYETİN SİVAS İLİ KILAVUZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARA UYGULANMASI**

#### **3.1. Araştırmanın Materyal ve Yöntemi**

Bir, iki ve üçüncü bölümde, tezin kavramsal boyutunu oluşturmak amacıyla literatür incelemesi yapılmış ve tartışılmıştır. Böylelikle araştırmanın uygulamasını gerçekleştirecek olan temel yapı sağlanmıştır. Bu bölümde de araştırmanın modeli ve hipotezleri, araştırmanın evreni ve örnekleme, veri toplama aracı, verilerin toplanması, verilerin analizi ve izin konuları ele alınmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri**

Araştırmanın modeli; araştırmanın amacına uygun ve ekonomik bir şekilde verilerin toplanması ve analiz edilmesi için gerekli koşulların oluşturulmasıdır (Kocadağ 2016:76).

Bu bağlamda, Sivas İli Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastaların, ilk olarak pilot İl olarak Düzce İli'nde uygulanan daha sonra tüm Türkiye'de hayata geçirilen aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerini ölçmek için yapılan bu araştırma tarama modeli, tanımlayıcı tipte anket içerikli bir araştırma olup, araştırma modeli aşağıda Şekil 1'de gösterilmiştir:

Araştırmanın modeli kapsamında oluşturulan hipotezler ise aşağıdaki gibidir:

**H1:** Aile hekimliği uygulamasına yönelik düşüncelerle aile hekimine yönelik tutumlar arasında ilişki vardır.

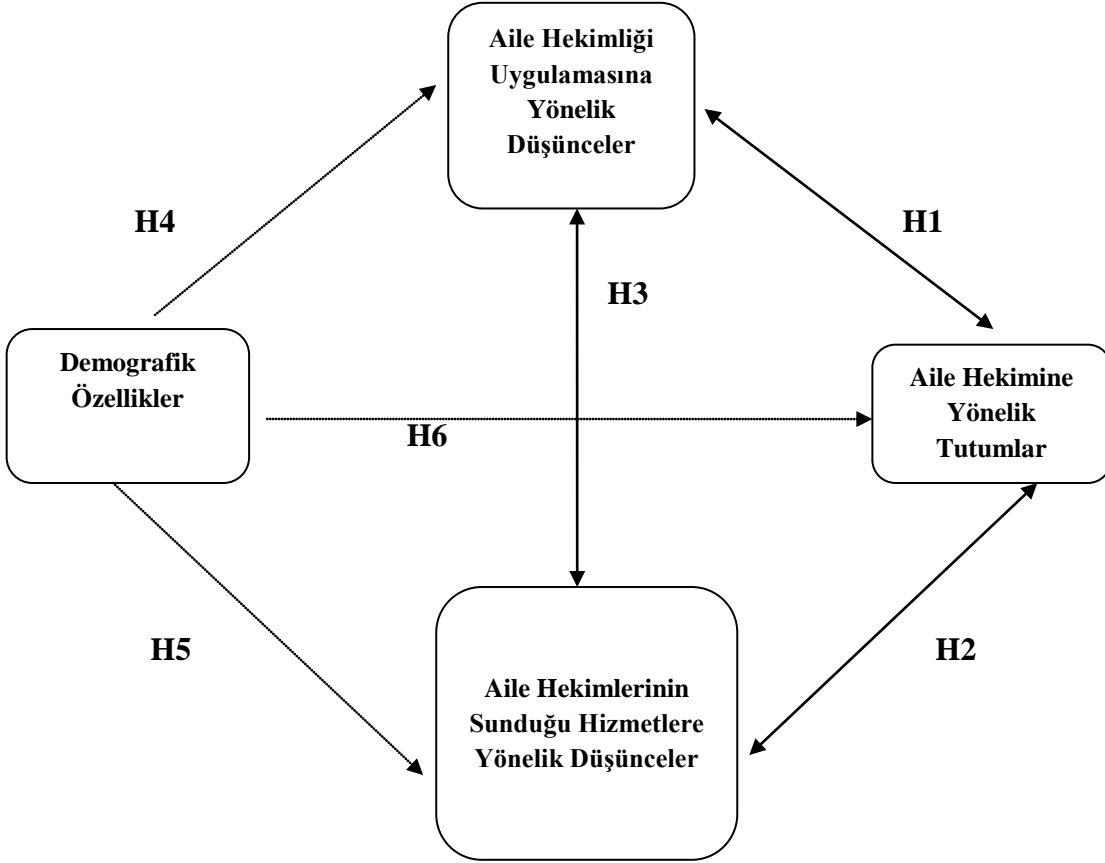
**H2:** Aile hekimlerinin sunduğu hizmetlere yönelik düşüncelerle aile hekimine yönelik tutumlar arasında ilişki vardır.

**H3:** Aile hekimliği uygulamasına yönelik düşüncelerle aile hekimlerinin sunduğu hizmetlere yönelik düşünceler arasında ilişki vardır.

**H4:** Aile hekimliği uygulamasına yönelik düşünceler demografik özelliklere göre farklılık vardır.

**H5:** Aile hekimlerinin sunduğu hizmetlere yönelik düşünceler demografik özelliklere göre farklılık vardır.

**H6:** Aile hekimine yönelik tutumlar demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.



**Şekil 1.** Araştırma Modeli

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sivas İli Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi'ne 1 yıl içerisinde başvuran hasta sayısı 37609'dur.

Sekaran'a göre veri sayısı 10.000.000 olan bir ana kütlede 384 veri alınması yeterli olmaktadır (Karagöz ve Ağbektas 2016: 277). Bu çalışmada ana kütle 37609 bireyden oluştuğundan, örnekleme 400 bireyin alınmasına karar verilmiştir. Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerden 400 bireyin seçimi yapılırken de "Kolayda

Örnekleme Yöntemi” kullanılmış olup, hastalara uygulanan anket formları ise Genel Bilgiler Formu, Katılım Düzeyi anketleridir.

Araştırmanın evrenini, 01.06.2017-30.09.2017 tarihleri arasında Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran 400 hasta oluşturmuştur.

### **3.4. Veri Toplama Aracı**

Araştırmada veriler, 11 sorudan oluşan Genel Bilgiler Formu ve 23 sorudan oluşan Katılım Düzeyi Formundan oluşmaktadır. Araştırma verilerini toplamak amacıyla anket tekniği kullanılmıştır. Katılımcılara uygulanan anket için KOCADAĞ’ın (2016) çalışmasındaki anket temel alınarak düzenlenmiştir.

Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm olan, 11 sorudan oluşan Genel Bilgiler Formu ankete katılanların demografik özelliklerini ve aile hekimlerine yönelik tutumlarını amaçlamaktadır. İkinci bölüm olan Katılım Düzeyi Formu ise aile hekimliği uygulamasına ilişkin düşünceleri ölçmeye yönelik 11 ifade ve aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlere ilişkin düşünceleri ölçmeye yönelik 12 ifade olmak üzere toplamda 23 ifadeden oluşmaktadır. Araştırmada katılım düzeyini belirlemek için;

1: Kesinlikle Katılmıyorum

2: Katılmıyorum

3: Kararsızım

4: Katılıyorum

5: Kesinlikle Katılıyorum

şeklinde 5’li Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmada verilerin nasıl toplayacağını belirlemenin ardından Sivas İli Merkez Kılavuz aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı hastalardan, aile hekimliğine 01.06.2017-30.09.2017 tarihleri arasında başvuran hastalara öncelikle araştırmanın amacı kısaca anlatılmış ardından yüz yüze anket tekniği uygulanıp, araştırma için

gerekli olan veriler toplanmıştır. Okuma yazması olmayan kişilere ise anket soruları sesli bir biçimde okunup, sorulara verilen cevaplar tarafımdan işaretlenmiştir.

### **3.6. Verilerin Analizi**

Anket sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 23 programına yüklenerek değerlendirilmiştir. Frekans ve yüzde analizleri yapılarak katılımcıların demografik özelliklerine göre yüzde kaç katılım sağlandığı ölçülmüştür. Faktör analizi yapılarak veri azaltım işlemi yapılarak, demografik özelliklerle karşılaştırma yapılacak faktör sayısı belirlenmiştir. Ayrıca verilerin normal dağılıma uygunluğu “Normal Dağılıma Uygunluk Testi” ile analiz edilmiş olup, bu analiz sonucunda verilerin normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilerek araştırmada nonparametrik analiz teknikleri olan Mann Whitney U testi ile Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

### **3.7. İzin**

Anket Uygulaması için Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü aracılığı ile Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden gerekli izin alınarak uygulamaya geçilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Bulguları**

Bu bölümde Sivas Merkez Aile Sağlığı Merkezi’ne 01.06.2017 – 30.09.2017 tarihleri arasında başvuran hastaların aile hekimliği sisteminden memnuniyetlerinin incelenmesi için yapılan araştırmada elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Ayrıca katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini, aile hekimliği hakkındaki bilgi düzeylerini, aile hekimliğine gitme sıklıklarını, aile hekimleri ve aile hekimliği sistemi hakkındaki memnuniyetlerini gösterir incelemeler yapılmıştır.

Bir test veya ölçekten elde edilen verilerin ne kadar güvenilir olduğunun ölçümünü yapan analizlere güvenilirlik analizi denir (Yalman 2013: 61).

Araştırmanın güvenilirlik analizi anket örneğinin alındığı çalışmada (Kocadağ, 2016) yapılmış olup, verilerin güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

### 3.8.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Sivas Merkez Aile Sağlığı Merkezi'ne 01.06.2017 – 30.09.2017 tarihleri arasında başvuran hastaların aile hekimliği sisteminden memnuniyetlerinin incelenmesi için yapılan araştırmada, yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılan anket çalışmasında Tablo 1'de görüldüğü üzere kadın katılımcıların sayısı 260 (% 65) iken erkek katılımcıların sayısı 140 (% 35) şeklindedir.

**Tablo 1.** Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	260	65,00
Erkek	140	35,00
<b>Toplam</b>	400	100,00

Tablo 2'de katılımcıların yaş grupları sıralanmaktadır. Yaş grupları analiz edildiğinde; % 19,75'inin (79) 15-25 yaş aralığında, % 22,5'inin (90) 26-35 yaş aralığında, % 24'ünün (96) 36-45 yaş aralığında, % 17,75'inin (71) da 46-55 yaş aralığında ve % 16'sının (64) 56 ve üzeri yaş aralığında olduğu görülmektedir.

**Tablo 2.** Yaş Dağılımı

Yaş Aralığı	Frekans	Yüzde
15-25	79	19,75
26-35	90	22,5
36-45	96	24
46-55	71	17,75
56 ve üzeri	64	16,0
<b>Toplam</b>	400	100,0

Tablo 3'de görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde ise % 8'inin (32) okuryazar olmadığı, % 39,7'sinin (159) ilköğretim mezunu olduğu, % 32'sinin (128) lise mezunu olduğu, % 18,8'inin (75) üniversite mezunu olduğu ve % 1,5'inin (6) lisansüstü eğitime sahip olduğu görülmüştür.



**Tablo 3.** Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde
Okur Yazar Değil	32	8,0
İlköğretim	159	39,8
Lise	128	32,0
Üniversite	75	18,8
Lisansüstü	6	1,5
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4’de görüldüğü üzere katılımcıların meslek grupları incelendiğinde de % 43,9’unun (175) ev hanımı, % 15,5’inin (62) diğer meslek sahibi, % 12,5’inin (50) işçi, % 9,8’inin (39) emekli, % 6,5’inin (26) memur (sağlık personeli hariç), % 5,5’inin (22) çalışmadığı, % 5,3’ünün (21) serbest meslek sahibi ve % 1,3’ünün (5) sağlık memuru olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.** Meslek Grupları

Meslek	Frekans	Yüzde
Ev Hanımı	175	43,8
Sağlık Memuru	5	1,3
İşçi	50	12,5
Serbest Meslek	21	5,3
Emekli	39	9,8
Memur (Sağ. Per.Hariç)	26	6,5
Çalışmıyor	22	5,5
Diğer	62	15,5
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tablo 5’de katılımcıların aylık gelir düzeyleri incelendiğinde, % 18,8’inin (75) 0-1000 TL arası gelire sahip olduğu, % 51,5’inin (206) 1001-2000 TL arası

gelire sahip olduğu, % 24,5'inin (98) 2001-3000 TL arası gelire sahip olduğu, % 4,5'inin (18) 3001-4000 TL arası gelire sahip olduğu ve % 0,8'inin (3) 4001 ve üstü gelire sahip olduğu görülmüştür.

**Tablo 5.** Aylık Gelir Düzeyleri

Aylık Gelir Düzeyi	Frekans	Yüzde
<b>0-1000 TL</b>	75	18,8
<b>1001-2000 TL</b>	206	51,5
<b>2001-3000 TL</b>	98	24,5
<b>3001-4000 TL</b>	18	4,5
<b>4001 ve Üstü</b>	3	0,8
<b>Toplam</b>	400	100,0

Son olarak ise Tablo 6'da görüldüğü üzere araştırmaya katılanların sağlık güvencesi incelendiğinde, % 74,7'sinin (299) SGK'lı olduğu, %7,3'ünün (29) Bağ Kur'lu olduğu, % 14,3'ünün (57) Emekli Sandığı'na kayıtlı olduğu ve % 3,7'sinin (15) diğer sağlık güvencesinden faydalandığı görülmüştür.

**Tablo 6.** Sağlık Güvencesi

Sağlık Güvencesi	Frekans	Yüzde
<b>Sgk</b>	299	74,8
<b>Bağkur</b>	29	7,3
<b>Emekli Sandığı</b>	57	14,3
<b>Diğer</b>	15	3,8
<b>Toplam</b>	400	100,0

### 3.8.2. Anket Uygulamasına Katılanların Rahatsızlık Durumunda İlk Tercihleri

Katılımcıların rahatsızlık hissetmeleri durumunda ilk başvuru noktaları incelendiğinde, % 41'inin (164) aile hekimine, % 55,2'sinin (221) devlet

hastanesine, % 2,3'ünün (9) özel hastaneye, %1,5'inin (6) üniversite hastanesine başvurdukları görülmüştür (Tablo 7).

**Tablo 7.** Rahatsızlık Durumunda İlk Tercih

<b>Rahatsızlık Durumunda İlk Tercih</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Aile Hekimine</b>	164	41,0
<b>Devlet Hastanesine</b>	221	55,2
<b>Özel Hastane</b>	9	2,3
<b>Üniversite Hastanesi</b>	6	1,5
<b>Toplam</b>	400	100,0

### **3.8.3. Anket Uygulamasına Katılanların Aile Hekimliğine Gitme Sıklıkları ve Bilgi Düzeyleri**

Katılımcıların ortalama aile hekimine gidiş sıklığı incelendiğinde, % 6,8'inin (27) haftada bir kez, % 34'ünün (136) ayda bir kez, % 31'nin (124) altı ayda bir ve % 28,2'sinin (113) de yılda bir kez gittiği görülmüştür (Tablo 8).

**Tablo 8.** Aile Hekimliğine Gitme Sıklığı

<b>Gitme Sıklığı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Haftada Bir</b>	27	6,8
<b>Ayda Bir</b>	136	34,0
<b>Altı Ayda Bir</b>	124	31,0
<b>Yılda Bir</b>	113	28,2
<b>Toplam</b>	400	100,0

Aile hekimliği ile ilgili bilgi düzeylerine baktığımızda ise, katılımcıların aile ekimliği hakkında %29,3'ünün (117) düşük derecede, % 53,3'ünün (213) orta derecede, % 15,5'inin (62) iyi derecede ve % 2'sinin (8) çok iyi derecede bilgi düzeyine sahip oldukları gözlemlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9.** Aile Hekimliği İle İlgili Bilgi Düzeyi

Bilgi Düzeyi	Sayı	Yüzde
Düşük	117	29,3
Orta	213	53,3
İyi	62	15,4
Çok İyi	8	2,00
Toplam	400	100,0

#### 3.8.4. Faktör Analizi

Birbirleri ile ilişkili olan çok sayıda verinin, öncelikle açıklamış olduğu değişkenleri grup haline getirip, daha sonra bu değişkenlerde de verilerin azaltılmasında kullanılan yöntemle denir. Bu analizin kullanılmasının en önemli amaçlarından birisi veri setinin daha basit hale getirilmesidir (Karagöz ve Kösterelioğlu 2008: 84).

**KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) Testi:** Eldeki verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını gösterir. Bu testte ortaya çıkan KMO değerinde verilerin faktör analizine uygun olması için bu değeri 0,5-1,0 arası olması gerekmektedir. 0,5-1,0'ın altındaki değerler faktör analizi için uygun değildir. Fakat genelde araştırmacılarca KMO değerinin 0,8'den fazla olması iyi olarak değerlendirilir (Alpar 2016: 608).

**Tablo 10.** KMO and Bartlett's Test

<b>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.</b>		,924
<b>Bartlett's Test of Sphericity</b>	<b>Approx. Chi-Square</b>	5533,175
	<b>df</b>	253
	<b>Sig.</b>	,000

İfadelerin faktör analizine uygunluğunu test etmek için hesaplanan KMO değeri Tablo 10'da görüldüğü üzere 0,924 bulunmuş olup, bu yüksek değer örneklem büyüklüğünün yeterliliğini gösterir. Bartlett test değeri ise 0,000 bulunmuş olup  $p(\text{sig})=0,000 < \alpha =0,05$  olduğundan Bartlett test sonucu anlamlıdır yani değişkenler arasında yüksek korelasyon mevcuttur.

**Tablo 11.** Faktörlerin Özdeğerleri ve Açıklanan Varyans Yüzdeleri

Bileşenler	Başlangıç Özdeğerler			Döndürülmüş Kare Yükler Toplamı		
	Toplam	% Varyans	% Kümülatif	Toplam	% Varyans	% Kümülatif
1	9,414	40,930	40,930	4,730	20,565	20,565
2	2,250	9,784	50,714	4,663	20,273	40,838
3	1,675	7,281	57,995	2,772	12,053	52,891
4	1,335	5,805	63,800	2,509	10,909	63,800

Faktörlerden her birinin faktör yüklerinin kareleri toplamı, her bir faktör tarafından açıklanan varyansın oranının hesaplanmasında kaç tane önemli faktörün olduğuna karar vermede kullanılır. Öz değer yükseldikçe, faktörün açıkladığı varyans da yükselir (Karaca 2017: 62).

Tablo 11’de görüldüğü üzere faktörler arasında en fazla varyansa sahip faktörün özdeğeri 9,414 ve varyansı % 40,930, ikinci faktörün özdeğeri 2,250 ve varyansı % 9,784, üçüncü faktörün özdeğeri 1,675 ve varyansı % 7,281, son olarak ise dördüncü faktörün özdeğeri 1,335 ve varyansı % 5,805’dir. Dört faktörün toplam açıklayıcılığı % 63,800’dür. Literatürde % 40 açıklayıcılığın iyi bir oran olduğu belirtilmektedir (Karaca 2017: 62, Kline 1994).

**Faktör Yükleri:** Bir faktörle orijinal değişken arasındaki korelasyona verilen isimdir. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin 0,45 ya da daha yüksek olması seçim için iyi bir ölçüdür. Fakat madde sayısı az ise sınır değer 0,30’a kadar indirilebilir. Maddelerin sadece bir faktörde yük değerinin yüksek olması, diğer faktörlerde ise düşük olması gerekir. Çok faktörü olan bir çalışmada faktörlerin birden çoğunda yüksek faktör yükü olan madde var ise buna binişik madde denir ve ölçekten çıkarılıp yeniden faktör analizi yapılması düşünülür. Ölçekten çıkardığımız her madde sonrası yeniden faktör analizi yapılması gerekmektedir (Çinko, Durmuş ve Yurtkoru 2011: 82; Kocadağ 2016: 84).

**Tablo 12.** Döndürülmüş Yüklemeler Matrisi

Gözlemsel Değişkenler	Memnuniyete İlişkin Bileşenler			
	Aile Hekimliği Uygulamasından	Aile Hekiminden	Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten	Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından
	$\alpha=,896$	$\alpha=,914$	$\alpha=,735$	$\alpha=,809$
Aile Hekimliği Uygulaması Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Yükseltecek Bir Uygulamadır	,797			
Aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığına olumlu yansıdığını düşünüyorum.	,756			
Aile hekimliği uygulaması ile kendimin ve yakınlarımla sağlığımın kontrol altında olduğunu hissediyorum.	,754			
Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerindeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum	,735			
Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerinde hastalara daha fazla zaman ayrılabilmesini düşünüyorum.	,751			
Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminden daha iyi olduğunu düşünüyorum.	,644			
Aile hekimliğinde herkesin sağlık sisteminden daha kolay ve çabuk faydalanma imkânına kavuştuğunu düşünüyorum.	,685			
Aile Hekimimin Tutum ve Davranışlarından Memnunum		,867		
Aile hekimine rahatsızlığım hakkında istediğim soruları yöneltebiliyorum.		,857		
Aile hekimime rahatsızlığım hakkında sorduğum sorulara tatminkar yanıtlar alabiliyorum.		,825		
Aile hekimim hastalarına kaybetmemesi gereken bir müşteri gibi bakmaktadır.			,669	
Aile hekiminin bakmış olduğu her hastadan ek ücret alıyor olması hizmet kalitesini olumlu etkilemektedir.			,698	
Aile hekimliği sisteminden önce doktorlardan çekinirdim			,670	
Aile hekimliği sisteminden sonra doktorumla daha kolay diyalog kurabilmekteyim.			,514	
Aile hekimliği sistemi doktorların kaba davranmalarının önüne geçmiş oldu			,542	
Aile sağlığı merkezinde hastalar için gerekli tıbbi donanım yeterlidir.				,863
Aile sağlığı Merkezinin fiziksel kapasitesi hastalar için yeterlidir.				,786
Aile sağlığı merkezinde hastalar için gerekli olan tüm testler yapılabilir.				,785

(Çıkartma Yöntemi: Temel Bileşenler Analizi Döndürme Yöntemi: Varimax)

34 sorudan oluşan anketde demografik özellikler dışında kalan 23 soruluk kısma uygulanan faktör analizi sonucunda faktör yüklerine göre faktör yükleri düşük olan 5 madde çıkarılarak yeniden faktör analizi yapılmış, ölçeğin son halinde 18 madde yer almıştır. Bu maddelerden faktör yükü yüksek olan madde araştırmada kullanılmak üzere belirlenmiştir.

Tablo 12’de görüldüğü üzere yapılan analiz sonucunda ölçeğin 4 alt boyuttan oluştuğu tespit edilmiştir. Bunlar; aile hekimliği uygulamasından memnuniyet, aile hekiminden memnuniyet, aile hekiminin vermiş olduğu hizmetlerden memnuniyet ve aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyet olarak adlandırılmıştır.

Birinci faktörü oluşturan aile hekimliği uygulamasından memnuniyet 20., 21., 22., 23., 24., 25., 26. sorularının faktör yükleri 0,797 ile 0,644 arasında, ikinci faktör olan aile hekiminden memnuniyet 12., 13., 14. sorularının faktör yükleri 0,867 ile 0,825 arasında, üçüncü faktör olan aile hekiminin vermiş olduğu hizmetlerden memnuniyet 29., 30., 31., 32., 33. sorularının faktör yükleri 0,698 ile 0,514 arasında ve dördüncü faktör olan aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyet 16., 17., 18. sorularının faktör yükleri 0,863 ile 0,785 arasındadır.

Ölçeği oluşturan faktörlerin güvenilirliği incelendiğinde “aile hekimliği uygulamasından memnuniyet” faktörünü oluşturan 7 maddeye ilişkin iç tutarlılık katsayısı  $\alpha = ,896$ , “aile hekiminden memnuniyet” faktörünü oluşturan 3 maddeye ilişkin iç tutarlılık katsayısı  $\alpha = ,914$ , “aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyet” faktörünü oluşturan 5 maddeye ilişkin iç tutarlılık katsayısı  $\alpha = ,735$ , “aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyet” faktörünü oluşturan 3 maddeye ilişkin iç tutarlılık katsayısı  $\alpha = ,809$  olarak hesaplanmıştır.

Her bir faktöre normal dağılıma uygunluk testi yapılmış, faktörleri katılımcıların demografik özelliklerine göre yapılacak karşılaştırmada hangi testler yardımı ile karşılaştırma yapılacağına karar verilmiştir.

### **3.8.5. Normal Dağılıma Uygunluk**

Araştırmada ankete hangi analizin uygulanacağına karar vermeden önce verilerin dağılım açısından incelenmesi gerekmektedir. Bunun için verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığının incelenmesinin ardından normal dağılıma uygun

ise parametrik analiz teknikleri, normal dağılıma uygun değil ise nonparametrik analiz teknikleri uygulanır.

Verilerin normalliğinin test edilmesi için "Normal Dağılıma Uygunluk" tablosuna bakılır. Bu tabloda Shapiro-Wilk testi Kolmogorov-Smirnov testine göre daha güçlü bir testtir. Gözlem sayısının 29'dan fazla olduğu anketlerde "Kolmogorov-Smirnov testi" kullanılabilir. Önemli olan kısım (Significant) değeridir. Eğer p (sig) değeri>0,05 ise veriler normal dağılım göstermektedir (Kalaycı, 2008:208; Yalman 2013: 62). Tablo 13'de faktör analizi sonucu ortaya çıkan 4 faktöre ait verilere ilişkin normal dağılıma uygunluk analizi sonuçları gösterilmektedir.

**Tablo 13.** Normal Dağılıma Uygunluk Testi

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	P (Sig.)	Statistic	Df	P (Sig.)
<b>1. Faktör : Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet</b>	,257	400	,000	,875	400	,000
<b>2. Faktör : Aile Hekiminden Memnuniyet</b>	,306	400	,000	,844	400	,000
<b>3. Faktör : Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyet</b>	,212	400	,000	,902	400	,000
<b>4. Faktör : Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyet</b>	,187	400	,000	,906	400	,000



Tablo 13’de görüldüğü üzere yapılan analize göre  $p(\text{sig})$  değeri  $< \alpha = 0,05$  olduğundan verilerin normal dağılım göstermedikleri görülmüştür.

Normal dağılım göstermeyen iki grup için parametrik olmayan en güçlü test olan Mann Whitney U testi, parametrik olmayan üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmak için de Kruskal-Wallis testi kullanılacaktır (Alpar 2016: 278).

### 3.8.6. Mann Whitney U Testi Analizi

Sayısal veriler normal dağılıma sahip olmadığında parametrik olmayan istatistiksel yöntemlere başvurulur.

Mann Whitney U Testi bağımsız örneklemeler için uygulanan t testinin nonparametrik (parametrik olmayan) alternatifidir. İki bağımsız örneğin aynı ana kütlede alınmadığı veya örneklerin alındığı ana kütlelerin birbirinden farklı olup olmadığı test edilir (Karagöz 2014: 336).

Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 14’de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 14.** Cinsiyet ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin U Testi ile Analizi

Faktörler	Mann Whitney U	p
Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet	18069,000	,900

Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimlerinden memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimlerinden memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 15’de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimlerinden memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 15.** Cinsiyet ile Aile Hekiminden Memnuniyetin U Testi ile Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Mann Whitney U</b>	<b>p</b>
Aile Hekiminden Memnuniyet	17290,000	,375

Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo16’da görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 16.** Cinsiyet ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin U Testi ile Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Mann Whitney U</b>	<b>p</b>
Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyet	17037,500	,277

Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 17’de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetlerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 17.** Cinsiyet ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin U Testi ile Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Mann Whitney U</b>	<b>p</b>
Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyet	16810,500	,193

### **3.8.7. Kruskal Wallis Testi Analizi**

Normal dağılım göstermeyen gruplarda üç veya daha fazla sayıda grubun ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlılığını test etmek amacıyla kullanılan ve tek yönlü varyans analizinin (One-Way ANOVA) alternatifi olan testtir (Karagöz 2014: 372).

### 3.8.7.1. Demografik Özelliklere Göre Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet

Katılımcıların yaşları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların yaşları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların yaşları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 18’de görüldüğü üzere katılımcıların yaşa göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 18.** Yaşları ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi

Faktörler	Kruskal Wallis	P
Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet	7,501	,112

Katılımcıların eğitim durumları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında farklılık bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların eğitim durumları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların eğitim durumları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 19’da görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark vardır ( $p\leq 0,05$ ). Bu durumda faktörler için H0 reddedilerek H1 kabul edilmiştir.

**Tablo 19.** Eğitim Durumları ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet	14,272	,003

Katılımcıların meslekleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında farklılık bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların meslekleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların meslekleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 20’de görüldüğü üzere katılımcıların mesleklerine göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 20.** Meslekleri ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet	10,521	,161

Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında farklılık bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların aylık gelir düzeyi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların aylık gelir düzeyi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 21’de görüldüğü üzere katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark vardır ( $p \leq 0,05$ ). Bu durumda faktörler için  $H_0$  reddedilerek  $H_1$  kabul edilmiştir.

**Tablo 21.** Aylık Gelir Düzeyleri ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet	14,018	,007

Katılımcıların sağlık güvenceleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında farklılık bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

$H_0$ : Katılımcıların sağlık güvenceleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

$H_1$ : Katılımcıların sağlık güvenceleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 22’de görüldüğü üzere katılımcıların sağlık güvencelerine göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p > 0,05$ ). Bu durumda faktörler için  $H_1$  reddedilerek  $H_0$  kabul edilmiştir.

**Tablo 22.** Sağlık Güvenceleri ile Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet	6,469	,091

### **3.8.7.2. Demografik Özelliklere Göre Aile Hekiminden Memnuniyet**

Katılımcıların yaşları ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında farklılık bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların yaşlarına göre aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların yaşlarına göre aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 23’de görüldüğü üzere katılımcıların yaşlarına göre aile hekimlerinden memnuniyete ilişkin algıları arasında fark vardır ( $p \leq 0,05$ ). Bu durumda faktörler için H0 reddedilerek H1 kabul edilmiştir.

**Tablo 23.** Yaş ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi

Faktörler	Kruskal Wallis	P
Aile Hekiminden Memnuniyet	12,818	,012

Katılımcıların eğitim durumları ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 24’de görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekimlerinden memnuniyete yönelik algıları arasında fark vardır ( $p \leq 0,05$ ). Bu durumda faktörler için H0 reddedilerek H1 kabul edilmiştir.

**Tablo 24.** Eğitim Durumları ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi

Faktörler	Kruskal Wallis	P
Aile Hekiminden Memnuniyet	10,246	,017

Katılımcıların meslekleri ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların meslekleri ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların meslekleri ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 25’de görüldüğü üzere katılımcıların mesleklerine göre aile hekimlerinden memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 25.** Meslek ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekiminden Memnuniyet	8,069	,327

Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 26’da görüldüğü üzere katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre aile hekimlerinden memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 26.** Aylık Gelir Düzeyleri ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekiminden Memnuniyet	3,930	,416



Katılımcıların sağlık güvencesi ile aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların sağlık güvencelerine göre aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların sağlık güvencelerine göre aile hekimlerinden memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 27'de görüldüğü üzere katılımcıların sağlık güvencelerine göre aile hekimlerinden memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 27.** Sağlık Güvenceleri ile Aile Hekiminden Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekiminden Memnuniyet	1,093	,779

### **3.8.7.3. Demografik Özelliklere Göre Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyet**

Katılımcıların yaşları ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların yaşlarına göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların yaşlarına göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 28'de görüldüğü üzere katılımcıların yaşlarına göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyete ilişkin algıları arasında fark vardır ( $p\leq 0,05$ ). Bu durumda faktörler için H0 reddedilerek H1 kabul edilmiştir.

**Tablo 28.** Yaş ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyet	9,800	,044

Katılımcıların eğitim durumları ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 29’da görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 29.** Eğitim Durumları ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyet	2,247	,523

Katılımcıların meslekleri ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların mesleklerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların mesleklerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 30’da görüldüğü üzere katılımcıların mesleklerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyete ilişkin algıları arasında fark vardır ( $p \leq 0,05$ ). Bu durumda faktörler için H0 reddedilerek H1 kabul edilmiştir.

**Tablo 30.** Meslekleri ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyet	15,195	,034

Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 31’de görüldüğü üzere katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyete ilişkin algıları arasında fark vardır ( $p \leq 0,05$ ). Bu durumda faktörler için H0 reddedilerek H1 kabul edilmiştir.

**Tablo 31.** Aylık Gelir Düzeyleri ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyet	11,026	,026

Katılımcıların sağlık güvenceleri ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların sağlık güvenceleri ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların sağlık güvenceleri ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 32’de görüldüğü üzere katılımcıların sağlık güvencelerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyete ilişkin algıları arasında fark vardır ( $p \leq 0,05$ ). Bu durumda faktörler için H0 reddedilerek H1 kabul edilmiştir.

**Tablo 32.** Sağlık Güvenceleri ile Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyetin Analizi

Faktörler	Kruskal Wallis	P
Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetten Memnuniyet	15,418	,001

#### 3.8.7.4. Demografik Özelliklere Göre Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyet

Katılımcıların yaşları ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların yaşlarına göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların yaşlarına göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 33’de görüldüğü üzere katılımcıların yaşa göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p > 0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 33.** Yaşları ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi

Faktörler	Kruskal Wallis	P
Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyet	9,162	,057

Katılımcıların eğitim durumları ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 34’de görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumlarına göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 34.** Eğitim Durumları ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyet	7,574	,056

Katılımcıların meslekleri ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların mesleklerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların mesleklerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark vardır.

Tablo 35’de görüldüğü üzere katılımcıların mesleklerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 35.** Meslekleri ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyet	4,659	,702

Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 36’da görüldüğü üzere katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 36.** Aylık Gelir Düzeyleri ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi

<b>Faktörler</b>	<b>Kruskal Wallis</b>	<b>P</b>
Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyet	2,532	,639

Katılımcıların sağlık güvenceleri ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine yönelik algıları arasında fark bulunup bulunmadığını anlamak için varsayımlar oluşturulmuştur. Bunlar;

H0: Katılımcıların sağlık güvencelerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark yoktur.

H1: Katılımcıların sağlık güvencelerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine ilişkin algıları arasında fark vardır.

Tablo 37’de görüldüğü üzere katılımcıların sağlık güvencelerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyete ilişkin algıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bu durumda faktörler için H1 reddedilerek H0 kabul edilmiştir.

**Tablo 37.** Sağlık Güvenceleri ile Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetin Analizi

Faktörler	Kruskal Wallis	P
Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyet	3,426	,330

### 3.9. Tartışma

Bu bölümde, araştırmamızda elde ettiğimiz verilerden çıkardığımız bulgular yorumlanmıştır. Tartışma bölümümüz, araştırma grubumuzun demografik özelliklerine göre aile hekiminden, aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetten, aile hekimliğinin fiziksel olanaklarından ve aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine yönelik karşılaştırmayı içermektedir.

#### 3.9.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Aile Hekiminden Memnuniyetlerinin Karşılaştırması

Katılımcıların demografik özellikleri ile aile hekiminden memnuniyetlerine baktığımızda, kadınların aile hekiminden daha memnun olduğu gözlemlenmiş, erkeklerin kadınlara oranla aile hekiminden daha az memnun olduğu sonucuna varılmıştır. 56 ve üstü yaşta kişiler aile hekiminden daha çok memnun iken 36-45 yaş aralığındaki kişiler aile hekiminden daha az memnun olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim durumuna göre ele aldığımızda okuryazar olmayan katılımcılar aile hekiminden daha çok memnun iken üniversite mezunu katılımcıların aile hekiminden daha az memnun olduğu görülmüştür. Emekli katılımcılar aile hekiminden daha çok memnun iken serbest meslek sahibi katılımcıların diğer meslek gruplarına göre aile hekiminden daha az memnun olduğu görülmüştür. Aylık geliri 4001 TL ve üstü olan katılımcılar aile hekiminden daha memnun iken 2001-3000 TL arası gelire sahip katılımcılar aile hekiminden daha az memnun sonucuna varılmıştır. Son olarak sağlık güvencesi Bağ Kur olan katılımcılar aile hekiminden daha çok memnun iken diğer

sağlık güvencesine sahip olan katılımcıların diğerlerine göre daha az memnun olduğu gözlemlenmiştir.

Anket örneğini aldığımız çalışmadaki (Kocadağ 2016) verilere bakacak olursak, örnek çalışmanın bulgularında aile hekiminden memnuniyet anlamında yaşa göre farklılık ortaya çıkmıştır. Katılımcıların yaş faktörü dışındaki demografik özelliklerinde herhangi bir farklılığın ortaya çıkmadığı görülmüştür.

### **3.9.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetlerden Memnuniyetlerinin Karşılaştırması**

Anket uygulamamıza katılanların demografik özellikleri ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden memnuniyetlerine baktığımızda, erkeklerin aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha memnun olduğu gözlemlenmiş, kadınların erkeklere oranla aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha az memnun olduğu sonucuna varılmıştır. 56 ve üstü yaştaki kişiler aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha çok memnun iken 15-25 yaş aralığındaki kişiler aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha az memnun olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim durumuna göre ele aldığımızda okuryazar olmayan katılımcılar aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha çok memnun iken üniversite mezunu katılımcıların aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha az memnun olduğu görülmüştür. Emekli katılımcılar aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha çok memnun iken diğer meslek sahibi katılımcıların diğer meslek gruplarına göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha az memnun olduğu görülmüştür. Aylık geliri 4001 TL ve üstü olan katılımcılar aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha memnun iken 0-1000 TL arası gelire sahip katılımcılar aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha az memnun sonucuna varılmıştır. Son olarak sağlık güvencesi SGK olan katılımcılar aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha çok memnun iken diğer sağlık güvencesine sahip olan katılımcıların diğerlerine göre aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden daha az memnun olduğu gözlemlenmiştir.

Anket örneğini aldığımız çalışmadaki (Kocadağ 2016) verilere bakacak olursak, örnek çalışmanın bulgularında aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerde eğitim durumuna göre farklılık olduğu ortaya çıkmış, eğitim durumu yükseldikçe



hekimin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyetin azaldığı görülmüştür. Katılımcıların eğitim durumu dışındaki demografik özelliklerinde herhangi bir farklılığın ortaya çıkmadığı görülmüştür.

### **3.9.3. Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Aile Hekimliğinin Fiziki Olanaklarından Memnuniyetlerinin Karşılaştırması**

Katılımcıların demografik özellikleri ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine baktığımızda, kadınların aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha memnun olduğu gözlemlenmiş, erkeklerin kadınlara oranla aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha az memnun olduğu sonucuna varılmıştır. 56 ve üstü yaştaki kişiler aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha çok memnun iken 36-45 yaş aralığındaki kişiler aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha az memnun olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim durumuna göre ele aldığımızda okuryazar olmayan katılımcılar aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha çok memnun iken üniversite mezunu katılımcıların aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha az memnun olduğu görülmüştür. Mesleği sağlık memuru olan katılımcılar aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha çok memnun iken memur(sağlık personeli dışı) olan katılımcıların diğer meslek gruplarına göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha az memnun olduğu görülmüştür. Aylık geliri 3001-4000 TL arası olan katılımcılar aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha memnun iken 4001 TL ve üstü gelire sahip katılımcılar aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha az memnun sonucuna varılmıştır. Son olarak sağlık güvencesi SGK olan katılımcılar aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha çok memnun iken diğer sağlık güvencesine sahip olan katılımcıların diğerlerine göre aile hekimliğinin fiziki olanaklarından daha az memnun olduğu gözlemlenmiştir.

Anket örneğini aldığımız çalışmadaki (Kocadağ 2016) verilere bakacak olursak, örnek çalışmanın bulgularında aile hekimliğinin fiziki olanaklarından sağlık memurlarının diğer meslek gruplarına göre daha memnun olduğu görülmüştür. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve aylık gelir düzeyi açısından herhangi bir farklılık ortaya çıkmadığı görülmüştür.

### **3.9.4. Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetlerinin Karşılaştırması**

Anket uygulamamıza katılanların demografik özellikleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine baktığımızda, erkeklerin aile hekimliği uygulamasından daha memnun olduğu gözlemlenmiş, kadınların erkeklere oranla aile hekimliği uygulamasından daha az memnun olduğu sonucuna varılmıştır. 56 ve üstü yaştaki kişiler aile hekimliği uygulamasından daha çok memnun iken 15-25 yaş aralığındaki kişiler aile hekimliği uygulamasından daha az memnun olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim durumuna göre ele aldığımızda okuryazar olmayan katılımcılar aile hekimliği uygulamasından daha çok memnun iken üniversite mezunu katılımcıların aile hekimliği uygulamasından daha az memnun olduğu görülmüştür. Emekli katılımcılar aile hekimliği uygulamasından daha çok memnun iken çalışmayan katılımcıların diğer meslek gruplarına göre aile hekimliği uygulamasından daha az memnun olduğu görülmüştür. Aylık geliri 1001-2000 TL arası olan katılımcılar aile hekimliği uygulamasından daha memnun iken 4001 TL ve üstü gelire sahip katılımcılar aile hekimliği uygulamasından daha az memnun sonucuna varılmıştır. Son olarak sağlık güvencesi SGK olan katılımcılar aile hekimliği uygulamasından daha çok memnun iken diğer sağlık güvencesine sahip olan katılımcıların diğerlerine göre aile hekimliği uygulamasından daha az memnun olduğu gözlemlenmiştir.

Anket örneğini aldığımız çalışmadaki (Kocadağ 2016) verilere bakacak olursak, örnek çalışmanın bulgularında aile hekimliği uygulamasından kadınların daha memnun olduğu, eğitim düzeyi ve aylık gelir düzeyi yükseldikçe uygulamadan memnuniyetin azaldığı görülmüştür. Bunların dışındaki demografik özelliklerinde herhangi bir farklılığın ortaya çıkmadığı görülmüştür.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde tam olarak amacına uygun olarak kullanılmasa da Aile Hekimliği sistemi ikinci basamak sağlık kuruluşlarında oluşacak gereksiz yığılmaların önüne geçmek, gerçekten ikinci basamakta tedaviye ihtiyacı olan kişilerle daha iyi ilgilenilmesi açısından önemlidir.

“Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti: Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi” konulu araştırmamızda, kişilerin genel olarak aile hekimliği uygulamasından memnuniyetleri araştırılmış, bunun yanı sıra da aile hekimlerinden, aile hekimlerinin tutum ve davranışları ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyetlerine de yer verilmiştir.

Anket çalışmasına 400 katılımcı katılım sağlamıştır. Katılımcılardan demografik özelliklerine göre grupları arasında en yüksek yüzdeye sahip olanları ele alındığında, % 65'inin kadın olduğu, % 24'ünün 36-45 yaş aralığında olduğu, % 39,8'inin ilköğretim mezunu olduğu, % 43,8'inin ev hanımı olduğu, % 51,5'inin 1001-2000 TL arası gelire sahip olduğu ve %74,8'inin de sağlık güvencesinin SGK olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca katılımcıların rahatsızlık durumunda ilk tercihleri incelendiğinde, % 55,2'sinin devlet hastanesini tercih ettikleri sonucuna varılmıştır. Aile hekimliğine gitme sıklıklarına bakıldığında, % 34'ünün ayda bir aile hekimliğine gittiği görülmüştür. Katılımcıların % 53,3'ünün ise aile hekimliği hakkında orta derecede bilgi düzeyine sahip oldukları sonucu çıkmıştır.

Çalışmada örneklem büyüklüğünün tespit edilmesi için KMO ve Bartlett Testi yapılmış, bunun sonucunda örneklem büyüklüğünün uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Elde edilen verilerin ne kadar güvenilir olduğunun ölçümü için anket örneğini aldığımız çalışmada güvenilirlik analizi yapılmış, verilerin güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle çalışmada tekrar güvenilirlik analizi yapılmamıştır. Veri setinin daha basit hale getirilmesi ve daha kolay anlaşılabilmesi amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucu anketin dört alt boyuttan olduğu tespit edilmiştir. Bunlar; aile hekimliği uygulamasından memnuniyet, aile hekiminden memnuniyet, aile hekiminin tutum ve

davranışlarından memnuniyet ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyet olarak adlandırılmıştır.

Yapılan analizler sonucu ortaya çıkan bulgulardan, katılımcılardan meslek gruplarına göre emeklilerin, yaş gruplarına göre 56 ve üstü yaş grubu katılımcıların, eğitim düzeyine göre okuryazar olmayan katılımcıların ve sağlık güvencesi olarak SGK'lı katılımcıların genel itibari ile aile hekimliği uygulamasından memnun oldukları görülmektedir. Eğitim düzeyine göre üniversite mezunu olan katılımcılar ile sağlık güvencesi diğer olan katılımcıların ise aile hekimliği uygulamasından daha az memnun oldukları sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar incelendiğinde, genç ve eğitim durumu yüksek olan kişilerin beklentilerinin fazla olduğu, bu nedenlerle de uygulamadan ve verilen hizmetlerden memnuniyetlerinin az olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça beklenti de buna paralel olarak artış göstermektedir.

Katılımcıların aile hekiminden memnuniyetleri açısından yaşları ve eğitim durumları arasında, aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerden memnuniyetleri açısından yaşları, meslekleri, aylık gelir düzeyleri ve sağlık güvenceleri arasında, aile hekimliği uygulamasından memnuniyetleri açısından eğitim durumları ve aylık gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak farklılıklar bulunmuştur.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte önemli hale gelen aile hekimliği uygulamasına yönelik yaptığımız hasta memnuniyeti araştırmamızda, katılımcılara anket uygulaması yaparken hastaların en çok dile getirdikleri kısım, aile hekimliğini ilaç yazdırmak için kullandıkları olmuştur. Daha ciddi rahatsızlıklarında aile hekimliğini atlayarak maddi imkânlarına göre direkt devlet hastanesini veya özel hastaneyi tercih ettikleri gözlemlenmiştir. Nedenleri arasında ise röntgen, ultrason vb. işlemlerin aile sağlığı merkezinde yapılamadığı gösterilmiştir.

Ayrıca katılımcılar tarafından aile sağlığı merkezindeki hekimlerin genelde pratisyen hekim oldukları düşünülerek, donanımlı olmadıkları gerekçesi ile ciddi rahatsızlıklarında aile hekimliğini atlayarak diğer hastaneleri tercih ettikleri belirtilmiştir.

Aile Sağlığı merkezleri devlet desteği ile biraz daha donanımlı hale getirilerek ve hekimlerin de alanlarında daha da uzmanlaşmaları ile birlikte aile hekimliği uygulaması ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’ndaki amacına ulaşabilecektir.



## KAYNAKLAR

- Akdağ, Recep (2012), Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), Ankara, S: 7-8-55-56.
- Akdur Recep, Çöl Meltem, Durmuşoğlu Meral, Işık Aysel, İdil Aysun ve Tunçbilek Arslan (1998), Halk Sağlığı, Ankara, S:24.
- Alpar, Reha (2016), Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik, Ankara, Detay Yayıncılık, S: 279-608.
- Ataay, Faruk (2008), Sağlık Reformu Ve Yurttaşlık Hakları, Amme İdaresi Dergisi, 41(3), S: 169.
- Çavdar Necati ve Karcı Erol (2014), XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması'na Dair Bibliyografik Bir Deneme, S:4.
- Çavmak Doğançan ve Çavmak Şeyda (2017), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, S: 48-49-50-51-52-53-54.
- Çevik, Celalettin (2013) Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
- Çinko Murat, Durmuş Beril ve Yutkoru Emine Serra (2011), Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi, İstanbul, Beta Yayıncılık, S: 82.
- Dinç Demet, Özyavaş Sinan, Topsever Pınar ve Cöbek Ünalın Pemra (2009), Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim, Türk Aile Hekimliği Dergisi 13(2), S: 94.
- Doğusan Ahmet Reşat, Hacıımamağaoğlu Ali, Kasım İsmail, Korukluoğlu Sinan ve Üstü Yusuf (2004) Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Ankara, Mavi Ofset, S: 48 .
- Ekici, Dilek, <http://www.dilekekici.com/bilgi/hasta-memnuniyeti/>, (02.03.2019-13:00).



- İlgün, Gülnur (2014). Aile Hekimliği Sisteminde Çalışanların Aile Hekimliği Uygulamasına Yönelik Görüş ve Önerileri, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, S: 2-6-10-11-15-16.
- İlgün Gülnur ve Şahin Bayram (2016), Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi, Ankara, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,
- Kalaycı, Şeref (2008), SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Asil Yayıncılık. Ankara, S: 208.
- Karaca, Özge (2017), Davranışsal İktisat Çerçevesinde Bireylerin Tüketim Davranış Eğilimleri : Kamu Çalışanları Örneği, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi), Tokat, S: 62.
- Karagöz Yalçın ve Kösterelioğlu İlker (2008). İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin Faktör Analizi Metodu İle Geliştirilmesi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, S: 84.
- Karagöz, Yalçın (2014). SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik Tıp, Eczacılık, Diş Hekimliği ve Sağlık Bilimleri İçin, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, S: 336-372
- Karagöz Yalçın ve Ağbektaş Ali (2016). Yapısal Eşitlik Modellemesi İle Yaşam Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi; Sivas İli Örneği, Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi (C:7), S:277.
- Kline, Paul (1994), An Easy Guide to Factor Analysis, London
- Kocadağ, Derya (2016), Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin düşünceler ve Aile Hekimlerinin Sunduğu Hizmetlerden Memnuniyet : Bolu İli Örneği, Abant İzzet Baysal Üniversitesi (Yüksek Lisans Tezi), Bolu, S: 57-61-62-76.
- Sağlık Bakanlığı (1961). 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Ankara, Md.2.
- Sağlık Bakanlığı (2005). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Ankara, Md.4.

Sağlık Bakanlığı (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ankara.

Sülkü, Seher Nur (2011). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414, S:5.

Tarım Mehveş ve Zaim Halil (2010), Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması, Sosyal Siyaset Konferansları, Sayı:59, S:1.

Yalman, Fuat (2013). Aile Hekimliği Sisteminin Hekimlerin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Etkisi : Düzce Örneği, Düzce Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi), Düzce, S: 61-62-63.

Yılmaz, Meryem (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Sivas, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, S: 69-70-72-73.

Yurtsever, Ceyhun (2014). Aile Hekimliği Tanımı, İlkeleri ve Tarihçesi Sunumu, Trabzon, S: 29.

[www.acikders.ankara.edu.tr](http://www.acikders.ankara.edu.tr) (Erişim Tarihi : 15.05.2019- 10:30).

[www.ankahed.org.tr/manset-haber/1509/dunya-da-aile-hekimligi-uygulamalarikisa-ozet](http://www.ankahed.org.tr/manset-haber/1509/dunya-da-aile-hekimligi-uygulamalarikisa-ozet) (Erişim Tarihi : 13.04.2019-15:30).

[www.farmaskop.com.tr/saglikta-donusum-programinin-bir-parcasi-kamu-hastaneleri-birlikleri/](http://www.farmaskop.com.tr/saglikta-donusum-programinin-bir-parcasi-kamu-hastaneleri-birlikleri/) (Erişim Tarihi : 15.05.2019-09:30).



## Ek – 1 Anket Formu

Sayın Katılımcı, Anketimizin Amacı, Aile Hekimliğine Geçiş İle Aile Hekimlerinin Sunduğu Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyini Belirlemektir. Anket Sorularına Vereceğiniz Cevaplar Sadece Araştırma İçin Kullanılacaktır Ve Gizli Tutulacaktır. Katkınız İçin Teşekkür Ederim.					
<b>SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ/SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ/SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ ANA BİLİM DALI</b> <b>AYŞE KARA</b>					
<b><i>I. BÖLÜM -GENEL BİLGİLER</i></b>					
<b>1)Cinsiyetin iz</b>	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek			
<b>2)Yaşınız</b>	<input type="checkbox"/> 15-25	<input type="checkbox"/> 26-35	<input type="checkbox"/> 36-45	<input type="checkbox"/> 46-55	<input type="checkbox"/> 56 ve üstü
<b>3)Eğitim Düzeyiniz</b>	<input type="checkbox"/> Okur Yazar Değil	<input type="checkbox"/> İlköğretim	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Üniversite	<input type="checkbox"/> Lisansüstü
<b>4)Mesleğini z</b>	<input type="checkbox"/> Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Emekli	<input type="checkbox"/> Sağlık Personeli <input type="checkbox"/> Memur (Sağ.per..Harici)	<input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Çiftçi
<b>5)Aylık Gelir Düzeyiniz</b>	<input type="checkbox"/> 0-1000 TL	<input type="checkbox"/> 1001-2000 TL	<input type="checkbox"/> 2001-3000 TL	<input type="checkbox"/> 3001-4000 TL	<input type="checkbox"/> 4001 ve Üstü
<b>6)Sağlık Güvenceniz</b>		<input type="checkbox"/> SGK	<input type="checkbox"/> Bağ kur	<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/> Diğer
<b>7) Herhangi bir Sağlık Sorunuyla Karşılaştığımızda İlk Olarak Hangi Sağlık Kuruluşuna Gidersiniz?</b>		<input type="checkbox"/> Aile Hekimine	<input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi	<input type="checkbox"/> Özel Hastane	<input type="checkbox"/> Üniversite Hast.
<b>8) Aile Hekimliğine Gitme Sıklığımız Nedir?</b>		<input type="checkbox"/> Haftada Bir	<input type="checkbox"/> Ayda Bir	<input type="checkbox"/> Altı Ayda Bir	<input type="checkbox"/> Yılda Bir
<b>9) Aile Hekimliği İle İlgili Bilgi Düzeyiniz Nedir?</b>		<input type="checkbox"/> Düşük	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Çok İyi
<b>10) Mevcut Aile Hekiminizi Değiştirmeyi Düşünüyor musunuz?</b>		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Kararsızım	
<b>11) Aile Hekiminizi Başkalarına Tavsiye Etmek İster misiniz?</b>		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Kararsızım	

**II. Bölüm - KATILIM DÜZEYİ** : Aile hekimliği ile ilgili önermelere katılım düzeyinizi belirtiniz.  
(1: Kesinlikle Katılmıyorum ..... 5: Kesinlikle Katılıyorum)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
12) Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum.					
13) Aile hekimine rahatsızlığım hakkında istediğim soruları yöneltebiliyorum.					
14) Aile hekimime rahatsızlığım hakkında sorduğum sorulara tatminkar yanıtlar alabiliyorum.					
15) Aile hekimime istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum.					
16) Aile sağlığı merkezinde hastalar için gerekli tıbbi donanım yeterlidir.					
17) Aile sağlığı Merkezinin fiziksel kapasitesi hastalar için yeterlidir.					
18) Aile sağlığı merkezinde hastalar için gerekli olan tüm testler yapılabilmektedir.					
19) Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyorum					
20) Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek bir uygulamadır.					
21) Aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığına olumlu yansıdığını düşünüyorum.					
22) Aile hekimliği uygulaması ile kendimin ve yakınlarımın sağlığımın kontrol altında olduğunu hissediyorum.					
23) Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerindeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum.					
24) Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerinde hastalara daha fazla zaman ayrılabilmesini düşünüyorum.					
25) Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminden daha iyi olduğunu düşünüyorum.					
26) Aile hekimliğinde herkesin sağlık sisteminden daha kolay ve çabuk faydalanma imkânına kavuştuğunu düşünüyorum.					

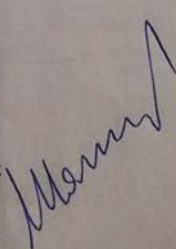
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
27) Tüm sağlık sorunlarımla ilgili öncelikle aile hekimimle görüşüyorum.					
28) Aile hekimim hastalarına yeteri kadar zaman ayırmaktadır.					
29) Aile hekimim hastalarına kaybetmemesi gereken bir müşteri gibi bakmaktadır.					
30) Aile hekiminin bakmış olduğu her hastadan ek ücret alıyor olması hizmet kalitesini olumlu etkilemektedir.					
31) Aile hekimliği sisteminden önce doktorlardan çekinirdim					
32) Aile hekimliği sisteminden sonra doktorumla daha kolay diyalog kurabilimekteyim.					
33) Aile hekimliği sistemi doktorların kaba davranmalarının önüne geçmiş oldu					
34) Aile hekimim genelde doğru yönlendirmeler yapmaktadır.					



**EK 2. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı**

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti: Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi Örneği							
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu							
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas							
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092							
	FAKS	-							
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com							
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Selma Çetinkaya							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıp Eğitimi							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı							
	DESTEKLEYİCİ	-							
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-							
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tez çalışması							
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	ULUSAL	<input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>


Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza: 




## EK- 2 (Devamı) Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU							
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti: Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi Örneği					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017-05/14	Tarih: 17.05.2017					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anotomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Muhittin</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Hatice</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Ercan</i>
Doç. Dr. Yalçın Karagöz	Sayısal Yöntemler	Cumhuriyet Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Yalçın</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet</i>
Yrd. Doç. Dr. Recai Zan	Endodonti	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Recai</i>
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Binnur</i>
Yrd. Doç. Dr. Engin Altınkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
*: Toplantıda bulunma							
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez							
İmza: <i>Muhittin</i>							

## Ek 3. Anket Uygulama İzni

  
T.C. Sağlık Bakanlığı

  
T.C.  
SIVAS VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SIVAS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SIVAS HALK SAĞLIĞI TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞİBİ  
MÜDÜRLÜĞÜ  
13062017 18/04 - 73192166 - 044 - E.377  
0047154092

Sayı : 73192166-044  
Konu : Anket Uygulama Talebi (Ayşe KARA)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 13.06.2017 tarih ve 73192166-773.01-E.373 sayılı Olur.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe KARA " Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti; Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi Örneği" konulu yüksek lisans tez çalışmasına ait anket formunu 01.07.2017 - 30.09.2017 tarihleri arasında Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi'nde uygulayabilmesi için alınan Olur ekte gönderilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Levent SAĞLAM  
Halk Sağlığı Müdürü

Ekler:  
Olur (1 sayfa)  
Yazı Sureti (23 sayfa)


Dağıtım:  
Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü  
İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığı

Halk Sağlığı Müdürlüğü Yüceyurt Mh. Rahmi Günay Cd. No:3/L.58940/ SIVAS  
Faks No:0346 223 49 00  
e-Posta:nazmiye.delican@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sivas.hsm.saglik.gov.tr  
Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5faflı715-aeab-4045-880a-0fb6480e8d43 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nazmiye DELICAN  
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.  
Telefon No:(0) 346 2256367/1122

### Ek 3. (Devamı) Anket Uygulama İzni

Tarih: 01.06.2017 16:38  
Sayı: 30182376-300-E.00000171695

  
T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
Rektörlük

Sayı : 30182376-300  
Konu : Anket İzni (Ayşe KARA)

SİVAS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe KARA, "Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti: Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi Örneği" konulu yüksek lisans tez çalışmasıyla ilgili anket formunu 01.06.2017-31.07.2017 tarihleri arasında Müdürlüğünüze bağlı Kılavuz Aile Sağlığı Merkezinde uygulamak istemektedir.  
Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır  
Prof.Dr.Mehmet ÇİMEN  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Ek:  
1- Etik Kurul Karar Formu  
2- Dilekçe  
3- Anket Formu

SİVAS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS  
HALK SAĞLIĞI GİDEN EVRAK BİRİMİ  
06/06/2017 14:43 - 92685297-000-1857  
00046713377


BELGENİN ASLI  
ELEKTRONİK İMZALIDIR  
01.06.2017

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <https://ebelgedogrulama.cumhuriyet.edu.tr> adresinden 2cd1bff0-945b-433b-97e2-bd0271deec63 kodu ile erişebilirsiniz.  
Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü SİVAS  
Tel: 0 346 219 1010 Faks: 0 346 219 1110 E-posta: ryaziisl@cumhuriyet.edu.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8610598-426-4069-8374-084980-8440 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1 / 1

### Ek 3. (Devamı) Anket Uygulama İzni

  
TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SİVAS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS HALK SAĞLIĞI TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ  
13/06/2017 16:50 - 73192166 - 044 - E-173  
00047025042

Sayı : 73192166-044  
Konu : Anket Uygulama Talebi

VALİLİK MAKAMINA

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe KARA " Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti; Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi Örneği" konulu yüksek lisans tez çalışmasına ait anket formunu 01.07.2017 - 30.09.2017 tarihleri arasında Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi'nde uygulayabilmesi uygun mütalaa edilmektedir.

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. M. Fatih AKOVA  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

OLUR  
...../...../2017

Uzm. Dr. Levent SAĞLAM  
Vali a.  
Halk Sağlığı Müdürü

Halk Sağlığı Müdürlüğü Yüceyurt Mh. Rahmi Günay Cd. No:3/L 58040/ SİVAS  
Faks No:0346 223 49 00  
e-Posta:nazmiye.delican@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sivas.hsm.saglik.gov.tr  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 861098426-4025-8374-024480-1440 kodlu elektronik imzamızla 01.07.2017 tarihinde onaylanmıştır.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nazmiye DELİCAN  
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.  
Telefon No:(0) 346 2256367/1122

### Ek 3. (Devamı) Anket Uygulama İzni

#### SİVAS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nün 01.06.2017 tarih ve 300 sayılı yazıları ile "Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti : Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi Örneği" konulu yüksek lisans tez çalışmasıyla ilgili anket formunu 01.06.-2017-31.07.2017 tarihleri arasında Müdürlüğüne bağlı Kılavuz Aile Sağlığı Merkezinde uygulanması hususunda gereği istenmiştir. Yazışmaların gecikmesi nedeni ile belirtilen sürenin 01.07.2017-30.09.2017 tarihleri arasında uygulanması hususunda;

Gereğini arz ederim.

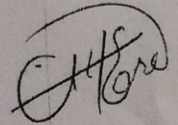
06.06.2017

Ayşe KARA

(49255154274)


Adres : Huzur Mah. 16. Sok. NO : 14/7 SİVAS

Telefon : 0553 611 13 60



### Ek 3. (Devamı) Anket Uygulama İzni

Tarih:01.06.2017 15:28  
Sayı:59711239-300-E.00000171449  
173449

  
T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 99711239-300  
Konu : Ayşe Kara'nın Anket İzni

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Enstitümüz Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Kara "Aile Hekimliğine Geçiş ve Hasta Memnuniyeti: Sivas Merkez Kılavuz Aile Sağlığı Merkezi Örneği" konulu tez çalışması yapmaktadır. Adı geçen öğrencimizin tezi ile ilgili anket yapılabilmesi için Sivas İli Kılavuz Aile Sağlığı Merkezinden gerekli iznin alınması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır  
Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL  
Müdür

Ek: 1 Adet Dilekçe  
1 Adet Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı  
1 Adet Anket Örneği  
1 Adet Nüfus Cüzdanı Fotokopisi

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <https://ebelgedogrulama.cumhuriyet.edu.tr> adresinden 2ed1bffd-945b-433b-97e2-bd0271dcee63 kodu ile erişebilirsiniz.  
Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü SİVAS  
Tel:0 346 219 1150 Faks:0 346 219 1149 E-posta: sosyalbilenst@cumhuriyet.edu.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5a11505e-206a-41e9-8304-0b6480e8d430 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1 / 1



# ÖZGEÇMİŞ

## KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Ayşe KARA

Uyruğu: T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 29.01.1986 - SİVAS

E-posta: [ayse-kara-58@hotmail.com](mailto:ayse-kara-58@hotmail.com)

## EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Önlisans	Gaziosmanpaşa Üniversitesi Turhal SHMYO	2005
Lisans	Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi	2011

## İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2007-2009	Sivas Numune Hastanesi	Veri Giriş Elemanı
2009-2010	Darende Devlet Hastanesi	Tıbbi Sekreter
2010-2019	Sivas Nüfus Müdürlüğü	V.H.K.İ
2019-halen	Yıldızeli Kaymakamlığı	Şef

**YABANCI DİL BİLGİSİ** : İngilizce

Yabancı Dilin Adı KPDS (.....) YÖKDİL ( 40 ) TOEFL (....) EILTS (....)