



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 2 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2016 ISSN -2149-6161

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN GEÇMİŞ SİSTEM (SAĞLIK OCAKLARI) İLE BUGÜNKÜ SİSTEMİ (AİLE HEKİMLİĞİ) DEĞERLENDİRMELERİ: KAHRAMANMARAŞ İL MERKEZİNDE BİR ALAN ÇALIŞMASI

Öğr. Gör. Nihal ALOĞLU

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Kahramanmaraş Sağlık yüksekokulu

nihales@hotmail.com

Prof.Dr. Mustafa TAŞLIYAN

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

mustafatasliyan@hotmail.com

Özet

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde; organize edilmesi, sunulması ve finansmanının sağlanması amacıyla sağlık bakanlığınca uygulanmakta olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu “Aile Hekimliği Sistemi” ne dönüştürülerek verilmeye başlanmıştır. Temel sağlık hizmetlerine erişimi yaygınlaştırmak amacıyla aile hekimliği sistemine geçilmesiyle ilgili Kanun 9 Aralık 2004 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak Düzce de pilot uygulamaya başlanılmıştır. 2010 yılı sonu itibarıyla tüm illerde aile hekimliği sistemine geçilmesi planlanmıştır. Aile hekimliği sisteminin uygulamaya geçmesiyle çok eleştirilmiştir. Sağlık çalışanları tarafından da çok tartışılan yeni sistemi ile sağlık ocağı çalışmasını değerlendirmeleri amaçlanmıştır.

Bu çalışma, Kahramanmaraş il merkezinde bağlı 44 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) 123 Aile Sağlığı Biriminde aktif olarak en az 5 ay çalışan, araştırmaya katılmayı isteyen ASM de çalışan 257 sağlık çalışanının Aile Hekimliği Sistemini (AHS) ve sağlık ocağı hizmetlerini değerlendirmelerine yönelik olarak tanımlayıcı tipte bir alan araştırmasıdır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 18 paket programı ile yüzdelik hesapları ve crosstabs testleri kullanılarak yapılmıştır

Çalışmada en yüksek değeri AHS’ de “Aşılama, Bebek ve Çocuk Takibi Yeterli ve Etkili Olması” (4,2) ve “Gebe, Lohusa, 14-49 Yaş Kadın Takibi Yeterli Ve Etkili Olması” (4,0) önermeleri almıştır. AHS’ye geçmede ücret ilk faktör olarak belirtilmiştir. Çalışma sonucunda, katılımcıların büyük çoğunluğu Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) çalışmaktan memnun olduğunu, AHS’nin eski sisteme göre koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçlarına çok daha uygun olduğunu ifade ettikleri tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Sağlık Ocağı, Sağlıkta Dönüşüm.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 2 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2016 ISSN -2149-6161

EVALUATION OF FAMILY HEALTH CENTERS' EMPLOYEESIN THE PAST (HEALTH CENTERS) AND THE PRESENT SYSTEM (FAMILY DOCTOR):

A FIELD STUDYIN KAHRAMANMARAS

Abstract

For the purpose of organisation, services and fundation of health services in a effective, efficient and justice manner; "Transition in Health Programme" by Ministry of Health, focusing on preventive medicine, has been begun to be

carried out as family medicine system. The legislation that is related with the transition to family medicine for the purpose of spreading the access to the fundamental health services has been first practiced as a pilot practice in Duzce after been published in Official Journal in 9th December 2004 and by the end of the 2010, it is planned to be permeated to the family medicine system in all countries. With family medicine system has put into practice, it has been criticized a lot.

It is aimed to evaluate of health centers' works by means of the new system debated by health workers. This study, being a descriptive field research, was conducted on 257 volunteer health workers in 123 family health unit from forty-four family health centers in Kahramanmaraş. All participants have been working in family health centers at least for 5 months. Participants were surveyed about services presented by family medicine system(FMS) and health center system (HCS) and they were questioned about their future perspectives. Evaluation of SPSS 18 software package, percentage calculations, are made using the crosstabs.

The highest values of the study in family medicine system (FMS) are "Being Efficient and Effective of Vaccination, Baby and Child Tracking " (4.2) and "Being Efficient and Effective of Pregnant, Puerperant and 14-49 Years Old Women Tracking " (4). In the study, most of the participatants declared that they were glad to work in family health centers and they considered family medicine system superior and more eligible than the old system from the point of preventive medicine and their primary reason for transferring to family health centers were the economical issues. Preventive medicine services were considered superior in family health centers system when compared to that of health centers systems.

KeyWords: FamilyMedicine, Health Center, Transition in Health

1. GİRİŞ

Bir ülkede Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ne kadar iyi organize edilir ve sağlam temellere oturtulursa o ülke halkı için sağlık sorunları o ölçüde çözümlenmiş demektir. Tüm Dünyada olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Çağdaş sağlık sistemlerinin önde gelen amaçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek yer almaktadır(SB, 2004: 47-48).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi olan Türkiye, 1978'de temeli atılan "Herkesine Sağlık Hedefleri ve Stratejilerinin" güncellenmesi ve 21. yy. hedeflerinin belirlenmesinde aktif rol almıştır. Ayrıca,

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ALOĞLU,N /TAŞLIYAN,M)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 2 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2016 ISSN -2149-6161

1998’de DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen “21. yüzyılda 21 Hedef” i benimsemiştir. Türkiye bu hedefler doğrultusunda, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001’de gerçekleştirmiş, 2003 yılında da “Sağlıkta Dönüşüm Programı” nı (SDP) uygulamaya başlamıştır (SB, 2007:18).

Sağlıkta dönüşümün amacı, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır. Bu hedefler doğrultusunda 2003-2010 döneminde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı alanında önemli reformlar yapılmıştır; süreç halen devam etmektedir(Sülkü, 2011:1).

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir(S.B,2004:48-50).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri veren sağlık ocakları değişerek “Aile Hekimliği Sistemi” ne dönüştürülmüştür. Bu değişimle her bireye bir aile hekimi atanarak özelde kişilerin ve ailelerin sağlık sorunlarını oluşmasını engellemek amaçlı önlemler almak, bir hastalık yada problemlerinin oluşması durumunda gerekli müdahaleleri yapmak, kişilerin ikinci basamak sağlık hizmetlerine (hastanelere) gitmesinin nedenini ortadan kaldırmak, genelde ise toplumun her kesiminin sağlık hizmeti almasını sağlamak yani kapsamlı bir koruyucu sağlık hizmeti vermektir. Her iki sistemde de çalışan sağlık personeli verdiği hizmetlerin amacını, sunum şekillerini ve hizmetlerin geri dönüş yansımalarını en iyi ve en yakından gören değerlendiren kişilerdir. Dönüşümün en iyi değerlendirebileceklerin başında, sağlık iş gücü olacağından çalışanların kendi bakış açılarıyla her iki sistemi değerlendirmeleri dönüşümün hedeflerinin ölçümü açısından çok önemli olsa gerek.

Bu çalışmada Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bünyesindeki 123 Aile Sağlığı Biriminde (ASB) hizmet sunan sağlık elemanlarının eski ve yeni sistemi karşılaştırmalarını, hangi sistemin koruyucu sağlık hizmetlerinde daha etkili ve verimli olduğunu tespit etmek, hangi sistemin halk sağlığı hizmetlerinde daha istendik olduğunu, varsa problemleri ortaya çıkarmak ve aile hekimliği ile ilgili görüşlerini öğrenmek amaçlı tasarlanıp planlanmıştır..

2.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE AİLE HEKİMLİĞİ

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları, sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde bile seçim çalışmalarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, bir başka deyişle sağlıkta reform ihtiyaçları üzerinde durulmaktadır. Bu gerçek, sağlık hizmetleri sunumu konusunda bütün dünyanın yeni arayışlar içinde olduğunu göstermektedir. Gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olarak farklılıklar gösterse de, genel anlamda sağlık sorunlarını tamamen çözmüş bir ülke tanımlamak zordur(SB,2003:7).

3Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan58. Hükümetin Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Acil Eylem Planı'nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak 5258 sayılı yasa ile Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur(S.B, 2011: 75-78). Türkiye’de 1960’lara kadar genelde birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelde ise aile hekimliği pratiğinin rasyonel ve planlı bir biçimde örgütlendiği söylenemez. Ancak bugünkü örgütlenmenin temellerinin atıldığı belirtilebilir(Yıldırım, 2010). 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun sağlık hizmetlerinin ilk basamağını tüm ülke genelinde sağlık ocakları ve sağlık evleri olarak herkese ulaşacak ikinci basamak hizmetlerine acil durumlar dışında kişiler sevk zinciri ile gidilecekti(RG,1961). Ülkemizin gereksinme ve olanaklarıyla bağdaşan bir model” olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile getirilen birinci basamak sağlık hizmetleri modeli ağırlıklı olarak aktörlerin çıkar çatışmaları nedeniyle tam anlamı ile uygulanamamış ve reform arayışlarını da beraberinde getirmiştir(Yıldırım, 2010).

2002 yılı Kasım seçimlerinin hemen ardından hükümetin ilan ettiği Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığıyla sağlık alanında yıllardır hazırlıkları yapılan fakat uygulamaya konulamayan reformların temel prensipleri belirlenmiş ve bir takvime bağlanmıştır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) uygulamaya başlamıştır(TUSAK, 2007).

Bu modeli uygulamak üzere pilot çalışma yapılması kararı alınmış ve 24.11.2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisinin kabul ettiği bir kanun ile pilot uygulama çalışmalarına başlanmıştır.2 Pilot uygulamaya ilk olarak Ekim 2005’de Düzce ilinde başlanmıştır. 2010 yılı sonunda tüm ülkede uygulamaya geçilmiştir(sağlık platformu.com).

2003 yılından itibaren uygulamaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm, vatandaş merkezli bir program olup birinci basamak sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almaktadır. Bu programın önemli bileşenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere seçme ve tercih etme hakkı tanıyan, sağlık çalışanlarına ise daha fazla mesleki doyum imkânı veren motive edici ve gelişmelere açık bir uygulamadır(Akdağ, 2011: 75-78).

Sağlıkta Dönüşüm Programında genel pratisyen, aile doktoru ve aile hekimi aynı anlamda kullanılmaktadır. 5258 Sayılı yasa da Aile hekimi; “kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği

ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir” olarak tanımlanmaktadır(ailehekimligi.gov.tr).

Bu çalışma, Kahramanmaraş il merkezinde bağlı 44 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) 123 Aile Sağlığı Biriminde aktif olarak en az 5 ay çalışan, araştırmaya katılmayı isteyen ASM de çalışan 257 sağlık çalışanının Aile Hekimliği Sistemini (AHS) ve sağlık ocağı hizmetlerini değerlendirmelerine yönelik olarak tasarlanmıştır. Sağlık çalışanlarının aile hekimliği modeli hakkında değerlendirmelerini almak, koruyucu sağlık hizmetlerinde en büyük işlevleri gerçekleştiren sağlık ocaklarını yerin alan Aile sağlığı merkezlerin dönüşümün hedeflerine ne ölçüde ulaşabildiğini tespit etmek. Yeni sistemin koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulamasında sorun varsa ortaya koymak, sağlık çalışanlarının her sistemin kişi ve topluma yönelik hizmet sunumlarında istendik amaçlara ulaşmada farklılıkları belirtmek ve çalışanların her iki sistemin hizmet sunucuları ve alıcılarının ne düşündüklerini neler hissettiklerini vurgulamak amaçlı planlanmıştır.

3. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Çalışmanın Kapsamı ve Örneklem Belirleme: Çalışmanın kapsamını Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı aktif olarak resmen hizmet veren Kahramanmaraş il merkezindeki 44 Aile Sağlığı Merkezi oluşturmuştur. Araştırma 44 ASM’de 123 Aile Sağlığı Birimini aktif olarak içermektedir. Her birimde en az 5 ay çalışan ve araştırmaya katılmayı isteyen ASM de çalışan tüm sağlık meslek grubu sağlık çalışanlarını içermektedir. Araştırma sonuçların gerçekliğini yansıtmaya açısından sağlıkta dönüşüm süreci yaşandıktan 1,5 yıl (18 ay) sonrasında gerçekleştirilmiştir ki bu sayede çalışanların yeni durum hakkında yeterli bilgiye ve kaniya sahip olmaları sağlanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı dönem itibarı ile Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan verilere göre 123 ASM den 11 tanesi A Grubu ASM’dir. Her aile sağlığı biriminde bir hekim bir aile sağlığı Elemanı çalışmak durumundadır. A Grubu ASM’lerde mevzuat gereği en az bir sağlık çalışanı daha istihdam etmek durumu olması sebebiyle toplamda 257 sağlık çalışanı örneklem grubunu oluşturmaktadır.

Anketin Uygulanması ve Değerlendirilmesi: Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü ve Halk sağlığı Müdürlüğünden öncelikli olarak gerekli izinler alındı. Halk sağlığı Müdürlüğünden 44 ASM’nin ve Merkezlerde çalışan hekimlerin iletişim adresleri alınarak mümkün olan her birimdeki her çalışana ulaşılmaya çalışılmıştır. Örneklem grubundan 4 ASB katılımcı olmak istememiştir. Bazı sağlık çalışanlarının doğum öncesi izinde olmaları sebebiyle ulaşılamamıştır.

Şehir merkezindeki ASM’lere bizzat gidilmiş, merkeze uzak olan belediyelerde bulunan ASM’lerdeki sağlık çalışanlarının telefon ile ulaşılarak e-posta adresleri alınarak anket ulaştırılmış ve geri dönüşler sağlanmıştır. Araştırmaya konu olan ilişkinin ortaya çıkarılması ve araştırmaya konu olan değişkenlerin belirleyicilerinin ortaya çıkarılması amacıyla kapsamlı bir yazın taraması yapılmıştır.

Anketin birinci bölümde sağlık çalışanlarının demografik, sosyo-kültürel ve mesleğe ilişkin özelliklerini içeren 14soru sorulmuştur. Anketin ikinci bölümünde ise Prof. Dr. Mustafa Taşlıyan tarafından hem geçmiş hem de bugünkü durumu aynı sorularla ölçmek ve katılımcıya aynı anda değerlendirme şansı sunmak için geliştirilen iki boyutlu sorular sorulmuştur. Sağlık Ocağı sistemi ile Aile Hekimliği Sistemini karşılaştırmak amaçlı 34soruikifarklı boyut esas alınarak sorulmuştur.

Sağlık Ocağı sistemi ile Aile Hekimliği Sistemini karşılaştırmak için oluşturulan 34 önermeyi cevaplamaları için beşli Likert ölçeği kullanılmıştır. Likert ölçeğinde katılımcıların düşüncelerini daha

net anlayabilmek için “1.Hiç Katılmıyorum”, “2:Katılmıyorum”, “3:Kararsızım”, “4:Katılıyorum”, “5:Kesinlikle Katılıyorum” ifadeleri kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 18 paket programı ile, yüzdeler hesapları, crosstabs testleri kullanılarak yapılmıştır.

Ölçeğin Güvenilirliğinin Belirlenmesi: Elde edilen veriler SPSS 18,0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır. Birinci ve ikinci bölümdeki sosyo-demografik ve aile sağlığı sistemi ile ilgili açık uçlu ve derecelendirmeli sorular çıkarıldığında ölçeğin iç tutarlılık analizi sonucu(Cronbach’s Alpha) 0,737 olarak bulunmuştur. Bu oran sosyal bilimlerde kabul edilebilir bir sonuçtur(Nunally, 1978; Akt. Gürbüz ve Şahin, 2014: 305).

4.ARAŞTIRMA BULGULARI VE TARTIŞMA

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Demografik Özellikler	N	%	Demografik Özellikler	N	%
Yaş Grupları			Medeni Durum		
20-29	39	16,8	Bekâr	36	15,5
30-39	112	48,0	Evli	196	84,5
40 ve üzeri	82	35,2			
			Eşin Çalışması		
Cinsiyet			Hayır	35	17,7
Kadın	145	64,4	Evet	163	82
Erkek	80	35,6			
			Mesleğini Kendi İsteğiyle Seçme		
Öğrenim			Evet	182	81,6
Lise	37	16,2	Hayır	41	18,4
Ön Lisans	45	19,7	Boş	10	
Lisans	39	17,0			
Yüksek Lisans	91	39,7	İş Yerindeki Görev Durumu		
Doktora	17	7,4	A.T.T.	8	3,4
Boş	4		Ebe	77	33,0
			Hemşire	41	17,6
Meslekteki Çalışma Süreleri			Doktor	107	45,9
1-4 yıl	34	14,8			
5-9 yıl	38	16,5	Aile Hekimliği Sistemindeki Çalışma Süreleri		
10-14 yıl	53	23,0	1	40	17,5
15-19 yıl	60	26,1	2	36	15,7
20 ve üzeri	45	19,6	3	153	66,8
Boş	3		Boş	4	

ASM'de Çalışmadan Önce Çalıştıkları Birim			Şu An Nerede Çalışmak İsterdiniz?		
-I. B. S. H. (Sağlık Ocağı, AÇSAP, Verem S.D.)	142	63,4	Sağlık ocağı	48	20,7
-II. Basamak Sağlık Hizmetleri (Hastaneler)	73	32,6	A.S.M	122	52,6
-III Sağlık Müdürlüğü ve 112 Acil	9	4,0	Devlet hastanesi	40	17,2
			Diğer	22	9,5

Tablo 1 incelendiğinde katılımcıların %48,0'ı 30-39 yaş grubundadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu %64,4'ü kadındır. Araştırmaya katılan 233 katılımcının %84,5'i evlidir. Eğitim durumu bakımından katılımcıların %39,7'i yüksek lisans mezunudur ve evli olanların %82,3'nün eşi çalışmakta. Katılımcıların %81,6'ı mesleğini kendi isteği ile seçmiştir, %45,9'u doktordur. Sağlık çalışanlarının %26,1'si 15-19 yıldır görev yapmaktadır, %66,8'i 3 yıl ve daha fazla süredir aile hekimliği sisteminde çalışmaktadır. Bu verilere bakıldığında katılımcıların geneline yakınının yükseköğretim mezunu olduğu, çoğunluğun on yıldan fazla sağlıkçı olduğu ve yarısından çoğunun en az 3 yıldır aile hekimliği de çalışmakta olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yarısından çoğu %63,4'ü daha önce ASM gibi yine birinci basamak çalışmış olması eski ve yeni sistemi karşılaştırma açısından önemlidir. "Şu an nerede çalışmak isterdiniz" sorusuna %52,6'sı ASM'yi ifade etmişlerdir.

Tablo 2. AHS'ne İlişkin Düşünceleri

Aile Doktoru /Aile Sağlığı Elemanı Olarak Adlandırılmak Beni Rahatsız Etmiyor" İfadesine Katılımı	N	%	"AHS nin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin amaçlarına çok daha uygundur" ifadesine katılımı	N	%
Tamamen Katılıyorum	43	18,8	Tamamen Katılıyorum	67	29,0
Katılıyorum	89	38,9	Katılıyorum	98	42,4
Kararsızım	25	10,9	Kararsızım	21	9,1
Katılmıyorum	38	16,6	Katılmıyorum	35	15,2
Hiç Katılmıyorum	34	14,8	Hiç Katılmıyorum	10	4,3

Tablo 2 de görüldü üzere "Aile doktoru/aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmak beni rahatsız etmiyor" ifadesine katılım %57,7 olsa da çapraz tablo analizlerinde Aile hekimliği sisteminde şuan çalışmakta olan Ebeler, "Aile Sağlığı Elemanı Olarak" adlandırılmaktan rahatsız olmakta ve aile hekimliği sisteminde laboratuvar hizmetlerinin yeterli bulmamaktalar. "AHS'nin koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçlarına çok daha uygundur" ifadesine katılım %71,4 olarak bulunmuştur. Alagöz ve arkadaşlarının(2010: 354) yaptığı çalışmada Doktorların en çok çalışmak istediği birim ASM olduğunu, maaşını yeterli bulanlar sadece doktorların olduğunu ASE kavramın yanlış olduğunu düşünen kesim %80'lerde olduğunu belirtmişler ve çalışanlarının AHS'ne bakış açıları değerlendirildiğinde, doktorlar

AHS'ni Türkiye'ye uygun 1. Basamak sağlık hizmeti olarak değerlendirdiğini bildirmiştir. Bu veriler çalışanın bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmada çapraz tablo analizlerinde (crosstabs);Doktorlar işlerinin yeni şeyler öğrenme ve kendimi geliştirme fırsatı vermediğini ifade etmişlerdir. Yine doktorlar aile hekimliği sisteminde maaşının eğitim/tecrübe düzeyimle orantılı, hak edilen maaşı aldıklarını, çalışma alanının fiziksel olarak yeterli bulduklarını ve araç-gereçlerin ve gerekli malzemelerin yeterli olduğunu düşünmekte. Aile hekimliği sisteminde şuan çalışmakta olan Ebeler, aile hekimliği sisteminde laboratuvar hizmetlerinin yeterli bulmamaktalar.

Katılımcıların aile hekimliği birimine geçme önermelerin derecelendirmelerine göre dağılımlarına baktığımızda, varyans analizi sonucu AHS'ye geçmede en yüksek 2,79 ortalama ile şehir merkezinde çalışma isteği ilk sırayı, 2,89 ortalama ile ücret önermesi ikinci sırayı almıştır. Katılımcılara sunulan önerme sıralamaları ve ortalamaları aşağıdaki gibi olmuştur;

1. Ücretin Önemi (2,8908)
2. Şehir Merkezinde Çalışma İsteği(2,7991)
3. Kendi İşimde Çalışma İsteği (3,6211)
4. Farklı Görevlendirmelerden Çekinme (3,6828)
5. I.B.S. Hizmetlerinde Çalışmayı Sevmek (3,6652)
6. Yeni Sistemi Tanımak (4,3689)

Katılımcıların %30,1'i ücreti önermesini ilk sırada, %27,1'i şehir merkezinde çalışma isteği önermesine ikinci sırada yer vermişlerdir. Alagöz ve ark.,(2010) ve Çiçeklioğlu, (2013) yaptıkları araştırmada AH'ye geçişte en önemli nedenin doktorlarda ücretin yüksek oluşu, ebelerde ise görevlendirmelerden korkma olduğunu ifade etmişlerdir. Çetinkaya ve ark., (2012) hekimler üzerine yaptığı araştırmada AH'ye geçiş nedeni %45,2 ücret, %54 yeni sistemde yer almak olduğunu belirtmiştir. Bu durum katılımcıların çoğunluğunun bayan ve evli olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Tablo 3. Katılımcıların Sağlık Ocağı Sistemini İle Aile Hekimliği Sistemi Değerlendirme Analizleri

	SAĞLIK OCAĞI SİSTEMİ					AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ				
	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam	Mean	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam	Mean
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
-Aşılama, Bebek Ve Çocuk Takibi Yeterli Ve Etkili Olması	57 26,7	55 25,8	101 47,5	213 100	3,30	18 8,1	21 9,5	183 82,4	222 100	4,2
-Gebe, Lohusa, 14-49 Yaş Kadın Takibi Yeterli Ve Etkili Olması	63 30	52 24,8	95 45,2	210 100	3,20	24 10,8	25 11,3	173 77,9	222 100	4,0
-Verilerin Daha Kontrollü Kayıt Yapılması	74 35,1	46 21,8	91 43,1	211 100	3,0	26 11,9	27 12,3	166 75,8	219 100	3,9

-Sistemin Sorgulana bilirliği	76 36,4	53 25,4	80 38,2	209 100	2,99	33 15,0	29 13,2	157 71,7	219 100	3,9
-Halkın Sağlık Hizmetine Ulaşımı Daha Kolay Olması	50 24,0	44 21,0	115 55,0	209 100	3,44	35 16,0	35 16,1	148 67,9	218 100	3,8
-Koruyucu Sağlık Hizmetleri Açısından Nitelikli Hizmet Vermesi	87 40,2	49 22,7	80 37,1	216 100	2,95	33 14,8	32 14,3	159 71,0	224 100	3,7
-Sorumlu Olunan Nüfusa Yeterince Hakim Olunması	88 41,2	47 22	79 36,8	214 100	2,89	37 16,7	35 15,8	150 67,6	222 100	3,7
-Diğer Çalışanlarla Ortak Çalışmalar Yapabilirliği	41 19,8	42 20,3	124 59,9	207 100	3,46	44 20,4	36 16,7	136 63	216 100	3,7
-Hasta Memnuniyetinin Yeterli Olması	70 32,7	58 27,1	86 40,2	214 100	3,0	48 21,5	39 17,5	136 61,0	223 100	3,5
-Sadece Kendi İşinin Gerekliliğini Yapma	73 34,1	45 21	96 44,8	214 100	3,0	62 27,9	37 16,7	123 55,4	222 100	3,4
-Bireyi Aile Ve Çevresiyle Daha Bütüncül Yaklaşabilme Durumu	69 32,8	71 33,6	71 33,6	211 100	2,95	42 19,0	55 25,1	122 55,7	219 100	3,4
-İş Yükünün Fazla Olması	63 29,9	37 14,7	101 52,6	214 100	3,33	67 30,9	28 12,9	122 56,2	217 100	3,4
-Ekip Çalışmasına Uygunluğu	64 30,8	45 21,6	99 47,6	208 100	3,21	53 24,3	35 16,1	130 59,7	218 100	3,4
-Daha Verimli Çalışma Hissi Vermesi	75 34,9	40 26,4	99 38,7	214 100	3,0	61 28,0	43 19,7	114 52,3	218 100	3,3
-Entegre Sağlık Hizmeti Verilmesi	64 30,7	68 32,8	76 36,5	208 100	3,0	51 23,7	50 23,3	114 53,0	215 100	3,3
-Çalışma Alanının Fiziksel Olarak Yeterliliği	82 38,7	41 19,3	89 42,0	212 100	2,95	59 26,6	45 20,2	118 53,2	222 100	3,3
-Laboratuvar Hizmetlerinin Yeterliliği	80 37,8	47 22,2	85 40,0	212 100	2,93	67 36,0	44 19,8	111 50,0	222 100	3,3
-Hekimlerle Diğer Sağlık Çalışanlarının İletişiminin Yeterliliği	56 27	49 23,8	102 49,2	207 100	3,25	56 25,1	46 21	118 53,8	219 100	3,3
-Gerektiğinde İzin Alabilme Durumu	65 32,2	46 22,8	91 45,0	202 100	3,11	63 30,0	38 18,1	109 51,9	210 100	3,3
-Çalışma Arkadaşlarının Konularında Yeterliliği	41 19,4	48 22,6	123 58,0	212 100	3,48	28 12,7	39 17,6	155 69,8	222 100	3,3
-Gerektiğinde İzin Alabilme Durumu	65 32,2	46 22,8	91 45,0	202 100	3,11	63 30,0	38 18,1	109 51,9	210 100	3,3
-Hak Edilen Maaşı Alma Düşüncesi	114 54,3	33 15,7	63 30,0	210 100	2,46	51 23,2	54 20,5	124 56,4	220 100	3,3
-Araç-Gereçlerin Ve Gerekli Malzemelerin Yeterli Olması	62 29,7	31 14,8	116 55,5	209 100	3,34	66 29,8	30 13,5	126 56,8	222 100	3,2

-Bu Sistem De Meslektaşların Rakip Olarak Görülmesi	110 53,2	35 16,9	62 29,9	207 100	2,52	73 33,1	36 16,4	111 50,4	220 100	3,2
-Rahat Ve Özgürce Çalışabilme Fırsatı Vermesi	75 35,1	40 18,7	99 46,2	214 100	3,12	82 36,7	35 15,7	106 47,5	223 100	3,1
-Sistemin Ülkemiz İçin Uygun Olması	76 35,8	46 21,8	90 42,4	212 100	3,0	71 32,1	54 24,4	96 43,4	221 100	3,1
-Yetki Ve Sorumluluklarının Açık Olması	79 37,8	44 21,1	86 41,1	209 100	2,96	82 37,6	44 20,2	92 42,2	218 100	3,0
-Beklentilerin Ve Denetimlerin Adil Olması	92 43,9	53 25,2	65 30,9	210 100	2,74	74 33,8	62 28,3	85 37,9	219 100	3,0
-Maaşının Eğitim/Tecrübe Düzeyiyle Orantılı Olması	118 56,8	42 20,2	48 23,0	208 100	2,34	73 33,1	43 23,6	120 43,2	220 100	3,0
-Yapılan Değişikliklerin Yeterince Açık Olması	81 39,7	54 26,5	69 33,8	204 100	2,82	74 34,8	61 28,6	78 36,6	213 100	2,9
-İşinizin Yeni Şeyler Öğrenme Ve Kendimi Geliştirme Fırsatı Vermesi	98 45,3	52 24,1	66 30,6	216 100	2,74	57 39,1	42 18,8	94 42,2	223 100	2,9
-İşinizin Size Toplumda Saygınlık Kazandırması	87 40,2	49 22,7	80 37,1	216 100	2,95	88 39,7	44 19,8	90 40,5	222 100	2,9
-Hizmet- İçi Eğitimlerin Yeterince Verilmesi	94 45,2	46 22,1	68 32,7	208 100	2,67	81 37,5	49 22,7	86 39,8	216 100	2,9
-Personel Sayısının Yeterliliği	65 30,4	32 15	117 54,6	214 100	3,33	92 41,6	29 13,1	100 45,3	221 100	2,9
-Mesleki Gelişime İmkânının Olması	107 51,2	52 24,9	50 23,9	209 100	2,42	90 41,3	63 28,9	65 29,8	218 100	2,7

Tablo 3 incelendiğinde Sağlık ocağı sisteminde I. Basamak Sağlık Hizmeti verme ile ilgili 14 önermenin ortalamaları “3,05” AHS de ise “3,53” olarak bulunmuştur.

Çalışmada en yüksek değeri AHS’ de “Aşılama, Bebek ve Çocuk Takibi Yeterli ve Etkili Olması” (4,2) ve “Gebe, Lohusa, 14-49 Yaş Kadın Takibi Yeterli Ve Etkili Olması” (4) önermeleri almıştır. Üstü ve ark.(2011), Nesanır ve Erkman,(2010)araştırmasında özellikle performansa dayalı bu işlemlerde işlemlerde artış olduğunu ifade etmiştir.Katılımcıların en çok katıldıkları önermelerin bir diğeri de “Hak Edilen Maaşı Alma Düşüncesi” olmuştur.Çetinkaya ve ark.,(2012),Aktaş ve Çakır, (2012: 25) Alagöz ve ark.,(2010;357),Çiçeklioğlu ve ark.(2013) ve Baykan ve ark.(2014) özellikle hekimlerce belirtilen olumlu yöndeki en önemli değişikliğin elde edilen gelirin artması olduğunu ifade etmişlerdir.

I. Basamak sağlık hizmetlerinin nitelik ve sistematikliğini sorgulayan “Koruyucu Takibi Yeterli Ve Etkili Olması”, “Sorumlu Olunan Nüfusa Yeterince Hakim Olunması”, “Hasta Memnuniyetinin Yeterli Olması”, “Bireyi Aile Ve Çevresiyle Daha Bütüncül Yaklaşabilme”, Verilerin Daha Kontrollü Kayıt Yapılması”, “Sistemin Sorgulana bilirliği” önemleri anlamlı olarak AHS’de daha yüksek bulunmuştur. Alagöz ve ark.,(2010;357) Mutlupoyraz,(2010) 2008 ve 2009 yılında sağlık ocakları ve AH’yi karşılaştırdığı araştırmaları bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Çetinkaya ve ark., (2012), Aktaş ve Çakır, (2012: 25) Sağlık Personeli; çalışma verimliliği, halkın sağlık hizmetlerine hızlı erişimi, ekip çalışmasına uygunluğu, hizmette süreklilik, verilen kayıt altına alınması, ücret tatmini, koruyucu sağlık hizmetleri sunumu, poliklinik hizmetleri sunumu açısından sağlık ocağına göre ASM'leri daha başarılı bulduklarını belirtmiş olup AHS'nin devam etmesini istemektedir. Diğer taraftan ASM'lerin bina yeterliliği, personel yeterliliği, laboratuvar hizmetleri, açısından iyileştirmelere gidilmesi gerektiği ifade etmişlerdir.

Araştırmada yapılan çapraz karşılaştırmalarda, doktorlar göreceli olarak sağlık ocağı sistemine göre ASM'ler için daha olumlu fikir beyan etmişlerdir. Ebeler aşılama, bebek ve çocuk, gebe, lohusa, 14-49 yaş kadın takibi yeterli ve etkili bulduklarını, koruyucu sağlık hizmetleri açısından nitelikli hizmet verdiğini, Çiçeklioğlu ve ark. (2013), rahat ve özgürce çalışabilme fırsatı bulabildiklerini, sağlık ocağında hizmet- içi eğitimlerin yeterince verildiğini ifade etmişlerdir. Alagöz ve ark., (2010: 355), çalışanlarının AHS'ne bakış açıları değerlendirildiğinde, doktorlar AHS'ni Türkiye'ye uygun 1. Basamak sağlık hizmeti olarak değerlendirirken, ebe ve hemşirelere göre 1. basamak sağlık sistemi olmadığını düşündüklerini tespit etmişlerdir.

Hemşireler sağlık ocağı çalışmasının ekip çalışmasına uygun olduğunu ifade etmişlerdir. Acil Tıp Teknisyenleri (ATT) sağlık ocağında mesleki gelişme imkânının olmadığını ve sağlık ocağında diğer çalışanlarla ortak çalışmalar yapabildiğini belirtmişlerdir.

Bu verilere göre Sağlık Ocağı sistemini herkesin kendi görev tanımlamalarına göre cevapladığını söyleyebiliriz. Doktorlar koruyucu hizmetlerde bütüncül yaklaşımın olmadığını ifade ederken, ebeler ise o dönemde koruyucu hizmetlerin bireysel uygulamalarını kendileri yaptıkları için gebe, bebek, aşı gibi uygulamaları yeterli bulmaktalar. Hemşireler ise sağlık ocaklarında tedavi alanında görev yaptıklarından ve ocak çalışmalarında hemşire sayısının yeterli olmasından iş bölümü yapabildiklerinden ekip çalışmasının uygun olduğunu ifade etmiş oldukları söylenebilir.

Bu veriler ışığında koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli işlevlerinin başında gelen ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlık Ocakları sistemine göre AHS de çok daha etkili ve verimli yapıldığını söyleyebiliriz. Yine araştırmada ortaya çıkan diğer bir unsurda kayıt sisteminin eskiye göre daha iyi yapıldığı ve işlem ve işlevlerin bu yeni sistemde sorgulama bilirliliğinin artmasıdır (Alagöz ve ark., 2010: 357). Diğer taraftan aile Hekimliği Sisteminde personel sayısının az bulunması sistemin tam manasıyla oturmadığını ve ASM'lerin çoğunun sınıf olarak A Grubu olmadıklarından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Çünkü A Sınıfı ASM'lerde tam veya yarı zamanlı birden fazla eleman istihdam etme zorunluluğunu yerine getirmesi gerekmektedir.

Sağlık bakanlığının (2010: 24) tüm sağlık çalışanlarını kapsayan "Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması"nda birinci basamak sağlık çalışanları Hasta memnuniyetinde, Aile hekimliği ve SDP bileşenlerine ait konularda en iyi görüş bildiren üçüncü grup olmuştur. Bununla beraber çalışmaya katılanların yarısı aile hekimliği uygulamasında yer almaktan memnun görünmektedirler.

Uygulanan doğru sağlık politikalarının sonucu olarak sağlık personelinin veriminin arttığı, sağlık hizmetlerinin niteliğinde beklenenin aksine düşüş değil bir artış olduğu gözlenmektedir (Üstü ve ark. 2011:59).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonucunda araştırmaya katılanların verdikleri cevaplar ile;

- Katılımcıların %66'sı Aile Hekimliği Sisteminin ilk uygulamasından bu yana çalışmaktadır %63,4'ü Aile Sağlığı Merkezinde çalışmadan önce sağlık ocağında çalışmışlardır. Bu durum her iki sistemi katılımcıların değerlendirme olanaklarının bulunduğunu göstermektedir.
- Sağlık çalışanlarının Aile Hekimliği Sistemine geçmeden önce I. Basamak hizmetlerinde çalışmış olduklarından dolayı Sağlık Ocağı Sistemine göre Koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçlarına daha uygun bulduklarını,
- AHS'de çalışmaktan memnun olduklarını,
- Özellikle aşılama, bebek ve çocuk gebe, lohusa, 14-49 yaş kadın eski sisteme göre çok daha etkili ve yeterli olduğu,
- Maaşların, kayıtların, sistemin sorgulanmasının eski sisteme göre daha iyi olduğu,
- AHS'de sorumlu olunan nüfusa daha hakim olunduğu,
- AH'nin daha iyi sorgulanabildiği
- Sisteme geçişte önceliğin maaşlardaki artışın ve merkezde çalışma isteği etkili olduğu,
- Hasta memnuniyetinin arttığı,
- Sağlık ocağı sisteme göre Araç-Gereçlerin ve Gerekli Malzemelerin ve Personel sayısının Yetersiz olduğu,
- Hekimler dışındaki çalışanların mesleki gelişme imkânının olmadığı,
- Aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmaktan ebelerin rahatsız olduğu neticelerine ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Aile hekimliği uygulaması 2010 yılı sonunda tüm ülkede yaygınlaşmıştır. Şüphesiz yeni bir uygulama ve çalışma şekli, hem hekimler ve diğer sağlık personeli açısından, hem denetleme ile sorumlu sağlık otoriteleri açısından hem de hastalar açısından yeni ve değişik sorunları beraberinde getirecektir(Aktaş ve Çakır, 2012; 28).Aile Hekimliği Sistemi farkı bir disiplindir. Bu yeni başlangıç taranabilir, önlenebilir ve tanısı konulmuş hastalıkların ve komplikasyonların azaltılmasında çok yönlü, bütüncül, sürekli bakımı sağlayabilecek bir hekim yaklaşımını zorunlu kılmakta ve 'hastalık yoktur hasta vardır' prensibiyle birey merkezli, kademeli bir sağlık sunumunu içermektedir. Aile Hekimliği disiplini teorik bir yaklaşımdan ziyade bu özellikleri ile uygulanabilir, pratik bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu model ülkemizde başta çok eleştiri almışsa da başarıyla uygulanmaya konulduğunu ve sistem oturdukça daha da anlaşılabilir sorunlar giderilerek koruyucu sağlık hizmetlerindeki istendik neticelerine ulaşılabileceğini göstermektedir.

- Aile hekimliği sistemine geçişte doktorlar dışında diğer çalışan sağlık personeline yeterli bilgilendirmeler yapılmamıştır. Sağlık ocağında hemşirenin, ebenin ve hekim dışındaki personelin yaptığı tüm girişimleri bugün Aile Sağlığı Elemanı adı altında herhangi bir sağlık meslek gurubundan bir sağlık çalışanı "Aile Sağlığı Elemanı" olarak yapmak durumunda kalmıştır. Bu durum eğitimi almamış kişilerde stres, hizmet alıcılar açısından risk oluşturabilmektedir. Nasıl "Aile Hekimliği Sistemi" farklı bir disiplin ise "Aile Sağlığı Elemanı" olarak kişilerinde bu disiplin içinde eğitimi almaları gerekmektedir. Bu sebepten dolayı eğitim sistemimiz içinde Sertifika Programları oluşturulmalıdır. Sertifika programları bugün içinde bu konudaki farklı düşünceleri ve iş tanımlarını ortadan kaldıracaktır. Eski sistemde ebelerin yaptığı bir takım görevlerin eğitimi almamış sağlık meslek grupları içinde eğitici nitelikte olacaktır ve de doktorlar dışındaki sağlık çalışanları için mesleki gelişme imkânları sunmuş olacaktır.

- Ülkemiz için daha uygun görünen AHS de eleman sıkıntısının giderilmesine yönelik yapılacak bir takım ek uygulamalar ile daha istendik sonuçlar alınacağı düşünülebilir.

KAYNAKLAR

AİLE HEKİMLİĞİ, <http://ailehekimligi.gov.tr/> (05.05.2013).

AKDAĞ, R. (2011), “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu” 2003-2011. TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI. Sağlık Bakanlığı. Yayını. Ankara. SS. 377

AKTAŞ, E. Ö., Çakır, G. (2012), “Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması”, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Ege Tıp Dergisi, 2012, Cilt 51, Sayı 1, ss,21-29

ALAGÖZ, U. Ö., TENGİLİMOĞLU, D., ÜNALAN, D. (2010), “Hekimliği Sistemine Geçiş: Kayseri İli Develi İlçesi Örneği”, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı CİLT 1ss:345-359.

BAYKAN, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., & Kaya, A., (2014),“Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler”, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,

ÇETİNKAYA F., Baykan, Z., Naçar, M., Öksüzkaya, A., (2012),“Kayseri İlindeki Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Sistemi İle İlgili Düşünceleri ve Uygulamaları”, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2-6 Ekim 2012 – Bursa

ÇİÇEKLİOĞLU, M.,Öcek Z., Yüce, Özdemir R., Türk M., Taner Ş., (2013),“Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?”Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara

GÜRBÜZ, S., ŞAHİN, F. (2014). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe-Yöntem-Analiz, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

MUTLUPOYRAZ, F. (2010), “Adana’daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması”, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.

NESANIR, N.,& Erkman, N. (2010), “Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5).

NUNALLY, J.C. (1978), Psychometric Theory (Second Edition), New York, McGrawHill, ss,701

RESMİ GAZETE. (2005),Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Sayı:25867, Yayın tarihi: 06.07.2005, Resmi Gazete, Ankara [http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2\(08.05.2013\)](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2(08.05.2013)).

SAĞLIK BAKANLIĞI,(2003), Sağlıkta Dönüşüm. T.C. Sağlık Bakanlığı yayını, Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI,(2004), Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı yayını, Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI, (2011),Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Mavi Ofset, 2004.ss,105,Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI,(2007), 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi, Hıfzısıhha Mektebi, Ankara.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 2 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2016 ISSN -2149-6161

SAĞLIK BAKANLIĞI,(2010),Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara,

SAĞLIK PLATFORMU, (SP). <http://www.saglikplatformu.com>. (04.05.2013)

SÜLKÜ, S., N. (2011), “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları”, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414, ss:103, Ankara.

TUSAK, TÜRKİYE SAĞLIK KURUMU, SB. www.tusak.gov.tr (05.05.2013).

ÜSTÜ, Y., Uğurlu, M., Örnek, M., &Sanisoğlu, S. Y. (2011,)“2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, Balkan MedicalJournal, 28(1).

YILDIRIM, H.H. (2010),“Sağlık ve Siyaset Yazıları: Avrupa Birliği Yolunda Türkiye –Aile Hekimliği Açısından Değerlendirmeler.” ABSAĞLIK. <http://www.absaglik.com>.