

**TC**  
**ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ZONGULDAK İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE**  
**HEKİMLERİNİN İŞ DOYUMU DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**  
**VE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İNCELENMESİ**

**Dr. Ahmet Kürşat KARAGÖZ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Doç. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKCA**

**ZONGULDAK**

**2021**

**TC**  
**ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ZONGULDAK İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE**  
**HEKİMLERİNİN İŞ DOYUMU DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**  
**VE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İNCELENMESİ**

**Dr. Ahmet Kürşat KARAGÖZ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Doç. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKCA**

**ZONGULDAK**

**2021**

## TEŞEKKÜR

Desteğini asla esirgemeyen, iyi günümde, kötü günümde daima yanımda olan, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan çok değerli AİLEM'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca gerek bilgi ve tecrübesiyle gerek tez yazımındaki yardımıyla bana destek olan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKCA'ya,

Yine bilgi ve tecrübelerini bizden esirgemeyen, asistanlığımız boyunca her zaman arkamızda duran başta anabilimdalı başkanımız Prof. Dr. Nejat DEMİRCAN olmak üzere saygıdeğer hocalarımız Prof. Dr. Erol AKTUNÇ ve Dr. Öğr. Üyesi Günter DİLSİZ'e,

Asistanlık yıllarında tanıştığım ve sonrasında desteklerini, tecrübelerini asla esirgemeyen, iyi günümde ve kötü günümde yanımda olan, değerli asistan arkadaşlarım Dr. Abdullah TAŞKIN, Dr. Rıfat GÖDE ve Uzm.Dr. Oğuzhan Demir'e,

Tez çalışmam süresince istatistik hesaplamalarıma katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Çağatay BÜYÜKUYSAL'a,

Yine tez çalışmamda ayrıca katkı sunan babam Bahattin KARAGÖZ'e, eşim Emel KARAGÖZ'e ve kardeşim Dr. Zeynep Nur KARAGÖZ'e,

Hastanede bugüne kadar çalıştığım tüm hekim arkadaşlarıma, hemşire ve personellere,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

05/2021

Dr. Ahmet Kürşat KARAGÖZ

## ÖZET

**Ahmet Kürşat Karagöz, Zonguldak İli Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimlerinin İş Doyumu Düzeyinin Belirlenmesi Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İncelenmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2021.**

**Amaç:** Bu araştırma Zonguldak il genelinde çalışan aile hekimlerinin iş doyumu düzeyini belirlemek ve bu düzeye etki etmesi olası faktörlerle ilişkisini incelemek amacıyla planlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tipte olup 1 Kasım – 30 Aralık 2020 tarihleri arasında çevrim içi anket toplama metoduyla il genelinde çalışan 174 aile hekiminden 155 (%89)' ine ulaşılarak yapıldı. Veri toplama yöntemi olarak literatürden yararlanılıp hazırlanan sosyodemografik veri formu ve iş doyumu düzeyini belirlemek için Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) kullanıldı. Verilerin analizinde bağımsız değişkenlerin özelliklerine göre parametrik testlerden t test ve tek yönlü varyans analizi, non parametrik testlerden ise Kruskal Wallis (KWH) ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin % 63,2'si erkek, %36,8'i kadındı. Katılımcıların yaşları 26 ile 55 aralığında olup yaş ortalaması  $40,74 \pm 8,34$  olarak bulundu. MİDÖ genel, içsel ve dışsal doyum puan ortalamaları sırasıyla;  $3,00 \pm 0,58$ ,  $3,28 \pm 0,60$ ,  $2,60 \pm 0,67$  olarak tespit edildi.

Genel iş doyumu düzeyinin kadınlarda, düzenli tatile çıkanlarda, daha önceden alkol kullanıp bırakanlarda, ailesine yeterince vakit ayırabilenlerde, meslek olarak hekimliği seçmekten ve aile hekimliği sisteminden memnun olanlarda yüksek, mesleğini yaparken şiddete uğrayanlarda, iş yüklerini ağır olarak değerlendiren ve aile sağlığı merkezi (ASM) denetimlerindeki yaklaşımlardan memnun olmayan hekimlerde düşük olduğu tespit edildi.

Dışsal iş doyumu düzeyinin tek birimli ASM' lerde çalışan ve yöneticilik görevi olan hekimlerde düşük olduğu belirlendi.

**Sonuçlar:** Araştırmamız sonucunda aile hekimlerinin genel iş doyumlarının orta düzeyde olduğu, dışsal doyumlarının ise içsel doyumlarından çok daha düşük düzeyde olduğu saptandı. Dışsal iş doyumunu düzeyini etkileyen; kurum politikası, denetim şekli, ücret ve çalışma koşulları gibi faktörlerin, sağlık sistemi planlayıcıları tarafından yeniden değerlendirilmesi, ayrıca bu konuda düzeltici ve iyileştirici tedbirler alınması, hem hekimlerin iş doyumunu düzeyine olumlu yönde yansıyacak hem de hastalara daha kaliteli hizmet verilmesine yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** *İş Doyumu, Aile Hekimliği, Minnesota İş Doyum lği, Aile Hekimliği Sistemi, Aile Sağlığı Merkezi*



## ABSTRACT

**Ahmet Kürşat Karagöz, Assessment of Job Satisfaction Level of Family Physicians Working in Primary Care in Zonguldak Province and Its Relationship with Sociodemographic Variables, Zonguldak Bülent Ecevit University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Thesis in Medicine, 2021**

**Aim:** This study was planned to find out the job satisfaction level of family physicians working in Zonguldak province and to examine the relationship between this level and the factors that may affect it.

**Material and method:** This research is a cross-sectional and descriptive study, which was conducted between November 1 and December 30, 2020 by reaching 155 of 174 (89%) family physicians working in the province using the online questionnaire collection method. As the data collection method, the sociodemographic data form prepared by using the literature was used and also Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) was used to determine the level of job satisfaction. For the analysis of the data, T-test and one-way analysis of variance (ANOVA) were used for parametric tests, while Kruskal Wallis (KWH) and Mann Whitney U tests were used for non-parametric tests, according to the properties of the independent variables.

**Results:** 63.2% of the family physicians who participated in our study were male and 36.8% of them were female. The ages of the participants ranged from 26 to 55, and the mean age was found to be  $40.74 \pm 8.34$ . Mean scores of MSQ for general, internal and external satisfaction were found as  $3.00 \pm 0.58$ ,  $3.28 \pm 0.60$ ,  $2.60 \pm 0.67$ , respectively.

General level of job satisfaction was found to be higher in women, in those who went on regular holidays, those who used alcohol before and stopped, those who had enough time for their family, those who were satisfied with choosing medicine as a profession, and those who were satisfied with the family medicine system. It was found to be lower in those who were subjected to violence while performing their profession, who evaluated their workload heavily and who were not satisfied with the approaches in the family health center inspections.

It was determined that the level of external job satisfaction was low in physicians working in single-unit family health centers and having a managerial role.

**Conclusion:** As a result of our study, it was found that the general job satisfaction level of family physicians was moderate, and their external satisfaction was much lower than their internal satisfaction. The reassessment of factors affecting the level of external job satisfaction, such as institutional policy, audit style, wages and working conditions, and taking corrective and remedial measures in this regard will both positively affect the job satisfaction level of physicians and help to provide better quality service to patients.

**Key Words:** *Job Satisfaction, Family Physician, Family Practice, Minnesota Satisfaction Questionnaire, Family Medicine System, Family Health Center*

## İÇİNDEKİLER

|                                                                                            | <u>Sayfa</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| TEŞEKKÜR .....                                                                             | iii          |
| ÖZET.....                                                                                  | iv           |
| İÇİNDEKİLER.....                                                                           | viii         |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....                                                       | x            |
| TABLolar DİZİNİ.....                                                                       | xi           |
| ŞEKİLLER DİZİNİ.....                                                                       | xii          |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                                                     | 1            |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                                                    | 3            |
| 2.1. Temel Sağlık Hizmetleri .....                                                         | 3            |
| 2.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri Tanımı.....                                                 | 3            |
| 2.1.2. Ülkemizdeki Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi.....                                     | 4            |
| 2.2. Aile Hekimliği .....                                                                  | 5            |
| 2.2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı Özellikleri ve Tarihçesi .....                             | 5            |
| 2.2.2. Aile Hekimliği Tarihi.....                                                          | 7            |
| 2.2.3. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan Ülkelerden Örnekler .....                         | 9            |
| 2.2.3.1. İngiltere .....                                                                   | 9            |
| 2.2.3.2. Kanada.....                                                                       | 10           |
| 2.2.3.3. İsrail.....                                                                       | 10           |
| 2.2.3.4. Küba .....                                                                        | 10           |
| 2.2.3.5. Almanya .....                                                                     | 11           |
| 2.2.4. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi .....                                         | 11           |
| 2.3. İş Doyumu.....                                                                        | 13           |
| 2.3.1. İş Doyumu Kavramı ve Tanımı .....                                                   | 13           |
| 2.3.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler .....                                               | 14           |
| 2.3.2.1. Bireysel Faktörler .....                                                          | 15           |
| 2.3.2.1.1. Kişilik, değer yargıları, inançlar, beklentiler ve sosyokültürel<br>çevre ..... | 15           |
| 2.3.2.1.2. Yaş, tecrübe ve aynı işte kalma süresi .....                                    | 15           |
| 2.3.2.1.3. Cinsiyet, eğitim düzeyi ve zekâ .....                                           | 16           |
| 2.3.2.1. Örgütsel Faktörler.....                                                           | 16           |

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3.2.1.1. İşin toplum içindeki itibarı- işin yapısı ve zorluk derecesi .... | 16 |
| 2.3.2.1.2. Ücret, terfi imkânı, ödüllendirme ve statü .....                  | 17 |
| 2.3.2.1.3. Kurumsal ortam ve çalışma koşulları, yönetsel yaklaşım..          | 17 |
| 2.3.3. İş Doyumu Boyutları.....                                              | 18 |
| 2.3.4. Sağlık çalışanlarında iş doyumu ve iş doyumsuzluğunun sonuçları.....  | 18 |
| 3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ .....                                       | 20 |
| 3.1. Araştırmanın Modeli.....                                                | 20 |
| 3.2. Araştırmanın Evreni.....                                                | 20 |
| 3.3. Veri Toplama Metodu ve Kullanılan Ölçek .....                           | 20 |
| 3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....                                       | 21 |
| 3.3.2. Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) .....                                | 21 |
| 3.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....                             | 22 |
| 3.5. Etik Açısından Uygunluk ve İzinler .....                                | 24 |
| 4. BULGULAR .....                                                            | 25 |
| 5. TARTIŞMA.....                                                             | 42 |
| 6. SONUÇ .....                                                               | 51 |
| 7. KAYNAKÇA .....                                                            | 53 |
| 8. EKLER.....                                                                | 60 |
| Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi .....                                          | 60 |
| Ek 2. Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Onay Belgesi .....                       | 61 |
| Ek 3. Minnesota İş Doyum Ölçeği.....                                         | 62 |
| Ek 4. Sosyodemografik Veri Formu .....                                       | 63 |

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|        |                                                        |
|--------|--------------------------------------------------------|
| AHU    | Aile Hekimliği Uzmanlığı                               |
| ASM    | Aile Sağlığı Merkezi                                   |
| DİD    | Dışsal İş Doyumu                                       |
| DSÖ    | Dünya Sağlık Örgütü                                    |
| GİD    | Genel İş Doyumu                                        |
| İİD    | İçsel İş Doyumu                                        |
| MİDÖ   | Minnesota İş Doyum Ölçeği                              |
| Ort    | Ortalama                                               |
| SAHU   | Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı                    |
| SS     | Standart Sapma                                         |
| TSH    | Temel Sağlık Hizmetleri                                |
| TSM    | Toplum Sağlığı Merkezi                                 |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |
| ZBEÜ   | Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi                   |

## TABLolar DİZİNİ

| Tablonun Numarası | Tablonun Başlığı                                                                                                        | Sayfa No: |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1                 | Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliklerinin açıklamaları                                    | 7         |
| 2                 | Aile Hekimlerine Ait Sosyodemografik Veriler                                                                            | 25        |
| 3                 | Aile Hekimlerinin Mesleki Özellikleri                                                                                   | 27        |
| 4                 | Aile Hekimlerinin Alışkanlıkları                                                                                        | 28        |
| 5                 | Aile Hekimlerinin Sürekli Mesleki Gelişim Süreçleri                                                                     | 29        |
| 6                 | Aile Hekimlerinin Sistemle İlgili Görüşleri                                                                             | 30        |
| 7                 | Minnesota iş doyum ölçeği puanlarının dağılımı                                                                          | 31        |
| 8                 | Ölçek ve alt boyutlarına ait iç tutarlılık analizi                                                                      | 32        |
| 9                 | Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi          | 33        |
| 10                | Aile Hekimlerinin Mesleki Özelliklerine Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi                  | 35        |
| 11                | Aile Hekimlerinin Alışkanlıklarına Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi                       | 37        |
| 12                | Aile Hekimlerinin Sürekli Mesleki Gelişim Faaliyetlerine Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi | 38        |
| 13                | Aile Hekimlerinin Sistemle İlgili Görüşlerine Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi            | 39        |
| 14                | Aile Hekimliği Sisteminde En Rahatsız Olunan Konular ile İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi      | 41        |

## ŞEKİLLER DİZİNİ

| Şekil Numarası | Şekil Başlığı                                                           | Sayfa No: |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1              | Aile Hekimlerinin iş doyumu alt gruplarına göre ortalama puan değerleri | 31        |



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık; tanımlanması oldukça zor ve karmaşık olan, dönemsel koşullar ve toplumun kültürüne göre pek çok tanımı bulunan bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık, "Sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak ifade edilmiştir[1]. Ülkeler sağlık hizmetlerini bu tanımın kapsayıcılığına ulaştırmak için belli bölümlere ayırmışlardır. Temel sağlık hizmetleri (TSH) bu kapsamda bireyin sağlık sistemiyle karşılaştığı ilk basamak olarak hizmet sunumu sağlamaktadır.

Çalışmamızın ilk bölümünde temel sağlık hizmetlerinin tanımı yapılarak TSH'nin sağlık sistemindeki yerinden bahsedilecektir. Ayrıca ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin, 19. yüzyılın ortalarından aile hekimliği sistemine geçişine kadarki süreçte nasıl bir gelişim gösterdiği açıklanacaktır.

Aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmadan kişilere toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunan birinci basamak tıp hizmetlerinin gerektirdiği şekilde eğitim almış uzman hekimlerdir. Aile hekimleri tüm dünyada ve ülkemizde TSH'nin sunumunda birincil sorumlu duruma gelmiştir. Bu hizmet sunumu şekli "aile hekimliği sistemi" olarak tanımlanmıştır[2].

Ülkemizde aile hekimliği sistemi pilot uygulama ile 2005 yılında Düzce'de başlamıştır[3]. Birinci basamak sağlık sisteminde yaşanan bu değişim sonrası görece yeni olan bu hizmet sunumu ile ilgili yapılacak her çalışma, sistemin işlerliğiyle ilgili vereceği geri dönüşler açısından çok önemlidir. Özellikle sisteme adını da veren aile hekimlerinin iş doyumu düzeyinin belirlenmesine yönelik çalışmalar, bize hem aile hekimlerinin iş doyumları hakkında hem de hizmet sunumunun geliştirilmesi yönünde çok değerli bilgiler sağlayacaktır.

Bu doğrultuda çalışmamızda aile hekimliğinin tanımı yapılarak aile hekimliği kavramı, disiplin özellikleri ve tarihi serüveni açıklanmaya çalışılacak, dünyadaki ve Türkiye'deki aile hekimliği sistemi hakkında bilgi verilecektir.

Ülkeler bilhassa son yıllarda sağlık sistemlerinin verimliliğini yükseltmek için yoğun bir çaba harcamaktadırlar[4]. Sağlık sisteminin başarısı için ana unsur olan

insan gücünün önemli bir parçasını hekimler oluşturmaktadır. Hekimlerin iş alanlarında huzurlu bir şekilde çalışabilmesi ve yükümlülüklerini en iyi şekilde ifa edebilmeleri için gerekli şartlardan biri de iş doyumudur[5].

Genel anlamda iş doyumunu (tatmini), işin ve çalışanların isteklerinin birbirine uyduğu zaman gerçekleşen, çalışanların işlerinden duydukları hoşnutluktur[6]. Çalışanların iş doyumunu etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar kişinin beklentilerini, isteklerini içeren bireysel faktörler ve kişinin çalışma ortamından kaynaklanan kurumsal faktörlerdir[7]. İş doyumunu, tanımında da belirtildiği gibi genel bir kavram olmakla birlikte araştırılan meslek veya çalışılan bölgeye göre farklı sonuçlar verebilmektedir. Bu doğrultuda çalışmamızda iş doyumunu kavramı ve etkileyen faktörler hakkında bilgi verilecektir.

Literatür incelediğinde özellikle aile hekimlerinin iş doyumunu düzeyi ve bunu etkileyen etmenler hakkında sınırlı sayıda çalışmaların bulunduğu görülmektedir[8, 9]. Bu çalışma, aile hekimliği sistemine geçişinin onuncu yılını dolduran Zonguldak ilinde birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin iş doyumunu düzeyini belirlemek ve bunu etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır.

Çalışma neticesinde ortaya çıkacak bilgi, bulgu ve veriler, aile hekimlerinin iş doyumunu düzeyinin artırılmasına yönelik yapılacak girişimlerin organize edilmesi ve iş doyumuna engel olan etmenlerin ortadan kaldırılması yönündeki çabalara destek ve yol gösterici olacaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Temel Sağlık Hizmetleri**

#### **2.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 20. yüzyılın ortasından itibaren yaptığı tüm değerlendirmelerde dünyada sağlık düzeyinin beklentilerin çok uzağında olduğunu, gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında büyük uçurum bulunduğunu hatta bazı ülkelerin kendi bölgeleri arasında bile sağlık hizmetlerini eşit olarak dağıtamadığını belirtmiştir[10].

Tüm bu sorunları çözmek için yeni bir sağlık anlayışına gereksinim olduğu muhakkaktı. Bu kapsamda modern sağlık hizmetleri anlayışının çekirdeğini oluşturan temel sağlık hizmetleri kavramı, 1978 yılında Kazakistan'ın Alma- Ata şehrinde United Nations International Children's Emergency Fund (UNİCEF) ve DSÖ'nün öncülüğünde yapılan, hemen hemen tüm devlet ve uluslararası kuruluşların katıldığı “Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’nda şekillenmiştir. Bu konferanstaki tanıma göre “Temel Sağlık Hizmetleri (TSH); pratik, kaliteli, bilimsel ve sosyal açıdan kabul edilebilir yöntemler ve teknolojiyle toplumda birey ve ailelere, onların tam katılımı ve kabul edebilecekleri bir maliyetle sunulan, evrensel düzeyde ulaşılabilir olan, esas/temel sağlık hizmetleridir[11].

İnsanların sağlık sistemiyle ilk karşılaştığı nokta olan TSH; sağlık hizmetlerinin ilk parçası olarak aileye ve topluma onların çalıştığı ve yaşadığı yerlere olabildiği kadar yakından ve ulusal sağlık sistemi aracılığıyla sürekli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunumunu sağlar. TSH, o ülkenin sağlık sisteminin çekirdeği olup ulusal kalkınma ve gelişmişlik düzeyi için çok önemli bir göstergedir[11].

### 2.1.2. Ülkemizdeki Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Türkiye’de sağlık sisteminin tarihsel gelişimine baktığımızda; sağlık hizmetlerini modernleştirme çabaları, Osmanlı Devleti’nin son dönemlerine kadar uzanır. 19. yy.da Osmanlı Devleti, sağlık alanında insanların ihtiyaçlarını karşılamak için bir takım arayışlar içerisine girmiştir. Ancak geniş kitlelere sunulacak olan sağlık hizmetleri 19. yy.ın sonuna kadar devletin asli görevleri arasında yer almamıştır. Dönemin şartları doğrultusunda sağlık alanındaki gelişmeler takip edilmeye başlanmış ve sağlık artık devletin asli görevleri arasındaki yerini almaya başlamıştır. İlk anayasamız olma özelliğine sahip olan 1876 tarihli Kanun-i Esasi’de ise sağlık veya sağlık hakkına dair hiçbir kavrama yer verilmemiştir[12].

1871 yılında yayımlanan İdareyi Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi’nde ise halka sağlık hizmeti vermesi planlanan birçok örgütün kurulması sağlanmıştır. İl ve kasabalara “Memleket Tabipliği” ismi altında hekimler gönderilmiştir. 1953 yılında Vilayet İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi yayımlanmıştır “Memleket Tabipliği” kaldırılıp yerine “Hükümet Tabipliği” kurumu getirilmiştir ve il merkezlerinde “Sağlık Müdürlüğü”, ilçelerde “Sıhhiye Meclisleri” kurulmuştur[13].

Türkiye’de Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışından on gün sonra 03 Mayıs 1920 tarihinde henüz cumhuriyet ilan edilmemişken ilk kurulan Bakanlık, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmuştur. Sağlık Bakanlığı, ilk görev olarak; sağlık hizmetlerindeki öncelikleri saptamayı, sağlık kazanımlarını arttırmayı, kaynakların en verimli dağılımını seçilen kriterlere göre gerçekleştirmeyi amaçlayarak hizmet sunumu çerçevesini belirlemiştir. Bu dönemde, ülkemizdeki ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur ve sağlık alanının örgütlenmesinde birçok önemli çalışmaya öncülük etmiştir[14].

Cumhuriyet döneminde devlet bir yandan tedavi edici hizmet etki alanını yaygınlaştırırken bir yandan da koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük bir kademe kaydetmiştir. Tedavi edici ve koruyucu hizmetler bu dönemde bir bütün olarak ele alınmıştır. Bu nitelikte bütüncül bir hizmet ağı oluşturmak Cumhuriyet yönetiminin esas amaçlarından biridir. Bu çerçevedeki devlet politikasının en iyi göstergelerinden biri olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930 yılında yürürlüğe girmiştir[15].

## 2.2. Aile Hekimliği

### 2.2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı Özellikleri ve Tarihçesi

Aile hekimliği; bireyleri yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın biyopsikososyal çevreleri ile beraber doğumdan ölüme kadar bütüncül olarak ele alan, hasta merkezli ve toplum yönelimli diğer tıbbi dallarla da birlikte çalışabilen bir disiplindir[16-18].

Esas olarak tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluk taşırlar[7].

Aile hekimleri / genel pratisyenler mesleksel görevlerini sağlığı geliştirerek, hastalıkları engelleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme (palyasyon) sağlayarak yerine getirirler. Bunu, sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri yaparlar ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirirler [7].

Aile hekimliği sisteminin temeli oluşturan özellikle şu üç tanımı vurgulamak gerekmektedir.

Aile hekimi; bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini cinsiyet, yaş ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her bireye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği takdirde mobil sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman hekim veya hekimlerdir. Aile hekimliği birimi; bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan birimdir. Aile sağlığı merkezi ise; bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği birinci basamak sağlık kuruluşudur [17].

Bir ihtisas dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet sunumu modeli olan aile hekimliğini birbirine karıştırmamak gerekir. Mütihassıs (uzman) olarak aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda yer alan ihtisas eğitimi almış tıp doktorunu ifade etmektedir. Hizmet modeli olarak aile hekimliği ise bireyin aile ile bir bütün olarak ele alınıp geliştirilen sağlık hizmetleri anlayış şeklini ya da biçimini ifade etmektedir[19]. Özellikleri arasında:

- a) Bireyin sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır.
- b) Sağlık kaynaklarının işlevsel ve verimli kullanımına katkı sağlar.
- c) Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d) Kendine özgü etkin hekim hasta ilişkisi kurar.
- e) Sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlar.
- f) Özgün görüşme ve klinik karar verme sürecini yönetir.
- g) Hastaların ani gelişen ve kronik sağlık problemlerini birlikte yönetir.
- h) Acil girişim gerektirebilen hastalıkları yönetir.
- i) Etkili, uygun yöntemlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j) Toplum sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k) Sağlık sorunlarına bütüncül ve biyopsikososyal yaklaşım gösterir[17].

Aile hekimliği disiplini ve uzman aile hekimi için yapılan tanımlamalar genel pratisyen/ aile hekiminin de sahip olması gereken özelliklerin altını çizmektedir. Bu özellikler çekirdek yeterlilik kavramı altında ifade edilir. Buradaki çekirdek kelimesi o disiplin için muhakkak bilinmesi gereken, zorunlu olan anlamına gelmektedir.

Farklı şekilde ifadesi ile anlaşılması gereken ise, araştırma, eğitim ve standartı yüksek sağlık hizmeti sunumu sağlamada bir kılavuz gibi takip edilmesi hedeflenen özelliklerdir[16].

Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliklerinin açıklamaları Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin çekirdek yeterliklerinin açıklamaları [16, 17].

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Birinci basamak yönetimi</b>        | *Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme becerisi<br>*Hasta ihtiyaç duyduğunda hasta savunuculuğu pozisyonu olarak, birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında bakımı koordine etme ve bakımın etkili ve uygun sürdürülmesini sağlama                                 |
| <b>Kişi merkezli yaklaşım</b>          | *Hastalar ve problemlerle ilgilenirken kişi merkezli yaklaşımı benimseme becerisi<br>*Etkili bir doktor hasta ilişkisini sağlayan birinci basamak değerlendirmesi oluşturmak ve uygulamak<br>*Hastaların gereksinimleriyle belirlenen uzun erimli hizmetin sürekliliğini sağlamak |
| <b>Spesifik problem çözme becerisi</b> | *Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı ile belirlenen spesifik karar verme mekanizmasından yararlanmak<br>*Ayrışmamış ve erken evredeki durumları yönetmek ve gerektiğinde acil müdahalede bulunmak                                                                     |
| <b>Kapsamlı yaklaşım</b>               | *Kişideki akut ve kronik sağlık problemleriyle eşzamanlı ilgilenmek<br>*Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma stratejilerini kullanarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesi                                                                                         |
| <b>Toplum yönelimli</b>                | *Birey ve toplumun sağlık gereksinimlerini ulaşılabilir kaynaklarla dengede buluşturmak                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bütüncül model</b>                  | *Kültürel boyutlarını dikkate alarak biyopsikososyal model kullanma becerisi.                                                                                                                                                                                                     |

### 2.2.2. Aile Hekimliği Tarihi

Aile hekimliğinin felsefi temelini, 18. yy'da görünürlüğu ve etkinliği artmaya başlayan ilaç temin eden eczacılarla ilişkilendiren araştırmacılar bulunmaktadır. İngiltere'de 1800'lü yılların başlarında 5 yıllık eğitimini tamamlayan eczacılara ilaç hazırlamanın yanında tıbbi tavsiye verme ve ilaç önerme yetkisi de yasal olarak tanınmıştır. Bu eğitimi tamamlayan birçok mezun Amerika'ya göç etmişti. Bu dönemde henüz Kuzey Amerika'da tıp fakülteleri olmadığından ve artan nüfusa yeterli sağlık hizmeti verecek hekim de bulunmadığından Amerika'ya gelen mezunlar şifa

dağıtıcısı ya da eczacı olmayı reddetmiş ve hekim olarak çalışmak istemişlerdir. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın her geçen gün artması ve Amerika'daki sosyal ve siyasi değişimler bu talebin kabul edilmesini zorunlu hale getirmiştir. Bunun sonucunda da mezun olup olmamasına bakılmaksızın sağlık uygulayıcılarının tümüne hekim olarak çalışma hakkı tanınmıştır. Amerika'da 1800'lü yıllarda pratisyen hekimliğin başlangıcı bu şekilde gerçekleşmiştir [20, 21].

İngiltere'de eczacılar 19. yy. başlarından itibaren daha etkin hale gelmeye başlamıştır. Eczacılar ilaç temin etmenin yanında tıbbi tavsiyeler verebilme konusunda yasal hak kazanmışlardır. Bu yasal hakların sağlanması ve eğitimlerinin sonunda yapılan mesleki yeterlilik sınavlarıyla sağlık sistemindeki yerleri sağlamlaşmıştır. Bu sürecin sonunda 1823 yılında "genel pratisyen" terimi ilk olarak dünyanın en saygın dergilerinden biri olan Lancet dergisinde kullanılmıştır. Bu bilgiler ışığında genel pratisyen terimi için 18. yy Amerika'sında doğmuş adı ise 19. Yüzyıl İngiltere'sinde konulmuştur diyebiliriz[20, 21].

Yirminci yüzyılın başlarında başlıca ihtisas dallarının ortaya çıkması, gelişen teknoloji ve sağlık alanında yapılan araştırmaların artmasıyla uzmanlaşmak ve tıp teknolojisi alanlarında çalışmak hekimler açısından daha prestijli hale gelmiştir. Diğer taraftan genel pratisyenlik popülaritesini kaybetmeye başlamış, özellikle 1930'lu yıllardan itibaren genel pratisyen sayısı hızla azalmaya başlamıştır. Mesleki bölünme ve teknolojiye verilen aşırı önemden dolayı doktor-hasta ilişkisinin zarar gördüğü ve tıbbın bireysel boyutunun dikkate alınmadığı bir sağlık sisteminin ortaya çıktığı uzmanlar tarafından 1960'lı yıllarda ifade edilmiştir.

Tıptaki bilgi birikiminin artışı, teknolojinin hızla gelişimi, bilimsel araştırmalara gösterilen önemin artması, bir uzmanlaşma çılgınlığına yol açarak; yaş, hastalık, cinsiyet, organ ayırmaksızın, kişilerin biyolojik, sosyal ve psikolojik özelliklerini dikkate alan ve bütüncül bir yaklaşım gösteren hekim ihtiyacını doğurmuştur. Bu ihtiyacı ilk dile getirenlerden biri 1923' te *Dr. Francis Peabody* olmuş ve bu durumu "tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği" şeklinde ifade etmiştir[16] [10].

Bir alanda uzmanlaşmanın pik noktasına ulaşmasıyla beraber yeni bir genel pratisyenlik tanımı yapılması gereksinimi doğmuştur. Belirlenen bu ihtiyaç ışığında 1950’li ve 1960’lı yıllarda ABD, Kanada, İngiltere, Hollanda ve endüstrileşmiş birçok ülkede genel pratisyenlik alanında okullar akademiler kurulmuştur. 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners’ın kurulmasının ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’in 1966 yılında Milis ve Willard Raporları’nı yayınlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur[22, 23].

Bu gelişmelerle idari kabul sürecini tamamlayan aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımı 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak yapılmıştır[21]. 1972 yılına gelindiğinde ise Dünya Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliği Birliği (WONCA) kurulmuştur.

### **2.2.3. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan Ülkelerden Örnekler**

#### **2.2.3.1. İngiltere**

Aile hekimliği ya da İngiltere’deki ismiyle genel pratisyenlik sisteminin başlangıcı 1947 yılında Kraliyet Koleji’nin kurulması ile başlamıştır. Genel pratisyenlik sisteminin yıllar içinde gelişmesiyle aile hekimleri İngiltere’de sağlık sisteminin adeta temel direği haline gelmiştir. İngiltere nüfusunun hemen hemen tamamı bir aile hekimine kayıtlı bulunmaktadır[24]. Hastaların sağlık sorunlarında ilk başvurması gereken yer aile hekimliğidir. İleri basamak sağlık kuruluşları acil durum harici aile hekiminden sevk almadan gelen hastayı kabul etmemektedir. Aile hekimine düşen hasta sayısı ortalama 3000 civarındadır[25]. Aile hekimliği eğitimi mezuniyet öncesi tüm tıp fakültelerinde verilmekte ve uzmanlık eğitimi ise üç yıllık bir süreçtir.

#### **2.2.3.2. Kanada**

Aile hekimliği sistemine 1954 yılında Kraliyet Aile Hekimliği Koleji'nin kurulmasıyla geçilmiştir. Tüm vatandaşlar sistemin ieresindedir ve ilk temas noktası olarak birinci basamak sağlık sistemine başvurmaları gerekmektedir. Sevk sistemi uygulanmaktadır. Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği ihtisası bulunmakla beraber uzmanlık sınavı mevcuttur[26].

#### **2.2.3.3. İsrail**

Nüfusun hemen hemen tamamı genel sağlık sigortası kapsamındadır. Aile hekimliği hizmetleri kentsel yerleşimlerde içerisinde laboratuvar ve röntgen imkanları da bulunan her hekimin ortalama 2500 kişiye hizmet verdiği tesislerde yapılır. Kırsal bölgelerde ise bir aile hekimi ve hemşireden oluşan ekip ile hizmet sunulmaktadır. Tıp fakültesi sonrası uzmanlık eğitim süresi 4 yıldır[27].

#### **2.2.3.4. Küba**

Dünyanın sağlık alanındaki gelişmelerini ilgiyle takip ettiği Küba aile hekimliği sistemine 1983 yılında geçmiştir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulduğu ülkede Avrupa'daki aile hekimliği sistemlerinden farklı olarak sevk zorunlu değildir. Buna karşın aile hekimliği başvuru sayıları çok yüksektir. Bunda diğer uzman hekimlerin aile hekimliği merkezlerine gelip konsültasyonlarını bu merkezlerde tamamlamalarının da rolü büyüktür. Aile hekimleri sık sık sağlık merkezlerinin dışına çıkıp ev ziyaretleri yapmakta; gebe, bebek ve ocuk izlemlerine zen göstermektedir. Fabrika ve okullarda aile hekimlerinin hizmet sunumu içerisindedir. Klinik uzmanlık eğitimi alabilmek için tıp fakültesi sonrası iki yıl süren eğitimin tamamlanması gerekmektedir[26, 28].

#### **2.2.3.5. Almanya**

Aile hekimliği sistemine geçiş 1976’da Hannover Tıp Fakóltesi’nde ilk aile hekimliği kúrsüsünün açılmasıyla hızlanmıştır. Úlkedeki hekimlerin neredeyse yarısını aile hekimleri oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri verilen yerlerde aile hekimleri yanında diğer branşlardan uzman hekimlerde görev alabilmektedir. Kişiler aile hekimini değiştirmek istediğinde mevcut aile hekiminde ú ay bulunma süresini doldurmaları gerekmektedir. Sevk sistemi mevcut olup aile hekimleri kayıtlı nüfusuna mesai dışı acil vakalarda da müdahale etmekle sorumludur[26, 29].

#### **2.2.4. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi**

Aile hekimliği kavramı gündeme geldiği ilk anda dünyada olduğu gibi Türkiye’de de şüphle ile karşılanmış tam bir destek görememiştir. Bu şekilde bir tepki almasının nedeni Türkiye’de hali hazırda sağlık ocağı sisteminin bulunması ve sağlık ocağı hekiminin benzer fonksiyonları yerine getiriyor olmasından ayrı bir uzmanlık dalının gereksiz olacağı düşüncesiydi. 1983 yılına gelindiğinde ise dünyada yaklaşık on yıldır kabul görmüş bu uzmanlık dalıyla ilgili daha fazla kayıtsız kalınmadı ve aynı yıl aile hekimliği uzmanlığı, Tababet Uzmanlık Tüzüğu’ne alınarak ayrı bir ihtisas dalı olarak kabul edilmiştir[30].

Úlkemizdeki ilk aile hekimliği anabilim dalı Gazi Üniversitesi’nde 1984 yılında kurulmuştur ve eğitimlerine ise İstanbul Ankara ve İzmir’de sağlık bakanlığı eğitim hastanelerinde başlanmıştır[31].

Yirmidört Temmuz 1990’da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş olup derneğin ismi 2 Mart 1998 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak değiştirilmiştir[31].

Temmuz 1993’te YÖK’ün 12547 sayılı kararı ile tıp fakólterinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını onay verilmiştir[32].

Üniversite kadrosu ile ilk aile hekimliği araştırma görevlisi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1995 yılında TUS ile göreve başlamıştır. İlk doçentlik unvanı 1996 yılında verilmiştir, 2002 yılında aile hekimliği disiplininde ilk profesör atanmıştır[32].

Ülkemizde Aile hekimliği ile ilgili bilimsel dergi “Türkiye Aile Hekimliği Dergisi” 1997 yılından bu yana yayın hayatını düzenli şekilde sürdürmekte olup ‘Türk Tıp Dizini’ne kayıtlıdır. Ayrıca; ülkemizde aile hekimliği konusunda yayınlanan kitap ve bilimsel dergi sayısında son yıllarda artış gözlenmektedir[31].

Ülkemiz sağlık sistemindeki en kapsamlı değişimlerden birisine imkân sağlayan ve sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde hazırlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası Kasım 2004'te kabul edildi. Bu yasa ile aile hekimliğinde pilot uygulamaya geçen ilk ilimiz Ekim 2005'te Düzce oldu. Düzce'yi 2006 yılında Bolu, Edirne, Denizli, Adıyaman, Eskişehir ve Gümüşhane takip etti. 2008 yılında ise 22 il daha sisteme girmiş oldu. 2010'da ise içerisinde Zonguldak'ın da olduğu 41 ilimiz daha sisteme dahil olarak ülkemizin tamamında aile hekimliği sistemi uygulanmaya başlanmış oldu[18, 33, 34].

Aile hekimliği sisteminde günümüzde en çok tartışılan düzenlemelerden biri olan Tıpta Uzmanlık Kurulunun Ocak 2014 tarihli 406 sayılı kararı ile Tıpta Uzmanlık Sınavında başarılı olan sözleşmeli aile hekimlerine çalıştıkları ildeki eğitim araştırma hastaneleri ve üniversitelerde uzmanlık eğitimi alma hakkı tanınmıştır. Bu düzenleme ile hekimlere hem sahada çalışıp hem de uzmanlık eğitimi alabilme imkânı sağlanmıştır[35, 36].

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de aile hekimliği sisteminde hizmet sunumu yapacak kişiler bizzat aile hekimliği uzmanları olmalıdır fakat tüm ülke genelinde başlayacak bir dönüşüm için yeterli aile hekimliği uzmanı olmadığından pratisyen hekimler ve diğer branş uzmanlarından aile hekimliği sistemine girmek isteyenler iki aşamalı bir eğitime tabi tutularak sisteme entegre edilmeye çalışılmıştır[18, 33, 34].

Birinci aşama eğitimler, belirlenen merkezlerde aile hekimliğine geçişte rehber olması açısından hazırlanan eğitim müfredatı ile 10 gün süreyle verilirken ikinci aşama eğitimler ise sürekli tıp eğitimi düşünülerek 1 yıllık süre zarfında internet üzerinden ve yüz yüze olacak şekilde karma bir eğitim modeliyle planlanmıştır[18, 33, 34].

Ülkemizde bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı yaklaşık 3350'dir[37]. Sistemdeki diğer Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde ise bu sayı 1200 civarındadır[38]. Bu farklılık ülkemizdeki kişilerin aile hekimine ulaşmasında ve etkin hizmet almasında sorunlara neden olabilmektedir. Bu sorunun çözümü için tüm illerde yeni aile hekimliği birimleri açılarak aile hekimine kayıtlı kişi sayısı düşürülmeye çalışılmaktadır[39]. Açılan bu birimlere sıfırdan yeni hasta kaydetme zorluğu, hekimler tarafından bu birimlerin tercih edilmemesine neden olmaktadır.

## **2.3. İş Doyumu**

### **2.3.1. İş Doyumu Kavramı ve Tanımı**

Çalışma hayatı günün en az üçte birlik bölümünü kapsamakta bu da işte geçirilen zamanın insan hayatındaki yerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Ancak kişinin iş ile ilişkisi esasında ortaya çıkan pozitif ya da negatif tavırlar, kişinin işe yüklediği anlam, çalışan bireyin işinden elde edeceği tatmini (doyumu) etkilemektedir[40].

Tatmin terimi; arzu edilen bir olay ya da durumun gerçekleşmesini sağlama, gönül doygunluğuna erme anlamlarını taşımaktadır. İhtiyaçların karşılanması sonucuyla ortaya çıkan mutluluk durumu olarak ifade edilir[41]. Tatmin olma duygusu ancak kişinin kendisi tarafından hissedilebilir ve bireyin iç huzura ulaşmasını sağlamada önemli bir rol üstlenir[42].

İş doyumu kavramı için farklı kaynaklarda birçok tanım yer almaktadır. İş doyumunu iyi anlayabilmek için yapılan bu tanım ve açıklamalara bakmak gerekmektedir. Genel bir ifade ile iş doyumu, bireyin işine ve işyerine yönelik genel hoşnutluğu, işe karşı geliştirdiği duygu ve düşüncelerin toplamıdır[43]. Miner iş

doyumunu, bireyin beklentileriyle ilişkili olarak işe karşı geliştirdiği tutum olarak tanımlamaktadır[44]. Bu tutum pozitif ise kişinin doyum düzeyi yüksek, negatif ise doyum düzeyi düşüktür[45, 46].

İş doyumunu kavramı çalışanın, işine veya işteki deneyimlerine dayanan mutlu ve olumlu ruh hali; sahip olduğu değerlere göre değişen işten duyduğu haz; işinden beklentisi ve işinden sağladığı ödüller arasındaki uyum; işine karşı tutumu olarak ifade edilmektedir. Bu tanıma göre, çalışanın iş doyumunu düzeyi, beklentilerinin hangi ölçüde karşılandığını gösterir. Daha genel bir ifade ile iş doyumunu, çalışanın çalıştığı işle ilgili beklentilerine bağlıdır[47].

İş doyumunu; kişide, iş yaşamı veya söz konusu kişi ile çalıştığı iş koşulları arasındaki uyumun bir sonucu olarak ortaya çıkan memnuniyet duygusu ve kişinin işine karşı almış olduğu olumlu bir tutum olarak da tanımlanmaktadır[48]. Schultz'a göre iş doyumunu, kişinin işine karşı geliştirdiği, pek çok duygu düşünce ve tutumu içeren, psikolojik yönelimi olarak tanımlanmaktadır[49]. Güney, iş doyumunu bir kurumda verimli bir çalışma ortamı oluşturulmasının önemli bir ölçüsü olarak değerlendirir ve bu kavramı çalışanların işlerinden duydukları hoşnutsuzluk ya da hoşnutsuzluk olarak tanımlar[50].

Bütün bu tanımlamalarda da görüldüğü gibi iş doyumunu açıkça gözlenebilmekten uzak, bireye sorularak öğrenilebilen ve kişinin kendisinin ifade etmesiyle anlaşılabilen bir kavramdır[51]. Birçok iş doyumunu tanımının kısaca ifade edilmiş hali; kişinin işi ile ilgili ulaştığı tatmindir[52]. Ayrıca işin niteliği ile çalışma şartları, bireyin beklentileriyle örtüştüğü noktada iş doyumunun gerçekleşebileceğini söyleyebiliriz.

### **2.3.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler**

İş doyumunu, tanımında da belirtildiği gibi genel bir kavram olmakla birlikte araştırılan meslek veya çalışılan bölgeye göre farklı sonuçlar verebilmektedir. İş doyumunun sağlanmasında kurumun çalışanlarına sağladığı örgütsel imkanlar çok önemli bir rol oynamaktadır. Fakat bu örgütsel imkanların çalışan lehine tam olarak

sağlandığı durumlarda bile iş doyumu her zaman sağlanamamaktadır. Çünkü o işyerinde çalışan her bireyin beklentileri, ihtiyaçları ve özellikleri birbirinden farklıdır ve bu farklılığı oluşturan etmen çalışanın kişisel özellikleri olup bunlar; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim, sosyal çevre, iş tecrübesi gibi faktörlerdir. Bu bilgiler ışığında iş doyumunu etkileyen faktörler bireysel ve örgütsel olmak üzere iki grupta sınıflandırılır[53].

### **2.3.2.1.Bireysel Faktörler**

#### **2.3.2.1.1. Kişilik, değer yargıları, inançlar, beklentiler ve sosyokültürel çevre**

Kişilik özellikleri bireyin çalışma ortamında bulunan diğer kişilerle kuracağı iletişimi etkileyen önemli bir faktördür. Agresif, sinirli veya hayata negatif bir bakış açısı olan bir kişinin çevresiyle uyumlu bir çalışma ortamı yakalaması zor olacağından iş doyumsuzluğu yaşaması muhtemeldir[54]. Ortak değer yargısı ve inanç birlikteliği olan bireylerin birbirleriyle daha fazla ilişki kurduğu görülmektedir. Böylece çalışanlar arasında daha az çatışma çıkmakta daha az rol belirsizliği olmakta işe bağlılık ve iş doyumu sağlanmaktadır[55]. Benzer sosyokültürel çevreden gelen kişilerin de birbirleriyle olan iletişimlerinin daha iyi olması beklenebilir. Böylelikle iş ortamında daha az çatışma daha fazla yardımlaşma görülebilir.

#### **2.3.2.1.2. Yaş, tecrübe ve aynı işte kalma süresi**

Yaş ilerledikçe iş tatmini artmaktadır. Bunun sebebi tecrübe faktörünün işe ve ortama uyum sağlamayı kolaylaştırmasıdır[56]. Aynı işte uzun süre çalışanlar o işle ilgili bilgi birikimini ve yetkinliğini artırmakta, sorunlara kısa sürede çözümler bulabilmekte bundan dolayı da iş doyumu sağlamaktadırlar. Çalışma hayatına yeni başlayan ve iş deneyimi olmayan kişilerin, işle ilgili gerçek dışı beklentileri ve

hayalleri olabilmekte bu beklentilerin gerçekleşmediği durumlarda da hayal kırıklığına uğrayıp iş tatminsizliği yaşayabilmektedirler[56].

#### **2.3.2.1.3. Cinsiyet, eğitim düzeyi ve zekâ**

Hem ülkemizde yapılan hem de yurtdışı kaynaklı birçok çalışmanın sonucu iş doyumunu ve cinsiyet değişkeni arasındaki tutarlı bir ilişkinin olmadığı şeklindedir[57-59]. Clark; kadınların işten beklentilerinin daha düşük ve erkeklerden farklı olduğunu, bu yüzden iş doyumlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir[57]. Eğitim düzeyinin yükselmesi ile iş doyum düzeyinin artışı paralellik gösteren bir başka faktördür. Zekanın tanımlarından biri de bulunulan çevreye uyum sağlama yeteneğidir. Bireyin zekasıyla uyumlu bir iş, kişinin o işte tatmine ulaşmasını sağlarken, o iş için gereken zeka seviyesinin üstünde ya da altında bir zekaya sahip kişi ise iş tatminsizliği yaşayacaktır[60].

#### **2.3.2.1.Örgütsel Faktörler**

##### **2.3.2.1.1. İşin toplum içindeki itibarı- işin yapısı ve zorluk derecesi**

Toplumun bir iş hakkındaki genel kanaati ve işe karşı bakış açısı, iş doyumunu etkileyen en önemli faktörlerdendir. Her toplum bazı meslekleri idealize ederken bazı meslekler için ise tam tersi durum söz konusu olabilmektedir. Bulunulan sosyokültürel çevre tarafından saygın meslek gruplarından sayılan işlerde çalışan bireylerin iş doyumları da yüksek olabilmektedir. Bir işin yapısal özellikleri de iş doyumunu etkilemektedir. İşin sıra dışı olması, ilgi çekmesi, bireye öğrenme imkânı sunması, sorumluluk gerektirmesi iş doyumunu olumlu yönde etkileyecek özelliklerdendir. İşin zorluk derecesi iş doyumunu genellikle olumlu yönde etkileyen faktörlerdendir.

Çalışanlar yaptıkları işi başarmak ve bu başarının da başkaları tarafından takdir görmesini isterler. Zihinsel olarak zor bir iş başarıyor ve çevre de bunu fark ediyorsa

alışan bu işten st düzeyde doyum bulacaktır. Fiziksel emek yoğun işler ise toplumda yeterince takdir görmemekte çalışanda motivasyon kaybı oluşturup iş doyumsuzluğuna neden olabilmektedir[61].

#### **2.3.2.1.2. cret, terfi imkânı, ödüllendirme ve statü**

Bireyin iş karşılığı elde ettiği kazanç olan ücret, yapılan birçok çalışmaya göre iş doyumunda en etkili faktördür. Çalışanın işe karşı tutumunu, aldığı ücretin yeterliliği, olması gerekene oranla normalliliği ve ihtiyaçlarını karşılama derecesi belirleyecektir. alışan çalıştığı iş yerinin uyguladığı ücret sistemi ve terfi politikasının adil ve beklentilerine uygun olmasını istemektedir. Kurumun dengeli bir ücret politikası yürütmesi, yüksek ama adil olmayan ücret dağılıma göre iş doyumunu açısından daha önemlidir. Ücretin yanında çalışanlara sunulan terfi imkânı ve ödüllendirmeler de iş doyumuna katkı sağlamaktadır. Terfilerin ve yeni verilen statülerin bir temele dayanması ve adaletli olması da çalışanlar için önemlidir[62].

#### **2.3.2.1.3. Kurumsal ortam ve çalışma koşulları, yönetimsel yaklaşım**

İş görenler, çalıştıkları ortamın uygun fiziksel koşullara sahip olmasını isterler. Sıcaklığı, nemi, havalandırması, sessizliği, rahatlığı, tehlikesiz oluşu gibi yönlerden elverişli koşulları sağlayan bir iş, çalışanlar tarafından talep görür ve bu ortam iş doyumuna olumlu katkı sağlar[63]. Yöneticinin çalışanla kuracağı dengeli bir ilişki iş doyumunu için önemlidir. Ast- st ilişkisinde adil hakkaniyetli ve iletişime açık bir yaklaşım tarzı, çalışanların performanslarını artırmaya da yardımcı olur. İş görenlerin duygu ve düşüncelerine önem veren çalışana gerekli ilgi ve saygıyı gösteren kurumlar iş görenin sosyal içerikli ihtiyaçlarını karşılamış ve işe olan aidiyetlerini artırmış olurlar.

### 2.3.3. İş Doyumu Boyutları

İş doyumunu etkileyen faktörler bireysel ve örgütsel faktörler olarak ikiye ayrıldığı gibi iş doyumunu da içsel ve dışsal iş doyumunu olarak iki alt boyutta incelenmektedir. Bunların birleşimi ise genel iş doyumunu oluşturmaktadır

İçsel iş doyumunu: Kişisel faktörlere bağlı iş doyumunu olarak da ifade edilen içsel doyum, işi yapanın çalışma sürecinde hissettiği tatmindir. Başarı, bilinirlik, değer verilme, işte yükselme, sorumluluk alma gibi kişinin işin içsel özelliklerine bağlı memnuniyet durumudur[64].

Dışsal iş doyumunu: Adından da anlaşılacağı gibi işle ilgili dış faktörlerin etkisiyle oluşan doyumdur. Kurum politikası ve yönetim tarzı, ast-üst yaklaşımı, çalışılan ortamın fiziki şartları, iş garantisi, ücret, teknik yardım gibi işin çevresindeki etmenlere bağlı oluşan doyumdur[65].

### 2.3.4. Sağlık çalışanlarında iş doyumunu ve iş doyumsuzluğunun sonuçları

Sağlık çalışanlarının işlerinin kendilerine getirdiği yükümlülükleri en verimli şekilde sonuca ulaştırmalarında rol oynayan ana etkenlerden biri de iş doyumudur[66].

Aile hekimliği sistemi yaklaşık 16 sene önce pilot uygulamayla ülkemizde başlamıştır. Birinci basamak sağlık örgütlenmesinde devrimsel bir değişime neden olan ve sağlık sistemimizde görece yeni olan bu uygulamayla ilgili birinci basamakta hem koruyucu hem de tedavi edici hizmet sunumu yapan hekimlerin memnuniyet durumları ve iş doyumları merak edilmektedir. Aile hekimlerinin iş doyumunu sağlamaları hem yaptıkları hizmetin kalitesini artıracak hem de hasta memnuniyetini sağlayarak bu yeni sistemin işlevselliğine katkı sağlayacaktır. İş doyumunu, aile hekimliği çerçevesinde etkileyen faktörleri sayacak olursak ücret, meslekte terfi etme imkânı, yapılan iş ile alınan eğitimin uyumu, çalışma şartları, mezuniyet sonrası yaşam boyu eğitim gibi birçok etmen bulunmaktadır. Bu faktörlerde aile hekimleri lehine yapılacak her iyileştirme aile hekimliğinin daha kaliteli ve sürdürülebilir bir sistem olarak devam etmesini mümkün kılacaktır. Aksi durumda sağlık çalışanları özelinde

aile hekimlerinin iş tatminsizliği doğrudan doğruya hastalara yansiyacaktır ve bu yansımanın toplumdaki etkileri de haliyle olumsuz olacaktır.

Sağlık çalışanları da tüm çalışanlar gibi iş tatminsizliği yaşadığı durumlarda kendilerini farklı davranışlarla ifade edebilmektedirler.

\*Sesini yükseltme: Oluşan durumun düzelmesi için uğraşan bireyin tepkisidir. (Aktif-Yapıcı)

\*Kaçış: Çalışılan kurumu terk etme şeklindeki davranıştır. Yeni bir iş başvurusu yapmak, istifa etmek gibi... (Aktif-Yıkıcıdır)

\*Kaygısızlık (İhmal): Şartların daha kötüye gitmesine izin verme, kayıtsızlık. İşlerin kötüye gittiğini görüp işe geç kalmaya başlama, devamsızlık ve performans düşüklüğü şeklinde verilen tepkilerdir. (Pasif-Yıkıcı)

\*Bağlılık: Bulunulan durumun düzeleceği umuduyla bekleme, sabretme şeklindedir. Amirini ve kurumunu dış kaynaklardan gelen tepkilerden savunma davranışdır. (Pasif-Yapıcı)

### **3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ**

#### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Bu araştırma Kasım 2020- Ocak 2021 arasında Zonguldak ilinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin iş doyumu düzeyini ölçmek ve buna etki eden faktörleri belirleyip iş doyumu düzeyi ile bu faktörler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni**

Bu çalışmanın evrenini Zonguldak il genelinde aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimleri oluşturmuştur. Araştırmaya başlanmadan önce Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden elde edilen verilere göre aktif olarak 174 aile hekiminin sahada görev aldığı tespit edilmiştir.

Bu araştırma için örneklem çalışması yapılmamıştır. Evrenin tümüne ulaşmak hedeflenmiştir. Anket çalışması sonuçlarına göre sahada görev yapan 174 aile hekiminden 155 (%89)'ine ulaşılmıştır.

#### **3.3. Veri Toplama Metodu ve Kullanılan Ölçek**

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak çevrim içi anket uygulaması seçilmiştir. Katılımcılara gönderilen anket formlarında isim hanesi bulunmayıp çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara, araştırmanın bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacağı ve paylaşılmayacağı bilgisi verilmiştir. Anket formu 2 bölümden oluşmakta olup ilk kısım katılımcıların sosyo demografik özellikleri hakkında bilgi edinmeyi amaçlamakta ikinci kısım ise iş doyumu düzeyini ölçmeye yöneliktir.

### 3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form literatür bilgilerinden de faydalanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmış ve 32 sorudan oluşmaktadır (ek 1). Sosyodemografik veri formu içerisinde, hekimlerin demografik ve mesleki özellikleri, alışkanlıkları, eğitim durumları, aile hekimliği sistemi içerisinde rahatsız oldukları ve memnuniyet duydukları durumlar hakkında bilgi edinmek amacıyla hazırlanmış sorular bulunmaktadır.

### 3.3.2. Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ)

Araştırmamız anket formunun ikinci bölümünde aile hekimlerinin iş doyumu düzeyini ölçmek için Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) kullanılmıştır. MİDÖ uzun ve kısa form olarak tasarlanmış olup çalışmamızda katılımcılara 20 sorudan oluşan MİDÖ'nin kısa formu uygulanmıştır.

Weiss ve arkadaşları 1967 yılında iş doyumu düzeyini ölçmek için 100 soruluk MİDÖ'ni geliştirmişlerdir[65]. Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmalarının yapılması ise 1985 yılında Baycan tarafından gerçekleştirilmiştir[67] (Cronbach alfa = 0,77).

MİDÖ içsel ve dışsal iş tatmini faktörlerini belirleme özelliklerine sahip 20 sorudan oluşan beşli likert tipi bir ölçek olup içindeki her bir soru, kişinin işinden duyduğu memnuniyet seviyesini belirlemeye çalışan beş maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki bu maddeler;

Çok memnunum (5), memnunum (4), kararsızım (3), memnun değilim (2), hiç memnun değilim (1) puan olacak şekilde değerlendirilmektedir.

Alt boyutlardan;

*İçsel Doyum*; başarı, bilinirlik, değer verilme, işte yükselme, sorumluluk alma gibi kişinin işin içsel özelliklerine bağlı oluşan tatminiyle alakalı öğelerden oluşmaktadır.

Ölçekteki 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20 numaralı 12 maddeden oluşmuştur. Bu maddelerden elde edilen toplam puanın 12'ye bölünmesi sonucu içsel doyum puanı hesaplanmaktadır

*Dışsal Doyum*; kurum politikası ve yönetim tarzı, ast-üst yaklaşımı, çalışılan ortamın fiziki şartları, iş garantisi, ücret, teknik yardım gibi işin çevresindeki etmenlere bağlı öğelerden oluşmaktadır.

Ölçekteki 5,6,12,13,14,17,18,19 numaralı 8 maddeden oluşmuştur. Bu maddelerden elde edilen toplam puanın 8'e bölünmesi sonucu dışsal doyum puanı hesaplanmaktadır.

*Genel Doyum*; içsel ve dışsal doyum maddelerinin tümünü kapsamaktadır.

Ölçekteki 1'den 20'ye kadar olan tüm maddelerin toplamından elde edilen puanın 20'ye bölünmesi sonucu genel doyum puanı hesaplanmaktadır.

Ölçek uygulaması sonucunda elde edilen puan ortalamaları 1 ile 5 arasında bir değer almakta ve nötr doyum puanı 3 olarak kabul edilmektedir. 3'ün üzerindeki puanlar yüksek iş doyumunu, altındaki değerler ise düşük iş doyumunu olarak değerlendirilmektedir[67]. Yüzdelik dilim olarak analiz edildiğinde %75 ve üstü yüksek iş tatminini, %26- 74 arası orta iş tatminini, %25 ve altı ise düşük iş tatminini ifade etmektedir.

### **3.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Çalışmamızdaki hem bağımlı hem de bağımsız değişkenlere ait sayı ve yüzdelik dağılımlar hesaplandı. Yaş için ise ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı.

Araştırmamızdaki bağımlı değişken iş doyumunu düzeyidir.

Bağımsız değişkenler ise; hekimlerin kişisel özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sayısı, hanedeki kişi sayısı, aylık gelir, meslekte çalışma süresi vb), alışkanlıkları (sigara ve alkol kullanımı, egzersiz yapma, tatile çıkma vb), mesleki özellikleri ve eğitim durumları (görev yapılan birimin sınıfı, bölgesi, mobil hizmeti,

yöneticilik görevi sendika üyeliği, tıbbî makale okuma ve eğitimlere katılma vb) ve meslekle ilgili memnuniyet durumlarıdır. Bağımsız değişkenlerden medeni hal sorusuna verilen dul/boşanmış şeklindeki cevaplar bekâr kategorisi içinde değerlendirilerek analizleri yapılmıştır.

Çalışma hızını ve işinizin yoğunluğunu göz önüne alarak iş yükünüzü nasıl değerlendirirsiniz sorusuna verilen çok ağır cevabı, ağır grubunun içine diğer cevaplardan hafif ve çok hafif ise orta grubuna dahil edilmiştir.

Kurum içi eğitim dışında kurs, seminer gibi etkinliklere katılıyor musunuz sorusuna verilen evet sık sık katılıyorum cevabı fırsat buldukça katılıyorum grubu içinde değerlendirilerek analizleri yapılmıştır.

Hanenizdeki kişi sayısı sorusuna verilen 6 ve daha fazla kişi cevabı 5 ve üzeri grubuna dahil edilerek analizleri yapılmıştır.

Hanenize giren toplam aylık gelir sorusuna 8000 TL ve altı cevabı veren 4 kişi istatistiksel hesaplamalar için yeterli sayı olmadığından analizlerimizden çıkarılmıştır

Toplanan tüm bu data SPSS 18 paket programına girilip değerlendirilmiştir. İstatistiksel hesaplamalar, analizler ve hata kontrolleri yine bu program aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. MİDÖ'ne ait genel, içsel ve dışsal doyum puanlarının normal dağılıma uygunluğu test edildi. Çalışmamızdaki istatistiksel değerlendirmelerde bağımsız değişkenlerin özelliklerine göre parametrik testlerden Independent Sample t test ve tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA), non parametrik testlerden ise Kruskal Wallis (KWH) ve Mann Whitney U testleri uygulanmıştır. Grup sayısının 3 ve üzerinde olduğu durumlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılığı oluşturan grupların tespiti, parametrik değişkenler için post hoc analizlerinden Bonferroni testi ile non parametrik değişkenler için ise Kruskal Wallis (KWH) sonrası Bonferroni düzeltilmesi uygulanarak, Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için en az  $p < 0,05$  düzeyi baz alınarak değerlendirmeler yapılmıştır.

### 3.5. Etik Açıdan Uygunluk ve İzinler

Bu çalışmanın amacını kapsamını ve uygulanacak yöntemlerini içeren etik kurul başvuru formu doldurularak Bülent Ecevit Üniversitesi (BEÜ) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığına başvurulmuştur. İlgili başkanlığın 24/06/2020 tarihli 2020/13 nolu kararı ve Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 07/07/2020 tarihinde verilen izin üzerine çalışmaya başlanmıştır.

Çalışmada çevrim içi anket toplama metodu uygulanmıştır. Katılımcılara gönderilen anket formlarında isim hanesi bulunmayıp çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara, araştırmanın bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacağı ve paylaşılmayacağı bilgisi verilmiştir.

#### 4. BULGULAR

2020 yılı sonu itibariyle Zonguldak il genelinde aile sağığı merkezlerinde görevli aile hekimi sayısı 174 olup bunların 155' ine araştırmamız kapsamında ulaşılmıştır.

Aile hekimlerinin yaş ortalaması  $40,74 \pm 8,34$  yıl (Min-max: 26- 55) olarak tespit edilmiş olup hekimlerin % 84,5'i 31 yaş ve üzerindedir. Hekimlerin 98'si erkek 57'i kadındı. Katılımcıların % 78,1'i evli olduklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin % 83,5'inin eşlerinin bir işte çalıştığı, % 75,5'inin çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir. Tablo 2'de aile hekimlerine ait sosyodemografik veriler gösterilmiştir.

Hekimlerin % 47,1'i 16000 TL ve üzeri hane gelire sahip olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %27,7'si kronik bir hastalığa sahip iken, aynı evde 5 ve üzerinde kişi ile beraber yaşadıklarını belirtenlerin oranı %13,6'dır.

**Tablo 2:** Aile Hekimlerine Ait Sosyodemografik Veriler (n:155)

| ÖZELLİK                  | N   | %    |
|--------------------------|-----|------|
| <b>Yaş grubu</b>         |     |      |
| 21-30                    | 24  | 15,5 |
| 31-40                    | 58  | 37,4 |
| 41-50                    | 49  | 31,6 |
| 51-60                    | 24  | 15,5 |
| <b>Cinsiyet</b>          |     |      |
| Erkek                    | 98  | 63,2 |
| Kadın                    | 57  | 36,8 |
| <b>Medeni hal</b>        |     |      |
| Evli                     | 121 | 78,1 |
| Bekâr                    | 29  | 18,7 |
| Eşinden ayrılmış/Dul     | 5   | 3,2  |
| <b>Eş çalışma durumu</b> |     |      |
| Evet                     | 101 | 83,5 |
| Hayır                    | 20  | 16,5 |
| <b>Çocuk sayısı</b>      |     |      |
| Yok                      | 38  | 24,5 |
| 1                        | 50  | 32,3 |
| 2                        | 52  | 33,5 |

|                                   |     |      |
|-----------------------------------|-----|------|
| <b>3 ve daha çok</b>              | 15  | 9,7  |
| <b>Hane aylık geliri</b>          |     |      |
| <b>8000 ve altı</b>               | 4   | 2,6  |
| <b>8000-12000</b>                 | 32  | 20,6 |
| <b>12000-16000</b>                | 46  | 29,7 |
| <b>16000 ve daha fazla</b>        | 73  | 47,1 |
| <b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b> |     |      |
| <b>1</b>                          | 25  | 16,1 |
| <b>2</b>                          | 19  | 12,3 |
| <b>3</b>                          | 43  | 27,7 |
| <b>4</b>                          | 47  | 30,3 |
| <b>5</b>                          | 15  | 9,7  |
| <b>6 ve daha fazla</b>            | 6   | 3,9  |
| <b>Kronik hastalık durumu</b>     |     |      |
| <b>Evet</b>                       | 43  | 27,7 |
| <b>Hayır</b>                      | 112 | 72,3 |

Uzmanlık durumuna göre hekimler gruplandırıldığında pratisyen aile hekimlerinin çalışma grubunun % 80'ni oluşturduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin % 83,9'u en az 5 yıldır meslekte çalıştıklarını, %78,1' i de en az 3 yıldır aile hekimi olarak görev aldıklarını belirtmişlerdir. Aile sağlığı merkezlerinin köy ve beldelerde bulunduğunu ifade eden hekimlerin oranı % 21,9 iken çalıştıkları merkezin A sınıfı olduğunu belirtenlerin oranı % 52,5'tir. Ayrıca aile hekimlerinin % 89'unun birden fazla birimli merkezlerde çalıştığı tespit edilmiştir. Aile hekimlerinin mesleki özellikleri Tablo 3'te gösterilmektedir.

Mobil hizmet veren aile hekimi oranı % 54,2 iken çalıştığı merkezde yöneticilik görevi bulunan hekim oranı % 40'tır. Katılımcıların % 14,2'si herhangi bir sendikaya ya da aile hekimliği derneğine üye olmadığını belirtmişlerdir.

**Tablo 3:** Aile Hekimlerinin Mesleki Özellikleri (n:155)

| ÖZELLİK                                  | N   | %    |
|------------------------------------------|-----|------|
| <b>Uzmanlık durumu</b>                   |     |      |
| Aile hekimliği uzmanı                    | 17  | 11   |
| Pratisyen aile hekimi                    | 124 | 80   |
| SAHU ile uzmanlık eğitimi                | 14  | 9    |
| <b>Meslekte çalışılan süre</b>           |     |      |
| 0-5 yıl                                  | 25  | 16,1 |
| 5-10 yıl                                 | 20  | 12,9 |
| 10-15 yıl                                | 34  | 21,9 |
| 15-20 yıl                                | 25  | 16,1 |
| 20 yıldan fazla                          | 51  | 32,8 |
| <b>Aile hekimliğinde çalışılan süre</b>  |     |      |
| 0-3 yıl                                  | 34  | 21,9 |
| 3-6 yıl                                  | 19  | 12,3 |
| 6-9 yıl                                  | 27  | 17,4 |
| 9 yıldan fazla                           | 75  | 46,4 |
| <b>Çalışılan iş yeri bölgesi</b>         |     |      |
| İl merkezi                               | 55  | 35,5 |
| İlçe merkezi                             | 66  | 42,6 |
| Köy-belde                                | 34  | 21,9 |
| <b>Aile Sağlığı Merkezi sınıfı</b>       |     |      |
| A                                        | 81  | 52,3 |
| B                                        | 12  | 7,7  |
| C                                        | 2   | 1,3  |
| D                                        | 44  | 28,4 |
| Sınıfsız                                 | 16  | 10,3 |
| <b>Aile Sağlığı Merkezi Birim Sayısı</b> |     |      |
| Tek birim                                | 17  | 11   |
| 2                                        | 36  | 23,2 |
| 3                                        | 45  | 29   |
| 4                                        | 23  | 14,8 |
| 5 ve daha fazla                          | 34  | 21,9 |
| <b>Mobil Hizmet Durumu</b>               |     |      |
| Evet                                     | 84  | 54,2 |
| Hayır                                    | 71  | 45,8 |
| <b>Yöneticilik Görevi</b>                |     |      |
| Evet                                     | 62  | 40   |
| Hayır                                    | 93  | 60   |
| <b>Sendika/Dernek Üyeliği</b>            |     |      |
| Hem sendika hem dernek üyesi             | 69  | 44,5 |
| Sadece sendika üyesi                     | 24  | 15,5 |
| Sadece dernek üyesi                      | 40  | 25,8 |
| Üye değil                                | 22  | 14,2 |

Aile hekimlerinin % 35,5'i sigara kullandığını % 40'ı ise alkol kullandığını belirtmişlerdir. Düzenli egzersiz, spor gibi aktivitelerde bulunanların oranı % 20,6 iken düzenli tatile gidenler ise katılımcıların % 43,9'unu oluşturmaktadır. Hekimlerin % 62,6'sı ailelerine yeterince vakit ayıramadığını ifade etmişlerdir. Aile hekimlerinin alışkanlıkları Tablo 4'te gösterilmektedir.

**Tablo 4:** Aile Hekimlerinin Alışkanlıkları (n:155)

| ÖZELLİK                    | N   | %    |
|----------------------------|-----|------|
| <b>Sigara Kullanımı</b>    |     |      |
| Evet içiyorum              | 55  | 35,5 |
| İçiyordum bıraktım         | 44  | 29   |
| Hiç kullanmadım            | 55  | 35,5 |
| <b>Alkol Kullanımı</b>     |     |      |
| Evet kullanıyorum          | 63  | 40,6 |
| Kullanıyordum bıraktım     | 29  | 18,7 |
| Hiç kullanmadım            | 63  | 40,6 |
| <b>Düzenli Egzersiz</b>    |     |      |
| Evet                       | 32  | 20,6 |
| Hayır                      | 123 | 79,4 |
| <b>Düzenli Tatil</b>       |     |      |
| Evet                       | 68  | 43,9 |
| Hayır                      | 87  | 56,1 |
| <b>Aileye Vakit Ayırma</b> |     |      |
| Evet                       | 58  | 37,4 |
| Hayır                      | 97  | 62,6 |

Aile hekimlerinin %41,9'u hizmet içi eğitimler dışında kongre, kurs, seminer gibi eğitim faaliyetlerine katılmadığını belirtirken % 49'u da tıbbi makale okumadığını ifade etmiştir. Aile hekimlerinin sürekli mesleki gelişim süreçlerine ait veriler Tablo 5' te gösterilmektedir.

**Tablo 5:** Aile Hekimlerinin Sürekli Mesleki Gelişim Süreçleri (n:155)

| ÖZELLİK                             | N  | %    |
|-------------------------------------|----|------|
| <b>Kongre/Kurs/Seminer Katılımı</b> |    |      |
| Sık sık katılıyorum                 | 8  | 5,2  |
| Fırsat buldukça                     | 82 | 52,9 |
| Katılmıyorum                        | 65 | 41,9 |
| <b>Tıbbi Makale Okuma</b>           |    |      |
| Evet                                | 79 | 51   |
| Hayır                               | 76 | 49   |

Hekimlik mesleği kararı hakkındaki düşünceleri sorgulandığında; katılımcıların % 32,9'u doğru; %15,5'i yanlış seçim yaptığını ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünenlerin %51,6 olduğu tespit edilmiştir.

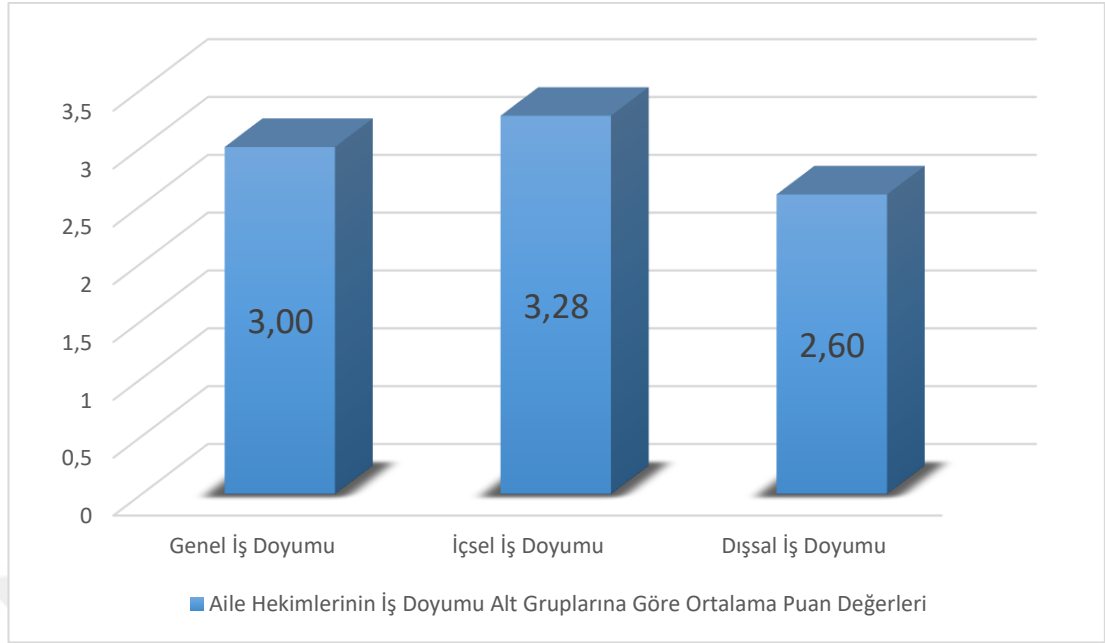
Hekimlerin aile hekimliği sisteminde çalışmaktan memnun olma durumu sorgulandığında, memnun olmayanların oranı % 58,7'i olarak tespit edilmiştir. Aile sağlığı merkezi denetimlerindeki genel yaklaşım ve kurallardan memnun olmayanların oranı ise % 22,6'dır. Aile hekimlerinin %45,2'si aşı ve izlem gibi koruyucu sağlık hizmeti görevlerinin yerine getirilmesi için negatif performans uygulamasına gerek olmadığını düşünürken % 7,7'si ise bunu gerekli görmektedir. Aile hekimlerinin sistemle ilgili görüşleri Tablo 6'da sunulmuştur.

Aile hekimlerinin % 60'ı mesleğini yaparken fiziksel ya da sözel şiddete maruz kaldığını belirtmektedir. Son 10 yılda aile hekimliğinin toplumsal saygınlığı konusunda görüşleri sorulan aile hekimleri, bu soruya % 86,5'i saygınlığın azaldığı yönünde cevap vermişlerdir. Katılımcıların % 51'i iş yüklerini ağır ve çok ağır olarak nitelendirirken % 3,9 u hafif olarak ifade etmektedir.

**Tablo 6:** Aile Hekimlerinin Sistemle İlgili Görüşleri (n:155)

| ÖZELLİK                                               | N   | %    |
|-------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Aile Hekimliğinden Memnuniyet</b>                  |     |      |
| Evet                                                  | 35  | 22,6 |
| Kısmen                                                | 29  | 18,7 |
| Hayır                                                 | 91  | 58,7 |
| <b>ASM Denetimlerinden Memnuniyet</b>                 |     |      |
| Evet                                                  | 34  | 21,9 |
| Kısmen                                                | 86  | 55,5 |
| Hayır                                                 | 35  | 22,6 |
| <b>Negatif Performans Uygulamasının Gerekliliği</b>   |     |      |
| Evet                                                  | 12  | 7,7  |
| Kısmen                                                | 73  | 47,1 |
| Hayır                                                 | 70  | 45,2 |
| <b>Mesleği Yaparken Şiddete Uğrama</b>                |     |      |
| Evet                                                  | 93  | 60   |
| Hayır                                                 | 62  | 40   |
| <b>Aile Hekimliğinin Toplumsal Saygınlık Değişimi</b> |     |      |
| Daha iyiye gitti                                      | 10  | 6,5  |
| Aynı kaldı                                            | 11  | 7,1  |
| Daha kötüye gitti                                     | 134 | 86,5 |
| <b>İş Yüğü Değerlendirme</b>                          |     |      |
| Çok ağır                                              | 19  | 12,3 |
| Ağır                                                  | 60  | 38,7 |
| Orta                                                  | 70  | 45,2 |
| Hafif                                                 | 6   | 3,9  |

Minnesota iş doyum ölçeği' ne ait genel iş doyum puanları 1,40 ile 4,80 arasında olup ortalaması  $3,00 \pm 0,58$ , içsel iş doyum puanları 1,50 ile 5 arasında olup ortalaması  $3,28 \pm 0,60$ , dışsal iş doyum puanları 1 ile 4,63 arasında olup ortalaması  $2,60 \pm 0,67$ 'tir. Bu sonuçlar ışığında çalışmamıza katılan aile hekimlerinin orta düzey iş tatminine sahip oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin Minnesota iş doyum ölçeği ortalama puanları Tablo 7'de ve ölçeğin alt boyutlarına göre elde ettikleri puan ortalamaları Şekil 1'de gösterilmiştir.



**Şekil 1:** Aile Hekimlerinin iş doyumu alt gruplarına göre ortalama puan değerleri

**Tablo 7:** Minnesota iş doyum ölçeği puanlarının dağılımı

|                | Genel İş Doyumu | İçsel İş Doyumu | Dışsal İş Doyumu |
|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| N              | 155             | 155             | 155              |
| Ortalama       | 3,00            | 3,28            | 2,60             |
| Ortanca        | 3,02            | 3,36            | 2,60             |
| Standart Sapma | ,58             | ,60             | ,67              |
| Minimum        | 1,40            | 1,50            | 1,00             |
| Maximum        | 4,80            | 5,00            | 4,63             |

Minnesota iş doyum ölçeği ve ölçek alt boyutlarının güvenilirliği (Cronbach's Alpha değeri) Tablo 8'de gösterilmiştir.

Çalışmamızda yararlandığımız Minnesota iş doyum ölçeğine yaptığımız güvenilirlik analizi sonuçlarına göre ölçeğin iyi derecede tutarlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Genel iş doyum ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0.874, içsel iş doyum ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0.859, dışsal iş doyum ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0.742 olarak bulunmuştur.

**Tablo 8:** Ölçek ve alt boyutlarına ait iç tutarlılık analizi

| Minnesota İş Doyum Ölçeği | Madde Sayısı | Cronbach's Alpha |
|---------------------------|--------------|------------------|
| İçsel İş Doyumu           | 12           | 0,859            |
| Dışsal Doyumu             | 8            | 0,742            |
| Genel İş Doyumu           | 20           | 0,874            |

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin yaş grupları arasında genel ve içsel iş doyumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (P: 0,03 P: 0,04). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu öğrenmek için yapılan ileri analizde 21-30 ve 41-50 yaş gruplarının benzer karakterde davrandığı ve her iki grubun da 31-40 ve 51-60 yaş gruplarından daha yüksek iş doyumu puan ortalamasına sahip olduğu ve anlamlı farklılığın bu gruplar arasında olduğu tespit edilmiştir.

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadınların genel ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (P: 0,03, P: 0,00).

Aile hekimlerinden evli olanların iş doyumu alt boyutları puan ortalamaları bekâr olanlardan yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin eşlerinin çalışma durumuna, çocuk sayısına, hanelerine giren toplam aylık gelirlerine ve kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre iş doyumu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ile MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel analiz sonuçları ve karşılaştırılması Tablo 9'da gösterilmektedir.

**Tablo 9:** Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

| KATEGORİ                          | GENEL İŞ DOYUMU<br>Ort ± SS (Min-max) | İÇSEL İŞ DOYUMU<br>Ort ± SS (Min-max) | DIŞSAL İŞ DOYUMU<br>Ort ± SS (Min-max) |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Yaş</b>                        |                                       |                                       |                                        |
| 21-30                             | 3,13 ± 0,36                           | 3,42 ± 0,39                           | 2,69 ± 0,58                            |
| 31-40                             | 2,90 ± 0,59                           | 3,14 ± 0,64                           | 2,56 ± 0,69                            |
| 41-50                             | 3,12 ± 0,58                           | 3,40 ± 0,56                           | 2,71 ± 0,66                            |
| 51-60                             | 2,88 ± 0,59                           | 3,23 ± 0,71                           | 2,34 ± 0,68                            |
| Total                             | 3,00 ± 0,56                           | 3,28 ± 0,60                           | 2,60 ± 0,67                            |
| İstatistiksel önem <sup>b</sup>   | <b>P: 0,03</b>                        | <b>P: 0,04</b>                        | P: 0,12                                |
| <b>Cinsiyet</b>                   |                                       |                                       |                                        |
| Erkek                             | 2,92 ± 0,57                           | 3,24 ± 0,65                           | 2,45 ± 0,64                            |
| Kadın                             | 3,15 ± 0,51                           | 3,35 ± 0,50                           | 2,85 ± 0,65                            |
| İstatistiksel önem <sup>a</sup>   | <b>P: 0,03</b>                        | P: 0,13                               | <b>P: 0,00</b>                         |
| <b>Medeni hal</b>                 |                                       |                                       |                                        |
| Evli                              | 3,01 ± 0,52                           | 3,30 ± 0,57                           | 2,57 ± 0,65                            |
| Bekâr                             | 2,98 ± 0,69                           | 3,18 ± 0,71                           | 2,70 ± 0,74                            |
| İstatistiksel önem <sup>b</sup>   | P: 0,80                               | P: 0,26                               | P: 0,31                                |
| <b>Eş çalışma durumu</b>          |                                       |                                       |                                        |
| Evet                              | 3,00 ± 0,52                           | 3,28 ± 0,54                           | 2,58 ± 0,65                            |
| Hayır                             | 3,04 ± 0,54                           | 3,42 ± 0,70                           | 2,48 ± 0,63                            |
| İstatistiksel önem <sup>b</sup>   | P: 0,50                               | P: 0,29                               | P: 0,62                                |
| <b>Çocuk sayısı</b>               |                                       |                                       |                                        |
| Yok                               | 3,04 ± 0,56                           | 3,31 ± 0,61                           | 2,64 ± 0,68                            |
| 1                                 | 3,02 ± 0,64                           | 3,22 ± 0,63                           | 2,72 ± 0,76                            |
| 2                                 | 2,97 ± 0,52                           | 3,3 ± 0,63                            | 2,45 ± 0,57                            |
| 3 ve daha çok                     | 3,00 ± 0,43                           | 3,29 ± 0,42                           | 2,57 ± 0,59                            |
| İstatistiksel önem <sup>c</sup>   | P: 0,78                               | P: 0,96                               | P: 0,20                                |
| <b>Hane aylık geliri</b>          |                                       |                                       |                                        |
| 12000 TL ve altı                  | 2,98 ± 0,59                           | 3,30 ± 0,73                           | 2,51 ± 0,66                            |
| 12000-16000                       | 2,90 ± 0,45                           | 3,13 ± 0,50                           | 2,55 ± 0,56                            |
| 16000 ve daha fazla               | 3,08 ± 0,61                           | 3,36 ± 0,61                           | 2,65 ± 0,75                            |
| İstatistiksel önem <sup>c</sup>   | P: 0,15                               | P: 0,50                               | P: 0,78                                |
| <b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b> |                                       |                                       |                                        |
| 1                                 | 2,95 ± 0,57                           | 3,18 ± 0,59                           | 2,61 ± 0,63                            |
| 2                                 | 2,96 ± 0,50                           | 3,33 ± 0,64                           | 2,41 ± 0,56                            |
| 3                                 | 3,02 ± 0,66                           | 3,22 ± 0,69                           | 2,72 ± 0,80                            |
| 4                                 | 2,95 ± 0,46                           | 3,27 ± 0,52                           | 2,48 ± 0,55                            |
| 5 ve üzeri                        | 3,20 ± 0,58                           | 3,48 ± 0,56                           | 2,77 ± 0,70                            |
| İstatistiksel önem <sup>c</sup>   | P: 0,47                               | P: 0,50                               | P: 0,23                                |
| <b>Kronik hastalık durumu</b>     |                                       |                                       |                                        |
| Evet                              | 2,99 ± 0,61                           | 3,26 ± 0,64                           | 2,57 ± 0,75                            |
| Hayır                             | 3,01 ± 0,54                           | 3,28 ± 0,59                           | 2,60 ± 0,64                            |
| İstatistiksel önem <sup>b</sup>   | P: 0,82                               | P: 0,52                               | P: 0,87                                |

<sup>a</sup>Student t test <sup>b</sup>Mann-Whitney U <sup>c</sup>Kruskal Wallis Test

Uzmanlık durumuna göre aile hekimleri değerlendirildiğinde, aile hekimliği uzmanlarının genel, içsel ve dışsal iş doyum puan ortalamalarının pratisyen aile hekimleri ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı (SAHU) eğitimi alanlardan daha yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin meslekte çalıştıkları yıla, aile hekimliği sistemi içinde çalıştıkları süreye, mobil hizmet varlığına, aile sağlığı merkezlerinin bulunduğu konuma ve birim sayısına göre genel iş doyumunu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Aile sağlığı merkezinde bulunan birim sayısına göre değerlendirme yapıldığında tek birimli aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin dışsal iş doyum puanları, birden fazla birimli merkezlerde çalışan aile hekimlerinden daha düşük bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $P:0,03$ ).

Aile sağlığı merkezlerinde yöneticilik görevi olan aile hekimlerinin dışsal iş doyum puan ortalamalarının yöneticilik görevi olmayanlardan daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $P:0,049$ ). Aile hekimlerinin mesleki özellikleri ile MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel analiz sonuçları ve karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmektedir.

**Tablo 10:** Aile Hekimlerinin Mesleki Özelliklerine Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

| KATEGORİ                                 | GENEL İŞ<br>DOYUMU<br>Ort ± SS | İÇSEL İŞ<br>DOYUMU<br>Ort ± SS | DIŞSAL İŞ<br>DOYUMU<br>Ort ± SS |
|------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <b>Uzmanlık durumu</b>                   |                                |                                |                                 |
| Aile hekimliği uzmanı                    | 3,12 ± 0,31                    | 3,40 ± 0,33                    | 2,70 ± 0,47                     |
| Pratisyen aile hekimi                    | 3,00 ± 0,59                    | 3,29 ± 0,63                    | 2,57 ± 0,70                     |
| SAHU ile uzmanlık eğitimi                | 2,91 ± 0,52                    | 3,06 ± 0,60                    | 2,68 ± 0,56                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>c</sup>    | P: 0,70                        | P: 0,37                        | P: 0,53                         |
| <b>Meslekte çalışılan süre</b>           |                                |                                |                                 |
| 0-5 yıl                                  | 3,02 ± 0,53                    | 3,26 ± 0,59                    | 2,64 ± 0,65                     |
| 5-10 yıl                                 | 3,01 ± 0,54                    | 3,28 ± 0,65                    | 2,62 ± 0,56                     |
| 10-15 yıl                                | 2,88 ± 0,42                    | 3,16 ± 0,53                    | 2,46 ± 0,46                     |
| 15-20 yıl                                | 3,26 ± 0,60                    | 3,48 ± 0,51                    | 2,92 ± 0,83                     |
| 20 yıldan fazla                          | 2,96 ± 0,61                    | 3,26 ± 0,67                    | 2,50 ± 0,71                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>c</sup>    | P: 0,19                        | P: 0,47                        | P: 0,22                         |
| <b>Aile hekimliğinde çalışılan süre</b>  |                                |                                |                                 |
| 0-3 yıl                                  | 3,06 ± 0,47                    | 3,35 ± 0,56                    | 2,62 ± 0,58                     |
| 3-6 yıl                                  | 2,76 ± 0,56                    | 2,95 ± 0,66                    | 2,47 ± 0,56                     |
| 6-9 yıl                                  | 3,10 ± 0,39                    | 3,41 ± 0,46                    | 2,61 ± 0,49                     |
| 9 yıldan fazla                           | 3,01 ± 0,63                    | 3,28 ± 0,63                    | 2,61 ± 0,78                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>c</sup>    | P: 0,29                        | P: 0,11                        | P: 0,89                         |
| <b>Çalışılan iş yeri bölgesi</b>         |                                |                                |                                 |
| İl merkezi                               | 2,97 ± 0,58                    | 3,24 ± 0,58                    | 2,56 ± 0,69                     |
| İlçe merkezi                             | 3,07 ± 0,49                    | 3,34 ± 0,57                    | 2,66 ± 0,63                     |
| Köy-belde                                | 2,94 ± 0,65                    | 3,20 ± 0,70                    | 2,53 ± 0,70                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>c</sup>    | P: 0,29                        | P: 0,39                        | P: 0,54                         |
| <b>Aile sağlığı merkezi sınıfı</b>       |                                |                                |                                 |
| A                                        | 3,04 ± 0,57                    | 3,30 ± 0,59                    | 2,64 ± 0,71                     |
| B                                        | 2,82 ± 0,38                    | 3,17 ± 0,60                    | 2,29 ± 0,51                     |
| D                                        | 3,03 ± 0,41                    | 3,25 ± 0,50                    | 2,70 ± 0,41                     |
| Sınıfsız                                 | 2,96 ± 0,91                    | 3,34 ± 0,95                    | 2,39 ± 0,96                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>c</sup>    | P: 0,32                        | P: 0,63                        | <b>P: 0,03</b>                  |
| <b>Aile sağlığı merkezi birim sayısı</b> |                                |                                |                                 |
| 1                                        | 2,90 ± 0,67                    | 3,33 ± 0,79                    | 2,12 ± 0,61                     |
| 2                                        | 3,00 ± 0,64                    | 3,25 ± 0,68                    | 2,62 ± 0,76                     |
| 3                                        | 3,15 ± 0,47                    | 3,42 ± 0,53                    | 2,75 ± 0,54                     |
| 4                                        | 3,10 ± 0,59                    | 3,42 ± 0,48                    | 2,38 ± 0,85                     |
| 5 ve daha fazla                          | 3,00 ± 0,47                    | 3,33 ± 0,58                    | 2,62 ± 0,54                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>c</sup>    | P: 0,38                        | P: 0,91                        | <b>P: 0,01</b>                  |
| <b>Mobil hizmet durumu</b>               |                                |                                |                                 |
| Evet                                     | 3,03 ± 0,60                    | 3,33 ± 0,64                    | 2,59 ± 0,69                     |
| Hayır                                    | 2,97 ± 0,51                    | 3,22 ± 0,55                    | 2,60 ± 0,64                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>a</sup>    | P: 0,51                        | P: 0,26                        | P: 0,88                         |
| <b>Yöneticilik görevi</b>                |                                |                                |                                 |
| Evet                                     | 2,92 ± 0,65                    | 3,22 ± 0,69                    | 2,47 ± 0,70                     |
| Hayır                                    | 3,06 ± 0,48                    | 3,32 ± 0,53                    | 2,69 ± 0,63                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>a</sup>    | P: 0,13                        | P: 0,33                        | <b>P: 0,049</b>                 |

| Sendika/Dernek üyeliği                |             |             |             |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Hem sendika hem dernek üyesi          | 3,00 ± 0,62 | 3,25 ± 0,68 | 2,62 ± 0,72 |
| Sadece sendika üyesi                  | 3,08 ± 0,57 | 3,42 ± 0,72 | 2,38 ± 0,51 |
| Sadece dernek üyesi                   | 3,08 ± ,048 | 3,42 ± 0,44 | 2,69 ± 065  |
| Üye değil                             | 3,25 ± 0,45 | 3,42 ± 0,44 | 2,81 ± 0,68 |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>c</sup> | P: 0,57     | P: 0,46     | P: 0,43     |

<sup>a</sup>Student t test <sup>c</sup>Kruskal Wallis Test

Alkol kullanma durumuna göre değerlendirme yapıldığında genel, içsel ve dışsal iş doyumu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (P: 0,009, 0,006, 0,046). İleri analiz yöntemleriyle daha önce alkol kullanıp bırakanların alkol kullanımına devam edenlerden daha yüksek iş doyumu puan ortalamasına sahip olduğu ve önemli farklılığın bu iki grup arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir

Düzenli tatile çıkma alışkanlığı olan aile hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyum puan ortalamaları düzenli olarak tatile çıkmayanlardan yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (P: 0,004, P: 0,018, P: 0,005)

Ailesine yeterli vakti ayırabildiğini belirten hekimlerin genel, içsel ve dışsal iş doyum puan ortalamaları ayıramadığını belirten hekimlerden daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak önemlidir (P: 0,003, P: 0,027, P: 0,002). Aile hekimlerin bazı alışkanlıkları ile MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel analiz sonuçları ve karşılaştırılması Tablo 11’de gösterilmektedir.

**Tablo 11:** Aile Hekimlerinin Alışkanlıklarına Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

| KATEGORİ                              | GENEL İŞ<br>DOYUMU<br>Ort ± SS | İÇSEL İŞ<br>DOYUMU<br>Ort ± SS | DIŞSAL İŞ<br>DOYUMU<br>Ort ± SS |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <b>Sigara kullanımı</b>               |                                |                                |                                 |
| Evet içiyorum                         | 3,05 ± 0,67                    | 3,42 ± 0,75                    | 2,62 ± 0,73                     |
| İçiyordum bıraktım                    | 2,95 ± 0,48                    | 3,33 ± 0,50                    | 2,38 ± 0,64                     |
| Hiç kullanmadım                       | 3,05 ± 0,50                    | 3,33 ± 0,52                    | 2,75 ± 0,62                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>d</sup> | P: 0,85                        | P: 0,98                        | P: 0,36                         |
| <b>Alkol kullanımı</b>                |                                |                                |                                 |
| Evet kullanıyorum                     | 2,90 ± 0,66                    | 3,17 ± 0,70                    | 2,38 ± 0,82                     |
| Kullanıyordum bıraktım                | 3,25 ± 0,46                    | 3,58 ± 0,49                    | 2,88 ± 0,54                     |
| Hiç kullanmadım <sup>c</sup>          | 3,00 ± 0,44                    | 3,33 ± 0,60                    | 2,62 ± 0,67                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>b</sup> | <b>P: 0,009</b>                | <b>0,006</b>                   | <b>0,046</b>                    |
| <b>Düzenli egzersiz</b>               |                                |                                |                                 |
| Evet                                  | 3,28 ± 0,67                    | 3,50 ± 0,75                    | 2,75 ± 0,74                     |
| Hayır                                 | 3,00 ± 0,52                    | 3,33 ± 0,56                    | 2,50 ± 0,65                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>b</sup> | P: 0,072                       | P: 0,074                       | P: 0,30                         |
| <b>Düzenli tatil</b>                  |                                |                                |                                 |
| Evet                                  | 3,15 ± 0,52                    | 3,40 ± 0,52                    | 2,76 ± 0,70                     |
| Hayır                                 | 2,89 ± 0,56                    | 3,18 ± 0,65                    | 2,46 ± 0,61                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>a</sup> | <b>P: 0,004</b>                | <b>P: 0,018</b>                | <b>P: 0,005</b>                 |
| <b>Aileye vakit ayırma</b>            |                                |                                |                                 |
| Evet                                  | 3,17 ± 0,54                    | 3,40 ± 0,55                    | 2,82 ± 0,71                     |
| Hayır                                 | 2,91 ± 0,55                    | 3,20 ± 0,62                    | 2,46 ± 0,60                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>b</sup> | <b>P: 0,003</b>                | <b>0,027</b>                   | <b>P: 0,002</b>                 |

<sup>a</sup>Student T Test <sup>b</sup>Mann-Whitney U <sup>c</sup>Kruskal Wallis Test <sup>d</sup>Oneway ANOVA Test

Aile hekimlerine zorunlu tutulan hizmet içi eğitimler dışında kongre, kurs, seminer gibi eğitim faaliyetlerine fırsat buldukça katılıyorum diyenlerin iş doyumu puan ortalamaları katılmıyorum cevabını veren hekimlerden yüksek bulunmuştur fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Tıbbi makale okuyan hekimler ile okumayan hekimler arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık yoktur.

Aile hekimlerinin sürekli mesleki gelişim faaliyetleri ile MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel analiz sonuçları ve karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmektedir.

**Tablo 12:** Aile Hekimlerinin Sürekli Mesleki Gelişim Faaliyetlerine Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

| KATEGORİ                              | GENEL İŞ<br>DOYUMU<br>Ort ± SS | İÇSEL İŞ<br>DOYUMU<br>Ort ± SS | DIŞSAL İŞ<br>DOYUMU<br>Ort ± SS |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <b>Kongre/Kurs/Seminer Katılımı</b>   |                                |                                |                                 |
| Fırsat buldukça katılıyorum           | 3,05 ± 0,52                    | 3,42 ± 0,54                    | 2,62 ± 0,69                     |
| Katılmıyorum                          | 3,00 ± 0,60                    | 3,33 ± 0,67                    | 2,50 ± 0,64                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>a</sup> | P: 0,14                        | P: 0,12                        | P: 0,32                         |
| <b>Tıbbi makale okuma</b>             |                                |                                |                                 |
| Evet                                  | 3,05 ± 0,56                    | 3,42 ± 0,59                    | 2,62 ± 0,68                     |
| Hayır                                 | 2,98 ± 0,56                    | 3,33 ± 0,61                    | 2,56 ± 0,65                     |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>a</sup> | P: 0,37                        | P: 0,15                        | P: 0,95                         |

<sup>a</sup>Student T Test

Hekimlik mesleğini seçme konusundaki değerlendirmemizde genel, içsel ve dışsal iş doyumu puan ortalamalarına göre istatistiksel açıdan önemli farklılık saptanmıştır (P: 0,00, P: 0,00, P: 0,00). İleri analiz yöntemiyle anlamlı farklılığın bulunduğu gruplar saptanmıştır. Doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerin genel, içsel ve dışsal iş doyumu ortalama puanları yanlış seçim yaptığını düşünenlerden yüksektir ve bu farklılık anlamlıdır. Doğru seçim yaptığını düşünen hekimler ile bazen yanlış seçim yaptığını düşünenler arasında genel ve içsel iş doyumu puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunurken dışsal iş doyumu açısından önemli farklılık saptanmamıştır.

Aile hekimliği sisteminden memnun olan hekimlerin genel, içsel ve dışsal iş doyum puan ortalamaları memnun olmayanlardan yüksek bulunmuştur ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (P: 0,00, P: 0,02, P: 0,00).

Aile sağlığı merkezi denetimlerindeki genel yaklaşım ve kurallardan memnun olma durumuna göre iş doyum ölçeği alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmıştır (P: 0,006, P: 0,035, P: 0,00). Denetimlerden memnun olan hekimlerin memnun olmayan hekimlerden genel, içsel ve dışsal iş doyumu ortalama puanları daha yüksektir ve farklılık bu iki grup arasından kaynaklanmaktadır.

Mesleğini yaparken şiddete uğrayan hekimlerin genel ve dışsal iş doyum ortalama puanları şiddetle karşılaşmamış hekimlerden daha düşüktür ve bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (P: 0,00, P: 0,00).

İş yüklerinin ağır olduğunu söyleyen hekimlerin genel, içsel ve dışsal iş doyum ortalama puanları iş yüklerini orta olarak ifade eden hekimlerden daha düşük olduğu ve bu farklılığın önemli olduğu tespit edilmiştir (P: 0,00, P: 0,01, P: 0,00). Aile hekimlerin sistemle ilgili görüşlerine göre MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel analiz sonuçları ve karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmektedir.

**Tablo 13:** Aile Hekimlerinin Sistemle İlgili Görüşlerine Göre İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

| KATEGORİ                                            | GENEL İŞ DOYUMU<br>Ort ± SS | İÇSEL İŞ DOYUMU<br>Ort ± SS | DIŞSAL İŞ DOYUMU<br>Ort ± SS |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <b>Aile hekimliğinden memnuniyet</b>                |                             |                             |                              |
| Evet                                                | 3,38 ± 0,65                 | 3,64 ± 0,70                 | 3,00 ± 0,82                  |
| Hayır                                               | 2,72 ± 0,54                 | 3,10 ± 0,63                 | 2,12 ± 0,60                  |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>a</sup>               | <b>P: 0,00</b>              | <b>P: 0,02</b>              | <b>P: 0,00</b>               |
| <b>ASM denetimlerinden memnuniyet</b>               |                             |                             |                              |
| Evet                                                | 3,20 ± 0,58                 | 3,50 ± 0,60                 | 2,75 ± 0,72                  |
| Kısmen                                              | 3,02 ± 0,48                 | 3,33 ± 0,52                 | 2,62 ± 0,57                  |
| Hayır                                               | 2,90 ± 0,62                 | 3,17 ± 0,73                 | 2,25 ± 0,71                  |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>c</sup>               | <b>P: 0,006</b>             | <b>P: 0,035</b>             | <b>P: 0,00</b>               |
| <b>Negatif performans uygulamasının gerekliliği</b> |                             |                             |                              |
| Evet                                                | 2,85 ± 0,67                 | 3,20 ± 0,87                 | 2,50 ± 0,59                  |
| Kısmen                                              | 3,15 ± 0,50                 | 3,42 ± 0,48                 | 2,75 ± 0,67                  |
| Hayır                                               | 2,95 ± 0,58                 | 3,29 ± 0,65                 | 2,50 ± 0,66                  |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>c</sup>               | <b>P: 0,03</b>              | <b>P: 0,19</b>              | <b>P: ,0,01</b>              |
| <b>Mesleği yaparken şiddete uğrama</b>              |                             |                             |                              |
| Evet                                                | 2,91 ± 0,56                 | 3,22 ± 0,62                 | 2,45 ± 0,68                  |
| Hayır                                               | 3,14 ± 0,53                 | 3,36 ± 0,57                 | 2,81 ± 0,60                  |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>a</sup>               | <b>P: 0,00</b>              | <b>P: 0,10</b>              | <b>P: 0,00</b>               |
| <b>İş yükü Değerlendirme</b>                        |                             |                             |                              |
| Ağır                                                | 2,60± 0,55                  | 3,17± 0,65                  | 2,36± 0,62                   |
| Orta                                                | 3,20± 0,50                  | 3,50± 0,52                  | 2,88± 0,60                   |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>a</sup>               | <b>P: 0,00</b>              | <b>P: 0,01</b>              | <b>P: 0,00</b>               |

<sup>a</sup>Student T Test    <sup>c</sup>Kruskal Wallis

Aile hekimlerinin % 88'i iş yüklerinin gün geçtikçe artmasından rahatsızken bu konudan şikayetçi olan hekimlerin iş doyumu alt boyutlarının tümünde ortalama puanlarının rahatsız olmayan hekimlerden istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin % 53'ü negatif performans sisteminden rahatsız olduğunu ifade ederken bu konudan şikayetçi olmayan hekimlerin iş doyumu alt boyutlarının tümünde ortalama puanlarının rahatsız olan hekimlerden istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Aile hekimlerinin % 81'i cari giderlerin artışıyla hak edişlerde gelir kaybı yaşamaktan rahatsız olduğunu ifade ederken bu konudan şikayetçi olan hekimlerin iş doyumu alt boyutlarının tümünde ortalama puanlarının şikayetçi olmayan hekimlerden istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin % 81'i aile hekimliğinin itibar kaybına uğramasından rahatsız olduğunu ifade ederken bu konudan şikayetçi olmayan hekimlerin iş doyumu alt boyutlarının tümünde ortalama puanlarının rahatsız olduğunu belirten hekimlerden istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Aile hekimlerinin aile hekimliği sisteminde en rahatsız olduğu konularla ilgili MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel analiz sonuçları ve karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmektedir.

**Tablo 14:** Aile Hekimliği Sisteminde En Rahatsız Olunan Konular ile İş Tatmini Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

| KATEGORİ                                                    | KİŞİ<br>SAYISI<br>(N)<br>% | GENEL<br>İŞ<br>DOYUM<br>U<br>Ort ± SS | İÇSEL İŞ<br>DOYUM<br>U<br>Ort ± SS | DIŞSAL<br>İŞ<br>DOYUM<br>U<br>Ort ± SS |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>İş yükünün gün geçtikçe artması</b>                      |                            |                                       |                                    |                                        |
| Evet                                                        | 136                        | 2,98 ±                                | 3,33 ±                             | 2,50 ±                                 |
| Hayır                                                       | %88                        | 0,52                                  | 0,58                               | 0,63                                   |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>b</sup>                       | 19                         | 3,50 ±                                | 3,66 ±                             | 3,12 ±                                 |
|                                                             | %12                        | 0,60                                  | 0,66                               | 0,64                                   |
|                                                             |                            | <b>P: 0,00</b>                        | <b>P: 0,007</b>                    | <b>P: 0,00</b>                         |
| <b>Negatif performans uygulaması</b>                        |                            |                                       |                                    |                                        |
| Evet                                                        | 82                         | 2,95 ±                                | 3,29 ±                             | 2,44 ±                                 |
| Hayır                                                       | %53                        | 0,58                                  | 0,63                               | 0,64                                   |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>b</sup>                       | 73                         | 3,15 ±                                | 3,42 ±                             | 2,75 ±                                 |
|                                                             | %47                        | 0,51                                  | 0,56                               | 0,67                                   |
|                                                             |                            | <b>P: 0,03</b>                        | <b>P: 0,04</b>                     | <b>P: 0,01</b>                         |
| <b>Cari giderlerin artışı ile hak edişlerde gelir kaybı</b> |                            |                                       |                                    |                                        |
| Evet                                                        | 125                        | 2,95 ±                                | 3,25 ±                             | 2,50 ±                                 |
| Hayır                                                       | %81                        | 0,51                                  | 0,60                               | 0,58                                   |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>b</sup>                       | 30                         | 3,42 ±                                | 3,67 ±                             | 3,19 ±                                 |
|                                                             | %19                        | 0,57                                  | 0,46                               | 0,85                                   |
|                                                             |                            | <b>P: 0,00</b>                        | <b>P: 0,00</b>                     | <b>P: 0,002</b>                        |
| <b>Aile hekimliğinin itibar kaybı</b>                       |                            |                                       |                                    |                                        |
| Evet                                                        | 125                        | 2,95 ±                                | 3,33 ±                             | 2,50 ±                                 |
| Hayır                                                       | %81                        | 0,53                                  | 0,59                               | 0,63                                   |
| İstatistiksel anlamlılık <sup>b</sup>                       | 30                         | 3,35 ±                                | 3,50 ±                             | 2,88 ±                                 |
|                                                             | %19                        | 0,56                                  | 0,49                               | 0,76                                   |
|                                                             |                            | <b>P: 0,002</b>                       | <b>P: 0,001</b>                    | <b>P: 0,023</b>                        |

<sup>b</sup>Mann-Whitney U

## 5. TARTIŞMA

Zonguldak ili aile sağılığı merkezlerinde çalışan 155 aile hekiminin iş doyumunu ve bunu etkileyen faktörleri inceleyen araştırmamızda kullandığımız Minnesota İş Doyum Ölçeğı'ne ait yaptığımız güvenilirlik analizi sonuçlarına göre genel, içsel ve dışsal iş doyumunu Cronbach-alpha değerleri sırasıyla; 0,874, 0,859, 0,742'dir.

Nal ve arkadaşlarının hastane çalışanlarında iş doyumunu düzeyini araştırdığı bir çalışmada MİDÖ alt boyutlarına ait Cronbach-alpha değerleri sırasıyla; 0,917, 0,875, 0,834 olarak bulunmuştur[68]. Benli ve arkadaşlarının Kocaeli'de görev yapan aile hekimlerinin iş tatmini düzeyini araştırdığı çalışmada ise genel iş doyumuna ait Cronbach-alpha değeri 0,947 olarak tespit edilmiştir[69]. Çin'in Liaoning eyaletinde görev yapan 1300 doktor üzerinde yapılan iş doyumunu çalışmasında Cronbach-alpha değeri 0,95 olarak rapor edilmiştir[70].

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin orta düzey iş doyumuna sahip olduğu ve genel, içsel ve dışsal iş doyum puan ortalamaları sırasıyla; 3,00, 3,28 ve 2,60 olarak belirlenmiştir.

Tözün'ün, Eskişehir'de çalışan aile hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin orta düzey iş doyumuna sahip olduğu saptanmıştır. İş doyumunu puan ortalamaları ise tüm alt boyutlarda çalışmamızdan belirgin şekilde yüksek bulunmuştur[9]. Bu farklılığın nedeni olarak; çalışmanın ülkemizde aile hekimliği sisteminin ilk yıllarında yapılmış olması ve hekimlerin bu yeni sisteme katılımlarını sağlamak için yüksek ücret ödenmesi ve iş yükünün hali hazırdaki sistemden daha az olmasını düşünmekteyiz

Arslan ve arkadaşlarının Ankara'da aile hekimliği eğitimlerine katılan hekimler üzerinde yaptığı çalışmada da iş doyumunu seviyesi çalışmamızla paralel olarak orta düzey bulunmuştur[71]. Bu çalışmada ve bizim çalışmamızda hekimlerin dışsal iş doyum düzeyi puan ortalaması, içsel ve genel iş doyum düzeyi puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur. Hekimlerin dışsal iş doyumlarının daha düşük olmasını kurumsal faktörlerden (ücret, yöneticiyle ilişki, örgütsel sorunlar)

bireysel faktörlere göre daha fazla olumsuz etkilendikleri yönünde yorumlayabiliriz. Benli ve arkadaşlarının ve Kaya'nın araştırmalarında da çalışmamızla uyumlu olarak orta düzey iş doyumu tespit edilmiştir[69, 72]. Çin'de 1300 hekimin katıldığı bir araştırmada ve Mısır'da bir üniversite hastanesindeki tüm branş hekimlerinin dahil edildiği bir çalışmada hekimlerin orta düzey iş doyumuna sahip olduğu rapor edilmiştir[70, 73]. Yapılan tüm bu çalışmalarda hekimlerin hangi basamakta hangi branşta çalışıyor olması farketmeksizin orta düzey iş doyumuna sahip olmasının nedeni, yapılan işin zorluğu ve hizmet verilen hedef kitlenin benzer olması olabilir.

Araştırmamızda yaş grupları ile genel ve içsel iş doyumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Fakat bu farklılık yaşı artışı ya da azalışı ile paralel şekilde gerçekleşmemiştir. 51-60 ve 31-40 yaş gruplarının 41-50 yaş grubuna göre iş doyumu düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çaylan ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaş artışı ile genel doyum puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan önemli farklılık saptanmıştır[74]. Adana'da ve Eskişehir'de aile hekimlerini kapsayan iki ayrı çalışmada ise yaş ile genel iş doyumu düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır[8, 9]

Literatür incelendiğinde cinsiyet ile iş doyumu arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma, birbirlerinden farklı sonuçlar elde etmişlerdir[9, 57, 58, 75]. Kadınların iş hayatının yanında anne ve eş olmanın kültürel sorumluluğunu da hissederek rol karmaşası yaşadığı ve bu yüzden iş doyumlarının erkeklerden düşük olduğu belirtilmektedir[75]. Başka bir çalışmada ise kadınların iş doyumu düzeyinin erkeklerden yüksek olmasının nedeni kadınların işleri hakkında erkeklerden daha az beklentiye girmeleri olarak açıklanmıştır[57]. Çalışmamızda kadınların genel ve dışsal iş doyumu puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir. Elazığ'da birinci basamakta görev alan sağlık çalışanlarına uygulanan çalışmada da kadınların genel iş doyumunun erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur[72]. Kastamonu'da yapılan bir çalışmada ise cinsiyetin iş doyumu açısından farklılık oluşturmadağı bulunmuştur[68]. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarını içeren başka bir çalışmada da cinsiyetin iş doyumuna anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir[76].

Evliliğin beraberinde düzenli bir aile yaşantısı getirmesi ve bunun da iş hayatına yansımalarının pozitif olup iş tatminini artırması beklenmektedir. Sağlık personeli memnuniyet araştırmasında evlilerin bekârlardan daha yüksek genel iş doyumuna sahip olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir[77]. Çalışmamızda ise bu iki grup arasında iş doyumunu alt boyutları puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Birçok çalışmada da araştırmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir[8, 9, 72].

Eşin çalışmasının haneye giren geliri artırması ve hem yaşam hem de iş doyumunu pozitif yönde etkilemesi öngörülebilir. Çalışmamızda ve Tözün'ün çalışmasında eşlerin çalışmasının genel iş tatmini açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilirken, Kaya'nın çalışmasında eşi çalışanların genel iş doyumunu puan ortalamalarının eşi çalışmayanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır[9, 72].

Çalışmamızda çocuk sahibi olmanın ve sahip olunan çocuk sayısının artmasının iş doyumunu düzeyi alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Ankara'da yapılan başka bir çalışmada da çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir[71]. Ankara'da yapılan diğer bir çalışmada ise çocuk sahibi olmanın genel iş tatmini açısından istatistiksel açıdan önemli bir farklılık oluşturduğu rapor edilmiştir[78].

Aylık elde edilen gelirin artmasının hayat kalitesini artıracığı, rahat geçim olanağı sunacağı, bununla birlikte de iş tatminini olumlu yönde etkileyeceği tahmin edilebilir. Çalışmamızda ise gelir grupları ile iş doyumunu alt boyut düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Diğer birçok çalışmada gelirinden memnun olma durumu ve maaş artışıyla genel iş doyumunu düzeyi artışının paralel seyrettiği ve istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğu rapor edilmiştir[9, 54, 72]. Çalışmamızın diğer araştırmalardan farklı sonuç vermesini, çalışmayı yaptığımız bölgede aile hekimlerinin elde ettiği gelirler arasında çok büyük farkların olmamasına bağlayabiliriz.

Kronik hastalık varlığının sosyal çevre ile ilişkileri olumsuz yönde etkileyeceği, yaşam ve iş doyumunu düzeyini azaltabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile iş doyum alt boyutları puan ortalamaları

arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Erzurum ve Eskişehir ilinde yapılan çalışmalarda da araştırmamızla uyumlu sonuçlar rapor edilmiştir[9, 79].

Eğitim düzeyi yükseldikçe kişi işinde yetkinlik kazanacak, bu durum da iş tatminini olumlu yönde etkileyecektir. Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlarının iş doyumunu alt boyutları puan ortalamaları, pratisyen aile hekimlerinden ve SAHU ile uzmanlık eğitimi alanlardan yüksek bulunmuştur fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Anlamlı farklılık oluşmamasında; aile hekimliği uzman sayısının az olması, aile hekimliği uzmanlığı ile pratisyen aile hekimliği arasındaki farkın toplum tarafından yeterince bilinmemesi, aile hekimliği uzmanlarının ikinci bir mecburi hizmet görevine gitme zorunluluğu ve ASM'lere geçişte 3'e 1 kota uygulaması (ASM'lerde her 3 aile hekiminden sadece birinin AHU olabilmesi)nin bulunuyor olmasının etkisi olabilir.

Araştırmamızda aile hekimlerinin meslekteki hizmet süreleriyle iş doyumunu alt boyutları puan ortalamaları arasında önemli bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Elazığ'da yapılan başka bir çalışmada ise hizmet süresi arttıkça genel iş doyumunu düzeyinin arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu rapor edilmiştir[72].

Çalışmamızda aile hekimliğinde geçirilen süre ile iş doyumunu alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Eskişehir'de yapılan çalışmada aile hekimliği sisteminde geçirilen süre arttıkça iş doyumunu düzeyinin azaldığı ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu rapor edilmiştir[9]. Bu durumu, işte geçirilen süre arttıkça iş başlangıcındaki beklentilerin karşılanamayacağının farkına varılması ya da tekdüze bir çalışma hayatının vermiş olduğu tatminsizlik ile açıklamaya çalışabiliriz.

Tek birimli aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin dışsal iş doyumunu puan ortalamasının birden fazla birimli merkezlerde çalışan hekimlerin puan ortalamasından düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılıkta tek birimli ASM'lerde çalışan aile hekimlerinin çok birimli merkezlerde çalışan hekimlere göre birçok güçlükle tek başına uğraşmak zorunda kalmasının etkisi olabilir. İzin veya rapor kullanımı, seminer ve kongre katılımı gibi durumlarda tek birimli merkezlerde çalışan aile hekimleri, yerine vekalet edecek hekim bulamadığından gelir kaybına uğramaktadır. Ayrıca tek birimli merkezlerde

alışan hekimlerin birçoğu gelir kaybına uğrama çekincesiyle çalışma verimliliğini artıran, dinlenme ve yenilenme imkânı sunan yıllık izinlerini tam olarak kullanamamakta, bu da dışsal iş doyumunu puan ortalamasına olumsuz şekilde yansımaktadır.

Çalışmamızda sınıfsız ve B sınıfı aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin dışsal iş doyumunu puan ortalamasının A ve D sınıfı birimlerin olduğu merkezlerde çalışan aile hekimlerinden dışık olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Sınıfsız aile sağlığı merkezlerinde bulunan birimler; fiziki koşulları asgari dızeyde karşılayan, temizlik personeli ve yardımcı sağlık çalışanı alıştırma ykmllğ olmayan birimler olduğundan diğer çalışmalardaki fiziksel koşullardan memnun olma durumuyla karşılaştırılması uygun görülmüştür. Tzn'n çalışmasında çalışanların iş yerinin fiziksel koşullarını iyi bulma dızeyi arttığa genel iş doyumunu puan ortalamasının da arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu rapor edilmiştir[9]. Araştırmamızda B sınıfı birimlerde çalışan hekimlerin de sınıfsız birimlerde çalışanlar gibi, dışsal iş doyumunu puanlarının dışık olmasının, B sınıfında çalışan hekim sayısının yeterli olmaması sonucu oluştuğunu söyleyebiliriz.

Aile hekimlerinin sorumluluklarından birisi de bulunduğu birime bağlı köy, mezra gibi yerleşim birimleri varsa o bölgelere belli aralıklarda giderek yerinde hizmet vermesidir. Mobil hizmet adı verilen bu uygulama çoğu zaman fiziki açıdan yetersiz alanlarda yapılan ve daha fazla iş gücü gerektiren bir çalışma şekli olduğundan mobil hizmet görevi bulunan birimdeki aile hekimlerinin iş doyumunu dızeyinin daha dışık olması beklenebilir. Çalışmamızda ise mobil hizmetin iş doyumunu alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda yöneticilik görevi üstlenmenin genel iş doyumunu açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Erzurum'da yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarının da araştırmamızla uyumlu olduğu belirlenmiştir[61]. şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada ise yöneticilik görevi olan hekimlerin diğer hekimlerden genel iş doyumunu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu rapor edilmiştir[80]. Bu

farklılığı çalışmanın üniversite hastanesinde yapılmış olmasına, üniversitede statü sahibi olma ve bağımsız karar verme gibi özelliklere bağlayabiliriz.

Çalışmamızda sigara içme durumunun iş doyumu alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Arslan ve arkadaşlarının çalışması da sonuçlarımızla uyumludur[71].

Alkol kullanımı, çalışma motivasyonunu ve işteki verimliliği olumsuz yönde etkileyerek iş tatminsizliğine neden olabilir. Aynı zamanda iş doyumunun düşük olmasının da alkol kullanımına neden olduğunu düşünmek mantıklı bir çıkarım olarak değerlendirilebilir. Araştırmamızda alkol kullanma durumunun iş doyumu alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Daha önce alkol kullanıp bırakanların, alkol kullanmaya devam edenlerden iş doyumunun tüm alt boyutlarında ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır. Hassoy'un Manisa'da gerçekleştirdiği çalışma sonucunda da alkol kullananların genel iş doyum puan ortalamalarının alkolü bırakanlardan daha düşük olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak önemli olduğu rapor edilmiştir[58]. Kurçer'in çalışmasında ise alkol kullanımı iş doyumu açısından anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır[80].

Çalışmamızda düzenli egzersiz veya spor yapmanın iş doyumu alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada da araştırmamızla benzer sonuçlar rapor edilmiştir[58].

Tatilin, çalışanları iş hayatının karmaşasından kurtarıp kişilere tazelenme fırsatı sağlayarak çalışanların iş motivasyonunu ve verimliliğini artırdığı, bununla da iş doyumunu olumlu etkilediği söylenebilir. Araştırmamızda düzenli tatil yapmanın iş doyumunun tüm alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Aras'ın çalışmasının sonuçlarının da araştırmamızla uyumlu olduğu belirlenmiştir[79].

İş hayatının yanında ailesine yeterli vakit ayırabilen bireylerin yaşam ve iş doyumlarının daha yüksek olması beklenebilir. Çalışmamızda da bu yönde bir sonuç bulunmuştur. Araştırmamızda ailesine düzenli ve yeterli vakit ayırabildiğini belirten

hekimlerin iş doyumunu tüm alt boyutlarında puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Kongre, seminer, kurs gibi bireyin kendisini geliştirmeye yönelik eğitim faaliyetlerine katılımının kişiye tecrübe ve yetkinlik katmasının yanında çalışanın iş doyumuna da olumlu yansıtacağı düşünülebilir. Bu faaliyetlere katılan hekimlerle bu aktivitelere katılmayan hekimler arasında iş doyumunu alt boyutları puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Başka bir çalışmada ise bu faaliyetlere katılanların genel iş doyumunu puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu rapor edilmiştir[79].

Çalışmamızda aile hekimliği sistemi içinde görev almaktan memnun olan hekimlerin iş doyumunu alt boyutlarında puan ortalamaları memnun olmayan hekimlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Eskişehir’de yapılan çalışmanın sonuçları da araştırmamızla benzerdir[9].

Aile sağlığı merkezleri yılda iki kere fiziksel koşulların yeterliliği ve aile hekimlerine ait bazı yükümlülükler açısından denetlenmektedir. Denetim ekiplerinin bu denetimler sırasındaki yaklaşım tarzları, aile hekimlerinin iş motivasyonlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışmamızda da ASM denetimlerindeki genel yaklaşım ve kurallardan memnun olmayan hekimlerin iş doyumunu alt boyutları puan ortalamalarının, memnun olan hekimlerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimlerinin elinde olmayan nedenlerle oluşan bazı küçük aksaklıklara ekipler tarafından daha hoşgörülü ve işbirlikçi yaklaşım gösterilmesi çalışanların iş doyumuna olumlu yönde etki edecektir.

İş güvenliği, çalışanın huzurlu ve verimli çalışmasını sağlayarak iş tatminine katkı sağlar. Çalışmamızda mesleğini yaparken şiddete uğradığını belirten hekimlerin genel ve dışsal iş doyumunu puan ortalamaları şiddete maruz kalmayan hekimlerden düşük bulunmuştur ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Hıdıroğlu ve arkadaşlarının İstanbul’da gerçekleştirdiği çalışmada da araştırmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır[81].

Çalışanların, yaptıkları işi hem zihinsel hem de fiziksel olarak ağır ve yıpratıcı olarak görmesi, çalışma motivasyonunu azaltarak iş doyumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışmamızda yaptıkları işin ağır olduğunu ifade eden hekimlerin iş

doyumunu alt boyutları puan ortalamaları, iş yüklerini orta olarak değerlendiren hekimlerden anlamlı şekilde düşük gelmiştir. Tekir ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçlarının da araştırmamızla uyumlu olduğu tespit edilmiştir[82]

Aile hekimlerinin aile hekimliği sisteminde en rahatsız olduğu konular sırasıyla şu şekildedir; İş yüklerinin gün geçtikçe artması %88, cari giderlerin artışıyla hak edişlerde gelir kaybı yaşanması %81, aile hekimliğinin itibar kaybına uğraması %81, negatif performans sistemi %53 'tür. Bu konulardan şikayetçi olan aile hekimlerinin iş doyumunu alt boyutlarının tümünde ortalama puanlarının şikayetçi olmayan hekimlerden istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

İş yükünün gün geçtikçe artmasının aile hekimleri tarafından en çok rahatsız olunan konu olmasında araştırmamızın, hastane polikliniklerinde hasta kabullerinin minimum düzeyde ve randevulu şekilde yapıldığı pandemi döneminde yapılmasının etkili olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca her geçen gün yüklenen yeni görev tanımları aile hekimlerinin iş yükünü artırmakta, bu da iş tatminsizliğine neden olabilmektedir.

Cari giderler arasında ASM'lerde çalışanların asgari ücret ödemeleri en önemli yeri tutmaktadır. Özellikle son yıllarda asgari ücrete yapılan yıllık enflasyon üzerindeki zamlar, sarf malzeme fiyatlarındaki yüksek artış ve kira bedelleri aile hekimlerinin giderlerini arttırmakta, bu durum da hekimlerin iş doyum düzeyinin düşmesine sebep olabilmektedir.

Aile hekimlerinin en çok rahatsız olduğu bir diğer konu da aile hekimliğinin itibar kaybına uğramasıdır. Bu durumun oluşmasında hem merkezi yönetimin, hem aile hekimlerinin, hem de toplumun rolü olduğu öngörülebilir. Ülkemizde aile hekimliği, planlandığı şekilde sevk zincirinin birinci basamağı durumuna gelememiştir. Bunun yanında aile hekimleri sorumlu oldukları kişilerden gelen usulsüz rapor ve ilaç isteklerini yerine getirmediğinde tek bir tuşla ya da imza ile kayıtlı nüfuslarında kayıp yaşayabilmektedirler. Aile hekimlerinin vatandaşın sağlık sisteminde en kolay ulaştığı ve en kolay değiştirebildiği “şey” konumunda olması da hekimlerin yüksek oranda bu şekilde bir rahatsızlık belirtmelerinde etken olduğunu düşünmekteyiz.

Negatif performans sistemi özellikle aşı ve izlem konularında kişiye hiçbir sorumluluk vermemekte, tüm sorumluluğu aile hekimliği çalışanlarına yüklemektedir. Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmeti görevlerini yapmaya çalışırken kişilerle ilgili ikametgâh değişikliklerini bildirmeme, telefonları açmama ya da izleme gelmek istememe gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Karşılaşılan bu sorunların çözümü hekimlere ek iş yükü ve zaman kaybı oluşturabilmektedir.

Aile hekimleri tarafından rahatsızlıkları ifade edilen bu konular üzerinde hassasiyetle durulmalı ve konularla ilgili ileri araştırmalar yapılmalıdır.

Çalışmamızın güçlü yanları; Zonguldak ilinde çalışan tüm aile hekimlerini kapsayan bir çalışma olmasından dolayı merkezde ve kırsalda çalışan hekim ayrımı yapmadan hepsi hakkında bilgi edinilebilmiştir. Çevrim içi anket toplama yöntemi hekimlerin istedikleri zaman istedikleri sürede anketimize katılma olanağı sağlamıştır. Çalışmamızın kısıtlılıkları; Araştırmamızın zaman kısıtlılığı mevcuttur. Çalışmamız pandemi döneminde yapıldığı gibi katılımcıların belli zaman aralığında çalışmaya dahil edildikleri düşünüldüğünde dönemsel ya da mevsimsel olarak bireyler arasında fark oluşturabilecek ancak öngörülemeyen etmenler olabilir. Kronik hastalığa sahip olma durumunun araştırıldığı sorumuzda bir hekim tarafından tanı konmuş herhangi bir kronik hastalık durumu kabul edilmiş olup kronik hastalığın adı ya da derecesi ile ilgili bir bilgi istenmemiştir.

## 6. SONUÇ

Çalışmamızda Zonguldak il geneli Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin MİDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; genel iş doyumunu için 3,00, içsel iş doyumunu için 3,28, dışsal iş doyumunu için 2,60 olarak tespit edildi. Hem bu puanlar hem de genel iş doyumundan alınan puan ortalamasının yüzdelik ifadesi (%60) aile hekimlerinin orta düzeyde (%26 ile % 74 arasında) iş doyumuna sahip olduklarını göstermektedir.

Bu çalışmada kadınların iş doyumunu düzeyinin erkeklerinkinden yüksek olduğu saptandı. Yaş grupları arasında farklılıklar tespit edilmiş olsa da iş doyumunu düzeyinin yaş artışı ya da azalışıyla ilişkisi saptanmadı. Hekimlerin bazı alışkanlıkları açısından iş doyumunu düzeyi incelendiğinde; düzenli tatile çıkanların çıkmayanlardan, daha önce alkol kullanıp bırakanların alkol kullanmaya devam edenlerden, ailesine yeterince vakit ayırabilenlerin ayıramayanlardan daha yüksek iş doyumunu seviyesine sahip oldukları belirlendi.

Mesleğini yaparken şiddete uğrayan ve iş yüklerini ağır olarak nitelendiren aile hekimlerinin iş doyumunu düzeyinin düşük olduğu görüldü.

Tek birimli aile sağlığı merkezinde çalışan ve ASM'lerde yöneticilik görevi olan hekimlerin dışsal iş doyumunu düzeyinin düşük olduğu belirlendi.

Hekimlik mesleğini seçmekten ve aile hekimliği sisteminin günümüzdeki halinden memnun olan aile hekimlerinin iş doyumunu düzeyi yüksekken, ASM denetimleri sırasındaki yaklaşımlardan memnun olmayanların iş doyumunu düzeyi düşük bulunmuştur.

Aile hekimliği sisteminde hekimlerin en çok, gün geçtikçe artan iş yükünden, sonrasında sırasıyla; artan cari giderlerin hak edişlerde gelir kaybına neden olmasından, sistemin itibar kaybetmesinden ve negatif performans sisteminden rahatsız oldukları tespit edildi.

Çalışmanın ortaya koyduğu başka bir sonuç da hekimlerin dışsal iş doyum düzeyinin içsel iş doyum düzeyinden oldukça düşük olduğudur. Dışsal doyumun

düşük olmasının nedeni kurum politikası, artan cari giderler ve fiziki koşullardaki eksiklikler olabilir.

Bu sonuçlar ışığında;

Aile hekimlerinin iş doyumu düzeyini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik politikalar üretilmesi,

Tek birimli aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin vekalet ve izin konularında yaşadıkları sorunlara çözüm üretilmesi,

ASM denetim kurallarının ve ASM denetimine gelen ekiplerin aile hekimlerine karşı yaklaşımlarının yeniden gözden geçirilerek iyileştirilmesi,

Tüm ASM 'lerin pandemi ve deprem yönetmeliklerine uygun şekilde ve belli standartlarda olması için merkezi yönetimlerin ASM'lerin kuruluşunda etkin rol oynaması,

Aile hekimlerinin özellikle cari gider ödeneklerinin artırılmasına yönelik politik çalışmaların yapılması önerilebilir.

## 7. KAYNAKÇA

1. Somunoğlu, S., *Kavramsal açıdan sağlık*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1999. 4(1).
2. Akdeniz, M., M. Urgan, and H. Yaman, *Aile Hekimliği: Çağdaş bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi*. GeroFam, 2010. 1(1).
3. *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun*. Resmi Gazete, 2004(25665).
4. Beaglehole, R. and M.R. Dal Poz, *Public health workforce: challenges and policy issues*. Human resources for health, 2003. 1(1): p. 1-7.
5. Clever, L.H., *Who is sicker: patients—or residents? Residents' distress and the care of patients*. Annals of Internal Medicine, 2002. 136(5): p. 391-393.
6. Fritzsche, B. and T. Parrish, *Career development and counseling: Putting theory and research to work*. Theories research on job satisfaction, 2005: p. 180-202.
7. Europe, W., *The European definition of general practice/family medicine*. Barcelona: WONCA Europe, 2002.
8. Efeoğlu, İ.E. and E. Özcan, *Aile hekimlerinin iş doyumu: Adana il merkezinden bir çalışma*. Cukurova Medical Journal, 2013. 38(4): p. 567-573.
9. Tözün, M., A. Çulhacı, and A. Ünsal, *Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir)*. TAF Prev Med Bull, 2008. 7(5): p. 377-384.
10. Öztekin, Z., *Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018*. 2018.
11. Hayran, O., *Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. Yüce Yayın, İstanbul, 1998: p. 15-32.
12. Er, Ü., *Sağlıkta dönüşümün aracı genel sağlık sigortası*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2011.
13. Aydın, E., *Dünya ve Türk tıp tarihi*. 2006: Güneş Kitabevi.
14. Yeğinboy, E. and K. Sayın, *Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları*, 2. Ulusal İktisat Kongresi, 2008: p. 20-22.

15. Aydın, E., *Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri*. J. Fac. Pharm, 2002. **31**(3): p. 183-192.
16. Dikici, M.F., et al., *Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi*. Türkiye Klinikleri Med Sci, 2007. **27**: p. 412-418.
17. Tanımı, A.H.A., *WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi*. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, Nisan, 2011.
18. Akdağ, R. and Y. Koç, *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011): herkes için sağlık*. 2012: TC Sağlık Bakanlığı.
19. Öztekin, Z., *Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği*. Toplum Hekimliği Bülteni, 2006. **25**(2): p. 1-6.
20. McWhinney, I.R. and T. Freeman, *Textbook of family medicine*. 2009: Oxford University Press.
21. Saultz, J.W., *Textbook of family medicine: defining and examining the discipline*. 2000: McGraw-Hill.
22. Çağlayaner, H., *H. Temel Kavramlar ve Tarihsel Perspektif. Aile Hekimliği*. İstanbul: İletişim Yayınları, 1995: p. s. 17-20
23. Rakel RE., Grimm KJ, D.M.K.R., Falvo DR. , *Textbook of Family Practice*. Philadelphia: WB Saunders, 2002. **6th ed.**: p. p. 3-18, 159-209, 253-61, 1587-602.
24. Oral, A.İ., *ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme*. 2002.
25. Ünlüoğlu, İ., *Türkiyede aile hekimliğinin gelişimi*. Aktüel Tıp Dergisi, Mayıs, 2004. **9**: p. 5-9.
26. Saatçi, E. and H. Sezer, *Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları*. 1996: p. 49-70.
27. Akdağ, R., *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Mavi Ofset Yayıncılık, Ankara, 2004.
28. Paycı, Ö.S.v.Ü., İ., *Dünya'da ve Türkiye'de Aile Hekimliği. Aile Doktorları İçin Kurs Notları*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2004.
29. Kaya, A., *Türkiye ile bazı OECD ülkelerinde sağlık sistemleri ve karşılaştırması*. 2011.

30. Algın, K., İ. Şahin, and M. Top, *Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2004. 7(3).
31. Bozdemir, N. and İ.H. Kara, *Birinci basamakta tanı ve tedavi*. 2010: Nobel Kitabevi.
32. Ünlüoğlu, İ., Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C . , *Aile hekimliğinin tarihçesi ve gelişimi*. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. İstanbul: Akademi Yayıncılık, 2012: p. 1-9.
33. Akdağ,R, *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007*. T.C Sağlık Bakanlığı Yayın no:713, 2007.
34. Akdağ, R., *İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ağustos 2008*. TC Sağlık Bakanlığı Yayını No: 749 Ankara, 2008: p. ISBN: 978-975-590-273-9.
35. Yardımcı, Y., et al., *Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi*. Turkish Journal Of Family Medicine Primary Care, 2016. 10(2): p. 81-90.
36. Bakanlığı, S., *Tababet ve şubabı sanatlarının tarzi icrasına dair kanun*. Sağlık Bakanlığı, 1928. 1219.
37. Bakanlığı, T.S., *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 [Internet]*. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 2019.
38. İncelemeleri, O.S.S., *Türkiye*. OECD VE IBRD/Dünya Bankası, 2008. 14: p. 15-43.
39. Akman, M., *Türkiye'de birinci basamağın gücü*. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2014. 18(2): p. 70-78.
40. Kuşdil, M.E., et al., *Çalışma yaşamında bireylerin yaptıkları işe ilişkin duygularının iş stres tepkileri üzerine etkisi*. The Journal of Industrial Relations Human resources for health, 2004. 6(1).
41. Halsey, W.D., *Macmillan contemporary dictionary*. 1979: Macmillan Publishing Company.

42. Polat, C., M. Sağlam, and S. Tuğba, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi'nin bibliyometrik analizi*. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2013. **27**(2): p. 273-288.
43. Veli, A., *Kırılğan Beşli Ülkelerinin Hisse Senedi Piyasaları Arasındaki Eşbütünleşme Analizi*. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 2015. **11**(24): p. 75-96.
44. Miner, J.B., *Industrial-organizational psychology*. 1992: McGraw-Hill Book Company.
45. Ergün, N., "*İş Tatmini Motivasyon İlişkisi*". İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi. İstanbul, 2003.
46. Kırıl Ç, Ö.E., *Örgütsel Davranış Kitabı*. Ekin Yayınları,, 2010.
47. Iaffaldano, M.T. and P.M. Muchinsky, *Job satisfaction and job performance: A meta-analysis*. Psychological bulletin, 1985. **97**(2): p. 251.
48. Ugboro, I.O. and K. Obeng, *Top management leadership, employee empowerment, job satisfaction, and customer satisfaction in TQM organizations: an empirical study*. Journal of quality management, 2000. **5**(2): p. 247-272.
49. Schultz, D.P. and S.E. Schultz, *Psychology and industry today: An introduction to industrial and organizational psychology*. 1986: Macmillan Publishing Co, Inc.
50. Güney, S., *Yönetim ve organizasyon el kitabı*. 2000: Nobel Yayın Dağıtım.
51. Solmuş, T., *İş yaşamında duygular ve kişilerarası ilişkiler: Psikoloji penceresinden insan kaynakları yönetimi*. 2004: Beta.
52. Avşaroğlu, S., M.E. Deniz, and A. Kahraman, *Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2005(14): p. 115-129.
53. Lam, S.S., *Quality management and job satisfaction*. International Journal of Quality Reliability Management, 1995.
54. Özaltın, U.H., et al., *Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görev Yapan Muvazzaf Tabiplerinin İş Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Gülhane Tıp Dergisi Gülhane Medical Journal, 2002: p. 423.

55. Yüksel, İ., *Hemşirelerin iş güçlüğüne oluşturan değişkenlerin iş doyumu, iş gerilimi ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin analizi*. 2003.
56. Davis, K., *İşletmede insan davranışı*, 1982, İstanbul Üniversitesi Yayın No: 3028 İstanbul.
57. Clark, A.E.J.L.e., *Job satisfaction and gender: why are women so happy at work?* 1997. 4(4): p. 341-372.
58. Hassoy, D. and S. Özvurmaz, *Bir Devlet Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler*. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 2019. 2(3): p. 27-32.
59. Ergin, C.J.T.P.D., *Bir iş doyumu ölçümü olarak "İş Betimlemesi Ölçeği": Uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması*. 1997. 12(39): p. 25-36.
60. Mergen H, E.F., *Aile Hekimliği Asistanlarının İş Doyumu ve Eğitim Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi 2018.
61. Sevimli, F. and Ö.F. İşcan, *Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumu*. Ege Akademik Bakış Dergisi, 2005. 5(1): p. 55-64.
62. Kolasa Blair, *İşletmeler İçin Davranış Bilimlerine Giriş*. Fatih Yayınevi, İstanbul, 1979.
63. Davis, K. and K. Tosun, *İşletmede insan davranışı: örgütsel davranış*. 1988: İstanbul Üniversitesi.
64. Weiss, D.J., R.V. Dawis, and G.W. England, *Manual for the Minnesota satisfaction questionnaire*. Minnesota studies in vocational rehabilitation, 1967.
65. Bıçkes, D.M., et al., *Duygusal emek ile iş tatmini arasındaki ilişkide psikolojik sermayenin aracılık rolü: Bir alan çalışması*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 2014. 9(2): p. 97-121.
66. LH., C., *Who is sicker: patients or residents? Residents' distress and the care of patients*. Annals of Internal Medicine, 2002: p. 136: 391-3. .
67. Baycan, A., *An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups*. Boğaziçi Üniversitesi SBE Doktora Tezi, İstanbul, 1985.

68. Nal, M. and B. Nal, *Sağlık çalışanlarının iş doyumu düzeylerinin incelenmesi: bir kamu hastanesi örneği*. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 2018. **8**(1): p. 131-140.
69. Benli, A., B. Yenihan, and Ö. Mert, *Aile hekimlerinin iş tatmin düzeyleri ile yaşadıkları iş-aile çatışması seviyeleri arasındaki ilişki: Kocaeli örneği*. Yönetim Bilimleri Dergisi, 2016. **14**(27): p. 415-431.
70. Fu, J., et al., *Improving job satisfaction of Chinese doctors: the positive effects of perceived organizational support and psychological capital*. 2013. **127**(10): p. 946-951.
71. Arslan, Ç., Ö.A. Hakverdi, and S. Bulut, *Assessment of the Job Satisfaction Levels of Family Physicians Aile Hekimlerinin İş Doyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. 2018.
72. Ferit, K. and A.F. Oğuzöncül, *Birinci basamak sağlık çalışanlarında iş doyumu ve etkileyen faktörler*. Dicle Tıp Dergisi, 2016. **43**(2): p. 248-255.
73. Abdel-Salam, D.M., et al., *Job Satisfaction among Resident Doctors at Assiut University Hospitals, Egypt*. 2015. **4**(2): p. 167.
74. Çaylan, A., et al., *Patient satisfaction in primary care and the relationship with physician“ job satisfaction*. Turkish Journal of Family Practice, 2018. **22**: p. 78-91.
75. Yiğit, R., B. Dilmaç, and M. Deniz, *İş ve yaşam doyumu: Konya Emniyet Müdürlüğü alan araştırması*. Polis Bilimleri Dergisi, 2011. **13**(3): p. 1-18.
76. Ekiyor, A. and H.H. Uyanık, *Aile Hekimliği Uygulamasında Hizmet Sunucuların Memnuniyet Düzeylerinin Demografik Özellikler Açısından Farklılıkları*. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. **4**(1): p. 94-108.
77. Bakanlığı, S., et al., *Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması*. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010.
78. Çimen, M. and İ. Şahin, *Bir kurumda çalışan sağlık personelinin iş doyumu düzeyinin belirlenmesi*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2000. **5**(4).

79. Aras, A., *Erzurum'da Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerde İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Etkili Faktörlerin İncelenmesi* Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2014.
80. Kurçer, M.A., *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri*. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005. **2**(3): p. 10-15.
81. Hıdıroğlu, S., et al., *Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruziyet Düzeyleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. e-ISSN: -550X Cilt: p. 173.
82. Tekir, Ö., et al., *Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, İş Doyumu Düzeyleri Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi*. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2016. **18**(2): p. 51-63.

## 8. EKLER

### Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi



**T.C.**  
**ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**  
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar**  
**Etik Kurul Başkanlığı**

**TOPLANTI TARİHİ** : 24/06/2020  
**TOPLANTI NO** : 2020/13

#### **KARARLAR :**

- 1- Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın "Zonguldak İli Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimlerinin İş Doyumu Düzeyinin Belirlenmesi ve Sosyodemografik Değişkenlerle İncelenmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

**A S L İ G İ B İ D İ R**

**Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ**  
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**

## Ek 2. Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Onay Belgesi



T.C.  
ZONGULDAK VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 95762934-799  
Konu : Bilimsel Çalışma(Dr.Ahmet Kürşat  
KARAGÖZ)

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 07/07/2020 tarihli ve 39330677-7378 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızda belirttiğiniz Üniversiteniz Tıp Fakültesi Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Ahmet Kürşat KARAGÖZ'ün tez çalışması kapsamında, Öğretim Üyesi Doç.Dr.Ayşe Semra Demir AKCA sorumluluğunda Zonguldak'ta Birinci Basamakta çalışan Aile Hekimlerine yönelik '**Zonguldak İli Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimlerinin İş Doyumu Düzeyinin Belirlenmesi ve Sosyodemografik Değişkenlerle İncelenmesi**' konulu bilimsel çalışmasını Zonguldak İli Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimlerine uygulayabilmesi, planlanan çalışmaların kesinlikle kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup, tez çalışmasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı,yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

e-imzalıdır.  
Uzm. Dr. Ertuğrul GÜNER  
Vali a.  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Yazı örneği(2 Sayfa)

Onttemmuz Mah. Belediye Bulvarı No:25/2 Merkez Zonguldak Zonguldak İl Sağlık  
Müdürlüğü Ek Hizmet Binası  
Telefon: Faks No: 0372 253 00 13  
e-Posta: zeynep.sen@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Zonguldak SM Kamu Hastaneleri  
Hizmetleri

Bilgi için: ZEYNEP ŞEN  
TIBBİ SEKRETER  
Telefon No: (0 372) 253 46 07

### Ek 3. Minnesota İş Doyum Ölçeği

Aşağıda yapmakta olduğunuz işe karşı duygu ve durumlarınızı gösteren ifadeler bulunmaktadır. Sizden beklenen bu ifadeler üzerinde düşünmeniz ve size en uygun seçeneği 'X' işareti koyarak belirtmenizdir.

1=Hiç Memnun Değilim 2=Memnun Değilim 3= Kararsızım 4=Memnunum  
5=Çok Memnunum

#### MINNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

| Çalışmakta olduğunuz işle ilgili duygu ve düşüncelerinizi ifade eden maddeler arasında size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz. | Hiç Memnun Değilim | Memnun Değilim | Kararsızım | Memnunum | Çok Memnunum |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|------------|----------|--------------|
| 1. Sürekli olarak beni meşgul etmesinden                                                                                           |                    |                |            |          |              |
| 2. Tek başıma çalışma fırsatı sağlamasından                                                                                        |                    |                |            |          |              |
| 3. Bazı zamanlar değişik tercihlerde bulunabilmemden                                                                               |                    |                |            |          |              |
| 4. Toplumda saygın bir statü vermesinden                                                                                           |                    |                |            |          |              |
| 5. İdari amirin ekibindeki kişileri idare tarzından                                                                                |                    |                |            |          |              |
| 6. İdari amirin karar verme sürecindeki yeteneğinden                                                                               |                    |                |            |          |              |
| 7. Vicdanıma uygun işler yapabilme fırsatından                                                                                     |                    |                |            |          |              |
| 8. Sürekli bir iş olanağı sunmasından                                                                                              |                    |                |            |          |              |
| 9. İnsanlar için bir şeyler yapabilme fırsatından                                                                                  |                    |                |            |          |              |
| 10. Kişilere yapacakları şeyleri söyleme fırsatından                                                                               |                    |                |            |          |              |
| 11. Yetenek ve tecrübemle bir şeyler başarma fırsatından                                                                           |                    |                |            |          |              |
| 12. İş hakkında alınan kararların uygulanmasından                                                                                  |                    |                |            |          |              |
| 13. Aylık aldığım hak edişler bakımından                                                                                           |                    |                |            |          |              |
| 14. İşte ilerleme fırsatı olmasından                                                                                               |                    |                |            |          |              |
| 15. Çalışırken kendi kararlarımı alabilme fırsatından                                                                              |                    |                |            |          |              |
| 16. Yeteneklerimi gösterebilme fırsatından                                                                                         |                    |                |            |          |              |
| 17. İş ortamı ve fiziksel koşullardan                                                                                              |                    |                |            |          |              |
| 18. İş arkadaşlarımla birbirleriyle olan iletişimden                                                                               |                    |                |            |          |              |
| 19. Başardığım bir iş sonunda takdir edilmemden                                                                                    |                    |                |            |          |              |
| 20. İşimi gerçekleştirmenin verdiği hazdan                                                                                         |                    |                |            |          |              |

#### Ek 4. Sosyodemografik Veri Formu

1)Yaşınız? \*

Yanıtınız

2)Cinsiyetiniz? \*

Kadın

Erkek

3)Medeni durumunuz? \*

Evli

Bekar

Boşanmış/Dul

Evli değilseniz bir aşağıdaki soruyu boş bırakınız.

4)Eşiniz çalışıyor mu?

Evet

Hayır

5)Çocuk sayısı? \*

Yok

1

2

3 ve daha çok

6)Hanenize giren toplam aylık gelir ne kadardır? \*

8000 lira ve altı

8000-12000 lira

12000-16000 lira

16000 lira ve üzeri

7)Siz dahil hanenizde yaşayan toplam kişi sayısı? \*

1

2

3

4

5

6 ve daha fazla kişi

8)Ailenize yeterince vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

9)Sigara içiyor musunuz? \*

Evet içiyorum

İçiyordum, bıraktım

Hiç içmedim

10)Alkol kullanıyor musunuz? \*

Evet, kullanıyorum

Kullanıyordum, bıraktım

Hiç kullanmadım

11)Düzenli olarak tatile çıkıyor musunuz? \*

Evet

Hayır

12)Düzenli olarak egzersiz veya spor yapıyor musunuz? \*

Evet

Hayır

13)Kronik hastalığınız var mı? \*

Evet

Hayır

14)Uzmanlık durumunuz? \*

Aile hekimliği uzmanıyım

Pratisyen aile hekimiyim

SAHU ile uzmanlık eğitimi almaktayım

15)Meslekteki toplam çalışma süreniz? \*

0-5 yıl arası

5-10 yıl arası

10-15 yıl arası

15-20 yıl arası

20 yıldan fazla

16)Aile hekimliği sistemindeki hizmet süreniz? \*

0-3 yıl arası

3-6 yıl arası

6-9 yıl arası

9 yıldan fazla

17)Çalıştığınız iş yeri bölgesi? \*

İl merkezi

İlçe merkezi

Köy-Belde

18)Aile sağlığı merkeziniz hangi sınıftır? \*

A

B

C

D

Sınıfsız

19)Aile sağlığı merkeziniz kaç birimlidir? \*

Tek birimli

2

3

4

5 ve daha fazla

20)Biriminizde mobil hizmet verdiğiniz bölgeler bulunuyor mu?

Evet

Hayır

21)Aile hekimliği sisteminden memnun musunuz? \*

Evet

Hayır

Kısmen

22)Sizce son on yıl içerisinde aile hekimliğinin toplumsal saygınlığı nasıl değişti? \*

Daha iyiye gitti

Aynı kaldı

Daha kötüye gitti

23)Aile hekimliği sisteminde sizi en çok rahatsız eden konu nedir? \*

İş yükünün gün geçtikçe artması

Negatif performans uygulaması

Cari giderlerin artışı ile hak edişlerde gelir kaybı yaşanması

Aile hekimliğinin itibar kaybı

Sıkıntı olacak bir konu görmüyorum

24)Negatif performans uygulamasını gerekli görüyor musunuz? \*

Evet, gerekli görüyorum

Kısmen gerekli görüyorum

Hayır, gerekli görmüyorum

25) Aile sağlığı merkezi denetimlerindeki genel yaklaşım ve kurallardan memnun musunuz? \*

Evet

Kısmen

Hayır

26) Çalışma hızını ve işinizin yoğunluğunu göz önüne alarak iş yükünüzü nasıl değerlendirirsiniz

Çok ağır

Ağır

Orta

Hafif

Çok hafif

27) Çalıştığınız merkezde yöneticilik göreviniz var mı? \*

Evet

Hayır

28) Herhangi bir sendikaya ve/veya aile hekimliği derneğine( oda, federasyon vb.) üye misiniz? \*

Evet, hem sendika hem dernek üyeliğim var

Sadece sendika üyesiyim

Sadece dernek üyesiyim

Hayır, üye değilim

29) Mesleğinizi yaparken şiddete uğradınız mı? \*

Evet

Hayır

30) Kişisel özelliğinizi değerlendirdiğinizde hekimliği seçmeniz konusunda düşünceleriniz: \*

Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum

Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum

Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum

31) Kurum içi eğitim dışında kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılıyor musunuz? \*

Evet, sık sık katılıyorum

Fırsat buldukça katılıyorum

Katılmıyorum

32) Tıbbi makale okuyor musunuz? \*

Evet

Hayır