



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
**HASTANESİ**

**TC. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**İZMİR TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA  
MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ İŞ DOYUMU  
VE EĞİTİM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Fadime Kaya ERDEM**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Haluk MERGEN**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/2018**



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
**HASTANESİ**

**TC. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TEPECİK SAĞLIK  
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ İŞ DOYUMU  
VE EĞİTİM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Fadime Kaya ERDEM**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Haluk MERGEN**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/2018**

## İÇİNDEKİLER

ÖZGEÇMİŞ .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
KISALTMALAR .....	v
TABLO LİSTESİ .....	vi
ŞEKİL LİSTESİ .....	viii
ÖZET .....	ix
ABSTRACT .....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	4
2.1.İŞ DOYUMU KURAMLARI .....	4
2.1.1.İçerik Kuramları .....	5
2.1.2.Süreç Kuramları.....	8
2.1.3.Eşitlik Kuramı .....	11
2.1.4.İş Özellikleri Modeli .....	11
2.1.5.Cornell Modeli .....	11
2.2.İŞ DOYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER .....	12
2.2.1.Bireysel Faktörler .....	13
2.2.2.Kuramsal Faktörler .....	15
2.3.İŞ DOYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	16
2.4.AİLE HEKİMLİĞİ.....	19
2.4.1.Türkiye’de aile hekimliği uygulamalarına geçiş süreci.....	19
2.4.1.1.Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde Aile Hekimliği Uzmanlığının Yer Alması (1983 öncesi) .....	20
2.4.1.2.Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde Aile Hekimliği Uzmanlığının Yer Alması ve Sonrası (1983-2003) .....	21
2.4.1.3.Aile Hekimliği Daire Başkanlığının Kurulması ve Sonrası (2003- ) .....	22
2.4.2.Aile Hekiminin tıbbi görev tanımı ve sorumlulukları .....	23
2.4.3. Türkiye’de Aile hekimliği uzmanlık eğitimi .....	23
2.4.4.Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Programı.....	25
2.4.5.Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi .....	26

2.4.5.1.-Sözleşmeli Aile Hekimliği Uygulamasında SAHU Eğitiminin Durumu .....	26
2.4.5.2-SAHU Eğitimi Ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Arasında Uygulama Açısından Farklılıklar .....	28
2.4.6.Aile hekimlerinde evde bakım hizmetleri ve güncel mevzuat .....	29
2.4.7.Aile hekimliğinde Palyatif Bakım .....	30
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1.Araştırma Evreni ve Örneklem.....	31
3.2.Araştırma Modeli.....	32
3.3.Tanımlar .....	31
3.4.Veriler ve Verilerin Toplanması.....	32
3.5.Verilerin Analizi .....	32
3.6.Araştırma Süresi ve Maliyet .....	34
4.BULGULAR .....	35
4.1.Sosyodemografik Özellikler .....	35
4.2.Aile Hekimliği Eğitimi ile İlgili Bulgular .....	36
4.3.Minnesota İş Doyumu Anketinden Elde Edilen Genel Doyum İçsel ve Dışsal Doyuma Ait Bulgular.....	40
4.3.1.Minnesota Normanlık Analizi .....	41
5.TARTIŞMA.....	52
5.1.Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Tartışma.....	52
5.2.Aile Hekimliği Eğitimi ile İlgili Bulgulara İlişkin Tartışma .....	53
5.3.Minnesota İş Doyumu Anketinden Elde Edilen Genel Doyum İçsel ve Dışsal Doyuma Ait Bulgulara İlişkin Tartışma .....	57
6.SONUÇ VE ÖNERİLER .....	60
7.KAYNAKLAR.....	64
8.EKLER .....	68

## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Fadime Kaya Erdem

Uşak/ 11.08.1989

T.C.

Evli

fadimekayaerdem@gmail.com

İngilizce

### II- Eğitimi (Tarih Sırasına Göre Yeniden Eskiye Doğru)

T.C. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi- 2013

Uşak Fen Lisesi- 2006

Kaşbelen Köyü İlköğretim Okulu- 2003

### III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Dr. 15.06.2013

Ass. Dr. Halen

### IV- Mesleki Deneyimi

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çatalzeytin İlçe Devlet Hastanesi

## **a-TEŞEKKÜR**

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama sürecinde değerli vaktini benimle paylaşan, her türlü sorunumda yardımlarını esirgemeyen ve daima yol gösterici olan kıymetli hocam Doç. Dr. Haluk Mergen'e;

Her konuda maddi manevi desteklerini esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle daima yoluma ışık tutan sevgili babam Ali Kaya ve canım annem Emine Kaya'ya;

Sevgi ve desteklerini her daim yanımda hissettiğim, tezimin hazırlanma sürecinde de yardımlarını esirgemeyen kız kardeşlerim Şeyma Kaya, Kevser Kaya Camcıoğlu ve eşi Serkan Camcıoğlu'na;

Aldığım her türlü kararda bana benden daha çok güvenerek yanımda duran, sonuna kadar sevgisi ve desteğini benimle hissettiğim biricik eşim Halil Seçkin Erdem'e ve daha dünyaya gelmeden hayatıma anlam katan minik bebeğime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Fadime KAYA ERDEM**

**İzmir / 2018**

## **b-KISALTMALAR**

AH: Aile Hekimliği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CFMP: Contracted Family Medicine Practice

ÖSYM: Ölçme Seçme ve Yerleştirme Merkezi

SAHU: Sözlüşmeli Aile Hekimliği Uygulaması

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

## c-TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Sosyodemografik Özellikler .....	35
<b>Tablo 2.</b> Eğitimde Yer Alması Gereken Rotasyonların Yaş Ve Cinsiyete Göre Dağılımı .....	38
<b>Tablo 3.</b> Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sonrasında, Mecburi Hizmet İçin Yeterli Donanıma Sahip Olacağını Düşünme Durumu İle Eğitim Görülen Kurumların Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 4.</b> Toplumun Aile Hekimliği Uzmanlığı İle İlgili Bilgi Düzeyi Konusunda Ne Düşünüldüğü Ve Eğitim Görülen Kurumların Karşılaştırılması .....	40
<b>Tablo 5.</b> Minnesota İş Doyumu Ölçeği Skorlarının Ortalama Ve Standart Sapması ..	41
<b>Tablo 6.</b> Minnesota İşdoyum Ölçeği Normallik Testi .....	41
<b>Tablo 7.</b> Genel İşdoyumu Ortalamasının Cinsiyet, Medeni Hal Ve Aile Hekimliği Asistanlığından Memnun Olma Durumu İle Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 8.</b> İçsel İş Doyumu Ortalamasının Cinsiyet, Medeni Hal Ve Aile Hekimliği Asistanlığından Memnun Olma Durumu İle Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 9.</b> Dışsal İşdoyumu Ortalamasının Cinsiyet, Medeni Hal Ve Aile Hekimliği Asistanlığından Memnun Olma Durumu İle Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 10.</b> Genel Doyum Ortalamasının Eğitim Görülen Kurum İle Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 11.</b> Eğitim Kurumlarında Eğitim Gören Asistanlarının Genel İş Doyumu Ortalamalarının Birbiriyle Karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 12.</b> Eğitim Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi Ve SAHU Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin İçsel İş Doyumu Düzeylerinin Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri .....	45
<b>Tablo 13.</b> Eğitim Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi Ve SAHU Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin İçsel İş Doyumu Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	45

<b>Tablo 14.</b> Eğitim Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi Ve SAHU Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Dışsal İş Doyumu Düzeylerinin Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri .....	46
<b>Tablo 15.</b> Eğitim Araştırma Hastanesi, Üniversite Hastanesi Ve SAHU Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Dışsal İş Doyumu Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 16.</b> Aile Hekimliği Eğitimine Başlamadan Önce Başka Görevlerde Bulunma Durumunun Genel İş Doyumu Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri.....	48
<b>Tablo 17.</b> Aile Hekimliği Eğitimine Başlamadan Önce Başka Görevlerde Bulunma Durumuna Göre Genel İş Doyumunun Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 18.</b> Toplumun Aile Hekimliği Uzmanlığı İle İlgili Bilgi Düzeyi Hakkında Ne Düşünüldüğü İle Genel İş Doyumu Arasındaki İlişki .....	50

## d-ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Aile Hekimliği Eğitim Biriminin Kendi Bünyesinde Olması Gereken Birimler .....	39
Şekil 2. Toplumun Aile Uzmanlığı İle İlgili Bilgi Düzeyi.....	40



## e- ÖZET

**Giriş ve Amaç:** İzmir ilinde aile hekimleri asistan hekimlerine yönelik olan bu çalışmada, asistan hekimlerin iş doyumu düzeyi, verilen eğitimden memnuniyeti, yapılan rotasyonların hangilerinin gerekli olduğunu düşündükleri ve ilave olarak hangi rotasyonları yapmanın eğitimlerine katkıda bulunacağını düşündüklerinin sorgulanması planlanmıştır. Ayrıca toplumun aile hekimliği uzmanını diğer aile hekimlerine tercih edip etmediği konusunda ne düşündüklerinin saptanması planlanmıştır. Verilen eğitim sonucu kendilerini mecburi hizmet için yeterli görüp görmediklerinin saptanması; eğitim araştırma, üniversite hastanesi ve SAHU olarak uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin, bu hususlardaki düşüncelerinde ve iş doyum düzeylerinde anlamlı fark olup olmadığının saptanması planlanmıştır

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, 2016-2017 eğitim öğretim yılında İzmir il merkezinde bulunan Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde görev yapmakta olan, İzmir ilinde SAHU eğitimi alan Aile Hekimliği asistan hekimleri üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Literatüre uygun olarak hazırlanan anket form, hekimler tarafından mail aracılığıyla dolduruldu, aynı gün veya takip eden gün içerisinde değerlendirildi. İş doyumunun değerlendirilmesi Minnesota İş Doyum Ölçeği ile yapıldı. Elde edilen verilerin analizinde Ki kare testi, Student t testi, Kolmogorow Smirnow, Tamhane testi ve Anova varyans analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanların %70,7'si Eğitim ve Araştırma hastanelerinde, %16,3'ü Üniversite Hastanelerinde eğitim göre aile hekimliği asistanlarıdır. %13'ü SAHU olarak eğitim alan aile hekimleridir. Araştırmaya katılanların %48,9'u TUS'ta aile hekimliği branşını ilk tercih olarak seçmiş olup, %51,1'inin aile hekimliği ilk tercihi değildir. Aile Hekimliği asistan hekimi olmaktan memnun olanlar %80,4 iken, memnun olmayanlar %19,6'dır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olanlar katılımcıların %21,7'sini oluştururken; memnun olmayanlar %31,5, kısmen memnun olanlar ise %46,7'sini oluşturmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olmama sebebi eğitim görülen kuruma göre farklılık göstermektedir (p=0,001). Aile Hekimliği zorunlu rotasyon programında olması gerektiği düşünülen rotasyonlar sorgulandığında dahiliye %94,6 ve pediatri

%94,6 ile en çok gerekli görülen branşlar olmuştur. Bunu %91,3 ile kadın doğum ve %91,3 ile dermatoloji takip etmektedir. Diğer branşlara bakıldığında; kardiyoloji %81,5 göğüs hastalıkları %75 kulak burun boğaz %65,2 genel cerrahi %63 enfeksiyon hastalıkları %55,4 nöroloji %54,3 gerekli görülmüş olup erişkin acil %41,3 ile zorunlu olması en az gerekli görülen rotasyon programı olmuştur. Minnesota Genel İş Doyum skor ortalaması  $3,25 \pm 0,71$  olarak saptandı. Minnesota alt ölçeklerinden; İçsel doyum skor ortalaması  $3,46 \pm 0,81$ , Dışsal doyum skor ortalaması  $2,94 \pm 0,67$  olarak bulunmuştur.

Aile hekimliği asistanlığından memnun olanların genel doyumunu, memnun olmayanların genel doyumundan yüksek ( $p=0,04$ ), içsel doyumunu da memnun olmayanların içsel doyumundan yüksektir ( $p=0,014$ ).

Aile hekimliği eğitimine başlama öncesi başka görevlerde bulunma ile genel iş doyumunu arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,842$ ).

Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü ile genel iş doyumunu arasındaki ilişki anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Bu araştırmaya göre uzmanlık eğitiminden memnun olmama oranı eğitim ve araştırma hastanelerinde daha yüksek saptanmıştır. Uzmanlık eğitiminden memnun olmama sebebi sorgulandığında ise öncelikle eğitim kadrosu ve hastane koşulları, daha az oranda ise iş yoğunluğu ve iş arkadaşları sebep olarak gösterilmiştir. Dahiliye ve pediatri ile en çok gerekli görülen branşlar olarak saptanmıştır. Erişkin acil zorunlu olması en az gerekli görülen rotasyon programı olarak saptanmıştır. Aile hekimliği polikliniği en çok gerekli görülen birimken, palyatif bakım servisi en az gerekli görülen birim olarak sonuçlanmıştır.

Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel ve dışsal iş doyumunu, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel ve dışsal iş doyumundan yüksektir. Bu iki kurumun içsel iş doyumunu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu ile Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören ve üniversite hastanesinde eğitim gören aile hekimliği

asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır.

Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi sahibi olması, uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih etmesi faktörünün aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu artırdığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği, eğitim, iş doyumunu

## e-ABSTRACT

**Introduction and purpose:** In this study directed to assistant family physicians in the province of İzmir, it was planned to question the level of job satisfaction of the assistant physicians, the satisfaction from the given education, their thoughts about which rotations are necessary and what additional rotations they think will contribute to their education. It is also planned to determine what they think about whether the community prefers family medicine specialists over other family specialists or not. Determination of whether they think the given education is sufficient for compulsory service and if there is a meaningful difference in these aspects and job satisfaction levels of assistant doctors who received specialist training in education research, university hospitals and Contracted Family Medicine Practice (CFMP).

**Materials and Methods:** This study is a cross-sectional study conducted on Family Physician residents who are working in Education Research Hospitals and University Hospitals in İzmir city center and CFMP in 2016-2017 education year. The questionnaire form prepared according to the literature, was filled by the physicians via e-mail and evaluated within the same day or the following day. Assessment of job satisfaction was made with the Minnesota Job Satisfaction Scale. Chi square test, Student t test, Kolmogorow Smirnow, Tamhane test and Anova variance analysis were used in the analysis of the obtained data.

**Findings:** %70,7 of the assistant family physicians who participated in the study were in education and research hospitals and %16,3 were in university hospitals. The remaining %13,0 are family physicians trained as CFMP.

While %48,9 of the participants selected family medicine branch as their first choice in TUS, %51,1 did not. %80,4 were satisfied with being family medicine residents, while %19,6 were not satisfied. While those satisfied with the family medicine specialty training accounted for %21,7 of the participants; the dissatisfied accounts to 31.5%, and partially satisfied participants accounts to %46,7.

The reason of not being satisfied with family medicine specialist training differs with the institution of education ( $p=0,001$ ). When the rotations that are thought must be included the Family Medicine mandatory rotation program were questioned, the most important branches were found to be internal medicine with %94,6 and pediatrics with %94,6.

This is followed by dermatology with %91,3 and gynecology with %91,3. Looking at other branches; cardiology %81,5, chest diseases %75,0, otorhinolaryngology %65,2, general surgery %63,0, infectious diseases %55,4, neurology %54,3 and adult emergency care rotation was thought to be the least needed rotation program with %41,3. The Minnesota General Job Satisfaction Score average was  $3,25\pm 0,71$ . Minnesota subscales; The internal satisfaction score average was  $3,46 \pm 0,81$ , and the external satisfaction score average was  $2,94\pm 0,67$ .

The general satisfaction of those who are satisfied with the family medicine assistancy is higher than the general satisfaction of the dissatisfied ones ( $p = 0.04$ ) and the internal satisfaction is higher than the internal satisfaction of the dissatisfied ones ( $p=0,014$ ).

There is no significant difference between having a job before family medicine training and general job satisfaction ( $p=0,842$ ).

The relationship between the participants' assumption of the level of knowledge of the community about family medicine specialty and general job satisfaction is significant ( $p<0,001$ ).

**Conclusion:** According to this research, the dissatisfaction with the expertise training was found to be higher in education and research hospitals. When the reason for the dissatisfaction with the specialist training were questioned, educational staff and hospital conditions were primarily asserted as a cause. Work intensity and colleagues were thought as to be a less important cause.

Internal medicine and pediatrics were found to be the most necessary branches. Adult emergency was determined as the least necessary rotation program. The family medicine clinic was concluded to be the most needed unit while the palliative care service was the least necessary unit.

The general and external job satisfaction of family physician assistant doctors who are studying at university hospitals is higher than the general and external job satisfaction of family doctors who are studying in education and research hospitals. There was no significant difference between the internal job satisfactions of the two institutions. There was no significant difference between the general, internal and external job satisfaction of family physician assistant doctors who were trained as CFMP and general, internal and external job satisfaction of family physician assistant doctors studying in education and research hospitals and university hospitals.

Since the society has knowledge about family medicine expertise, it is determined that the fact that specialist family physicians are preferred over non-specialist family physicians increase the general, internal and external job satisfaction of family physician assistant doctors

**Key words:** Family medicine, education, job satisfaction.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bireylere ve ailelere sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren, klinik bilimler ve davranış bilimleri ile iç içe bir faaliyet gösteren, tüm yaş gruplarını, her iki cinsiyeti, tüm sistemleri ve hastalıkları içine alan uzmanlık alanı “Aile Hekimliği” (AH)’dir (1).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amacı; aile hekimlerini birey, aile ve toplumlara kapsamlı ve yüksek kalitede sağlık hizmeti vermeye yönelik hazırlamaktır. Bu eğitim bilginin, becerilerin ve davranışların ifade edilmesini gerektirir. Aile hekimlerinin eğitimi için ideal sistem ülkeden ülkeye değişir. Süre çoğu zaman değişmekle birlikte genellikle tıp fakültesini takiben en az 3 sene sürmektedir (2).

Aile hekimliği esasını, çekirdeğini diğer disiplinlerin oluşturduğu bir temelden alır. Bu disiplinler en çok iç hastalıkları, pediatri, kadın doğum, cerrahi ve psikiyatridir. Aile hekimleri eğitimleri esnasında, diğer disiplinlerden edindikleri deneyim ve bilgileri bütüncül bir yaklaşımla kullanmayı ve kaynaştırmayı öğrenirler (3).

Aile hekimliği asistanlık eğitimi ile, asistan hekimlerin ayaktan tanı, tedavi ve hasta takibi konularında problem çözme becerilerini artırmak; hastalarını biyopsikososyal çevresiyle birlikte değerlendirebilmelerini sağlamak amaçlanmaktadır.

Hizmet kalitesinin ölçümü ile ilgili bankacılık, konaklama, ulaşım ve diğer hizmet sektörlerine yönelik birçok çalışma olmasına rağmen, uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin öğretim elemanlarından beklentileri ve sundukları hizmet kalitesinin belirlenmesine yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Oysa yükseköğretim hizmetlerinin kalitesini ölçmeye yönelik yapılan araştırmalar kalitenin oluşturulmasında en önemli unsurun akademisyenler olduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışmada eğitim kalitesinin değerlendirilmesine yönelik, asistan hekimlerin yöneticilerinden beklentileri ve rotasyon programlarından beklentileri içerikli anket hazırlanmıştır (4).

Genel olarak çalışanların işlerine ilişkin duygularının bir reaksiyonu olarak tanımlanan iş doyumu kavramı ilk kez 1920'lerde ortaya atılmış olup; önemi, 1930-1940'lı yıllarda anlaşılmıştır. Bireylerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri olan iş doyumu, işin bireye sağladıklarının algılanmasıyla oluşan hoşnutluk duygusudur (5). Psikososyal açıdan incelendiğinde ise iş doyumu; kişinin beklentileri ile kurumsal beklentiler arasında gelgitler yaşaması sürecinde dengede durabilme ve bu dengeyi korurken alınan haz olarak nitelenebilir. Bireysel özellikler, gereksinimler ve deneyimler iş çevresi ile etkileşime girerek iş doyumu veya doyumsuzluk duygusunu oluşturur (6).

Hekim memnuniyeti üzerinde son yıllarda durulmasının nedeni iş yaşamından memnun olan hekimlerin daha iyi sağlık bakım hizmeti sunmalarıdır. Çalışmalar hasta memnuniyeti ile hekim memnuniyeti arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Hekimin iş yaşamından memnun olmaması hem hekimin hem de hastanın sağlığını olumsuz etkiler (7).

Arz ve talep dengesi içerisinde hizmet alanların memnuniyeti önemli olduğu kadar hizmeti sunanların da hak ettiği ilgi, alaka ve değeri görmesi, kısacası memnuniyeti; toplumun temel yapıtaşı olan "aile" yapısını bir bütün olarak ele alan aile hekimlerinin aile sağlığını, dolayısıyla toplum sağlığını etkilemesi yönüyle bir anlamda toplumsal memnuniyetin oluşturulması açısından önemlidir.

İş doyumuna dair pek çok meslek grubunda çalışmalar yapılmış olup; bu çalışma, bireysel ve iş ortamına ait (içsel-dışsal) nedenleri de irdeleyen ve aile hekimliği asistanlarını kapsayıcı nitelikte olan; aynı zamanda geçerlik ve güvenilirliği de daha önce hesaplanmış, "Minnesota İş Doyum Anketi" kullanılarak yapılmış bir çalışmadır.

İş doyumu her şeyden önce bir sosyal sorumluluk, ahlaki gerekliliktir. İş doyumunun durumunu belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmada; İzmir ilinde çalışmakta olan aile hekimi asistanlarının:

Bireysel faktörler;

1. Yaş, cinsiyet, medeni hal

2. Tecrübe (aile hekimliği asistanlığı öncesi başka görevde bulunup bulunmadığı)

3. Kişilik

4. Memnuniyet

İş ve iş ortamına bağlı nedenler;

1. İşin toplum içindeki genel algılanması, işin yapısı ve zorluk derecesi

2. Ücret, terfi imkânı ve statü

3. Ödüllendirme, sosyal imkanlar, örgütsel ortam ve çalışma koşullarını içeren

İçsel ve dışsal nedenler konusunda detaylı bir inceleme yapılmıştır.

Bu çalışmanın amacı; İzmir ilindeki aile hekimliği bölümündeki asistan hekimlerinin;

1. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler ile iş doyumunu arasındaki ilişkiyi saptamak.

2. Çalışma ortamının belirlenmesi,

3. Yaşları, cinsiyetleri, daha önceki mesleki tecrübeleri ve eğitim aldıkları kurumların; iş doyumunu düzeyine ve eğitim kalitesine etkisinin anlamlı düzeyde olup olmadığının belirlenmesi,

4. Aile hekimliği eğitim programındaki rotasyon programına hangi rotasyonların eklenmesi gerektiğini düşündüğü, hangi rotasyonlara ihtiyaç duyulduğunun belirlenmesi,

5. İş doyumunu ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiyi belirlemek,

6- Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü bulgularına ulaşmak,

7- Eğitim araştırma, üniversite hastanesi ve SAHU olarak uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin, bu hususlardaki düşüncelerinde ve iş doyum düzeylerinde anlamlı fark olup olmadığının saptanması,

8- Eğitim kalitesinin geliştirilebilmesi için ihtiyaç duyulan rotasyonların ve aile hekimliğinin kendi bünyesinde olması gereken birimlerin tespitini sağlamak açısından geleceğe ışık tutabilecek bir çalışmadır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

Bireylerin çalışma yaşamlarında, işlerine ilişkin bazı deneyimler kazanması sonucu işlerine karşı edindikleri tutum ve davranışları vardır. İş doyumunu; bireyin iş deneyimleri sonucu ortaya çıkan olumlu ruh halidir. İş doyumsuzluğu da çalışanın işine karşı olumsuz tutum ve davranışları beraberinde getirir. Çalışanın beklentileri ile iş uyumu ne kadar örtüşürse iş doyumunu o kadar artar (8).

Bireyin istekleri ile işi arasında karmaşık bir etkilenim – duygulanım örüntüsü vardır. Bu karmaşık örüntünün anlaşılabilmesi için öncelikle iş doyumuna dair çeşitli sosyolojik psikolojik kuramlardan bahsetmek gerekir.

### **2.1 İŞ DOYUMU KURAMLARI**

İş tatmininin, çalışanların tüm ihtiyaçlarının karşılanmasının yanı sıra; çalışanların kendisi için nelere önem verdiğiyle ve onları ne kadar çok istediğiyle de ilgili olduğu ortaya çıkmıştır (9).

İş doyumunu bir tutum olarak, motivasyondan farklı olmasına karşın, literatürde ilk kez iş doyumunun sistematik bir biçimde incelenmesi motivasyon kuramlarıyla olmuştur (10). Ancak insan davranışlarının karmaşıklığı nedeniyle, motivasyon kuramlarının herhangi birisinin tek başına motivasyon ve iş tatmini konusunu bir bütünlük içinde açıklayabildiğini söylemek zordur (11).

Maslow'un "İhtiyaçlar Hiyerarşisi", Herzberg'in "Çift Faktör Kuramı" ile Adams'ın "Eşitlik Kuramı" birer motivasyon kuramı olmasının yanında iş doyumunu da inceleyen başlıca çalışmalardır. İş doyumunu açıklayan bu kuramların yanında, Hackman ve Oldham'ın "İş Özellikleri Modeli" ile Smith, Kendall ve Hulin tarafından ortaya koyulan "Cornell Modeli" de iş tatminini açıklayan önemli kuramlardandır.

Geliştirilen kuramlar "içerik kuramları" ve "süreç kuramları" olarak iki grupta incelenebilir. İçerik kuramlarında, nelerin güdülenmeye yol açtığı konusu ele alınmıştır. Bilinen en kapsamlı içerik kuramları içerisinde Maslow' un "Gereksinimler Hiyerarşisi Kuramı" ve Herzberg "Güdülenme – Hijyen Kuramı" yer almaktadır. Süreç kuramları; daha çok güdülme sürecinin nasıl işlediği konusunu incelemektedir. Süreç kuramları içerisinde "Vroom'un Beklenti Kuramı" ve "Porter Lawler Kuramı"ndan bahsetmek gerekir.

## **2.1.1 İÇERİK KURAMLARI:**

### **2.1.1.1 Maslow'un Gereksinimler Hiyerarşisi Kuramı:**

Maslow'un tanımlamasına göre; insan gereksinme duyan bir varlıktır (12). Maslow'a göre ihtiyaçlar veya güdüler beş basamaklı hiyerarşik düzende yapılanmıştır.

En alt basamakta yer alan "fizyolojik ihtiyaçlar"; kişinin yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmesi için olmazsa olmaz temel ihtiyaçlardan oluşmaktadır. Bunlara örnek olarak yemek yeme, boşaltım yapma vs. verilebilir. Birey bu temel ihtiyaçlarını karşılayınca bir üst basamakta bulunan "güvenlik" basamağına geçer. Örneğin barınak bulma, iş temini yoluna gider. Çalışan için bu bir anlamda; emeklilik fırsatı, sosyal güvencesi olan bir işte çalışmaya karşılık gelmektedir. Piramidin üçüncü basamağında "sevgi" yer almakta olup çalışma güdüsü olarak "ait olmaya" karşılık gelmektedir. Yani birey çalıştığı iş ortamını benimser, o yerin kendinden sorulduğu ve benimseyerek sahiplendiği kısaca sevdiği sevildiği bir konumdadır. Hiyerarşinin dördüncü basamağını "tanınma" oluşturmakta olup çalışma güdüsü olarak unvan, statü

simgeleri, görevde yükselmeye karşılık gelmektedir. Son basamakta ise tüm bu ihtiyaçları karşılayan birey kendini gerçekleştirmiş, doyuma ulaşmıştır. Birey artık hem toplum önünde hem de kendi iç dünyasında kendini ispatlamış başka bir değişle kimlik kazanmış, iç huzura ermiş, tam bir memnuniyet halinde olan kişidir.

Kişinin gösterdiği her davranış kişinin sahip olduğu belirli gereksinimleri gidermeye yöneliktir. Sadece karşılanmayan gereksinimler davranışı etkileyebilir; karşılanan gereksinimler motivatör olarak rol oynamaz. Kişinin gereksinimleri önem sırasına göre bir düzenleme, bir hiyerarşik düzen içerisindedir. Temel gereksinimlerden olan yemek yeme, barınma; karmaşık olan benlik, başarı gibi duygulardan daha önceliklidir. Kişi en alt düzeydeki ihtiyacı giderilince, bir sonraki gereksinim seviyesine doğru ilerler. Yani birey güvenli çalışma koşullarına olan gereksinimi giderilince; davranışı, bir sonraki görevi başarıyla yerine getirme gereksiniminin doyumuna yönelir. Bu kuramın yönetici açısından anlamı şudur: Eğer yönetici, personelin hangi ihtiyacını gidermek istediğini anlayabilirse, o gereksinimlerini giderebileceği ortamı yaratarak onların belirli yönde davranmalarını sağlayabilir. Fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçları aşağı sıradaki ihtiyaçlar olarak tanımlanırken; sosyal, saygı ve statü ile kendini gerçekleştirme ihtiyaçları da yüksek düzeydeki ihtiyaçlar olarak sınıflandırılmaktadır. İkisi arasındaki fark ise yüksek düzeydeki ihtiyaçların içsel olarak, düşük düzeydeki ihtiyaçlarında dışsal olarak tatmin edilmesidir. Bununla birlikte Maslow'un kuramı, diğer kuramlar gibi sadece iş ortamı göz önünde bulundurularak geliştirilmiş bir kuram olmayıp genel bir kuram niteliğindedir (13).

#### **2.1.1.2 Herzberg Güdülenme – Hijyen Kuramı:**

Endüstri ve örgüt psikolojisi alanında iş doyumunu; genellikle çalışanların güdülenme düzeylerine bağlı olarak açıklanır. Bu açıklamaya göre güdülenme düzeyi arttıkça, işteki performans ve doyum artar (14). İş doyumunda bireyin güdülenme düzeyinin önemini vurgulayan kuramlar arasında Herzberg'in Güdülenme-Hijyen Kuramı öne çıkmaktadır (14). Güdülenme-Hijyen Kuramında iş doyumunda rol oynayan etmenler iki farklı grupta toplanmaktadır:

1. İlk grupta yer alan güdüleyici etmenler; işin kendisi ile ilgilidir. Bunların varlığı işteki performansı artırır ve bunlar doğrudan işin kendisinden elde edilen doyumla bağlantılı güdüleyicilerdir. Güdüleyici etmenler; temel psikolojik gereksinimlerle bağlantısı nedeni ile içsel etmenler olarak da adlandırılabilir (15). İşin kendisi yani işi yaparken alınan doyum, işteki başarı, tanınma ve takdir edilme, sorumluluk alma, ilerleme ve gelişme olanakları bu grupta yer alan ve işte güdülenmeyi sağlayan etmenlerdir (14).

2. İkinci grupta yer alan hijyenik etmenler işin yapıldığı ortam ve koşullarla ilgilidir. Bunların varlığı bireyin yaşam koşullarını sağlıklı hale getirir, yokluğu ise doyumсузluğa yol açar. Bu etmenler “dışsal etmenler” ya da “durum koruyucular” olarak da adlandırılabilir. Kişilerarası ilişkiler bu gruptadır. İş doyumunda güdüleyiciler ile hijyenik etmenleri birbirinin zıt kutupları gibi ele almak doğru olmaz. Farklı bir biçimde ifade edilecek olursa güdüleyicilerin yokluğu, hijyenik etmenlerin olumsuzluğu ile açıklanamaz. Yoklukları doyumсузluk yaratır; ancak kendi başlarına iş için güdülenmeyi sağlamazlar. Bununla birlikte iş doyumunun korunması ve sürekliliğinde rol oynarlar. Dolayısıyla işten hoşnut olma ve olmama, iki farklı durum olduğu için bir boyut üzerinde düşünülemez (14).

İki etmen kuramında güdüleyici faktörler psikolojik ihtiyaçlarla bağlantılı olarak ele alınıp, işin çevresel getirilerinden kaynaklanan dışsal etmenlerden ayrılmasına karşın; yapılan araştırmalar değişik dışsal faktörlerin de bazı durumlar ve gruplar için aynı zamanda güdüleyici olabileceğine dikkati çekmektedirler (14).

Kısacası içsel doyumun bileşenleri;

1. Başarma
2. Tanınma
3. İşin Kendisi
4. Sorumluluk
5. İlerleme

Olup, bunlar ne kadar ağırlıklı olursa iş doyumu ile ilgili olarak olumlu tutum o kadar desteklenmiş olur.

Birey dışsal doyum bileşenleri;

1. İşletme politikası ve yönetimi
2. Teknik gözetim
3. Kişiler arası ilişkiler
4. Gözetim ve çalışma koşulları

Olup, kişi bunlar ile ne kadar çok çatışma yaşarsa o derece fazla iş ile ilgili olumsuz tutum edinir. Sonuçta iş doyumunu sağlayamamış olur. İnsan kaynaklarının doğru ve etkin kullanımı açısından olumsuz tutumu etkileyen faktörlerin mümkün olduğunca en aza indirgenip bireyin içsel doyumunu da pekiştirerek olumlu tutumu destekleyen bir sistem içinde olmayı gerektirir.

Kadınlarla yapılan bazı çalışmalarda dışsal bir faktör olan kişilerarası ilişkiler güdüleyici bir etmen olarak ortaya çıkmıştır (15). Herzberg'in iki etmen kuramı temel alınarak yapılan bir çalışmada da sorumluluk dışındaki bütün güdüleyici unsurların kadınların iş doyumunu artırdığı, dışsal hijyenik faktörlerin ise doyumsuzluk yarattığı, fikri ortaya çıkmıştır (16). Yaş değişkenine ilişkin olarak bazı araştırmalarda yaş ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ifade edilirken (17); yaş ile iş doyumunu arasındaki ilişkilere işaret eden araştırmalar da bulunmaktadır (14).

## **2.1.2 SÜREÇ KURAMLARI**

### **2.1.2.1 Vroom'un Beklenti Kuramı:**

Beklenti kuramı çalışanların güdüsünü beklenen ödüllerle açıklamaya çalışan bir kuramdır. Bu kuram, kişinin ekonomik gerçekler üzerine oluşturulan kararlar verdiğini varsayar. Birçok araştırmacının beklenti kuramı ile ilgilenmesinin bir nedeni de; bu kuramın, hem kişisel hem de durumsal etkileri bir arada toplamaya çalışmasıdır.

Bu kuramın üç temel kavramı vardır:

1. İlki Valens'dir. Valens, bir anlamda; kişinin belirli bir çaba göstererek elde edeceği ödülü ne kadar arzuladığının derecesidir. Vroom'un formülü aşağıdaki gibidir:  
Güdü = Valens X Bekleyiş

Valens (-1) ile (+1) arasında değer alan bir değişken olarak gösterilebilir.

2. İkincisi "Bekleyiş" tir. Kişinin belirli bir davranışın sonucunu önceden hayal etmesidir. Bekleyiş kişinin algıladığı bir olasılık olup (0) ile (+1) arasında bir değişken olarak ifade edilebilir. Bir kişinin hem valensi hem de bekleyişi ne kadar yüksek ise o kişi o kadar motive olacaktır.

3. Üçüncü kavram "Araçsallık" tır. Araçsallık, birinci kademenin sonuçlarının, ikinci kademenin sonuçlarına yol açması konusunda öznel bir olasılığı açıklamaktadır. Kişi belli bir çabayla performans gösterebilir. Bu performansta belirli şekillerde ödüllendirilebilir (birinci kademe sonuç). Birinci düzeydeki sonuç ikinci düzeyde sonuçları gerçekleştiren bir araçtır. Kişi hem birincil hem de ikincil kademe sonuçlarını (ödüllerini) arzu ediyorsa motive olacaktır.

Beklenti kuramına göre; sonuca ulaşma beklentisi yüksek ve çok arzulanan amaçlar için bireyler çok çaba sarf edecektir. Gerçekleşmesi ya da sonuca ulaşması daha zayıf olan amaçlar için ise pek emek harcamayacaklardır. Diğer taraftan sonuca ulaşma beklentisi kuvvetli olan fakat pek fazla istenmeyen amaçlar içinde çaba sarf etmeyeceklerdir. Yani bu kuramda iş doyumuna neden olan etmenler ne kadar önem arz etmekte ise; iş doyumunun sonuçları da bir o kadar önem arz etmektedir.

Beklenti kuramına göre birey; amacının ya da beklediği sonucu gerçekleştirebilmek için gerekli olanların kendi denetim ve kullanımında olduğunu algıladığı zaman, güdülenmesi en yüksek düzeyde olacaktır ve iş doyumunu o oranda yüksek olacaktır (18).

### 2.1.2.2 Porter- Lawler Kuramı:

Bu kuram çeşitli değişkenlerin aralarındaki ilişkiyi ve değişkenlere bağlı beklentilerin iş performansı üzerindeki etkilerini inceler. Burada söz konusu olan değişkenler; ödülün değeri, çaba, harcanan çabanın ödülle sonuçlanma olasılığı, yetenekler, rol algıları, iş performansı, beklenen ödüller ve doyumdur. Kurama göre iyi bir performans ödüle yol açar, bu da doyumunu sağlar.

Porter ve Lawler ödülleri içsel ve dışsal olmak üzere iki türde incelemiştir. İçsel ödüller; işin kendisince verilen ve başarı duyguları ile Maslow tarafından benimsenen ve tanımlanan üst düzey gereksinimlerin karşılanmasını sağlayan ödüllerdir. Dışsal ödüller ise; iş görene, üyesi olduğu örgüt tarafından verilen ve temelde primer (alt düzey) gereksinimleri karşılayan ödüllerdir. Bu gruba; ücret, terfi, statü, iş güvenliği gibi ödüller örnek gösterilebilir. Burada bir şeyin ödül sayılabilmesi için ödülü alanın o ödüle olumlu değer vermesi yani ondan haz duyması gerekir. Eğer fiilen elde edilen ödül beklenenden daha büyükse o zaman doyum söz konusu olacaktır. Aksi durumda ise doyumsuzluk kaçınılmazdır. Porter-Lawler örneğinde, içsel güdünün içsel ödüller, dışsal güdünün de dışsal ödüller tarafından sağlandığının ortaya konulması; iş görenin kendisinin ve üyesi olduğu örgütün güdüden birlikte sorumlu olduğunu gösterir. Buna rağmen, esas sorumluluk iş görenin kendisine aittir. Çalışanın güdüsü ya da işinden doyum duyması, o kişinin performansına bağlıdır. Çünkü performans, kişinin ödüllere verdiği değer, çabaların ödüllendirilmesi, sahip bulunduğu yetenek ve nitelikler, işinde sarf ettiği gayret ve benzerleri ile ilgili düşüncelerden çok büyük oranda etkilenir. Bu örneği bir güdü aracı olarak kullanmak isteyen bir yönetici, aşağıdaki hususlara dikkat etmek zorundadır:

- İş gören, kendilerinden beklenen performansa göre eğitilmelidir.
  - Rol çatışması mümkün olduğu ölçüde azaltılmalıdır.
  - İş görenin fiilen aldığı ödül tutarından çok, aynı düzeyde performans gösteren meslektaşlarının aldığı ödül düzeyine dikkat ettiği hatırlanmalıdır.
  - Kişilerin içsel ve dışsal ödül türlerine farklı önem verdikleri bilinmelidir
- (18).

İçerik ve süreç kuramlarından ayrı olarak “Eşitlik Kuramı”, “İş Özellikleri Modeli” ve “Cornell Modeli”nden de bahsetmek gerekir.

### **2.1.3 EŞİTLİK KURAMI (Equity Theory):**

Bir motivasyon kuramı olup, bireyin iş başarısı ve tatmin olma derecesi; çalıştığı ortamla ilgili olarak algıladığı eşitlik veya eşitsizliklere bağlıdır. Bu kuram Adams tarafından geliştirilmiştir. Kişinin kendi gayreti sonucu elde ettiğinin, aynı iş ortamında başkalarının gösterdiği gayret neticesi elde ettiği sonuç ile karşılaştırarak kişide eşitlik ya da eşitsizlik duygusunun oluştuğuna dair bir kuramdır.

### **2.1.4 İŞ ÖZELLİKLERİ MODELİ(Job Characteristics Model):**

Hackman ve Oldham, 1975 yılında, iş doyumunun nedenlerini açıklayan “işin özellikleri” yaklaşımını ortaya atmışlardır. Bu yaklaşım araştırmacıların işin beş temel özelliği olarak nitelendirdikleri; 1. Beceri çeşitliliği, 2. Görev bütünlüğü, 3. Görevin önemi, 4. Özerklik, 5. Geri bildirim boyutları, üzerine kurulmuştur. Buna göre, söz konusu özellikler bireylerde üç psikolojik duruma yol açmakta, bu durumlar ise bireylerin iş tatmini ve motivasyonunda önemli sonuçlar yaratmaktadır. İşin beceri çeşitliliği gerektirdiği, görevlerin bir bütünlük içerdiği ve önemli olduğu oranda bireyde kendi işinin anlamlı olduğu duygusu oluşmakta, işin bireye özerklik tanınması bireyde sorumluluk duygusu yaratmakta, geri bildirim ise bireyin işin sonucu hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamaktadır (9,10).

### **2.1.5 CORNELL MODELİ:**

1969’ da Smith, Kendall ve Hulin tarafından geliştirilen “Cornell Modeli” ne göre, iş tatmini, bireyin işi ile ilgili duyguları ya da iş durumunun farklı boyutlarına karşı geliştirdiği duygusal tepkileridir. Araştırmacılara göre, bu duygular, bireyin mevcut durumdaki alternatiflerle bağlantılı olarak makul ve adil bir karşılık bulma beklentisi ile deneyimleri arasında farklılık algılamasından kaynaklanmaktadır. Smith ve arkadaşları Cornell çalışmalarının temelini oluşturan referans çerçevesi

(frame of reference) kavramını ilk olarak ortaya atan araştırmacıdır. Referans çerçevesi, bireyin bir değerlendirme yaparken kullandığı iç standartlardır. Bu standart; bireyin deneyimleri, beklentileri ve mevcut bir uyarıcı karşısındaki değişim eşiği ile ilgilidir (9,10).

Bu ve benzeri kuramlardan hareketle, yapılan iş doyumunu araştırmaları sonucunda, birtakım ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler, yalnızca iş doyumunu konusunda yapılan bilimsel çalışmalar açısından değil, aynı zamanda çalışanları anlamak isteyen işletmeler, kurum ve kuruluşlar açısından da önem taşımaktadır. Birçok iş doyumunu ölçęi bulunmakta olup bunlardan en bilineni geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan “Minnesota İş Doyum Anketi”dir.

## 2.2 İŞ DOYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Türkiye’de diğer uzmanlık dallarına göre daha yeni bir branş olması ve diğer uzmanlık eğitimlerine göre daha fazla ağırlıkta rotasyon programı içermesi nedeniyle aile hekimliği asistan hekimlerinin yaptıkları işten memnun olup olmadıkları, yeterli iş doyumuna sahip olup olmadıkları merak konusudur. Birinci basamak ve koruyucu hekimlik açısından büyük önem arz eden aile hekimlerinin yaptıkları işten memnun olmaları ve iş doyumunu sağlamaları, daha kaliteli hizmet sunabilme ve hasta memnuniyeti açısından da büyük önem arz etmektedir. Kişisel memnuniyet ve iş doyumunu olumlu veya olumsuz yönde etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Kısaca değinmek gerekirse yetersiz ücret, alınan eğitim ile yapılan iş uyumsuzluğu, mezuniyet sonrası eğitim yetersizliği, meslekte ilerleme olasılığının düşük olması, olumsuz çalışma ortamı ve fiziki koşullar gibi pek çok etmen bulunmaktadır.

İş doyumunu belirleyen unsurlar, bireysel ve kurumsaldır (19). Bireyin iş yaşamından beklentileri ve yaşadıklarının uyumlu oluşu iş doyumunu sağlayıp, verimliliğini artırabilir. Kurumsal nedenlerden kaynaklanan doyumсуzлuk duygusu ise bireyin kurumdan uzaklaşmasına ve iş gücü kaybına neden olabilir. Farklı meslek gruplarının iş doyumunun farklı olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar; mesleki saygınlık, iş üzerindeki denetim, çalışma grubunun bütünleşme düzeyi, mesleki

topluluk oluşturma olarak tanımlanan dört temel etmen ile açıklanmıştır. Bu etmenlerden en önemlisi mesleğin saygınlığıdır. Saygınlık arttığı ölçüde iş doyumuna da artmaktadır. Çalışanın kendi işi ve diğerlerinin işi üzerindeki denetiminin artması, yani örgüt içindeki konumunun güçlenmesi de iş doyumunu artırmaktadır (19,20). Çalışma gruplarının bütünleşme düzeyi ise işin, çalışanları birlikte çalışmaya yönlendirmenin bir türevidir. Bütünleşme düzeyi arttıkça, buna paralel olarak iş doyumuna da artmaktadır. Hackman ve Oldham işin temel yapısıyla ilişkili, içsel unsurları içeren beş faktör belirlemiştir. Bunlar; işin gerektirdiği beceri çeşitliliği, işle özdeşleşme, işin anlamı, otonomi ve geri bildirimdir. Bir işin çalışana doyum verebilmesi için bu özelliklere sahip olması gerektiğini savunmuş ve bu konulara yoğunlaşarak bir ölçek geliştirmişlerdir. Kişilikle ilgili değişkenlerin de iş doyumunu etkileyebileceği, ancak bu etkinin var olan duruma olumlu ya da olumsuz tepki göstermekte etkisinin sınırlı kaldığı anlaşılmıştır. Bazı araştırmacılar iş doyumunu işe devam, iş yöntemlerinin geliştirilmesi ve iş ortamındaki iş birliğinin artırılması gibi alanlarda davranışların nedeni olarak görmektedir, diğerleri sonuç ya da bulgu olarak ele almaktadır. Araştırmacılara göre yetersiz iş tasarımı hem iş doyumunu hem de olumsuz iş davranışlarını ortaya çıkarmaktadır (19,17,21,22,23,18)

## 2.2.1.BİREYSEL FAKTÖRLER

**2.2.1.1.Kişilik, Değer Yargıları, İnançlar, Beklentiler ve Sosyo-Kültürel Çevre:** İş doyumuna kişilik özellikleri arasında ilişki söz konusudur. Örneğin sinirli ve çevresine uyum sağlayamamış kişiler daha sık iş doyumunu göstermektedir. Bu çalışanlar başkaları ile rahat ilişki kuramamaktadır. Çalışanların yaşama bakış açısı olumsuzdur. Toplumdaki genel inanış; özel hayatında mutlu olmayan kişilerin mutluluğu işlerinde arayacağıdır. Ancak yapılan araştırmalar bunu doğrulayamamıştır. Olumsuz tutumların yaygınlaşma etkisi görülmektedir. Ama neden- sonuç ilişkisi kesinlik kazanmış görünmemektedir (21). Değerlerin; çalışanların iş yerindeki davranışları üzerinde doğrudan etkili olduğu düşünülmektedir ve bireyler arasında paylaşılan değerler, bireysel ilişkilere de yansımaktadır. Benzer

değerlere sahip kişilerin birbirleri arasında ilişkiler kurduğu görülmektedir. Bu sayede ortak iletişim sistemi, belirsizlik ve uyarım fazlalığı gibi iş ilişkilerindeki olumsuz faktörleri ortadan kaldırmaktadır. Çalışanlar daha az rol belirsizliği ve çatışma yaşadıklarından dolayı koordinasyon, iş doyumunu ve işe bağlılık artmaktadır (22). Bireyin içinde doğup büyüdüğü ve yaşamaya devam ettiği sosyokültürel çevrenin, bireye aşladığı tutum ve değerler açısından işe karşı tutumlarını etkileyebileceği düşünülmüş, bu alanda araştırmalar yapılmıştır (23).

**2.2.1.2.Tecrübe, Yaş ve Aynı İşte Kalma Süresi:** Bazı çalışmalar, çalışanın iş tecrübesi ile iş doyumunu arasında olumlu bir ilişki ortaya çıkarmıştır (18). Uzun süre aynı işte çalışanların iş tecrübesi artar ve dolayısıyla iş tatmini de yüksek olur. Çalışma hayatına yeni atılan, iş tecrübesi olmayan kişilerin gerçekçi olmayan beklentileri de söz konusu olabilmektedir. Gerçekçi olmayan beklentiler çalışanın kişiliğinde zamanla değişikliğe uğramaktadır. Bazı çalışanlar iş deneyimleri arttıkça, beklentilerini iş hayatının gerçeklerine göre ayarladıkça, iş doyumunu bulabilmekte; bazıları ise geçen yıllara rağmen beklentilerini değiştirmemekte dolayısıyla iş doyumsuzluğu ile yaşamayı öğrenmektedirler (21). Yaş arttıkça doyum artmaktadır. Bunu nedeni, deneyim nedeniyle uyumun artmasıdır (15).

**2.2.1.3.Cinsiyet, Eğitim Düzeyi ve Zekâ:** Pek çok araştırma, cinsiyetin tutumu etkileyerek iş doyumunda rol aldığı yönündedir. Ancak bulgular araştırmadan araştırmaya farklılık göstermektedir. Doyum ile ilişkisi olan diğer bir unsur eğitim düzeyidir. Eğitim düzeyi arttıkça genel iş doyum düzeyi artmaktadır. Bireyin zekâsı ele alındığında çalışılan işin bireyin zekâsı ile uyumunun iş doyumunu etkilediği bilinen bir bulgudur. Birçok iş ve mesleklerin belirli bir zekâ seviyesi gerektirdiği ve bunu altında ya da üstünde zekâyâ sahip kişilerin bu işlerden doyuma ulaşmadığı saptanmıştır.

### 2.2.2.KURUMSAL FAKTÖRLER

İş görenin işinden doyum duymasında işin genel görünümü, çalışana sağladığı sosyal ve ekonomik çıkarlar ile iş ortamı şartları etkili faktörlerdir. Bu faktörler, bireysel değil toplumsaldır, yargısal olmayıp analiz edilebilir, ölçülür, diğer işlerdeki ile karşılaştırılabilir türdendir. İş doyumunu, birbiri ile ilişkili çok sayıda tutumun birleşimi olarak görmek mümkündür. İş doyumunu, çalışanın iş ortamına ilişkin bir dizi faktörün oluşturduğu tutumların bileşkesidir (24).

**2.2.2.1.İşin Toplum İçindeki Genel Algılanması- İşin Yapısı ve Zorluk Derecesi:** Toplumun gözünde, bireyin mesleği ile ilgili olarak genel kanısı ve tavrı iş doyumunu olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Toplum gözünde sıklıkla ihtiyaç duyulan, sosyal mesleklerde bu durum daha çarpıcı olarak göze çarpmaktadır. Toplumun genel kanısı, mesleğin saygın ve herkesin idealinde olabilecek meslek grubu olduğunda; çalışan iş doyumunu sağlamakta güçlük çekmez şeklindedir. Yapılan işin ilginç olması, kişiye öğrenme fırsatı vermesi, sorumluluk gerektirmesi birer doyum nedenidir. İşin zorluk derecesi iş doyumunu genellikle olumlu yönde etkileyen faktörlerdendir. Çalışanların başarıma arzuları, başarılarını görme ve gösterme eğilimleri vardır. Zihinsel olarak zor olan bir iş, çalışan tarafından başarılıyorsa ve çevre bu başarıyı fark ediyorsa çalışan üst düzeyde doyum bulacaktır. Bunun yanında fiziksel zorluğun iş doyumunu açısından doyum faktörü olmadığı kabul edilmektedir. Aşırı ağır, yorucu ve yıpratıcı işleri yapmak toplumun takdir duygularını kazanmak için yeterli olmamaktadır. Çalışan; bireysel özellik ve niteliklerinin üzerinde bir işi yapmak zorundaydı, bu durumda ortaya sıkıntı ve moral bozukluğu çıkacaktır. Sıkıntı ve moral bozukluğu ise iş doyumsuzluğunu ortaya çıkaracaktır (25).

**2.2.2.2.Ücret, Terfi İmkânı ve Statü:** Yapılan iş karşılığında alınan ücretin iş doyumunda hatırı sayılır bir önemi vardır. Kazanılan paranın yeterliliği, kendine göre hak ettiği meblağa oranla kazandığı paranın normalliyi; aynı işi yapan diğer meslektaşları ile arasında fark olup olmaması ya da diğer meslek gruplarındaki

işin ağırlık derecesine göre alınan ücretin azlığı, fazlalığı kısaca adaletlilik derecesi iş doyumunu önemli oranda etkiler. Bireyin maddi doyumsuzluğu performansını düşürmekte, istifa ve devamsızlık ihtimalini artırmakta ve işin tümünden duyduğu doyumsuzluk seviyesini yükseltmektedir. İş yerinde terfi önemli bir motivasyon aracıdır. Çalışan, terfi ile takdir edilmek ister. Toplumsal statü yönüyle yüksek bir pozisyonda olma, unvanın yönetsel oluşu, iş doyumunu olumlu yönde etkiler.

### **2.2.2.3.Ödüllendirme, Sosyal İmkanlar ve Çalışma Koşulları:**

Başarının hakkaniyet çerçevesinde objektif olarak değerlendirilmesi ve buna karşılık olarak ödüllendirilmesi bireyde iş doyumunu artıracaktır. Objektif bir değerlendirmenin yapılmadığı durumda çalışanın iş doymu olmayacaktır. Uygun ödül sistemlerinin geliştirilmesi motivatör rol oynar. Bu sayede ait olma, sevgi görme, ilgilenilme gibi sosyal beklentiler karşılık bulmuş, kendine değer verildiği yönünde bir kaniya varılmış olacaktır. Çalışma koşulları ki buna öncelikli olarak fiziki koşullar girer, iş doyumunu önemli oranda etkilemektedir. Küçük, dar, sıkışık bir ortamda veya aşırı sıcak ya da soğuk ortamda çalışmaya çalışan adeta mücadele veren personelin mevcut durumdan hoşnut olmayacağı ve iş doyumunu yeterince sağlayamayacağı aşikârdır.

## **2.3.İŞ DOYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İş doymu konusunda yapılan araştırmaların önemli bir bölümü, iş doyumunun ölçülmesi ile ilgilidir. İlk yıllarda çalışanlarla yapılan görüşmeler ve açık uçlu sorularla incelenen bu konu, zamanla bir tutum ölçümü olarak standart ölçme araçlarıyla incelenmeye başlanmıştır. Bunun başlıca nedeni, iş doyumunun çok boyutlu yapıda oluşudur (26,17).

Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği sınanmış olan bazı ölçekler şunlardır:

- 1- Minnesota Doyum Ölçeği (Minnesota Satisfaction Questionnaire)
- 2- (MSQ) İş Betimlemesi Ölçeği (Job Descriptive Index)
- 3- (JDI) Maslach Tükenmişlik Ölçeği

- 4- İŖe Bağlı Gerginlik Ölçeği
- 5- Kısa Semptom Ölçeği
- 6- İŖ Doyumu Ölçeği
- 7- Sürekli Öfke-Öfke İfadesi Tarzı Ölçekleri
- 8- İŖe Bağlı Gerginlik Ölçeği
- 9- GeliŖtirilmiŖ İŖ Betimlemesi Ölçeği (27)

### **2.3.1.Minnesota Doyum Ölçeği**

Weiss ve arkadaşları tarafından 1976 yılında geliŖtirilmiŖtir. Bu ölçek iŖ doyumunu toplam 20 boyut üzerinden değerlendirmektedir. İçsel, dıŖsal ve genel doyum maddelerinden oluŖmaktadır. Genel doyum içsel ve dıŖsal puanların derecesi ile doğru orantılıdır. Dünyada ve Türkiye’de yaygın olarak kullanılmaktadır. Minnesota Doyum Ölçeği gibi ölçeklerde iŖ doyumuna iliŖkin genel bir puan elde edilmektedir. Ancak genel iŖ doyumunu hesaplamak için alt boyutlara verilen yanıtlar değerlendirilmektedir (19).

### **2.3.2.Maslach TükenmiŖlik Ölçeği**

Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliŖtirilmiŖtir. 22 maddeden oluŖmaktadır. Üç faktörlü modeldir. Maslach ve Jackson tükenmiŖlięi duygusal tükenme, duyarsızlaŖma ve kiŖisel başarı noksanlığı olarak tanımlamaktadır. Maslach’a göre tükenmiŖlięin en önemli bileŖeni duygusal tükenmiŖliktir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaŖma puanının yüksek, kiŖisel başarı puanının düşük olması tükenmeyi göstermektedir (28,29,30).

### **2.3.3.İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği**

İşte yaşanan gerginlik ve stresi belirlemek amacıyla, değişik meslek gruplarına verilerek geliştirilmiş, 18 sorudan oluşan 4“lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Revicki ve arkadaşları sağlık alanında çalışanların işe bağlı gerginliklerini ölçmek amacıyla geliştirmişlerdir. Sorular “tamamıyla bana uygun”, “büyük ölçüde bana uygun”, “kısmen bana uygun”, “bana hiç uygun değil” olarak 1 ve 4 puan arasında değerlendirilmektedir (30).

### **2.3.4.Kısa Semptom Ölçeği**

Ruhsal sorunları tarama amacıyla geliştirilmiş 53 maddelik 4“lü likert tipi bir ölçektir. Başka bir ölçekten kısaltılarak türetilmiştir (30).

### **2.3.5.İş Doyumu Ölçeği**

Bireylerin işlerinden aldıkları doyum düzeyini belirlemek amacıyla Hackman ve Oldham tarafından geliştirilmiş, yarım bırakılmış, olumlu ifadelerden oluşan 5 seçenekli 14 maddelik bir ölçektir (30).

### **2.3.6.Sürekli Öfke ve öfke İfadesi Tarzı Ölçekleri**

Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. “sürekli öfke”, “öfke içte”, “öfke dışı”, ve “öfke kontrol” olmak üzere dört alt ölçeği vardır (28).

### **2.3.7.2.3.8.İş Betimlemesi Ölçeği**

(Job Descriptive Index) Smith, Kendal ve Hulin tarafından 1969 yılında oluşturulmuştur. Bu ölçek “çalışma ortamı”, “işin sağladıkları”, “işin gerektirdiği sorumluluk ve yetkiler”, “çalışma koşulları”, “çalışma ortamında ilişkiler” ve “çalışma ortamından beklentiler” olmak üzere 6 boyut ve 70 maddeden oluşmaktadır. Dünyada

en fazla kullanılan iş doyumu ölçeğidir. Bunun nedeni kullanım kolaylığı ve yüksek geçerlilik güvenilirlik değerleridir (19,28).

### **2.3.9.Geliştirilmiş İş Betimlemesi Ölçeği**

Smith, Kendal ve Hulin tarafından 1969 yılında oluşturulan „Job Descriptive Index“ 1997 yılında Ergin tarafından “İş Betimlemesi Ölçeği” adıyla Türkçe’ye çevrilmiştir (26). Kılıç ve arkadaşları (2004) tarafından alan çalışmalarında kullanılan ölçek 9 boyut ve 54 madde (faktör) olarak düzenlenmiştir (31). Ölçek bu formuyla Çakmur ve Kılıç (2009) tarafından uzman hekimlerden oluşan örnek grubunda (n=175) çalışılarak geçerlilik güvenilirlik incelemeleri yapılmış 7 boyut 45 faktör yapısıyla „Geliştirilmiş İş Betimlemesi Ölçeği“ adı altında yeniden tanımlanmıştır (32).Yeterli örnek grubunda, geçerlilik, güvenilirlik analizleri yapılan ölçek özgün forma uygun olarak geliştirilmiştir (33,34) yanıtlanma süresi kişisel bilgileri içeren veri toplama formu ile birlikte ortama dört dakika olan ölçeğin, boyut başlık ve madde sayıları şöyledir; “kuruma bağlılık ve güven” 15 madde, “çalışma arkadaşları ve ilişkiler” 6 madde, “fizik ortam ve koşullar” 5 madde, “çatışma çözme” 5 madde, “çalışanların destek ve gelişimi” 6 madde, “iletişim ve işin kişiye katkısı” 6 madde, “ücret” 2 madde (27).

## **2.4.AİLE HEKİMLİĞİ**

### **2.4.1.TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINA GEÇİŞ SÜRECİ**

Aile Hekimliği uygulaması ile, Aile Sağlığı Merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, bireye yönelik koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesi amaçlanmıştır. Türkiye’de halen “Aile Hekimliği” kavramı iki farklı konuda tanımlama amaçlı kullanılmaktadır. İlkinde, bir tıp disiplini ve bir uzmanlık dalı olarak Aile Hekimliği Uzmanlığı tanımlanırken; diğer

kullanım şeklinde, birinci basamak hizmet sunum modeli anlaşılmaktadır. Hem disiplinin hem de modelin aynı tanımlama ile ifade edilmesi, karmaşıklığa ve bazı olumsuz yanlış anlamalara neden olabilmektedir.

Türkiye’de Aile Hekimliği uygulamasına geçiş sürecini genel olarak 3 bölümde inceleyebiliriz

#### **2.4.1.1.Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde Aile Hekimliği Uzmanlığının Yer Alması (1983 öncesi)**

1947 yılında Türkiye’de tanınan 22 uzmanlık dalından bir tanesi de “Genel Sağlık Uzmanlığı” olmuştur. Yapılan planlamalarda her 40 köye kurulacak bir sağlık merkezinde, Genel Sağlık Uzmanlarının hizmet vermesi planlanmıştır. Fakat 1955 yılında “Genel Sağlık Uzmanlığı” tüzükten çıkarılınca, bu alanda daha ileri bir gelişme yaşanmamıştır.

1952 yılında İngiltere’de “Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji” 1969 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde “Aile Hekimliği Kurulu” kurulmuştur. Ayrıca Millis ve Willard raporları, tüm dünyada Aile Hekimliği açısından önemli dönüm noktalarındandır. Bu gelişmeler, ayrı bir tıp disiplini olarak Aile Hekimliğinin kabul görmesinde etkili olmuştur.

Türkiye’de, 1960’lı yılların hemen başında Prof. Dr. Nusret Fişek’in yoğun çabalarıyla 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” çıkarılmış ve ülke çapında kolay ulaşılabılır saha bazlı birinci basamak sağlık hizmeti tarif edilerek bu hizmetlerin verileceği sağlık ocakları açılmaya başlanmıştır. Bu kanunun uygulamadaki başarısızlığı karşısında Prof. Dr. Nusret Fişek, 1980’li yıllarda bugünkü Aile Hekimliğini tarif ederek birinci basamak hekiminin görevlerini tarif etmiştir.” Halk Sağlığına Giriş” kitabında Aile Hekimliği adını zikrederek modelde çalışacak hekimin özelliklerini sıralamıştır. Bu kitapta, bugün için de geçerliliğini koruyan, birinci basamak koruyucu ve tedavi edici hekimlik anlatılmakta ve sağlık sistemi içindeki yeri tarif edilmektedir (35).

#### **2.4.1.2.Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde Aile Hekimliği Uzmanlığının Yer Alması ve Sonrası (1983-2003)**

Aile Hekimliği, bir tıp disiplini olarak sahip olması gereken şartları bu dönemde sağlamaya başlamıştır. Bunlardan birincisi, uzmanlık dalı olarak tanımlanmak, diğeri uzmanlık derneği olarak örgütlenmek, bir diğeri ise bilimsel bir dergiye sahip olmaktır.

1980 sonrasında Türkiye'de liberal politikalar uygulanmaya başlayınca, buna paralel olarak kişisel hekimlik olarak değerlendirilen Aile Hekimliği modeli tekrar gündeme gelmiştir. Bu dönemde "Aile Hekimliği Uzmanlığı, 1983'te Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır.

Aile Hekimliğinde uzmanlık eğitimi Türkiye'de ilk kez 1985'te; İstanbul, İzmir ve Ankara'da SSK ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde başlamıştır. 36 aylık hastane rotasyonlarından oluşan bu eğitimler, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde farklı branşların klinik şefleri aracılığıyla yürütülmüştür. 1985 yılından itibaren asistan/araştırma görevlisi alımı için merkezi olarak uygulanan Tıpta Uzmanlık Sınavlarında Aile Hekimliği asistanları yabancı dil puanlarıyla yerleştirilmişlerdir. Üniversitelerdeki uzmanlık eğitimi ise ilk olarak, 1995'te Diyarbakır Dicle Üniversite'sinde başlamıştır. Üniversiteler TUS'ta klinik puan esas almışlardır. Sağlık Bakanlığı ve diğer Eğitim Araştırma Hastanelerindeki uygulamada, 2000'li yılların başından itibaren klinik puan ile yerleştirmelere dönmüştür (35).

İlk Aile Hekimliği Anabilim dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi tıp Fakültesi'nde kurulmuş fakat devam ettirilememiştir (1). İlk aktif Anabilim Dalı ise 1993'te Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur

Sağlık bakanlığı 1997 yılında "Temel Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Projesi" ni imzalamıştır. "Proje illerinde Aile Hekimliği, mali teşvikler ve yeterli altyapıyla desteklenen, etkin bir sevk sistemine dayanan birinci basamak sağlık hizmetleri pilot sistemini oluşturmak" projenin amaçları arasında yer almaktaydı. Proje kapsamında 350 Aile Hekimliği Uzmanının uzaktan eğitimi, 1500 pratisyen hekimin eğitimi, toplamda 56 sağlık ocağının onarımı ve Aile Hekimliği ofislerine

dönüştürülmesi, 26 kamu sağlığı merkezinin tasarımı ve yenilenmesi planlanmıştı. Ancak, bu proje hiçbir ilerleme gösterememiş ve 1999 Marmara depremi sonrasında ‘‘Marmara Deprem, Acil Yardım Projesi olarak revize edilmiştir.

#### **2.4.1.3.Aile Hekimliği Daire Başkanlığının Kurulması ve Sonrası (2003- )**

Bu dönem, Aile Hekimliği uzmanlık eğitimlerine başlayan asistan ve araştırma görevlilerinin sayıca arttığı, üniversitelerde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının yaygınlaştığı, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’nde Aile Hekimliği kliniklerinin kurulduğu bir dönemdir. Aile Hekimliği modeline geçiş hazırlıkları ve mevzuatın oluşturulması bu dönemde olmuştur.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğu bünyesinde, Mart 2003’te Aile Hekimliği Daire Başkanlığı kurulması dönüm noktası olmuştur. Bu sayede Aile Hekimliği Türkiye modeli ile ilgili çalışmalar hızlanmıştır.

2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla, sağlık bakanlığının pilot olarak belirlediği illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireyin ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla Aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesi için görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemek amaçlanmıştır.

Aile Hekimliği pilot uygulamasına Türkiye’de ilk defa 2005’de 1. Aşama eğitimlerinin tamamlanması ile birlikte Düzcce’de başlanmıştır. 2006 yılında uygulama kapsamında olan il sayısı 6 iken 2009 sonunda 35’e ulaşmış ve 2010 yılında tüm ülkeyi kapsar hale gelmiştir (35).

#### **2.4.2.AİLE HEKİMİNİN TIBBİ GÖREV TANIMI VE SORUMLULUKLARI**

Bir aile hekimliği biriminin nüfusunu; il, ilçe, köylerde yerleşik yaşayan ve mobil hizmet götürülen bireyler oluşturur. Aile hekimleri, kendilerine bağlı olan nüfusa; koruyucu, önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerini uygulamakla yükümlüdürler. Ayrıca mobil olan nüfuslarına gezici sağlık hizmeti götürmeleri gerekmektedir. Yılda en az bir defa kendilerine kayıtlı olan bireyleri muayene etmeleri, bilgileri hasta dosyalarına işlemeleri gerekmektedir. Bireylerin alışkanlıklarının, kronik hastalıklarının, kişisel özelliklerinin hasta dosyalarına kaydı, obezite takibi, üreme çağındaki kadınların 15–49 yaş izlemleri, aile planlaması, periyodik sağlık muayeneleri, kanser taramaları, evde bakım hastalarının takibi, gebe/bebek/çocuk takipleri, aşı uygulamaları, kendilerine bağlı mobil nüfusa gezici sağlık hizmetlerinin verilmesi, sağlıkla ilgili önemli günlerde hastalarına eğitim toplantıları düzenlemeleri aile hekiminin görevlerindedir (36).

#### **2.4.3.TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ**

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, 1985 yılından bu yana Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ve Tıp Fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında üç yıl süre ile verilmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmakta idi. Bu karar ile, rotasyonların süresi kısaltılarak, Aile Hekimliği disiplininin ilke ve esaslarına uygun özgün eğitimine on sekiz aylık süre ayrılmıştır. Bu gelişme Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi içeriğinin gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi ihtiyacını ortaya koymuştur.

Aile Hekimliği disiplininin temel ilke ve esaslarına uygun çekirdek müfredatın hazırlanmasında, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu’nun 2007 yılında oluşturduğu ve sonrasında geliştirdiği müfredat esas alınmıştır. Bu müfredatın amacı, eğitim veren birimlere; bir aile hekiminin sahip olması gereken yeterlilik alanlarını ve

bunlara ait öğrenme yöntemlerini, eğitim alt yapısını ve ölçme değerlendirme yöntemlerini tanımlamaktır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel bölümden oluşmaktadır:

-Aile hekimliği uygulama eğitimi

-İlgili alanlarda rotasyonlar

-Düzenli eğitim etkinlikleri

Aile hekimliği uygulama eğitimi, esas olarak hastayla temas süreçlerinde yapılmalıdır. Hastayla bire bir etkileşim aile hekimleri için temel öğrenme fırsatıdır. Bir deneyim yaşama ve bu deneyimi analitik değerlendirme süreciyle öğrenmeye dönüştürme, diğer branşlarda olduğu gibi aile hekimliğinde de başlıca öğrenme yöntemidir. Bu süreçte gözetim ve geri bildirim iki önemli eğitim yöntemidir. Bireysel deneyim ve bu deneyimlerden öğrenmenin yanı sıra akranlardan öğrenme de söz konusudur. Bunun için genellikle yansıtma (refleksiyon) grupları kullanılmaktadır. Burada belirli aralıklarla bir araya gelen aile hekimleri birbirlerinin deneyimlerinden öğrenme süreci yaşarlar.

Rotasyonlar aile hekimliği eğitiminde önemli bir yer tutar. Aile hekimliği uygulama ortamlarında seyrek görülen durumlarla hastane kliniklerinde daha sık karşılaşılabilir. Böylece daha kısa sürede öğrenilebilir. Bir bütün olarak kendisine kayıtlı bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen aile hekimlerinin, onların diğer basamaklarda alabileceği bakım hizmetlerini öğrenmeleri de yine bu rotasyonlarla sağlanmaktadır.

Düzenli eğitim etkinlikleri bir programa dahil olarak eğitim görmekte olan tüm uzmanlık öğrencilerini bir araya getirir. Burada aile hekimliği disiplininin özgün klinik yaklaşımı ve bakış açısı pekiştirilmeye çalışılır. Rotasyonlarda öğrenilenlerin aile hekimliği bakış açısıyla sentez edilmesi sağlanır.

Aile hekimliği uygulama eğitimi, kendine özgü değerlendirme yöntemleri gerektirir. Ölçme- değerlendirme eğitim sürecinin başında başlar ve tüm süreç boyunca devam eder. Uzmanlık eğitimine başlayan öğrencinin düzeyinin ve öğrenme

gereksinimlerinin belirlenmesiyle başlar. Bireysel öğrenme planlarının ve öğrenme hedeflerinin belirlenmesi, program bölümleri temelinde bu hedeflere ulaşımın ölçülmesi tüm eğitim süresince devam eder. Program bitiminde uzmanlık öğrencisinin ulaşmış olduğu yeterlilik düzeyi ölçülür ve kendi başına aile hekimliği uygulaması yapabilmesi için yetkilendirilerek belgelendirilir. Uzmanlık eğitimi programının ve eğiticilerin de düzenli olarak değerlendirilmesi ve geliştirilmesi eğitimin niteliğinin güvenceye alınması açısından önemlidir.

Müfredat öncelikle uzmanlık öğrencileri, eğiticiler, uzmanlık eğitimi veren kurum ve programları ilgilendirmekle birlikte; ilgili fakülteler, yerel sağlık birimleri ve verilen eğitimden etkilenen veya bu eğitimi etkileyen tüm paydaşlar hedef kitle içinde sayılmalıdır.

Aile hekimliği uzmanlık müfredatı, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi esaslarına göre oluşturduğu Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı'na dayanılarak ve Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenen rotasyonlar ve süreleri göz önüne alınarak hazırlanmıştır. 23.08.2011'den beri geçerlidir.

#### Asistanlık Süreci

\*Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine başlamak için Tıpta Uzmanlık Sınavı ile bu programa yerleştirilmek koşuldur.

\*Adaylarda aranan şartlar: Tıp fakültesinden mezun olmak ve ÖSYM tarafından yayımlanan TUS kılavuzunda yer alan koşulları karşılıyor olmaktır.

\*Asistanlık süresi 36 aydır.

\*Zorunlu rotasyon süresi 18 aydır.

### **2.4.4.AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ PROGRAMI**

#### **BİRİNCİ YIL**

AİLE HEKİMLİĞİ – 1 ay AH uyum eğitimi 1 (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği) (1. ay)

ROTASYON – 4 ay İç Hastalıkları (2 – 5. aylar) \*

AİLE HEKİMLİĞİ – 1 ay AH uyum eğitimi 2 (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği Polikliniği + Eğitim Aile Sağlığı Merkezi) (6. ay)

ROTASYON – 4 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum (7 – 10. aylar) \*

AİLE HEKİMLİĞİ – 2 ay AH uygulaması (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/AH Kliniği Polikliniği + Eğitim Aile Sağlığı Merkezi) (11 – 12. aylar)

\* İç Hastalıkları ve Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonları duruma göre yer değiştirebilir.

### **İKİNCİ YIL**

ROTASYON – 5 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (13 – 17. aylar)

AİLE HEKİMLİĞİ – 2 ay (Aile Hekimliği Anabilim Dalı/ AH Kliniği Polikliniği + Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, 18 ve 19. aylar) Tez çalışmasının araştırma kısmının başlatılması

ROTASYON – 1 ay Genel Cerrahi (20. ay)

ROTASYON – 2 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (21 – 22. aylar)

ROTASYON – 1 ay Kardiyoloji (23. ay)

ROTASYON – 1 ay Göğüs Hastalıkları (24. ay)

\*\* İkinci yıl rotasyonları duruma göre kendi aralarında yer değiştirebilirler.

### **ÜÇÜNCÜ YIL**

AİLE HEKİMLİĞİ – 12 ay Aile Hekimliği uygulaması (Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Eğitim Aile Sağlığı Merkezi) (25 – 36. aylar)

TEZ DEĞERLENDİRMESİ – Bitirme sınavından üç ay öncesinde

BİTİRME SINAVI – Son ay içinde (37).

## **2.4.5.SÖZLEŞMELİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ (SAHU)**

### **2.4.5.1.Sözleşmeli Aile Hekimliği Uygulamasında SAHU Eğitiminin Durumu**

Sağlık Bakanlığı “1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Geçici 9. maddesinde yer alan “1/1/2020 tarihine kadar, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak

çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilir.” hükmüne dayanarak sözleşmeli aile hekimliği yapan pratisyen hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlatmıştır (38).

Tıpta Uzmanlık Kurulunun 02–03.01.2014 tarih ve 406 sayılı kararı ile belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde, 2014 yılı İlkbahar dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavında başarılı olan sözleşmeli aile hekimleri eğitim hastaneleri ve üniversitelerde THSK adına ilk kez uzmanlık eğitimine alınmıştır (39). Bu uygulama ile hekimlerin sahada aile hekimliği hizmeti verirken aynı anda uzmanlık eğitimi almalarının yolu açılmış ve aile hekimliği uzmanı unvanı almaları hedeflenmiştir.

SAHU eğitiminin 6 yıl sürmesi, bu sürenin 18 ayının rotasyonlarda, kalan 54 aylık sürenin ise hizmet verilen ASM’de tamamlanması planlanmıştır. Eğitim, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı hastanelerde veya üniversite hastanelerinde verilirken, hekimlerin özlük hakları ve çalışma düzenleri açısından THSK’na, ilgili mevzuat ve yönetmeliklere bağlı olmaları şeklinde bir düzenleme getirilmiştir

1.Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimler, Tıpta Uzmanlık Kurulu 406 sayılı karara göre asistandır. Eğitim görevlilerinin verdiği ödev ve çalışmaları yapması beklenmekte, aksi durumda olumsuz kanaat notları eğitimin sonlandırılmasına neden olabilmektedir. Öte yandan, THSK’na göre sözleşmeli aile hekimliği kanun ve yönetmeliğine bağlı olarak çalışmak ve görevlerini yerine getirmek durumunda olan sözleşmeli aile hekimleridir. Aile hekimi olarak çalıştığı aile hekimliği birimine ait tüm görevleri eksiksiz yapmak durumundadırlar.

2.Zaman zaman, birbiri ile çelişebilecek bu iki rolün zorlayıcılığından daha da ötesi, Aile hekimliği sözleşmesinin sona ermesi durumunda eğitimin de sona ermesi söz konusudur (39). Bu konuda kolaylaştırıcı bir karar olarak; Tıpta Uzmanlık Kurulu 406 sayılı karara 29– 30.09.2014 tarih ve 512 sayılı kararı ile eklediği 12. madde ile, askerlik ve doğum sonrası ücretsiz izin nedeniyle, sözleşmelerinin feshi sonucu eğitimine ara vermek zorunda kalanlara tekrar aile hekimliğine dönmesi ve sözleşme imzalaması durumunda SAHU eğitimine devam etme hakkı tanınmıştır (40).

3.SAHU eğitimleri için rotasyonlar dışında, eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerine (vaka tartışma, makale, seminer vb. için) gidilen süre çalışma saatlerinden sayılmamaktadır. THSK, 03.11.2014 tarihli SAHU'da ders saatleri konulu duyurusu eğitimlerin esnek mesai kapsamında yapılması gerektiğini belirtmekte, eğitim süresini haftada 2 saat, ayda toplam 8 saat olarak belirlemektedir (41). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "SAHU usul ve esasları madde 14'de; klinik rotasyon dışındaki bu eğitim süreçleri için yüz yüze eğitim yerine diğer interaktif iletişim yöntemleri tercih edilebilir" diyerek eğitimin uygulanma şekli tarif edilmektedir. Bilimsel temellerde yeni bilgiler öğrenmek, akademik ortamlarda mümkün olabilir. Uzmanlık öğrencileri bu ortamlarda kendilerini geliştirerek, bilimsel araştırmalara katılarak kendilerine ve asistanı oldukları bilim dalını geliştirme faaliyetlerine katkıda bulunabilirler.

#### **2.4.5.2.SAHU Eğitimi Ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Arasında Uygulama Açısından Farklılıklar**

SAHU eğitiminde yerleştirme işlemi; THSK tarafından Tıpta Uzmanlık Sınavı Klinik Bilimler Sınavından alınan en az 40 puan ile yapılmaktadır. Eğitim süresi 6 yıldır. Yabancı dil sınavını geçme mecburiyeti yoktur. Yalnızca aile hekimliği sözleşmesinin olduğu ilde açılan kontenjanlara tercih yapabilirler ve eğitim yerlerini değiştiremezler. Eğitim süreci içinde, dört olumsuz kanaat notu alınması durumunda eğitim sona erer. Eğitim süresi boyunca aile hekimliği sözleşmesinin feshi durumunda SAHU eğitimi sona ermektedir. Eğitime katılan aile hekimi, eğitim başladığı tarihten itibaren 3 yıl çalıştığı aile hekimliği birimini değiştirmese, devlet hizmeti yükümlülüğünden muaf sayılmaktadır. Eğitimlerin 18 ayı (rotasyon süresi bir yılda altı aydan fazla olamaz) hastane rotasyonlarında geçerken, kalan 54 aylık sürede çalıştıkları aile hekimliği birimindedirler. Resmi olarak izin verilen teorik eğitim süresi ayda 8 saat ile sınırlıdır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yerleştirme işlemi; ÖSYM tarafından TUS klinik bilimler sınavından en az 45 puan ile yapılmaktadır. Yabancı dil sınavını geçme zorunluluğu vardır. Hekimler eğitim almak için istedikleri ili tercih edebilirler. Uygun koşullar sağlanırsa eğitim yerlerini değiştirebilirler. Eğitimleri bitince devlet hizmeti

yükümlülükleri vardır. Eğitimleri sırasında, eğitim aldıkları hastanede eğitimcilerle aynı ortamda bulunmaktadır. Aldıkları teorik ve pratik eğitimlerin süresi, çalıştıkları eğitim kliniğince gereksinimler doğrultusunda belirlenmektedir (42).

#### **2.4.6. AİLE HEKİMLİĞİNDE EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE GÜNCEL MEVZUAT**

Evde Bakım Hizmetleri; hastanın bilinen tanıları ve planlanan tedavileri çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesini, tıbbi cihaz ve malzeme teminine ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunmasını ve bu cihazların kullanımı konusunda eğitim ve danışmanlık verilmesini kapsar. Ayrıca hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesini, lüzum halinde hastanın ilgili sağlık kurumuna naklini ve/veya sağlık kuruluşundan evine naklini kapsar (43).

Evde bakım hizmetleri, Aile Hekimliği Kanunu'nda aile hekimlerinin görevleri arasında açıkça belirtilmemekle birlikte, ikincil mevzuat olan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde “ Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek” şeklinde evde sağlık hizmeti sunumu ve koordinasyonu, aile hekimlerinin görevleri arasında belirtilmiştir (44).

Aile Hekimleri, kendisine başvuran veya mobil hizmet sunumu sırasında tespit ettiği evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastayı koordinasyon merkezine bildirir. Birimler tarafından evde sağlık hizmet sunumu tamamlanan ve koordinasyon merkezi tarafından kendisine bildirim yapılan kayıtlı kişiyi, bildirim takip eden beş iş günü içerisinde evinde ziyaret eder. Evde sağlık hizmet birimi kurulmayan ilçelerle belde ve köylerdeki evde sağlık hastalarına, koordinasyon merkezinin yönlendirmesiyle evde

sağlık hizmetini sunar. Bu hizmetin sunumunda, sağlık hizmeti ihtiyacının düzeyine göre kendisine bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık evi ebesinden de yararlanır (45).

#### **2.4.7.AİLE HEKİMLİĞİNDE PALYATİF BAKIM**

Palyatif bakım; Dünya Sağlık Örgütü tarafından “yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken teşhis edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan bir yaklaşım” olarak tanımlanmıştır (46).

Palyatif bakımın amacı; bireyin kişisel, kültürel, manevi değerlerine, inanç ve alışkanlıklarına duyarlı kalarak mümkün olabilen en iyi yaşam kalitesine ulaşmak ve bunun yanı sıra terminal döneme giren olguları ayırarak ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır.

Palyatif bakım hizmeti multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu ekipte aile hekimi, hemşire, terapist, psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı, din adamı, gönüllüler ve sivil toplum kuruluşları yer alır. Bu multidisipliner ekipte gerektiğinde medikal onkolog, anestezi uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, genel cerrahi uzmanı veya gerektiğinde ekip liderinin önerdiği başka uzmanlık alanlarından hekimler bulunabilir (47).

Hastayı bütüncül bir yaklaşımla ele alan, intrauterin dönemden doğum ve ölüm dahil her dönemini yakından takip eden ve hasta yakınlarıyla da sosyal iletişim içerisinde bulunan aile hekiminin palyatif yaklaşımdaki yeri; tartışmasız olarak oldukça büyük önem taşımaktadır.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırma Evreni ve Örneklem**

Bu araştırmada ilk olarak iş doyumunu ile ilgili literatür incelemesi yapılmış ve buradan elde edilen kuramsal bilgilerle ikincil verilerin analizi gerçekleştirilmiştir.

Literatüre uygun olarak hazırlanan anket form, hekimler tarafından mail aracılığıyla doldurulmuş olup, aynı gün veya takip eden gün içerisinde değerlendirilmiştir.

Evreni; 2016-2017 eğitim öğretim yılında İzmir il merkezinde bulunan, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Katip Çelebi Üniversitesi Hastanelerinde görev yapmakta olan, İzmir ilinde bu kurumlarda SAHU olarak eğitim alan Aile Hekimliği asistan hekimleri ( 92 aile hekimliği asistanı) oluşturmaktadır. Olasılıklı örneklemelerden tabakalı örneklem seçilmiştir.

İş doyumunun değerlendirilmesi Minnesota İş Doyum Ölçeği ile yapılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde ki kare testi, Student t testi ve Anova varyans analizi, Kruskal Wallis testi, Tamhane testi kullanılmıştır.

### **3.2.Araştırma Modeli**

Kesitsel tipte bir araştırmadır. İzmir ilinde aile hekimleri asistan hekimlerine yönelik olan bu çalışmada, asistan hekimlerin genel iş doyumunu düzeyi, içsel-dışsal iş doyumunu düzeyi, verilen eğitimden memnuniyeti, yapılan rotasyonların hangilerinin gerekli olduğunu düşündükleri ve ilave olarak hangi rotasyonları yapmanın eğitimlerine katkıda bulunacağını düşündükleri ve bütün bunlarla etkileşen sosyodemografik özellikleri incelenmiştir.

### **3.3.Tanımlar**

**3.3.1.Minnesota İş Doyum Ölçeği:** Minnesota iş doyum ölçeği, beşli likert tipi (1'den 5' e kadar değişen puanlamaya sahip) bir ölçek olup; içsel ve dışsal iş doyumunu faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip yirmi sorudan oluşmaktadır.

**3.3.2.Genel doyum puanı:** Minnesota İş Doyum Anketinde yer alan sorulardan elde edilen puanların toplamının yirmiye bölünmesiyle elde edilir.

**3.3.3.İçsel doyum puanı:** İşin içsel niteliğine ilişkin tatminkarlıkla ilgili öğelerden oluşmaktadır. Başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi öğeleri kapsar.

**3.3.4. Dışsal doyum puanı:** Kurum politikası, denetim şekli, ast-üst ilişkileri, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğeleri kapsar.

**3.3.5.Araştırmanın bağımsız değişkenleri:** Çalışanların yaş, cinsiyet, medeni hal, daha önceki çalışma tecrübesi, eğitim gördüğü kurumdur.

**3.3.6.Araştırmanın bağımlı değişkeni:** İş doyumudur.

### **3.4.Veriler ve Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1.Verilerin Analizi:**

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından derlenen ve 4'ü demografik, 4'ü kişisel bilgiler, 6'sı aile hekimliği eğitimi ile ilgili; 20'si iş doyumunu ölçeceği; olmak üzere 34 sorudan oluşan anket yardımıyla toplanmıştır. Veriler SPSS 11.5 paket programında girilmiştir. Verilerin analizinde de ki kare, t testi, Kolmogorow Smirnow, Kruskal Wallis, tamhane testi ve Anova varyans analizi yapılmıştır.

Analizlerde çapraz tablolar oluşturularak ki kare testi kullanılmıştır. Minnesota İş Doyum Ölçeğinde verilen yanıtlara göre içsel ve dışsal doyum puanları elde edilmiştir. Kişisel bilgi formundaki değişkenlere göre grupların içsel ve dışsal doyum puan ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Grupların karşılaştırılmasında student t testi ve bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Minnesota iş doyum ölçeği içsel ve dışsal iş doyumunu faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip yirmi sorudan oluşan beşli likert tipi (1'den 5 'e kadar değişen puanlamaya sahip) bir araçtır. Ölçek; içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanlarını verir.

Genel doyum puanı; Minnesota İş Doyum Anketinde yer alan sorulardan elde edilen puanların toplamının yirmiyeye bölünmesiyle elde edilir. Buna göre en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür.

İçsel doyum puanı, bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamının 12'ye bölünmesiyle bulunur. Oluşturulan anket içinde Minnesota İş Doyum Anketine ait sorular 15 – 34 numaralı sorular dahil olmak üzere 20 (yirmi) sorudur. Anket içinde 15, 16, 17,18, 21, 22, 23, 24,25, 29,30, 34 numaralı sorular içsel doyumunu göstermekte olup 12 (on iki) sorudan oluşmaktadır. Bu soruların cevaplanmasından elde edilen puanın 12 ye bölünmesiyle elde edilen puan içsel doyum puanını oluşturmaktadır. Dışsal doyum puanı 19, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 33 numaralı sorulardan oluşmakta olup toplam 8 (sekiz) sorudur. Sorulardan elde edilen puanların toplamının sekize bölünmesiyle bulunur. Minnesota İş Doyum Anketinde 20 farklı boyutta iş tatminini ölçmek amaçlanmıştır. Bunlar;

1. İş arkadaşları ile olan ilişkiler
2. Terfi
3. Ücret
4. Yönetim ilişkileri
5. Başarma
6. Tanınma
7. Sorumluluk
8. Örgüt politikaları
9. Güvenlik

10. Statü
11. Yeteneklerden faydalanma
12. Gerçekleştirilen faaliyetler
13. Otorite
14. Yaratıcılık
15. Bağımsızlık
16. Ahlaki değerler
17. Sosyal hizmetler
18. Değişiklik
19. Çalışma koşulları
20. Teknik yardım (6)

Yirmi soruluk Minnesota İş Doyum Ölçeği sorularına verilen yanıtlar aşağıdaki şekilde kodlanmıştır. Veri toplama aracında yer alan maddelerde beşli derecelendirme ölçeği (Likert Tipi) kullanılmıştır. Ölçek puanlaması aşağıdaki şekildedir:

- 1- Hiç memnun değilim.
- 2- Biraz memnunum.
- 3- Orta düzeyde memnunum.
- 4- Memnunum.
- 5- Çok memnunum.

Ölçekte, ankete katılanların “işimin bu yönünden ne kadar memnunum?” sorusuna verilen cevaplarda olumsuzdan, en olumlu seçeneğe doğru artan bir biçimde puanlama yapılmıştır.

**3.4.2.Araştırma Süresi ve Maliyet:** Bu araştırmada anket internet üzerinden uygulandığı için herhangi bir bütçeye ihtiyaç duyulmamıştır. Araştırma

verileri Aralık 2016 yılı ile Mart 2017 yılı süresince toplanmış ve araştırma raporu Nisan 2017 – Ocak 2018 arasında yazılmıştır.

#### 4.BULGULAR

Araştırma bulguları aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur:

- 1.Sosyo-demografik veriler,
- 2.Aile hekimliği eğitimi ile ilgili bulgular,
3. Minnesota iş doyum anketinden elde edilen genel, içsel ve dışsal doyuma ait bulgulara yer verilmiştir.

##### 4.1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

		YÜZDE	SAYI
Yaş	24-30	%56,5	52
	30-35	%23,9	22
	35+	%19,6	18
Cinsiyet	Kadın	%39,1	56
	Erkek	%60,9	36
Medeni Hal	Evli	%51,1	47
	Bekar	%48,9	45
Eğitim Görülen Kurum	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	%70,7	65
	Üniversite Hastanesi	%16,3	15
	SAHU	%13	12

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 33,6±4,2'dir. Araştırmaya katılanların %70,7'si Eğitim ve Araştırma hastanelerinde, %16,3'ü Üniversite Hastanelerinde eğitim göre aile hekimliği asistanlarıdır. %13'ü SAHU olarak eğitim alan aile hekimleridir.

Araştırmaya katılanların %39,1'i kadın, %60,9'u erkektir. Bu katılımcıların %51,1'i evli, %48,9'u bekadır. Araştırmaya katılanların %56,5'i 24-30 yaş aralığında, %23,9'u 30-35 yaş aralığında ve %19,6'sı 35 yaş ve üstüdür.

Çalışmaya katılan aile hekimliği asistan hekimlerinin %8,7'si mezuniyet sonrası başka bir görevde bulunmamış, %57,6'sı sadece pratisyen hekim olarak görev

yapmış, %14,1'i sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapmış, %15,2'si başka bir branşta asistan hekim olarak görev yapmış olup %4,3'ü diğer seçeneğini işaretlemiştir.

#### **4.2.AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ İLE İLGİLİ BULGULAR**

Araştırmaya katılanların %70,7'si Eğitim ve Araştırma hastanelerinde, %16,3'ü Üniversite Hastanelerinde eğitim göre aile hekimliği asistanlarıdır. %13'ü SAHU olarak eğitim alan aile hekimleridir.

Araştırmaya katılanların %48,9'u TUS'ta aile hekimliği branşını ilk tercih olarak seçmiş olup, %51,1'inin aile hekimliği ilk tercihi değildir.

Aile hekimliğinin kişilik yapınıza uygun olduğunu düşünüyor musunuz? Sorusuna %54,3 kişi evet %3,3 kişi hayır %42,4 kişi ise kısmen cevabını vermiştir. Evet yanıtı verenlerin %38,8'i aile hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun musunuz sorusuna da evet yanıtı vermiş, %32,7'si kısmen yanıtı vermiş, %28,6'sı ise hayır yanıtını vermiştir. Aile hekimliğinin kişilik yapısına uygun olmadığını düşünenlerin (hayır cevabı verenlerin) ise %66,7'si aile hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun musunuz sorusuna da hayır cevabı vermiştir. Aile hekimliğinin kişilik yapısına kısmen uygun olduğunu düşünenlerin ise %65'i uzmanlık eğitimden de kısmen memnun olduğunu belirtmiştir. Bu iki soruya yapılan ki kare testi sonucu aile hekimliği asistan hekimlerinin, mesleği kişilik yapılarına uygun bulmaları ile uzmanlık eğitiminden memnun olmaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

Aile Hekimliği asistan hekim olmaktan memnun olanlar %80,4 iken, memnun olmayanlar %19,6'dır.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olanlar katılımcıların %21,7'sini oluştururken; memnun olmayanlar %31,5, kısmen memnun olanlar ise %46,7'sini oluşturmaktadır.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olanların; %45'i Eğitim Araştırma Hastanesinde, %20,0'si Üniversite Hastanesinde, %35'i ise SAHU olarak eğitim görmektedir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olmayanların; %93,1'i Eğitim Araştırma Hastanesinde, %6,9'u Üniversite Hastanesinde eğitim görmektedir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden kısmen memnun olanların; %67,4'ü Eğitim Araştırma Hastanesinde, %20,9 u Üniversite Hastanesinde, %11,6'sı

se SAHU olarak eğitim görmektedir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olma durumu ile eğitim görülen kurum arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0,02$ ).

Uzmanlık eğitiminden memnun olmama sebebi sorgulandığında ise katılımcıların %26,1'i hastane koşullarını, %29,3'ü eğitim kadrosunu, %3,3'ü iş yoğunluğunu, %2,2'si iş arkadaşlarını, %39,1'i ise diğer seçeneğini sebep olarak göstermiştir (Tablo 1).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olmama sebebi ile eğitim görülen kurum arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0,001$ ). Tabloya göre hastane koşulları, eğitim kadrosu ve iş yoğunluğundan daha çok eğitim araştırma hastanesinde eğitim görenler memnun değil iken, iş arkadaşlarından daha çok üniversite hastanesinde eğitim görenler memnun değildir. SAHU olarak eğitim görenlerde ise, hastane koşulları ve iş yoğunluğundan memnun olmama oranı yüksek iken, eğitim kadrosundan memnun olmama oranı daha düşüktür.

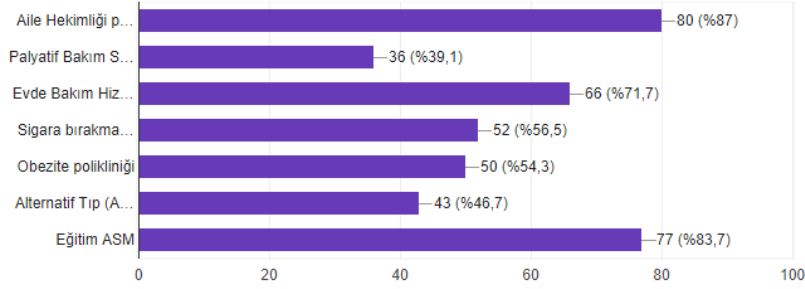
Aile Hekimliği zorunlu rotasyon programında olması gerektiği düşünülen rotasyonlar sorgulandığında dahiliye %94,6 ve pediatri %94,6 ile en çok gerekli görülen branşlar olmuştur. Bunu %91,3 ile kadın doğum ve %91,3 ile dermatoloji takip etmektedir. Diğer branşlara bakıldığında; kardiyoloji %81,5 göğüs hastalıkları %75 kulak burun boğaz %65,2 genel cerrahi %63 enfeksiyon hastalıkları %55,4 nöroloji %54,3 gerekli görülmüş olup erişkin acil %41,3 ile zorunlu olması en az gerekli görülen rotasyon programı olmuştur.

Rotasyon Programı	CİNSİYET				YAŞ				
	Kadın	Erkek	Toplam	p Değeri	24-30 Yaş	30-35 Yaş	>35 Yaş Üstü	Toplam	p Değeri
Dahiliye	%42,4	%52,2	%94,6	0,833	%54,3	%21,7	%18,5	%94,6	0,988
Pediatri	%42,4	%52,2	%94,6	0,833	%54,3	%21,7	%18,5	%94,6	0,988
Kadın Doğum	%42,4	%48,9	%91,3	0,244	%52,2	%20,7	%18,5	%91,3	0,870
Genel Cerrahi	%30,4	%32,6	%63,0	0,350	%35,9	%14,1	%13,0	%63,0	0,939
Erişkin Acil	%17,4	%21,7	%39,1	0,985	%17,4	%10,9	%10,9	%39,1	0,108
Dermatoloji	%42,4	%48,9	%91,3	0,244	%54,3	%20,7	%16,3	%91,3	0,355
Nöroloji	%23,9	%30,4	%54,3	0,905	%30,4	%13,0	%10,9	%54,3	0,939
Kardiyoloji	%35,9	%45,7	%81,5	0,819	%48,9	%16,3	%16,3	%81,5	0,394
Kulak Burun Boğaz	%33,7	%31,5	%65,2	0,061	%39,1	%12,0	%14,1	%65,2	0,352
Enfeksiyon Hastalıkları	%23,9	%30,4	%54,3	0,905	%34,8	%9,8	%9,8	%54,3	0,362
Göğüs Hastalıkları	%33,7	%41,3	%75,0	0,904	%45,7	%18,5	%10,9	%75,0	0,104

Tablo 2. Eğitimde yer alması gereken rotasyonların yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Araştırmada, katılımcıların yaşlarının ve cinsiyetlerinin zorunlu rotasyon programında olması gerektiğini düşündüğü branşlarla karşılaştırması yapılmış, ki-kare testi uygulanmış, anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 2).

Aile hekimliği eğitimi sürecinde, kendi bünyesinde olması gereken birimlerin ne kadar gerekli olduğu sorgulandığında: aile hekimliği polikliniği %87, palyatif bakım servisi %39,1, evde bakım hizmetleri %71,7, sigara bırakma polikliniği %56,5, obezite polikliniği %54,3, alternatif tıp %46,7, eğitim ASM %83,7 evet cevabını almıştır. Aile hekimliği polikliniği en çok gerekli görülen birimken, palyatif bakım servisi en az gerekli görülen birim olarak sonuçlanmıştır.



Şekil 1. Aile hekimliği eğitim biriminin, kendi bünyesinde olması gereken birimler

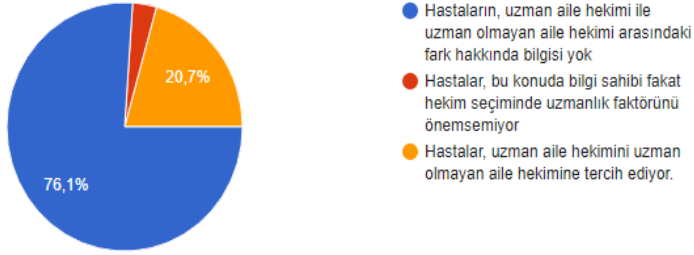
Araştırmada, katılımcıların yaşlarının ve cinsiyetlerinin aile hekimliğinin kendi bünyesinde olması gerektiğini düşündüğü birimlerle karşılaştırması yapılmış, ki kare testi uygulanmış, anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında, mecburi hizmet için yeterli donanımına sahip olacağını düşünenlerin yüzdesi Tablo 4’de belirtilmiştir. Eğitim görülen kurumlar arasında yeterli donanımına sahip olacağını düşünme açısından anlamlı fark vardır ( $p = 0,03$ ).

	Eğitim Araştırma Hastanesi	Üniversite Hastanesi	SAHU
<b>Evet</b>	%57,1	%19,0	%23,8
<b>Hayır</b>	%75,0	%25,0	%0,0
<b>Kısmen</b>	%84,2	%11,0	%5,3

Tablo 3- Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında, mecburi hizmet için yeterli donanımına sahip olacağını düşünme durumu ile eğitim görülen kurumların karşılaştırılması

Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü sorgulandığında ise; %76,1 hastaların, uzman aile hekimi ile uzman olmayan aile hekimi arasındaki fark hakkında bilgisinin olmadığını belirtmiştir. %20,7 hastaların, uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih ettiğini belirtirken; %3,3 ise hastaların bu konuda bilgi sahibi olduğunu fakat hekim seçiminde uzmanlık faktörünü önemsemediğini belirtmiştir (Şekil 2).



Şekil 2- Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi

Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi konusunda ne düşünüldüğü ve eğitim görülen kurum arasında anlamlı fark saptanmıştır (p= 0,001).

	Eğitim Görülen Kurum			P Değeri
	EAH	Ünv.	SAHU	
Hastalar, uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih ediyor	%35,0	%30,0	%35,0	0,001
Hastalar, hekim seçiminde uzmanlık faktörünü önemsemiyor	%66,7	%0,0	%33,3	
Hastaların, uzman aile hekimi ile uzman olmayan arasındaki fark hakkında bilgisi yok	%81,2	%13,0	%5,8	

Tablo 4- Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi konusunda ne düşünüldüğü ve eğitim görülen kurumların karşılaştırılması

#### 4.3.MİNNESOTA İŞ DOYUM ANKETİNDEN ELDE EDİLEN GENEL DOYUM, İÇSEL VE DIŞSAL DOYUMA AİT BULGULAR

Minnesota Genel İş Doyum skor ortalaması 3,25±0,71 olarak saptandı. Minnesota alt ölçeklerinden; İçsel doyum skor ortalaması 3,46±0,81, Dışsal doyum skor ortalaması 2,94 ± 0,67 olarak bulunmuştur.

	N	Ortalama	SD
1.Minnesotaişdoyumölçeğisüreklimesgulolabilme	92	3,34	1,112
2.Tekbaşınaçalışmamekanı	92	3,57	1,062
3.Zamanzamanfarklışeylyapabilmeimkanı	92	3,65	1,094
4.toplumdabiryeredinmeimkanı	92	3,15	,994
5.Yöneticininelamanlarınakarşıdavranıştarzı	92	2,99	1,163

6.Yöneticiminkararvermekonusundakiyeterliliği	92	2,68	1,016
7.Vicdanımatersdüşmeyenşeyleriyapabilmeimkanı	92	3,52	1,043
8.Sürekli birşesahipolabilmeimkanı	92	3,78	1,046
9.Başkaları için birşeyler yapabilmeimkanı	92	3,83	,968
10.Başkalarının yapacaklarını söylemeimkanı	92	3,60	1,038
11.Yeteneklerimikullanabilmeimkanı	92	3,17	1,012
12.Firmaapolitikasını uygulamaimkanı	92	2,55	,918
13.Aldığım ücret	92	2,63	1,087
14.Bu işte ilerlemeimkanı	92	2,88	1,004
15.Kendikararımı verme özgürlüğü	92	3,43	1,072
16.İş yaparken kendi yöntemlerimidenemeimkanı	92	3,43	1,132
17.Çalışma koşulları	92	3,08	1,082
18.Çalışma arkadaşlarımla birbiriyle anlaşması	92	3,66	1,092
19.Yaptığımı bir işkarşılığında aldığım övgü	92	3,05	,999
20.İşimden elde ettiğim başarı duyusunu	92	3,12	1,078
Minnesota İçsel Doyum	92	3,46	0,81
Minnesota Dışsal Doyum	92	2,94	0,67
Minnesota Genel Doyum	92	3,25	0,71

Tablo 5- Minnesota İş Doyumu Ölçeği skorlarının ortalama ve standart sapması

#### 4.3.1.Minnesota iş doyum ölçeğinin normallik testi

Minnesota iş doyum ölçeğinin normallik testi için kolmogorow- smirnow testi kullanılmıştır.

Minnesota İş Doyum Ölçeği	p
Genel Doyum	0,2
İçsel Doyum	0,2
Dışsal Doyum	0,03

Tablo 6- Minnesota iş doyum ölçeği normallik testi

Kolmogorow Smirnow testinde içsel doyum ve genel doyum skorları  $p > 0,05$ 'ten büyük olduğu için normal dağılmaktayken, dışsal doyum skorları  $p < 0,05$  olduğu için normal dağılmamaktadır. O yüzden normal dağılım gösterenlere t testi yapıldı, normal dağılmayanlara ki-kare testi yapılmıştır (Tablo 7).

• **Aile Hekimliği asistanlarının genel doyum puan ortalamalarının analiz sonuçları**

NİTELİK	Ortalama	Standart Sapma	t Değeri	p Değeri
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	3,34	0,684	-1,05	0,295
Erkek	3,18	0,736		
<b>Medeni hal</b>				
Evli	3,27	0,823	0,212	0,832
Bekar	3,23	0,575		
<b>Aile Hekimliği Asistanlığından Memnun Olma Durumu</b>				
	Ortalama	Standart Sapma	t Değeri	p Değeri
Memnun Olanlar	3,33	0,719	2,02	0,04*
Memnun Olmayanlar	2,96	0,632		

Tablo 7- Genel iş doyum ortalamasının cinsiyet, medeni hal ve aile hekimliği asistanlığından memnun olma durumu ile karşılaştırılması

Kadınların genel doyum ortalamaları ( $\bar{X}=3,34\pm0,68$ ) ile erkeklerin genel doyum ortalamaları ( $\bar{X}=3,18\pm0,73$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,295$ ).

Evli olanların genel doyum ortalamaları ( $\bar{X}=3,27\pm0,82$ ) ile bekar olanların genel doyum ortalamaları ( $\bar{X}=3,23\pm0,57$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,832$ ).

Aile hekimliği asistanlığından memnun olanların genel doyum ortalaması ( $\bar{X}=3,33\pm0,71$ ) aile hekimliği asistanlığından memnun olmayanların ortalamasından ( $\bar{X}=2,96\pm0,63$ ) yüksektir ( $p=0,04$ ) (Tablo 7)

• **Aile Hekimliği asistanlarının içsel doyum puan ortalamalarının analiz sonuçları**

NİTELİK	Ortalama	Standart Sapma	t Değeri	p Değeri
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	3,57	0,788	-1,19	0,237
Erkek	3,37	0,835		
<b>Medeni hal</b>				
Evli	3,46	0,948	-0,006	0,995
Bekar	3,46	0,646		
<b>Aile Hekimliği Asistanlığından Memnun Olma Durumu</b>				
	Ortalama	Standart Sapma	t değeri	p değeri

**Biçimlendirilmiş:** Girinti: Asılı: 0,27 cm, Madde İşaretli + Düzey: 1 + Hizalandığı yer: 0,63 cm + Girinti yeri: 1,27 cm

Memnun Olanlar	3,57	0,818	2,49	0,014*
Memnun Olmayanlar	3,06	0,688		

Tablo 8- İçsel iş doyum ortalamasının cinsiyet, medeni hal ve aile hekimliği asistanlığından memnun olma durumu ile karşılaştırılması

Kadınların içsel doyum ortalamaları ( $\bar{X}=3,57 \pm 0,78$ ) ile erkeklerin içsel doyum ortalamaları ( $\bar{X}=3,37 \pm 0,83$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,237$ ).

Evli olanların içsel doyum ortalamaları ( $\bar{X}=3,46 \pm 0,94$ ) ile bekar olanların içsel doyum ortalamaları ( $\bar{X}=3,46 \pm 0,64$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,995$ ).

Aile hekimliği asistanlığından memnun olanların içsel doyum ortalaması ( $\bar{X}=3,57 \pm 0,81$ ) aile hekimliği asistanlığından memnun olmayanların içsel ortalamasından ( $\bar{X}=3,06 \pm 0,68$ ) yüksektir ( $p=0,014^*$ ).

- **Aile Hekimliği asistanlarının dışsal doyum puan ortalamalarının analiz sonuçları**

NİTELİK	p değeri
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	0,51
Erkek	
<b>Medeni hal</b>	
Evli	0,25
Bekar	
<b>Aile Hekimliğinden Memnun Olma Durumu</b>	
Memnun Olanlar	0,30
Memnun Olmayanlar	

Tablo 9. Dışsal iş doyum ortalamasının cinsiyet, medeni hal ve aile hekimliği asistanlığından memnun olma durumu ile karşılaştırılması

- **Eğitim Araştırma hastanesi, üniversite hastanesi ve SAHU aile hekimliği asistan hekimlerinin genel doyum düzeylerinin karşılaştırılması**

Gruplar homojen dağılımda olmadığı için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,021$ ) karşılaştırmalar için Kruskal Wallis ve Tamhane testi uygulanmıştır.

Eğitim Görülen Kurum	Ortalama	Standart Sapma	p Değeri
Eğitim ve Araştırma Hast.	3,11	0,583	0,009
Üniversite Hast.	3,73	0,807	
SAHU	3,45	0,965	

Tablo 10- Genel doyum ortalamasının eğitim görülen kurumla karşılaştırılması

P<0,05 olduğu için eğitim gördüğü kuruma göre gruplar arasındaki genel iş doyumunu düzeyleri arasındaki fark anlamlıdır.

## Post Hoc Tests

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: minnesotageneldoyum  
Tamhane

(I) eğitimgördüğünüz kurum	(J) eğitimgördüğünüz kurum	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
eğitimvearaştırmahastanesi	üniversitehastanesi	-,62333 <sup>*</sup>	,22080	,034
	sahu	-,34417	,28807	,585
üniversitehastanesi	eğitimvearaştırmahastanesi	,62333 <sup>*</sup>	,22080	,034
	sahu	,27917	,34822	,816
sahu	eğitimvearaştırmahastanesi	,34417	,28807	,585
	üniversitehastanesi	-,27917	,34822	,816

Tablo 11- Eğitim kurumlarında eğitim gören asistanlarının genel iş doyumunu ortalamalarının birbiriyle karşılaştırılması

Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,73 \pm 0,80$ ) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel iş doyumunu ortalamasından ( $\bar{X}=3,11 \pm 0,58$ ) yüksektir (p= 0,034).

SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,45 \pm 0,96$ ) ile Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,11 \pm 0,58$ ) arasında anlamlı düzeyde bir fark (p=0,585) yoktur.

SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,45 \pm 0,96$ ) ile Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,73 \pm 0,80$ ) arasında anlamlı düzeyde bir fark (p=0,816) yoktur.

• **Eğitim Araştırma hastanesi, üniversite hastanesi ve SAHU aile hekimliği asistan hekimlerinin içsel doyum düzeylerinin karşılaştırılması**

Gruplar homojen dağılımda olmadığı için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,041$ ) karşılaştırmalar için Kruskal Wallis ve tamhane testi uygulanmıştır.

Eğitim Görülen Kurum	Ortalama	Standart Sapma	p değeri
Eğitim ve Araştırma Hast.	3,31	0,706	0,026
Üniversite Hast.	3,90	0,948	
SAHU	3,73	1	

Tablo 12- Eğitim Araştırma hastanesi, üniversite hastanesi ve SAHU aile hekimliği asistan hekimlerinin içsel iş doyum düzeylerinin ortalama ve standart sapma değerleri

$p<0,05$  olduğu için eğitim gördüğü kuruma göre gruplar arasındaki içsel iş doyum düzeyleri arasındaki fark anlamlıdır.

## Post Hoc Tests

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: icseldoyum

Tamhane

(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
eğitimgördüğünüzkurum	üniversitehastanesi	-,58333	,26016	,110
	sahu	-,41944	,30183	,464
üniversitehastanesi	eğitimvearaştırmahastanesi	,58333	,26016	,110
	sahu	,16389	,37871	,964
sahu	eğitimvearaştırmahastanesi	,41944	,30183	,464
	üniversitehastanesi	-,16389	,37871	,964

Tablo 13- Eğitim Araştırma hastanesi, üniversite hastanesi ve SAHU aile hekimliği asistan hekimlerinin içsel iş doyum düzeylerinin karşılaştırılması

Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin içsel iş doyum ortalaması ( $\bar{X}= 3,90 \pm 0,94$ ) ile Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin içsel iş doyum ortalaması ( $\bar{X}=3,31 \pm 0,70$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p= 0,110$ ).

SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin içsel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}=3,73 \pm 1,00$ ) ile Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin içsel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}=3,31 \pm 0,70$ ) arasında anlamlı düzeyde bir fark ( $p=0,464$ ) yoktur.

SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin içsel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}=3,73 \pm 1,00$ ) ile Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin içsel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}= 3,90 \pm 0,94$ ) arasında anlamlı düzeyde bir fark ( $p=0,964$ ) yoktur.

• **Eğitim Araştırma hastanesi, üniversite hastanesi ve SAHU aile hekimliği asistan hekimlerinin dışsal doyum düzeylerinin karşılaştırılması**

Gruplar homojen dağılımda olmadığı için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,011$ ) karşılaştırmalar için Kruskal Wallis ve tamhane testi uygulanmıştır.

Eğitim Görülen Kurum	Ortalama	Standart Sapma	p Değeri
Eğitim ve Araştırma Hast.	2,8	0,542	0,011*
Üniversite Hast.	3,48	0,679	
SAHU	3,03	0,994	

Tablo 14- Eğitim Araştırma hastanesi, üniversite hastanesi ve SAHU aile hekimliği asistan hekimlerinin dışsal iş doyumu düzeylerinin ortalama ve standart sapma değerleri

$p<0,05$  olduğu için eğitim gördüğü kuruma göre gruplar arasındaki dışsal iş doyumu düzeyleri arasındaki fark anlamlıdır.

## Post Hoc Tests

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: dıssaldoyum

Tamhane

(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
eğitimgördüğünüz kurum esi	üniversite hastanesi	-,68333*	,18791	,006
eğitimgördüğünüz kurum esi	sahu	-,23125	,29486	,832
üniversite hastanesi	eğitimve araştırmahastane esi	,68333*	,18791	,006
üniversite hastanesi	sahu	,45208	,33645	,479
sahu	eğitimve araştırmahastane esi	,23125	,29486	,832
sahu	üniversite hastanesi	-,45208	,33645	,479

Tablo 15-Eğitim Araştırma hastanesi, üniversite hastanesi ve SAHU aile hekimliği asistan hekimlerinin dışsal iş doyumunu düzeylerinin karşılaştırılması

Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin dışsal iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,48 \pm 0,67$ ) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin dışsal iş doyumunu ortalamasından ( $\bar{X}=2,80 \pm 0,54$ ) anlamlı derecede yüksektir ( $p=0,006$ ).

SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin dışsal iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,03 \pm 0,99$ ) ile Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin dışsal iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=2,80 \pm 0,54$ ) arasında anlamlı düzeyde bir fark ( $p=0,832$ ) yoktur.

SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin dışsal iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,03 \pm 0,99$ ) ile Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin dışsal iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,48 \pm 0,67$ ) arasında anlamlı düzeyde bir fark ( $p=0,479$ ) yoktur.

#### • Aile hekimliği eğitimine başlamadan önce başka görevlerde bulunmanın genel iş doyumunu ile ilişkisi

Gruplar homojen dağılımda olduğu için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,063$ ) tek yönlü anova varyans analizi testi uygulanmıştır.

	Ortalama	Standart Sapma	p değeri
<b>Mezuniyet sonrası başka bir görevde bulunmadım</b>	3,3	1,04	0,842
<b>Sadece pratisyen hekim olarak görev yaptım</b>	3,21	0,6	
<b>Sözleşmeli aile hekimi olarak görev yaptım</b>	3,44	0,92	
<b>Başka bir uzmanlık dalında asistan hekim olarak görev yaptım</b>	3,18	0,77	
<b>Diğer</b>	3,4	0,49	

Tablo 16- Aile hekimliği eğitimine başlamadan önce başka görevlerde bulunma durumunun genel iş doyumunu ortalama ve standart sapma değerleri

P>0,05 olduğu için aile hekimliği eğitimine başlama öncesi başka görevlerde bulunma ile genel iş doyumunu arasında anlamlı bir fark yoktur.

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: minnesotagenelodyum

Tukey HSD

(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
mezuniyetsonrasıbaşkabirgörevde bulunmadım	sadecepratisyenhekimolarak görev yaptım	,08962	,27496	,998	-,6764	,8556
	sözleşmeli aile hekimi olarak görev yaptım	-,14615	,32575	,991	-,10536	,7613
	başkabiruzmanlık dalında asistan hekim olarak görev yaptım	,11071	,32129	,997	-,7843	1,0058
	diğer	-,10000	,44392	,999	-,13367	1,1367
sadecepratisyenhekimolarak görev yaptım	mezuniyetsonrasıbaşkabirgörevde bulunmadım	-,08962	,27496	,998	-,8556	,6764
	sözleşmeli aile hekimi olarak görev yaptım	-,23578	,22437	,831	-,8608	,3893
	başkabiruzmanlık dalında asistan hekim olarak görev yaptım	,02109	,21704	1,000	-,5050	,6279
	diğer	-,18962	,37589	,987	-,12368	,8575
sözleşmeli aile hekimi olarak görev yaptım	mezuniyetsonrasıbaşkabirgörevde bulunmadım	,14615	,32575	,991	-,7613	1,0536
	sadecepratisyenhekimolarak görev yaptım	,23578	,22437	,831	-,3893	,8608
	başkabiruzmanlık dalında asistan hekim olarak görev yaptım	,25687	,27922	,888	-,5210	1,0347
	diğer	,04615	,41449	1,000	-,11085	1,2009

Tablo 17- Aile hekimliği eğitimine başlamadan önce başka görevlerde bulunma durumuna göre genel iş doyumunun karşılaştırılması

Mezuniyet sonrası başka bir görevde bulunmayanların genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,3 \pm 1,04$ ) ile sadece pratisyen hekim olarak görev yapanların genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,21 \pm 0,6$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p= 0,998$ ).

Mezuniyet sonrası başka bir görevde bulunmayanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}=3,3 \pm 1,04$ ) ile sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}= 3,44 \pm 0,92$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p= 0,991$ ).

Mezuniyet sonrası başka bir görevde bulunmayanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}=3,3 \pm 1,04$ ) ile başka bir uzmanlık dalında asistan hekim olarak görev yapanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}=3,18 \pm 0,77$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p= 0,997$ ).

Sadece pratisyen hekim olarak görev yapanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}=3,21 \pm 0,6$ ) ile sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}= 3,44 \pm 0,92$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p= 0,831$ ).

Sadece pratisyen hekim olarak görev yapanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}=3,21 \pm 0,6$ ) ile başka bir uzmanlık dalında asistan hekim olarak görev yapanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}= 3,18 \pm 0,77$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=1,000$ ).

Sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}=3,44 \pm 0,92$ ) ile başka bir uzmanlık dalında asistan hekim olarak görev yapanların genel iş doyumu ortalaması ( $\bar{X}= 3,18 \pm 0,77$ ) arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,888$ ).

**• Aile hekimliği eğitimine başlamadan önce başka görevlerde bulunmanın içsel ve dışsal iş doyumu ile ilişkisi**

İçsel doyumda; gruplar homojen dağılımda olduğu için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,156$ ) tek yönlü anova varyans analizi testi uygulanmıştır.  $P>0,05$  olduğu için aile hekimliği eğitimine başlama öncesi başka görevlerde bulunma ile içsel iş doyumu arasında anlamlı bir fark yoktur.

Dışsal doyumda; gruplar homojen dağılımda olmadığı için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,003$ ) Kruskal Wallis ve tamhane testi uygulanmıştır.  $P>0,05$  olduğu için aile hekimliği eğitimine başlama öncesi başka görevlerde bulunma ile dışsal iş doyumu arasında anlamlı bir fark yoktur.

• **Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü ile genel iş doyumunu arasındaki ilişki**

	Ortalama	Standart	p değeri
Hastalar, Uzman Aile Hekimini Uzman Olmayan Aile Hekimine Tercih Ediyor.	3,78	0,87	0,001
Hastalar, Hekim Seçiminde Uzmanlık Faktörünü Önemsemiyor.	2,71	0,54	
Hastaların, Uzman Aile Hekimi İle Uzman Olmayan Arasındaki Fark Hakkında Bilgisi	3,12	0,59	

Tablo 18- Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü ile genel iş doyumunu arasındaki ilişki

Genel iş doyumunda; gruplar homojen dağılımda olduğu için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,127$ ) tek yönlü anova varyans analizi testi uygulanmıştır.  $P=0,000<0,05$  olduğu için toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü ile genel iş doyumunu arasında anlamlı fark vardır.

Hastalar uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih ediyor diyenlerin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,78 \pm 0,87$ ), hastalar hekim seçiminde uzmanlık faktörünü önemsemiyor diyenlerin genel iş doyumunu ortalamasından ( $\bar{X}= 2,71 \pm 0,54$ ) yüksektir ( $p=0,029$ ).

Hastalar uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih ediyor diyenlerin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,78 \pm 0,87$ ), hastaların uzman aile hekimi ile uzman olmayan arasındaki fark hakkında bilgisi yok diyenlerin genel iş doyumunu ortalamasından ( $\bar{X}= 3,12 \pm 0,59$ ) yüksektir ( $p=0,001$ ).

Hastalar hekim seçiminde uzmanlık faktörünü önemsemiyor diyenlerin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 2,71 \pm 0,54$ ) ile hastaların uzman aile hekimi ile uzman olmayan aile hekimi arasındaki fark hakkında bilgisi yok diyenlerin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,12 \pm 0,59$ ) arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,545$ ).

• **Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü ile içsel ve dışsal iş doyumunu arasındaki ilişki**

İçsel iş doyumunda; gruplar homojen dağılımda olduğu için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,077$ ) tek yönlü anova varyans analizi testi uygulanmıştır.  $P<0,05$  olduğu için toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü ile içsel iş doyumunu arasında anlamlı fark vardır.

Dışsal iş doyumunda; gruplar homojen dağılımda olduğu için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,327$ ) tek yönlü anova varyans analizi testi uygulanmıştır.  $P<0,05$  olduğu için toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü ile dışsal iş doyumunu arasında anlamlı fark vardır.

• **Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında yeterli donanıma sahip olabileceğini düşünme durumu ile iş doyumunu arasındaki ilişki**

Genel iş doyumunda; gruplar homojen dağılımda olduğu için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,905$ ) tek yönlü anova varyans analizi testi uygulanmıştır.

“Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında yeterli donanıma sahip olacağınızı düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verenlerin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,44 \pm 0,67$ ), hayır cevabı verenlerin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,20 \pm 0,79$ ) ve kısmen cevabı verenlerin genel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}=3,06 \pm 0,69$ ) arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,060$ ).

İçsel iş doyumunda; gruplar homojen dağılımda olduğu için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,935$ ) tek yönlü anova varyans analizi testi uygulanmıştır.

“Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında yeterli donanıma sahip olacağınızı düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verenlerin içsel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,66 \pm 0,75$ ), hayır cevabı verenlerin içsel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,38 \pm 0,83$ ) ve kısmen cevabı verenlerin içsel iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,26 \pm 0,84$ ) arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,088$ ).

Dışsal iş doyumunda; gruplar homojen dağılımda olduğu için (homojenite varyans analizi sonucu  $p=0,086$ ) tek yönlü anova varyans analizi testi uygulanmıştır.

“Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında yeterli donanıma sahip olacağınızı düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verenlerin dışsal iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 3,10 \pm 0,68$ ), hayır cevabı verenlerin dışsal iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 2,91 \pm 0,82$ ) ve kısmen cevabı verenlerin dışsal iş doyumunu ortalaması ( $\bar{X}= 2,76 \pm 0,59$ ) arasında anlamlı fark yoktur ( $P=0,079$ ).

## 5.TARTIŞMA

### 5.1.Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Tartışma

Çalışmamızda sosyo-demografik yönden aile hekimliği asistan hekimlerinin büyük bir kısmının eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim aldığı görülmektedir. Erkek katılımcıların bayanlardan daha fazla olduğu, evli asistan hekimlerin daha fazla olduğu ve yaş aralığının 24-30 yaş arasında daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan aile hekimliği asistan hekimlerinin, çoğunluğunun mezuniyet sonrası başka bir görevde bulunmadığı saptanmıştır.

Bu araştırmada cinsiyet ve medeni hal ile; genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Çam ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada cinsiyet, medeni durum ile iş doyumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (48). Eskişehir’de aile hekimliği sisteminde birinci basamakta çalışan hekimlerin iş doyumuna yönelik yapılan Tözün ve arkadaşlarının çalışmasında ise; genel iş doyumu puan ortalamaları açısından erkek ve kadın hekimlerin arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yine aynı çalışmada evli ve bekar olanların genel iş doyumu puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca 40 yaşından küçük olan hekimler ile 40 yaş ve üstü hekimler arasında genel iş doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (49). Bu araştırmada cinsiyet ve medeni hal ile; genel iş doyumu, içsel iş doyumu ve dışsal iş doyumu açısından anlamlı fark olmaması, Çam ve arkadaşlarının, ayrıca Tözün ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmalar ile uyumludur. Yıldız ve arkadaşlarının İstanbul Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerle yaptıkları çalışmada da cinsiyet, medeni durum ve çalışma süresi ile iş doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna varılmıştır (50). Yapılan bazı çalışmalarda ise yaş ilerledikçe yapılan iş ile ilgili olarak kazanılan tecrübe ve uyumun artması sonucu iş doyumunun da arttığı rapor edilmiştir (21,51). Herzberg genç yaşlarda iş doyumunun yüksek, orta yaşlarda düşük, ileri yaşlarda yeniden yüksek olabileceğini ifade etmiştir. Düzce de çalışan hekimlerin mesleki iş doyumlarını araştıran çalışma da bunu desteklemektedir (52). Kadınların iş doyumlarının erkeklere göre daha düşük olduğunu belirten bir çalışmada ise, aradaki bu fark kadınların eş ve anne olmaları nedeniyle yaşadıkları rol

çatışmasının iş hayatına yansımaları ile bağdaştırılmıştır (26). Topçu ve arkadaşlarının yaptığı Malatya il merkezindeki sağlık personelinin iş doyumuna yönelik çalışmada da erkeklerin iş doyumunun daha yüksek olduğunu desteklenmektedir (6).

Bu çalışmada eğitim gören kurum ile iş doyum ilişkisi incelendiğinde; Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel ve dışsal iş doyum ortalaması; Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim görenlerden yüksek saptanmış olup, SAHU olarak eğitim görenlerle aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyum ortalaması ile Eğitim ve Araştırma hastanesinde eğitim görenlerin genel, içsel ve dışsal iş doyum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile SAHU olarak eğitim görenlerin genel, içsel ve dışsal iş doyumları arasındaki bu benzerlik, SAHU olarak eğitim alanların eğitimlerinin büyük bir kısmını eğitim ve araştırma hastanelerinde almaları ile açıklanabilir. Üniversite hastanelerinde eğitim görenlerin genel ve dışsal iş doyumunun daha yüksek saptanması ayrıca içsel iş doyum arasında fark saptanmaması ise; eğitim araştırma hastanelerinin fiziki koşullarının üniversite hastanelerine göre daha yetersiz olması ile açıklanabilir.

## **5.2.Aile Hekimliği Eğitimi ile İlgili Bulgulara İlişkin Tartışma**

Ülkemizin birinci basamak sağlık hizmetlerinin istenen düzeyde yürütülebilmesi için, ihtiyaç duyulan sayı ve kalitede aile hekimliği uzmanı yetiştirilmesinin yanında; uzmanlık eğitiminin standardize edilmesi ve birinci basamak hizmetlerinin bakış açısı ile düzenlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada aile hekimliği eğitim müfredatı konusunda gereken düzenlemelere katkıda bulunabilmek amacıyla asistan hekimlerin hangi rotasyonlara ve polikliniklere ihtiyaç duyduğuna değinilmiştir.

Araştırmaya katılanların çoğunluğu Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim alan aile hekimliği asistan hekimleridir ve çoğunluğu aile hekimliğini TUS'da ilk tercih olarak seçmiştir.

Çalışmamızda asistan hekimlerin çoğu aile hekimliği asistan hekimi olmaktan memnun olduğunu belirtmiştir. Aile hekimliği asistan hekimlerinin büyük bir kısmı aile hekimliğinin kişilik yapısına uygun veya kısmen uygun olduğunu belirtmiştir. Aile hekimliği asistan hekimlerinin, mesleği kişilik yapılarına uygun bulmaları ile uzmanlık eğitiminden memnun olmaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Aile hekimliği mesleğini kişilik yapısına uygun görenlerin aile hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olma oranı daha yüksektir.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olanların; %45'i Eğitim Araştırma Hastanesinde, %20,0'si Üniversite Hastanesinde, %35'i ise SAHU olarak eğitim görmektedir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olmayanların; %93,1'i Eğitim Araştırma Hastanesinde, %6,9'u Üniversite Hastanesinde eğitim görmektedir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden kısmen memnun olanların; %67,4'ü Eğitim Araştırma Hastanesinde, %20,9'u Üniversite Hastanesinde, %11,6'sı ise SAHU olarak eğitim görmektedir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olma durumu ile eğitim görülen kurum arasında anlamlı fark bulunmaktadır.

Uzmanlık eğitiminden memnun olmama sebebi sorgulandığında ise, sebep olarak en sık eğitim kadrosu gösterilmiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olmama sebebi ile eğitim görülen kurum arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Hastane koşulları, eğitim kadrosu ve iş yoğunluğundan daha çok eğitim araştırma hastanesinde eğitim görenler memnun değil iken, iş arkadaşlarından daha çok üniversite hastanesinde eğitim görenler memnun değildir. SAHU olarak eğitim görenlerde ise, hastane koşulları ve iş yoğunluğundan memnun olmama oranı yüksek iken, eğitim kadrosundan memnun olmama oranı daha düşüktür. SAHU olarak eğitim görenlerin hastane koşulları ve iş yoğunluğundan memnun olmamalarının eğitim araştırma hastanesinde eğitim görenlerle benzerlik göstermesi, uygulama eğitimlerini eğitim araştırma hastanelerinde yapıyor olmalarından kaynaklanabilir.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi, yöntem açısından incelendiğinde, uzmanlık eğitimi esas itibarıyla bir yetişkin eğitimidir (53). Bu eğitimin en önemli özellikleri, eğitilen merkezli ve eğitilenin ihtiyaçlarına yönelik olmasıdır. Eğitim etkinliklerinin oluşturulmasında göz önünde bulundurulmuş temel prensipler arasında, eğitim amaç ve hedeflerinin önceden belirlenip açıklanması, bu amaç ve hedeflerde asistanların kişisel

beklentilerini karşılayacak değişikliklerin yapılması ve karşılanamayacak beklentilerin karşılıklı görüşme ile eğitim programına konulmama gerekçelerinin tartışılmasıdır (54). Bu konuda Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 2017 kasım ayında güncellenmiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi hastane rotasyonları, birinci basamak uygulama eğitimi ve eğitsel etkinliklerden oluşmaktadır. Hastane klinik rotasyonlarının amacı, aile hekimliği uygulaması için gereken bazı becerilerin daha sık olarak uygulandığı hastane ortamlarında daha kısa sürede ve çok sayıda yapılabilmesi, yani eğitimde maliyet etkin çalışmanın sağlanmasıdır (55). Bu çalışmada çeşitli kurumlarda aile hekimliği uzmanlık eğitimi gören asistan hekimlerin çekirdek müfredatta olmasını gerekli gördükleri rotasyonlar ve aile hekimliği kliniğinin kendi bünyesinde olmasını gerekli gördükleri birimler sorgulanmıştır. Buna göre; dahiliye ve pediatri en çok gerekli görülen branşlar olmuştur. Bunu kadın doğum ve dermatoloji takip etmektedir. Diğer branşlara bakıldığında sırasıyla; kardiyoloji, göğüs hastalıkları, kulak burun boğaz, genel cerrahi, enfeksiyon hastalıkları, nöroloji gerekli görülmüş olup erişkin acil zorunlu olması en az gerekli görülen rotasyon programı olmuştur. Aile hekimliği eğitim biriminin, kendi bünyesinde olması gereken birimlerin sorgulanması sonucu ise; aile hekimliği polikliniği, eğitim ASM, evde bakım hizmetleri, sigara bırakma polikliniği, obezite polikliniği sırasıyla en çok gerekli görülmüş birimler olup; alternatif tıp ve palyatif bakım servisi en az gerekli görülen birimleri oluşturmaktadır.

Algın ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise aile hekimliği temel uygulamaları ve katılımcıların yeterlilikleri kendileri tarafından değerlendirildiğinde; ölmekte olan hasta bakımı, ergen sağlığı ve danışmanlığı, temel yenidoğan bakımı, madde bağımlılığı, istismar ve şiddet, çevre kaynaklı hastalıklar ve meslek hastalıkları, evde bakım, yaşam ve ölümle ilgili konularda uygulama yapma imkanlarının az olduğu görülmüştür (56). Bu çalışmada da tespit edilmiş olan eksiklikler;

- Ölmekte olan hasta bakımı- Palyatif bakım,
- Ergen sağlığı ve danışmanlığı, temel yenidoğan bakımı-Pediatri,
- Madde bağımlılığı, istismar ve şiddet- Psikiyatri,
- Çevre kaynaklı hastalıklar ve meslek hastalıkları- Göğüs hastalıkları,

-Evde bakım- Evde bakım birimi,

-Yaşam ve ölümlle ilgili konular- Dahiliye ve Kardiyoloji

Rotasyonlarına duyulan gereksinim ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların yaşlarının ve cinsiyetlerinin zorunlu rotasyon programında olması gerektiğini düşündüğü branşlarla ve aile hekimliğinin kendi bünyesinde olması gerektiğini düşündüğü birimlerle karşılaştırması yapılmış, anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yaş ve cinsiyet ile gereksinim duyulan rotasyon veya klinik arasında ilişki saptanmamıştır.

Yapılan bir çalışmada (Algın ve arkadaşları), aile hekimlerinin iş koşulları ve diğer çalışanlarla ilgili sorunlarıyla ilgili olarak ilk sıralarda yer alanlar;

-Klinisyenlerin aile hekimlerini, ekonomik çıkarlarını zedeleme potansiyeline sahip bir grup olarak görmesi,

-Meslek örgütlerinin aile hekimliğine karşı olumsuz ön kabulleri,

-Yöneticilerin aile hekimliği hakkında yeterince bilgiye sahip olmaması,

-Birinci basamakta uzmanlaşmanın gerekli olmadığını savunan sağlık profesyonellerinin bulunması,

-Aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak görülmemiş tıp fakültesinden mezun olmuş herkesin zaten yapabileceği bir uygulama olarak görülmesi gibi sorunlardır (56).

Bu çalışmaya göre toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi sahibi olması, uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih etmesi faktörünün aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu artırdığı saptanmıştır. Bu çalışmadaki toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi sahibi olması, uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih etmesi faktörünün aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu artırması; Algın ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak görülmemesinin sorun olarak tespit edilmiş olması ile paralellik göstermektedir (56). Yapılan bir araştırmada; tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin, toplum ve sağlık çalışanları tarafından aile hekimliği ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu fakat tıp öğrencileri tarafından özellikle aile hekimliği stajı sonrası bilgi düzeyinin arttığını düşündükleri tespit edilmiştir. Öğrencilerin fakülte eğitimi boyunca birinci basamağın

cezalandırma yeri olarak gösterildiğini, bunu özellikler fakültenin ilk yıllarında tecrübe ettiklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin çoğu aile hekimliği stajının birinci basamağa ait algılarında değişiklik oluşturduğunu ifade etmişlerdir (57). Bu çalışmada toplum ve sağlık çalışanları tarafından aile hekimliği ile ilgili bilgi eksikliği olduğunun tespit edilmesi, çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Toplumun ve sağlık çalışanlarının aile hekimliği uzmanlığı hakkında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi; aile hekimliği uzman hekimlerinin iş doyumunu artıracak, böylece hem hastaların birinci basamakta daha kaliteli hizmet almaları sağlanmış olacak, hem de ikinci ve üçüncü basamaklardaki gereksiz hasta yükü azaltılmış ve milli gelirin boşa harcanması engellenmiş olacaktır.

Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi konusunda ne düşünüldüğü ve eğitim görülen kurum arasında anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim ve Araştırma hastanelerinde eğitim gören aile hekimliği asistanları ile üniversite hastanelerinde eğitim görenler, hastaların uzman aile hekimi ile uzman olmayan arasındaki fark hakkında bilgisi olmadığını belirtirken; SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistanlarının çoğunluğu, hastaların uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih ettiğini belirtmiştir. Bu konudaki düşünce farklılığı; SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistanlarının ASM’lerde çalışarak aile hekimliğinin gerçek hasta profiliyle iç içe olması; eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde eğitim gören aile hekimliği asistanlarının ise diğer bütün uzmanlık dallarının da olduğu 3. basamak hastanelerde çalıştığı için hastaların kendilerini uzman olarak değerlendirmediklerini düşünmeleri olarak yorumlanabilir.

### **5.3.Minnesota İş Doyumu Anketinden Elde Edilen Genel Doyum, İçsel ve Dışsal Doyuma Ait Bulgulara İlişkin Tartışma**

Aile hekimliği asistan hekimlerinin genel ve içsel iş doyumunu memnun, dışsal iş doyumunu memnuniyetsiz olarak tespit edilmiştir. İçsel doyumun bileşenleri olan başarıma, tanınma, işin kendisi, sorumluluk, ilerleme konularında genel olarak memnuniyet yüksek olmakla birlikte, dışsal doyum bileşenleri olan işletme politikası ve yönetimi, teknik gözetim, kişiler arası ilişkiler, gözetim ve çalışma koşulları genel olarak memnuniyetsiz olarak belirlenmiştir.

Aile hekimliği asistanlığından memnun olanların genel doyum ortalaması, aile hekimliği asistanlığından memnun olmayanların ortalamasından yüksektir saptanmıştır. Aile hekimliği asistanlığından memnun olanların içsel doyum ortalaması aile hekimliği asistanlığından memnun olmayanların içsel ortalamasından yüksektir. Aile hekimliği asistanlığından memnun olanların dışsal doyum ortalaması ile aile hekimliği asistanlığından memnun olmayanların dışsal ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur. Aile hekimliği asistanlığından memnun olma durumu ile genel ve içsel doyum arasında pozitif yönde bir paralellik olması, dışsal doyum ile arasında ise anlamlı bir fark olmaması dışsal doyumun daha çok çevre koşulları, çalışma şartları ve kişiler arası ilişkilerle ilgili olması ile açıklanabilir. Yapılan bir çalışmada aile hekimliğine dair olumlu fikre sahip olan personelin içsel iş doyumunun daha iyi olduğu görölmüştür. Bu çalışma, bizim çalışmamızdaki aile hekimliği asistanlığından memnun olanların içsel doyum ortalamasının daha yüksek olmasını desteklemektedir (6).

Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel iş doyum ortalaması, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel iş doyum ortalamasından yüksek, ayrıca dışsal iş doyum ortalaması da Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim görenlerden anlamlı derecede yüksektir. Bu iki kurumun içsel iş doyum ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark yoktur. Üniversite hastanelerinde genel ve dışsal doyumun eğitim araştırma hastanelerinden yüksek olması; eğitim araştırma hastanelerinin fiziki koşullarının daha yetersiz olması, iş yoğunluğu nedeniyle çalışma şartlarının daha kötü olması ile açıklanabilir. Ayrıca dışsal doyumun temel unsurlarından biri olan ücret yeterliliğinin, üniversite hastanelerinde eğitim araştırma hastanelerinden daha fazla olması ile açıklanabilir.

SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyum ortalaması ile Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyum ortalaması arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

İş doyumunu yönünden eğitim araştırma, üniversite hastanesi ve SAHU olarak eğitim görenleri karşılaştıran bir çalışma bulunmamakla beraber; yapılan bir çalışmada

birinci basamakta çalışan sağlık personelinin içsel doyum ortalaması ile ikinci basamakta alışanlarınkı karşılaştırılmış ve birinci basamakta çalışanların içsel iş doyumunu ortalaması anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiş olup, ortaya çıkan farkın nedeni birinci basamakta çalışan personelin iş arkadaşlığını daha samimi sağlayabilmeleri ve birbirini motive edebilmelerine bağlanmıştır (6). Bizim alışmamızda birinci basamakta görev yapan (SAHU olarak eğitim gören) aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu ortalaması ile Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu ortalaması arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmaması yönüyle bu çalışma ile çelişmektedir.

Aile hekimliği eğitimine başlamadan önce başka görevlerde bulunmanın iş doyumunu ile ilişkisi incelendiğinde; aile hekimliği eğitimine başlama öncesi başka görevlerde bulunma ile genel, içsel ve dışsal iş doyumunu arasında anlamlı bir fark yoktur. Malatya il merkezinde çalışan sağlık personelinin iş doyumuna yönelik çalışmada meslek süresine göre içsel doyum ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamış olması çalışmamızı desteklemektedir. Bununla birlikte meslek süresine göre dışsal doyum ortalamalarının birbirinden farklı olması yönüyle bizim çalışmamızı desteklememektedir (6). Fakat bizim çalışmamızda meslek sresinden ziyade, aile hekimliği asistanlığı öncesi yapılan görevin niteliği sorgulanmış olup, bu konuda yapılmış benzer bir araştırma henüz bulunmamaktadır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında yeterli donanıma sahip olabileceğini düşünme durumu ile iş doyumunu arasındaki ilişki incelendiğinde; “Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında yeterli donanıma sahip olacağınızı düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verenler, hayır cevabı verenler ve kısmen cevabı verenlerin genel iş doyumunu ortalaması arasında anlamlı fark yoktur, içsel iş doyumunu ortalaması arasında anlamlı fark yoktur, dışsal iş doyumunu ortalaması arasında anlamlı fark yoktur.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilere göre, aile hekimliği asistan hekimlerinin, mesleği kişilik yapılarına uygun bulanların, kişilik yapısına uygun bulmayanlara göre uzmanlık eğitiminden memnun olma oranı daha yüksek saptanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olma durumunun eğitim görülen kuruma göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu araştırmaya göre uzmanlık eğitiminden memnun olmama oranı eğitim ve araştırma hastanelerinde daha yüksek saptanmıştır.

Uzmanlık eğitiminden memnun olmama sebebi sorgulandığında ise öncelikle eğitim kadrosu ve hastane koşulları, daha az oranda ise iş yoğunluğu ve iş arkadaşları sebep olarak gösterilmiştir. Memnun olmama sebebi olarak en sık eğitim kadrosu gösterilmiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olmama sebebi ile eğitim görülen kurum arasındaki fark incelendiğinde; eğitim araştırma hastanesinde eğitim görenler daha çok hastane koşulları, eğitim kadrosu ve iş yoğunluğundan memnun değilken, iş arkadaşlarından memnun olmama oranı üniversite hastanelerinde daha yüksek saptanmıştır. SAHU olarak eğitim görenlerde ise, hastane koşulları ve iş yoğunluğundan memnun olmama oranı yüksek iken, eğitim kadrosundan memnun olmama oranı daha düşük saptanmıştır.

Aile Hekimliği zorunlu rotasyon programında olması gerektiği düşünülen rotasyonlar sorgulandığında dahiliye ve pediatri ile en çok gerekli görülen branşlar olarak saptanmıştır. Bunu kadın doğum ve dermatoloji takip etmektedir. Diğer branşlara bakıldığında sırasıyla; kardiyojoloji, göğüs hastalıkları, kulak burun boğaz, genel cerrahi, enfeksiyon hastalıkları ve nöroloji gerekli görülmüş olup, erişkin acil zorunlu olması en az gerekli görülen rotasyon programı olarak saptanmıştır.

Araştırmada katılımcıların yaşları ve cinsiyetleri ile, zorunlu rotasyon programında olması gerektiğini düşündüğü branşlar arasında fark saptanmamıştır.

Aile hekimliği eğitimi sürecinde, kendi bünyesinde olması gereken birimlerin ne kadar gerekli olduğu sorgulandığında sırasıyla; aile hekimliği polikliniği, eğitim ASM, evde bakım hizmetleri, sigara bırakma polikliniği, obezite polikliniği, alternatif tıp, palyatif bakım servisi gerekli görülmüştür. Aile hekimliği polikliniği en çok

gerekli görülen birimken, palyatif bakım servisi en az gerekli görülen birim olarak sonuçlanmıştır.

Araştırmada katılımcıların yaşlarının ve cinsiyetlerinin, aile hekimliğinin kendi bünyesinde olması gerektiğini düşündüğü birimlerle arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında, mecburi hizmet için yeterli donanımına sahip olacağını düşünme ve eğitim görülen kurum arasında fark saptanmıştır.

Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüldüğü sorgulandığında çoğunluğun hastaların, uzman aile hekimi ile uzman olmayan aile hekimi arasındaki fark hakkında bilgisinin olmadığını belirttiği saptanmıştır. Bu konudaki düşüncelerin eğitim görülen kuruma göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Eğitim ve Araştırma hastanelerinde eğitim gören aile hekimliği asistanları ile üniversite hastanelerinde eğitim görenler, hastaların uzman aile hekimi ile uzman olmayan arasındaki fark hakkında bilgisi olmadığını belirtirken; SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistanlarının çoğunluğu, hastaların uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih ettiğini belirtmiştir.

Bu çalışmada kadınların genel, içsel iş doyumunu ile erkeklerin genel, içsel iş doyumunu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Evli olanların genel ve içsel iş doyumunu ile bekar olanların genel ve içsel iş doyumunu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aile hekimliği asistanlığından memnun olanların genel ve içsel iş doyumunu, memnun olmayanların genel ve içsel iş doyumundan yüksektir.

Üniversite Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel ve dışsal iş doyumunu, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel ve dışsal iş doyumundan yüksektir. Bu iki kurumun içsel iş doyumunu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

SAHU olarak eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu ile Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim gören ve üniversite hastanesinde eğitim gören aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır.

Aile hekimliği eğitimine başlama öncesi başka görevlerde bulunma ile genel, içsel ve dışsal iş doyumunu arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne dştnldğ ile genel iş doyumunu arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Hastalar uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih ediyor diyenlerin genel iş doyumunu, hastalar hekim seçiminde uzmanlık faktörünü önemsemiyor diyenlerin genel iş doyumundan yüksektir.

Hastalar uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih ediyor diyenlerin genel iş doyumunu, hastaların uzman aile hekimi ile uzman olmayan arasındaki fark hakkında bilgisi yok diyenlerin genel iş doyumundan yüksektir.

Hastalar hekim seçiminde uzmanlık faktörünü önemsemiyor diyenlerin genel iş doyumunu ile hastaların uzman aile hekimi ile uzman olmayan aile hekimi arasındaki fark hakkında bilgisi yok diyenlerin genel iş doyumunu arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi sahibi olması, uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih etmesi faktörünün aile hekimliği asistan hekimlerinin genel, içsel ve dışsal iş doyumunu artırdığı saptanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrasında yeterli donanıma sahip olabileceğini düşünme durumu ile genel, içsel ve dışsal iş doyumunu arasında ilişki yoktur.

Bu bulgular ışığında konuya ilişkin aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1.Aile hekimliği mesleği konusunda, tıp fakültesi öğrencileri bilinçlendirilmeli, bu konuda uygulamalı eğitimlere katılarak aile hekimliğinin kişilik yapısına uygun olup olmadığını anlamalarına katkıda bulunmaya yardımcı olunmalıdır.

2.Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun olmama ve eğitim sonrası kendini yeterli donanıma sahip hissetmeme sebepleri araştırmalı, eğitimin nitelik ve kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

3.Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, asistan hekimlerin daha çok fayda gördüğü ve gerekli bulduğu rotasyon programlarının zorunlu hale getirilmesi, fayda

görülmeven ve gereksiz bulunan rotasyon programlarının zorunlu değil seğmeli hale getirilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

4.Aile hekimliği eğitim süresince aile hekimliği asistan hekiminin; rotasyon programlarının dışında olduğu zamanlarda, sahadaki uygulamalara yönelik eğitilmesi ve pratik kazandırılması için aile hekimliği polikliniği, eğitim ASM ve evde bakım gibi birimlerde yeterli sürelerde eğitilmesi, gereklilik durumuna göre bu birimlerde geçirilecek zamanların standardize edilmesi planlanmalıdır.

5.Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilinçlendirilmesi konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

6.Çalışanların fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik çalışmalar yapılmalı, özellikle dışsal doyumunu daha düşük saptanan Eğitim ve araştırma hastanelerinde bunun sebepleri araştırılmalı ve fiziki koşullarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Dışsal doyuma yönelik; personel memnuniyet anketleri belirli aralıklarla yapılarak, çalışma koşulları ve idareci çalışan ilişkileri iyileştirilerek dışsal doyumunu artırmaya yönelik çalışmalar uygulamaya geçirilmelidir.

7.Aile hekimliği asistan hekimlerinin eğitim kalitesinin ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine doğrudan katılımlarını ve bu konuda söz sahibi ve karar sahibi olmalarını sağlayacak bir işletme politikası ve eylem planı geliştirilmelidir.

10.Toplumun aile hekimliği sistemi hakkında bilgi sahibi olabilmeleri için seminerler düzenlenmelidir.

## 7.KAYNAKLAR

1. Bilgel N., Aile Hekimliği. Aile Hekimliği: Tanımı, tarihçesi, amacı ve önemi Bilgel N, Tunç E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı. Medikal tıp kitabevi. 2006; 1-2
2. Bilgel N. Sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde aile hekimliğinin katkısı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimprogramlarının geliştirilmesi, eğitim hedeflerinin belirlenmesi. STZ matbaacılık. Bursa 2005; 77-78
3. Bilgel N. Sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde aile hekimliğinin katkısı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Eğitim ve mesleki gelişme. STZ matbaacılık. Bursa 2005; 60-61
4. Açıan B, Saydan R. Öğretim Elemanlarının Akademik Kalite Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Kafkas Üniversitesi İİBF Örneği. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009; 13(2):225-253.
5. Baran RA, Greenberg J. (1990). Behavior in Organisations. Mc Graw Hill International Editions; 1990:160-173.
6. Topçu MÜ, Malatya İl Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler. Doktora tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2009.
7. Karaoğlu L, Şahin T., Eğri M, Pehlivan E, Genç MF, Güneş G. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerin mesleki memnuniyet düzeyi. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(2), 7-14.
8. Kurçer MA. Hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 2(3), 10-15.
9. İmamaoğlu SZ, Keskin H, Erat S. Ücret kariyer ve yaratıcılık ile iş tatmini arasındaki ilişkiler: tekstil sektöründe bir uygulama. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yönetim ve Ekonomi Dergisi 2004; 11(1), 167-176.
10. Yüksel İ. İletişimin iş tatmini üzerindeki etkileri. Doğuş Üniversitesi Dergisi 2005; 6(2), 291- 306
11. Can H, Akgün A, Kavuncubaşı S. Kamu ve özel kesimde insan kaynakları yönetimi 2001; (s.308). Ankara: Siyasal Kitabevi
12. Maslow, A. (1970). Motivation and personality 2 nd ed. Herper&Row.
13. Onaran, O., (1981). Çalışma yaşamında güdülenme kuramları, (s.13). Ankara: Sevinç Matbaası.
14. Bilge F, Akman Y, Kellecioglu H. Öğretim elemanlarının iş doyumlarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2007; 32, 32-41
15. Davis, K., (1982). İşletmelerde insan davranışı (çeviren Tosun K. ve ark). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Yayın no:3028

16. Castillo E, Conklins A, Cano J. Job satisfaction of Ohioagricultural education teachers. *Journal of agricultural education* 1999; 40(2)
17. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde İş doyum ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11(1), 49-57.
18. Özyurt A. İstanbul hekimlerinin iş doyum ve tükenmişlik düzeyleri. Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul 2003
19. Ünsal P, Türetgen İ. Bir iş doyum ölçeği geliştirme çalışması. *Yönetim / İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*. 2005; 16(51): 43-55.
20. Çelen Ü, Piyal B, Karaodul G. Ankara Onkoloji Hastanesinde çalışanların iş doyum. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2004; 7(3): 295-318.
21. Özalın H, Kaya S, Cesim D. Türk silahlı kuvvetlerinde görev yapan muvazzaf tabiplerinin iş doyum düzeylerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2002; 44(4): 423-427.
22. Yüksel İ. Hekimlerin iş güçlüğü oluşturulan değişkenlerin iş doyum, iş gerilimi ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin analizi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2003; 13(1): 261-272.
23. Çetinkanat C. İş doyum ve tükenmişlik. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*. 2002; 9: 186-193.
24. Özgen, H, Öztürk A, Yalçın A. İnsan Kaynakları Yönetimi (s.232). Adana: Nobel Kitabevi. 2002
25. Sevimli F, Işcan Ö.F. Bireysel ve İş ortamına ait etkenler açısından iş doyum. Erişim tarihi: 12. Temmuz. 2008. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. [https://www.researchgate.net/publication/227428153\\_Bireysel\\_ve\\_Is\\_Ortamina\\_Ait\\_Etkenler\\_Acisindan\\_Is\\_Doyumu](https://www.researchgate.net/publication/227428153_Bireysel_ve_Is_Ortamina_Ait_Etkenler_Acisindan_Is_Doyumu)
26. Ergin C. Bir İş doyum ölçümü olarak iş betimlemesi ölçeği: uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk psikoloji Dergisi*. 1997; 12(39): 25-36.
27. Çakmur H. İş Doyumu Kavramı ve Değerlendirilmesi Geliştirilmiş İş Betimlemesi Ölçeği. <http://www.scopemed.org/?ift=1-1312182613&ft=1-1312182613> TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011; 10(6) 759-764.
28. Piyal B, Çelen Ü, Şahin N. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışanların iş doyum. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2000; 563(4): 241-250.
29. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish Physicians. *Q J Med*. 2006; 99: 161-169.
30. Aslan H, Gürkan S, Girginer U. İşe bağlı gerginlik ölçeğinin bir hemşire örnekleminde geçerlik ve güvenilirliği. *Psikiyatri Psikoloji Farmakoloji Dergisi*. 1996; 4(4): 276-283.
31. Kılıç B, Ergör A, Gürpınar E, Demiral Y. Sağlık ocaklarında çalışan personelin iş doyum. *Sağlık ve Toplum*. 2004; 2: 12-20.
32. Çakmur H, Kılıç B. İş betimlemesi ölçeğinin geliştirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2010; 14(3): 124-131.

33. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Geçerlilik ve Güvenilirlik. Güvenilirlik 1. Baskı. Ankara Seçkin Yayıncılık, 2005; 50-420.
34. Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, Parametrik Testler. 5. Baskı, Eskişehir, Kaan Kitabevi, 2004, s. 345-500, 379-441.
35. Demirağ S, Ünlüoğlu İ, Katkıcı U. Aile Hekimliğinde Yasalar ve Yasal Konular, Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamaları Geçiş Süreci. Doğusan A R, Kılıç T. 1. Baskı. İstanbul 2016, Akademi Yayınevi syf 16-18.
36. Yardımcı Y, Akbıyık D İ, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2016; 10(2): 81-90
37. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı
38. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 30.06.2014 tarihli “Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Uzmanlık Eğitimi 2014 İlkbahar Dönemi Başvuru ve Yerleştirme Usul ve Esasları” konulu duyurusu. <http://thsk.saglik.gov.tr/duyurular/1649-sözleşmeli-aile-hekimlerine-verilecek-aile-hekimliği-uzmanlık-eğitimi-usul-ve-esasları.html>
39. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 30.06.2014 tarihli “Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Uzmanlık Eğitimi 2014 İlkbahar Dönemi Başvuru ve Yerleştirme Usul ve Esasları” konulu duyurusu. <http://thsk.saglik.gov.tr/duyurular/1649-sözleşmeli-aile-hekimlerine-verilecek-ailehekimliği-uzmanlık-eğitimi-usul-ve-esasları.html> (Erişim tarihi:08.09.2015)
40. Tıpta Uzmanlık Kurulu 406 Sayılı Karar ve Ekleri [http://www.tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/kararlar/](http://www.tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/kararlar/karar_406_degisik.pdf) karar\_406\_degisik.pdf (Erişim tarihi:08.09.2015)
41. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 03.11.2014 tarihli SAHU’da ders saatleri konulu duyurusu, 27.10.2014 tarihli ve 2014.5729.220 sayılı yazı, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi usul ve esasları <http://thsk.saglik.gov.tr/duyurular/1765-sahu-daders-saatleri-icin-esnek-mesai-uygulanmasihakkinda.html> (Erişim tarihi:10.02.2015)
42. Yıkılkan H. Sağlık ve İnsan dergisi temmuz 2016; 17-18
43. Ünlüoğlu İ, Saatçı E. Aile Hekimliğinde Evde Bakım, Aile Hekimliğinde Evde Bakım Hizmetleri ve Güncel Mevzuat. Uğurlu M, Üstü Y. 1. Baskı İstanbul 2015, Akademi Yayınevi syf 42
44. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Ocak 2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete, 11 Mart 2015 tarih ve 29292 sayılı Resmi Gazete ile değişik, Madde 4
45. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27 Şubat 2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazete, Madde 16)

46. World Health Organization (WHO) definition of palliative care, available online at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (Accessed on March 20, 2016 )
47. Ünlüoğlu İ, Saatçı E. Aile Hekimliğinde Evde Bakım, Hospis ve Palyatif Bakım Çelik M. 1. Baskı, İstanbul 2015, Akademi Yayınevi syf 101
48. Çam O, Akgün E, Gümüş A B, Bilge A, Keskin G Ü. Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan Hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri dergisi*, 2005; 6(2), 13-220.
49. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumları (Eskişehir). *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008; 7(5), 377-384.
50. Yıldız N, Yolsal N, Ay P, Kıyan A. İstanbul Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerde iş doyumları. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2003; 66, 34-41.
51. Hickson C, Oshagbemi T. The Effect of Age on the Satisfaction of Academics with Teaching and Research. *International Journal of Social Economics*. 1999; 26(4): 537–544.
52. Ataoğlu A, İçmeli C, Özçetin A. Hekimlerde mesleki iş doyumları. *İzzet Abant Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2000; 2,17-34.
53. Durak İ. Uzmanlık Eğitiminde Yeterlik Sürecinde Eğitici Gelişimi- Eğiticilerin Eğitimi. 12. Tıpta Eğitim Kurultayı 2006; pp: 63-4.
54. Özer C, Dağdeviren N, Şahin EM, Aktürk Z. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Birebir Eğitim. *Tıp Eğitimi Dünyası* 2003; 12: 2-5.
55. Tekin O, Üstü Y, Uğurlu M. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi. *Ankara Medical Journal* 2012; 12: 16-21.
56. Algın K, Şahin İ, Mehmet T.O.P. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2004; 7(3), 249-275.
57. ALPER GÜRZ A. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Konusundaki Algı ve Tutumları, Kalitatif Araştırma. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, 2015

## 8.EKLER

### AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ İŞ DOYUMU VE EĞİTİM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu form aile hekimliği asistanlarına yönelik uygulanacaktır. Anketimiz 14 soru + 20 soruluk minnesota iş doyum ölçeği olmak üzere toplam 34 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 5-6 dakika sürmektedir.

#### 1-Yaş \*

- 24- 30 yaş
- 30- 35 yaş
- > 35 yaş

#### 2-Cinsiyet \*

- Kadın
- Erkek

#### 3-Medeni Hal \*

- Evli
- Bekar

#### 4-Eğitim gördüğünüz kurum \*

- Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Üniversite Hastanesi
- SAHU

#### 5-Aile hekimliği eğitimine başlamadan önce başka bir görevde bulundunuz mu? \*

- Mezuniyet sonrası başka bir görevde bulunmadım.
- Sadece pratisyen hekim olarak görev yaptım.
- Sözleşmeli aile hekimi olarak görev yaptım.
- Başka bir uzmanlık dalında asistan hekim olarak görev yaptım.
- Diğer

#### 6-Aile Hekimliği TUS'da ilk tercihiniz miydi? \*

- Evet
- Hayır

7-**Aile Hekimliği mesleğinin kişilik yapınıza uygun olduğunu düşünüyor musunuz ? \***

- Evet
- Hayır
- Kısmen

8-**Aile Hekimliği asistanı olmaktan memnun musunuz ? \***

- Evet
- Hayır

9-**Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminden memnun musunuz ? \***

- Evet
- Hayır
- Kısmen

10-**Eğitimden memnun değilseniz hangi sebeplerden ötürü ? \***

- Hastane koşulları
- Eğitim kadrosu
- İş yoğunluğu
- İş arkadaşları
- Diğer

11-**Aile Hekimliği zorunlu rotasyon programında olması gerektiğini düşündüğünüz branşları belirtiniz (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) \***

- Dahiliye
- Pediatri
- Kadın Doğum
- Genel Cerrahi
- Erişkin Acil
- Dermatoloji
- Nöroloji
- Kardiyoloji
- KBB
- Enfeksiyon Hastalıkları
- Göğüs Hastalıkları

12-**Aile Hekimliği eğitimi veren birimin kendi bünyesinde olması gerektiğini düşündüğünüz aile hekimliği birimlerini seçiniz \***

- Aile Hekimliği polikliniği
- Palyatif Bakım Servisi
- Evde Bakım Hizmetleri
- Sigara bırakma polikliniği
- Obezite polikliniği
- Alternatif Tıp (Akupunktur vb. )
- Eğitim ASM

13-**Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi sonrasında mecburi hizmet için yeterli donanımına sahip olacağınızı düşünüyor musunuz ? \***

- Evet
- Hayır
- Kısmen

14-**Toplumun aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili bilgi düzeyi hakkında ne düşünüyorsunuz ? \***

- Hastaların, uzman aile hekimi ile uzman olmayan aile hekimi arasındaki fark hakkında bilgisi yok
- Hastalar, bu konuda bilgi sahibi fakat hekim seçiminde uzmanlık faktörünü önemsemiyor
- Hastalar, uzman aile hekimini uzman olmayan aile hekimine tercih ediyor.

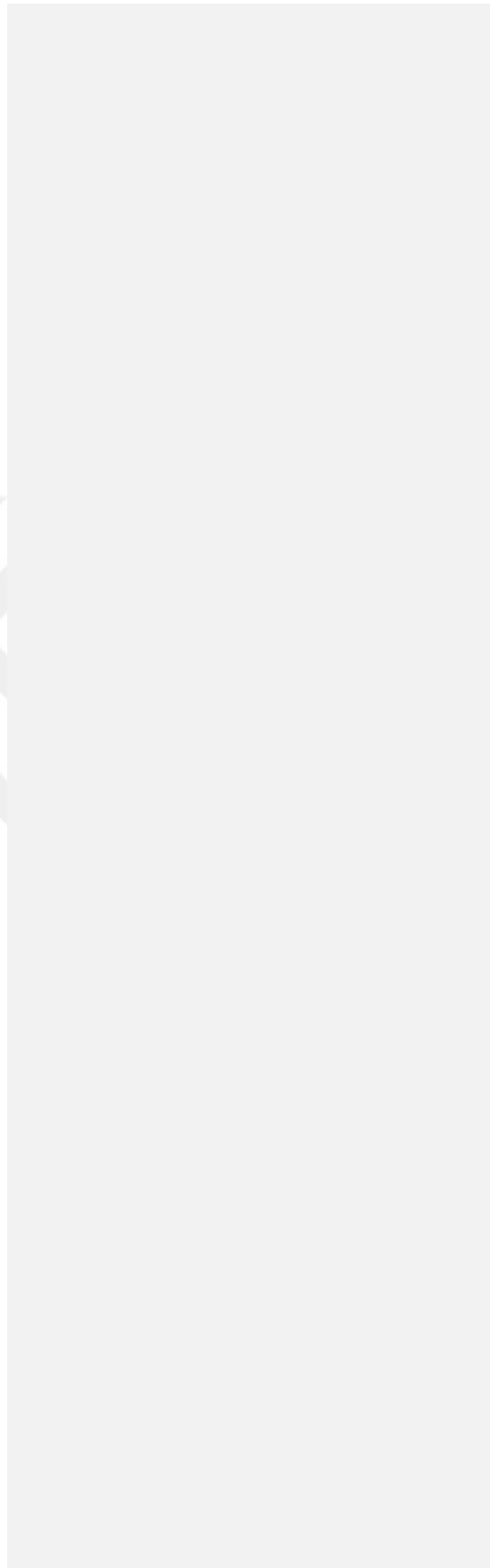
**Aşağıda verilen maddeler "MİNNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ" soruları olup işinizi farklı yönleriyle ele almaktadır. Kendinize "işimin bu yönünden ne kadar memnunuz?" sorusunu sorunuz ve cevabınızı 1=Hiç memnun değilim, 2=Biraz memnunuz, 3=Orta düzeyde memnunuz, 4=Memnunuz, 5=Çok memnunuz biçiminde belirtiniz. \***

	1	2	3	4	5
1-Sürekli bir şeylerle meşgul olabilme imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Tek başına çalışma imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Zaman zaman farklı şeyler yapabilme imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Toplumda bir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

yer edinme imkânı					
5-Yöneticimin elemanlarına karşı davranış tarzı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Yöneticimin karar verme konusundaki yeterliliği	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Vicdanıma ters düşmeyen şeyleri yapabilme imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Sürekli bir işe sahip olma imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-Başkaları için bir şeyler yapabilme imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Başkalarına ne yapacaklarını söyleme imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11- Yeteneklerimi kullanabilme imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Firma politikasını uygulama imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Aldığım ücret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Bu işte ilerleme imkânım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Kendi kararımı verme özgürlüğü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-İş yaparken kendi yöntemlerimi deneme imkânı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17-Çalışma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

koşulları					
18-Çalışma arkadaşlarımın birbiriyle anlaşması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-Yaptığım iyi bir iş karşılığında aldığım övgü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-İşimden elde ettiğim başarı duygusu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>







T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 1  
Tarih : 26 Ocak 2017  
Karar No : 7

Hastanemiz Aile Hekimliği Asistanı Dr. Fadime KAYA ERDEM'in tez çalışması olarak yapılması planlanan "Aile Hekimliği Asistanlarının İş Doyumu Düzeyi ve Eğitim Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Fadime KAYA ERDEM tarafından Aile Hekimliği Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Haluk MERGEN sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER : Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENER

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN

Doç. Dr. Emel Ebru PALA

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY (İzinli)

Doç. Dr. Can ÖZTÜRK

Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK

Emekli Albay. Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR  
Telefon : 0 232 4696969 / 6128