

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ HEKİMLERİN SUNMUŞ OLDUĞU HİZMETLERİN KALİTESİNE ETKİSİ: DÜZCE ÖRNEĞİ

Fuat YALMAN*
Murat BAYAT**
Kahraman ÇATI***

THE EFFECT OF FAMILY MEDICINE PRACTICE ON THE QUALITY OF SERVICES PROVIDED BY DOCTORS: CASE OF DÜZCE

Öz

Bu araştırmanın amacı, aile hekimliği uygulamasının, hekimlerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir. Bu amaçla, araştırmada aile hekimlerinden sağlık hizmeti alan tüketicilerin (hastaların) aile hekimliği uygulamasına ve aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarına odaklanılmıştır. Araştırma evrenini aile hekimliği sisteminin uygulanmasında pilot il olarak belirlenen Düzce ilinde yaşayan ve aile hekimlerinden hizmet alan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Yapılan araştırmada 450 anket formu araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma verileri SPSS 18 paket programında analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, katılımcıların aile hekimliği uygulamasına ilişkin algılarının, katılımcıların aile hekiminden almış oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre aile hekimliği uygulamasına ilişkin algıları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Son olarak katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Aile Hekimliği Uygulaması, Hizmet Kalitesi, Algılanan Hizmet Kalitesi

* Arş. Gör., Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, e-posta: fuatyalman@duzce.edu.tr

** Yrd. Doç. Dr., Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Uluslararası Ticaret Bölümü, e-posta: muratbayat@duzce.edu.tr

*** Prof. Dr., Düzce Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, e-posta: kahramancati@duzce.edu.tr

Abstract

The aim of this study is to examine the effect of family medicine system on the quality of health services provided by doctors. With this aim, this study focused on the consumer perceptions who receive health services from family doctors about family medicine system and the quality of services provided by family doctors. Research population consists of Düzce City which is used as a pilot city for the implementation of family medicine system. The questionnaire technique was used to collect the data and convenience sampling method was implemented. 450 questionnaires were evaluated in this study. The research data was analyzed by using SPSS package program. Analysis shows that the perceptions of participants about the quality of services taken from family doctors are positively influenced by the perceptions about the family medicine practice. In addition, it is revealed that there are differences between the perceptions about family medicine practice and the demographic characteristics of participants. Finally, it is founded that there are differences between the perceptions about family medicine practice and the quality of services provided by family doctors with respect to demographic characteristics of participants.

Key Words: Family Medicine, Family Medicine Practice, Service Quality, Perceived Service Quality

1. Giriş

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Zerenler ve Öğüt 2007: 501). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre, "Sağlık, ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir. Kişi ve toplumun sağlığı, çevresel, davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir (Yıldırım 1994: 10).

İlk çağlardan günümüze kadar süregelen sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan tüm çalışmalar "sağlık hizmetleri" olarak tanımlanmaktadır (Fişek 1983: 22). Daha açık bir ifade ile sağlık hizmetleri; " hastalıkların teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile birlikte yeni hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü olarak tanımlamıştır (Kavuncubaşı 2000: 34).

Sağlık hizmetlerinin iki temel amacı vardır. Nitelikli sağlık hizmeti sunmak ve sağlık hizmetine erişimin eşitliğini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde izlenecek yol bir yandan en son tıbbi bilgileri kullanarak toplumun sağlığını geliştirmek, öte yandan sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgeler arasındaki farklılık ve eşitsizlikleri en aza indirmeyi hedeflemek olarak belirtilmektedir (Başak 2007: 135).

Çağdaş sağlık sistemlerinde öncelikli amaç, birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmektir. Günümüzde sağlık, sosyal gelişmenin temel bir ögesi olarak kabul edilmektedir (Ağdemir 2012: 1). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması, aile hekimliği uygulamasının ana ilkelerini oluşturmuştur. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015).

Aile hekimliği uygulamasıyla, başarılı bir sevk zinciri oluşturulması ve hastanın doğru uzmanlık dalına ve merkezine sevkini sağlamak daha kolay olmaktadır. Böylelikle yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımı sağlanarak gereksiz yığılma ve hasta mağduriyetinin engellenmesi düşünülmektedir (Söyleyici 2010: 39). Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır. Kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir “aile hekimliği uygulaması” sistemin esasını oluşturmaktadır (Sağlıkta Dönüşüm 2003). Hasta memnuniyeti, sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Özellikle de sağlık kuruluşlarının üstünlük veya zayıflığını ortaya koymalarına katkı sağlar. Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir. Hizmetlerden memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyar. Sağlık hizmetinden memnun kalan bir hasta,

gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih edecektir (Özer ve Çakıl 2007: 141).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; toplumun beklentilerine uygun sağlık hizmetinin kaliteli, zamanında ve düşük maliyetle sunulabilmesidir. Sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısında her yıl gözlenen artış, tıp alanındaki gelişmeler, sistemin karmaşık ve pahalı olması, hastanın da sağlık hizmeti veren kişi ya da kurum karşısında daha güçsüz konumda yer alması kişilerin en temel hakkı olan sağlık hakkını en uygun biçimde kullanılmasını güçleştirmektedir (Saylan 2013, http://www.msb.gov.tr/ayim/Ayim_makale_detay.asp?IDNO=68, 8 Haziran 2013'te erişildi). Bundan dolayı, sağlık sektörünün kendine has yapısı ve uygun sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilebilmesi için; düzeltici önlemlerin alınması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve ölçülmesi büyük önem taşımaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) amacı; kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır. SDP'nin temel hedefleri şöyle özetlenebilir (Sülkü 2011: 6):

- Sağlık Bakanlığının idari ve işlevsel bakımdan yeniden yapılandırılması ve sağlık sektöründe merkezi planlayıcı ve denetleyici otorite rolünü üstlenmesi,
- Yaygın, erişimi kolay, hasta memnuniyeti odaklı ve kaynakları daha etkili kullanabilen bir sağlık sisteminin oluşturulması,
- Bu sistemin kurulabilmesi için temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, Aile Hekimliği sistemine geçilerek etkili ve kademeli bir sevk zinciri uygulamasına başlanması, sağlık işletmelerinin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması,
- Etkili bilgiye erişim için internet ve bilişim teknolojilerinin, sağlık bilgi sisteminde kullanılması (e-sağlık),
- SDP sürecinin hayata geçirilmesini destekleyecek, tüm nüfusu kapsayan genel bir sağlık sigortası sisteminin kurulması.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin temel amaçları incelendiğinde; Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışının sağlık sektörüne yansımalarının izlerini taşıdığı öne sürülebilir. Gerçekten de profesyonel yönetim oluşturma, standartları belirginleştirme ve performansı ölçme, çıktı kontrolüne önem verme, desantralizasyon, müşteri odaklılık, rekabete vurgu yapma, özel

sektör yönetimine başvurma, kaynak kullanımından disiplin sağlama gibi yani YKY anlayışının temel unsurlarının kısmen de olsa Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Türk sağlık sektöründe hayata geçirebilmeye çalışıldığı düşünülebilir (Avşar 2010: 44).

SDP, sağlık hizmet üretiminin arz ve talep yönlü artmasıyla sağlık harcamalarındaki artışı dengede tutacak ve sağlığa ayrılan kaynakların etkili kullanımını sağlayacak uygulamaları hayata geçirmiştir. GSS (Genel Sağlık Sigortası)'nin sağlık sigortası alanında standart ve norm birliği oluşturmasıyla geri ödemede kural belirleme gücü, SDP'nin önemli bir dinamosudur. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek, Aile Hekimliği sisteminin oluşturulması, akılcı ilaç kullanımı ve referans ilaç uygulaması, sağlık harcamalarının etkili bir şekilde gerçekleşmesi ve tasarruf sağlanması amacıyla tasarlanmıştır (Sülkü 2011: 6).

Sağlık hizmetleri, genel olarak hizmet kapsamlılığı bakımından koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri olarak üç şekilde sınıflandırılmaktadır (İnce 2013:13). Koruyucu sağlık hizmetleri; bireylerin hasta olmasını önleyici tedbirleri uygulamaya koyarak, hastalık tehdidi meydana gelmeden olası tehditlere karşı hastayı korumaktır (Kurtulmuş, 1998: 85). Bu sınıflandırmalar açısından bakıldığında Aile Hekimliği uygulaması koruyucu sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır. Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlik uygulamasını artıracak bir uygulamadır. Aile Hekimliği, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, hastalıklardan korunma ve birinci basamak sağlık hizmetlerini vermektedir (Ağdemir 2012: 33).

Aile hekimi kavramı, Türkiye'de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970'li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüştür. Ayrı bir uzmanlık olması fikri ise genel kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde ise dünyada 10 yıldır var olan aile hekimi uzmanlığının verilmesi Türkiye'de de zorunlu hale getirilmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne alınarak Türkiye'de aile hekimi bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (Söyleyici 2010: 51). Aile hekimliği uygulaması sürecine bakıldığında; 2003 yılında Türkiye çapında olan katılımlar sonucunda bir bilimsel kurul Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmış ve yaptığı çalışmalar sonucu bir yol haritası oluşturmuştur. Bu çalışmaya göre birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının artık başlaması gerektiğine karar verilmiştir (Dikici vd. 2007: 417). Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde aile hekimliği uygulaması dâhil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için hizmet sunumu reformları yapılmıştır. Aile hekimliği pilot uygulaması kanunu

2004 yılında TBMM’de kabul edilmiş böylece kişi başı ödemeye dayalı aile hekimliği pilot çalışmasının yapılması için gerekli yasal çerçeve oluşturulmuştur. Eylül 2005’te ilk olarak Düzce ilinde pilot çalışma ile başlatılmıştır ve Eylül 2010 tarihi itibarı ile Türkiye’deki 62 ilde uygulanmaya başlanmıştır (Eyler 2011: 45). 2014 yılı itibarıyla bütün illerde uygulanmaktadır.

Aile hekiminden beklenen, hastanın önceki bilgilerinden yararlanarak psikososyal, kültürel bütünlüğünü göz önünde bulundurmak, yakınmalarını kısa sürede azaltmak ya da gidermek ve hastanın rahatsızlığına ilişkin bir tanı koymaktır (Saatçi vd. 2006: 21). Aile hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir disiplin ve klinik uzmanlık dalı olmakla birlikte Aile hekimleri/genel pratisyenler, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlar olarak tanımlanmaktadır (Söyleyici, 2010: 49). Bu bakımdan aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinden arzu edilen ölçüde verimliliğin elde edilmesi ve sevk zinciri müessesesinin etkin bir şekilde işleyebilmesi ve sağlık kuruluşlarının kaliteli ve güvenilir hizmet üreten kurumlar haline gelmesi noktasında oldukça önemlidir (Çelikay ve Gümüş 2011: 82).

Aile hekimi; anne karnındaki fetüsten ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumlu kişidir. Aile hekimliği ile (Solak 2010: 31):

- Uygulanan ülkelerde kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanmış,
- Aile hekimi hizmet verdiği kişileri yaşadıkları ortamda görüp değerlendirdiği için bütüncül bir hizmet verebilme imkânına sahip olmuş,
- Aile hekimliği kayıtları sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için değerli bir veri kaynağı olmuş,
- Aile hekimliğinde oluşturulacak olan sevk zinciri sayesinde hastaların doğru uzmanlık dalına ve doğru sağlık merkezine gitmeleri sağlanarak ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunun daha ekonomik ve etkili olmasının sağlandığı belirtilmiştir.

Literatürde hizmet kalitesi kavramı genel olarak müşteri beklentileri ile bağlantılı olarak incelenmiştir. Genel kabul gören bu yaklaşıma göre hizmet kalitesi, işletme tarafından sunulan hizmetin müşteri beklentilerinin ne kadarını karşıladığı ile alakalıdır. Yani, sunulan hizmetin kalitesini ölçen kıstas, müşteri beklentilerinin ne kadarının karşılandığıdır (Alnaçık ve Özbek 2009: 125). Okumuş ve Duygun (2008: 19) hizmet kalitesi kavramını, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi şeklinde ifade etmişlerdir. Hizmet kalitesinin artırılmasının sağlanmasında en önemli aşama müşteri beklentilerinin ölçülmesidir. Müşteri beklentileri bilinmediği ve bu beklentilerin ne oranda karşılandığının ölçülmediği bir kurumda hizmet kalitesinin artırılması söz konusu olamayacaktır. Bilinmelidir ki müşterilerin kaliteye bakışları farklılık göstermektedir ve bir müşteri bir mal ya da hizmeti çok kaliteli algılayabilir (Eroğlu 2005: 8). Sağlık hizmetlerinde hastaların, gerek hizmetin sunumu sırasında, gerek hizmet sunumundan sonra hizmeti sunanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok zordur (Asubonteng vd. 1996: 63-64). Bundan dolayı sağlık hizmetlerinde teknik kalite, daha çok sağlık bakım personelinin bakış açısı içerisinde kalmaktadır (Bopp 1990: 6).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı düşünüldüğünde ise, sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet alanıdır. Birçok kamu hizmetiyle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin üzerinde daha hassas durulması gerekmekte ve olabildiğince yüksek kalitede üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır (Aslantekin vd. 2007: 57). Son yıllarda Türkiye’de özel hastanelerin sayısı giderek artmakta ve yoğun bir rekabet yaşanmaktadır. Bir yandan kamu hastaneleri aldıkları kalite belgeleri ile kaliteli sağlık hizmetleri verdiklerini ispat etmeye çalışırken, diğer yandan özel hastanelerin de bu konuda yoğunlaştıkları görülmektedir (Varinli ve Çakır 2004: 34).

Sağlık hizmetleri hasta boyutundan ele alındığında, satın alma karar sürecini etkileyen tüm değişkenlerin (ürünün niteliği, performansı, fiyatı, tanıtımı, konumlandırılması, verilen hizmetin kalitesi gibi) sağlık hizmetleri tercihinde de etkili olduğu ve hastayı sağlık hizmeti satın almaya yönlendirdiği söylenebilir. Sağlık kurumlarında, hastaların zihninde oluşan algıyı şekillendiren ve dolayısıyla müşteri memnuniyetini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Donabedian (1980; Aktaran: Akalın 2000) sağlık hizmetlerinde kaliteyi üç ana başlık altında ifade etmektedir. Bunlar; sağlık kuruluşlarının yapısı, sağlık kuruluşlarında

olagelen işlemler ve sağlık kuruluşlarında elde edilen sonuçlardır. Aslan vd, (2008: 39) tarafından yapılan bir araştırmada bir sağlık kurumunda müşteri memnuniyetine etki eden faktörlerden en önemlisinin algılanan kalite olduğu belirtilmiştir. Diğer ölçütler ise sırasıyla; fiyat, kolaylık, referans ve yakınlık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, algılanan hizmet kalitesinin; müşteri tatmini, algılanan imaj ve sadakat üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (İzci ve Saydan, 2013: 199). Devebakan (2006: 128) tarafından yapılan bir araştırmada ise hastaya karşı yaklaşımının hasta tercihlerini etkileyen en önemli unsur olduğu belirtilmiştir. Taşlıyan ve Gök (2009) ise, fiziksel koşulların, hastaların memnuniyet düzeylerinde daha etkili olduğunu ifade etmiştir (http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Images/images/files/5_0.pdf, 26 Temmuz 2013'te erişildi). Alman sağlık hizmetinden oluşan memnuniyet düzeyi, hastanın demografik özelliklerine göre, hastalığın özelliklerine göre, sağlık hizmetinin üretildiği kurum ve/veya kuruluşun fiziksel olanaklarına göre, sunulan destekleyici hizmetlere göre ve kurum veya kuruluştaki bürokrasiye göre değişiklik gösterebilmektedir (Özer ve Çakıl 2007: 140).

2. Araştırma Yöntemi

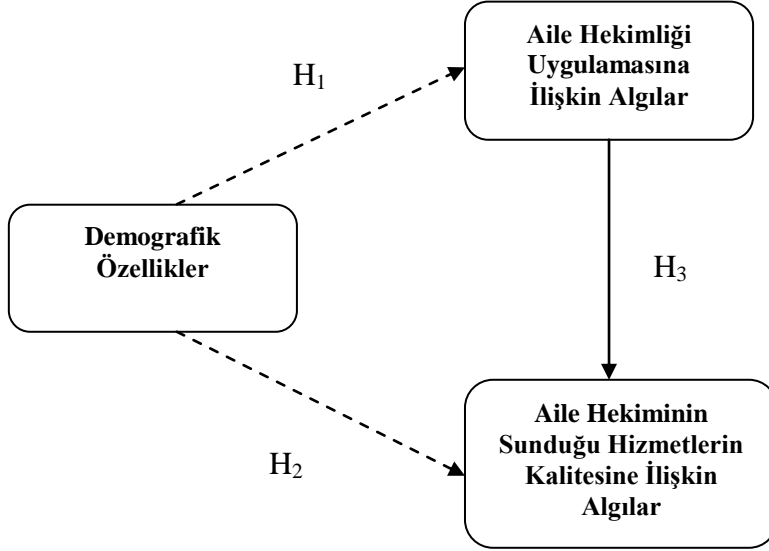
Bu araştırmanın amacı, aile hekimliği uygulamasının, hekimlerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir. Bu amaçla, araştırmada aile hekimlerinden sağlık hizmeti alan tüketicilerin (hastaların) aile hekimliği uygulamasına ve aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarına odaklanılmıştır. Bu bağlamda araştırma modeli Şekil 1'de gösterildiği gibidir.

Araştırma modeli kapsamında test edilecek temel hipotezler;

H₁: Aile hekimliği uygulamasına ilişkin algılar demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

H₂: Aile hekiminin sunduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algılar demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

H₃: Aile hekimliği uygulamasına ilişkin algılar, aile hekiminin sunduğu hizmetin kalitesini etkilemektedir.



Şekil 1. Araştırma Modeli

2.1. Evren ve Örneklem

Evren, araştırma sonuçlarının genellenmek istendiği birimler bütünüdür. Araştırma sonuçlarının genellenmek istendiği bütün elemanlara, bireylere ve objelere ulaşmak özellikle evrenin çok büyük olduğu, fazla miktarda zaman ve maliyet gerektirdiği durumlarda çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu durumda, veriler evren içerisinde seçilen ve örneklem olarak adlandırılan bir gruptan toplanmaktadır. Örneklem, belli bir evrenden o evreni temsil yeterliliği olduğu kabul edilen, belli kurallara göre seçilmiş küçük bir grubu ifade etmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 32).

Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre 2012 yılı itibariyle Düzce il ve ilçe merkezlerinde 201.434 kişi yaşamaktadır (TUIK, 2012). Altunışık ve diğ., (2007: 200) 201.434 evren için örneklem büyüklüğünün % 0.05 hata payı ile 384 olduğunu belirtmişlerdir. Kolayda örneklem yöntemiyle son altı ayda aile hekimine giden kişilere uygulanmıştır. Araştırma verilerini toplamak amacıyla araştırmanın yapısına uygun olarak nicel araştırma yöntemlerinden birisi olan anket tekniği kullanılmıştır.

2.2. Veri Toplama ve Analiz Aracı

Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Aile Hekimliği Sisteminin hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisini belirlemek amacıyla hastaların aile hekimlerinden almış oldukları hizmetlerden memnuniyet düzeylerini belirlemek için konu ile ilgili literatür taraması yapılmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda Bakırcan (2012) tarafından yapılan çalışmadan yararlanılmasına karar verilmiştir. Araştırma anketi üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili soruları içermektedir. İkinci bölüm, katılımcıların Aile hekimliği uygulamasına yönelik algılarını tespit etmeye yönelik soruları içermektedir. Ölçeğin üçüncü bölümünde ise doktorların vermiş olduğu hizmetlerin kalitesini ortaya koymaya yönelik ifadeler yer almaktadır.

Anketlerin toplanması ile elde edilen veriler SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anket formunun genel güvenilirlik testi sonucunda Cronbach Alpha değerinin 0.918 olduğu tespit edilmiştir. Test sonucunda verilerin genel Cronbach Alpha'sı Nunnally'nin (1979) belirttiği 0.70 düzeyinin üzerinde gerçekleşmiştir. Yani verilerin güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğu anlaşılmaktadır.

3. Bulgular

3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler		Frekans	Yüzde %
Cinsiyet	Bayan	176	39,1
	Bay	274	60,9
	Toplam	450	100
Yaş	17-29	79	17,6
	30-40	282	62,7
	41-54	79	17,6
	55 ve üstü	10	2,2
	Toplam	450	100,0
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	7	1,6
	İlkokul	152	33,8
	Ortaokul	55	12,2
	Lise	114	25,3
	Üniversite	116	25,8
	Lisansüstü	6	1,3
	Toplam	450	100,0

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (Devamı)

Değişkenler		Frekans	Yüzde %
Aile Hekimine Gidiş Sıklığı	Haftada bir	21	4,7
	Ayda bir	149	33,1
	Altı ayda bir	154	34,2
	Yılda bir	126	28,0
	Toplam	450	100,0
Meslek	Kamu	104	23,1
	Özel Sektör	108	24,0
	Serbest meslek	238	52,9
	Toplam	450	100,0
Gelir düzeyi	803 TL ve altı	209	46,4
	804 TL - 1600 TL	130	28,9
	1601 TL - 2400 TL	74	16,4
	2401 TL ve üstü	37	8,2
	Toplam	450	100,0
Rahatsızlık durumunda ilk tercih	Özel hastane	46	10,2
	Devlet hastanesi	207	46,0
	Araştırma Hastanesi	56	12,4
	Aile hekimi	141	31,3
	Toplam	450	100,0

3.2. Katılımcıların Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Algıları

Katılımcıların aile hekimliği uygulamasına yönelik algılarını ifade eden 7 ifadeye faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan faktör analizi kapsamında Bartlett testi sonucu 1390,226 ve sig. değeri 0,000 ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem değeri 0.859 olarak çıkmıştır. Sig.= 0,000 < 0,05 olduğundan Bartlett testi sonucu anlamlıdır. Dolayısıyla değişkenler arasında yüksek korelasyon mevcuttur. KMO testinden elde edilen değere bakıldığında değer, 1'e yaklaştıkça mükemmel kabul edilirken 0,50'nin altına indiğinde ise kabul edilmemektedir (Kalaycı, 2008: 117). Analizde KMO değerinin 0.859 çıkması, araştırmadaki örneklem büyüklüğünün yeterliliğini göstermektedir. Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörler, faktörlere ait ortalama, özdeğer, açıklanan varyans ve faktörü oluşturan ifadelerin faktör yükleri Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Algılarını İfade Eden Faktör Analizi Sonuçları

Katılımcıların Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Algıları	Faktör Yüğü	Ortalama	Öz Değer	Açıklanan Varyans
<i>Aile Hekimliği Uygulamasının Pozitif Etkisi</i>		3,63	5,015	56,252
Aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığına olumlu yansıyacağını düşünüyorum.	0,841			
Aile hekimliği uygulaması ile kendimin ve yakınlarımla sağlığımın kontrol altında olduğunu hissediyorum.	0,804			
Aile hekimliğinde herkesin sağlık sisteminden daha kolay ve çabuk faydalanma imkânına kavuştuğunu düşünüyorum.	0,796			
Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek bir uygulamadır.	0,684			
Aile hekimliği uygulamasının önceki sağlık sisteminden daha iyi olduğunu düşünüyorum.	0,664			
	<i>Faktör Yüğü</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Öz Değer</i>	<i>Açıklanan Varyans</i>
<i>Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi</i>		3,41	1,181	13,253
Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerindeki yoğunlaşmanın azaldığını düşünüyorum.	0,926			
Aile hekimliği uygulaması ile hastane polikliniklerinde hastalara daha fazla zaman ayrılabilmesini düşünüyorum.	0,742			

Birinci faktör, aile hekiminden sağlık hizmeti alan hastanın “*Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisi*” faktörü olarak isimlendirilmiştir. *Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisi* faktörünün öz değeri 5,015 dir ve toplam varyansın 56,252 sini açıklamaktadır. Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisine ilişkin verilen cevapların ortalamaları 3,63 çıkmıştır. Bir başka deyişle, AHU nın katılımcıları pozitif etkilediği görülmüştür.

İkinci faktör, “*Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi*” olarak ifade edilmiştir. *Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi* faktörünün öz değeri 1,181dir ve toplam varyansın 13,253’ünü açıklamaktadır. Katılımcıların Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisine ilişkin verdiği cevapların ortalamaları 3,41 çıkmıştır. Bir başka deyişle, AHU nın hastane polikliniklerinin yoğunluğunu azalttığı görülmüştür.

3.3. Katılımcıların Aile Hekiminin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algıları

Tablo 3. Katılımcıların Aile Hekiminden Almış Oldukları Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algılarının Faktör Analizi Sonuçları

Katılımcıların Aile Hekiminden Almış Oldukları Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algıları	Faktör Yüğü	Ortalama	Öz Değer	Açıklanan Varyans
<i>Aile Hekiminden Memnuniyet</i>		3.78	6,307	35,439
Aile hekimimin tutum ve davranışlarından memnunum.	0,808			
Aile hekimime rahatsızlığım hakkında sorduğum sorulara tatminkâr yanıtlar alabiliyorum.	0,795			
Aile hekimine rahatsızlığım hakkında istediğim soruları yöneltebiliyorum.	0,792			
Aile hekimim genelde doğru yönlendirmeler yapmaktadır.	0,737			
Aile hekimim hastalarına yeteri kadar zaman ayırmaktadır.	0,682			
Aile hekimime istediğim zaman kolayca ulaşabiliyorum.	0,661			
Aile hekimliği sisteminden sonra doktorumla daha kolay diyalog kurabilmekteyim.	0,586			
	Faktör Yüğü	Ortalama	Öz Değer	Açıklanan Varyans
<i>Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi</i>		3.06	2,458	13,812
Aile hekiminin bakmış olduğu her hastadan ek ücret alıyor olması hizmet kalitesini olumlu etkilemektedir.	0,717			
Aile hekimim hastalarına kaybetmemesi gereken bir müşteri gibi bakmaktadır.	0,705			
Aile hekimliği sisteminden önce doktorlardan korkardım.	0,629			
Aile hekimim istediğim her ilacı benim için yazmaktadır.	0,535			
Aile hekimliği sistemi doktorların kaba davranmalarının önüne geçmiştir oldu.	0,530			
Tüm sağlık sorunlarımla ilgili öncelikle aile hekimimle görüşüyorum.	0,428			

KMO: p:

Katılımcıların hekimlerinin vermiş oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarını ifade eden önermelere yapılan faktör analizi kapsamında ortaya çıkan Bartlett testi değeri **2059.974**, sig. değeri **0.000** ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem değeri **0,875** olarak çıkmıştır. Sig.= 0,000 < 0,05 olduğundan Bartlett testi sonucu anlamlıdır. Analizde KMO değerinin **0.875** çıkması, araştırmadaki örneklem büyüklüğünün yeterliliğini göstermektedir. Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörler, faktörlere ait ortalama, özdeğer, açıklanan varyans ve faktörü oluşturan ifadelerin faktör yükleri dönüştürülmüş bileşenler matrisi olarak Tablo 3'te gösterilmektedir.

Faktör analizi sonucunda katılımcıların aile hekiminden almış oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları iki faktör altında toplanmıştır.

Birinci faktör, "**Aile hekiminden memnuniyet**" faktörü olarak isimlendirilmiştir. Aile hekiminden memnuniyet faktörünün öz değeri 6,307'dir ve toplam varyansın 35,439 unu açıklamaktadır. Katılımcıların aile hekiminden memnuniyetlerine ilişkin verdiği cevapların ortalamaları 3,78 çıkmıştır. Bir başka deyişle, katılımcılar aile hekimlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

İkinci faktör, "**Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi**" faktörü olarak isimlendirilmiştir. Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi faktörünün öz değeri 2,458 dir ve toplam varyansın 13,812 sini açıklamaktadır. Bir başka deyişle AHU, sunulan hizmet kalitesini olumlu etkilemiştir.

3.4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Algı Farklılıklarının Analizi

Yapılan farklılık analizleri sonucunda sig. değerinin 0.05'ten büyük olması katılımcıların aynı değerlendirmeyi yaptıklarını yani katılımcıların konuya ilişkin düşünceleri arasında fark olmadığını, sig. değerinin 0.05'ten küçük olması katılımcıların konuya ilişkin düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir.

Cinsiyet ve yaş grupları ile ilgili yapılan farklılık analizleri sonucu katılımcıların cinsiyet ve yaşlarına göre faktörleri değerlendirmelerinde bir farklılığa rastlanmamıştır.

Katılımcıların öğrenim durumu, aile hekimine gidiş sıklığı, meslek, gelir düzeyi ve rahatsızlık durumunda ilk tercihlerini ifade eden değişken

gruplarının ikiden fazla olması nedeniyle değişkenlere kruskal-wallis testleri yapılmıştır.

Tablo 4: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Algı Farklılıklarının Analizi

Cinsiyet	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisi</i>	21620,500	0,063
<i>Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi</i>	22698,000	0,288
Yaş	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisi</i>	3,813	0,282
<i>Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi</i>	5,327	0,149
Öğrenim durumu	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisi</i>	36,919	0,000
<i>Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi</i>	9,817	0,081
Aile Hekimine Gidiş Sıklığı	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisi</i>	24,965	0,000
<i>Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi</i>	9,737	0,021
Meslek	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisi</i>	22,986	0,000
<i>Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi</i>	5,088	0,079
Gelir Düzeyi	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisi</i>	22,293	0,000
<i>Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi</i>	7,956	0,047
Rahatsızlık Durumunda İlk Tercih	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile hekimliği uygulamasının Pozitif Etkisi</i>	8,526	0,036
<i>Aile hekimliği uygulamasının Hastane Polikliniklerine Etkisi</i>	9,839	0,020

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre aile hekimliği uygulamasına yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi öğrenim durumlarına göre farklılık göstermezken; Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi farklılık göstermektedir.

Eğitim durumlarına göre; lisansüstü düzeyden mezun olanların katılım düzeyi ortalaması 2,1 iken; okuryazar olmayanların katılım düzeyi ortalaması 4,4 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklıklarına göre aile hekimliği uygulamasına yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi ve Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi faktörleri, aile hekimine gidiş sıklığına göre farklılık göstermektedir. Katılımcıların Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi faktörünün aile hekimliğine gidiş sıklığına göre; aile hekimine yılda bir gidenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,3 iken; ayda bir gidenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,9 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi faktörünün aile hekimliğine gidiş sıklığına göre; aile hekimine yılda bir gidenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,2 iken; haftada bir gidenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,8 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların mesleklerine göre aile hekimliği uygulamasına yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi ve Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi faktörleri, katılımcıların mesleklerine göre farklılık göstermektedir. Katılımcıların Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi faktörünün mesleklerine göre; kamu sektöründe çalışanların katılım düzeyi ortalaması 2,3 iken; serbest meslekte çalışanların katılım düzeyi ortalaması 3,7 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi faktörünün mesleklerine göre; kamu sektöründe çalışanların katılım düzeyi ortalaması 2,2 iken; serbest meslekte çalışanların katılım düzeyi ortalaması 3,5 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre aile hekimliği uygulamasına yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi ve Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi faktörleri, gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir. Katılımcıların Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi faktörünün gelir düzeylerine göre; 1601 TL - 2400 TL arasında gelire sahip olanların katılım düzeyi ortalaması 3,2 ile iken; 804 TL - 1600 TL arasında gelire sahip olanların katılım düzeyi ortalaması 3,7 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi faktörünün gelir düzeylerine göre; 1601 TL - 2400 TL arasında gelire sahip olanların katılım düzeyi

ortalaması 3,1 ile iken; 804 TL - 1600 TL arasında gelire sahip olanların katılım düzeyi ortalaması 3,5 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların rahatsızlık durumunda ilk tercihlerine göre aile hekimliği sistemine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi ve Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi faktörleri rahatsızlık durumunda ilk tercih yerine göre farklılık göstermektedir. Katılımcıların Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi faktörünün rahatsızlık durumunda ilk tercihlerine göre; özel hastaneyi tercih edenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,4 iken; aile hekimini tercih edenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,9 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi faktörünün rahatsızlık durumunda ilk tercihlerine göre; özel hastaneyi tercih edenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,0 iken; aile hekimini tercih edenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,5 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre aile hekimliği uygulamasına ilişkin algı farklılıklarının analizi sonucunda H1 hipotezi kabul edilmiştir.

3.5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algı Farklılıklarının Analizi

Aşağıdaki tabloda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarının analizi verilmiştir.

Cinsiyet ve yaş ifade den değişkenler iki gruptan oluştuğu için verilere Mann whitney u testi yapılmıştır.

Katılımcıların cinsiyetleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan Mann whitney u testi sonuçlarına göre; aile hekiminden memnuniyet ve hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Katılımcıların aile hekiminden memnuniyet faktörünün cinsiyetlerine göre; erkeklerin katılım düzeyi ortalaması 2,2 iken; kadınların katılım düzeyi ortalaması 3,8 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörünün

cinsiyetlerine göre; erkeklerin katılım düzeyi ortalaması 2,3 iken; kadınların katılım düzeyi ortalaması 3,9 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların yaşları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; katılımcıların yaşları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algılarını ifade eden faktörlerden olan aile hekiminden memnuniyet faktörü yaşa göre farklılık göstermezken; hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörü yaşa göre farklılık göstermektedir. Katılımcıların hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörünün cinsiyetlerine göre; 55 ve üstü olanların katılım düzeyi ortalaması 3,3 iken; 17-29 yaş aralığında olanların katılım düzeyi ortalaması 3,6 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların öğrenim durumu, aile hekimine gidiş sıklığı, meslek, gelir düzeyi ve rahatsızlık durumunda ilk tercihlerini ifade eden değişken gruplarının ikiden fazla olması nedeniyle değişkenlere kruskal-wallis testleri yapılmıştır.

Katılımcıların öğrenim durumları ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; katılımcıların öğrenim durumlarına göre aile hekiminden memnuniyet ve hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Katılımcıların aile hekiminden memnuniyet faktörünün öğrenim durumlarına göre; lisansüstü düzeyden mezun olanların katılım düzeyi ortalaması 2,0 iken; ortaokul mezunlarının katılım düzeyi ortalaması 3,6 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörünün öğrenim durumlarına göre; lisansüstü düzeyden mezun olanların katılım düzeyi ortalaması 2,7 iken; okuryazar olmayanların katılım düzeyi ortalaması 3,5 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların aile hekimine gidiş sıklığı ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; katılımcıların aile hekimine gidiş sıklığı faktörüne göre aile hekiminden memnuniyet ve hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Katılımcıların aile hekiminden memnuniyet faktörünün aile hekimine gidiş sıklığına göre; aile hekimine yılda bir gidenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,2 iken; haftada bir gidenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,8

olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörünün aile hekimine gidiş sıklığına göre; aile hekimine yılda bir gidenlerin katılım düzeyi ortalaması 2,8 iken; haftada bir gidenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,6 olarak belirlenmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Aile Hekimlerinin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine İlişkin Algı Farklılıklarının Analizi

Cinsiyet	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile Hekiminden Memnuniyet</i>	19484,500	0,001
<i>Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi</i>	20923,500	0,018
Yaş	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile Hekiminden Memnuniyet</i>	7,252	0,064
<i>Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi</i>	16,132	0,001
Öğrenim durumu	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile Hekiminden Memnuniyet</i>	41,201	0,000
<i>Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi</i>	32,546	0,000
Aile Hekimine Gidiş Sıklığı	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile Hekiminden Memnuniyet</i>	30,108	0,000
<i>Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi</i>	25,675	0,000
Meslek	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile Hekiminden Memnuniyet</i>	29,198	0,000
<i>Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi</i>	20,862	0,000
Gelir Düzeyi	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile Hekiminden Memnuniyet</i>	14,477	0,002
<i>Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi</i>	12,258	0,007
Rahatsızlık Durumunda İlk Tercih	Kruskal-Wallis	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>Aile Hekiminden Memnuniyet</i>	43,133	0,000
<i>Hastalar Açısından Aile hekimliği uygulamasının Dönüştürücü Etkisi</i>	1,812	0,612

Katılımcıların meslekleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; katılımcıların meslek faktörüne göre aile hekiminden memnuniyet ve hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Katılımcıların aile hekiminden memnuniyet faktörünün mesleklerine göre; kamu sektöründe çalışanların katılım düzeyi ortalaması 2,2 iken; serbest meslekte çalışanların katılım düzeyi ortalaması 3,5 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörünün mesleklerine göre; kamu sektöründe çalışanların katılım düzeyi ortalaması 2,5 iken; serbest meslekte çalışanların katılım düzeyi ortalaması 3,1 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların gelir düzeyleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; katılımcıların gelir düzeyi faktörüne göre aile hekiminden memnuniyet ve hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Katılımcıların aile hekiminden memnuniyet faktörünün gelir düzeylerine göre; 1601 TL - 2400 TL arasında gelire sahip olanların katılım düzeyi ortalaması 3,1 iken; 804 TL - 1600 TL arasında gelire sahip olanların katılım düzeyi ortalaması 3,5 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörünün gelir düzeylerine göre; 1601 TL - 2400 TL arasında gelire sahip olanların katılım düzeyi ortalaması 2,8 iken; 804 TL - 1600 TL arasında gelire sahip olanların katılım düzeyi ortalaması 3,1 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların rahatsızlık durumunda ilk tercihleri ile aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan kruskal-wallis testi sonuçlarına göre; katılımcıların rahatsızlık durumunda ilk tercih faktörüne göre aile hekiminden memnuniyet ve hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Katılımcıların aile hekiminden memnuniyet faktörünün rahatsızlık durumlarında ilk tercihlerine göre; özel hastaneyi tercih edenlerin katılım düzeyi ortalaması 3, iken; aile hekimini tercih edenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,5 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörünün rahatsızlık durumlarında ilk tercihlerine göre; özel hastaneyi tercih edenlerin katılım düzeyi ortalaması 2,9 iken; aile hekimini tercih edenlerin katılım düzeyi ortalaması 3,1 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algı farklılıklarının analizi sonucunda H2 hipotezi kabul edilmiştir.

4. Katılımcıların Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Algılarının Almış Oldukları Hizmetlerin Kalitesine Etkisinin Analizi

Regresyon analizi, ele alınan bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini ve yönünü belirlemeye yönelik bir analizi ifade etmektedir (İslamoğlu, 2011:261). Araştırmada, katılımcıların aile hekimliği uygulamasına ilişkin algılarının, katılımcıların aile hekiminden almış oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Algılarının Almış Oldukları Hizmetlerin Kalitesine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

	β	t	p	R ²	F	p
Regresyon katsayısı	1,507	12,685	,000	,472	201,467	0,000
<i>Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi</i>	,578	15,318	,000			
<i>Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi</i>	,052	1,590	,112			
Bağımlı değişken: Aile hekiminden memnuniyet						
	β	t	p	R ²	F	p
Regresyon katsayısı	1,227	8,844	,000	,291	93,056	0,000
<i>Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi</i>	,358	8,118	,000			
<i>Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi</i>	,158	4,163	,000			
Bağımlı değişken: Hastalar açısından Aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi						

Katılımcıların aile hekimliği uygulamasına ilişkin algılarının, katılımcıların aile hekiminden almış oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde ANOVA tablosunda yer alan p değerlerinin 0,000 olduğu ve $p < 0,01$ olduğundan oluşturulan modelin anlamlı olduğu görülmüştür. Regresyon modelinin genel anlamlılığının sınındığı F değerleri ve p değerleri incelendiğinde ise yapılan çoklu regresyon analizinin istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmüştür. R^2 değerleri ise bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama derecesini göstermektedir. Aile hekiminden memnuniyet faktörünün modeli 0,472 oranında açıkladığı ve "hastalar açısından aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi" faktörünün modeli 0,291 oranında açıkladığı görülmektedir.

Beta katsayısı açısından incelendiğinde "aile hekimliğinden memnuniyet" faktörünün aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisinden 0,578 oranında etkilendiği ve aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisinden 0,052 oranında etkilendiği söylenebilir. Hastalar açısından "aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi" faktörünün *aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi* değişkeninden 0,358 oranında etkilerken, *aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi* değişkeninden 0,158 oranında etkilendiği söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Aile hekimliği uygulamasının hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesini amaçlayan bu araştırma, aile hekimliği uygulamasında pilot il olarak seçilen Düzce ilinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın veri toplama süreci sonunda Düzce ilini temsil edecek yeterli örneklem sayısına ulaşılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak verilere faktör, regresyon, Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U testleri uygulanmıştır.

Hastaların aile hekimliği uygulamasına ve aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ile ilgili ölçekler faktör analizine tabi tutulmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda, katılımcıların aile hekimliği uygulamasına yönelik algıları iki faktör altında toplanmıştır. Bu faktörler, "aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi" ve "aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi" olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların aile hekimlerinin vermiş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları ise "aile hekiminden memnuniyet" ve

“hastalar açısından aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi” olarak iki faktör altında toplanmıştır.

Katılımcıların demografik özellikleri ile aile hekimliği uygulamasına ilişkin algıları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analizlerde katılımcıların cinsiyet ve yaş'a göre aile hekimliği uygulamasına yönelik algıları farklılık göstermezken; öğrenim durumu, aile hekimine gidiş sıklığı, meslekleri, gelir düzeyleri ve herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşıldığında ilk tercih edilen sağlık kuruluşu değişkenlerinde aile hekimliği uygulamasına yönelik algılarında farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri ile aile hekiminin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan farklılık analizleri sonucunda; katılımcıların cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, aile hekimine gidiş sıklığı, meslekleri, gelir düzeyleri ve herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşıldığında ilk tercih edilen sağlık kuruluşu değişkenlerine göre aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları arasında farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmanın temel amacını teşkil eden katılımcıların aile hekimliği uygulamasına yönelik algılarını ifade eden faktörlerin, katılımcıların aile hekiminden almış oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarını etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla, katılımcıların aile hekimliği uygulamasına yönelik algıları ile katılımcıların aile hekiminden almış oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algıları arasında regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizinde katılımcıların aile hekimliği uygulamasına ilişkin algılarını ifade eden faktörlerden olan Aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi faktörünün, hizmetlerin kalitesine ilişkin aile hekiminden memnuniyet faktörü üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Aynı şekilde, katılımcıların aile hekimliği uygulamasına ilişkin algılarını ifade eden faktörlerden olan aile hekimliği uygulamasının pozitif etkisi ve Aile hekimliği uygulamasının hastane polikliniklerine etkisi faktörlerinin, katılımcıların aile hekiminden almış oldukları hizmetlerin kalitesine ilişkin algılarını etkileyen faktörlerden olan hastalar açısından aile hekimliği uygulamasının dönüştürücü etkisi faktörü üzerinde pozitif bir etkiye sahip oldukları tespit edilmiştir.

Konuya ilişkin daha önce yapılan bir araştırmaya göre Ağdemir (2012)'de aile hekimliği uygulamasında hastaların genel memnuniyet oranlarının % 85 çıktığı görülmüştür. Karadağ (2007) tarafından yapılan başka bir

araştırmada ise, aile hekimi uygulamasında hekimlerinin davranışlarının ve vermiş oldukları hizmetlerin, hasta memnuniyetini olumlu etkilediği ve aile hekimini değiştirmek istemeyen ve başkalarına tavsiye eden hastaların memnuniyetlerinin daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Söyleyici (2010)'a göre ise; aile hekiminin ikili ilişkisi ve sergilemiş olduğu davranış, aile hekimliği uygulamasının hastaların memnuniyet düzeyine olumlu etki ettiğini ortaya koymuştur.

Hem yapılan çalışma sonuçlarından hem de literatürdeki sonuçlara bakarak aile hekimliği uygulamasının hastaların almış oldukları hizmetleri olumlu algılamaları noktasında fayda sağladığı söylenebilir. Bu araştırma ayrıca, araştırmaya katılanlardan aile hekimliği uygulamasını olumlu algılayanların, almış oldukları hizmetleri daha kaliteli algıladıklarını da ortaya koymuştur. Dolayısıyla hastaların aile hekimi uygulaması ile ilgili algıları olumlu olarak değiştirilebildiğinde hizmet kalitesi algıları ve memnuniyet düzeyleri de yükseltilmiş olacaktır.

Bu araştırma, hasta bakış açısıyla aile hekimliği uygulamasının doktorların sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisini ölçmüştür. Yani bu araştırma, tüketicilerin algılarına odaklanılarak yapılmıştır. Gelecekte ise sağlık hizmeti sunucularının, aile hekimliği uygulamasına yönelik algılarının ve tutumlarının ölçülmesi araştırmaya farklı bir boyut kazandıracaktır.

Kaynaklar

- Ağdemir, Hasan (2012). *Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alnıaçık, Ümit ve Özbek, Volkan (2009). "Otobüs işletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Kadirga Gürkan Turizm Örneği". *International Journal of Economic and Administrative Studies* 2 (1): 125-138.
- Altunışık, Remzi vd. (2007). *Araştırma Yöntemleri*. 4. Baskı. Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Aslan, Şebnem vd. (2008). "Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri Memnuniyeti ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması". *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE)*. Sayı. 20.

- Aslantekin, Filiz vd. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği". *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2 (6): 55-71.
- Asubonteng, Patrick vd. (1996). "SERVQUAL Reviseted: a Critical Review of Service Quality", *Journal of Service Marketing*, 10(6), 767-786.
- Avşar, Nazan (2010). *Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydın, B. (2004). Sağlıkta Değişim, *SB Diyalog Dergisi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, 1(7): 4-6.
- Bakırcan, Nursel (2012). *Gebelerin Aile Hekimliği Siteminden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Başak, Okay (2007). "Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak, Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak". *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 11(3): 135-139.
- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). (2004). Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2003, Ankara, 40.
- Bopp, K.D (1990). "How Patients Evaluate the Quality of Ambulatory Medical Encounters: A Marketing Perspective". *Journal of Health Care Marketing*. 10(1), 15-16.
- Çelikay, Ferdi ve Gümüş, Erdal (2011). "Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 66 (3): 55-92.
- Demir, Yurdanur ve Eşer, İsmet (2005). "Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetlerine İlişkin Bir Ölçek Çalışması", *Hastane Yönetimi Dergisi*, 1: 31-42.
- Devebakan, Nevzat (2006). "Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite". *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8(1): 120-149.
- Dikici, Mustafa Fevzi vd. (2007). "Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi". *Tıbbi Eğitim Dergisi* 27: 412-418.
- Donabedian, Ann Arbor (2000). *Definition of Quality and Approaches to Its Assessment: Exploration in Quality Assessment and Monitoring*". USA: Health Administration Press.
- Eroğlu, Ergün (2005). "Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli". *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*. 34 (1): 7-25.

- Eyler, Nurullah (2011). *Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Fişek, Nusret (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Çağ Matbaası.
- İnce, Tuğrul (2012). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- İzci, Ferit ve Saydan, Reha (2013). “Algılanan Hizmet Kalitesi Kurumsal İmaj ve Sadakat İlişkisi (Van Bölge Hastanesi Uygulaması)”, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(1): 199-219.
- Kalaycı, Şeref (2008). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayıncılık.
- Karadağ, Zennure (2007). *Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kavuncubaşı, Şahin (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kurtulmuş, Sevgi (1998), *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Nunnally, Jum C (1979). *This Week’s Citation Classic: Nunnally J C. Psychometric theory*. New York: McGraw Hill, 1967, Department of Psychology Vanderbilt University. Nashville, TN 37240.
- Okumuş, Abdullah ve Duygun, Adnan (2008). Eğitim Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Algılanan Hizmet Kalitesi İle Öğrenci Memnuniyeti Arasındaki İlişki. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 8 (2): 17–38.
- Okumuş, Hülya vd. (1993). Bir Kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. *Uluslar Arası Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu*: 177-183.
- Özer, Ali ve Çakıl, Enver (2007). “Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktör Hasta Memnuniyeti”, *Tıp Araştırmaları Dergisi* 3: 140-143.
- Saatçi, Esra vd. (2006). “Adana’dan Bir Aile Hekimliği Örneği”. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 10 (1): 20-24.
- Sağlık Bakanlığı (2007), 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzı Sıhha Merkezi, Hıfzı Sıhha Mektebi, Ankara.

- Saylan, Eren Semra (2013). Hasta Haklarının Hukuki Boyutu. Askeri Yüksek İdare Mahkemesi (Ayım). Sayı: 20, (http://www.msb.gov.tr/ayim/Ayim_makale_detay.asp?IDNO=68, 8 Haziran 2013'te erişildi).
- Solak, Fulya (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Söyleyici, Tansu (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sülkü, Seher Nur (2011). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 414.
- T.C. Sağlık Bakanlığı; Sağlıkta Dönüşüm, (2003). T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü: Ankara.
- Taşlıyan, Mustafa ve Gök, Sibel (2009). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. (http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/5_0.pdf, 26 Temmuz 2013'te erişildi).
- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (2009). file:///C:/Users/pc/Downloads/SDP_Tahud_Gorusleri.Pdf, 2 Nisan 2014'te erişildi.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015). Türkiye'de Aile Hekimliği. (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>, 6 Mart 2015 'te erişildi).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2012). Nüfus İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, 10 Eylül 2014'te erişildi).
- Varinli, İnci ve Çakır, Aysel (2004). "Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki-Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma". *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 17 (2): 33-52.
- Yazıcıoğlu, Yahşi ve Erdoğan, Samiye (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yıldırım, Savaş (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi (Uzmanlık Tezi), Devlet Planlama Teşkilatı Y.no.2350, Ankara.

Zerenler, Muammer ve Ögüt, Adem (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 18: 501-519.