

# Sanal Aile Sağlığı Merkezi Kurma Deneyimi: Nitel Bir Araştırma

## *The Experience of Establishing a Family Health Center without Population and Service Building: A Qualitative Study*

Bahadır Yazıcıoğlu<sup>1</sup>, Tümay Kırışoğlu<sup>2</sup>, Hatice Öz<sup>3</sup>, Muhammet Ali Oruç<sup>4</sup>

**Atf/Cite as:** Yazıcıoğlu B, Kırışoğlu T, Öz H, Oruç MA. Sanal aile sağlığı merkezi kurma deneyimi: Nitel bir araştırma. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):109-117.

### ÖZ

**Amaç:** Temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarının yerleşim yerlerinin seçiminde erişilebilirlik konusu daha çok önem arz etmektedir. Bu çalışmada, sıfır nüfuslu ve halihazırda hizmet binası olmayan aile sağlığı merkezlerinin kurulum sürecinde aile hekimlerinin yaşadıkları ve tecrübeleri hakkında bilgi edinebilmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma fenomenolojik yaklaşımla kurgulanmış nitel (kalitatif) bir araştırmadır. Samsun ilinde 6 aylık sürede sıfır nüfus ile ve hazırda binası olmayan 5 aile sağlığı merkezinde toplam 16 aile hekimliği birimine yerleşen 12 aile hekimi ile yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır.

**Bulgular:** Görüşülen kişiler sanal aile sağlığı merkezi kurmak için verilen yaklaşık 1 aylık sürenin çok kısa olduğunu düşünmektedir. Aile hekimleri hizmet verilmesi istenen bölgede bulunan her binanın aile sağlığı merkezi olmaya uygun olmadığını belirtmişlerdir. Maddi harcamaların aile hekimlerini en çok zorlayan konuların başında geldiği görülmüştür. Görüşülen kişiler motive edici en önemli faktör olarak yeni bir başlangıç yapmanın verdiği heyecanı belirtmişlerdir. Yeni bir fiziki bina, yeni bir çalışma ortamı ve yeni insanlar tanımak motive edici diğer faktörler olarak belirtilmiştir.

**Sonuç:** Birinci basamak hizmetlere erişimi kolaylaştırması açısından Sanal Aile Sağlığı Merkezi (ASM) kurulumları önemlidir. Aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde hem bina yapımı masrafı hem de hizmet için gerekli olan sarf malzemelerin tamamının aile hekimince sağlanması gerekliliği aile hekimlerini maddi açıdan zorlamaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Aile hekimliği, sağlık tesisi planlaması, birinci basamak hekimleri, sağlık hizmeti ekonomisi ve organizasyonlar

### ABSTRACT

**Objective:** The issue of accessibility is more important in the selection of the location of health institutions where primary health care services are provided. In this study, it was aimed to obtain information about the experiences and experiences of family physicians during the establishment process of family health centers with zero population and no service building.

**Methods:** The study is a qualitative research designed with a phenomenological approach. Data were collected through face-to-face interviews with 12 family physicians who settled in a total of 16 family medicine units in 5 family health centers with zero population and without a building within a 6-month period in Samsun province.

**Results:** Family physicians thought that the 1-month period given to establish a family health center was too short. Family physicians stated that not every building in the desired region was suitable for a family health center. Financial expenditures were found to be one of the most challenging issues for family physicians. The interviewees mentioned the excitement of making a new start as the most important motivating factor. Other motivating factors included a new physical building, a new working environment, and getting to know new people.

**Conclusion:** In terms of facilitating access to primary care services, it is important to establish FHCs without a population and service building. In the process of establishing a family health center, both the cost of building construction and the necessity of providing all the consumables required for the service by the family physician cause financial difficulties for family physicians.

**Keywords:** Family practice, Health Facility Planning, Primary Care Physicians, Healthcare Economics and Organizations

**Received/Geliş:** 28.08.2023

**Accepted/Kabul:** 15.11.2023

**Publication date:** 30.12.2023

**Corresponding Author:**

**B. Yazıcıoğlu**

**ORCID:** 0000-0003-4397-2769

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,  
Samsun, Türkiye

✉ bahadiryazicioglu@gmail.com

**T. Kırışoğlu**

**ORCID:** 0009-0000-3507-1827

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü,  
Samsun, Türkiye

**H. Öz**

**ORCID:** 0000-0002-3256-3946

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü,  
Samsun, Türkiye

**M. A. Oruç**

**ORCID:** 0000-0002-4320-8579

Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Samsun, Türkiye

## GİRİŞ

Aile Hekimliği Uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce’de pilot uygulama olarak başlatılmış, 2010 yılı itibariyle ülke çapında uygulamaya geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile kişi bazlı planlanan birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından verilmektedir.<sup>[1]</sup> Türkiye’de temel sağlık hizmeti Aile Sağlığı merkezlerinde sunulmaktadır. Aile Sağlığı merkezleri nüfus yoğunluğuna göre tekli hekim veya çoklu hekim tarafından hizmet verilen merkezler olabilmektedir.<sup>[2]</sup>

Literatürde aşırı branşlaşma aileye ve bireye yönelik bütüncül yaklaşımı olumsuz etkilediği gösterilmiştir.<sup>[3]</sup> Branş uzmanı sayısı artışının sağlık göstergelerini olumsuz etkilediği, aksine güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetleri ve birinci basamak hekim sayısı artışı ile önlenebilir durumlara ait mortalitenin düşürüldüğü gösterilmiştir. Bu nedenle birinci basamak hekim sayısının artırılması ve hekim başına düşen nüfus sayısının düşürülmesi önerilmektedir.<sup>[4]</sup> Benzer şekilde aile hekimliğinin ülke genelinde uygulanmaya başlanması ile Sağlık Bakanlığı 2012 yılında yaptığı değerlendirmede, aile hekimi başına düşen nüfus hedefini 2023 yılı için 2000 kişi olarak belirtmiştir.<sup>[1]</sup> Bu hedefe yönelik olarak Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 20. maddesi birinci fıkrasında, “Aile hekimliği birimleri bölgede ortalama 2000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde tespit edilir.” şeklinde 2017 yılında güncellenmiştir.<sup>[5]</sup> En son açıklanan sağlık istatistikleri yıllığı 2021 yılına aittir. Türkiye geneli 2021 yılı aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 3.306 kişidir.<sup>[6]</sup>

Sağlık alanında hizmet verecek kuruluşların vereceği hizmet kadar hizmet vereceği yer seçimi de önemlidir. Her basamaktaki sağlık hizmetleri sağlık hizmetinden yararlanacak kişiler için en uygun yere konumlandırılmalıdır.<sup>[7]</sup> Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 20. Maddede, “Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir.” olarak tanımlamıştır.<sup>[5]</sup> Kentleşmenin artması nedeniyle şehir nüfusunun artması sağlık hizmetleri başvurularının artmasına neden olmuştur. Bu talep karşılanırken erişilebilirlik belirleyici bir faktör olabilmektedir. Özellikle temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarının yerleşim yerlerinin seçiminde erişilebilirlik konusu daha çok önem arz etmektedir.<sup>[7]</sup> Çünkü temel sağlık hizmetleri teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri

ile beraber koruyucu sağlık uygulamaları, sağlığın özendirilmesi ve geliştirilmesi için hizmetlerin verildiği ve kolay ulaşılabilir kurumlar olmalıdır.<sup>[8]</sup> Erişilebilirlik aynı zamanda hizmet sektöründen yararlananların hizmet yararlanma sürecindeki algıladıkları hizmet kalitesini etkileyen faktörlerden birisidir.<sup>[9]</sup>

Günümüzde kamusal konularda şehirleşme politikaları çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere geçiş konumunda olan çoğu ülkede, artan piyasa baskıları kamu yatırımlarının daha çok kısa vadeli yatırımlara dönüşmesine neden olmuştur. Kamusal alanların yokluğu veya yetersizliği, yapı inşaat planlamasının olmaması, kamusal ödenek eksikliği ve kötü idari yönetimler nedeniyle kamu yatırımlarına özel işbirliklerin desteğine gereksinim duyulmasına neden olmuştur.<sup>[10]</sup>

Kayıtlı nüfusu ve halihazırda hizmet binası olmayan ve bu nedenle “sanal” olarak adlandırılan aile sağlığı merkezleri kısmen özel işbirlikle kurulmuş sağlık kuruluşlarıdır. Bu çalışmada, hem coğrafi anlamda hem de nüfus artışı nedeniyle daha erişilebilir birinci basamak sağlık hizmeti sunumu ve aynı zamanda aile hekimi başına düşen nüfusu azaltmak için; yeni, etkin ve erişilebilir aile sağlığı merkezleri kurulması süreçlerinin kamu dışı bir örneği olan sanal aile sağlığı merkezleri kurulum süreci incelenmiştir. Kurulum sürecinde aile hekimlerinin yaşadıkları ve deneyimleri hakkında bilgi edinebilmek amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırma modeli

Çalışma, fenomenolojik yaklaşımla kurgulanmış nitel (kalitatif) bir araştırmadır. Çalışma Samsun ilinde 2022 yılında hizmete alınmış, “0” nüfuslu ve hazırda binası olmayan (Sanal) beş aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür.

### Çalışma evreni, örneklem ve prosedür

Samsun ilinde 6 aylık sürede sıfır nüfus ile ve hazırda binası olmayan 5 aile sağlığı merkezinde toplam 16 aile hekimliği birimi açılmıştır. Bu 16 aile hekimliği birimine yerleşen 16 aile hekimi ile görüşme yapılması planlanmıştır. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü’nden sözel olarak 2022 yılı içinde başka yeni birim açılması planlanmadığı öğrenildikten sonra çalışma evreni olarak 16 kişi ile çalışma yapılması planlanmıştır. Çalışmaya çalışma evreninin tamamının alınması planlanmıştır bu nedenle örneklem analizi yapılmamıştır. Görüşmeler öncesinde aile hekimlerine çalışma ile ilgili bilgi verilerek

sözel onamları alınmıştır. İki aile hekimi görüşmeye katılmak istemediğinden çalışma dışı bırakılmıştır. On ikinci görüşme sonunda tekrarlar oluşmaya başladığı gözlenmiş ve veri doygunluğuna erişildiğine karar verilmiştir. Toplam 12 aile hekimi ile yapılan görüşme yapılarak görüşme süreci tamamlanmıştır. Derinlemesine görüşmeler Aralık 2022 – Şubat 2023 tarihleri arasında, çözümleme ve analiz Mart 2023 – Mayıs 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

Etik kurul izni Samsun Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.11.2022 tarih ve SÜKAEK-2022 12/17 sayılı etik kurul izni alınmıştır.

### Katılımcılar

Toplam 12 aile hekimi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. On iki aile hekiminin 6'sı erkek, 6'sı kadındı. Bir hekim sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık (SAHU) eğitimi kapsamında eğitiminin 4. yılında olan bir hekimdi. En genç hekim 31, en yaşlı hekim 50 yaşındaydı. Görüşülen aile hekimlerinin yaş ortalaması 40,17±6,29 yıldı. Ortalama hekimlik süresi 14,25±6,48, ortalama aile hekimliği süresi 7,83±5,39 yıldı. Görüşülen kişilere ait demografik veriler Tablo 1'de verilmiştir.

### Veri toplama

Aile hekimleri ile yüz yüze görüşme metodu ile derinlemesine görüşülme yapılmıştır. Görüşmelerde standardizasyonu sağlayabilmek için görüşmelerin hepsi birinci yazar tarafından yapılmıştır. Görüşmeler hizmete yeni açılan aile sağlığı merkezlerinde aile hekimlerinin kendi odalarında yapılmıştır. Görüşme süresi yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Görüşme sürecinde uzun beklemeye neden olmayacak şekilde hasta beklemesine ve hasta mağduriyeti oluşmamasına dikkat edilmiştir. Görüşme yapılırken ses kayıt cihazı ile

kayıtlar alınmıştır. Derinlemesine görüşme yapılırken yarı yapılandırılmış sorular sorularak aile hekimlerinin süreçteki deneyimlerinin detaylı bir şekilde ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Yarı yapılandırılmış sorular konu hakkında birinci yazarın yapmış olduğu literatürdeki nitel araştırma örneklerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

Yarı yapılandırılmış 6 soru sorulmuştur. "1. Sanal aile sağlığı merkezi kurulumunda yaşanan zamansal durumlar nelerdir? 2. Sanal aile sağlığı merkezi kurulumunda yaşanan mekânsal durumlar nelerdir? 3. Sanal aile sağlığı merkezi kurulumunda yaşanan maddi durumlar nelerdir? 4. Sanal aile sağlığı merkezi kurulumunda yaşanan kişisel ve psikolojik durumlar nelerdir? 5. Sanal aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde motive edici faktörler nelerdir? 6. Sanal aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde motivasyon kırıcı faktörler nelerdir?" şeklindeki yarı yapılandırılmış sorular ile elde edilen içerik incelenmiştir. Yarı yapılandırılmış sorular birinci yazar tarafından kısa bir literatür taraması sonrası, görüşme yapılacak kişilerin yerine yazarın kendisini koyarak Sanal Aile Sağlığı Merkezi kurma sürecindeki deneyimler hakkındaki sorular kendisine sorulsaydı nasıl düşünüp hangi boyutlarda deneyimleri paylaşacağı değerlendirilerek hazırlanmıştır. Katılımcı sayısı azlığı dikkate alınarak, pilot görüşme yapılmamıştır.

### Veri analizi

Deşifre sürecince elde edilen kayıtlar daha sonra dinlenilerek, harfiyen yazılı doküman hale getirilmiştir. Ses tonu vurgulamaları, verilen sesli mimikler ve konuşurken duraksama gibi anlatılanların önemli kısımlarının değerlendirilmesinde standardizasyon sağlanabilmesi için tüm ses kayıtları birinci yazar tarafından metne dönüştürülmüştür. Yapılan 12 görüşmeye ait ses kayıtları 12 sayfa tutmuştur.

**Tablo 1. Yüz yüze görüşme yapılan aile hekimlerine ait demografik veriler**

	Ünvan	Cinsiyet	Yaş (yıl)	Hekimlik süresi (yıl)	Aile hekimliği süresi (yıl)
Aile Hekimi 1	Aile Hekimliği Uzmanı	Erkek	50	24	11
Aile Hekimi 2	Aile Hekimi	Erkek	46	20	15
Aile Hekimi 3	Aile Hekimi	Erkek	35	10	9
Aile Hekimi 4	Aile Hekimi	Erkek	45	20	10
Aile Hekimi 5	Aile Hekimi	Kadın	45	22	15
Aile Hekimi 6	Aile Hekimi	Kadın	33	8	1
Aile Hekimi 7	Aile Hekimi	Kadın	37	10	4
Aile Hekimi 8	Aile Hekimi	Erkek	43	7	1
Aile Hekimi 9	Aile Hekimi	Kadın	31	7	1
Aile Hekimi 10	Aile Hekimi	Kadın	42	18	10
Aile Hekimi 11	Aile Hekimi (SAHU* Asistanı)	Kadın	32	8	4
Aile Hekimi 12	Aile Hekimi	Erkek	43	17	13

\* Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı

Veriye dalma olarak da adlandırılan veri aşinalığı süreci yine standardizasyonu sağlayabilmek için ses kayıtlarını dinleyen birinci yazar tarafından yapılmıştır. Kodlama yapılmadan dikkat çekilen ifadeler tekrar tekrar dinlenerek bulgular oluşturulmuş ve anlamlandırılmaya çalışılmıştır.

Kodlama sürecinde elde edilen veriler bilgisayar programı kullanmadan birinci yazar tarafından konulara göre kategorileştirilerek anlam bütünlüğünü bozmadan anlamlı parçalara ayrılmıştır. Oluşturulan kodların tekrar sayısı katılımcıların konuya verdiği önemde dikkate alınsa da kodların yüzdesi gibi niceliksel verilere yer verilmemiştir.

Bulguların yorumlanması aşamasında deneyimlerden elde edilen verilerin kıyaslanması ile neden sonuç ilişkisi kurulmaya çalışılmıştır. Bu ilişki kurulurken beklentiler ile sonuçlar arasında örtüşme olup olmadığı da değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Bu çalışma 11-14 Mayıs 2023 tarihlerinde düzenlenen 22. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi'nde sözel sunum olarak sunulmuştur.

## BULGULAR

Aile hekimlerinin sıfır nüfuslu hazırda bir hizmete hazır binası olmayan "sanal" aile sağlığı merkezi kurulum aşamasında yaşadıkları deneyimler alt başlıklar halinde incelenmiştir.

### Zamansal durumlara ait bulgular

Görüşülen kişiler sanal aile sağlığı merkezi kurmak için verilen yaklaşık 1 aylık sürenin çok kısa olduğunu düşünmektedir. Bu 1 aylık sürede hekimlik mesleği pratiği dışında kalan aile sağlığı merkezi olmaya uygun bir mekan bulma, inşaat için proje çizdirme, inşaat yaptırma ve tefrişat düzenlemesi gibi farklı işlemler yapılması gerekmektedir. Aile hekimleri bu işlemlerin yetiştirilmesinin zor olduğunu ve çoğu kurumsal organizasyonun bu işleri yetiştirmede zorlanacağı belirtmişlerdir.

*"..Sağlık Müdürlüğü'nün verdiği süre kısaydı. Bir aylık süre bir ASM oluşturmak için çok kısa. Bir de ASM'yi kurarken o anda bulunduğunuz birimde çalışmaya devam etmeniz gerekiyor. .."* (Aile Hekimi 1)

*"..Bir ay gibi kısa bir sürede binayı bulup projesini çizdirmek ve müdürlüğe onaya sunup inşaatla başlamak*

*bizim için bayağı zordu. Zaten binayı bulup projeyi çizdirmek 10 günümüzü aldı. Kalan 20 gün de inşaatla geçti. 20 günde hiçbir devlet kurumunun böyle bir sağlık tesisi kurabileceğini sanmıyorum. İl müdürlüğü de kuramaz. .."* (Aile Hekimi 2).

*"..Bir ay içinde aynı anda çalışırken, bir mekân bulmak, kira sözleşmesi imzalamak, mekânı müdürlük ve yönetmeliğin istediği hale getirmek çok zor. Hasta bakarken yani kendi iş yoğunluğumuz içinde sokak sokak mekân gezmek ve anlaşıma yapmak çok zaman alıyor. .."* (Aile Hekimi 11).

### Mekânsal durumlara ait bulgular

Aile hekimleri hizmet verilmesi istenen bölgede bulunan her binanın aile sağlığı merkezi olmaya uygun olmadığını belirtmişlerdir. Çoğu zaman bulunan mekânlar yalnızca dört duvardan ibaret olan yerlerdir. Aile sağlığı merkezi olabilmesi için verilecek hizmete ve yönetmeliklere uygun bir mekân bulunduğu anda ise yüksek kiralar ile karşılaşıldığı belirtilmiştir.

*"..Bulduğumuz yerlerde ASM kurulacağı söylendiğinde çok aşırı kiralar istendi. Bir esnaf ya da kurumsal firmaların ödeyebileceği rakamlardı bunlar, bir aile hekiminin verebileceği paralar değil. .."* (Aile Hekimi 3).

*"..Dükkân sahibinden dört duvar halinde kiraladığımız bu yeri küçük bir hastane formatına çevirmemiz gerekiyordu. Bulmak yetmiyor, mimar – usta bulma, benim hiç bilmediğim alanlar. .."* (Aile Hekimi 6).

*"..Ya bulduğunuz bina hizmet verilmesi istenen adrese uymuyor ya da istenen adreste doğru bina olmuyor. Bulduğumuz bina asma katı olan bir dükkândı. Duvarlarda pencere yoktu, pencere açılması gerekiyordu. Bu noktada bina sakinleri ile problem yaşadık. A grubu gruplandırmaya uygun bir bina da yaptırmak istediğinizde bitmeyen inşaat sahibi gibi hissediyorsunuz. .."* (Aile Hekimi 8).

### Maddi durumlara ait bulgular

Maddi harcamaların aile hekimlerini en çok zorlayan konuların başında geldiği görülmüştür. Bu süreçte ülkenin içinden geçtiği ekonomik sıkıntılar da süreci zorlaştıran etmenlerden olmuştur. İdari makamlar ile görüşüldüğünde 10 ay tavadan cari ödeme yapılacağı geri bildirim yapılsa da yapılan harcamalar peşin ve çok daha yüksek, yapılan cari ödemeler ise 10 ay parça parça ve çok düşük miktarlarda olduğu belirtilmiştir. Aile hekimlerinin zorlandığı bir diğer konu da aile

sağlığı merkezi adına yapılan elektrik, su, internet ve doğalgaz abonelikleri olduğu gözlenmiştir. Neredeyse bütün abonelikler mesken yerine ticarethane sınıfında tanımlandığı belirtilmiştir.

*“..Gruplandırma kriterlerine uygun ASM’de bulunması gereken sarf malzemeler kara borsaya düşmüş durumda. Döviz etkisiyle de fiyatlar aşırı yükseldi. ..”* (Aile Hekimi 3).

*“..Belirli bir birikiminiz yoksa çok ciddi bir borç altına girmeniz gerekiyor. Bir dükkân ya da daireyi ASM’ye çevirmek 10 aylık tavadan cari ödemesiyle filan karşılanabilecek gibi değil maalesef. ..”* (Aile Hekimi 11).

*“..Daha önce sanal ASM kuran arkadaşlar ile maliyet hesabı yapmıştık. Birim başına yaklaşık 30 bin lira maliyet deniyordu. Ancak sadece inşaat maliyeti birim başına 180 bin lirayı geçti. Mobilya ve sarf malzemeler için ailemden borç almak durumunda kaldım. ..”* (Aile Hekimi 12).

#### **Kişisel ve psikolojik durumlara ait veriler**

Bu dönem görüşülen kişilerce aile hekimlerini etkileyen çok parametrenin olduğu bir dönem olarak tanımlanmıştır. Endişe, umut, heyecan ve mutluluk gibi duyguları bir arada yaşamanın mümkün olduğu belirtilmiştir. Bu duyguların yanında ise en yoğun yaşanan durumun insanı fizyolojik ve psikolojik yönden yıpratıcı bir stres olduğu belirtilmiştir.

*“..Bu süreçte bütün dengeniz şaşıyor. Psikolojik olarak da zorluyor. Bu süreçte uyuz olduğumu zannederek Cildiye’ye muayeneye gittim. Lezyonlar uyuzla benzemiyordu, hekimsiniz ama kendinize tanı bile düşünemiyorsunuz. Cildiye doktoru ‘ürtiker’ olmuşsun dedi. Stresör fazla olunca stres kaynaklı muhtemelen dedi. ..”* (Aile Hekimi 10).

*“..Fiziksel olarak çok yoruldum. Bir daha böyle bir yer kurar mıyım? Bir daha sanal ASM seçer miyim? Asla! ..”* (Aile Hekimi 4).

*“..Çok zorlandım. Çok zorlayıcı bir dönemdi. Bir ay içerisinde 6 kilo verdiğimi söyleyebilirim. Özel zamanım çok azaldı. Aileme ve kendime ayırdığım zaman çok azaldı. Aklınızda hiç de aşına olmadığınız bir iş sürekli yer kaplıyor. En zoru da bu süreçte çocuklarımı çok az gördüm. Eşimi çok az gördüm. Bu durum beni psikolojik olarak çok etkiledi. ..”* (Aile Hekimi 1).

#### **Sanal Aile Sağlığı Merkezi kurulması sürecinde motive edici faktörler**

Görüşülen kişiler motive edici en önemli faktör olarak yeni bir başlangıç yapmanın verdiği heyecanı belirtmişlerdir. Yeni bir fiziki bina, yeni bir çalışma ortamı ve yeni insanlar tanımak motive edici diğer faktörler olarak belirtilmiştir. Açılan sanal ASM’lerin hepsi il veya ilçe merkezinde olan yerler olduğu için aile hekimlerinin çoğunun ev ile iş yeri arasındaki mesafe kısalmıştı ve yolda geçen sürenin kısılması motive edici bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Kayıtlı hasta olmayan sıfır nüfuslu birimde göreve başlamak, birime kayıt alınan her hastayı bizzat tanımış olmayı sağlamaktadır. Başlangıçta kayıtlı nüfus az olduğundan günlük polikliniğe yapılan hasta başvurusu az, hasta başına ayrılan süre optimum seviyelere çıkıyor ve bu durumda mesleki motivasyon yüksek seviyelere çıktığı için hekimin de hastaların da memnun olduğu değerlendirilmiştir.

*“..Acilde sürekli 24 saatlik nöbetler tutuyordum. Dolayısıyla çok yorucu oluyordu benim için. Şimdi bu yeni ASM’ye geçişimle birlikte yirmi dört saatlik nöbetler yok. Artık yeni başlangıçla mesai usulü çalışacağım demek çok motive etti açıkçası. En azından düzenli bir hayatım olacağını düşünüyorum. ..”* (Aile Hekimi 9).

*“..Her ne kadar zorlukları olsa da şu an çalışmayı istediğim ortamda ve istediğim yerdeyim. ASM’ye gelen hastaların da aile sağlığı merkezini beğenmeleri motive edici oluyor. ..”* (Aile Hekimi 5).

#### **Sanal Aile Sağlığı Merkezi kurulması sürecinde motivasyon kırıcı faktörler**

Motivasyon kırıcı faktörlerin genellikle maddi konular ve bu konularla ilişkili durumlar kaynaklı olduğu görülmüştür. Günlük fiyat değişikliklerinin yanında ustaların zaman kaymaları aile hekimlerince tahammül sınırlarının çok üstünde bulunmuştur. Yönetmelikler yetersiz ve bilgi danışmak amacıyla başvuru yapıldığında idari makamlarca yorum farklılıklarının çok fazla olduğu belirtilmiştir. Sanal ASM kurma sürecinde hiç hesapta olmayan bir durum olarak, eve/işe daha yakın olan veya daha az yoğun diye yeni ASM’ye geçiş yapan hastaların eski aile hekimleri ile yeni ASM aile hekimleri arasında gerginliklerin olabildiği belirtilmiştir.

*“..Motivasyon kırıcılığı daha fazlaydı işin aslı. Çünkü her tarafı memnun etmeye çalıştık elimizden geldiğince ve işleri bütçeli bir şekilde yapmaya çalıştık. Sanal*

*aile sağlığı merkezi kurulabilir ama diğer nüfus kaybı yaşayan hekimlerle de sıfır birime yerleşen hekimler arasında tabii ki bir soğukluk oluyor. Bence bu hoş değil. ..” (Aile Hekimi 7).*

*“..Motivasyon kırıcı faktörler o kadar fazla, o kadar fazla ki.. Yani on gündür sadece bir telefon firmasından internet bağlatmak telefon numarası almaya uğraşıyoruz. Çok fazla angarya iş çıktı. Yani hayatımda kırk iki yaşındayım ve itfaiyeye ilk defa gittim mesela. ..” (Aile Hekimi 10).*

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, sıfır nüfuslu ve hazırda hizmete hazır bir binası olmayan “sanal” aile sağlığı merkezi kurulum aşamasında aile hekimlerinin yaşadıkları zamansal, mekânsal, maddi ve kişisel durumlar kendi başlıkları altında tartışılmıştır. Aynı zamanda sanal aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde motive edici ve motivasyon kırıcı faktörler değerlendirilmiştir.

Aile hekimliği uygulama yönetmeliği 25. Madde Aile hekimleri, “Yönetmelikteki asgari fiziki şartları haiz, öncelikle bakanlık, kurum veya bağlı kuruluşlara ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan veya müdürlükçe bu amaçla kiralanan binalarda hizmet verirler. Bu imkânın sağlanamaması halinde müdürlüğün onayı ile uygun standartlara sahip bölgedeki diğer mekânlarda da hizmet verebilirler.” demektedir.<sup>[5]</sup> Sanal aile sağlığı merkezleri bu kapsamda diğer mekanlar olarak adlandırılan yerler olarak değerlendirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşturulma süreci ile ilgili literatürde yeterli yayın bulunamamıştır. Yapılan bu çalışma ile literatüre bu konuda katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Tüm dünyada toplam nüfusun artışı ve kentleşme oranlarındaki artış şehir merkezlerinde daha fazla kamu hizmetlerine gereksinim duyulmasına neden olan bir durumdur. Birinci basamak sağlık hizmetleri maliyet etkin ve erişilebilir sağlık hizmeti olması nedeniyle her yerleşim yerinde en önemli sağlık kurumlarıdır. Özellikle nüfusun artışı ve yaşlı nüfus oranının artması da birinci basamak sağlık hizmetlerine olan gereksinimi artırır. Bu durumlar Amerika için de sorun oluşturmuştur ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin her anlamda güçlendirilmesi önerilmiştir.<sup>[11]</sup> Fransa’da tıbbi olarak yeterli hizmetin verilemediği alanları desteklemek amacıyla farklı politikalar denenmiştir. En etkin uygulama Birinci Basamak Ekibi olarak adlandırılan güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmeti olmuştur.

Hekim sayısının artması sağlık bakımı açısından yeterli hizmet verilemeyen yerlerin tercih edilebilirliğini artırmamış, ancak devlet tarafından destekli birimler olumlu artış göstermiştir.<sup>[12]</sup> Ülkemiz içinde bu gereksinimler geçerlidir. Bu nedenle yaşam kalitesi yüksek, sağlıklı ve güvenli çevreler oluşturmak üzere hazırlanan, arazi kullanım ve yapılaşma kararları getiren mekânsal planların yapımına ve uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Yönetmeliğin 12. madde fıkra (2)’de, “İmar planlarında; çocuk bahçesi, oyun alanı, açık semt spor alanı, aile sağlığı merkezi, kreş, anaokulu ve ilkökul fonksiyonları takriben 500 metre, ortaokullar takriben 1.000 metre, liseler ise takriben 2.500 metre mesafe dikkate alınarak yaya olarak ulaşılması gereken hizmet etki alanında planlanabilir.” denilmektedir.<sup>[13]</sup> Bu kapsamda artan nüfus ve genişleyen şehir merkezleri gibi hizmet verilmesi planlanan yeni mekân lokalizasyonlarına karar verilirken bu yönetmelik kapsamında planlama yapılmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir. Sanal ASM’ler merkezi yerlerde tercih edilebilir olsa da periferik yerlerde tercih edilmeme sorunları ile karşı karşıya kalınabilir.

Yeni bir aile sağlığı merkezi kurulması için gerekli asgari şartlar ve hizmet verilmesi planlanan hizmet gruplandırmasına uygun gereklilikler Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde belirtilmiştir. Bu şartlar ve gerekliliklerin yerine getirilmesi, kira, inşaat, tadilat ve satın alma gibi süreçler maliyet analizi ve stok yönetimi gibi uzmanlık düzeyinde bilgi gerektiren yönetsel süreçlerdir.<sup>[14]</sup> Bu süreç daha büyük kamu tesisleri için uygulanan yap-işlet-devret modeline benzerlik göstermektedir. Bu model özellikle gelişmekte olan ülkelerde farklı olanakların yokluğu durumunda kamu altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesini sağlayacak olan uygulamadır.<sup>[15]</sup> Her ne kadar ülkemizde uygulanmasa da yurt dışında Kamu-Özel-İş Birliği ile özel hizmet sağlayıcılar üzerinden hizmet binası olmayan veya birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımının düşük olduğu yerlere farklı modeller denenmiştir. Bu sayede bina olmayan yerlere kısa sürede bina yapılması sağlanmış, birinci basamak sağlık hizmetine erişim kolaylığı, esnek mesai saatleri ve kısa bekleme süreleri sağlanmıştır.<sup>[16]</sup> Uygun kamu binası olan yerler kiralama yoluyla sağlık tesisine dönüştürülebilmektedir, ancak uygun kamu binası olmayan yerlerde aile hekimlerinin atanması ile bu binaların oluşturulması işleminin birinci basamak sağlık tesisleri altyapısına katkıda bulunduğu değerlendirilmiştir. Aynı zamanda yap-işlet-devret modelinde sözleşme dâhilinde inşaat ve işletme süresi net bir şekilde açıkça belirtilmektedir. Bu süreler

genellikle büyükler tesisler için ve tesis büyüklüğüne göre değişmekle birlikte genellikle 2-3 yıllık uzun sürelerdir. Bu yöntemler ile kamu kaynakları ile yapılan sağlık tesislerine göre çok daha hızlı şekilde hizmete hazır hale sağlık tesisleri kurulabilmektedir. Aile sağlığı merkezleri daha küçük sağlık tesisleri olsa da kurulum için verilen ortalama 1 aylık sürenin çok yetersiz olduğu değerlendirilmiştir.

Bir sağlık tesisi kurulumu için yer seçiminde en uygun konum için erişilebilirlik, ulaşım maliyeti, eşdeğer özellikteki diğer tesislerin konumları, hizmetten yararlanacak hedef nüfusun özellikleri, arazi ve inşaat maliyeti gibi çeşitli faktörler belirleyici olmaktadır.<sup>[17]</sup> Sağlık tesislerinin sayıca çok olması ulaşılabilirliği artırır ve hizmetten yararlananların ulaşım maliyetlerini azaltır. Ancak bu durumda yüksek erişilebilirlikteki yerlerin kirası ve tesis yapım maliyetleri artmaktadır. Bu faktörler göz önüne alınarak toplam maliyet açısından optimum bir yer seçimi yapılmalıdır.<sup>[18]</sup> Bu planlamalar genellikle illerdeki merkezi yönetimce yapılmaktadır. İl yöneticilerinin bu konuda yeterli eğitimi alıp almadıkları ve yerleşim yeri seçiminde etkili olacak faktörleri yeterince değerlendirip değerlendirmedikleri belirsizdir. Aile hekimlerinin yer bulma konusunda zorlanmaları ve yüksek yapım maliyetleri ile karşılaşmaları bu konuda yeterli ön çalışma yapılmadığını ve ekonomik parametrelerde sürekli değişikliklerin getirdiği olumsuzluklara bağlı olduğunu düşündürmüştür.

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği, “Yeni açılan ve müdürlükçe hizmet verilecek aile sağlığı merkezi mekânı gösterilemeyen birimler için aile sağlığı merkezi giderleri, on ay boyunca yukarıdaki kriterlere bağlı olmaksızın tavan ücretin %100’ü olarak ödenir.” demektedir.<sup>[19]</sup> Yeni kurulan aile sağlığı merkezi için yapılan hemen hemen bütün harcamalar peşin yapılmakta, ancak karşılığı 10 ay parça parça alınmaktadır. Ayrıca döviz hareketliliği inşaat maliyetleri çok artırdığı, ancak ihale üzerinden yapılan sağlık tesisleri gibi inşaat bitimi hak ediş hesaplaması yapılmadığından 10 ay boyunca verilecek tavan ücretin mevcut harcamaların çok altında kaldığı değerlendirilmiştir.

Çalışma ortamında önceden belirli olan rol ve görevlerin dışında kalan her tür iş ve görev örgütsel strese neden olur. Nitelendirilmiş iş harici işler, fiziksel koşullarda değişiklikler ve zaman baskısı işe ait durumlardır. Bu durumlar çalışanlar üzerinde baskı ve zorlama oluşturur.<sup>[20]</sup> Kayseri’de aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, iş yükü ve iş stresinin arttığı durumlarda, tükenmişlik,

duygusal tükenme ve duyarsızlaşma durumlarının attığı gösterilmiştir.<sup>[21]</sup> Çalışanların işleri ile uyumu ergonomi olarak adlandırılır. Daha çok çalışma ortamı, iş özellikleri, gürültü, ısı, nem gibi fiziksel özellikleri içerse de ayrıca psikolojik durum gibi özellikleri içerir.<sup>[22]</sup> Aynı zamanda çalışma çevresi ve içerdiği tüm bileşenleri, insanın psikolojik, fizyolojik ve sosyokültürel tüm kapasite ve limitleriyle değerlendirerek, üretim açısından verimliliği artırır.<sup>[23]</sup> Aile hekimlerinin aldıkları hekimlik mesleği eğitimi ile ilgisi olmayan, kiralama, projelendirme, inşaat, tefrişat alışverişi gibi işler ergonomiye uygun olmamaktadır. Bu durum aile hekimlerinde iş stresinde artışa, iş motivasyonunda ve iş verimliliğinde düşüşe neden olduğu gözlenmiştir.

Motivasyon kişileri harekete geçiren ve davranışta bulunmaya özendirilen bir güdü olarak tanımlanmıştır. İşin ya da hizmetin amaçları doğrultusunda insanları faaliyet göstermeye teşvik ederken aynı zamanda kişinin kendisi için de yarar sağlamaya aracı olur.<sup>[24]</sup> Parasal iyileştirmeler ve yüksek ücret uygulaması kişilerin iş motivasyonunu kısa süreli ve geçici yükselttiği görülmüştür.<sup>[25]</sup> Beklentiler, çalışanlarda performans ve performans da ödül beklentisine neden olur. Ödül beklentisi iş tatmini ile yakın ilişkilidir.<sup>[26]</sup> Aile hekimleri yeni iş yerlerine kolay ve kısa sürede erişim, yeni ve temiz bir bina ve yeni bir başlangıcın verdiği hissi motivasyon verici faktörler olarak değerlendirmiştir. İş yerine ulaşma süresinin uzun olması, sürekli aynı yerde hizmet verme gibi durumların kişilerin iş motivasyonunu olumsuz etkilediği değerlendirilmiştir. Döviz kurundaki hareketliliğe bağlı inşaat maliyetlerinin çok artması olası harcama miktarlarının tahmin edilememesi, bina hazırlama sürecinde yasal mevzuata uygun davranma çabası içinde mevzuat yorumlama farkları ve yeni hasta kaydı nedeniyle hastaların eski hekimleriyle yaşanan gerginlikler motivasyon kırıcı faktörler olarak belirtilmiştir. Sanal olarak hizmete alınan binaların yapım maliyetlerinin cari gider ödemesi ile 10 aylık ödemeler yerine peşin ve yapılan harcamaların hak ediş üzerinden yapılması, kanun ve yönetmeliklerde yorum farkına yer vermeyecek şekilde açık ve net söylemlerin eklenmesi kişilerin motivasyon kaybı yaşamasını önleyeceği düşünülmüştür.

Aile sağlığı merkezi kurma işlemleri süreci tamamen aile hekimlerine bırakılmaktadır. Hekimlik sanatına yönelik teorik ve pratik eğitim haricinde herhangi bir eğitim almayan aile hekimleri bu süreçte ekonomik, insan yönetimi, zaman yönetimi, kişisel ve psikolojik konularda çok farklı zorluklar yaşamaktadır. Bu zorlukların çoğu yönetsel konular olduğu değerlendirildiğinden

bir sağlık tesisi kurumu aşamasında il sağlık müdürlükleri bünyesinde veya masrafları yine kurumca karşılanmak üzere özel olarak hizmet veren bu konuda eğitim almış profesyonel sağlık yöneticilerinin hizmete destek vermesinin sağlanmasının bu süreci destekleyeceği düşünülmüştür.

Sanal ASM kurma süreci sürdürülebilir bulunmamıştır. Aile hekimleri ortalama 1 aylık sürede hem gündüz mesailerinin hem de kişisel zamanlarının önemli bir kısmını ASM kurma iş ve işlemlerine ayırmaktadır. Yeni bir binada hizmet vermek güzel olsa da 1 aylık sürede hasta yararına işlem yapıp yapılmadığı da sorgulanması gereken bir konu olarak değerlendirilmiştir. Mevcut ekonomik dalgalanmalar da maliyet etkinliği ciddi olarak tehdit etmektedir.

### Çalışmanın kısıtlılıkları ve güçlü yanı

Çalışmanın en büyük kısıtlılığı hem ulusal literatürde hem de uluslararası literatürde yeterli akademik kaynak olmamasıdır. Bu nedenle özellikle uluslararası literatürden yeterince yararlanılamamıştır. Bu konuda literatürde yayımlanmış ilk makalelerden birisi olması çalışmanın güçlü yanındır.

### SONUÇ

Hizmete erişimi kolaylaştırması açısından Sanal ASM kurulumlarının önemlidir. Aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olan aile hekimliği uzmanları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne uygun şekilde asgari şartları veya istenen gruplandırma standartlarına uyacak şekilde yeni bir aile sağlığı merkezi kurma konusunda eğitim almamaktadır.

Aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde hem bina yapımı masrafı hem de hizmet için gerekli olan sarf malzemelerin tamamının aile hekimince sağlanması gerekliliği aile hekimlerini maddi açıdan zorlamaktadır. Bu durum ekonomik olarak aile hekimlerine ciddi bir yük oluşturmaktadır.

Aile sağlığı merkezi açılan her bölgede kayıtlı nüfus toplamak kolay olmamaktadır. Sanal aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde bu durumların iyice düşünülerek planlamaların dikkatli yapılması gerekmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Samsun Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (16.11.2022 - SÜKAEK-2022 12/17).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Samsun University Clinical Research Ethics Committee (16.11.2022 - SÜKAEK-2022 12/17).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

### KAYNAKÇA

1. Karakoç FY, Emek M. Türkiye'de iller arası yerleştirmeye açılan birimlerin boş kalma durumları ve etkileyen faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2019;23(3):118–27.
2. Deniz M, Kazdal K, Topuz M. Aile Sağlığı Merkezlerine Erişilebilirliğin CBS İle Analizine Bir Örnek: Rize Kenti. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2020;24(3):1407–22.
3. Günaydın D. Sağlık Hizmeti Krizi: Reformlar ve Krizi Aşma Yaklaşımları. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012;31(2):195–227.
4. Baran Çeçem K, Üstü Y, Öztaş Ö. Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. Ankara Medical Journal 2015;15(3):153–160.
5. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 28539 sayılı Resmi Gazete. <https://www.mevzuat.gov.tr/> adresinden 21/04/2023 tarihinde erişim sağlanmıştır.
6. Sağlık Bakanlığı TC. Sağlık İstatistikleri Yıllığı - 2021. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> adresinden 25/07/2023 tarihinde erişim sağlanmıştır.
7. Bulut S. Aile Sağlığı Merkezleri Kuruluş Yeri Değerlendirmesi; Metropol İlçe Örneği. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2022;20(1):14–24.
8. Porsuk AO, Cerit Ç. Aile Hekimliği Birimlerinin On Yılı: Bir İl Örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2021;11(1):39–44.
9. Savaş H, Kesmez AG. Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Modeli ile Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;17:1–13.
10. Cakaric J, Zgonic AI. Nameless settlements of Sarajevo. In: IOP Conference Series: Materials Science and Engineering. IOP Publishing Ltd; 2020.
11. Petterson SM, Liaw WR, Phillips RL, Rabin DL, Meyers DS, Bazemore AW. Projecting US primary care physician workforce needs: 2010-2025. Ann Fam Med 2012;10(6):503–9.
12. Chevillard G, Mousquès J. Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? Soc Sci Med 2021;287:114358.
13. Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği. 29030 sayılı Resmi Gazete. <https://www.mevzuat.gov.tr/> adresinden 05/10/2023 tarihinde erişim sağlanmıştır.
14. Tümerdem Çalık B, Yıldırım Kaptanoğlu A, İşçi E, Zengin O. Aile Sağlığı Merkezinin Yönetim Sürecinde Aile Hekimi ve Sağlık Yöneticisinin Rolü. Smyrna Tıp Dergisi 2013;1:24–7.
15. Özer K. Yap-İşlet-Devret Modeli ve Türkiye Uygulamaları. Ziraat Mühendisliği 2012;358:30–5.
16. Joudyian N, Doshmangir L, Mahdavi M, Tabrizi JS, Gordeev VS. Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. BMC Health Serv Res 2021;21(1).



17. Gültekin S, Zorlu F. Spatial Impacts of Health System Transformation in Turkey: A Case Study in Mersin City. Sketch: Journal of City and Regional Planning 2019;1(1):35–53.
18. Gürsoy G, Yüzer MA. Analitik Hiyerarşi Süreci ile Kullanıcı Talebine Dayalı Sağlık Tesisi Yer Seçimi Modeli. İDEALKENT 2022;14(Özel Sayı):221–44.
19. Aile Hekimliği Sözleşme Ve Ödeme Yönetmeliği. 31527 sayılı Resmi Gazete. <https://www.mevzuat.gov.tr/adresinden> 25/07/2023 tarihinde erişim sağlanmıştır.
20. Eren Gümüştekin G, Öztemiz AB. Örgütlerde stresin verimlilik ve performansla etkileşimi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005;14(1):271–88.
21. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Ümit Işıldak M. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. Türk Aile Hek Derg 2014;18(2):121–32.
22. Çeven S, Özer K. Büro ergonomisinin çalışma psikolojisi ve iş verimine etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2013;1:61–70.
23. Yapıcı F, Baş H. Verimlilikte Ergonomik Faktörler. Journal of Engineering Sciences and Design 2015;3(3):591–5.
24. Örucü E, Kanbur A. Örgütsel-Yönetimsel Motivasyon Faktörlerinin Çalışanların Performans ve Verimliliğine Etkilerini İncelemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma: Hizmet ve Endüstri İşletmesi Örneği. Yönetim ve Ekonomi 2008;15(1):85–97.
25. Sageer A, Rafat S, Agarwal P. Identification of Variables Affecting Employee Satisfaction and Their Impact on the Organization. IOSR Journal of Business and Management 2012;5:32–9.
26. Kianto A, Vanhala M, Heilmann P. The impact of knowledge management on job satisfaction. Journal of Knowledge Management. 2016;20(4):621–36.