

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK OCAKLARINDA İNSAN KAYNAKLARI
YÖNETİMİ
(İSTANBUL ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Cihangir TAYFUR

**Enstitü Anabilim Dalı : ÇALIŞMA EKONOMİSİ
VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ**

**Enstitü Bilim Dalı : İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ
VE ENDÜSTRİYEL İLİŞKİLER**

Tez Danışmanı :Doç. Dr. Ali SEYYAR

HAZİRAN-2001

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KISALTMALAR	V
TABLOLAR	VI
ŞEKİLLER	IX
ÖZET	X
SUMMARY	XI
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİNİN PLANLANMASI, SAĞLIK POLİTİKALARI	3
1.1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	3
1.1.1. Sağlık	3
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	4
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflaması	5
1.1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlandırılmasındaki Farklılıklar Bakımından Sınıflama	6
1.1.3.2. İnsanların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Zaman Ve Amaçlarına (Sağlık Statülerine) Göre Sınıflama	6
1.1.3.3. Sağlık Planlamacıları Tarafından Yapılan Sağlık Hizmetleri Sınıflaması	7
1.2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER- SAĞLIK POLİTİKALARI	9
1.2.1. Sağlık Ve Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktörler	9
1.2.2. Sağlık Politikaları Ve Sağlık Sistemleri	11

1.2.2.1.Halk Sağlığı Politika Modeli.....	11
1.2.2.2. Alan Gleri Ve Sağlıklılık Paradigmaları	11
1.2.2.3. Sağlık Sistemleri	14
1.3. SAğLIK HİZMETLERİNİN PLANLANMASI	15
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Planlamasında İstek-İhtiyaç-Hizmet-Kullanım İlişkisi.....	15
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz- Talep İlişkisi	17
1.4. DN YA SAğLIK ÖRGÜTÜ TARAFINDAN ÖNERİLEN SAğLIK HİZMET İLKELERİ.....	19
İKİNCİ BÖLÜM.....	21
2. CUMHURİYET DÖNEMİ SAğLIK POLİTİKALARI VE SAğLIK HİZMETLERİ.....	21
2.1. TARİHSEL SÜREÇ	21
2.1.1. Refik Saydam Dönemi – (1920-1937).....	21
2.1.2. 1937 - 1949 Dönemi	22
2.1.3. 1950 – 1960 Dönemi.....	22
2.1.4. 1960 Sonrası Dönem.....	23
2.2. TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAğLIK HİZMETLERİ.....	24
2.3. BİRİNCİ BASAMAK SAğLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK	26
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	29
3. SAğLIK OCAğI - ALIşMA YÖNTEMLERİ - HİZMETLERİ- MEVCUT DURUM ANALİZİ.....	29
3.1. SAğLIK OCAKLARININ ALIşMA YÖNTEMLERİ	30
3.1.1. Sağlık Ocaklarında Nüfus İle İlgili Kayıt Ve Formlar.....	30
3.1.2.Sağlık Ocaklarında alışma Bildirim Formları Ve Hastalık Bildirim Formları	32
3.2. SAğLIK OCAğI HİZMETLERİ	33

3.2.1. Ana – Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Hizmetleri	33
3.2.1.1. Ana Sağlığı Hizmetleri.....	33
3.2.1.2. Çocuk Sağlığı Hizmetleri	33
3.2.1.3. Aile Planlaması Hizmetleri	33
3.2.2. Çevre Sağlığı Hizmetleri.....	33
3.2.3. Sağlık Ocağı Poliklinik Hizmetleri	34
3.3. KENTSEL ALANDA SAĞLIK OCAĞI ÇALIŞMASI MEVCUT DURUM ANALİZİ	35
3.3.1. Sağlık Ocaklarında Poliklinik Hizmetlerinin Analizi	37
3.3.2. Sağlık Ocaklarında Sevk Zincirinin Amaç Dışı Kullanım Nedenleri.....	39
3.3.3. “Tersine Sevk Zinciri” Kavramı	40
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	41
4. AMPİRİK ARAŞTIRMA ÇERÇEVESİNDE KENTSEL ALAN SAĞLIK OCAKLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ.....	41
4.1. MESLEKİ MEMNUNİYET - MESLEKİ TATMİN - MESLEKİ BECERİ	43
4.2. İŞYERİ MEMNUNİYETİ –İDEAL ÇALIŞMA ORTAMI-SAYGINLIK	51
4.3. ÜCRET.....	61
4.4. KARİYER PLANLAMA- TERFİ VE YÜKSELME -OLUMLU SİCİL ALMA VE SİCİL DERECESESİ	64
4.4.1. Kariyer Planlama – Terfi Ve Yükselme.....	64
4.4.2. Olumlu Sicil Alma Ve Sicil Derecesi	65
4.5. ÖDÜLLENDİRME - MOTİVASYON.....	68
4.6. HİZMET İÇİ EĞİTİM	71
4.7. YÖNETİM	77
4.8. SAĞLIK OCAĞI HİZMETLERİNDE ETKİNLİK	86
SONUÇ.....	91
KAYNAKÇA.....	94
EKLER.....	99
ÖZGEÇMİŞ	108

KISALTMALAR

AÇSM	: Ana Çocuk Sağlığı Merkezi
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
BBSH	: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
ÇST	: Çevre Sağlık Teknisyeni
ETF	: Ev Halkı Tespit Fişi
İBSH	: İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri
SB	: Sağlık Bakanlığı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
VSD	: Verem Savaş Dispanseri
vb.	: ve benzeri
a.g.e.	: Adı geçen eser

TABLULAR

	Sayfa No
Tablo 1. Ankete Katılanların Meslek ve Cinsiyetlerine Göre Sayı ve Yüzdeleri	42
Tablo 2 Ankete Katılanların Meslek ve Çalışma Sürelerine Göre Sayı ve Yüzdeleri	42
Tablo 3 Ankete Katılanların Meslek ve Medeni Hale Göre Sayı ve Yüzdeleri.....	43
Tablo 4 Mesleki Memnuniyet Derecelerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	44
Tablo 5 Mesleki Memnuniyet Derecelerinin Medeni Hale Göre Dağılımı	45
Tablo 6 Mesleki Memnuniyet Derecelerinin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 7 Meslek Gruplarına Göre Meslek Hayatına Başlarken Yeterli Bilgi ve Beceri Sahibi Olup Olmama Oranları.....	47
Tablo 8 Meslek Gruplarının Yaptıkları İş İle Yetenekleri Arasındaki Uygunluk Düzeyleri	48
Tablo 9 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Meslek Gruplarına Göre Bilgi ve Becerileri Kullanma Düzeyleri.....	49
Tablo 10 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşlerini Severek Yapma Derecelerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	50
Tablo 11 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İş Tatmin Düzeylerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 12 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşyeri Memnuniyet Derecelerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	52
Tablo 13 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalıştıkları Sağlık Ocağını Bir Yıl İçerisinde Değiştirmeyi Düşünenlerin-Düşünmeyenlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	53
Tablo 14 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalıştıkları Sağlık Ocaklarından Bir Yıl İçerisinde Ayrılma İstem Birinci Nedenleri	54
Tablo 15 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşyüküne Göre Çalışan Sayısı Yeterliliği Konusundaki Görüşlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	55
Tablo 16 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Yeri Tercihlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	56
Tablo 17 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İdeal Çalışma Ortamı Konusundaki Görüşlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	58

Tablo 18 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sağlık Ocağında Çalışma / Saygınlık Kanaatlerinin Mesleki Dağılımı	59
Tablo 19 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sağlık Ocağı Çalışmalarının Başarı Düzeyleri İle İlgili Düşünceleri	60
Tablo 20 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Ortamının Fiziksel Koşulları Hakkındaki Değerlendirmeleri	60
Tablo 21 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ücret Tatmin Düzeylerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	61
Tablo 22 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hakkettikleri Ücreti Aldıklarına İnanma Oranları	62
Tablo 23 Sorumlu Hekim ve Hekimlerin Yaptıkları Ek İş Dağılımı	63
Tablo 24 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Önümüzdeki 5 Yıl İçerisinde İşleri İle İlgili Önemli Bir Planları Olma Oranları.....	64
Tablo 25 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşlerinde Terfi ve Yükselme Olanaklarının Olup Olmadığı Konusundaki Kanaatleri	65
Tablo 26 Olumlu Sicil Alma ve Sicil Derecelerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarına Göre Önem Dereceleri	66
Tablo 27 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Olumlu Sicil Alma ve Sicil Derecesinin Tayin ve Terfilere Etkisi İle İlgili Görüşleri.....	67
Tablo 28 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Başarılı Çalışmaların Ödüllendirilip Ödüllendirilmediği Konusundaki Görüşleri.....	68
Tablo 29 Az Çalışan İle Çok Çalışan Arasında Fark Gözetilip Gözetilmediği Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görüşleri.....	70
Tablo 30 Başarılı Çalışmaların Ödüllendirilip Ödüllendirilmediği-Az Çalışan İle Çok Çalışan Arasında Fark Gözetilip Gözetilmediği Sorularına Verilen Cevap Oranlarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 31 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hizmet İçi Eğitime İhtiyaç Duyuma Oranları.....	71
Tablo 32 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hizmet İçi Eğitimin Kimlere Verilmesi Gerektiği Konusundaki Görüşleri	72
Tablo 33 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hizmet İçi Eğitimin Hangi Metotla Verilmesi Gerektiği Konusundaki Tercihleri	73

Tablo 34 Hizmetiçi Eğitim Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görüşleri	74
Tablo 35 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sertifikalı Bir Eğitim Alma Oranları	75
Tablo 36 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarından Sertifikalı Bir Eğitim Alanların Eğitim Aldıkları Konu İle İlgili Bir Görevde Çalışma Oranları	76
Tablo 37 İl Sağlık Müdürünün Değişmesinin Sağlık Ocağı Çalışmasına Etkisi Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Görüşleri	78
Tablo 38 Sağlık Grup Başkanının Değişmesinin Sağlık Ocağı Çalışmasına Etkisi Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Görüşleri	79
Tablo 39 Sağlık Ocağı Sorumlu Hekiminin Değişmesinin Sağlık Ocağı Çalışmasına Etkisi Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görüşleri....	80
Tablo 40 İl Sağlık Müdürü,Sağlık Grup Başkanı ve Sağlık Ocağı Sorumlu Hekiminin Değişmesinin Sağlık Ocağı Çalışmasına Etkisi Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görüşlerinin Karşılaştırılması	81
Tablo 41 Sorumlu Hekim ve Hekimlerin Yönetim Konusunda Eğitim Alma Sayı ve Oranları.....	82
Tablo 42 Sorumlu Hekim ve Hekimlerin Daha Önce Yöneticilik Yapma Oranları	82
Tablo 43 Sorumlu Hekim ve Hekimlerin Daha Önce Yönetici Olarak Yaptıkları Görevler	83
Tablo 44 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Yasayı Bilme Dereceleri.....	84
Tablo 45 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının 154 Sayılı Yönergeyi Bilme Dereceleri	85
Tablo 46 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının ETF Yapılmasının Sağlık Ocağının Mevcut Çalışmasına ve Çalışmaların Planlamasına Etkisi İle İlgili Görüşleri.....	87
Tablo 47 Sağlık Ocağı Çalışanlarının Çalıştıkları Sağlık Ocağında ETF nin Gerekliliği Konusundaki Görüşleri	88
Tablo 48 Sağlık Ocağına İlaç Yazdırmak Amacıyla Başvuran Kronik Hastaların Hastalık Takiplerinin Yapılıp Yapılmadığı Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görüşleri	89

ŞEKİLLER

	Sayfa No
Şekil 1 - Sağlık Hizmetleri.....	9
Şekil 2 - Halk Sağlığı Politika Modeli.....	12
Şekil 3 - "Alan Güçleri" ve "Sağlıklılık" Paradigmaları	13
Şekil 4 - Sağlıkta İstek - İhtiyaç - Hizmet İlişkisi.....	16
Şekil 5 - Sağlıkta İstek-İhtiyaç-Hizmet Dengesi.....	17
Şekil 6 - Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Diyagramı.....	28
Şekil 7 - Sağlık Ocağı Poliklinik Hizmet Şeması	35
Şekil 8 - Sağlık Ocağı Sevk - Kayıt Şeması.....	36

ÖZET

Ampirik araştırma çerçevesinde kentsel alan sağlık ocaklarında insan kaynakları yönetimi incelenmesi amaçlanmıştır. 21 Mart-4 Nisan 2001 tarihleri arasında Bakırköy, Bahçelievler, Bağcılar, Güngören ve Esenler İlçelerinde bulunan 29 sağlık ocağı ve 5 sağlık grup başkanlığı çalışanları üzerinde anket uygulanarak yapılan araştırmaya 67 hekim, 86 hemşire, 63 ebe, 31 sağlık memuru ve 7 çevre sağlık teknisyeni olmak üzere 254 kişi katılmıştır.

Araştırma sonucunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleğe başlarken yeterli bilgi ve beceriye sahip olma oranlarının düşük olduğu, ideal çalışma ortamı olarak sağlık ocaklarının düşük oranda tercih edildiği, sağlık ocağında çalışmanın kendilerine saygınlık kazandırdığını düşünenlerin oranının düşük olduğu, aldıkları ücretin kendilerini ve ailelerini tatmin etmediği, işlerinde terfi ve yükselme olanaklarının olmadığı, olumlu sicil alma ve sicil derecesinin tayin ve terfilere etkisinin düşük olduğu, başarılı çalışmaların ödüllendirilmediği, birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının yüksek oranda sertifikalı bir eğitim aldıkları, ancak sadece 1/3'ünün eğitim aldıkları konu ile ilgili bir görevde çalıştıkları, tüm hekimlerin % 68,6'sının yöneticilik yaptıkları/yapıyor oldukları, ancak sadece % 9'unun yönetim konusunda bir eğitim almış oldukları, sağlık ocağı çalışmasını en fazla etkileyen yöneticinin sorumlu hekim olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kentsel alan sağlık ocaklarının yeniden yapılandırılması ve etkinliğinin artırılması gerekir.

SUMMARY

The Thesis Title: The Management of Human-Resources in Health-Centers: Istanbul as a Case Study

Key Words: Human-resources management, first-level health services, health center, management, professional training.

In the framework of empirical research, the management of human-resources in the urban-health-centers was investigated. In the period of 21 March- 4 April 2001, a polling on the employees of the 29 health-centers and 5 health-groups in the counties of Bakırköy, Bahçelievler, Bağcılar, Güngören, and Esenler was carried out. 67 doctors, 86 nurses, 63 midwives, 31 health-officers, and 7 environmental-health-technicians took a part in the polling research.

The polling research revealed that that the ones working at the first-level health services have an insufficient professional-training and knowledge when starting their professional life. For them, the health-centers were not preferred as an ideal work-place. The number of the ones who think that working in the health-centers is a respected work is quite few. They think that their salaries are insufficient to satisfy both them and their families. They are disappointed that there is no means of promotion in their work-environment. Furthermore, they think that having a positive personal evaluation and the outstanding degree of their personal records have an insignificant effect on their promotion and relocation. In addition, to them, there is no awarding for the hard-working, and successful ones.

The research also revealed that although most of the ones working in the first-level health services have a certificated-education, only one-third of them work in the related areas. The research disclosed that although about 68.6 % of the doctors have been doing managerial work, only 9 % of them have a managerial-training.

Finally, the polling research found out that the manager who has the most effect in terms of running the health-center was the head of the health-center who is happened to be the responsible doctor.

Urban-health-centers need to be restructured and their services need to be made more efficient.

GİRİŞ

Bilindiği gibi bireylerin sağlıklarını korumak ve toplumların sağlık statülerini geliştirmek devletlerin önemli görevlerindedir. Türkiye Cumhuriyeti, kurulduğu günden itibaren halkımızın sağlık sorunlarını gidermeye ve sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik çeşitli politikalar geliştirmiştir. Bu politikaların en önemlisi 224 sayılı yasa ile uygulamaya konulan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi politikasıdır. Sosyalleştirme ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegre bir anlayışla ülkemizin en ücra köşelerine kadar ulaştırılmıştır. Ancak gelişen hızlı teknoloji, sosyal yapıda meydana gelen değişimler, kentleşme gibi birçok faktörün etkisi ile sağlık hizmetlerine olan talep çeşitlenmiş, kamunun sağlık hizmet arzı ise bu talebi karşılayamaz duruma gelmiştir. Türkiye'nin 1960'lı yıllarda içerisinde bulunduğu şartlarda geliştirilen sosyalleştirme politikaları kırsal kesimde başarılı olurken kentsel alanda aynı başarıyı gösterememiştir. Bu konu ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmış, raporlar yayınlanmıştır. Bu araştırma ve raporlarda sistemin aksayan yönleri tespit edilmiş, aksamayı gidermeye yönelik öneriler yapılmıştır. Ancak sorunlar genellikle sistem yaklaşımı ile ele alınmış, çalışanların merkez alındığı çalışmalar pek yapılmamış, özellikle kentsel alan sağlık ocaklarının insan kaynakları yönetimi açısından değerlendirilmediği görülmüştür.

Bu çalışmanın birinci bölümünde sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin çeşitli açılardan sınıflaması, sağlık ve sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler, sağlık hizmetlerinin planlamasında İstek-İhtiyaç-Hizmet-Kullanım ilişkisi, Arz-Talep ilişkisi ve Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından önerilen sağlık hizmet ilkeleri incelenecektir.

İkinci bölümde Cumhuriyet Dönemi sağlık politikalarının tarihsel süreci gözden geçirilerek Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili bilgiler verilecek ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkinlik konusu incelenecektir.

Üçüncü bölümde Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti veren temel kuruluş olan sağlık ocaklarının çalışma yöntemleri incelenecek, hizmetler ile ilgili kısa bilgiler verilecek, kentsel alan sağlık ocağı çalışmaları mevcut durum analizleri yapılacaktır.

Dördüncü bölümde ise 21 Mart- 4 Nisan 2001 tarihleri arasında İstanbul'daki beş ilçede (Bakırköy, Bahçelievler, Bağcılar, Güngören ve Esenler) bulunan sağlık grup başkanlıkları ile 29 sağlık ocağı çalışanları üzerinde anket uygulanarak yapılan araştırma sonuçları verilecek ve değerlendirilecektir. Bu araştırmada birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleki memnuniyet dereceleri, mesleğe başlarken yeterli bilgi ve becerilere sahip olup olmadıkları, yaptıkları iş ile yetenekleri arasındaki uyum, iş tatminleri, işyeri memnuniyetleri, ideal çalışma ortamı olarak nereleri gördükleri, sağlık ocağında çalışmanın kendilerine saygınlık kazandırıp kazandırmadığı sorularına cevaplar aranacak, ücret konusu irdelenerek hekimlerin ek iş yapma oranları ve hangi ek işleri yaptıkları araştırılacaktır. Kariyer planlaması ile ilgili olarak da terfi ve yükselme olanaklarının olup olmadığı, olumlu sicil alma ve sicil derecesinin kendileri için önemleri, başarılı çalışmaların ödüllendirilip ödüllendirilmediği, önlerindeki beş yıl içerisinde işleri ile ilgili önemli bir planları olup olmadığı incelenecektir. Hizmet içi eğitime ihtiyaçları olup olmadığı, kimlere, hangi methodla verilmesi gerektiği, verilen hizmet içi eğitimlerin gerekliliği ve yeterliliği incelenecek, sertifikalı bir hizmet içi eğitim alan sağlık çalışanlarının sayı ve oranları ile sertifika aldıkları konu ile ilgili bir görevde çalışma oranları araştırılacaktır. Yönetim konusunda ise il sağlık müdürü, sağlık grup başkanı ve sorumlu hekimlerin sağlık ocağı çalışmalarını ne ölçüde etkiledikleri araştırılacaktır. Hekimlerin yöneticilik eğitimi alıp almadıkları, yöneticilik yapma oranları, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki 224 Sayılı Yasayı ve 154 Sayılı Yönergeyi bilme dereceleri incelenecektir. Çalışmanın temel hedef kitlesi sağlık ocağı çalışanlarıdır. Ancak kentsel alanda sağlık ocağının temel görevlerinin bir kısmının uygulamada sağlık grup başkanlıkları bünyesinde toplanmış olması ve sağlık ocağı çalışanlarının bir kısmının sağlık grup başkanlıklarında görevlendirilmiş olması nedeniyle sağlık ocakları ve sağlık grup başkanlığı çalışanları hedef kitle olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle çalışmada hedef kitle birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları olarak isimlendirilmiştir. Araştırmadaki hekim grubu ise sadece birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerdir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİNİN PLANLANMASI, SAĞLIK POLİTİKALARI

1.1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

1.1.1. Sağlık

İlk insandan itibaren insanların farkında oldukları bir kavramdır hastalık ve sağlık. İnsanlar sağlık denilince genellikle “hastalığın olmaması”nı anlamaktadırlar. Hastalık ise “sağlığın kaybedilmesi” şeklinde anlaşılmaktadır.

Hastalık “Doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı hal” (Fişek, 1983: 1) olarak tarif edilebildiği gibi “İnsanın iradesi dışında başına gelen ve insanı çalışma gücünden ve buna bağlı olarak kazançtan geçici veya sürekli olarak mahrum bırakan bir durum” (Yazgan, 1977: 4) olarak da tarif edilmektedir. Hastalığın sadece biyolojik bir süreç olmadığı, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgu (Fişek, 1983: 1) olduğu kabul edilmektedir.

Sağlık ise “Kişinin fiziksel ve toplumsal çevreye ilişkin olarak vücut ve kafasının düzenli bir biçimde çalışması” (Tokgöz, 1991: 499) şeklinde tarif edilebildiği gibi “Vücudun tüm hücrelerinin optimum kapasitede ve diğer hücrelerle mükemmel bir uyum içinde çalışması” (Kurtulmuş, 1998: 18) şeklinde de tanımlanmaktadır. Bir başka tanım ise, “Sağlık, toplumdaki birey ve grupların, bir taraftan beklentilerinin gerçekleştirilip gereksinimlerinin karşılanması diğer taraftan da çevreleri ile bir uyum içinde olabilmelerinin sağlanmasıdır” (Eser, 1995: 82) şeklindedir.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre ise “Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (Fişek, 1983: 1).

Sağlık; bireyin, iyi olma halinin yanı sıra o bireyin ekonomik durumunu da etkileyen önemli bir faktördür (Çelik, 1999: 193). Sağlığın tehlikeye düşmesinin iki önemli ekonomik sonucu vardır (Toprak, 1982: 4). Birincisi; hastalığın, kişinin çalışmasına imkan vermemesi nedeniyle gelir kaybına sebep olmasıdır. İkincisi ise tedavi masrafları nedeniyle oluşacak gider artışıdır.

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık Hizmetleri genel olarak “sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar” (Fişek, 1983: 4) anlamına gelir. “İnsanların fiziki ve mental durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen faaliyetler” (Kurtulmuş, 1998: 18) şeklinde de tanımlanabilir, sağlık hizmetleri.

Sağlık Hizmetleri; talebi ertelenemeyen (a.g.e., s.57), ikame edilemeyen (Saltık, 1995: 68), fiyatı konusunda tüketicinin pazarlık şansı bulunmayan (Kurtulmuş, 1998: 51), talebi belirsiz olan yani önceden hesap edilemeyen (a.g.e., s.50), hizmeti talep edenlerin hizmetler konusunda tam bir bilgi sahibi olmadığı (a.g.e., s.52) çeşitli etkileri dolayısı ile hayat süresinin uzamasını sağlayan (a.g.e., s.62) ve hayat kalitesini arttıran hizmetlerdir.

Sağlık Hizmetleri siyasi, sosyal, ekonomik ve insancıl nedenlerle devlet tarafından da sunumu üstlenilen yarı kolektif, yarı kamusal, erdemli-özelliği (Yeğınboy, 1995: 155) sosyal fayda sağlayan (Bulutoglu, 1977: 258) hizmetlerdir.

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “Sağlık Hizmetleri” denir (Öztek, 2000: 73).

Kaliteli bir sağlık hizmeti için kaynakların verimli dağıtılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, kaynakların dağıtımında ve hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete

özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmet kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekir (Uz, 1995: 50).

Sağlık Hizmetleri diğer hizmetler gibi toplumun kökleşmiş kültürel ve sosyal beklentilerini bir bütün olarak yansıtmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998a: 5) ve özellikle eğitim, sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerine çok etkilidir. Ülkelerin benimsemiş oldukları siyasi ve ekonomik düzen farklılıkları, sağlık hizmetlerinin özel öneme sahip kamusal hizmetler olma niteliğini hiçbir zaman değiştirmez (Yeğinboy, 1995: 159). Başarılı bir sağlık hizmetinin üç ön koşulu vardır: Çok sektörlü yaklaşım, Toplum Katılımı, Uygun Teknoloji (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998b: 163).

Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmenin ilk adımı hizmete ihtiyaç duymak ve bu ihtiyacın farkında olmaktır. Bu ise eğitim ile çok yakın ilişkisi olan bir konudur. Sağlık hizmetleri halka kullanabileceği gibi sunulmalıdır (Fişek, 1983: 117). Sağlık hizmetleri herkesi kapsamak zorundadır. Böyle geniş kapsamlı bir hizmeti üstlenen sağlık sektörünün tek başına bu yükü taşıyabilmesi mümkün değildir. Sağlık gibi çok çeşitli bileşenleri olan, birçok sektörle zorunlu olarak işbirliğine girilmesi gereken bir alanda tüm topluma ulaşabilme ve ihtiyaçlarını karşılayabilme, ancak hizmetin işbirliğine açık ve belli alanlarda diğer sektörlerle görev, yetki ve sorumluluğun paylaşılması ile mümkündür (Bozkaya, 1996: 21).

Sağlık Hizmetleri dışında da sağlığı etkileyen faktörler mevcuttur. Bunlar; genetik, mesleki ve çevresel sağlık riskleri, tüketim kalıpları, eğitim, gelir durumu, beşeri ve fiziki sermaye, kalıtım vb. gibi faktörlerdir. (Karabulut, 1999: 355).

1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflaması

Sağlık Hizmetlerini çeşitli şekillerde sınıflamak mümkündür.

1.1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlandırılmasındaki Farklılıklar Bakımından Sınıflama

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasındaki farklılıklar bakımından şu şekilde sınıflama yapılmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 84).

1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetler

Tüm sağlık kuruluşlarında hastalara verilen tedavi edici hizmetler ve hastanın satın aldığı tüm ilaç ve sağlık gereçlerini kapsar.

2. Hastaya Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Periyodik bakım hizmetleri, periyodik diş sağlığı hizmetleri, sağlık tarama ve kontrolleri, aşılar, sağlık eğitimi gibi sağlık hizmetlerini kapsar.

3. Topluma Yönelik Koruyucu Hizmetler

Hastaya yönelik olmayıp tüm halkın sağlığını korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen bulaşıcı hastalıklarla mücadele, kanalizasyon ve altyapı hizmetlerini kapsar.

1.1.3.2. İnsanların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Zaman Ve Amaçlarına (Sağlık Statülerine) Göre Sınıflama

İnsanların sağlık hizmetlerini kullanma zaman ve amaçlarına (sağlık statülerine) göre sınıflama ise şu şekilde yapılmaktadır (a.g.e., s.85).

1. Birinci Derece Koruma Hizmetleri:

Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Örneğin aşılar gibi.

2. İkincil Koruma Hizmetleri

Preseptomatik sağlık hizmetlerini kapsar. Hastalığın erken dönemlerinde henüz belirtiler ortaya çıkmadan teşhis ve tedavisini sağlayan hizmetlerdir. Örneğin menopoza polikliniklerinde meme kanseri, serviks kanseri araştırılması veya osteoporoz araştırılması gibi.

3. Üçüncü Derece Koruma Hizmetleri

Hastalığın ortaya çıkışından sonra hastalığın daha da kötüye gidişini ve hastalık zararlarını engellemeye çalışan sağlık hizmetleridir.

4. Tedavi Ve İyileştirme

Hastalık ve sakatlık durumunu ortadan kaldırarak mevcut sağlık statülerinin yükseltilmesine yönelik sağlık hizmetleridir.

1.1.3.3. Sağlık Planlamacıları Tarafından Yapılan Sağlık Hizmetleri Sınıflaması

Sağlık planlamacıları tarafından yapılan ve en çok kabul gören sağlık hizmetleri sınıflaması (Fişek, 1983: 5) şu şekildedir:

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

a) Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetler sağlık meslek mensupları tarafından yürütülen, aşılama, erken teşhis, aile planlaması, kişisel hijyen, sağlık eğitimi, kemoprofilaksi gibi sağlık hizmetlerini kapsar.

b) Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetlerin amacı çevre sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetler bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından yürütölen hizmetlerdir.

2. Tedavi Hizmetleri

a) Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastanın ilk başvurduğu hekim veya sağlık personeli tarafından verilen evde veya ayakta tedavi hizmetlerini kapsar.

b) İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Yataklı tedavi kurumları tarafından verilen tedavi hizmetleridir.

c) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

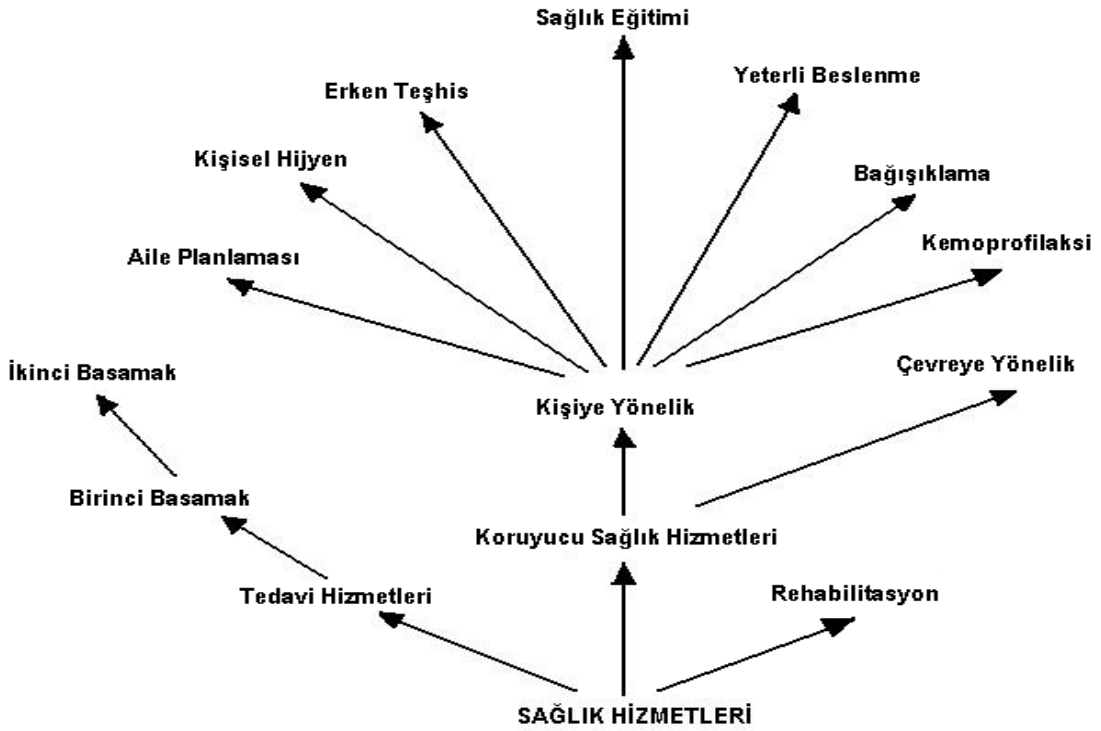
En yüksek Tıp Teknolojilerinin kullanıldığı merkezlerde verilen tedavi edici hizmetlerdir.

3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Ferdin çalışma gücündeki geçici veya kalıcı kayıp nedeni ile kazancın da kesilmesi ile neticelenen çalışma gücünün kişiye yeniden kazandırılması gayretlerine Rehabilitasyon Hizmetleri adı verilir (Kurtulmuş, 1998: 90). Rehabilitasyon hizmetleri 2 boyutludur.

- Sağlık Personeli ve hekimler tarafından yapılan Tıbbi Rehabilitasyon.
- Sosyal Hizmet Uzmanları tarafından verilen iş bulma, işe uyum sağlama gibi kişileri ihtiyaç içine düşmekten koruyan ve toplum içinde uyumlu bir şekilde yaşamalarını amaçlayan Sosyal Rehabilitasyon.

Sağlık planlamacıları tarafından yapılan sağlık hizmetleri sınıflaması Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1 - Sağlık Hizmetleri

Kaynak: FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara – 1983, s.5.

1.2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİ ETKİLEYEN

FAKTÖRLER - SAĞLIK POLİTİKALARI

1.2.1. Sağlık Ve Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktörler

Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin sunumunu, talebini ve kullanımını etkileyen çok çeşitli faktörler mevcuttur. Bu faktörler göz önüne alınmadan bir sağlık planlaması yapmak mümkün değildir.

Bu faktörleri şöyle sıralayabiliriz.

1. Şehirleşme: Şehirleşme ile birlikte gelen çevresel sorunlar hem sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyebilmekte, hem de sağlık hizmetleri ihtiyacını arttırabilmektedir. Ayrıca şehirleşme ile birlikte sağlık mal ve hizmetlerine talep artmaktadır (a.g.e., s.170). Bu talep artışı tıbbi araç, gereç, personel ve diğer imkanlardan haberdar olunması ve bu hizmetlere yakın olmakla ilgilidir.
2. Eğitim ve Kültür: Eğitim ve kültür seviyesi yükseldikçe sağlık durumu ve sağlık hizmetleri kullanımını da yükselmektedir.
3. Ekonomik Gelişme: Ekonomik durumu gelişmiş olan ülkelerde yeni tıbbi teknolojilerin kullanılması ve sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitlilik söz konusudur.
4. Nüfusun Yapısı ve Demografik Değişiklikler: Nüfus artış hızının yüksek olduğu ve genç nüfuslu ülkelerde sunulan ve kullanılan sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri, aile planlaması gibi hizmetler ön planda iken nüfus artış hızının az olduğu ve yaşlı nüfusun yüksek olduğu ülkelerde tedavi hizmetleri ve bakım hizmetleri ön plana çıkmaktadır.
5. Aile Yapısındaki Değişiklikler: Çekirdek aileye inildikçe sağlık talebi artmaktadır (a.g.e., s.165).
6. Kitle İletişim Araçlarının Yaygınlaşması: Kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması sağlık mal ve hizmet talebini arttırmaktadır.
7. Sanayileşme: Sanayileşme çevresel nedenlerle sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerini etkilemektedir.

8. Tıbbi Teknolojilerdeki Değişiklikler: Yeni teknolojilerin ortaya çıkması, erken teşhis yöntemlerinin ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, sağlık hizmetlerinde talebi etkileyeceği gibi toplumun sağlık durumunu da etkiler.

9. Sağlık Hizmetlerinin Toplumun Kültür ve Beklentilerine Uygun Olması: Sağlık hizmetlerini topluma sunmak yetmez. Toplumun kültür ve beklentilerine uygun olmayan hizmetler toplum tarafından benimsenmez ve kullanılmaz (Öztek, 1995: 37).

10. Sağlık Hizmetleri Eksikliğinde Hastalık Risklerine Açık Olmak.

11. Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliği ve Elde Edilebilirliği (Usta, 1999: 128).

12. Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı: Sağlık hizmetlerinin planlamasında, sunumunda ve değerlendirmesinde toplum katılımının sağlanması ve sektörler arası işbirliği sağlık hizmeti kullanımını arttırıcı etkiye sahiptir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998b: 167).

1.2. 2. Sağlık Politikaları Ve Sağlık Sistemleri

1.2.2.1.Halk Sağlığı Politika Modeli

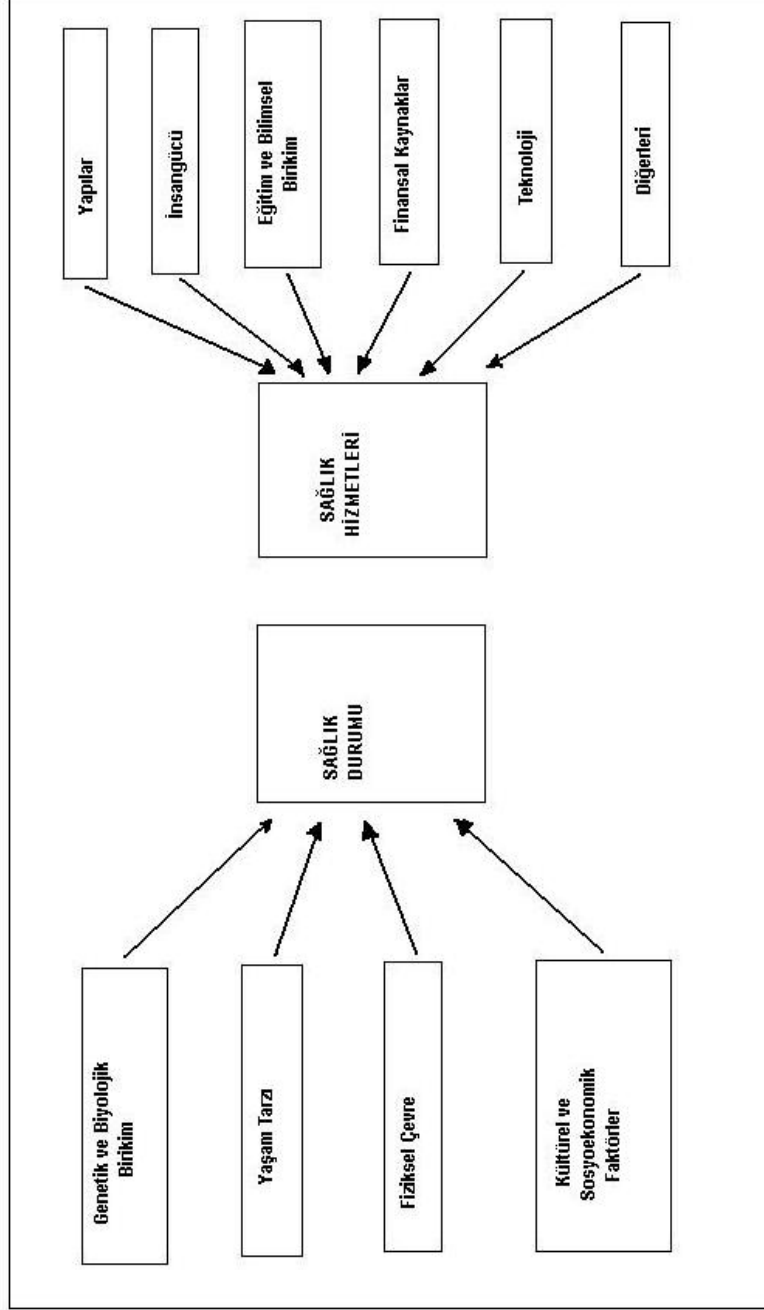
Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerini etkileyen faktörler Sağlık Politikalarının oluşturulmasında göz önüne alınması gereken faktörlerdir. Şekil 2’de Hollanda’da 1984 yılında oluşturulan bir Sağlık Politikası Modeli görülmektedir (Eser, 1995: 86).

1.2.2.2. Alan Güçleri Ve Sağlıklılık Paradigmaları

“Alan güçleri” ve “Sağlıklılık Paradigmalarını” ortaya koyan Blum (a.g.e., s.83) sağlık planlama teorisini 3 temel unsur üzerine oturtmuştur.

1. Alanda sağlığa etkisi olabilecek tüm güçler (alan güçleri paradigması) ve sağlıklılık paradigmasının ortaya konması.

2. Sađlđın doğası, politikası ve sağlık sektörunün sorunlarına toplu bir bakış.
3. Doğru planlama ve uygulama için sistem teorisi yaklaşımı.



Şekil 2 - Halk Sağlığı Politika Modeli

Kaynak : ESER, Erhan, "Hollanda'da "Sağlıklı Toplum" Politikasına Doğru : "NOTA 2000" ve Oluşturulma Süreci, Toplum ve Hekim, Kasım 1994 – Şubat 1995, s.86.

Sağlıklılık Paradigması “Sağlığın çeşitli yönleri birbirinden ayrılmaz ve biri diğerinin yerine ikame edilemez” görüşünden hareketle bunların tümünün birbirinden ayırmaksızın ele alınmasını sağlar.

Alan güçleri paradigması'nın bileşenleri kalıtsallık, yaşam tarzı, çevre ve sağlık hizmetleri sağlığı nelerin etkileyebileceğini gösteren ekolojik görünümü sembolize eder.

Alan güçleri ve Sağlıklılık Paradigmasını gözönüne alarak adım adım oluşturulacak bir metodolojiyle yapılacak bir sistem analizi, en güç sorunların bile ortaya konmasında ve çözüm üretilmesinde faydalı olacaktır.

1.2.2.3. Sağlık Sistemleri

Kapsamlı bir sağlık hizmetleri sisteminde amaç, eldeki kaynakları en iyi biçimde kullanarak mevcut sağlık sorunlarını çözmeye yönelik hizmetleri sağlamak (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998b: 175), ihtiyaç ile arz, merkezilikle desentralize, maliyet ile sonuç arasında uygun bir denge kurmaktır (a.g.e., s.176). Etkisiz hizmet ve yetersiz hizmet sunumu olduğunu gösteren bulgular boşa harcanan kaynaklara, kaçırılan fırsatlara ve sonuç olarak önlenebilir morbidite ve mortaliteye yol açabilecek sorunlara dikkat edilmediğini ifade eder (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998a: 213).

Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemleri 4 ölçüte göre değerlendirilir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel koordinatörlüğü, 1998b: 176):

1. Nüfusun sağlık sorunları üzerinde yarattığı etki,
2. Tahsis edilen kaynaklara göre nüfusun ne kadarının kapsanabildiği,
3. Hedeflere mümkün olan en düşük maliyetle ulaşma açısından hizmetlerin etkinliği,
4. Sağlık hizmetleri tarafından gerçekleştirilmeyen, ancak sağlıkla ilgili faaliyetlerin etkisi.

Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda yakın bir eşgüdüm ve süreklilik gerekir (a.g.e., s.186). Bu eşgüdüm ve süreklilik ancak merkezi hükümetlerin rol olması ile olabilir. Çünkü geleceğin sağlık hizmetleri değişik disiplinlere hakim ekipler tarafından verilecektir.

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN PLANLANMASI

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Planlamasında İstek-İhtiyaç-Hizmet-Kullanım İlişkisi

Sağlık hizmetlerinin planlanabilmesi için toplumun isteklerini, ihtiyaçlarını, gerçek ihtiyaçlarını, algılanan ihtiyaçlarını bilmek ve bunlar arasında bir denge kurmak gerekir. Bu dengeyi kurmak uygulamada çok zordur.

Toplumun istekleri gerçek ihtiyaçlarından daha fazladır. İhtiyaçların tamamını hizmetlerle karşılamak ise mümkün değildir. Ayrıca topluma sunulan hizmetlerin tamamının toplum tarafından kullanılması ise sözkonusu değildir.

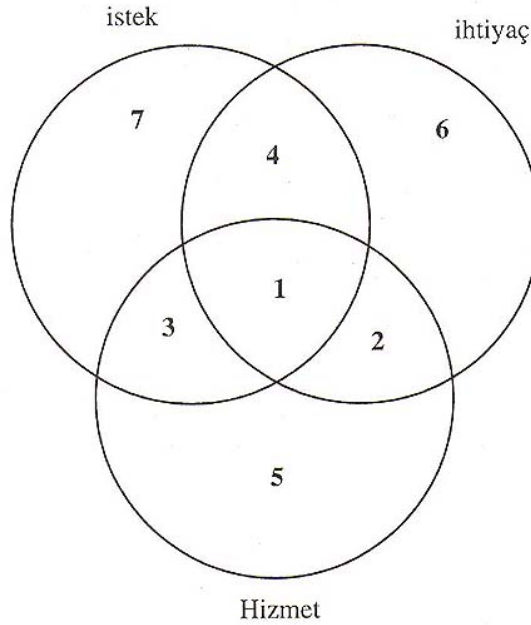
İhtiyaç, istek, hizmet, hizmetlerin kullanımı arasındaki ilişki şu şekilde gösterilebilir (Öztek, 1996a: 5).

İstek > İhtiyaç > Hizmet > Kullanım

Sağlık hizmetlerinin planlamasında hedef, sağlık ihtiyaçlarının mümkün olduğu kadar karşılanabilmesidir.

Şekil 4'de Sağlık İhtiyacı, İstek ve Sağlık Hizmeti arasındaki ilişki gösterilmiştir (a.g.e., ss. 7-9).

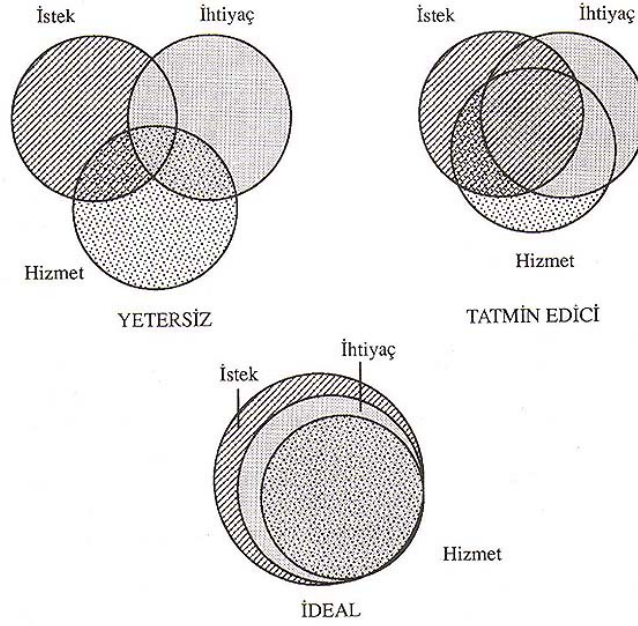
1. ALAN: Hem toplumun isteklerini, hem ihtiyaçlarını, hem de verilmekte olan hizmeti kapsar.
2. ALAN: Toplumun ihtiyaç olup karşılanan hizmetlerdir. Örneğin su klorlanması. Toplumun ihtiyaç vardır, ancak istek yoktur.
3. ALAN: Toplumun isteklerine karşı verilen hizmettir. Gerçek ihtiyaç değildir.
4. ALAN: Toplumda ihtiyaç ve isteği olan ancak yerine getirilemeyen hizmetleri kapsar.
5. ALAN: Ne toplumun isteği vardır ne de ihtiyaç. Kaynak israfına neden olan sağlık hizmetlerini tanımlar.
6. ALAN: Toplumun ihtiyaç olduğu halde karşılanamayan hizmetlerdir.
7. ALAN: Toplum tarafından istenen, ancak gerçek ihtiyaç olmayan ve verilmemesi gereken hizmetlerdir.



Şekil 4 - Sağlıkta İstek - İhtiyaç - Hizmet İlişkisi

Kaynak: ÖZTEK, Zafer, Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlke ve Teknikleri, Sağlık Bakanlığı, Ankara – 1996, s.7.

Şekil 5’de İstek, İhtiyaç, Hizmet arasındaki ilişki yeterli, yetersiz ve ideal olarak şekillerle gösterilmiştir (a.g.e., s.6). Sağlık planlamasında bireylerin sağlık ihtiyaçları hizmetlerin sunumunda ve sağlık kaynaklarının dağıtımında tek başına temel kriter olmamalıdır (Top, 1999: 386).



Şekil 5 - Sağlıkta İstek-İhtiyaç-Hizmet Dengesi

Kaynak: **ÖZTEK, Zafer**, Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlke ve Teknikleri, Sağlık Bakanlığı, Ankara – 1996, s.6.

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz- Talep İlişkisi

Sağlık Hizmetleri tüketimi tesadüfidir. Nerede, ne zaman, hangi ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca hesaplanamaz (Saltık, 1995: 38). Dolayısı ile sağlık hizmetini kimin arzedeceği, ne ölçüde arzedeceği de belirsizdir. Ayrıca sağlık hizmetine ihtiyaç duyan ve bunu talep eden bireyler de sağlık piyasasındaki hizmetler ve bunların değerlendirilmesi hususunda da tam bir bilgi sahibi değildir (Kurtulmuş, 1998: 53).

Sağlık hizmetleri piyasasında tüketici konumunda olan kişinin ihtiyacı ve talebi konusunda tam bir bilgi sahibi olmaması, kişinin özgürlüğünü kısıtlar (Karabulut, 1999: 356). Yani tüketicinin yeterince bilgi sahibi olmaması dolayısıyla bir “bilgi asimetrisi” (Top, 1999: 381) söz konusudur. Sağlık hizmetleri talebinde asıl belirleyici olanlar sağlık profesyonelleridir. Yani hekim hem hizmet arzeden, hem de kişi adına talebin şeklini ve miktarını tayin eden bir konumdadır.

Hekim normal hizmet arzedicilerden 3 noktada ayrılmaktadır (Mortan, 1984: 11).

1. Hekim normal bir hizmet üretiminden farklı bir davranış içindedir.
2. Hekimin ürettiği hizmeti deneme imkanı yoktur.
3. Hekim kendi çıkarlarından çok toplumun ve tüketicinin çıkarına dönük bir çaba içindedir (olmalıdır).

Sağlık hizmetlerinde talebi ortaya çıkaran faktör “ihtiyaç” faktörüdür (Kurtulmuş, 1998: 54) ve bu talep fiyattan bağımsız olarak oluşur (Özgüven, 1972: 159). Talep düzensizdir. Ekonomik krizler bu talebi kısarken salgın ve bulaşıcı hastalıklar sağlık hizmetleri talep ve tüketiminde patlamaya yol açar (Saltık, 1995: 38).

Piyasa ekonomisindeki “talep arzı doğurur” kuralının tersine sağlık mal ve hizmetlerinde yeni buluşların ortaya çıkması ve uygulanması ile arz talebi doğurmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 183). Bu özellik “arzın yarattığı talep” (Top, 1999: 381) olarak adlandırılır. Sağlık sektöründe arz kaynakları yetersiz, talep de yeterince bilinçli değildir.

Sağlık politikaları belirlenirken de arz ve talep önem kazanır. Arz yönlü ve talep yönlü politikalar vardır (Belek, 1995: 24). Talep yönlü politikaya göre, sağlık hizmetinin fiyatını, kalitesini, neyin ne kadar üretileceğini tüketicinin talebi belirlemektedir. Arz yönlü politikaya göre ise herkes ödeme gücünden bağımsız olarak belli bir hizmet paketinden yararlanabilmelidir.

Talep yönlü politika doğrultusunda belirlenmiş olan sağlık sisteminde hizmet sunumunu piyasa kurallarına bırakmak, finansmanda özel, isteğe bağlı sigorta eğilimlerini örgütlemek eğilimi vardır.

Arz yönlü Politika doğrultusunda belirlenmiş olan sağlık sistemlerinde ise sağlık hizmetlerinde evrensel sunum, eşit hizmet yararlanımı ve kamu denetimi gibi sosyalizasyon ilkeleri ön plana çıkar.

Sağlık hizmetleri arz sistemleri aracılığıyla üretilecek ve talep sistemleri aracılığıyla tüketilecek olan hizmetlerdir (Sorgutan, 1993: 9).

1.4. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ TARAFINDAN ÖNERİLEN SAĞLIK HİZMET İLKELERİ

Kişilere sağlık hizmetlerinin hakkaniyet ölçüleri içinde, yeterli ve verimli bir biçimde verilebilmesi için Dünya Sağlık Örgütü tarafından şu ilkeler önerilmektedir.(Öztek, 1996b: 8-9)

1. Hizmetlerin Var Olması

Sağlık hizmetleri bir insan hakkıdır. Sağlık hizmetleri herkese, her yerde ve her zaman verilmelidir. Sağlık hizmetleri kişilerin kolayca ulaşabilecekleri ve ihtiyaç duydukları anda erişebilecekleri biçimde örgütlenmelidir.

2. Hizmetlerin Kabul Edilebilir Olması

Sağlık hizmetleri sunulurken toplumun sosyal ve kültürel özellikleri de dikkate alınmalı ve sağlık hizmetlerinin yeterince kullanılmasını sağlayıcı politikalar geliştirilmelidir.

3. Sağlık Hizmetlerinin Entegre Bir Anlayışla Verilmesi

Sağlık hizmetlerinin entegre verilmesi hizmetlerde duplikasyonu önler, paradan ve personelden tasarruf sağlanabilir, kişiler ve aileler bir bütünlük içinde ele alınabilir. Entegre hizmet örgütün karmaşıklığını giderir, hizmetlerin halk tarafından kullanımını da kolaylaştırır.

4. Kademeli Hizmet Anlayışı

Kişilerin öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaları, gerekirse sırasıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi önerilmektedir.

5. Ekip Anlayışı

Sağlık hizmetleri hiçbir meslek grubunun tek başına verebileceği hizmetler değildir. Sağlık hizmetleri ancak bir ekip anlayışı içerisinde sürdürülebilecek hizmetlerdir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. CUMHURİYET DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. TARİHSEL SÜREÇ

Cumhuriyet dönemi sağlık politikalarının tarihsel süreci incelendiğinde koruyucu hizmetlerin ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesinde ve örgütlenmede farklılıklar içeren çeşitli dönemler görülecektir. Bu dönemler ve özellikleri şu şekilde özetleyebiliriz.

2.1.1. Refik Saydam Dönemi – (1920-1937)

1920 – 1937 arasında kısa bir dönem hariç T.C. Sağlık Bakanlığını Refik Saydam yapmıştır. Ülkemizin savaştan çıktığı bu dönemde nitelikli insangücü, fiziksel yapı ve tıbbi araç-gereç yokluğu en önemli sorunlardı.

Bu dönem sağlık politikasının ana prensibi koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet görevi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise yerel yönetimlerin görevi olması, sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile tek elden yürütülmesidir (Özsarı, 1998b: 20).

Bu dönemin temel örgütlenme birimi Hükümet Tabipliği–Sağlık Müdürlüğü sistemidir. Ayrıca sıtma, trahom, frengi gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacıyla Sağlık Müdürlüğüne bağlı olmayan dikey örgütlenme modelleri tercih edilmiştir. Merkezi idare koruyucu sağlık hizmetlerini üstlenirken tedavi edici hizmetler mahalli idarelere bırakılmış, bu dönemde Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığına bağlı Numune Hastaneleri kurulmuştur. Belediyeler ve Özel İdareler hastane açmak için teşvik edilmiştir.

Bu dönem sağlık insangücü politikasının en önemli ve değerli yönü Kamu sektöründe çalışan sağlık personelinin atama, terfi ve disiplin işlemlerinin tek bir elde, Sağlık Bakanlığında toplanmasıdır (Fişek, 1983: 160).

2.1.2. 1937 - 1949 Dönemi

Bu dönemin en önemli özelliği nüfus kriterlerine göre (her 40 köye yaklaşık 20.000 nüfusa hitap edecek şekilde) Sağlık merkezleri kurulması ve entegre hizmet götürme anlayışının hakim olmasıdır. Bu anlayışı tedavi hizmetlerinin örgütlenmiş olarak köylere kadar götürülme amacını taşımaktadır. Fakat uygulama başarısız olmuş ve amaca ulaşılammıştır (a.g.e., s.162).

1945 yılında kurulan İşçi Sigortaları Kurumu 1952 yılından itibaren sağlık hizmeti vermeye başlamış, hastaneler ve sağlık teşkilatı kurmuş ve bu hastanelere hekim ataması bu kuruma bırakılmıştır. Bu anlayış, kamu sektöründe çalışan hekim ve yardımcı sağlık personelinin Sağlık Bakanlığı eliyle tek elden yürütülmesinin terki anlamı taşımaktadır. Bu durum sektörler arası personel dağılımını olumsuz etkilemiştir (a.g.e., s.162).

2.1.3. 1950 – 1960 Dönemi

Bu dönem sağlık politikasındaki en önemli değişiklik özel idare hastanelerinin devletleştirilmesidir. Bu değişiklik tedavi hizmetlerinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi anlamını taşımaktadır. Tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde yürütülmesine imkan sağlayan bir politika değişikliğidir. Ancak bu dönemde de koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik yasal düzenlemeler ve Verem Savaş, Sıtma Savaş, AÇSM gibi dikey örgütler kurulmuştur.

SSK'nın kendi sağlık ünitelerini kurmaya başlamasından sonra diğer kamu kurumlarının da “kendi sağlık hizmetini kendisinin vermesi” eğilimi yaygınlaşmış

(Turan, 1999: 399), Sağlık Bakanlığının sorumluluğu bölünmüş, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluş sayısı gittikçe artmıştır.

2.1.4. 1960 Sonrası Dönem

1961 Anayasası'nın "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir" (Anayasa, 1961: m. 49) hükmü uyarınca 1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Bu kanun sağlık politikalarının temel ilkelerini belirleyen bir kanundur. Bu kanun, Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, ilk basamak tedavi hizmetlerinin kırsal kesimlere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasını, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu kesiminde hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmektedir.

Sağlık hizmetlerinde il bir bütün olarak ele alınıp nüfus ve coğrafik yapıya göre; Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Sağlık Grup Başkanlığı ve Sağlık Müdürlüğü hiyerarşik yapısı kurulmuş, tedavi hizmetlerinde ise Sağlık Ocağı, İlçe Devlet Hastanesi, İl Devlet Hastanesi arasında sevk zinciri oluşturulmuştur.

İlk olarak 1963 yılında Muş İlinde başlayan sosyalleştirme uygulaması kademeli olarak yaygınlaştırılmış ve 1984 yılında tüm iller bu kapsama alınmıştır. Sosyalleştirme 1963-1965 arası başarılı bir şekilde uygulanmış, 1966 yılından itibaren başarısız bir uygulama şekline dönüşmüş, ancak yerine konacak başka bir örgüt modeli bulunamamıştır (Fişek, 1983: 166).

1982 Anayasası "Sağlık Hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" (Anayasa, 1982: m.56) hükmünü getirmektedir. Ayrıca "Devlet sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp, hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından

faydalanarak, onları denetleyerek yerine getirir” (a.g.e., m.56) hükmü ile anayasada ilk kez sağlık hizmetlerinde özel sektörden söz edilmektedir.

1961 Anayasası’nda “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir” şeklinde ifade edilen ve devleti bireyin sağlığını korumakla sorumlu tutan anlayış yerini 1982 Anayasası’nda “Çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir” ifadesi ile bireyi ve devleti çevre sağlığını korumakla görevlendiren bir anlayışa bırakmıştır (Turan, 1999: 400).

2. 2. TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; evde ve ayakta tedavi hizmetleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bir kısmını kapsar.

Geniş bir kitleye hitap etmesi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti vermesi, maliyetinin düşük olması birinci basamak sağlık hizmetlerine genel sağlık hizmetleri içerisinde önem kazandırmıştır. birinci basamak sağlık hizmetleri Türkiye’de yaygın ve örgütlü olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Türkiye’de sağlık sisteminin kalbi toplumun en uç noktalarına kadar ulaşabilmesi nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetleridir (Türk Tabipleri Birliği, 1999: 41). Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde en yaygın, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini entegre olarak veren kuruluşlar sağlık ocaklarıdır.

Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları şunlardır:

1. Sağlık Evi
2. Sağlık Ocağı (Köy Tipi, İlçe Tipi, İl Tipi)
3. Verem Savaş Dispanseri
4. Ana- Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

5. Ruh Sağlığı Dispanseri
6. Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanseri
7. Cüzzam Savaş Dispanseri
8. Hudut-Sahil ve Havalimanı Denetleme Merkezi

Sağlık Bakanlığı dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşları Şunlardır:

1. Belediyeler
2. Milli Eğitim Bakanlığı Dispanserleri
3. T.C.D.D. Genel Müdürlüğü Dispanserleri
4. PTT Dispanserleri
5. Çeşitli Kamu Kurum ve Kuruluş Dispanserleri
6. Özel muayenehane, poliklinik ve sağlık kabinleri
7. Çeşitli kamu, özel ve üniversite hastanelerinin poliklinikleri ve sağlam çocuk poliklinikler

Sağlık Bakanlığı dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda genellikle ayakta tedavi hizmetleri verilmekte, kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin bir kısmı talep üzerine ve düzensiz bir Şekilde verilmekte, çevreye yönelik koruyucu hizmetler ise verilmemektedir. Bu nedenle bu kuruluşlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin sadece ayakta tedavi komponentinin verildiğini söyleyebiliriz.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ikinci komponenti olan koruyucu sağlık hizmetlerini örgütlü ve yaygın olarak veren ve koruyucu sağlık harcamaları yapan tek kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır (a.g.e., s.11). Buna rağmen halkımızın en az tanıdığı hizmet koruyucu sağlık hizmetleridir ve beğeni düzeyi Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu hizmetler arasında ortalama beğeni düzeyinin altındadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1996: 22).

Özel sağlık sektörünün koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik planlı hemen hiçbir uygulaması yoktur (Türk Tabipleri Birliği, 1999: 11). Özel sağlık kuruluşlarının kâr amaçlı aşılama faaliyetleri ve sağlam çocuk gelişim takipleri, gebe takipleri koruyucu

sağlık hizmetleri içerisinde kabul edilebilir. Ancak topluma yönelik planlı bir koruyucu sağlık hizmetinden söz etmek mümkün değildir.

Aslında koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın iyileştirilmesi konusunun sadece sınırlı bir kısmı sağlık sektörü içerisinde yer alır. Çevre, iş çevresi, konut sektörü, trafik güvenliği, üretilen çeşitli mal ve hizmetlerin güvenliği gibi sağlık dışı alanlardaki gelişmeler toplumun genel sağlık düzeyinde büyük bir öneme sahiptir.

Hastalıklardan korunma, toplumun tüm kesimlerinde, tüm çalışma alanlarında birçok girişimi içerir. Sağlık sektörü içerisindeki koruyucu sağlık hizmetleri alanına ise aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetimi, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalık tarama programları, hıfzısıhha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği, çevre faktörlerinin kontrolü gibi faktörler girmektedir (Kurtulmuş, 1998: 86). Beslenme, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi, işçi ve iş sağlığı gibi tüm toplumun sağlığını geliştirecek sağlık hizmetleri de koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir (a.g.e., s.86).

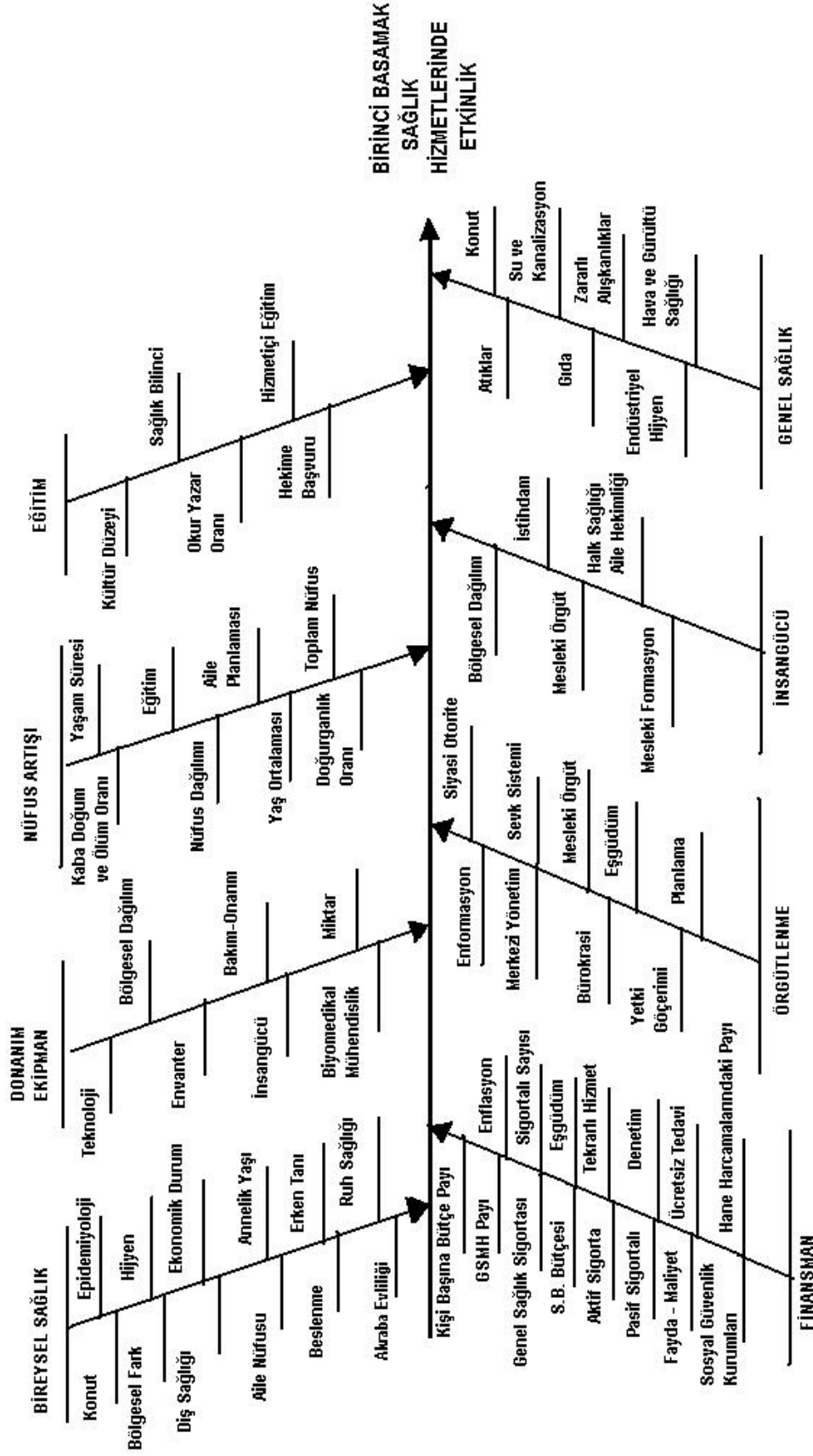
Korumanın çok önemli ve örgüt eli yürütülen bir hizmet olması ve halk tarafından para ödenerek satın alınmaması nedeni ile koruyucu sağlık hizmetleri her ülkede devlet hizmeti olmuştur ve memur olan hekim, ebe, hemşire ve teknisyenler eli ile yürütülme zorunluluğu doğmuştur (Fişek, 1983: 13). Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı birinci basamak tedavi hizmetleri ile entegre bir şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel kuruluşu olan sağlık ocakları tarafından verilmektedir.

2.3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; gerek başvuran kişilerin sayısı, gerek sunulan hizmet türlerinin çeşitliliği, gerekse de hizmet sunumunun hastane boyutu ile olan ilişkisi nedeniyle büyük önem taşımaktadır ve bugün bütün dünyada üzerinde çok fazla

durulan ve hizmet sunumunda kalite ve etkinliğini geliştirmek için yoğun çalışmalar yapılan bir alandır (Kaya, 1999: 425).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkinlik konusuyla ilgili sorunların kaynaklandığı ilgi alanları Şekil 6'da kılçık diyagramı ile (Sayın, 1995:164) zetlenmiştir. Kılçık diyagramında yer alan unsurlara bağlı sorunların giderilmesi yolundaki çalışmalar birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkinliği arttıracaktır.



Şekil 6 - Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Diyagramı

Kaynak: SAYIN, Kudret Şevket, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Fayda Analizi ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi" Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ankara – 1995, s.164.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK OCAĞI - ÇALIŞMA YÖNTEMLERİ - HİZMETLERİ- MEVCUT DURUM ANALİZİ

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren en temel kuruluş sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocakları en uç noktalara kadar hizmet götürecek şekilde örgütlenmiştir. Bu kuruluşlarda kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bir kısmı, evde ve ayakta tedavi hizmetleri entegre bir hizmet anlayışı ile verilmektedir (Öztek, 1996b :1).

Türkiye’de 1997 itibariyle 4.802 adet Sağlık Ocağı bulunmakta iken (Dedeoğlu, 1997: 70), 1998’de 5.185’e (Özsarı, 1998a) 1999 yıl sonu itibariyle 5.608’ e ulaşmıştır (T.C. 2000 Yılı Programı). Sağlık ocağının bir alt birimi olan sağlık evi sayısı 1998 yılında 11.151 (Özsarı, 1998a), 1999 yılı sonunda 12.605’e ulaşmıştır (T.C. Hükümeti 2000 Yılı Programı).

Sağlık ocakları nüfusa göre örgütlenme esasına göre kurulurlar. Sağlık ocağı başına düşen nüfus açısından en iyi durumdaki bölge Karadeniz, en kötü durumda olan bölge ise Marmara Bölgesidir (Türk Tabipleri Birliği, 1999: 13).

Sağlık ocağı başına düşen nüfus bakımından en kötü durumdaki il İstanbul (51.025) ve Ankara (23.576)’dır (a.g.e., 13). Üç büyük il ve özellikle de İstanbul’un durumu sağlık ocaklarının Türkiye’deki dağılımı içinde ayrı bir konumu bulunmaktadır.

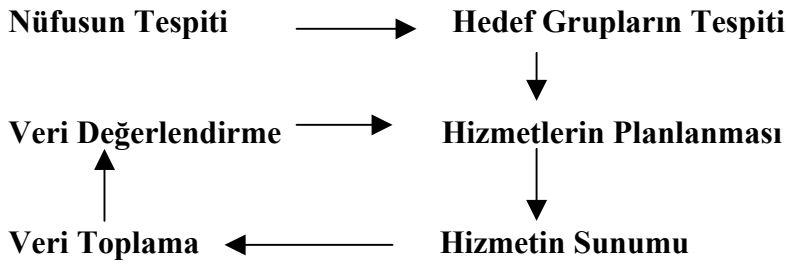
Sağlık ocakları nüfusa göre örgütlenme esasına uygun olarak kırsal veya kentsel bölgelerde kurulabilirler. Hekimlerin çalıştıkları en periferdeki kuruluş sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocaklarında çalışacak personelin sayıları ve nitelikleri yönetmelik ve yönergelerle belirlenir. En küçük sağlık ocağındaki çekirdek kadro hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebelerden oluşmaktadır.

Sağlık ocakları sağlıkla ilgili verilerin toplandığı en uç ve en temel birimlerdir. Bu veriler ulusal bazda değerlendirilerek ülkenin sağlık hizmetleri ile ilgili kararlar alınmaktadır ve politikalar oluşturulmaktadır.

3.1. SAĞLIK OCAKLARININ ÇALIŞMA YÖNTEMLERİ

Sağlık ocakları hizmetleri için temel koşul nüfus ve nüfus ile ilgili tespitlerin yapılmasıdır.

Nüfusun tespiti, nüfus değişikliklerinin izlenmesi, hedef grupların tespiti ve hizmetin planlaması için gereklidir.



3.1.1. Sağlık Ocaklarında Nüfus İle İlgili Kayıt Ve Formlar

1. Ev Halkı Tespit Fişi = ETF (Form- 001)

Sağlık ocağının en önemli ve temel kaydı ETF'dir. Sağlık ocağı bölgesindeki toplumun sağlık düzeyi ve ocağın hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerin yapılmasında kullanılan hemen bütün göstergeler yıl ortası nüfusa göre yapılır. Sağlık ocağı bölgesindeki her ev halkı için doldurulan bu forma hanede oturan tüm bireylerin adı soyadı, baba ve ana adı, doğum tarihi, cinsiyeti, medeni hali, öğrenim durumu, işi ile ilgili bilgiler ve evin çevre sağlığı koşulları yazılır.

2. Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılım Formu = Form 002 – Form 003

Yıl ortası nüfusun yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları gösterilir ve bu dağılıma göre nüfus piramidi çizilir. Bu form ETF'deki bilgilerden yararlanılarak doldurulur.

3. Kişisel Sağlık Fişi = Form 004

ETF'de tespit edilen her kişi için bir kişisel sağlık fişi düzenlenir ve kişi ile ilgili tüm sağlık bilgileri bu fişe kaydedilir.

4. Gebe – Lohusa İzleme Fişi

Ebeler ev ziyaretleri esnasında tespit ettikleri gebeleri “Gebe ve Lohusa İzleme Fişi”ne işlerler. Gebelik boyunca gebelik takipleri ve sonuçları, aşılama ve lohusalık dönemleri ile ilgili verilmesi planlanan hizmetler verilmeli ve kaydedilmelidir.

5. Çocuk İzleme Fişi = Form 006

Bölgede yaşayan 0-5 yaş arası her çocuk için çıkarılır ve hastalıkları, aşılımları, gelişme verileri bu fişlere işlenir.

6. 15-49 Yaş Evli Kadın İzleme Fişi

Bu form ile bölgedeki 15-49 yaş arası doğurgan çağıdaki bütün evli kadınlar hakkında bilgi elde edilir. 15-49 yaş arası her evli kadın 4 ayda bir yani yılda 3 kez ziyaret edilir ve formdaki bilgiler sorulur ve güncelleştirilir.

7. Gezi Programı ve Beyanı

Sağlık ocağı bölgesindeki köy ve evler ziyaret edilerek gebe ve çocuk izlemleri, çevre sağlığı ve halk eğitimi çalışmaları yürütülür. Hasta ziyaretleri ve gerekirse poliklinik hizmetleri verilir. Gezi programları bir sonraki aya ait bir programdır. Sağlık hizmetlerinin planlamasının bir parçasıdır. Nüfus ile ilgili kayıt formlarının güncelleştirilmesinde büyük önem taşır.

3.1.2.Sağlık Ocaklarında Çalışma Bildirim Formları Ve Hastalık Bildirim Formları

Sağlık ocağında görevli her sağlık personeli günlük olarak yaptığı işleri kaydetmekle yükümlüdür. Bu işler ay sonunda toplanarak her personel için ayrı ayrı düzenlenen formlara geçirilir.

Bu formlar şunlardır.

1. Ebe Aylık Çalışma Bildirisi – Form 008
2. Sağlık Memuru Aylık Çalışma Bildirisi – Form 009-020
3. Halk Sağlığı Hemşiresi Aylık Çalışma Bildirisi-Form 010
4. Ocak Hekimi Aylık Çalışma Bildirisi – Form 011
5. 0-59 Ay Aşı Kayıt Fişi –Form 012A
6. 5 Yaş Üzeri Aşı Kayıt Fişi -Form 012B
7. Aşı Sonuçları Bildirisi – Form 013
8. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi – Form 014 (Serbest çalışan hekimlerce doldurulup sağlık ocaklarına verilir)
9. Haftalık Bulaşıcı Hastalıkları Bildirme Fişi – Form 015
10. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi – Form 016
11. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Formu – Form 017
12. Hasta Sevk Kağıdı Formu – Form 019
13. Çevre Sağlığı Aylık Çalışma Çizelgesi – Form 020
14. Halk Sağlığı Eğitimi Aylık İcmal Çizelgesi – Form 021
15. Aylık Kuduz Mücadele Formu
16. Gıda Zehirlenmesi Cetveli
17. Sağlık Ocağı Aylık Doğum Cetveli
18. Sağlık Ocağı Aylık Ölüm Cetveli
19. Aile Planlaması Aylık Çalışma Formu – Form 102
20. İshal ve Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Aylık Bildirim Formu
21. Ölüm Vesikası İstatistik Fişi
22. Mernis Ölüm Tutanağı

3. 2. SAĞLIK OCAĞI HİZMETLERİ

3.2.1. Ana – Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Hizmetleri

3. 2.1.1. Ana Sağlığı Hizmetleri

- Gebelerin tespiti ve izlenmesi,
- Doğumların uygun koşullarda yaptırılması,
- Doğum sonu izlemleri,
- Anne Eğitimi.

3. 2. 1. 2. Çocuk Sağlığı Hizmetleri

- Çocuk gelişiminin izlenmesi ve sağlıklı beslenme eğitimi,
- Aşılama,
- İshalli hastalıkların kontrolü,
- Solunum Yolu Hastalıklarının kontrolü.

3. 2. 1. 3. Aile Planlaması Hizmetleri

- Doğurgan çağıdaki kadınların izlenmesi,
- Aile planlama hizmetleri konusunda halkın bilgilendirilmesi,
- Aile planlaması yönteminin uygulanması,
- Aile planlaması yöntemi uygulayanların izlenmesi.

3. 2. 2. Çevre Sağlığı Hizmetleri

Çevre sağlığı ile ilgili işlerin çoğu sağlık dışı sektörlerle (Belediye, Çevre Bakanlığı gibi) ilgilidir. Sağlık ocaklarında verilen başlıca çevre sağlığı hizmetleri şunlardır:

- 1. Su Denetimi:** Belediye bulunmayan ya da belediye hekimi bulunmayan yerlerde içme suyu denetimi ve dezenfeksiyonu sağlık ocağı sorumluluğundadır.
- 2. Hela Denetimi:** Özellikle kırsal kesimlerde ve büyük afetler sonrası altyapısı bozulmuş yerlerde hela denetimleri sağlık ocaklarınca yapılır.

3. İşyeri Denetimleri

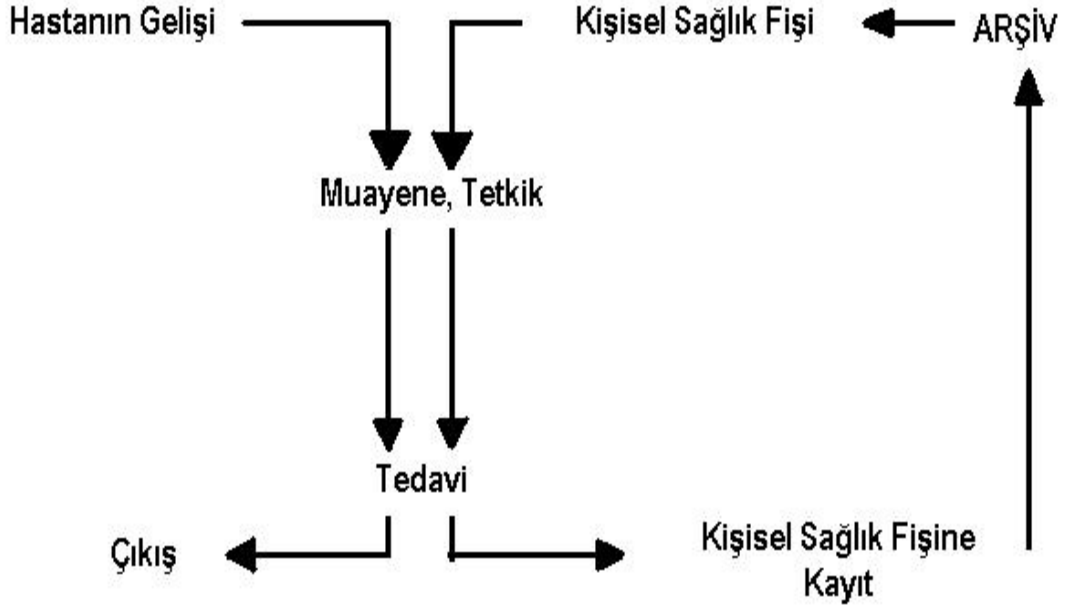
4. Gıda Maddeleri Denetimleri: Gıda ile ilgili işyerlerinin sağlık koşullarının denetimi Sağlık Bakanlığı'nın, gıdaların sağlık koşullarına uygunluğu ise Tarım Bakanlığı'nın sorumluluğundadır.
5. Gıda maddeleri üreten ve satan yerlerde çalışan personelin portör ve periyodik muayenelerinin yapılması o bölgedeki sağlık ocağının sorumluluğundadır.
6. İşyerlerinin Açılma İzinleri: Gıda maddesi üreten ve satan işyerlerinin açılma izinleri Sağlık Bakanlığı tarafından verilir. Bazı kurallara uyulmadığında sağlığa zarar verebilecek kuruluşlar Gayrisihhi Müessese olarak tanımlanır. Birinci sınıf gayrisihhi müesseselerin açılış izinleri Sağlık Bakanlığı tarafından verilir. İkinci ve üçüncü sınıf gayrisihhi müesseselerin açılmasında sağlık ocakları doğrudan rol alır.

3. 2. 3. Sağlık Ocağı Poliklinik Hizmetleri

Sağlık Ocaklarında birinci basamak evde ve ayakta tedavi hizmetleri verilir. Bu poliklinik hizmetinin iki ana unsuru mevcuttur.

1. **Kişisel Sağlık Fişi:** Sağlık ocağı sorumluluk bölgesindeki her birey için ETF'lerden kişisel sağlık fişleri çıkarılır. Kişisel sağlık fişlerine o bireyin aşı, teşhis, tedavi gibi bütün sağlık bilgileri işlenir. İkinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilen kişilerin geri dönüşlerinde Form 019'daki bilgiler de kişisel sağlık fişlerine işlenir.
2. **Sevk Zinciri:** Sağlık ocaklarının öngörülen çalışma sisteminde sağlık ocağı sorumluluk bölgesindeki şahısların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetinin öncelikle sağlık ocağı tarafından karşılanması, gerekirse ikinci basamak sağlık hizmetleri veren bir kuruluşa sevk ve bunun sonucunun takibi söz konusudur.

Sağlık Ocağı Poliklinik Hizmetini şu şekilde şematize edebiliriz.

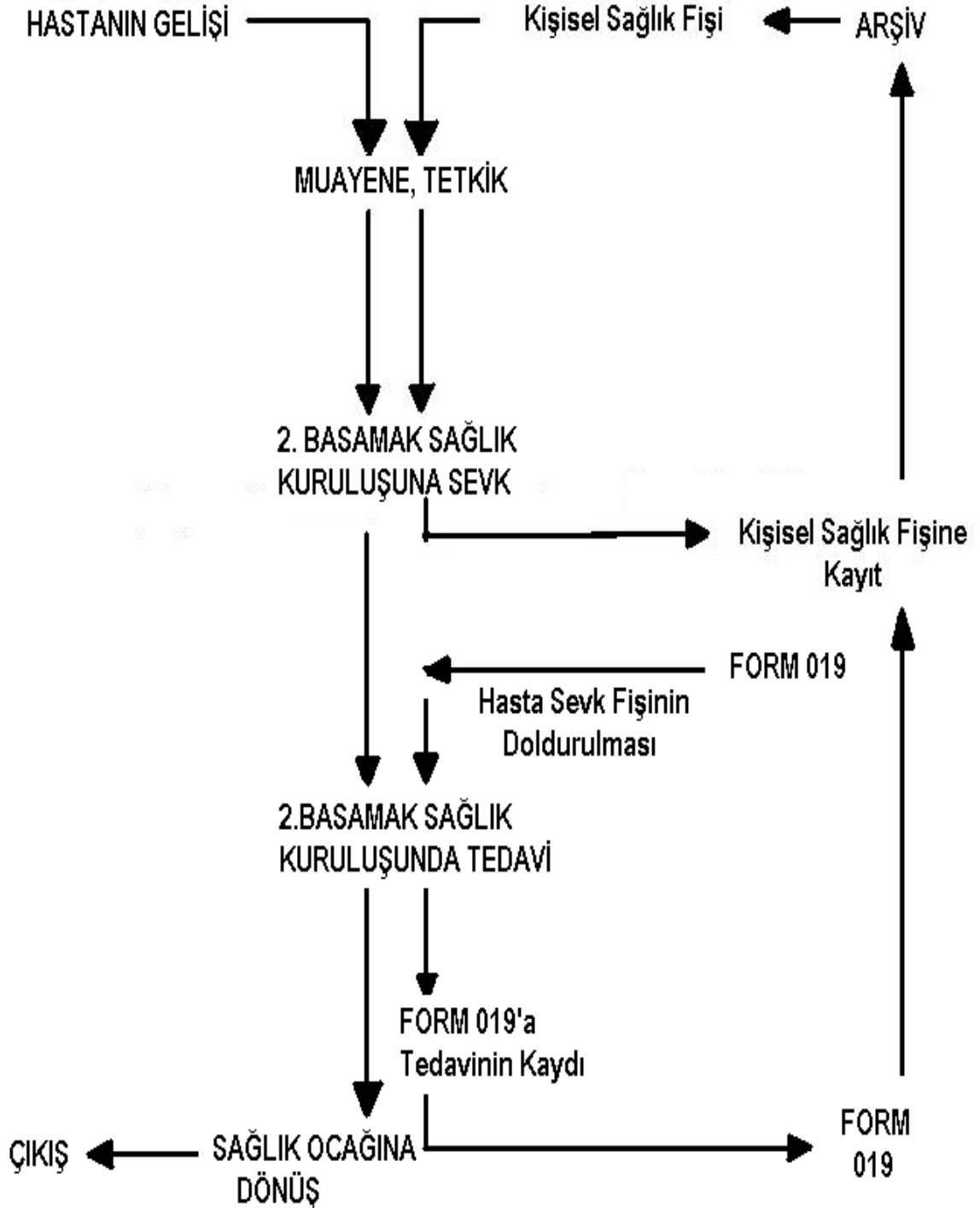


Şekil 7 - Sağlık Ocağı Poliklinik Hizmet Şeması

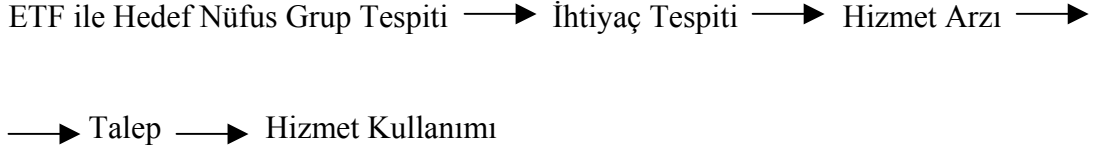
Sağlık Ocağından İkinci Basamak Sağlık Kuruluşuna sevk durumu Şekil 8’de şematize edilmiştir.

3. 3. KENTSEL ALANDA SAĞLIK OCAĞI ÇALIŞMASI MEVCUT DURUM ANALİZİ

Öngörülen çalışma sisteminde sağlık ocakları kendi sorumluluk bölgesinde ETF ile nüfus ve hedef nüfus grupları ile ilgili tespitler yapacak, bu grupların ihtiyaçlarını tespit edecek, planlama yaparak ihtiyaca uygun hizmet arz edecek ve arz edilen hizmetin kullanılabilmesi için eğitim ve benzeri yollarla talep oluşturacaktır.



Şekil 8 - Sağlık Ocağı Sevk - Kayıt Şeması



Ancak kentsel alanda ETF'lerin yapılmaması ile öngörülen sistem işlememekte, sağlık hizmetleri ihtiyacı hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan halktan gelen talepler ve bu talepleri karşılamaya yönelik hizmet arzı sözkonusu olmaktadır. Yani sadece aşılamaya getirilen çocuklar aşılanmakta, aile planlaması hizmetleri sadece talep edene verilmekte, sadece müracaat eden gebelerin gebelik ve lohusalık takipleri ve aşılama yapılmaktadır. Kentsel alanda sadece talep edene sağlık hizmeti verilmesi sağlık ocaklarını sosyalizasyon amacından uzaklaştırmaktadır.

3.3.1. Sağlık Ocaklarında Poliklinik Hizmetlerinin Analizi

Sağlık Ocaklarının öngörülen çalışma sisteminde Sağlık Ocağı sorumluluk bölgesindeki şahısların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetinin mümkün olduğu kadar Sağlık Ocağında karşılanması, gerekirse İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına sevk edilmesi ve bunun sonucunun takibi sözkonusudur. Yani, sağlık ocakları ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların önünde birer filtre görevi gören kuruluşlar olması gerekir (Öztek, 1996b :1). Sağlık ocaklarında başvuruların % 90-95'inin çözümlenebileceği, % 5'inin ise sevk gerektirebileceği kabul edilmektedir. Gelişmiş ülkelerden pek çoğu sağlık sorunlarının % 90'a varan kısmını birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çözmektedirler ki bu da sağlık hizmetlerinin maliyetini anlamlı ölçüde azaltmaktadır (SB., 1996: 1). Yurdumuzda ise birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerin en küçük yerleşim yerlerine ulaşmış olmasına rağmen kullanım oranları düşüktür (a.g.e., s.1). Sağlık ocakları halktan gereken ilgiyi görmemektedir (Çoruh, 1995:24). Her türlü sağlık ihtiyaçları için hastaneler tercih edilmektedir. Yapılan bir saha araştırmasında (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1999: 13) nüfusun % 48,7'si ilk başvuru merkezi olarak hastaneleri tercih etmektedir. Bu oran kentsel kesimde %

57,6 olarak bulunmuştur. Bu tercihin en önemli nedenlerinden birisi ülkemizde İkinci Basamak Sağlık Hizmeti veren kuruluşların Birinci Basamak Sağlık Hizmeti veren kuruluşlardan önce gelişmiş olmasıdır (Öztek, 1996c :7). Sevk sisteminin işlemesi durumunda Hastane/Sağlık Ocağı poliklinik oranı 1/9 olması gerekirken bu oran 6/4 dür (Türk Tabipleri Birliği, 1999: 30). Sevk sisteminin işlemeyişi hastaneler üzerindeki iş yükünü arttırmaktadır (a.g.e., s.42). Normal poliklinikler üzerindeki yükün artmasının yanısıra Acil servislerin amaç dışı kullanımına da sebep olmaktadır (Akbulut, 1999: 189). Hastaneler İkinci Basamak Sağlık Hizmeti vermek üzere örgütlenmiş olmasına rağmen kaynaklarının büyük bir kısmını Birinci Basamakta verilebilecek hizmetlere ayırmak zorunda kalmaktadır (Kaya, 1999: 425).

Sağlık Ocaklarının poliklinikleri halk tarafından farklı amaçlarla kullanılmaktadır. Bunu iki ana grupta toplayabiliriz.

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Anlayışına Uygun Kullanımlar

- Şahıslar tedavi olmak amacıyla polikliniğe başvururlar.
- Danışmanlık hizmeti almak amacıyla polikliniğe başvururlar.
- Kronik hastalıkların takibi için başvururlar.
- Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocağında tedavisi mümkün olmayanların ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara sevk edilmesi amacıyla polikliniğe başvururlar.

2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Anlayışına Uygun Olmayan Poliklinik Hizmet Kullanımı

- Kronik hastalıkları olanlar hastalıkları ile ilgili tedavi reçetelerini resmi reçeteye çevirmek amacıyla hizmet talep ederler. Bu hastaların teşhis ve tedavileri ve kontrolleri başka sağlık kuruluşları (özel hastane, özel muayenehane, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri) tarafından yapılır. Bu uygulama hukuki ve etik açıdan birçok sakıncalar içermektedir.

- Devlet Memurları ve Yeşil Kartlı bireyler aldıkları sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından hukuki olarak belli bir sevk zinciri izlemek zorundadırlar. Ancak bu kesimlerin önemli bir kısmı öncelikle ikinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlara başvurmakta, daha sonra formaliteleri tamamlamak amacıyla sevk zincirini işletmektedirler.
- İkinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlarda tahlil ve tetkik için veya kontrol amacıyla randevu verilen bireylerin randevu nedeniyle yapılan sevk işlemleri sağlık ocağının poliklinik işyükünü gereksiz yere arttırmaktadır.

3. 3. 2. Sağlık Ocaklarında Sevk Zincirinin Amaç Dışı Kullanım Nedenleri

Sağlık Sistemimiz sevk zinciri uygulamasını öngörürken uygulamada sevk zinciri amacından uzaklaşmakta, sevk oranları yüksek seyretmektedir. Sevk oranlarının yüksek olmasının hasta ve sevk yapan hekim açısından nedenlerini şöyle özetleyebiliriz.

a) Hasta Açısından

- Sağlık Ocaklarına karşı duyulan güven eksikliği,
- Sağlık Ocakları hakkında yeterince bilgi sahibi olunmaması,
- İkinci Basamak Sağlık Hizmeti veren kuruluşlarda daha iyi hizmet alacağı inancı nedeniyle,
- Uzman doktordan hizmet talep alışkanlığı,
- Laboratuvar ve teknolojik imkanlardan daha fazla yararlanma isteği.

b) Sevk Yapan Hekim Açısından

- Hastanın kendisine karşı duyduğu güven eksikliği,
- Hasta ile tartışmaktan kaçınma isteği,
- Mevcut poliklinik yükünü arttırmaktan kaçınma isteği,
- Laboratuvar ve teknolojik imkanların eksikliği,

- Sevk yapılmama durumunda karşılaşılabilecek psikolojik, siyasi ve idari baskılardan kaçınma isteği,

3. 3. 3. “Tersine Sevk Zinciri” Kavramı

Kendi imkanları ile ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardan sağlık hizmeti alan ve sosyal güvenlik şemsiyesi altında olan bireyler (Devlet Memuru, Emekli Sandığı, Bağ – Kur sigortalıları ve eř ve çocuklar) ilaç giderlerini resmi olarak karşılamak maksadıyla sağlık ocaklarına başvurmakta ve özel reçetelerini resmi reçeteye çevirmek istemektedirler. Ayrıca kronik hastalığı olan ve tedavileri ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda düzenlenen bireyler de ilaç bitimlerinde yeniden ilaç alabilmek için resmi reçete dzenletmek amacıyla sağlık ocaklarına başvurmaktadırlar. Böylece ikinci basamaktan birinci basamağa **tersine sevk zinciri** oluşmaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. AMPİRİK ARAŞTIRMA ÇERÇEVESİNDE KENTSEL ALAN SAĞLIK OCAKLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ

Araştırma 21 Mart-4 Nisan 2001 tarihleri arasında Bakırköy , Bahçelievler, Bağcılar, Güngören ve Esenler ilçelerinde bulunan 29 Sağlık Ocağı ve 5 Sağlık Grup Başkanlığı'nda çalışan sağlık personeline anket düzenlenerek yapılmıştır. Sağlık hizmetleri sınıfı dışındaki personel çalışmaya dahil edilmemiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti vermelerine rağmen spesifik çalışma alanları olması nedeniyle Verem Savaş Dispanserleri ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışma alanı olarak seçilen İlçe Sağlık Grup Başkanlıkları ve Sağlık Ocakları sorumluluk alanı nüfus bakımından İstanbul'un toplam nüfusunun (2000 yılı nüfus sayımına göre 9.061.000) yaklaşık % 21'ine (1.903.000) hizmet vermektedir. Mart 2001 itibarıyla İstanbul'da bulunan sağlık ocağı sayısı 212 ve çalışan personel sayısı 3.592'dir. Çalışma alanı sağlık ocağı sayısı İstanbul'daki sağlık ocaklarının % 15'i ve ankete cevap veren 254 kişi tüm sağlık ocağı çalışanlarının % 7'sidir.

Ankette mesleki beceri ve tatmin, işyeri , ücret, kariyer, sicil, hizmet içi eğitim, yönetim, iş ve kayıt ile ilgili sorular sorulmuştur. Ankete 67 hekim, 86 hemşire, 63 ebe, 31 sağlık memuru ve 7 çevre sağlık teknisyeni olmak üzere 254 kişi katılmış olup katılanların % 28 i erkek, % 72'si bayandır.

Ankete katılanların meslek ve cinsiyetlerine göre sayı ve yüzdeleri Tablo 1'de, meslek ve çalışma sürelerine göre sayı ve yüzdeleri Tablo 2'de, meslek ve medeni hale göre sayı ve yüzdeleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Ankete Katılanların Meslek ve Cinsiyetlerine Göre Sayı ve Yüzdeleri

	Sorumlu Hekim	Hekim	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	ÇST	Toplam
Erkek	11 % 64.7	23 % 44.9			31 % 100	7 % 100	71 % 28
Kadın	6 % 35.3	27 % 55.1	86 % 100	63 % 100			182 % 72
Toplam	17	50	86	63	31	7	254 %100

Tablo 2 Ankete Katılanların Meslek ve Çalışma Sürelerine Göre Sayı ve Yüzdeleri

	Sorumlu Hekim	Hekim	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	ÇST	Toplam
0-1 Yıl		1 % 2	1 % 1.2				2 % 0.8
2-5 Yıl	1 % 5.9	12 % 24	9 % 10.5	7 % 11.1	8 % 25.8		37 % 14.6
6-10Yıl	10 % 58.8	16 % 32	33 % 38.4	18 % 28.6	15 % 48.4	1 % 14.3	93 % 36.6
11-15 Yıl	5 % 29.4	10 % 20	17 % 19.8	29 % 46	4 % 12.9	5 % 71.4	70 % 27.6
16 ve üstü	1 % 5.9	11 % 22	26 % 30.2	9 % 14.3	4 % 12.9	1 % 14.3	52 % 20.5
Toplam	17	50	86	63	31	7	254 % 100

Tablo 3 Ankete Katılanların Meslek ve Medeni Hale Göre Sayı ve Yüzdeleri

	Evli	Bekar	Dul	Boşanmış	Toplam
Sorumlu Hekim	11 % 64.7	4 % 23.5	1 % 5.9	1 % 5.9	17
Hekim	39 % 78	7 % 14	1 % 2.0	3 % 6.0	50
Hemşire	83 % 96.5	2 % 2.3	1 % 1.2		86
Ebe	59 % 93.7	3 % 4.8		1 % 1.6	63
Sağlık Memuru	20 % 64.5	11 % 35.5			31
Çevre Sağ. Teknisyen	5 % 71.4	2 % 28.6			7
Toplam	217 % 85.4	29 % 11.4	3 % 1.2	5 % 2.0	254

4. 1. MESLEKİ MEMNUNİYET - MESLEKİ TATMİN - MESLEKİ BECERİ

Ankette mesleki tatmin ve beceriler ile ilgili 6 soru sorulmuştur.

8. soruda ankete katılanlara **mesleki memnuniyet dereceleri** sorulmuştur. Tüm meslek gruplarının % 7.2'si çok memnun, % 57.2'si ise memnun olduklarını belirtmişlerdir. Memnun olmayanların oranı % 16.8, hiç memnun olmayanların oranı ise % 4'dür. % 14.8'i ise kararsızım cevabını vermiştir.

Memnuniyet derecelerinin mesleki gruplara göre dağılımında ise memnun ve çok memnun olarak cevaplayanlar arasında en yüksek oran sağlık memurları (% 73.3) iken

sırasıyla ebeler (% 71) ve hemşireler (% 68.3) gelmektedir. Hekimlerin memnuniyet derecesi ise (% 49.9) en düşük olarak bulunmuştur.

Mesleki memnuniyet derecelerinin meslek gruplarına göre sayı ve oranları Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4 Mesleki Memnuniyet Derecelerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Çok Memnun	Memnun	Kararsız	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil	Toplam
Hekim	4 % 6.0	29 % 43.9	13 % 19.6	16 % 24.2	4 % 6.0	66
Hemşire	5 % 5.9	53 % 62.4	12 % 14.1	14 % 16.5	1 % 1.2	85
Ebe	6 % 9.7	38 % 61.3	9 % 14.5	7 % 11.3	2 % 3.2	62
Sağlık Memuru	3 % 10.0	19 % 63.3	3 % 10.0	4 % 13.3	1 % 3.3	30
ÇST	0	4 % 57.1		1 % 14.3	2 % 28.6	7
Toplam	18 % 7.2	143 % 57.2	37 % 14.8	42 % 16.8	10 % 4.0	250

Mesleki memnuniyet derecesi ile medeni hal arasındaki ilişki incelendiğinde ise evli olanların % 7.5'i çok memnun, % 57.7'si memnun olarak bulunurken % 17.4 memnun değil, % 3.8 ise hiç memnun değil olarak bulunmuştur. Kararsızların oranı ise % 13.6'dır. Bekarların ise % 6.9'u çok memnun, % 51.7'si memnun, % 17.2'si kararsız , % 17.2'si memnun değil, % 6.9'u ise hiç memnun değil olarak bulunmuştur.

Mesleki memnuniyet derecesinin medeni hale göre dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5 Mesleki Memnuniyet Derecelerinin Medeni Hale Göre Dağılımı

	Çok Memnun	Memnun	Kararsız	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil	Toplam
Evli	16 % 7.5	123 % 57.7	29 % 13.6	37 % 17.4	8 % 3.8	213
Bekar	2 % 6.9	15 % 51.7	5 % 17.2	5 % 17.2	2 % 6.9	29
Dul		3 % 100				3
Boşanmış		2 % 40.	3 % 60			5

Çalışma sürelerine göre mesleki memnuniyet dereceleri incelendiğinde ise çok memnunum cevabı verenler arasında en yüksek oran % 15.4 ile 16 yıl ve üstü çalışma süresi olanlar bulunmuştur. Memnun değilim cevabı verenler arasında ise en yüksek oran % 22.2 ile 2-5 yıl arası çalışma süresi olanlardır.

Mesleki memnuniyet derecelerinin çalışma sürelerine göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6 Mesleki Memnuniyet Derecelerinin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

	Çok Memnun	Memnun	Kararsız	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil	Toplam
0-1			1 % 100			1
2-5 yıl	2 % 5.6	20 % 55.6	4 % 11.1	8 % 22.2	2 % 5.6	36
6-10 yıl	3 % 3.2	55 % 59.1	16 % 17.2	15 % 16.1	4 % 4.3	93
11-15 yıl	5 % 7.4	37 % 54.4	9 % 13.2	14 % 20.6	3 % 4.4	68
16 ve üstü	8 % 15.4	31 % 59.6	7 % 13.5	5 % 9.6	1 % 1.9	52

Anketin 9. sorusunda ankete katılanlara **mesleğe başladıklarında yeterli bilgi ve beceriye sahip olup olmadıkları** soruldu. Tüm meslek gruplarının % 48,4'ü yeterli bilgi ve beceriye sahip olduklarını belirtirken % 51,6'sı yeterli bilgi beceriye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin % 56,7'si başlangıçta yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını belirtirken bunu sırasıyla % 53,6 ile hemşireler, % 48,4 ile ebeler ve sağlık memurları izlemektedir.

Meslek gruplarına göre meslek hayatına başlangıçta yeterli bilgi ve beceri sahibi olup olmama oranları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7 Meslek Gruplarına Göre Meslek Hayatına Başlarken Yeterli Bilgi ve Beceri Sahibi Olup Olmama Oranları

	Hekim	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	ÇST	Toplam
Yeterli bilgi-beceriye sahiptim	29 % 43,2	39 % 46,4	32 % 51,6	16 % 51,6	5 % 83,3	121 % 48,4
Yeterli bilgi beceri sahibi değildim	38 % 56,7	45 % 53,6	30 % 48,4	15 % 48,4	1 % 16,7	129 % 51,6

Anketin 10. sorusunda ankete katılanlara **şu anda yaptıkları işin yetenekleri ile uygunluğu** soruldu. Tüm meslek gruplarının % 37,6'sı yeteneklerinden az düzeyde olduğunu belirtirken % 58,8'i yeteneklerine uygun, % 3,7'si ise yeteneklerini aşan düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Hekimlerin % 53,1'i yaptıkları işin yeteneklerinden az düzeyde olduğunu belirtirken hekimleri sırasıyla % 35 ile sağlık memurları, % 30,1 ile hemşireler ve % 28,3 ile ebeler izlemektedir.

Meslek gruplarının yaptıkları iş ile yetenekleri arasındaki ilişki Tablo 8'de gösterilmiştir.

Ankete katılanlara 11. soruda **şu anda bilgi ve becerilerini kullanıp kullanamadıkları** soruldu. Bütün meslek gruplarının % 9,2'si kesinlikle kullanabildiklerini cevabını verirken % 42'si kullanabildiklerini belirtmişlerdir. Kullanamadıklarını belirtenler % 33,6 ve kesinlikle kullanamadıklarını belirtenler ise % 7,6'dır.

Tablo 8 Meslek Gruplarının Yaptıkları İş İle Yetenekleri Arasındaki Uygunluk Düzeyleri

	Hekim	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	ÇST	Toplam
Yeteneklerimden az düzeyde	34 % 53,1	25 % 30,1	17 % 28,3	11 % 35,5	5 % 71,4	92 % 37,6
Yeteneklerime uygun düzeyde	27 % 42,2	57 % 68,7	39 % 65,0	19 % 61,3	2 % 28,6	144 % 58,8
Yeteneklerimi aşan düzeyde	3 % 4,7	1 % 1,2	4 % 6,7	1 % 3,2		9 % 3,7

Meslek gruplarına göre dağılımda ise hekimlerden kesinlikle kullanabiliyorum cevabını veren olmamıştır. Kullanabiliyorum cevabını veren hekimlerin oranı ise % 44, kullanamıyorum % 31,3 ve kesinlikle kullanamıyorum ise % 5,9 oranındadır. Meslek gruplarına göre kesinlikle kullanabiliyorum ve kullanabiliyorum cevabını verenler arasında en düşük grup % 44 ile hekimler iken ebelerin % 56,4'ü, sağlık memurlarının % 56,6'sı ve hemşirelerin % 52,4'ü bilgi ve becerilerini kullanabildiklerini belirtmişlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının meslek gruplarına göre bilgi ve becerileri kullanma düzeyleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Meslek Gruplarına Göre Bilgi ve Becerileri Kullanma Düzeyleri

	Kesinlikle Kullanabiliyor	Kullanabiliyor	Kararsız	Kullanamıyor	Kesinlikle Kullanamıyor	Toplam
Hekim		30 % 44	12 % 17,9	21 % 31,3	4 % 5,9	67
Hemşire	12 % 14,0	33 % 38,4	5 % 5,8	29 % 33,7	7 % 8,1	86
Ebe	7 % 11,4	27 % 45,0	1 % 1,7	20 % 33,3	5 % 8,3	60
Sağlık Memuru	4 % 13,3	13 % 43,3	1 % 3,3	10 % 33,3	2 % 6,7	30
ÇST		2 % 28,6		4 % 57,1	1 % 14,3	7
Toplam	23 % 9,2	105 % 42,0	19 % 7,6	84 % 33,6	19 % 7,6	250

Anketin 12. sorusunda sorulan “**İşinizi severek mi yapıyorsunuz?**” sorusuna cevap verenlerin % 13 kesinlikle evet, % 60,5 evet, % 10,3 hayır, % 4,3 kesinlikle hayır cevabını vermişlerdir. Kararsızların oranı ise % 11,9 olarak bulunmuştur. Meslek gruplarına göre dağılımda kesinlikle evet ve evet cevabı verenler arasında sağlık memurları % 90,4 ile ilk sırayı alırken sonra sırasıyla hemşireler % 79 ile ve ebeler % 72,5 ile gelmektedir. En düşük oran ise % 64,2 ile hekimlerdedir. Bu soruya kesinlikle hayır ve hayır cevabını verenler arasında en yüksek oran % 19,4 ile hekimler olarak bulunmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının işlerini severek yapıp yapmadıkları sorusuna verilen cevapların meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşlerini Severek Yapma Derecelerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Kesinlikle Evet	Evet	Kararsız	Hayır	Kesinlikle Hayır	Toplam
Hekim	5 % 7,5	38 % 56,7	11 % 16,4	10 % 14,9	3 % 4,5	67
Hemşire	10 % 11,6	58 % 67,4	9 % 10,5	8 % 9,3	1 % 1,2	86
Ebe	11 % 17,7	34 % 54,8	8 % 12,9	5 % 8,1	4 % 6,5	62
Sağlık Memuru	6 % 19,4	22 % 71,0		2 % 6,5	1 % 3,2	31
ÇST	1 % 14,3	1 % 14,3	2 % 28,6	1 % 14,3	2 % 28,6	7
Toplam	33 % 13,0	153 % 60,5	30 % 11,9	26 % 10,3	11 % 4,3	253

Anketin 13. sorusunda **yaptıkları işin kendilerini tatmin edip etmediği** sorulmuştur. Cevap verenlerin % 4,8'i kesinlikle evet, % 38,5'i evet, % 13,9'i kararsız, % 33,7'si hayır, % 9,1'i kesinlikle hayır şeklinde cevaplamışlardır. Meslek gruplarına göre dağılımda ise evet ve kesinlikle evet cevabı verenler içerisinde en yüksek oran % 53,3 ile hemşireler iken ebeler % 50, sağlık memurları % 38,7 ve hekimler % 25,3 oranında bulunmuştur. En düşük tatmin düzeyi hekimlerdedir (% 25,3). Bu soruya hekimlerin % 52,2'si kesinlikle hayır ve hayır cevabı vermişlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının iş tatmin düzeylerinin meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İş Tatmin Düzeylerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Kesinlikle Evet	Evet	Kararsız	Hayır	Kesinlikle Hayır	Toplam
Hekim	3 % 4,5	14 % 20,8	15 % 22,4	24 % 35,8	11 % 16,4	67
Hemşire	2 % 2,4	45 % 52,9	9 % 10,6	24 % 28,2	5 % 5,9	85
Ebe	6 % 9,7	25 % 40,3	5 % 8,1	21 % 33,9	5 % 8,1	62
Sağlık Memuru	1 % 3,2	11 % 35,5	5 % 16,1	13 % 41,9	1 % 3,2	31
ÇST		2 % 28,6	1 % 14,3	3 % 42,9	1 % 14,3	7
Toplam	12 % 4,8	97 % 38,5	35 % 13,9	85 % 33,7	23 % 9,1	252

4. 2. İŞYERİ MEMNUNİYETİ –İDEAL ÇALIŞMA ORTAMI-SAYGINLIK

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına işyeri memnuniyetleri ile ilgili olarak çalıştıkları ortamdan memnun olup olmadıkları, ayrılmayı düşünüp düşünmedikleri, düşünüyorlarsa birinci sebepleri, seçme imkanı olsa hangi çalışma ortamında çalışmak isteyecekleri, ideal çalışma ortamı olarak nereyi düşündükleri, çalıştıkları işyerinde işyükünün yeterli olup olmadığı, sağlık ocaklarında çalışmanın kendilerine saygınlık kazandırıp kazandırmadığı, sağlık ocağı çalışmalarının başarılı olup olmadığı, çalışma ortamının fiziksel koşullar olarak yeterli olup olmadığı konularında sorular sorulmuştur.

14. soruda “Şu anda çalışmakta olduğunuz Sağlık Ocağından memnun musunuz?” sorusuna cevap verenlerin % 14,7’si çok memnun, % 61,9’u memnun şeklinde cevap verirken % 9,1’i memnun değil, % 1,6’i hiç memnun değil şeklinde cevap vermişlerdir. Kararsızların oranı ise % 12,7’dir. Mesleki gruplara göre dağılımda ise çok memnun ve memnun cevabı verenler içerisinde en yüksek oran % 84,9 ile hemşireler iken bunları sırasıyla % 76,2 ile ebeler, % 74,2 ile hekimler, % 63,4 ile sağlık memurları takip etmektedir. Hiç memnun değil ve memnun değil cevabını verenler arasında en yüksek oran % 16,7 ile sağlık memurları ve % 13,6 ile hekimler olarak bulunmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının işyeri memnuniyet derecelerinin meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşyeri Memnuniyet Derecelerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Çok Memnun	Memnun	Kararsız	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil	Toplam
Hekim	7 % 10,6	42 % 63,6	8 % 12,1	9 % 13,6		66
Hemşire	17 % 19,8	56 % 65,1	5 % 5,8	7 % 8,1	1 % 1,2	86
Ebe	11 % 17,5	37 % 58,7	12 % 19,0	1 % 1,6	2 % 3,2	63
Sağlık Memuru	2 % 6,7	17 % 56,7	6 % 20,0	5 % 16,7		30
ÇST		4 % 57,1	1 % 14,3	1 % 14,3	1 % 14,3	7
Toplam	37 % 14,7	156 % 61,9	32 % 12,7	23 % 9,1	4 % 1,6	252

Anketin 15. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **bir yıl içerisinde çalıştıkları sağlık ocağından ayrılmayı düşünüp düşünmedikleri** soruldu. % 76,6'sı ayrılmayı düşünmediklerini belirtirken % 23,4'ü ayrılmayı düşündüklerini belirttiler. Ayrılmayı düşünenlerin meslek gruplarına göre dağılımında ise sağlık memurları % 30 ile ilk sırayı alırken bunu sırasıyla hekimler % 23 ile, hemşireler 21,2 ile ve ebeler % 19,7 ile takip etmektedir.

Bir yıl içerisinde çalıştıkları sağlık ocağından ayrılmayı düşünenlerin meslek gruplarına göre dağılımı Tablo.13'de gösterilmiştir.

Tablo 13 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalıştıkları Sağlık Ocağını Bir Yıl İçerisinde Değiştirmeyi Düşünenlerin-Düşünmeyenlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Değiştirmeyi Düşünenler	Değiştirmeyi Düşünmeyenler	Toplam
Hekim	15 % 23,0	50 % 77,0	65
Hemşire	18 % 21,2	67 % 78,8	85
Ebe	12 % 19,7	49 % 80,3	61
Sağlık Memuru	9 % 30,0	21 % 70,0	30
Çevre Sağlık Teknisyeni	4 % 57,1	3 % 42,9	7
Toplam	58 % 23,4	190 % 76,6	248

Anketin 16. sorusunda **bir yıl içerisinde çalıştıkları sağlık ocağından ayrılmayı düşünenlerin birinci sebepleri** soruldu. Soruyu cevaplayanların % 24,1'i evlerine uzaklık nedeniyle ayrılmayı düşündüklerini belirtirken % 14,5'i işyükü fazlalığını, % 13,3'ü yönetici nedeniyle, % 2,4'ü işyerindeki çalışma arkadaşları nedeniyle ayrılmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. % 45,8'i diğer şıkkını işaretlemiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının çalıştıkları sağlık ocağından bir yıl içerisinde ayrılma istemlerinin birinci nedenleri Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalıştıkları Sağlık Ocaklarından Bir Yıl İçerisinde Ayrılma İstem Birinci Nedenleri

Yönetici	İşyeri Arkadaşlar	Eve Uzaklık	İşyükü Fazlalığı	Diğer	Toplam
11 % 13,3	2 % 2,4	20 % 24,1	12 % 14,5	38 % 45,8	83

Anketin 17. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **çalıştıkları kurumdaki işyüküne göre çalışan sayısının yeterli olup olmadığı** soruldu. Cevap verenlerin % 6'sı kesinlikle yeterlidir, % 34,1'i yeterlidir şeklinde görüş belirtirken % 38,5 yetersiz, % 16,3 ise kesinlikle yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Kararsızların oranı % 5,2'dir. Yetersiz ve kesinlikle yetersiz cevaplarının toplamı % 54,8'dir. Meslek gruplarına göre dağılımda yetersiz ve kesinlikle yetersiz cevabı verenler içerisinde en yüksek oran % 65 ile ebeler iken ebeleri % 56,7 ile sağlık memurları, % 51,5 ile hekimler ve % 47,6 ile hemşireler izlemektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının işyüküne göre çalışan sayısı yeterliliği konusundaki görüşleri Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşyüküne Göre Çalışan Sayısı Yeterliliği Konusundaki Görüşlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Kesinlikle Yeterli	Yeterli	Kararsız	Yetersiz	Kesinlikle Yetersiz	Toplam
Hekim	5 % 7,5	23 % 34,8	4 % 6	24 % 36,3	10 % 15,1	66
Hemşire	6 % 7,0	34 % 39,5	5 % 5,8	34 % 39,5	7 % 8,1	86
Ebe	1 % 1,6	20 % 31,7	1 % 1,6	28 % 44,4	13 % 20,6	63
Sağlık Memuru	3 % 10,0	8 % 26,7	2 % 6,7	9 % 30,0	8 % 26,7	30
ÇST		1 % 14,3	1 % 14,3	2 % 28,6	3 % 42,9	7
Toplam	15 % 6,0	86 % 34,1	13 % 5,2	97 % 38,5	41 % 16,3	252

Anketin 18. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **seçme imkanları olsa idi nerede çalışmayı tercih edecekleri** soruldu. Cevap verenlerin % 53,7'si şu anda çalışmakta oldukları sağlık ocaklarında çalışmaya devam edeceklerini, % 2,8'i başka bir sağlık ocağında çalışmak isteyeceklerini belirtirken % 26'sı hastanelerde çalışmak istediklerini belirtmişlerdir. İdari hizmetlerde çalışmayı tercih edenler % 9,3 iken özel sektörü tercih edenlerin oranı ise % 8,1'dir

Hekimlerin % 47,6'sı şu anda çalıştıkları sağlık ocaklarında çalışmaya devam edeceklerini, % 7,6'sı başka bir sağlık ocağında çalışmayı, % 3'ü idari hizmetleri tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Hastanelerde çalışmayı tercih eden hekimler % 27,6

oranında iken özel sektörde çalışmayı tercih eden hekimler ise % 13,8 olarak bulunmuştur

Özel sektörde çalışmayı tercih edenler içerisinde hekimler % 13,8 ile en yüksek oranda tercih eden grup olurken hekimleri % 6,9 ile sağlık memurları, % 6,6 ile ebeler ve % 3,6 ile hemşireler takip etmektedir. Hastanelerde çalışmayı tercih edenler arasında % 34,5 ile sağlık memurları ilk sırada yer alırken onları hekimler % 27,6 ile, ebeler % 26,2 ile ve hemşireler % 23,8 ile takip etmektedir.

Birinci basamak sağlık çalışanlarının tercih ettikleri çalışma yerleri ile ilgili dağılım Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Yeri Tercihlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Aynı Sağlık Ocağında Devam Ederim	Başka Sağlık. Ocağında Devam Ederim	İdari Hizmetleri Tercih Ederim	Hastaneleri Tercih Ederim	Özel Sektörü Tercih Ederim	Toplam
Hekim	31 % 47,6	5 % 7,6	2 % 3,0	18 % 27,6	9 % 13,8	65
Hemşire	52 % 61,9	1 % 1,2	8 % 9,5	20 % 23,8	3 % 3,6	84
Ebe	36 % 59,0		5 % 8,2	16 % 26,2	4 % 6,6	61
Sağlık Memuru	12 % 41,4		5 % 17,2	10 % 34,5	2 % 6,9	29
ÇST	1 % 14,3	1 % 14,3	3 % 42,9		2 % 28,6	7
Toplam	132 % 53,7	7 % 2,8	23 % 9,3	64 % 26	20 % 8,1	246

Anketin 19. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **hangi çalışma ortamını ideal çalışma ortamı olarak gördükleri** soruldu. Sağlık ocaklarını ideal çalışma ortamı olarak görenlerin oranı % 41,4 iken hastaneleri ideal çalışma ortamı olarak görenlerin oranı da % 41,4 olarak bulunmuştur. % 8,8'i idari hizmetleri ideal çalışma ortamı olarak görmektedir. % 2,4' özel muayeneleri, % 6'sı özel hastaneleri ideal çalışma ortamı olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Hekimler % 43 oranında sağlık ocaklarını, % 29,2 oranında hastaneleri, % 4,6 oranında idari hizmetleri ideal çalışma ortamı olarak gördüklerini belirtirken % 15,3' özel hastaneleri, % 7,6'sı ise özel muayenehaneleri ideal çalışma ortamı olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Özel sektörü ideal çalışma ortamı olarak görenler içerisinde en yüksek oran % 22,9 ile hekimler (zel muayenehane ve özel hastaneler) iken bunu % 6,6 ile sağlık memurları ve % 6,5 ile ebeler takip etmektedir. Hemşirelerden zel sektörü ideal çalışma ortamı olarak gören olmamıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının ideal çalışma ortamı konusundaki görüşlerinin meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 17'de gösterilmiştir.

Anketin 44. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **sağlık ocağında çalışmanın kendilerine saygınlık kazandırıp kazandırmadığı** soruldu. Cevap verenlerin % 2'si kesinlikle saygınlık kazandırdığını, % 17,5'i saygınlık kazandırdığını belirtirken kararsızların oranı % 16,3 olarak bulunmuştur. Sağlık ocağı çalışanları % 44,6'i hayır, % 19,5'i kesinlikle hayır olmak üzere toplam % 64,1 oranında sağlık ocağında çalışmanın kendilerine saygınlık kazandırmadığı şeklinde cevap vermişlerdir. Hekimlerden bu soruya kesinlikle evet cevabı veren olmamış, evet cevabı ise % 11,9 olmuştur. Hekimlerin % 47,8'i hayır, % 16,4' kesinlikle hayır olmak üzere toplam % 64,2 oranında sağlık ocağında çalışmanın kendilerine saygınlık kazandırmadığını belirtmişlerdir. Kararsız olan hekim oranı ise % 23,8'dir. Sağlık ocağında çalışmanın kendilerine saygınlık kazandırdığını belirtenlerin meslek gruplarına göre dağılımında en düşük oran % 11,9 ile hekimlerdir.

Tablo 17 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İdeal Çalışma Ortamı Konusundaki Görüşlerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Sağlık Ocakları	Hastaneler	İdari Hizmetler	Özel Muayenehane	Özel Hastaneler	Toplam
Hekim	28 % 43,0	19 % 29,2	3 % 4,6	5 % 7,6	10 % 15,3	65
Hemşire	33 % 38,8	44 % 51,8	8 % 9,4			85
Ebe	25 % 40,3	31 % 50,0	2 % 3,2		4 % 6,5	62
Sağlık Memuru	14 % 46,7	8 % 26,7	6 % 20,0	1 % 3,3	1 % 3,3	30
ÇST	3 % 42,9	1 % 14,3	3 % 42,9			7
Toplam	103 % 41,4	103 % 41,4	22 % 8,8	6 % 2,4	15 % 6,0	249

Sağlık ocağında çalışmanın kendilerine saygınlık kazandırıp kazandırmadığı sorusuna birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının verdiği cevapların meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 18’de gösterilmiştir.

Anketin 43. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **sağlık ocağı çalışmalarını nasıl buldukları** soruldu. Çalışanların % 7,6’sı çok başarılı , % 53,8 ise başarılı bulduklarını belirtmişlerdir. Başarısız bulanların oranı % 15,5 iken çok başarısız bulanların oranı % 1,2’dir. Kararsızlar ise % 21,9 olarak bulunmuştur. Hekimlerin % 4,4’si çok başarılı, % 47,7’si başarılı olarak değerlendirirken % 22,3’ü başarısız olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 18 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sağlık Ocağında Çalışma / Saygınlık Kanaatlerinin Mesleki Dağılımı

	Kesinlikle Evet	Evet	Kararsız	Hayır	Kesinlikle Hayır	Toplam
Hekim		8 % 11,9	16 % 23,8	32 % 47,8	11 % 16,4	67
Hemşire	3 % 3,6	16 % 19,0	12 % 14,3	35 % 41,7	18 % 21,4	84
Ebe	1 % 1,6	11 % 17,5	8 % 12,7	28 % 44,4	15 % 23,8	63
Sağlık Memuru	1 % 3,3	6 % 20,0	5 % 16,7	15 % 50,0	3 % 10,0	30
ÇST		3 % 42,9		2 % 28,6	2 % 28,6	7
Toplam	5 % 2,0	44 % 17,5	41 % 16,3	112 % 44,6	49 % 19,5	251

Başarılı ve çok başarılı bulanlar içerisinde hemşireler % 69 ile en yüksek oranda çıkan grup olurken hemşireleri % 68,2 ile ebeler, % 52,1 ile hekimler ve % 46,6 ile sağlık memurları takip etmektedir.

Sağlık ocağı çalışmalarını hekim, hemşire ve sağlık memurları içerisinde çok başarısız bulanlar olmamıştır. Başarısız bulanlar içerisinde % 22,3 ile hekimler ilk sırada gelirken hekimleri % 20 ile sağlık memurları, % 14,3 ile ebeler ve % 10,7 ile hemşireler takip etmektedir.

Sağlık ocağı çalışmalarının başarısı hakkında çalışanların düşünceleri Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sağlık Ocağı Çalışmalarının Başarı Düzeyleri İle İlgili Düşünceleri

	Çok Başarılı	Başarılı	Kararsız	Başarısız	Çok Başarısız	Toplam
Hekim	3 % 4,4	32 % 47,7	17 % 25,3	15 % 22,3		67
Hemşire	6 % 7,1	52 % 61,9	17 % 20,2	9 % 10,7		84
Ebe	6 % 9,5	37 % 58,7	11 % 17,5	8 % 12,7	1 % 1,6	63
Sağlık Memuru	4 % 13,3	10 % 33,3	10 % 33,3	6 % 20,0		30
ÇST		4 % 57,1		1 % 14,3	2 % 28,6	7
Toplam	19 % 7,6	135 % 53,8	55 % 21,9	39 % 15,5	3 % 1,2	251

Anketin 45. sorusunda **çalışma ortamının ısı, ışık, havalandırma gibi fiziksel koşullar yönünden yeterli olup olmadığı** soruldu. Tüm bireylerin % 11,1'i kesinlikle yeterlidir, % 46,8'i yeterlidir cevabını verirken yetersiz olarak değerlendirenlerin oranı % 21,8 ve kesinlikle yetersiz olarak değerlendirenlerin oranı ise % 17,5'dir.

Sağlık ocağı çalışma ortamının fiziksel koşulları ile ilgili birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının değerlendirmeleri Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Ortamının Fiziksel Koşulları Hakkındaki Değerlendirmeleri

Kesinlikle Yeterli	Yeterli	Kararsız	Yetersiz	Kesinlikle Yetersiz	Toplam
28 % 11,1	118 % 46,8	7 % 2,8	55 % 21,8	44 % 17,5	252

4. 3. ÜCRET

Anketin 20. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **şu anda aldıkları ücretin kendilerini ve ailelerini tatmin edip etmediği** sorulmuştur. Kesinlikle hayır oranı % 74, hayır cevaplarının oranı % 23,6 olmak üzere toplam % 97,6'sı aldıkları ücretin kendilerini ve ailelerini tatmin etmediğini belirtmişlerdir. Kesinlikle evet ve evet cevaplarının toplamı % 0,8 iken kararsızlar % 1,6'dır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının ücret tatmin düzeylerinin meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ücret Tatmin Düzeylerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Kesinlikle Tatmin Ediyor	Tatmin Ediyor	Kararsız	Tatmin Etmiyor	Kesinlikle Tatmin Etmiyor	Toplam
Hekim	1 % 1,5		2 % 3,0	16 % 23,9	48 % 71,6	67
Hemşire			1 % 1,2	23 % 26,7	62 % 72,1	86
Ebe			1 % 1,6	12 % 19,0	50 % 79,4	63
Sağlık Memuru		1 % 3,2		8 % 25,8	22 % 71,0	31
ÇST				1 % 14,3	6 % 85,7	7
Toplam	1 % 0,4	1 % 0,4	4 % 1,6	60 % 23,6	188 % 74,0	254

Anketin 22. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **eğitimi, kıdemleri, yaptıkları işler ve piyasaya bakarak hak ettikleri ücreti aldıklarına inanıp inanmadıkları** soruldu. Tüm bireylerin % 7,5'i kesinlikle inanıyorum, % 2,8'i inanıyorum şeklinde cevap verirken kararsızların oranı % 1,6'dır. İnanmıyorum % 19,8 ve kesinlikle inanmıyorum % 68,4 oranında bulunmuştur. Hak ettikleri ücreti aldıklarına kesinlikle inanmayan ve inanmayanların meslek gruplarına göre dağılımında ise % 90,7 ile hemşireler, % 90 ile hekimler, % 87,1 ile sağlık memurları ve % 83,9 ile ebeler olduğu görüldü.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının hakkettikleri ücreti aldıklarına inanma oranları Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hakkettikleri Ücreti Aldıklarına İnanma Oranları

	Kesinlikle İnanıyor	İnanıyor	Kararsız	İnanmıyor	Kesinlikle İnanmıyor	Toplam
Hekim	4 % 5,9	2 % 2,9	1 % 1,5	9 % 13,4	51 % 76,1	67
Hemşire	5 % 5,8	1 % 1,2	2 % 2,3	23 % 26,7	55 % 64,0	86
Ebe	8 % 12,9	2 % 3,2		12 % 19,4	40 % 64,5	62
Sağlık Memuru	1 % 3,2	2 % 6,5	1 % 3,2	5 % 16,1	22 % 71,0	31
ÇST	1 % 14,3			1 % 14,3	5 % 71,4	7
Toplam	19 % 7,5	7 % 2,8	4 % 1,6	50 % 19,8	173 % 68,4	253

Anketin 20. sorusunda hekimlere geçinebilmek için **ek iş yapıp yapmadıkları ve şayet yapıyorlarsa hangi ek işi yaptıkları** soruldu. 67 hekimin 46'sı (% 68,6) ek iş yaptıklarını belirtmişlerdir. Hekimler % 28,3'ü işyeri hekimliği yaparken % 20,8'i özel hastane ve polikliniklerde nöbet tuttuklarını, % 10,4'ü özel muayenehanelerde çalıştıklarını, % 8,9 oranında ise hekimlik dışı faaliyetlerde bulduklarını belirtmişlerdir.

Hekimlerin yaptıkları ek iş dağılımı Tablo 23'de Gösterilmiştir.

Tablo 23 Sorumlu Hekim ve Hekimlerin Yaptıkları Ek İş Dağılımı

	İşyeri Hekimliği	Özel Muayenehaneler	Özel Hastane ve Poliklinik Nöbetleri	Hekimlik Dışı Faaliyetler	Toplam	Ankete Katılan Toplam Hekim
Sorumlu Hekim	6 % 46,2	1 % 7,7	4 % 30,8	2 % 15,4	13	17
Hekim	13 % 39,4	6 % 18,2	10 % 30,3	4 % 12,1	33	50
Toplam	19 % 41,3	7 % 15,2	14 % 30,4	6 % 13,0	46	67
Ankete Katılan Hekimlere Oranı	% 28,3	% 10,4	% 20,8	% 8,9	% 68,6	

4. 4. KARIYER PLANLAMA-TERFİ VE YÜKSELME-OLUMLU SİCİL ALMA VE SİCİL DERECESESİ

4. 4. 1. Kariyer Planlama – Terfi Ve Yükselme

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının herhangi bir kariyer planlaması olup olmadığı, mesleklerinde yükselme olanakları bulunup bulunmadığı, olumlu sicil alma ve sicil derecesine ne kadar önem verdikleri ve sicil derecesinin tayin ve terfilere etkisi olup olmadığı araştırılmıştır.

İşleriyle ilgili önümüzdeki 5 yıl içerisinde önemli bir planları olup olmadığının sorulduğu 23. soruya birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının % 38 oranında var cevabını verdikleri görülmüştür. Herhangi bir planlarının olmadığını belirtenlerin oranı ise % 62'dir. Hekimlerin % 63,6'sı önümüzdeki 5 yıl içerisinde işleri ile ilgili önemli bir planlarının olduğunu belirtirken hekimleri % 38,7 ile sağlık memurları, % 30,2 ile ebeler izlemektedir. En düşük oran ise % 24,1 ile Hemşirelerdedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının önümüzdeki 5 yıl içerisinde ne oranda işleri ile ilgili önemli bir planları olduğu Tablo 24'de gösterilmiştir.

Tablo 24 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Önümüzdeki 5 Yıl İçerisinde İşleri İle İlgili Önemli Bir Planları Olma Oranları

	Hekim	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	ÇST	Toplam
Var	42 % 63,6	20 % 24,1	19 % 30,2	12 % 38,7	2 % 28,6	95 % 38,0
Yok	24 % 36,3	63 % 75,9	44 % 69,8	19 % 61,3	5 % 71,4	155 % 62,0
Toplam	66	83	63	31	7	250

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **işlerinde terfi ve yükselme olanaklarının olup olmadığının** sorulduğu 24. soruya % 29,2 oranında olumlu cevap verilirken % 70,8 oranında terfi ve yükselme olanaklarının olmadığını şeklinde cevap verilmiştir. Meslek gruplarına göre dağılımda işlerinde terfi ve yükselme olanakları olduğunu düşünenler içerisinde ebeler ve sağlık memurları % 32,3 iken hemşireler % 29,4 ve hekimler % 27,7 oranındadır.

İşlerinde terfi ve yükselme olanakları olup olmadığı sorusuna birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının cevapları Tablo 25’de gösterilmiştir.

Tablo 25 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşlerinde Terfi ve Yükselme Olanaklarının Olup Olmadığı Konusundaki Kanaatleri

	Hekim	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	ÇST	Toplam
Var	18 % 27,7	25 % 29,4	20 % 32,3	10 % 32,3		73 % 29,2
Yok	47 % 72,3	60 % 70,6	42 % 67,7	21 % 67,7	7 % 100	177 % 70,8
Toplam	65	85	62	31	7	250

4. 4. 2. Olumlu Sicil Alma Ve Sicil Derecesi

Anketin 25. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **olumlu sicil alma ve sicil derecesinin kendileri için önem dereceleri** soruldu. Tüm bireylerin % 27,1’i çok önemli cevabını verirken % 42,6’sı önemli cevabını vermişlerdir. Önemli değil % 17,1 ve hiç önemli değil ise % 8’dir. Kararsızların oranı ise % 5,2 olarak çıkmıştır.

Olumlu sicil alma ve sicil derecesinin kendileri için çok önemli ve önemli olduğunu belirten meslek grupları içerisinde en yüksek oran % 86 ile hemşireler iken bunu % 80,6

ile sağlık memurları ve % 80,3 ile ebeler izlemektedir. Hekimler % 37,8 ile en düşük gruptur. Çok önemli cevabını verenler içerisinde en yüksek oran % 41,9 ile sağlık memurları iken bunu hemşireler % 37,2 ile ve ebeler % 31,1 ile izlemektedir. En düşük oran ise hekimler tarafından verilmiştir. Hekimlerin sadece % 4,5 i olumlu sicil alma ve sicil derecesini çok önemli bulduklarını belirtmişlerdir

Olumlu sicil alma ve sicil derecesinin kendileri için önem derecelerine hekimler % 49,9 önemli değil ve hiç önemli değil cevap oranları ile diğer grupların çok üzerinde bir oranda çıkmışlardır. Bu oran ebelerde % 16,4 sağlık memurlarında % 16,2 ve hemşirelerde % 12,8'dir.

Olumlu sicil alma ve sicil derecelerine BBSH çalışanlarının verdikleri önem dereceleri ve oranları Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26 Olumlu Sicil Alma ve Sicil Derecelerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarına Göre Önem Dereceleri

	Çok Önemli	Önemli	Kararsız	Önemli Değil	Hiç Önemli Değil	Toplam
Hekim	3 % 4,5	22 % 33,3	8 % 12,1	24 % 36,3	9 % 13,6	66
Hemşire	32 % 37,2	42 % 48,8	1 % 1,2	7 % 8,1	4 % 4,7	86
Ebe	19 % 31,1	30 % 49,2	2 % 3,3	8 % 13,1	2 % 3,3	61
Sağlık Memuru	13 % 41,9	12 % 38,7	1 % 3,2	3 % 9,7	2 % 6,5	31
ÇST	1 % 14,3	1 % 14,3	1 % 14,3	1 % 14,3	3 % 42,9	7
Toplam	68 % 27,1	107 % 42,6	13 % 5,2	43 % 17,1	20 % 8,0	251

Olumlu sicil alma ve sicil derecesinin tayin ve terfilere etkisinin olup olmadığının sorulduğu 26. soruya birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının % 15,3'ü çok etkili, % 39,1'i etkili cevabını verirken % 21,4'ü etkisi yok ve % 11,7'si hiç etkisi yok cevabını vermişlerdir. Kararsızların oranı ise % 12,5 olarak ortaya çıkmıştır.

Olumlu sicil alma ve sicil derecesinin tayin ve terfilere etkisinin çok etkili ve etkili olduğunu düşünenlerin meslek gruplarına göre karşılaştırmasında hemşirelerin % 73,5 ile ilk sırada geldiği, bunu % 67,2 ile ebelerin takip ettiği görülmüştür. Sağlık memurlarının ancak % 38,7'si ve hekimlerin % 28,7'si olumlu sicil alma ve sicil derecesinin tayin ve terfilere çok etkili ve etkili olduğunu belirtmişlerdir. Hekimlerin % 51,4'ü olumlu sicil alma ve sicil derecesinin tayin ve terfilere etkisine etkisi yok ve hiç etkisi yok şeklinde cevap verirken bunu % 45,2 ile sağlık memurları, % 26,2 ile ebeler ve % 16,8 ile hemşireler takip etmektedir.

Olumlu sicil alma ve sicil derecesinin tayin ve terfilere etkisi ile ilgili birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının görüşleri Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Olumlu Sicil Alma ve Sicil Derecesinin Tayin ve Terfilere Etkisi İle İlgili Görüşleri

	Çok Etkili	Etkili	Kararsız	Etkisi Yok	Hiç Etkisi Yok	Toplam
Hekim	2 % 3,0	17 % 25,7	13 % 19,7	23 % 34,8	11 % 16,6	66
Hemşire	14 % 16,9	47 % 56,6	8 % 9,6	10 % 12,0	4 % 4,8	83
Ebe	17 % 27,9	24 % 39,3	4 % 6,6	13 % 21,3	3 % 4,9	61
Sağlık Memuru	4 % 12,9	8 % 25,8	5 % 16,1	7 % 22,6	7 % 22,6	31
ÇST	1 % 14,3	1 % 14,3	1 % 14,3		4 % 57,1	7
Toplam	38 % 15,3	97 % 39,1	31 % 12,5	53 % 21,4	29 % 11,7	248

4.5. ÖDÜLENDİRME - MOTİVASYON

Başarılı çalışmalarının ödüllendirilip ödüllendirilmediğinin sorulduğu 27. soruya birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarından kesinlikle evet cevabını veren olmamıştır. evet cevabının oranı ise % 9,3'dür. hekimlerin % 10,6'sı, sağlık memurlarının % 10,3'ü, hemşirelerin % 9,6'sı evet cevabını verirken en düşük oran % 6,3 ile ebelerde olmuştur. Hayır ve kesinlikle hayır şeklinde cevap verenler içerisinde tüm meslek grupları % 80'in üzerinde olup ortalaması tüm bireylerin % 84,3'üdür. Sağlık memurlarının % 89,7'si, ebelerin % 88,9'u, hemşirelerin % 83,1'i ve hekimlerin % 80,2'si başarılı çalışmalarının ödüllendirilip ödüllendirilmediği sorusuna hayır ve kesinlikle hayır cevabını vermişlerdir.

Başarılı çalışmalarının ödüllendirilip ödüllendirilmediği sorusuna birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının verdiği cevaplar Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Başarılı Çalışmaların Ödüllendirilip Ödüllendirilmediği Konusundaki Görüşleri

	Kesinlikle Evet	Evet	Kararsız	Hayır	Kesinlikle Hayır	Toplam
Hekim		7 % 10,6	6 % 9,0	34 % 51,5	19 % 28,7	66
Hemşire		8 % 9,6	6 % 7,2	47 % 56,6	22 % 26,5	83
Ebe		4 % 6,3	3 % 4,8	33 % 52,4	23 % 36,5	63
Sağlık Memuru		3 % 10,3		14 % 48,3	12 % 41,4	29
ÇST		1 % 14,3	1 % 14,3	2 % 28,6	3 % 42,9	7
Toplam		23 % 9,3	16 % 6,5	130 % 52,4	79 % 31,9	248

Çalıştıkları kurumda az çalışan ile çok çalışan arasında bir fark gözetilip gözetilmediğinin sorulduğu 28. soruya birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları % 15,3 çok fark gözetiliyor ve fark gözetiliyor şeklinde cevap verirken fark gözetilmiyor diyenlerin oranı % 40,2 ve hiçbir fark gözetilmiyor diyenlerin oranı % 32,1 olarak çıkmıştır. Az çalışan ile çok çalışan arasında bir fark gözetildiğini düşünenleri meslek gruplarına göre incelersek hekimlerin % 26,8 ile en yüksek oranda cevap veren grup olduğunu, bunu % 16,1 ile sağlık memurları, % 10,0 ile ebeler ve % 7,1 ile hemşireler takip etmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının az çalışan ile çok çalışan arasında fark gözetilip gözetilmediği konusundaki düşünceleri Tablo 29'da gösterilmiştir.

Başarılı çalışmaların ödüllendirilip ödüllendirilmediği sorusuna verilen cevap oranları ile az çalışan ile çok çalışan arasında fark gözetilip gözetilmediği sorusuna verilen cevap oranları Tablo 30'da karşılaştırılmıştır. Başarılı çalışmaların ödüllendirildiği-kesinlikle ödüllendirildiği cevabını verenlerin oranı % 9,3 iken az çalışan ile çok çalışan arasında fark-çok fark gözetildiğini belirtenlerin oranı % 15,3'dür. Başarılı çalışmaların ödüllendirilmediği-kesinlikle ödüllendirilmediğini belirtenlerin oranı % 84,3 iken az çalışan ile çok çalışan arasında fark-hiçbir fark gözetilmediğini belirtenlerin oranı ise % 72,3 olarak ortaya çıkmıştır. En büyük fark ise hekimlerde ortaya çıkmıştır. Hekimlerin % 10,6'sı başarılı çalışmaların ödüllendirildiğini düşünürken az çalışan ile çok çalışan arasında fark gözetildiğini belirtenlerin oranı % 26,8'dir. Bu sonuçlar bize başarılı çalışmaların formel olarak ödüllendirilmediği, ancak informel olarak ödüllendirildiğini düşündürmektedir.

Tablo 29 Az Çalışan İle Çok Çalışan Arasında Fark Gözetilip Gözetilmediği Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görüşleri

	Çok Fark Gözetiliyor	Fark Gözetiliyor	Kararsız	Fark Gözetilmiyor	Hiçbir Fark Gözetilmiyor	Toplam
Hekim		18 % 26,8	9 % 13,4	26 % 38,8	14 % 20,8	67
Hemşire	1 % 1,2	6 % 7,1	10 % 11,9	43 % 51,2	24 % 28,6	84
Ebe		6 % 10,0	6 % 10,0	20 % 33,3	28 % 46,7	60
Sağlık Memuru		5 % 16,1	5 % 16,1	10 % 32,3	11 % 35,5	31
ÇST		2 % 28,6	1 % 14,3	1 % 14,3	3 % 42,9	7
Toplam	1	37	31	100	80	249

Tablo 30 Başarılı Çalışmaların Ödüllendirilip Ödüllendirilmediği-Az Çalışan İle Çok Çalışan Arasında Fark Gözetilip Gözetilmediği Sorularına Verilen Cevap Oranlarının Karşılaştırılması

	Başarılı Çalışmalar Ödüllendiriliyor	Başarılı Çalışmalar Ödüllendirilmiyor	Az Çalışan ile Çok Çalışan Arasında Fark-Çok Fark Gözetiliyor	Az Çalışan ile Çok Çalışan Arasında Fark-Hiçbir Fark Gözetilmiyor
Hekim	% 10,6	% 80,2	% 26,8	% 59,6
Hemşire	% 9,6	% 83,1	% 8,3	% 79,8
Ebe	% 6,3	% 88,9	% 10,0	% 80,0
Sağlık Memuru	% 10,3	% 89,7	% 16,1	% 67,8
Toplam	% 9,3	% 84,3	% 15,3	% 72,3

4.6. HİZMET İÇİ EĞİTİM

Hizmet içi eğitime ihtiyaçları olup olmadığının sorulduğu 29. soruya birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının % 67,6'sı hizmet içi eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtirken % 32,4 oranında hizmet içi eğitime ihtiyaçları olmadığını belirtmişlerdir. Meslek gruplarına göre dağılımda hekimler % 81,8 oranı ile en yüksek oranda hizmet içi eğitime ihtiyacı olduğunu belirtirken hemşireler % 67,5 oranında, sağlık memurları % 61,3 oranında ve ebeler % 57,1 oranında hizmet içi eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının hizmet içi eğitime ihtiyaç duyma konusundaki düşünceleri Tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hizmet İçi Eğitime İhtiyaç Duyma Oranları

	Hekim	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru	ÇST	Toplam
İhtiyacım Var	54 % 81,8	56 % 67,5	36 % 57,1	19 % 61,3	4 % 57,1	169 % 67,6
İhtiyacım Yok	12 % 18,2	27 % 32,5	27 % 42,9	12 % 38,7	3 % 42,9	81 % 32,4
Toplam	66	83	63	31	7	250

Hizmet içi eğitimin kimlere verilmesi gerektiğinin sorulduğu 30. soruya birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının % 33,7'si herkese zorunlu olarak verilmesi gerektiğini, % 7,1'i sadece gönüllülere verilmesini, % 36,5'i hizmet türlerine göre zorunlu olarak, % 22,6 oranında ise hizmet türlerine göre gönüllülere verilmesi

gerektiğini belirtmişlerdir. Hizmet içi eğitimin herkese zorunlu olarak verilmesi konusunda hekimlerin % 40,2'si ve hemşirelerin % 33,7'si, ebelerin % 31,7 si ve sağlık memurlarının % 24,1'i görüş belirtirken hizmet türlerine göre zorunlu olarak verilmesi konusunda ise sağlık memurlarının % 51,7'si, ebelerin % 38,1'i, hekimlerin % 32,8'i ve hemşirelerin % 31,4 ü görüş belirtmişlerdir.

Hizmet içi eğitimin kimlere verilmesi gerektiği konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının görüşleri Tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 32 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hizmet İçi Eğitimin Kimlere Verilmesi Gerektiği Konusundaki Görüşleri

	Herkese Zorunlu Olarak Verilmelidir	Sadece Gönüllülere Verilmelidir.	Hizmet Türlerine Göre Zorunlu Verilmelidir.	Hizmet Türlerine Göre Gönüllülere Verilmelidir	Toplam
Hekim	27 % 40,2	3 % 4,5	22 % 32,8	15 % 22,3	67
Hemşire	29 % 33,7	8 % 9,3	27 % 31,4	22 % 25,6	86
Ebe	20 % 31,7	4 % 6,3	24 % 38,1	15 % 23,8	63
Sağlık Memuru	7 % 24,1	3 % 10,3	15 % 51,7	4 % 13,8	29
Çevre Sağlık Teknisyeni	2 % 28,6		4 % 57,1	1 % 14,3	7
Toplam	85 % 33,7	18 % 7,1	92 % 36,5	57 % 22,6	252

Hizmet içi eğitimin hangi metotla verilmesi gerektiği ile ilgili 31. soruya birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları % 49,2 oranında periyodik konferanslar ve tartışmalı toplantılar ile cevabını verirken % 28,5'i eğitimcinin hizmet yerine gelmesi ile, % 13,4'ü hizmet konularına göre kongreler yapılması ve % 8,9'u her yıl bir merkezde belirli bir süre yoğun eğitim verilmesi şeklinde cevap vermişlerdir. Uzaktan eğitim sistemi uygulanması seçeneği ise hiçkimse tarafından tercih edilmemiştir. Hekimler % 52,2 ile, hemşireler % 51,2 ile ve sağlık memurları % 51,7 ile en fazla periyodik konferanslar ve tartışmalı toplantılar ile hizmet içi eğitimi tercih ederlerken ebeler % 45,2 ile en fazla eğitimcinin hizmet yerine gelmesini tercih etmektedirler.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının hizmet içi eğitimin hangi metotla verilmesi gerektiği konusundaki tercihleri Tablo 33'de gösterilmiştir.

Tablo 33 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hizmet İçi Eğitimin Hangi Metotla Verilmesi Gerektiği Konusundaki Tercihleri

	Periyodik Konferans, Tartışmalı Toplantılar	Bir Merkezde Belirli Bir Süre Eğitim	Hizmet Konularına Göre Kongreler	Eğitimcinin Hizmet Yerine Gelmesi	Uzaktan Eğitim Sistemi Uygulanması	Toplam
Hekim	35 % 52,2	11 % 16,4	8 % 11,9	13 % 19,4	0	67
Hemşire	42 % 51,2	4 % 4,9	11 % 13,4	25 % 30,5	0	82
Ebe	26 % 41,9	0	8 % 12,9	28 % 45,2	0	62
Sağlık Memuru	15 % 51,7	5 % 17,2	6 % 20,7	3 % 10,3	0	29
ÇST	3 % 50,0	2 % 33,3	0	1 % 16,7	0	6
Toplam	121 % 49,2	22 % 8,9	33 % 13,4	70 % 28,5	0	246

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına řu ana kadar aldıkları hizmetiçi eğitimin gerekli ve yeterli olup olmadığı konusunda ne dűřündüklerinin sorulduğu 32. soruya tűm bireylerin % 10,2'si gereksiz cevabını vermişlerdir. Gerekli ve yeterli bulanların oranı % 22,9 olarak bulunmuştur. Gerekli ancak yetersiz olduğunu dűřünenlerin oranı ise % 66,9'dur. Hekimler arasında gerekli ancak yetersiz bulanların oranı % 75,4 iken bunu % 69 ile sağlık memurları, % 62,2 ile hemşireler ve % 60,3 ile ebeler izlemektedir.

Birinci basamak sađlık hizmetleri çalıřanlarının verilen hizmetiçi eđitim konusundaki gűrűřleri Tablo 34'de gűsterilmiřtir.

Tablo 34 Hizmetiçi Eđitim Konusunda Birinci Basamak Sađlık Hizmetleri alıřanlarının Gűrűřleri

	Gereksiz	Gerekli ve Yeterli	Gerekli, Yetersiz	Toplam
Hekim	6 % 9,2	10 % 15,4	49 % 75,4	65
Hemşire	9 % 11,0	22 % 26,8	51 % 62,2	82
Ebe	8 % 12,7	17 % 27,0	38 % 60,3	63
Sağlık Memuru	2 % 6,9	7 % 24,1	20 % 69,0	29
evre Sağlık Teknisyeni	0	0	6 % 100	6
Toplam	25 % 10,2	56 % 22,9	164 % 66,9	245

Anketin 33. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **sertifikalı bir eğitim alıp almadıkları** sorulmuştur. Ankete katılan tüm bireyler % 56 oranında sertifikalı bir eğitim aldıklarını belirtirken % 44 oranında sertifikalı bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Sorumlu hekimlerin hepsinin sertifikalı bir eğitim aldığı görülürken sorumlu hekim dışındaki hekimlerin % 75,5'inin sertifikalı bir eğitim aldığı görülmektedir. Sağlık memurları % 63,3 oranında, ebeler % 50,8 oranında ve hemşireler % 34,9 oranında sertifikalı bir eğitim almışlardır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının sertifikalı bir eğitim alma oranları Tablo 35'de gösterilmiştir.

Tablo 35 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri alışanlarının Sertifikalı Bir Eğitim Alma Oranları

	Sertifikalı Bir Eğitim Aldım	Sertifikalı Bir Eğitim Almadım	Toplam
Sorumlu Hekim	17 % 100	0	17
Hekim	37 % 75,5	12 % 24,5	49
Hemşire	30 % 34,9	56 % 65,1	86
Ebe	32 % 50,8	31 % 49,2	63
Sağlık Memuru	19 % 63,3	11 % 36,7	30
evre Sağlık Teknisyeni	6 % 85,7	1 % 14,3	7
Toplam	141 % 56,0	111 % 44,0	252

Anketin 34. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **sertifika aldıkları konu ile ilgili bir görevde çalışıp çalışmadıkları** soruldu. Sorumlu hekimler % 47,1 oranında, sorumlu hekim dışındaki hekimler % 24,3 oranında evet cevabı verirlerken ebeler % 37,5 oranında, hemşireler % 30,0 oranında ve sağlık memurları % 21,1 oranında olumlu cevap vermişlerdir. Toplam olarak sertifikalı bir eğitim alanların % 32,6'sının eğitim aldıkları konu ile ilgili bir görevde çalışırken % 67,3'ünün ise sertifika aldıkları konu ile ilgili bir görevde çalışmadıkları görülmüştür.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarından sertifikalı bir eğitim alanların eğitim aldıkları konu ile ilgili bir görevde çalışma oranları Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri alışanlarından Sertifikalı Bir Eğitim Alanların Eğitim Aldıkları Konu İle İlgili Bir Görevde alışma Oranları

	Sertifika Aldığım Konu İle İlgili Bir Görevde alışıyorum	Sertifika Aldığım Konu İle İlgili Bir Görevde alışmıyorum	Toplam
Sorumlu Hekim	8 % 47,1	9 % 52,9	17
Hekim	9 % 24,3	28 % 75,6	37
Hemşire	9 % 30,0	21 % 70,0	30
Ebe	12 % 37,5	20 % 62,5	32
Sağlık Memuru	4 % 21,1	15 % 78,9	19
evre Sağlık Teknisyeni	4 % 66,7	2 % 33,3	6
Toplam	46 % 32,6	95 % 67,3	141

4.7. YÖNETİM

Anketin 37. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına il sağlık müdürünün değişmesinin, 38. soruda sağlık grup başkanının değişmesinin, 39. soruda sağlık ocağı sorumlu hekiminin değişmesinin sağlık ocağı çalışmasını nasıl etkileyeceği soruldu.

İl sağlık müdürünün değişmesinin sağlık ocağı çalışmasına etkisini çok etkiler şeklinde cevaplayanların oranı % 3,9 iken etkiler şeklinde cevaplayanların oranı % 22,8 olarak ortaya çıkmıştır. Kararsızların oranı % 14,6'dır. % 46,1 etkilemez, % 12,6 hiç etkilemez olarak çıkmıştır. Sorumlu hekimlerin % 64,7'si il sağlık müdürünün değişmesinin sağlık ocağı çalışmasını etkilemeyeceği görüşünde iken sorumlu hekim dışındaki hekimlerin % 50'si etkilemeyeceği ve hiç etkilemeyeceği görüşündedir.

İl sağlık müdürünün değişmesinin sağlık ocağı çalışmasına etkisi konusunda birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının görüşleri Tablo 37'de gösterilmiştir.

Sağlık grup başkanının değişmesinin sağlık ocağı çalışmasına etkisi ile ilgili olarak % 22,6 çok etkiler, % 42,5 etkiler cevapları verilmiştir. Etkilemez % 18,7 ve hiç etkilemez % 7,1 olarak bulunmuştur. Kararsızların oranı ise % 9,1'dir. Sorumlu hekimlerin % 23,5'i çok etkiler, % 41,2'si etkiler şeklinde cevap verirken etkilemez % 11,8 oranındadır. Sorumlu hekimlerden hiç etkilemez şeklinde cevap veren çıkmamıştır. Sorumlu hekimler dışındaki hekimler % 18 çok etkiler, % 46 etkiler, % 18 etkilemez ve % 2 hiç etkilemez şeklinde cevap vermişlerdir.

**Tablo 37 İl Sağlık Müdürünün Değişmesinin Sağlık Ocağı Çalışmasına Etkisi
Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Görüşleri**

	Çok Etkiler	Etkiler	Kararsız	Etkilemez	Hiç Etkilemez	Toplam
Sorumlu Hekim	2 % 11,8	2 % 11,8	2 % 11,8	11 % 64,7	0	17
Hekim	1 % 2,0	10 % 20,0	14 % 28,0	21 % 42,0	4 % 8,0	50
Hemşire	4 % 4,7	21 % 24,4	13 % 15,1	37 % 43,0	11 % 12,8	86
Ebe	1 % 1,6	19 % 30,2	3 % 4,8	30 % 47,6	10 % 15,9	63
Sağlık Memuru	2 % 6,5	5 % 16,1	3 % 9,7	16 % 51,6	5 % 16,1	31
ÇST	0	1 % 14,3	2 % 28,6	2 % 28,6	2 % 28,6	7
Toplam	10 % 3,9	58 % 22,8	37 % 14,6	117 % 46,1	32 % 12,6	254

Sağlık grup başkanının değişmesinin sağlık ocağı çalışmasına etkisi konusunda birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının görüşleri Tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38 Sağlık Grup Başkanının Değişmesinin Sağlık Ocağı Çalışmasına Etkisi Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Görüşleri

	Çok Etkiler	Etkiler	Kararsız	Etkilemez	Hiç Etkilemez	Toplam
Sorumlu Hekim	4 % 23,5	7 % 41,2	4 % 23,5	2 % 11,8	0	17
Hekim	9 % 18,0	23 % 46,0	8 % 16,0	9 % 18,0	1 % 2,0	50
Hemşire	14 % 16,7	38 % 45,2	6 % 7,1	18 % 21,4	8 % 9,5	84
Ebe	20 % 31,7	22 % 34,9	2 % 3,2	14 % 22,2	5 % 7,9	63
Sağlık Memuru	10 % 32,3	14 % 45,2	2 % 6,5	3 % 9,7	2 % 6,5	31
ÇST	0	3 % 42,9	1 % 14,3	1 % 14,3	2 % 28,6	7
Toplam	57 % 22,6	107 % 42,5	23 % 9,1	47 % 18,7	18 % 7,1	252

Sağlık ocağı sorumlu hekiminin değişmesinin sağlık ocağı çalışmasını nasıl etkileyeceği sorusuna tüm bireylerin % 30,6’sı çok etkiler, % 48,4’ü etkiler şeklinde cevap verirken % 10,7’si etkilemez, % 2,8’i hiç etkilemez şeklinde cevap vermişlerdir. Sorumlu hekimlerin % 17,6’sı çok etkiler, % 58,8’i etkiler, % 11,8’i etkilemez şeklinde görüş belirtirken sorumlu hekimler dışındaki hekimlerin % 28’i çok etkiler, % 42’si etkiler, % 16’sı etkilemez şeklinde cevap vermişlerdir.

Sağlık ocağı sorumlu hekiminin değişmesinin sağlık ocağı çalışmasına etkisi konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının görüşleri Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39 Sağlık Ocağı Sorumlu Hekiminin Değişmesinin Sağlık Ocağı Çalışmasına Etkisi Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görüşleri

	Çok Etkiler	Etkiler	Kararsız	Etkilemez	Hiç Etkilemez	Toplam
Sorumlu Hekim	3 % 17,6	10 % 58,8	2 % 11,8	2 % 11,8	0	17
Hekim	14 % 28,0	21 % 42,0	7 % 14,0	8 % 16,0	0	50
Hemşire	25 % 29,4	46 % 54,1	7 % 8,2	7 % 8,2	0	85
Ebe	26 % 41,3	28 % 44,4	1 % 1,6	4 % 6,3	4 % 6,3	63
Sağlık Memuru	7 % 23,3	15 % 50,0	2 % 6,7	4 % 13,3	2 % 6,7	30
ÇST	2 % 28,6	2 % 28,6	0	2 % 28,6	1 % 14,3	7
Toplam	77 % 30,6	122 % 48,4	19 % 7,5	27 % 10,7	7 % 2,8	252

İl sağlık müdürü, sağlık grup başkanı ve sağlık ocağı sorumlu hekiminin değişmesinin sağlık ocağı çalışmasını nasıl etkileyeceği konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının görüşleri Tablo 40’da karşılaştırılmıştır. Bu tablodan sağlık ocağı çalışmasını en fazla etkileyen yöneticinin sorumlu hekim olduğu, bunu sırasıyla sağlık grup başkanı ve il sağlık müdürünün takip ettiği sonucuna ulaşabiliriz.

Tablo 40 İl Sağlık Müdürü,Sağlık Grup Başkanı ve Sağlık Ocağı Sorumlu Hekiminin Değişmesinin Sağlık Ocağı Çalışmasına Etkisi Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görüşlerinin Karşılaştırılması

	Çok Etkiler	Etkiler	Etkilemez	Hiç Etkilemez
İl Sağlık Müdürünün Değişmesi	% 3,9	% 22,8	% 46,1	% 12,6
Sağlık Grup Başkanının Değişmesi	% 22,6	% 42,5	% 18,7	% 7,1
Sorumlu Hekimin Değişmesi	% 30,6	% 48,4	% 10,7	% 2,8

Anketin 40. sorusunda **sorumlu hekim ve hekimlere yönetim konusunda herhangi bir eğitim alıp almadıkları** soruldu. Sorumlu hekimlerin % 12,5'i yönetim konusunda eğitim aldıklarını, % 87,5'i ise herhangi bir eğitim almadıklarını belirttiler. Hekimlerin ise % 8'i yönetim konusunda eğitim aldıklarını, % 92'si ise eğitim almadıklarını belirttiler.

Sorumlu hekim ve hekimlerin yönetim konusunda eğitim alma sayı ve oranları Tablo 41'de gösterilmiştir.

Anketin 41. sorusunda **sorumlu hekim ve hekimlere daha önce yöneticilik yapıp yapmadıkları** soruldu. sorumlu hekimlerin % 64,7'si daha önce yöneticilik yaptıklarını, % 35,3'ü ise daha önce yöneticilik yapmadıklarını belirtmişlerdir. Sorumlu hekimlerin dışındaki hekimlerin % 58'i daha önce yöneticilik yaptıklarını, % 42'si ise

yapmadıklarını belirtmişlerdir. Tüm hekimlerin % 68,6'sının yöneticilik yaptığı/yapmış olduğu görülmüştür.

Tablo 41 Sorumlu Hekim ve Hekimlerin Yönetim Konusunda Eğitim Alma Sayı ve Oranları

	Yönetim Konusunda Eğitim Aldım	Yönetim Konusunda Eğitim Almadım	Toplam
Sorumlu Hekim	2 % 12,5	14 % 87,5	16
Hekim	4 % 8,0	46 % 92,0	50
Toplam	6 % 9,0	60 % 91	66

Sorumlu hekim ve hekimlerin daha önce yöneticilik yapma oranları Tablo 42'de gösterilmiştir.

Tablo 42 Sorumlu Hekim ve Hekimlerin Daha Önce Yöneticilik Yapma Oranları

	Daha Önce Yöneticilik Yaptım	Daha Önce Yöneticilik Yapmadım	Toplam
Sorumlu Hekim	11 % 64,7	6 % 35,3	17
Hekim	29 % 58,0	21 % 42,0	50
Toplam	40 % 59,7	17 % 40,3	67

.42. soruda ise **sorumlu hekim ve hekimlere yönetici olarak daha önce hangi görevlerde buldukları** soruldu. Bu konu ile ilgili verilen cevaplar Tablo 43'de gösterilmiştir.

Tablo 43 Sorumlu Hekim ve Hekimlerin Daha Önce Yönetici Olarak Yaptıkları Görevler

	İl Sağlık Müdürü	Sağlık Grup Başkanı	Sorumlu Hekim	Sağlık Müdürlüğü Bünyesinde Yöneticilik	2. Basamak Sağlık Kuruluşunda Yöneticilik
Sorumlu Hekim	1	1	8	1	0
Hekim		4	21	2	1

Anketin 35. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki 224 Sayılı Kanunu bilip bilmedikleri** soruldu. Tüm bireylerin % 0,8'i çok iyi biliyorum, % 28,6'sı biliyorum cevabını verirken % 46,4'ü bilmiyorum ve % 16,5'i hiç bilmiyorum cevabını vermişlerdir. Kararsızların oranı ise % 7,7'dir. Sorumlu hekimlerden ve hekimlerden 224 sayılı yasayı çok iyi biliyorum cevabını veren olmamıştır. Sorumlu hekimlerin % 47,1'si biliyorum % 29,4'ü bilmiyorum, % 5,9'i hiç bilmiyorum cevabını vermişlerdir. Sorumlu hekimler dışındaki hekimlerin % 30,6'sı biliyorum, % 49'u bilmiyorum, % 8,2'si hiç bilmiyorum cevabını vermişlerdir. Hekimlerin genel ortalaması ise % 0 çok iyi biliyorum, % 34,8 biliyorum , % 43,9 bilmiyorum , % 7,5 hiç bilmiyorum olarak ortaya çıkmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki 224 Sayılı Yasayı bilme dereceleri Tablo 44'de gösterilmiştir.

Tablo 44 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Yasayı Bilme Dereceleri

	Çok İyi Biliyorum	Biliyorum	Kararsızım	Bilmiyorum	Hiç Bilmiyorum	Toplam
Sorumlu Hekim		8 % 47,1	3 % 17,6	5 % 29,4	1 % 5,9	17
Hekim		15 % 30,6	6 % 12,2	24 % 49,0	4 % 8,2	49
Hemşire	1 % 1,2	24 % 28,6	5 % 6,0	46 % 54,8	8 % 9,5	84
Ebe		15 % 25,0	2 % 3,3	25 % 41,7	18 % 30,0	60
Sağlık Memuru		7 % 22,6	2 % 6,5	13 % 41,9	9 % 29,0	31
ÇST	1 % 14,3	2 % 28,6	1 % 14,3	2 % 28,6	1 % 14,3	7
Toplam	2 % 0,8	71 % 28,6	19 % 7,7	115 % 46,4	41 % 16,5	248

Anketin 36. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmeti yürütülmesi hakkındaki yönerge olan 154 Sayılı Yönergeyi bilip bilmedikleri soruldu.** Tüm bireylerin % 0,8'i çok iyi biliyorum, % 17,8'i biliyorum, % 51,7'si bilmiyorum, % 24,4'ü hiç bilmiyorum cevabını vermişlerdir. Sorumlu hekim ve hekimlerden çok iyi biliyorum cevabını veren olmamıştır. Sorumlu hekimlerin % 18,8'i biliyorum, % 56,3'sı bilmiyorum, % 18,8'i ise hiç bilmiyorum cevabını vermişlerdir. Sorumlu hekim dışındaki hekimlerin % 14,3'ü biliyorum, % 57,1'i bilmiyorum, % 24,5'i hiç bilmiyorum cevabını vermişlerdir. Hekimlerin genel ortalaması ise % 15,3 biliyorum iken Bilmiyorum % 56,9 ve Hiç

Bilmiyorum % 23 olmak üzere tüm hekimlerin % 80 oranında 154 sayılı yönergeyi bilmedikleri ortaya çıkmıştır

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının 154 Sayılı Yönergeyi bilme dereceleri Tablo 45’de gösterilmiştir.

Tablo 45 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının 154 Sayılı Yönergeyi Bilme Dereceleri

	Çok İyi Biliyorum	Biliyorum	Kararsızım	Bilmiyorum	Hiç Bilmiyorum	Toplam
Sorumlu Hekim	0	3 % 18,8	1 % 6,3	9 % 56,3	3 % 18,8	16
Hekim	0	7 % 14,3	2 % 4,1	28 % 57,1	12 % 24,5	49
Hemşire	1 % 1,2	13 % 15,9	4 % 4,9	48 % 58,5	16 % 19,5	82
Ebe	1 % 1,8	13 % 22,8	2 % 3,5	24 % 42,1	17 % 29,8	57
Sağlık Memuru	0	5 % 16,1	3 % 9,7	14 % 45,2	9 % 29,0	31
ÇST	0	2 % 28,6	1 % 14,3	2 % 28,6	2 % 28,6	7
Toplam	2 % 0,8	43 % 17,8	13 % 5,4	125 % 51,7	59 % 24,4	242

4.8. SAĞLIK OCAĞI HİZMETLERİNDE ETKİNLİK

Anketin 46. Sorusunda **Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) yapılmasının sağlık ocağının mevcut çalışmasına ve çalışmaların planlanmasına etkisinin nasıl olacağı** sorulan birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının % 8,9'u çok etkisi olur, % 25,1'i etkisi olur, % 31,6'sı etkisi olmaz ve % 19,8'i hiçbir etkisi olmaz şeklinde cevap vermişlerdir. Kararsızların oranı ise % 14,6'dır.

ETF yapılmasının sağlık ocağının mevcut çalışmasına ve çalışmaların planlanmasına çok etkisi olur ve etkisi olur şeklinde cevap verenler içerisinde sağlık memurları % 50 ile en yüksek orandadırlar. Bunu % 33 ile hemşireler, % 32,3 ile hekimler, % 30,1 ile ebeler takip etmektedir. ETF yapılmasının sağlık ocağının mevcut çalışmasına ve çalışmaların planlanmasına etkisi ile ilgili çok etkisi olur ve etkisi olur cevabını verenler arasında en düşük oran % 23,6 ile sorumlu hekimlerde olmuştur.

ETF yapılmasının sağlık ocağının mevcut çalışmasına ve çalışmaların planlamasına etkisi ile ilgili birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının görüşleri Tablo 46'da gösterilmiştir

Çalıştıkları sağlık ocağında ETF'ye gerek olup olmadığının sorulduğu 49. soruya sağlık ocağı çalışanlarının % 27,7'si gerek var şeklinde cevap verirken % 72,2'si gerek yok şeklinde cevap vermişlerdir. Sorumlu hekimler % 33,3 oranında, sorumlu hekim dışındaki hekimler % 35,9 oranında, ebeler % 28 oranında, hemşireler % 24,6 oranında ve sağlık memurları % 16,7 oranında çalıştıkları sağlık ocağında ETF'nin gerekli olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık ocağı çalışanlarının çalıştıkları sağlık ocağında ETF'nin gerekliliği konusundaki görüşleri Tablo 47'de gösterilmiştir.

Tablo 46 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının ETF Yapılmasının Sağlık Ocağının Mevcut Çalışmasına ve Çalışmaların Planlamasına Etkisi İle İlgili Görüşleri

	Çok Etkisi Olur	Etkisi Olur	Kararsız	Etkisi Olmaz	Hiç Etkisi Olmaz	Toplam
Sorumlu Hekim	2 % 11,8	2 % 11,8	3 % 17,6	10 % 58,8		17
Hekim	6 % 12,5	11 % 22,9	11 % 22,9	12 % 25,0	8 % 16,7	48
Hemşire	3 % 3,7	24 % 29,3	9 % 11,0	29 % 35,4	17 % 20,7	82
Ebe	4 % 6,3	15 % 23,8	7 % 11,1	23 % 36,5	14 % 22,2	63
Sağlık Memuru	6 % 20,0	9 % 30,0	6 % 20,0	3 % 10,0	6 % 20,0	30
ÇST	1 % 14,3	1 % 14,3	0	1 % 14,3	4 % 57,1	7
Toplam	22 % 8,9	62 % 25,1	36 % 14,6	78 % 31,6	49 % 19,8	247

Tablo 47 Sağlık Ocağı Çalışanlarının Çalıştıkları Sağlık Ocağında ETF'nin Gerekliliği Konusundaki Görüşleri

	ETF'ye Gerek Var	ETF'ye Gerek Yok	Toplam
Sorumlu Hekim	5 % 33,3	10 % 66,7	17
Hekim	14 % 35,9	25 % 64,1	39
Hemşire	17 % 24,6	52 % 75,4	69
Ebe	14 % 28,0	36 % 72,0	50
Sağlık Memuru	3 % 16,7	15 % 83,3	18
Toplam	53 % 27,7	138 % 72,2	191

Anketin 47. sorusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına **polikliniğe ilaç yazdırmak amacıyla başvuran hipertansiyon, diabet, koroner yetmezlik gibi kronik hastaların hastalık takiplerinin yapılıp yapılmadığı** konusundaki görüşleri soruldu. Sorumlu hekimlerin % 17,6'sı kesinlikle yapıyor, % 23,5'i yapıyor cevaplarını verirken sorumlu hekim dışındaki hekimlerin % 6'sı kesinlikle yapıyor, % 50'si yapıyor cevabını vermişlerdir. Ortalama olarak tüm hekimlerin ancak % 52,2 si sağlık ocağına ilaç yazdırmak üzere başvuran kronik hastaların hastalık takiplerinin yapıldığını belirtmişlerdir. Ebelerin % 54'ü, hemşirelerin % 45,7'si ve sağlık memurlarının % 20,6'sı ilaç yazdırmak üzere başvuran kronik hastaların hastalık takiplerinin kesinlikle yapıldığını ve yapıldığını belirtmişlerdir.

İlaç yazdırmak amacıyla sağlık ocağına başvuran hipertansiyon, diabet, koroner yetmezlik gibi kronik hastaların hastalık takiplerinin yapılıp yapılmadığı konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının görüşleri Tablo 48’de gösterilmiştir.

Tablo 48 Sağlık Ocağına İlaç Yazdırmak Amacıyla Başvuran Kronik Hastaların Hastalık Takiplerinin Yapılıp Yapılmadığı Konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Görüşleri

	Kesinlikle Yapılıyor	Yapılıyor	Kararsız	Yapılmıyor	Kesinlikle Yapılmıyor	Toplam
Sorumlu Hekim	3 % 17,6	4 % 23,5	2 % 11,8	8 % 47,1	0	17
Hekim	3 % 6,0	25 % 50,0	2 % 4,0	14 % 28,0	6 % 12,0	50
Hemşire	7 % 8,4	31 % 37,3	6 % 7,2	27 % 32,5	12 % 14,5	83
Ebe	7 % 11,1	27 % 42,9	7 % 11,1	17 % 27,0	5 % 7,9	63
Sağlık Memuru	3 % 10,3	3 % 10,3	9 % 31,0	8 % 27,6	6 % 20,7	29
Toplam	23 % 9,5	90 % 37,2	26 % 10,7	74 % 30,5	29 % 12,0	242

Araştırmanın yapıldığı 21 Mart-4 Nisan 2001 tarihleri arasında 29 sağlık ocağında toplam 90 hekim (geçici görev,yıllık izin, ücretsiz izinde olanlar hariç) görev yapmakta iken toplam poliklinik olarak kullanılan oda sayısının 34 olduğu (aile planlaması,aşı, enjeksiyon ve pansuman odaları hariç) tespit edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı dönemde 29 sağlık ocağından 20'sinde Elektrokardiyografi (EKG) mevcut olduğu, bunlardan 8 tanesinin hiç kullanılmadığı, 7 tanesinin ise az kullanıldığı, 1 tanesinin kullanıldığı, 4 tanesinin çok kullanıldığı bilgilerine ulaşılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı dönemde 5 sağlık grup başkanlığında hekim, sağlık memuru, hemşire, ebe ve çevre sağlık teknisyeni olarak sağlık hizmetleri sınıfından toplam 78 kişinin görev yaptığı , bunlardan 14'ü sağlık memuru, 21'i hemşire ve ebe olmak üzere toplam 35 kişinin sağlık hizmetleri dışındaki idari görevlerde çalıştıkları tespit edilmiştir.

29 sağlık ocağı içerisinde kendi sorumluluk bölgesindeki çevre sağlığı hizmetlerini kendisi yürüten sağlık ocağının olmadığı, 5 ilçedeki çevre sağlığı hizmetlerinin tamamının ilçe sağlık grup başkanlıkları tarafından yürütüldüğü tespit edilmiştir.

SONUÇ

Bu çalışmanın birinci bölümünde sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin çeşitli açılardan sınıflaması, sağlık ve sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler, sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin planlamasında İstek-İhtiyaç-Hizmet-Kullanım ilişkisi, sağlık hizmetlerinde Arz-Talep ilişkisi ve Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından önerilen sağlık hizmet ilkeleri incelenmiştir.

İkinci bölümde Cumhuriyet Dönemi sağlık politikalarının tarihsel süreci gözden geçirilmiş, Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili bilgiler verilmiş ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkinlik konusu incelenmiştir.

Üçüncü bölümde Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren temel kuruluş olan sağlık ocakları, sağlık ocaklarının çalışma yöntemleri incelenmiştir. Ayrıca sağlık ocaklarında verilen hizmetler ile ilgili kısa bilgiler verildikten sonra kentsel alan sağlık ocaklarının çalışmaları mevcut durum analizleri yapılmıştır.

Dördüncü bölümde 21 Mart- 4 Nisan 2001 tarihleri arasında Bakırköy, Bahçelievler, Bağcılar, Güngören ve Esenler İlçelerinde bulunan 29 sağlık ocağı ve 5 sağlık grup başkanlığı çalışanları üzerinde anket uygulanarak yapılan araştırma sonuçları verilmiş ve değerlendirilmiştir. Araştırmaya 254 kişi katılmıştır.

BBSH çalışanlarının % 51,6 oranında mesleğe başlarken yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. İnsan sağlığı ile doğrudan ilişkili bir meslek grubu için bu oran çok yüksek ve korkutucudur. Ülkemizde sağlık eğitiminin yeniden gözden geçirilmesi ve tüm sağlık meslek mensuplarının yeterli bilgi ve becerileri kazanmış olarak mezun olmaları için gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri çalışanlarının mevcut yeteneklerinden ve sahip oldukları bilgi ve becerilerden yeterince yararlanılmadığı ve mesleki tatmin düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Öncelikli görevlerinin birinci basamak sağlık hizmeti vermek olan BBSH çalışanlarının sadece % 41,4’ünün sağlık ocaklarını ideal çalışma ortamı olarak görmeleri üzerinde düşünülmesi ve nedenlerinin araştırılması gereken bir konudur.

BBSH çalışanlarının % 64,1'inin sağlık ocağında çalışmanın kendilerine saygınlık kazandırmadığını düşünmeleri sağlık ocaklarının toplum içerisindeki konumunun irdelenmesi gerektiğini göstermektedir.

BBSH çalışanlarının % 97,6'sı aldıkları ücretin kendilerini ve ailelerini tatmin etmediği, hekimlerin % 68,6'sının geçinebilmek için ek iş yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. BBSH çalışanlarının % 70,8'i işlerinde terfi ve yükselme olanaklarının olmadığını, sadece % 69,7'si olumlu sicil alma ve sicil derecesinin kendileri için önemli olduğunu belirtmişlerdir ki bu oranlar düşündürücüdür. Olumlu sicil alma ve sicil derecesinin tayin ve terfilere etkisi olduğuna inananların oranı % 54,4 iken başarılı çalışmaların ödüllendirilmediğini düşünenlerin oranı % 84,3'dür. Bu sonuçların motivasyonu olumsuz etkileyeceği açıktır.

BBSH çalışanlarının % 56'sının sertifikalı bir eğitim aldıkları, ancak sertifikalı eğitim alanların sadece 1/3'ünün eğitim aldıkları konu ile ilgili bir görevde çalıştıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu, eğitilmiş personelin verimli kullanılmadığını veya hizmetiçi eğitimlerin etkin ve gerçekçi olarak planlanmadığını, hizmetiçi eğitime ayrılan kaynakların heba edildiğini düşündürmektedir.

Sağlık ocağı çalışmasını en fazla etkileyen yöneticinin sorumlu hekim olduğu, bunu sağlık grup başkanının takip ettiği, il sağlık müdürünün ise son sırada yer aldığı görülmüştür ki bu çok tabii bir sıralamadır. İl merkezlerinde bulunan sağlık ocakları sorumlu hekimlerinin birinci sicil amiri il sağlık müdürü olmasına rağmen sağlık grup başkanlarının sağlık ocağı çalışmaları üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonucun sağlık grup başkanlarının kaymakamlık makamının onayı ile sorumlu hekimleri bizzat belirleme imkanına sahip olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Ankete katılan tüm hekimlerin % 68,6'sının yöneticilik yaptıkları/yapıyor oldukları sonucuna ulaşılmıştır ki bu bir meslek grubu için çok yüksek bir orandır. Ancak tüm hekimlerin sadece % 9'unun yönetim konusunda bir eğitim almış olmaları düşündürücüdür. Bu sonuçlar bize birinci basamak sağlık hizmetlerinde yöneticiliğin

(sağlık grup başkanlığı, sağlık ocağı sorumlu hekimliği gibi) kurumsallaşmadığını, yönetici olarak görevlendirilen hekimlere yönetim konusunda eğitim verilmediğini, yönetici devir hızının yüksek olduğunu, yöneticilikte kazanılan tecrübe ve bilgi birikimlerinden faydalanılmadığını düşündürmektedir. 224 Sayılı Kanunu ve 154 Sayılı Yönergeyi bilme oranlarının, % 68,6'sının yöneticilik yaptığı/yapıyor olduğu hekimler için çok düşük olduğu ve yönetim konusunda eğitime ne kadar ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır. Yönetici devir hızının azalması ve yöneticiliğin kurumsallaşması için yöneticiliğin hekimlere mevcut görevlerinin yanında ek görev olarak değil, ikinci görev olarak asaleten ve kadrolu olarak verilmesi gerekir. Sorumlu hekim ve sağlık grup başkanı arasında hiyerarşik yapının sağlık grup başkanının birinci sicil amir olarak güçlendirilmesi, sorumlu hekimlerin kaymakamlık makamının onayı ile değil bakanlık onayı ile görevlendirilebilmesi ve görevden alınabilmesi, yönetim kalitesinin artırılması için gerekli tedbirlerin alınması gerekir.

Araştırmanın yapıldığı dönemde 5 ilçe sağlık grup başkanlığında hekim, sağlık memuru, hemşire, ebe ve çevre sağlık teknisyeni olarak sağlık hizmetleri sınıfından toplam 78 kişinin görev yaptığı, bunların yaklaşık yarısının sağlık hizmetleri dışındaki idari hizmetlerde (aynıyat, yeşil kart, personel, tedavi kurumları, istatistik, halkla ilişkiler, santral, sekreterlik, vakıf gibi) çalıştıkları görülmüştür. Genel hizmetler sınıfından herhangi bir memurun yapabileceği idari görevler için, yetiştirilmesi zor ve pahalı olan sağlık hizmetleri sınıfından personelin görev yapması ülkemizde sayıca zaten yetersiz olan sağlık personelinden yeterince yararlanılmadığını göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki 5 ilçede çevre sağlığı hizmetlerinin tamamının ilçe sağlık grup başkanlıklarınca yürütüldüğü görülmüştür. Ancak bu uygulama mevcut yapılanma içerisinde bir zorunluluğun sonucudur. Sağlık grup başkanlıklarının ilçe sağlık müdürlüklerine dönüştürülmesi ve ilçelerde şube müdürlükleri oluşturulması kurumsallaşmayı sağlayacağı gibi hem hizmetin daha iyi yürütülmesini hem de mevcut insan kaynaklarının daha verimli olmasını sağlayacaktır.

Kentsel alan sağlık ocaklarının çalışma sistemleri yeniden düzenlenmelidir veya yeniden yapılandırılmalıdır.

KAYNAKÇA

KİTAP VE RAPORLAR

BOZKAYA, Çetin, Nurperi TEKER, (1996), Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

BULUTOĞLU,K., (1977), Kamu Ekonomisine Giriş, TEMAT Yayınları, Ankara.

DEDEOĞLU, N., (1997), 224 Sayılı Kanunun Dünü, Bugünü, Yarını, Adana Tabip Odası, Adana.

FİŞEK, Nusret, (1983), Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

KURTULMUŞ, Sevgi, (1998), Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.

MORTAN, Kenan , Tandoğan TOKGÖZ, (1984), Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi, Ankara.

ÖZGÜVEN, Ali, (1972), İktisat Bilimine Giriş, İstanbul.

ÖZTEK, Zafer, (1996a), Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlke ve Teknikleri , Sağlık Bakanlığı, Ankara.

ÖZTEK, Zafer, (1996b), Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

ÖZTEK, Zafer ve Diğerleri, (1996c), Sağlık Hizmetleri ve Çalışanlar Açısından Yasal Düzenlemeler, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (1996) Sağlık Bakanlığı Uyum Eğitim Materyali No:1, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1999) Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu , Ankara.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1998a) Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi , Ankara.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1998b) Dünya Sağlık Raporu 1998, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1996) Sağlık Reformları Araştırmaları-1 , Ankara.

SORGUTAN, Erdal, (1993), Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara.

T.C. Anayasası-1961.

T.C. Anayasası-1982.

T.C. Hükümeti 2000 Yılı Programı, Resmi Gazete-21 Kasım 1999.

TOPRAK, İsmet, (1982), Sağlık İhtiyacı ve Hastalık Sigortası, Doçentlik Tezi, Erzurum.

Türk Tabipleri Birliği, (1999) Bin Yıl Kapanırken Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, Ankara.

YAZGAN, Turan, (1977), Sosyal Sigorta, İstanbul

MAKALE VE TEBLİĞLER

AKBULUT, Yasemin, (1999) “Acil Servislerin Amaç Dışı Kullanımı, Kullanımın Nedenleri, Doğurduğu Problemler ve Azaltılmasına Yönelik Önlemler”, İkinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

BELEK, İlker, (1995), “Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor”, Toplum ve Hekim, Cilt 9, Sayı:64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, ss.24.

ÇELİK, Yusuf, (1999) “Doğum Öncesi Bakımı Kullanmada Etkili Faktörler”, İkinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

ÇORUH, Mithat, (1995) “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

ESER, Erhan, (1995), “Hollanda’da “Sağlıklı Toplum” Politikasına Doğru: “Nota 2000” ve Oluşturulma Süreci”, Toplum ve Hekim, Cilt 9, Sayı:64-65, Kasım1994-Şubat 1995, ss.82.

KARABULUT, Kerem, (1999), “Sağlık Ekonomisi”, İkinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

KAYA, Yalçın, (1999) “Başhekim ve Hastane Müdürlerinin Mevcut, Özerk ve Özel Hastane Modelleri Konusundaki Görüş, Tutum ve Beklentileri”, İkinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

ÖZSARI, Haluk, (1998a), “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları”, Sağlıkta Strateji Dergisi, Aralık-1998, Sayı:20s.7.

ÖZSARI, Haluk, (1998b), “Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış”, Sağlık Sektöründe Çağdaş Yaklaşımlar Semineri, İstanbul- 10 Ekim 1998.

ÖZTEK, Zafer, (2000), “Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”, Hacettepe Tıp Dergisi, Cilt 31, Sayı:1, 2000, ss.73.

ÖZTEK, Zafer, (1995), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı”, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

SALTIK, Ahmet, (1995), “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, Toplum ve Hekim, Cilt 10, Sayı:68, Temmuz-Ağustos 1995, ss.38.

SAYIN, Kudret Şevket, (1995), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Fayda Analizi ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi”, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

TOKGÖZ, E., (1991), “Sosyal Gelişmede Sağlık”, Türkiye İkinci İktisat Kongresi Tebliğleri, D.P.T. Yayınları, Ankara.

TOP, Mehmet, (1999), “Sağlık İhtiyacı, Talebi ve Kullanım Kavramlarına Genel ve Karşılaştırmalı Bir Bakış”, İkinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

TURAN, Nihat, Ergin BERÇİN, (1999), “Türkiye’de Sağlığa Yönelik Ulusal Politikalar, Hedefler, İlkeler ve Etkileri”, İkinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

USTA, İrfan, Fevziye ÇETİNKAYA, (1999), “Seçilmiş İlçe Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı”, İkinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

UZ, M. Hulki , (1995), “Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri”, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

YEĞİNBOY, Yasemin, (1995), “Bireye Yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Finansal Etkinliğin Arttırılmasında Toplam Kalite Yönetiminin Etkileri”, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

EKLER

EK-1 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ ANKETİ

1) Göreviniz:

- a)Sağlık Grup Başkanı
- b)Sorumlu Hekim
- c)Hekim
- d)Hemşire
- e)Ebe
- f)Sağlık Memuru
- g)Çevre Sağlık Teknisyeni

2) Cinsiyetiniz

- a)Erkek
- b)Kadın

3) Medeni Haliniz

- a)Evli
- b)Bekar
- c)Dul
- d)Boşanmış

4) Kaç yıllık memursunuz?

- a) 0-1 yıl
- b)2-5 yıl
- c)6-10 yıl
- d)11-15 yıl
- e)16 ve üstü

5) Şu anda çalıştığınız sağlık ocağında kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- a) 0-1 yıl
- b)2-5 yıl
- c)6-10yıl

d)11-15 yıl

e)16 ve üstü

6) Daha önce çalıştığınız sağlık ocağı sayısı nedir?

7) Kaç yıldır İstanbul'da çalışıyorsunuz?

a)0-1 yıl

b)2-5 yıl

c)6-10 yıl

d)11-15 yıl

e)16 ve üstü

8) Mesleğinizden memnun musunuz?

a)Çok Memnunum

b) Memnunum

c)Kararsızım

d)Memnun değilim

e)Hiç memnun değilim

9) Meslek hayatınıza başladığınızda yeterli bilgi ve beceriye sahip miydiniz?

a)Yeterli bilgi ve beceriye sahiptim.

b)Yeterli bilgi ve beceriye sahip değildim

10) Şu anda yaptığınız iş yeteneğinize uygun mu?

a)Yeteneklerimden az düzeyde

b)Yeteneklerime uygun

c)Yeteneklerimi aşan düzeyde

11) Şu anda bilgi ve becerilerinizi kullanabiliyor musunuz?

a)Kesinlikle Kullanabiliyorum

b)Kullanabiliyorum

c)Kararsızım

d) Kullanamıyorum

e)Kesinlikle kullanamıyorum

12) İşinizi severek mi yapıyorsunuz?

a)Kesinlikle evet

b)Evet

c)Kararsızım

d)Hayır

e)Kesinlikle Hayır

13) Yaptığınız iş sizi tatmin etmekte midir?

- a) Kesinlikle Evet
- b) Evet
- c) Kararsızım
- d) Hayır
- e) Kesinlikle Hayır

14) Şu anda çalıştığınız sağlık ocağından memnun musunuz?

- a) Çok Memnunum
- b) Memnunum
- c) Kararsızım
- d) Memnun Değilim
- e) Hiç Memnun Değilim

15) Bir yıl içerisinde çalıştığınız sağlık ocağından ayrılmayı düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

16) Şu anda çalıştığınız sağlık ocağından ayrılmayı düşünüyorsanız, birinci sebebiniz nedir?

- a) Yönetici
- b) İşyeri arkadaşları
- c) Eve uzaklık
- d) İşyükü fazlalığı
- e) Diğer

17) Kurumunuzda çalışan sayısı işyüküne göre yeterli midir?

- a) Kesinlikle yeterlidir
- b) Yeterlidir
- c) Kararsızım
- d) Yetersizdir
- e) Kesinlikle yetersizdir

18) Seçme imkanınız olsa idi şu anda aşağıdakilerin hangisinde çalışmayı tercih ederdingiz?

- a) Şu anda çalıştığım sağlık ocağında çalışmaya devam ederdim
- b) Başka bir sağlık ocağında çalışmak isterdim

- c)İdari hizmetlerde çalışmak isterdim
- d)Hastanelerde çalışmak isterdim
- e) Özel sektörde çalışmak isterdim

19) Sizin için ideal çalışma ortamı aşağıdakilerden hangisidir?

- a)Sağlık ocakları
- b)Hastaneler
- c)İdari hizmetler
- d)Özel muayeneler
- e)Özel hastane ve poliklinikler

20) Şu anda aldığınız ücret sizi ve ailenizi tatmin etmekte midir?

- a)Kesinlikle evet
- b)Evet
- c)Kararsızım
- d)Hayır
- e)Kesinlikle hayır

21) Geçinebilmek için ek iş yapıyor musunuz?

- a)İşyeri hekimliği
- b)Özel muayenehane hekimliği
- c)Özel hastane ve polikliniklerde nöbet tutuyorum
- d)Hekimlik dışı faaliyetlerde bulunuyorum

22) Eğitiminiz, kıdeminiz, yaptığınız işler ve piyasaya bakarak hak ettiğiniz ücreti aldığınıza inanıyor musunuz?

- a)Kesinlikle inanıyorum
- b)İnanıyorum
- c)Kararsızım
- d)İnanmıyorum
- e)Kesinlikle inanmıyorum

23) İşinizle ilgili önümüzdeki 5 yıl için önemli bir planınız var mı?

- a) Var
- b) Yok

24) İşinizde terfi ve yükselme olanakları var mı?

- a)Var
- b) Yok

25) Olumlu sicil alma veya sicil derecesinin sizin için önemi nedir?

- a)Çok önemli
- b)Önemli
- c)Kararsızım
- d)Önemli değil
- e)Hiç önemli değil

26) Olumlu sicil alma veya sicil derecesinin tayin ve terfilere etkisi var mı?

- a)Çok etkili
- b)Etkili
- c)Kararsızım
- d)Etkisi yok
- e)Hiç etkisi yok

27) Başarılı çalışmalarınız ödüllendiriliyor mu?

- a)Kesinlikle evet
- b)Evet
- c)Kararsızım
- d)Hayır
- e)Kesinlikle Hayır

28) Çalıştığınız kurumda az çalışan ile çok çalışan arasında bir fark gözetiliyor mu?

- a)Çok fark gözetiliyor
- b)Fark gözetiliyor
- c)Kararsızım
- d)Fark gözetilmiyor
- e)Hiçbir fark gözetilmiyor

29) Hizmet içi eğitime ihtiyacınız var mı?

- a) Var
- b)Yok

30) Hizmet içi eğitim sizce kimlere verilmelidir?

- a)Herkese zorunlu olarak verilmelidir.
- b)Sadece gönüllülere verilmelidir
- c)Hizmet türlerine göre zorunlu verilmelidir
- d)Hizmet türlerine göre gönüllülere verilmelidir

31) Hizmet içi eğitim sizce hangi metotla verilmelidir?

- a)Periyodik konferanslar ve tartışmalı toplantılar ile
- b)Her yıl bir merkezde belirli bir süre yoğun eğitim verilmeli
- c)Hizmet konularına göre kongreler yapılmalıdır
- d>Eğitimcinin hizmet yerine gelmesi ile
- e)Uzaktan eğitim sistemi uygulanması

32) Şu ana kadar size verilen hizmet içi eğitimler için ne düşünüyorsunuz?

- a)Gereksiz
- b)Gerekli, yetersiz
- c)Gerekli ve yeterli

33) Sertifikalı bir eğitim aldınız mı?

- a)Evet
- b)Hayır

34) Sertifika aldığınız konu ile ilgili bir görevde mi çalışıyorsunuz?

- a)Evet
- b)Hayır

35) 224 sayılı Yasayı (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun) biliyor musunuz?

- a)Çok iyi biliyorum
- b)Biliyorum
- c)Kararsızım
- d)Bilmiyorum
- e)Hiç bilmiyorum

36) 154 sayılı yönergeyi biliyor musunuz?

- a)Çok iyi biliyorum
- b)Biliyorum
- c)Kararsızım
- d)Bilmiyorum
- e)Hiç bilmiyorum

37) İl sağlık m¼d¼r¼n¼n değişmesi sağlık ocağı çalışmasını nasıl etkiler?

- a)ok etkiler
- b)Etkiler
- c)Kararsızım
- d)Etkilemez
- e)Hiç Etkilemez

38) Sağlık grup başkanının değişmesi sağlık ocağı çalışmasını nasıl etkiler?

- a)ok etkiler
- b) Etkiler
- c)Kararsızım
- e)Etkilemez
- e)Hiç etkilemez

39) Sağlık ocağı sorumlu hekiminin değişmesi sağlık ocağı çalışmasını nasıl etkiler?

- a)ok etkiler
- b) Etkiler
- c)Kararsızım
- d)Etkilemez
- e)Hiç etkilemez

40) Y¼netim konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a)Evet
- b)Hayır

41) Daha ¼nce y¼neticilik yaptınız mı?

- a)Evet
- b)Hayır

42) Daha ¼nce y¼neticilik yaptınız ise hangi g¼revlerde bulundunuz?

- a)Sağlık m¼d¼r¼
- b)Sağlık grup başkanı
- c)Sorumlu hekim
- d)Sağlık m¼d¼rl¼đ¼ b¼nyesinde çeşitli g¼revlerde
- e)İkinci basamak sağlık kuruluşlarında y¼neticilik

43) Sağlık ocaklarının çalışmalarını nasıl buluyorsunuz?

- a)Çok başarılı
- b)Başarılı
- c)Kararsızım
- d)Başarısız
- e)Çok başarısız

44) Sağlık ocağında çalışmak size saygınlık kazandırıyor mu?

- a)Kesinlikle evet
- b)Evet
- c)Kararsızım
- d)Hayır
- e)Kesinlikle hayır

45) Çalıştığınız yer ısı, ışık, havalandırma gibi fiziksel koşullar yönünden yeterli midir?

- a)Kesinlikle yeterlidir
- b)Yeterlidir
- c)Kararsızım
- d)Yeterli değildir
- e)Kesinlikle yeterli değildir

46) ETF yapılmasının sağlık ocağının mevcut çalışmasına ve çalışmaların planlamasına etkisi ne olur?

- a)Çok etkisi olur
- b)Etkisi olur
- c)Kararsızım
- d)Etkisi olmaz
- e)Hiçbir etkisi olmaz

47)Polikliniğe ilaç yazdırmaya gelen hipertansiyon, diabet, koroner yetmezlik gibi kronik hastaların sağlık ocağında takibi sizce yapılıyor mu?

- a)Kesinlikle yapılıyor
- b)Yapılıyor
- c)Kararsızım

- d) Yapılmıyor
- e) Kesinlikle yapılmıyor

48) Çalıştığımız sağlık ocağında hangi kayıtlar sağlıklı tutuluyor?

49) Çalıştığımız sağlık ocağında ETF ye gerek var mı?

- a) Gerek var
- b) Gerek yok

50) Sağlık ocağı sorumluluk bölgesindeki çevre sağlığı hizmetleri nasıl yürütülüyor?

- a) Tamamı sağlık ocağı tarafından yürütülmektedir.
- b) Tamamı sağlık grup başkanlığı tarafından yürütülmektedir.
- c) Sağlık grup başkanlığı ve sağlık ocağı birlikte yürütmektedirler.

ÖZGEÇMİŞ

1967 yılında Bayburt'da doğan Cihangir Tayfur 1983 yılında Edirne Lisesi'nden mezun oldu. Aynı yıl Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimine başladı. 1986 yılında yatay geçiş yaptığı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1990 yılında mezun oldu.

1990-1993 yılları arasında Rize Fındıklı Guatr Araştırma Merkezi'nde, 1993-1998 yılları arasında Sakarya Pamukova'da çalıştı.1998 yılında Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde İnsan Kaynakları Yönetimi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalında Yüksek Lisans Eğitimine başladı. 1998 yılında Sakarya 112 Acil Yardım ve Kurtarma Şube Müdürlüğü'nde görevli iken 17 Ağustos 1999 depreminde kurulan kriz yönetiminde 112 Acil Yardım ve Kurtarma Şube Müdürü , daha sonra ise Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürü ve Ağız-Diş Sağlığı Şube Müdürü olarak görev yaptı. 2000 yılında İstanbul'a tayin olan ve halen Bağcılar Göztepe Sağlık Ocağı'nda Sorumlu Hekim olarak görev yapmakta olan Cihangir Tayfur evli ve iki çocuk babasıdır.

