

## ARAŞTIRMA

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİM: DİYARBAKIR İLİNDE ÇALIŞAN BAZI HEKİMLERİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Melikşah ERTEM\*, Günay SAKA\*, Ali CEYLAN\*

## ÖZET

Ekip hizmeti verilen sağlık ocaklarında ekip liderliği hekimlere düşmektedir. Sağlık ocağı hekimi çağdaş sağlık anlayışı gereğince ekiple çalışmak zorundadır ve bu özelliğiyle klinisyen hekimden ayrılır. Ancak mezuniyet öncesinde ülkenin koşullarına uygun eğitim alamamaları, sağlık politikalarının koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermemeleri gibi nedenlerle sağlık ocağı hekimleri yalnızlığa itilmiş ve motivasyonsuz kalmışlardır. Tanımlayıcı tipte olan, bu çalışmada Diyarbakır ilinde çalışan 143 sağlık ocağı hekimine uygulanan bir anketle sağlık ekibinde aldıkları rolleri, hizmet sunumunda karşılaştıkları güçlükleri ve toplum katılımı ile ilgili görüşleri incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre hekimlerin %58.7'si sağlık ocağında isteyerek çalıştığını belirtirken, %43.3'ü tıbbi istatistik, %66.4'ü planlama ve program yapmada, %32.8'i çevre sağlığı hizmetlerinde, %31.4'ü endemik hastalıklarla savaşta, %22.4'ü AÇS-AP Hizmetlerinde hiç çalışmadığını belirtmiştir.

Hizmet sunarken karşılaştıkları sorunlar olarak yetersiz personel sayısı, yetersiz eğitim, güvenlik, araç-gereç eksikliği, toplumla iletişim sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Sonuçta sağlık hizmetleri sunumunda ekip lideri olarak çalışması beklenen sağlık ocağı hekimlerinin çoğunun bu görevi üstlenmedikleri saptanmıştır. Bu sonucun oluşmasını etkileyen en önemli nedenin de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki yasanın yeterince uygulanmaması olarak yorumlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık ekibi lideri, birinci basamak sağlık hizmetleri, hekim.

## SUMMARY

## PHYSICIAN IN PRIMARY HEALTH CARE

In primary health care centres the leader of health team is physician. In primary health care centres physicians always have to work with an health team and property differ them from classical clinicians. But in medical school they had not adequate education that respond to reality of our country's conditions. Beside this policy makers don't consider important preventive medicine. Result of these practitioners who are working in primary health care centres feel them selves lonely and immotivated. To evaluate the roles of practitioners in health team, to determine the troubles they faced while serving, and their opinion about community participation we planned this descriptive study. A questionnaire was interviewed to 143 practitioners who were working in primary health care centre in Diyarbakır. As the result 58.7% of them were in primary health care centre willingly. Forty-three point three percent of them had never worked in medical statistic. They had never worked in planning and programming of health interventions, in sanitation, in prevention of endemically diseases and in family planning services 66.4%, 32.8%, 31.4%, 22.4% respectively. Major troubles that they were facing while they working were inadequacy of staff by number and by education, security problem, insufficient material and machinery and communication with community. As conclusion many of the practitioners couldn't working as a leader of health team. The most important factor that led this conclusion was the misimplementation of law of the Social Health Services System.

**Key words:** Leader of health team, primary health care, physicians.

## GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetleri gerek içeriği gerekse hizmetin kimin tarafından sunulacağı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili yasada açıklanmıştır (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1998). Bu yasada da belirtildiği gibi birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini içeren hizmetler bütünüdür. Yasa gereği bu hizmetlerin sağlık ocaklarında verilmesi gerekmektedir. Sağlık ocaklarında hizmetler eşitlik, bütüncülük, kapsayıcı olma, kabul edilebilirlik, katılımlı hizmet, tek elden hizmet, nüfus tabanlı hizmet ve en nihayet ekip hizmeti olma gibi ilkelerle sürdürülmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin diğer hekimlerden ayıran en önemli özelliği çağdaş hekimlik anlayışına (Nusret Fişek Halk Sağlığına Giriş Kitabı, 1985) sahip olma zorunluluklarıdır. Bu anlamda, önceliklerin belirlenmesinde en sık görülen, en sık sakat bırakan ve en sık öldüren hastalıklara yer vermesi, toplum katılımı yollarını araştırması ve uygulaması, hizmet verdiği toplumunu iyi tanması ve bir ekiple çalışabilmesi gerekmektedir. Gerek ideal örgütlenme ilkelerinde, gerekse de çağdaş sağlık anlayışı ilkelere belirlendiği gibi; bir ekip hizmeti olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde, hekime, ekibin liderliği düşmektedir. Ekip liderliği iyi planlama bilgisini ve personel yönetimi becerisini gerektirmektedir. Bu anlamda sağlık ocağı hekimi diğer hekimlerden oldukça farklı bilgi ve becerilere gereksinim duyar. Sağlık ocağı hekimi kimi zaman poliklinikte yüzlerle ifade edilen hasta sağaltımı ile uğraşmak

zorunda kalırken, kimi zaman iyi bir aile planlaması danışmanı, iyi bir çevre sağlıkçı, aşı koordinatörü, bulaşıcı hastalıklar sürveyans çalışanı, sağlık eğitimcisi gibi saymakla bitirilemeyecek kadar çok çeşitlilikte hizmetin yürütücüsü konumundadır. Bu kadar çok bilgi ve beceriyi yapısında taşımanın verdiği güçlüğü yanında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin önemli sorunları vardır. Gelecek kaygıları, maddi sorunları, toplumdaki statüleri konusundaki endişeleri, hizmet içi eğitim eksiklikleri gibi bir çok sorunları bulunmaktadır. Bunların yanında tıp fakültelerinden gereksinim duydukları bilgileri de alamadan mezun olmaktadır (Dirican MR., 1994). Altı yıl boyunca toplumda karşılaşacakları sorunlarla ilgili olmanın çok, III. basamak sağlık hizmetlerinde görülecek sağlık sorunlarına yönelik eğitim almaktadırlar. Eğitim süreleri boyunca meslek hayatlarının belki de hiç karşılaşmayacakları bazı hastalıkların tanı ve tedavileriyle ilgili bilgiler almakta, yeterince tanıma fırsatı bulamadıkları bir hekimlik dalında çalışmak zorunda kalmaktadırlar.

Bu çalışma birinci basamak sağlık hizmetleri sunan sağlık ocağı hekimlerinin ekipte aldıkları rolleri, sağlık sistemimiz hakkındaki görüşleri, daha çok hangi hizmetlere ilgi duydukları ve hizmet sunarken daha çok hangi sorunlarla karşılaştıklarını araştırmak amacıyla planlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Sağlık ocağı hekimlerinin ekip liderliği konusunda tutum ve davranışlarını araştırmak amacıyla hazırlanan

Tablo 1: Sağlık Ocağında İsteyerek Çalışanların ve Sistemi Benimseyenlerin Dağılımı

	n	%
Sağlık Ocaklarında İsteyerek Çalışanlar	84	58.7
Sağlık Ocağı Sistemini Benimseyenler	67	46.9
TUS'na Çalışanlar	106	74.1

Tablo 2: Hekimlerin Sağlık Ocağında Daha Çok Hangi Hizmetlerde Çalıştıklarının Dağılımı

	sık sık		bazen		hiç	
	n	%	n	%	n	%
AÇS-AP	35	24.5	76	53.1	32	22.4
Bağışıklama	57	39.9	59	41.3	27	18.8
Sağlık Eğitimi	43	30.0	78	54.6	22	15.4
Endemik Hastalıklarla Mücadele	33	23.1	65	45.5	45	31.4
Beslenmenin İyileştirilmesi	24	16.9	76	53.1	43	30.0
Çevre Sağlığı Hizmetleri	31	21.7	65	45.5	47	32.8
Poliklinik	137	95.8	4	2.8	2	1.4
Yönetim Hizmetleri	74	51.7	41	28.7	28	19.6
Tıbbi İstatistik İşleri	14	9.8	67	46.9	62	43.3
Planlama ve Program Yapma	16	11.2	32	22.4	95	66.4
Okul Sağlığı Hizmetleri	46	32.2	72	50.3	25	17.5
Adli Tabiplik	25	17.5	115	80.4	3	2.1

anket, Diyarbakır'da çalışan hekimlerin tamamına uygulanması hedeflenmiştir. Ancak 205 sağlık ocağı hekiminin 143'üne (araştırmanın gerçekleşme oranı %69.8 olmuştur) ulaşılabilmektedir. Hekimlerin toplu halde buldukları işyeri hekimliği kursu sırasında anketin ön denemesi yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Hekimlerle yüz yüze görüşülmüştür.

### BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin yaş ortalamaları  $28.3 \pm 3.6$  bulunmuştur. Hekimler  $3.5 \pm 2.9$  yıldır hekimlik yapmaktadırlar. Şu an çalıştıkları yerde ortalama  $2.0 \pm 1.9$  yıldır çalışmaktadırlar. Araştırmaya katılan hekimlerin %78.5'i erkektir.

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin %58.7'si sağlık ocaklarında isteyerek çalıştıklarını ve %46.9'u sağlık ocakları sistemini benimsediklerini belirtmişlerdir. Tıpta Uzmanlık Sınavına çalıştığını belirten hekimlerin oranı %74.1 dir.

Hekimlerin daha çok hangi hizmetlerde görev aldıklarının dağılımı tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre, hekimlerin %95.8'i poliklinikte sık sık çalıştıklarını belirtirken %22.4'ü AÇS-AP, %32.8'i çevre sağlığı hizmetlerinde, %43.3'ü tıbbi istatistik işlerinde, %66.4'ü planlama ve program yapma işlerinde hiç çalışmadıklarını belirtmişlerdir.

Hekimlerin %54.3'ü ebe ve hemşireleriyle sadece poliklinikte işbirliği yaptıklarını, %22.9'unun mesaiye geç gelme yada tıbbi hatalar yapmaları durumunda iletişim kurduklarını söylemişlerdir (tablo 3).

**Tablo 3: Ebe ve Hemşirelerinize Daha Çok Hangi Konularda İşbirliği Yapar Ya da Hangi Konularda İletişim Kurma Gereği Duyarsınız?**

	n	%
Sadece Poliklinikte İşbirliğimiz Olur	78	54.5
Poliklinik ve Diğer Hizmetlerin Yürütülmesinde	33	23.1
Mesaiye Geç Gelirler, Tıbbi Hatalar Yaparlar	32	22.4

Hekimlerin, sağlık ocağı içinde kendilerini tanımlamaları istendiğinde, hekimlerin %25.2'si sadece poliklinik, dört duvar arasında veya ilaç yazan adam olarak gördüğü saptanmıştır. Ancak %27.1'i sorumlu hekim, ekip başı ya da yönetici olarak görmesi önemli bir bulgu olmuştur (tablo4).

Poliklinik sırası sizde olmadığında ne gibi işlerle uğraşsınız? sorusunu, hekimlerin %12.6'sı yine poliklinikte çalışırım, %9.8'i evde ders çalışırım, %14.0'ı sağlık ocağının dışında zaman geçirim şeklinde yanıtlamıştır (tablo 5).

**Tablo 4: Hekimin Sağlık Ocağı İçinde Kendini Nerede Gördüğünün Dağılımı**

	n	%
Sadece Poliklinikte, İlaç yazan adam, Dört duvar arasında,	36	25.2
Sorumlu Hekim, Ekibin Baş, Yönetici,	39	27.3
İdealist doktor, Hizmet yürütücü,	10	7.0
Yetersiz, Sistem içinde kaybolmuş	5	3.5
Cevapsız	53	37.0

**Tablo 5: Poliklinik Sırası Sizde Olmadığında Ne Yaparsınız?**

	n	%
Yine Poliklinikte Çalışırım	18	12.6
Evde Ders Çalışırım	14	9.8
Sağlık Ocağının Rutin İşlerini Yaparım	49	34.2
Sağlık Ocağı Dışında Vakit Geçiririm	20	14.0
Sağlık Ocağı İçinde Doktor Odasında Oturur Bazen TUS Çalışır Bazen de Sohbet Ederim	42	29.4

Sağlık hizmetlerini yürütürken ne gibi sorunlarla karşılaşsınız sorusuna, hekimlerin, %69.9'u yetersiz personel, %60.1'i personelin eğitimsiz olduğu şeklinde cevap vermişlerdir. Hekimlerin belirttiği diğer sorunlar toplumla iletişim, bölge şartlarının zor olması, sağlık ocağı bölgesinin geniş olması, güvenlik sorununun olması ve araç-gereç donanım eksikliği şeklinde sıralanmıştır (tablo 6).

**Tablo 6: Sağlık Hizmetlerini Sürdürürken Ne Gibi Sorunlarla Karşılaşıyorsunuz?**

	n	%
Yetersiz Personel Sayısı	100	69.9
Personelin Eğitimsizliği	86	60.1
Toplumla İletişim	49	34.2
Bölge Şartlarının Zor Olması	61	42.6
Sağlık Ocağı Bölgesinin Geniş Olması	61	42.6
Güvenlik Sorununun Olması	29	20.3
Araç Gereç (Tıbbi Donanım Eksikliği)	32	22.4

Son iki ay içinde hekimlerin ancak %12.6'sı hizmetiçi eğitim yaptıklarını, %35.7'sinin personeli denetlemek amacıyla çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin ancak %2.6'sı son iki ay içinde toplum katılımına yönelik bir uygulamada bulunduğunu belirtmiştir (tablo 7).

**Tablo 7: Son 2 Ay İçinde Sağlık Ocağında, Hizmetiçi Eğitim, Denetim, Toplum Katılımı ve Liderlik Yapmış Olanların Dağılımı**

	n	%
Hizmetiçi Eğitimi Yapanlar	18	12.6
Personeli Denetleyenler	51	35.7
Toplum Katılımına Yönelik Uygulamalarda Bulunanlar	4	2.8
Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Liderlik Yapanlar	46	32.2

Toplum katılım yolları olarak, hekimlerin %11.2'si sağlık kurulları ile %15.4'ü sağlık kurulları ve toplum liderleriyle görüşme ile sağlanabileceğini belirtmişlerdir. Diğer toplum katılım modellerinin oranı, dernekler için %9.8 ve toplum liderleriyle görüşme %44.0 olduğu saptanmıştır (tablo 8).

**Tablo 8: Sizce Hizmetlerinize Toplumu Nasıl Katabilirsiniz, Ya da Toplum Katılımı Nasıl Sağlanabilir? Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı**

	n	%
Sağlık Kurulları	16	11.2
Dernekler	14	9.8
Toplum Liderleriyle Görüşmeler	63	44.0
Dernekler ve Toplum Liderleriyle Görüşmeler	14	9.8
Toplum Liderleriyle Görüşmeler ve Sağlık Kurulları	22	15.4
Yanıtsız	14	9.8

## TARTIŞMA

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili kanunda da belirtildiği gibi sağlık ocağı hekimi sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu amirdir, beraber çalıştığı personelin hizmetlerini kontrol eder ve onları hizmette eğitir (**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik**). Bu bağlamda hekim, hizmetin her aşamasında vardır. Hizmetlerin yürütülmesinde lider, ekip başı konumundadır. Ancak

hekimler ekip liderliğini taşıyamayıp sadece tedavi edici hizmete sıklıkta, pratisyen hekimliğin zengin uygulamalarını yaşayamamaktadırlar (Ağrıdağ G., 1995). Bu durum, bu çalışmada bir kez daha ortaya konmuştur. Hekimlerin çoğu kendini poliklinik hizmetlerinde sıkışmış hissetmektedir. Hekimlerin ancak az bir kısmı kendini ekibin başında hissetmektedir. Poliklinikten başka işi yokmuş gibi poliklinik sırası kendilerinde olmadığı zamanlarda bazen ocağın içinde bazen de ocağın dışında zaman geçirmektedirler. Sağlık ocaklarının bu konumu mutsuz, isteksiz ve buna bağlı olarak başarısız hekimlerin doğmasına neden olmaktadır. Sağlık ocaklarında hekimlerin %58.7'si isteyerek çalıştığını belirtmesi, bu sayının tamamının hizmet sunma isteği içinde oldukları gibi yorumlanmamalıdır. Nitekim, hekimlerin pek çoğu sağlık ocaklarını, TUS'na hazırlanma yerleri olarak görmektedir. Hekimlerin % 74.1'i TUS'na hazırlandıklarını belirtmeleri bunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Hekimler uzmanlaşmayı birincil hedefleri olarak görmektedirler. Tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası beklentilerinde, uzmanlaşma isteği %92.8 oranında bulunmuştur (Bakır B., 1994). Kentlerde BBSH sağlık örgütlenmesiyle ilgili toplantıda hekimlerin 2 yıl çalışmadan TUS'na başvuramazlar önerisi bulunmaktadır (Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi, 1994). Ancak ortada olan gerçeklik sağlık ocağı hekimlerinin, iş doyumlarının yetersiz (Hayran O., 1991), maddi imkansızlıklar ve gelecek kaygısı içinde olmalarıdır. Ayrıca toplumun pratisyen hekime bakışı da sağlık ocağı hekimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz hava hekimleri hizmetlere ilgisiz kılmaktadır. Çalışmada da saptandığı gibi hekimler AÇSAP, sağlık eğitimi, sosyal hastalıklarla savaş, çevre sağlığı gibi hizmetlere ilgisiz kalmaktadırlar. Tıbbi istatistik işlerine gösterecekleri ilgi ile çalıştıkları toplumlarını tanıma ve verdikleri hizmetin ne durumda görme fırsatını değerlendirme görmektedirler buna bağlı olarak planlama ve program oluşturma işlevlerini de kullanmamaktadırlar.

Ekip lideri olarak personeliyle sık sık birlikte olması gereken hekim ebe-hemşiresiyle sadece poliklinikte işbirliği yapmaktadır. Bu hem personelden hem de hizmetten kopmasına neden olmaktadır. Sağlık personeli destekleyici, eğitici denetim gereksinim duymaktadır. Bu görev ocağın içinde ocağın hekimine düşmektedir. Ocağında aynı amaç doğrultusunda il sağlık müdürlüğüne denetlenmesi beklenir. Ancak her ikisi de günümüz şartlarında yapılmamaktadır. Yapılan denetimler de denetimin asıl amacından oldukça uzak; açık yakalama, fırçalama, personeli disipline etme amacıyla yapılmaktadır.

Hizmet sunmada karşılaşılan sorunların başında personel yetersizliği, personelin eğitim gereksinimi gelmektedir. Sağlık personeli atamalarının ülke düzeyine eşit dağılımının yapılamaması politikacıların aşırı müdahalesinden kaynaklanmaktadır. Başta hekimlerin ve diğer sağlık personelinin ülke şartlarına uygun yetiştirilmemesi, sağlık personelinin tıbbi bakıma yönelik eğitimi topluma sağlık çalışanını birbirinden ayırmıştır. Toplumla iletişim güçlüğü çalışmanın yürütüldüğü bölgede sağlık personeliyle halkın, yaygın olarak, farklı dille konuşmasının

getirdiği bir sonuç olarak sorunlar arasına girmiştir. Sağlık ocakları gerçekten de 5000-10000 kişiye bir sağlık ocağı düşecek şekilde yapılması gerekmektedir (**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1998**). Ancak çalışmanın yürütüldüğü Diyarbakır'da sağlık ocağı bölgeleri nüfusları 50 bin civarında olduğu bilinmektedir. İlker Belek (**Belek İ., Ermiş H., 1995**) 1995 yılında Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumunu değerlendirdiği yazısında, sağlık ocakları ve evlerinin sayıca yetersiz ve bölgelere dağılımında daha az gelişmiş bölgeler aleyhine eşitsizlik olduğunu belirlemiştir. İlimizde de sağlık ocakları ve evleri yetersizdir. Bu eksiklikler karşısında zaten motivasyonları kırık olan sağlık çalışanının hevesleri daha da kırılmaktadır. Bu durum, gerek halkın hizmete ulaşmasını, gerekse sağlık personelinin halka ulaşmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmanın yürütüldüğü bölgenin bir başka özelliği de güvenlik probleminin bulunmasıdır. Güvenlik problemi hizmetin en ücra köşeye kadar götürülmesini etkilerken, halkın da sağlık personeline güveni önemli ölçüde etkilenmiştir. Güvenlik nedeniyle yaşanan göçte sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemiştir. Araç-gereç donanım eksiklikleri tüm ülkedeki sağlık ocaklarında yaşanan bir sorundur. Belki de tüm sorunun yanıtı olan sağlık politikalarının koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermemeleri ve bu nedenle sağlık ocaklarına yeterli olanakları sağlamaması ocaklarda yoklukları doğurmaktadır. Aynı karar vericiler alternatif sistem arayışlarını sürdürmekte, mevcut sistemi baltalamaktadırlar. Baştan beri sözü edilen hekimlerin sorunlarının çözümü, sistem için sağlık personeli yetiştirilmesi, sağlık ocağı hekiminin konumunun iyileştirilmesi, en nihayetinde sağlık ocağı araç-gereç donanımının desteklenmesi sağlık politikalarının veya karar vericilerinin elindedir. Edirne ilinde sağlık ocaklarının durumlarının araştırıldığı çalışmada sağlık ocakları şartlarının gerek bina yapısı, gerekse donanım bakımından yetersizlikler içinde olduğu sonucu ortaya konmuştur (**Erkuklu G., Saltık A., Erdoğan S., 1998**). Görüldüğü gibi sağlık ocaklarının yeterli destekten yoksun bırakılması sadece araştırmanın yürütüldüğü ilde değil tüm ülkede sürmektedir. Temel sorun, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun gereğince yerine getirilmemesidir. Sözü edilen kanunla hekimler, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler, daha iyi maddi olanaklara kavuşacak, uzmanlaşmaya bu kadar yönelmeyeceklerdir. Tüm ilgilerini sundukları hizmete verecek, gelecek kaygısı duymadan, kendileriyle barışık ve daha önemlisi toplumlarıyla barışık, olacaklardır. Kendilerinden beklenen ekip liderliğini de üstleneceklerdir. Tıp fakülteleri de uzmanlık sınavına öğrenci yetiştirmeden çok ülke gerçeklerine uygun hekim yetiştirme amacıyla eğitim öğretim sürdürecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum katılımı vazgeçilmez bir ögesi olduğu belirtilmektedir (**Tatar M., 1995**). Bu işlev Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunda Sağlık Kurullarına verilmiştir (**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1998**). Ancak hekimlerimizin pek çoğu bu kurullardan habersizdir. Toplum katılımının, hekimlerin %11.2'si sağlık kurulları ile %15.4'ü sağlık kurulları ve toplum liderleriyle görüşme

ile sağlanabileceğini belirtmelerine rağmen, ancak %2.6'sı son iki ay içinde toplum katılımına yönelik bir girişimde bulunduğunu belirtmiştir. Sağlık kurullarının çalışmıyor olması, sağlık personeliyle toplum arasındaki yabancılaşmayı arttırmaktadır. Toplum kendisi için alınan kararlardan bihaber kalmakta, bu kararlara katkıda bulunamamaktadır.

## SONUÇ

1. Sağlık ocakları hekimleri sağlık ocaklarının poliklinik dışındaki işlevlerini yerine getirmekten oldukça uzak durmaktadırlar.
2. Hekimler ekip liderliğini yapmamakta bu da hizmetin dışında kalmalarına neden olmaktadır.
3. Hekimlerin çoğu personeliyle sadece poliklinikte iletişim kurmaktadır.
4. Denetim, eğitim ve diğer yönetim ile ilgili işlevlerde boşluklar doğmaktadır.
5. Sağlık ocakları hekimlerinin en önemli sorunları sağlık ocaklarında yoksunluklar içinde çalışmak zorunda olmalarıdır.
6. Toplum katılımına yönelik uygulamalar yok denecek kadar azdır. Bu da toplum ile sağlık çalışanları arasında var olan boşluğun daha da artmasına neden olmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Ağrıdağ G.,** (1995), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Pratisyen Hekimin Yeri ve Sorunları. Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt no: 10. Sayı: 67. Sayfa 78-80.
- Bakır B.,** (1994), Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Beklentileri. Toplum ve Hekim. Cilt 9, Sayı: 60. Sayfa: 63-67.
- Belek İ., Ermiş H.,** (1995), Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri=Durum. Toplum ve Hekim Dergisi. Cilt: 10. Sayı: 67. Sayfa: 35-43.
- Dirican MR.,** (1994), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Pratisyen Hekiminin Yeri ve Sorunları. Toplum ve Hekim Dergisi. Cilt no:10 sayı:67 1995 sayfa:78- 80.
- Erkuklu G., Saltık A., Erdoğan S.,** (1998), Edirne'de Sağlık Ocaklarında Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durumu. VI: Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kit. Adana. Sf: 157-165.
- Hayran O., Aksayan S.,** (1991), Pratisyen Hekimlerde İş Doyumu. Toplum ve Hekim Dergisi. 47(1): 16-17.
- Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi.,** (1994), Toplum ve Hekim Dergisi. Cilt: 9. Sayı: 63. Sayfa: 39-43.
- Nusret Fişek Halk Sağlığına Giriş Kitabından.,** (1985), Hacettepe Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü. Ankara.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.,** (1998), Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. TTB yayınları. Ankara 36-46.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik.**
- Tatar M.,** (1995), Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımının Vazgeçilmez Ögesi: Toplum Katılımı. Toplum ve Hekim Dergisi. Cilt: 10. Sayı: 67. Sayfa: 52-61.