

Araştırma Makalesi

Toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimlerinin gözüyle toplum sağlığı merkezlerinin genel özellikleri

Mehmet Enes Gökler^a, Egemen Ünal^a, Reşat Aydın^a, Gülsüm Öztürk Emiral^a, Selma Metintaş^b, Burhanettin Işıklı^b, M. Fatih Önsüz^c

^a Arş. Gör. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Eskişehir

^b Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Eskişehir

^c Yrd. Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Eskişehir

Geliş tarihi: 12.05.2015, Kabul tarihi: 15.11.2015

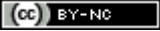
Özet

Amaç: Çalışmada, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) sorumlu hekimlerinin görüşleriyle TSM'lerin genel özelliklerinin belirlenmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma, Türkiye'deki TSM sorumlu hekimleri (n=971) ile yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Sorumlu hekimlerin Türkiye'deki dağılımı NUTS bölgeleri esas alınarak yapıldı. Hazırlanan anket formu, hekimlerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini, TSM'lerin fiziksel olanaklarını ve TSM hekimliği ile ilgili düşüncelerini sorgulamaktaydı. **Bulgular:** Toplam 611 (%62.9) TSM sorumlu hekime ulaşıldı. Çalışmaya katılan hekimlerin %66.6'sı erkekti; %81.3'ü ilçe merkezlerinde görev yapmakta iken %37.8'inin ilk görev yeri TSM'lerdi. Çalışma grubunda ortalama hekimlik süresi 8.1±7.7 yıl, TSM hekimliği çalışma süresi ise ortalama 2.2±1.9 yıldır. TSM sorumlu hekimlerinin %63.8'i TSM hekimliğinin saygınlığı, %43.9'u geleceği, %76.6'sı sorumluluklarına göre yetkileri ve %64.2'si görevinde kalıcı olmak konularında olumsuz bir değerlendirme içindedir. Hekimlerin %43.7'si TSM personelini sayıca, %57.3'ü nitelik açısından yeterli görmezken, %68.9'u TSM'nin fiziksel olanaklarını yeterli bulmamaktadır. **Sonuç:** TSM'lerle ilgili politikaların geliştirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Toplum Sağlığı Merkezleri, sağlık hizmetleri, sorumlu hekim

Sorumlu Yazar: Mehmet Enes Gökler, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Meşelik Kampüsü, Eskişehir Tel: 0.222.2392979-4640 e-mail: enesgokler@gmail.com

Copyright holder Turkish Journal of Public Health

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.  This is an open Access article which can be used if cited properly.

Characteristics of community health centers from the perspective of the centers' leading physicians

Abstract

Objective: To determine the characteristics of the Community Health Centers (CHC) as evaluated by the Health Centers' Leading Physicians (CHCLP). **Methods:** This cross sectional study was conducted with all the CHC's leading physicians (LP) (n=971) in Turkey. Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) 1 regions were used to determine the distribution of the CHCLP. A questionnaire concerning the socio-demographic characteristics of the LP, their opinions about the job, the center's physical facilities and the working as a physician at CHC (CHCP) **Results:** A total of 611 (62.9%) physicians completed the questionnaire. Of these, 66.6% were male; 81.3% were working in rural areas; 37.8% were working at their first study place. The average working time of leading physicians in the center was 8.1±7.7 years, the average working time as a CHCLP was 2.2±1.9 years. Among the physicians, 63.8% had a negative opinion about prestige of CHCP; 43.9% had a negative opinion about future of CHM; 76.6% had a negative opinion about their authority; 64.2% had a negative opinion about being permanent at CHC. Among the CHCLPs, 43.7% reported the number of staff was insufficient; 57.3% were reported the qualifications of staff were too low; 68.9% reported the CHC's physical facilities was unsuitable. **Conclusions:** To improve the quality of CHC services, it is necessary to develop policies related with CHC.

Keywords: Community Health Centers, health services, leading physician

Giriş

Son 20 yılda tüm dünya, ekonomi, siyaset, kültür, sağlık, sosyal hayat gibi alanlarda küreselleşme olarak tanımlanan büyük bir değişim ve dönüşüm yaşamaktadır.¹ Küreselleşme ile özellikle sağlık alanında koruyucu hekimlik uygulamalarının önemi göz ardı edilmiş, tedavi edici hekimlik hizmetleri tüm dünyada ön plana alınmıştır. Bu durum toplum sağlığını yakından ilgilendiren sorunlar ile baş etmede zorluklar yaratmakta, diğer yandan sağlık harcamalarını katlanarak artırmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerini küresel dünyaya entegre etme, düzenleme, iyileştirme ve organize etme çalışmaları tüm ülkelerin temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. Türkiye'de sağlık reformları özellikle son 20 yılda gündemde

olan bir durum olarak bu küresel sağlık reformu eğiliminden izole kalmamıştır.²

Bu kapsamda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinden bireyi hedefleyenler aile sağlığı merkezlerinde, toplumu hedefleyenler ise toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) yürütülmektedir.³

TSM, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen sağlık kuruluşu olarak tanımlanmaktadır.⁴ Sağlık hizmetlerinin planlanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, üreme sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri,

sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi gibi pek çok konuda görev ve sorumluluğu olan TSM'ler, sağlık hizmetinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.⁵

Fakat SDP içinde istenilen düzeyde yapılandırılmayan TSM'ler, çalışanlarının diğer sağlık birimlerine görevlendirilme endişesi duymaları, çalışanların çoğunluğunu yeni mezun olmuş deneyimsiz hekimlerin oluşturması, hekimlerin ücretlerini yetersiz bulmaları ve verilen görevlerde açık kapatan bir pozisyonda yer almaları gibi nedenlerle gerekli alt yapı ve nitelikli iş gücüne sahip değildir.⁶ Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini bilindiği ve arttığı günümüzde, TSM'lerin görevlerini eksiksiz yapması toplum sağlığı açısından çok önemlidir.

Başarılı sağlık politikaları üretebilmek için, sağlık hizmeti sunumunda, TSM'lerin içinde bulunduğu durumun belirlenmesi gerekmektedir. Buna göre çalışma, TSM sorumlu hekimlerinin görüşleriyle TSM'lerin personel ve altyapı özelliklerinin, hekim özellikleri ve çalışma bölgelerine göre belirlenmesini amaçladı.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Nisan-Mayıs 2014 tarihleri arasında tüm Türkiye'deki TSM sorumlu hekimleri üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmada örneklem alınmadan Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 (SİY-2013) raporu verilerine göre Türkiye'deki toplam 971 adet TSM sorumlu hekiminin hepsine ulaşılması hedeflendi⁷. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'ndan ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı. Çalışmada, anket formu internet aracılığıyla TSM sorumlu hekimlerine ulaştırıldı ve geri dönüşümünün olmadığı TSM'lerdeki sorumlu hekimlere iki kez hatırlatma e-postasından sonra hatırlatma telefon aramaları yapıp, anketi doldurmaları istendi. TSM hekimlerinin Türkiye'deki dağılım bölgelerinde, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 raporunda yer verilen "onikili ve beşli Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS)"

bölgeleri esas alındı.⁸ Çalışmada hedeflenen ve cevap gelen TSM sayılarının bölgelere göre dağılımı Tablo 1'de sunuldu. TSM sorumlu hekimleri için hazırlanan anket formu, bireylerin sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, çalışılan yer, medeni durum, hekimliği isteyerek seçme durumu, uzmanlık dalı), meslek ve çalışılan birim ile ilgili özelliklerini (ilk görev yeri olma durumu, hekimlik süresi, görevi ile ilgili eğitim alma durumu, TSM sorumlu hekimlerine geçici görevlendirme yapılma durumu, TSM'de çalışılan süre, TSM personel sayısı ve nitelik yeterliliği, TSM fiziksel yeterliliği ve malzeme temin edebilme durumu), hekimlerin ücretini yeterli bulma, TSM hekimliğinin saygınlığı ve geleceği hakkında düşüncesi, görevine nazaran yetki kısıtlılığı yaşama durumu, TSM hekimliğinde genel olarak memnun olma durumunu ve kalıcı olma isteğini sorgulamaktaydı. Verilerin analizi beşli NUTS bölgeleri (Batı, Güney, Orta, Kuzey, Doğu) üzerinden yapıldı. Veriler, IBM SPSS 20.0 paket programında analiz edildi. Grupların sıklık değerlerinin karşılaştırılmasında Ki-kare ve Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Mesleki özelliklerin, TSM fiziki imkanları ile TSM hekimliği ile ilgili değerlerin NUTS bölgelerine göre değerlendirilmesinde ileri X2 analizi yapıldı. TSM sorumlu hekimliğinde kalıcı olma düşüncesi üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesinde önce univariate analiz yapıldı ve p<0.10 üzerinde anlamlılık veren değişkenler ile çoklu lojistik regresyon modeli oluşturuldu.

Bulgular

Türkiye genelinde toplam 971 TSM sorumlu hekiminin 611'ne (%62.9) ulaşıldı. 12'li NUTS bölgelerine göre ankete cevap gelme yüzdesi değişmemekteydi (X2:1,029; p=0.241). Çalışmaya katılan hekimlerin %66.6'sı erkek, %81.3'ü ilçe merkezlerinde görev yapmaktaydı. Çalışma grubunda hekimlik süresi 1 ay - 35 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 8.1±7.7 yıl idi. TSM hekimliği çalışma süresi ise 1 ay - 10 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 2.2±1.9 yıl idi. TSM sorumlu hekimlerinin sosyodemografik ve mesleki özellikleri Tablo 2'de verildi. TSM sorumlu hekimlerinin mesleki özellikleri, çalıştıkları

TSM'lerin fiziki imkânları ve TSM hekimliği ile ilgili değerlendirmelerinin cinsiyet, TSM'de çalışma süresi, çalışma yerine göre

dağılımları Tablo 3, NUTS bölgelerine göre dağılımları Tablo 4'te verildi.

Tablo 1. Çalışmada hedeflenen ve cevap gelen toplum sağlığı merkezi sayılarının NUTS bölgelerine göre dağılımı

NUTS Bölgeleri	Hedeflenen TSM	Cevap gelen TSM	Katılım yüzdesi
1 İstanbul	39	26	66.7
2 Batı Marmara	60	35	58.3
3 Ege	136	86	63.2
4 Doğu Marmara	90	80	88.9
5 Batı Anadolu	61	41	67.2
6 Akdeniz	104	51	49.0
7 Orta Anadolu	86	50	58.1
8 Batı Karadeniz	109	66	60.6
9 Doğu Karadeniz	79	50	63.3
10 Kuzeydoğu Anadolu	56	31	55.4
11 Orta Doğu Anadolu	70	39	55.7
12 Güneydoğu Anadolu	81	56	69.1
Toplam	971	611	62.9

Türkiye genelinde TSM sorumlu hekimlerinin %34.9'unun (n=231) ilk görev yeri TSM'ler idi. İlk görev yeri TSM olan hekimlerin cinsiyet dağılımları arasında fark saptanamazken (p=0.364), daha çok ilçe merkezlerinde görev aldıkları (p<0.001) ve TSM'de çalışma sürelerinin 5 yılın altında olduğu (p<0.001) gözlemlendi. TSM sorumlu hekimlerinin %53.5'i (n=327) 5 yıl ve üzerinde hekimlik yapmaktadır. İl merkezlerinde hekimlik süresi daha fazla olan hekimlerin görev aldığı görülmekte iken (p<0.001), 5 yıl ve daha fazla hekimlik yapma kadın hekimlerde görece yüksek olarak bulundu (p=0.042).

Görevi ile ilgili eğitim alan hekimlerin oranı %69.7 (n=426) olarak bulunurken, cinsler arasında eğitim alma açısından fark gözlemlenmedi (p=0.177). Görevleri ile ilgili eğitim alan hekimlerin çoğunluğu 5 yıl ve üzerinde TSM hekimliği yapmaktayken (p<0.001), il merkezinde çalışanlarda eğitim alma yüzdesi daha fazla idi (p=0.009).

Türkiye genelinde TSM sorumlu hekimlerinin %42.6'sının (n=260) en az bir kere görevi dışında başka bir yere geçici olarak görevlendirildikleri öğrenildi. Erkek

hekimler kadın hekimlere göre daha çok görevlendirilirken (p<0.001),

görevlendirmeye maruz kalma açısından TSM'de çalışma süresi (p=0.128) ve çalışma yeri açısından fark gözlemlenmedi (p=0.074).

Türkiye genelinde TSM sorumlu hekimlerinin %43.7'si (n=267) çalışmakta olduğu TSM bünyesindeki personel sayısını yeterli bulmadığını bildirdi. Çalışma grubunun TSM bünyesinde çalışan personel sayısı ile ilgili düşünceleri cinsiyete göre değişmemekteydi (p=0.374). TSM bünyesinde çalışan personel sayısını yetersiz bulma beş yıldan az süredir TSM'de çalışmakta olan hekimlerde (p=0.024) ve ilçe merkezinde (p=0.04) çalışanlarda daha fazlaydı.

Türkiye genelinde TSM sorumlu hekimlerinin %57.3'ünün (n=350) çalışmakta olduğu TSM bünyesindeki personeli nitelik açısından yeterli bulmadığı görülmektedir. Çalışma grubunun TSM bünyesinde çalışan personelin niteliği ile ilgili düşünceleri cinsiyet (p=0.843), TSM'de çalışma süresi (p=0.140) ve çalışma yerine göre (p=0.772) değişmemekteydi.

Türkiye genelinde TSM sorumlu hekimlerinin %68.9'unun (n=421) çalışmakta oldukları TSM'nin fiziksel imkanlarının yeterli olmadığını ifade ettikleri görülmektedir. Çalışma grubunun çalışmakta oldukları TSM'nin fiziksel imkânları hakkında düşünceleri cinsiyet (p=0.886) ve çalışma yerlerine göre (p=0.268) değişmemekte iken, TSM'de çalışma süresi beş yıldan az olan hekimler fiziksel imkânları daha fazla yetersiz olarak değerlendirmiştir (p=0.002).

Tablo 2. Toplum Sağlığı Merkezi sorumlu hekimlerinin sosyodemografik ve mesleki özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	407	66.6
Kadın	204	33.4
Çalışılan yer		
İl merkezi	114	18.7
İlçe merkezi	497	81.3
Medeni durum		
Bekâr	273	44.6
Evli	338	55.4
Hekimliği isteyerek seçme		
Hayır	61	10.0
Evet	550	90.0
Uzmanlık dalı		
Pratisyen	545	89.2
Halk Sağlığı Uzmanı	15	2.5
Aile Hekimliği Uzmanı	25	4.1
Diğer uzman, Diş hekimivb.	26	4.2
Görev ile ilgili eğitim alma		
Hayır	185	30.3
Evet	426	69.7
Hekimlik süresi		
5 yıl altı	284	46.5
5 yıl ve üzeri	327	53.5
TSM de hekimlik süresi		
5 yıl altı	551	90.2
5 yıl ve üzeri	60	9.8
Deneyim		
İlk görev yeri	231	37.8
İlk görev yeri değil	380	62.2
Toplam	611	100.0

Türkiye genelinde TSM sorumlu hekimlerinin %63.5'inin (n=388) çalışmaları için gerekli malzeme temininde sıkıntı yaşadıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Çalışma grubunun çalışmakta olduğu TSM'lerde malzeme temini hakkında düşünceleri cinsiyet (p=0.662) ve çalışma yerlerine (p=0.606) göre değişmemekteydi. Beş yıldan az süredir TSM'de çalışmakta olan hekimler malzeme temininde daha fazla sıkıntı yaşadıklarını bildirdiler (p=0.022).

TSM sorumlu hekimlerinin %66.0'sı (n=403) TSM hekimliğinden kazandığı ücreti yetersiz bulmaktadır. Erkek hekimler kadın hekimlere göre ücretlerini daha yetersiz bulduklarını bildirirken (p=0.011), TSM hekimliğinden kazanılan ücret yeterlilik durumu ile TSM'de çalışma süresi (p=0.208) ve çalışma yeri (p=0.369) arasında ilişki bulunamadı.

Türkiye genelinde TSM sorumlu hekimlerinin %63.8'i (n=390) TSM hekimliğinin saygınlığı, %43.9'u (n=268) TSM hekimliğinin geleceği, %76.6'sı (n=468) görevlerine nazaran yetki kısıtlılığı yaşama, %27.3'ü (n=167) genel olarak işinden memnun olma konusunda olumsuz cevap verdi. Bu 4 değişkene göre hekimler arasında cinsiyet, TSM'de çalışma süresi ve çalışma yerleri açısından fark bulunamadı (her biri için p>0.05).

TSM sorumlu hekimlerinin %64.2'si (n=392) TSM hekimliğine devam etmede kalıcı olmayı düşünmediğini bildirdi. TSM'de kalıcı olmayı isteme açısından cinsler arasında fark saptanmazken (p=0.983), TSM'de çalışma süresi beş yıldan az olan ve ilçe merkezinde çalışan hekimlerin TSM'lerde daha az kalıcı olmayı düşündükleri saptandı (p<0.001).

İlk görev yeri TSM olan hekimler en yoğun Doğu bölgesinde (%58.5) görev alırken, Güney (%18.4) ve Batı (%19.3) bölgesinde daha az görev almaktadırlar (p<0.001). Beşyıl ve daha uzun süredir görev yapan hekimler Doğu (%22.8) ve Kuzey (%41.1) bölgelerinde daha az, Güney (%77.6) ve Batı (%76.4) bölgelerinde daha yoğun görev almaktadır (p<0.001).

Görevi ile ilgili eğitim aldığını beyan eden hekimlerin en sık bulunduğu bölge Batı (%82.6) ve Güney (%79.6) bölgesi, en az olduğu bölge Doğu (%46.3) bölgesiydi ($p<0.001$). Çalışma grubunda TSM bünyesindeki personeli nitelik açısından yeterli bulmadığını ifade eden sorumlu hekimlerin en sık bulunduğu bölge Doğu (%69.9) bölgesi idi ($p=0.036$). Türkiye genelinde hekimlerin malzeme temininde daha az sıkıntı bildirdiği bölge ise Orta (%53.7) bölgesi idi ($p=0.003$).

TSM'de kalıcı olmayı düşünmediğini ifade eden hekimlerin en yoğun olduğu bölge Doğu (%77.2) bölgesi iken, daha az olduğu bölgeler Batı (%49.7) ve Güney (%44.9) bölgeleri idi ($p<0.001$).

TSM sorumlu hekimlerinin görevi dışında başka bir sağlık kurumuna geçici olarak görevlendirilme ($p=0.095$), maaşını yeterli bulma ($p=0.118$), TSM personel sayısını yeterli bulma ($p=0.959$), TSM'nin fiziksel imkânlarını yeterli bulma ($p=0.058$), TSM hekimliğinin saygınlığı ($p=0.425$), geleceği ($p=0.234$) hakkındaki fikirleri, görevine nazaran yetki kısıtlılığı yaşama durumu ($p=0.328$) ve genel olarak işinden memnun olma ($p=0.080$) ile ilgili görüşleri incelendiğinde çalıştıkları NUTS bölgeleri arasında fark bulunamadı.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi için bağımlı değişken, "TSM hekimliğinde kalıcı olarak çalışmayı isteme" olarak alındı. Değişken üzerine cinsiyet, TSM'nin fiziksel durumu, kazanılan ücret ve hekimlerin yaşadığı yetki kısıtlılığı ile ilgili değişkenlerin etkisi gözlenmezken, TSM'de çalışma süresi, çalışma yeri, TSM hekimliğinin saygınlığı ve geleceği hakkında düşünceler, TSM personelinin niteliğinin ve sayısının yeterliliği ile ilgili değişkenlerin etkili olduğu saptandı. TSM hekimliğinde kalıcı olarak çalışmayı isteme, 5 ve üzeri yıldır TSM'de çalışma, il merkezinde görev yapma, TSM'nin saygınlığı ve geleceği ile ilgili olumlu düşüncelere sahip olma, TSM personel niteliğini ve sayısını yeterli bulma ile artma yönündeydi.

TSM hekimliğinde kalıcı olarak çalışmayı isteme üzerine etkili olabilecek değişkenlerin sıklıkları, Odds Ratio (OR) ve

Güven Aralıkları (GA) değerleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tartışma

Türkiye genelinde yer alan TSM sorumlu hekimlerinin görüşleriyle TSM'lerin genel özelliklerinin belirlenmesinin amaçlandığı çalışmada katılım oranı (%62.9) yüksek olmamakla birlikte, ankete cevap gelme açısından NUTS bölgeleri arasında fark bulunmaması, çalışma grubunun ülkeyi temsiliyeti açısından değerli bulundu.

Çalışma grubunda bulunan hekimler ortalama sekiz yıldır hekimlik yapmakta iken, TSM'lerde ortalama iki yıldır çalışmakta idiler. Diğer taraftan her on TSM sorumlu hekiminden dördünün ilk görev yerleri TSM idi. Bu süreler çalışma grubunun özellikle TSM'lerde yürütülmesi beklenen işler bakımından daha tecrübesiz hekimlerden oluştuğunu ve bu nedenle hekimlerin TSM'lerin iş ortamına ve işleyişine hâkim olamadıklarını göstermesi bakımından önemlidir. Çalışmada sorumlu hekimlerin ilk görev yeri daha yoğun olarak Doğu bölgesi ve ilçe merkezleri idi. Bu nedenle Türkiye'nin Doğu bölgesinde ve ilçe merkezlerinde hekimlik süresi ve TSM'de çalışma süresi açısından daha deneyimsiz hekimler çalışmaktadır. Zira daha çok kırsal kesim olarak adlandırılan bu alanlarda hekim hareketliliğinin fazla olması, hekim sayısının yetersiz olması ve çalışan hekimlerin deneyimsiz olması yaşayan toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Oysa temel koruyucu hekimlik göstergeleri açısından örneğin bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, aşılama oranları gibi hızlarda Doğu bölgesi ve ilçe merkezleri (kır) daha olumsuz değerlere sahiptir.^{7,9} Personel dağılımındaki gözlenen bu adaletsizlik Türkiye gibi gelişmekte olan bazı ülkelerde de çözüm bekleyen problemler arasında gösterilmektedir.¹⁰ Yanı sıra ilçe merkezlerindeki hekimlerin deneyimsiz olması, bu hekimlerin çoğunluğunun hekimliklerinin ilk yıllarında bu ağır görevi yerine getirmelerini zorlaştırmaktadır.

Tablo 3. Toplum Sağlığı Merkezi sorumlu hekimlerinin mesleki özellikleri, çalıştıkları Toplum Sağlığı Merkezlerinin fiziki imkânları ve Toplum Sağlığı Merkezi hekimliği ile ilgili değerlendirmelerinin cinsiyet, çalışma süresi ve çalışma yerine göre dağılımları

	n	Cinsiyet*		TSM'de çalışma süresi*		Çalışma Yeri*	
		Erkek	Kadın	0-4 yıl	5 Yıl +	İl Merkezi	İlçe
		% (95%GA)	%(95%GA)	% (95%GA)	%(95%GA)	% (95%GA)	% (95%GA)
Mesleki özellikleri ile ilgili değerlendirmeleri							
İlk görev yeri TSM olanlar	231	39.1 (37.1-41.1)	35.3 (33.4-37.2)	39.9 ^a (37.9-41.9)	18.3 (16.7-19.9)	16.7 (15.2-18.2)	42.7 ^a (40.7-44.7)
5 yıldan fazla hekimlik yapanlar	327	50.6 (48.6-52.6)	59.3 ^c (57.3-61.3)	-	-	74.6 ^a (72.8-76.4)	48.7 (46.7-50.7)
Görev ile ilgili eğitim alanlar	426	71.5 (69.7-73.3)	66.2 (64.3-68.1)	67.2 (65.3-69.1)	93.3 ^a (92.3-94.3)	79.8 ^b (78.2-81.4)	67.4 (65.5-69.3)
Geçici Görevlendirilme yapılanlar	260	47.9 ^a (45.9-49.9)	31.9 (30.0-33.8)	43.6 (41.6-45.6)	33.3 (31.4-35.2)	35.1 (33.2-37.0)	44.3 (42.3-46.3)
TSM'nin fiziki imkânları ile ilgili değerlendirmeleri							
Personel sayısını yeterli bulmayanlar	267	45.0 (43.0-47.0)	41.2 (39.2-43.2)	45.2 ^c (43.2-47.2)	30.0 (28.2-31.9)	35.1 (33.2-37.0)	45.7 ^c (43.7-47.7)
Personel niteliğini yeterli bulmayanlar	350	57.0 (55.0-59.0)	57.8 (55.8-59.8)	58.3 (56.3-60.3)	48.3 (46.3-50.3)	58.8 (56.8-60.8)	56.9 (54.9-58.9)
Fiziksel imkânlarını yeterli bulmayanlar	421	69.0 (67.1-70.9)	69.6 (67.7-71.5)	71.1 ^b (69.3-72.9)	51.7 (49.7-53.7)	64.9 (63.0-66.8)	70.2 (68.4-72.0)
Malzeme temininde sıkıntı yaşayanlar	388	62.9 (61.0-64.9)	64.7 (62.8-66.6)	65.0 ^c (63.1-66.9)	50.0 (48.0-52.0)	61.4 (59.4-63.4)	64.0 (62.1-65.9)
Maaşını yeterli bulmayanlar	403	70.0 ^b (68.2-71.9)	57.8 (55.8-59.8)	65.0 (63.1-66.9)	75.0 (73.3-76.8)	64.0 (62.1-65.9)	66.4 (64.5-68.3)
TSM hekimliği ile ilgili değerlendirmeleri							
TSM hekimliğinin saygın olmadığını düşünenler	390	62.7 (60.7-64.7)	66.2 (64.3-68.1)	63.7 (61.8-65.6)	65.0 (63.1-66.9)	56.1 (54.1-58.1)	65.6 (63.7-67.5)
TSM hekimliğinin geleceği ile ilgili olumsuz düşünenler	268	42.8 (40.8-44.8)	46.1 (44.1-48.1)	43.6 (41.6-45.6)	46.7 (44.7-48.7)	38.6 (36.6-40.6)	45.1 (43.1-47.1)
Görevlerine nazaran yetki kısıtlılığı yaşayanlar	468	77.1 (75.4-78.8)	75.5 (73.8-77.2)	76.0 (74.3-77.7)	81.7 (80.1-83.3)	75.4 (73.7-77.1)	76.9 (75.2-78.6)
Genel olarak işinden memnun olmayanlar	167	26.5 (24.7-28.3)	28.9 (27.1-30.7)	27.8 (26.0-29.6)	23.3 (21.6-25.0)	25.4 (23.6-27.2)	27.8 (26.0-29.6)
TSM hekimliğinde kalıcı olmak istemeyenler	392	64.1 (62.2-66.0)	64.2 (62.3-66.1)	67.0 ^a (65.1-68.9)	38.3 (36.3-40.3)	37.7 (35.7-39.7)	70.2 ^a (68.3-72.1)

GA=Güven Aralığı, a: p<0.001, b: p<0.01, c: p<0.05, *sütun yüzdesi

Tablo 4. Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimlerinin mesleki özellikleri, çalıştıkları Toplum Sağlığı Merkezlerinin fiziki imkânları ve Toplum Sağlığı Merkezi hekimliği ile ilgili değerlendirmelerinin NUTS bölgelerine göre dağılımları

	n	NUTS Bölgeleri*				
		Batı yüzde (95%GA)	Güney yüzde (95%GA)	Orta yüzde (95%GA)	Kuzey yüzde (95%GA)	Doğu yüzde (95%GA)
Mesleki özellikleri ile ilgili değerlendirmeleri						
İlk görev yeri TSM olanlar	231	19.3 (17.7-20.9)	18.4 (16.8-20.0)	38.8 (36.8-40.8)	51.1 (49.1-53.1)	58.5 ^a (56.5-60.5)
5 yıldan fazla hekimlik yapanlar	327	76.4 (74.7-78.1)	77.6 (75.9-79.3)	53.7 (51.7-55.7)	41.1 (39.1-43.1)	22.8 ^a (21.1-24.5)
Görev ile ilgili eğitim alanlar	426	82.6 ^a (81.1-84.1)	79.6 (78.0-81.2)	71.3 (69.5-73.1)	70.0 (68.1-71.9)	46.3 (44.3-48.3)
Geçici Görevlendirilme yapılanlar	260	36.0 (34.1-37.9)	49.0 (47.0-51.0)	44.1 (42.1-46.1)	52.2 (50.2-54.2)	39.0 (37.0-41.0)
TSM'nin fiziki imkânları ile ilgili değerlendirmeleri						
Personel sayısını yeterli bulmayanlar	267	41.6 (39.6-43.6)	44.9 (42.9-46.9)	44.7 (42.7-46.7)	42.2 (40.2-44.2)	45.5 (43.5-47.5)
Personel niteliğini yeterli bulmayanlar	350	55.3 (53.3-57.3)	55.1 (53.1-57.1)	53.7 (51.7-55.7)	52.2 (50.2-54.2)	69.9 ^c (68.0-71.8)
Fiziksel imkânlarını yeterli bulmayanlar	421	67.1 (65.2-69.0)	65.3 (63.4-67.2)	68.6 (66.7-70.5)	62.2 (60.2-64.2)	79.7 (78.1-81.3)
Malzeme temininde sıkıntı yaşayanlar	388	67.1 (65.2-69.0)	65.3 (63.4-67.2)	53.7 ^c (51.7-55.7)	61.1 (59.1-63.1)	74.8 (73.0-76.6)
Maaşını yeterli bulmayanlar	403	67.1 (65.2-69.0)	63.3 (61.4-65.2)	61.2 (59.2-63.2)	63.3 (61.4-65.2)	74.8 (73.0-76.6)
TSM hekimliği ile ilgili değerlendirmeleri						
TSM hekimliğinin saygın olmadığını düşünenler	390	63.4 (61.5-65.3)	57.1 (55.1-59.1)	61.2 (59.2-63.2)	71.1 (69.3-72.9)	65.9 (64.0-67.8)
TSM hekimliğinin geleceği ile ilgili olumsuz düşünenler	268	49.1 (47.1-51.1)	38.8 (36.8-40.8)	36.7 (34.8-38.6)	47.8 (45.8-49.8)	47.2 (45.2-49.2)
Görevlerine nazaran yetki kısıtlılığı yaşayanlar	468	81.4 (79.8-83.0)	81.6 (80.0-83.2)	75.5 (73.8-77.2)	73.3 (71.5-75.1)	72.4 (70.6-74.2)
Genel olarak işinden memnun olmayanlar	167	22.4 (20.7-24.1)	22.4 (20.7-24.1)	25.0 (23.2-26.8)	33.3 (31.4-35.2)	35.0 (33.1-36.9)
TSM hekimliğinde kalıcı olmak istemeyenler	392	49.7 (47.7-51.7)	44.9 (42.9-46.9)	70.7 (68.9-72.5)	68.9 (67.0-70.8)	77.2 ^a (75.5-78.9)

a: p<0.001, b: p<0.01, c: p<0.05, *sütun yüzdesi

Tablo 5. Toplum Sağlığı Merkezi hekimliğinde kalıcı olarak çalışmayı isteme üzerine etkili olabilecek değişkenlerin sıklıkları, Odds Ratio ve Güven Aralıkları değerleri

Özellik	TSM hekimliğinde kalıcı olarak çalışmayı isteme			
		%	OR	%95 GA
Cinsiyet	Erkek (ref)	35.9		
	Kadın	35.8	0.91	0.61-1.34
TSM çalışma süresi	5 yıl altı (ref)	33.0		
	5 yıl ve üzeri	61.7	3.29	1.75-5.81
Çalışma yeri	İl merkezi (ref)	62.3		
	İlçe merkezi	29.8	0.25	0.16-0.39
TSM hekimliğinin saygınlığı	Olumlu (ref)	54.2		
	Olumsuz	27.4	0.51	0.45-0.89
	Fikrim yok	40.0	0.63	
TSM hekimliğinin geleceği	Olumlu (ref)	51.4		
	Olumsuz	21.6	0.34	0.45-0.80
	Fikrim yok	33.7	0.54	
TSM personeli nitelik yeterliliği	Hayır (ref)	29.4		
	Evet	44.0	1.53	1.04-2.19
TSM personeli sayısı yeterliliği	Hayır (ref)	25.5		
	Evet	43.9	1.77	1.20-2.62
Fiziksel imkân durumu yeterliliği	Hayır (ref)	32.2		
	Evet	44.1	1.08	0.80-1.79
TSM hekimliğinden kazanılan ücret yeterlilik durumu yeterliliği	Hayır (ref)	32.3		
	Evet	44.9	1.40	0.94-1.79
	Fikrim yok	31.2	0.89	
Yetki kısıtlılığı yaşama	Hayır (ref)	39.9		
	Evet	34.6	1.10	0.70-1.75

TSM'lere topluma ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri görev olarak verilmişken, ne yazık ki tıp eğitimi içinde bu görevlere ait verilen eğitim yeterli değildir. Bu nedenle hekimler TSM ile ilgili özellikli ve yetkin bir eğitime tabi olmalıdırlar. Çalışma grubunda özellikle Türkiye'nin doğu bölgesinde her iki hekimden biri TSM hekimliği ile ilgili bir eğitim almadığını ifade etmektedir. Planlanacak olan eğitimlerin bölgelerdeki hekim hareketliliğine göre tekrarlanması ve bu bölgelerde hekim kalıcılığının sağlanması gerekmektedir. Özellikle ilk defa TSM hekimliği yapacak olan hekimlere yeterli düzeyde uyum eğitimi verilmelidir.

TSM sorumlu hekimlerinin yaklaşık yarısına görevi haricinde başka bir birimde geçici görevlendirme yapıldığı öğrenildi. Tüm bölgelerde TSM sorumlu hekimlerine geçici görevlendirme yapılma durumu homojen olarak yüksek idi. Bu durum TSM sorumlu hekimlerinin sağlık iş gücü yönünden TSM'lerde değil de, diğer alanlarda kullanıldığını göstermesi açısından önem arz etmektedir. TSM'lere yüklenen koruyucu sağlık hizmetleri sağlık hizmeti sunumunda vazgeçilebilen veya ötelenebilen hizmetler değildir. Sağlık yöneticileri ne yazık ki toplum sağlığı çalışmalarına gereken önemi vermeden hekimleri görev tanımları dışındaki hizmetlerde çalışmaya zorlamakta veya aile hekimliği uygulaması kapsamında boş kadrolara görevlendirmektedir⁶. Bu nedenle TSM sorumlu hekimleri bu görevlerinde kendilerini sürekli bir görevlendirme endişesi içinde hissetmekte ve işlerine kendilerini yeterince verememektedirler. Bu nedenlerle TSM sorumlu hekimleri geçici görevlendirmelerde ilk düşünülecek hekimler olmamalıdır.

Çalışmada TSM sorumlu hekimlerinin yaklaşık yarısı personelini sayıca, onundan altısı niteliksel olarak yeterli görmemektedir. Personelin sayısı ilçe merkezlerinde, niteliği de Doğu bölgesinde görece daha düşük düzeyde bildirilmektedir. Personel dağılımının adaletsiz olması nedeniyle ilçe merkezlerinde bulunan TSM'lerde personel sayısı yetersiz, merkezde yer alan TSM'lerde fazladır. Öte yandan personel yetersizliğine personelin nitelik yönünden yetersizliği ve malzeme temini gibi parasal konularda

sağlık müdürlüklerine bağlı olma eklendiğinde sıkıntılı bölgelerde hizmetlerin sunumu olumsuz olarak etkilemektedir. Ayrıca TSM'lerin tüm bölgelerde çoğunluk olmak üzere standardı belli olmayan fiziki mekânlarda sıkışık ve uygun olmayan binalarda hizmet verdikleri bildirilmektedir. TSM sorumlu hekimlerin onundan yedisi, TSM'nin fizik koşullarını yeterli bulmamaktadır. Diğer tüm olumsuzluklarla birlikte fizik imkânsızlıklar da TSM'lerin çalışmalarını zorlaştırmaktadır.

Her on hekimden sekizi görevlerine nazaran yetkilerinin kısıtlı olduğunu ifade etmektedir. TSM mevzuatı incelendiğinde TSM'lerden beklenen hizmetlerin oldukça fazla olmasının yanı sıra TSM sorumlu hekimleri nihai karar merciinde yer almamaktadır. Ayrıca aile hekimleri ile ilgili yetkisiz sorumluluk verilmiş olması TSM hekimlerini denetim ve yönetim yönünden sıkıntıya sokmaktadır. Görev alanına girmeyen veya yetki kısıtlılığı yaşanan sigara-aktar-eczane denetimi, evde sağlık hizmetleri sunumu vb. konularda verilen görevler TSM'lerde yaşanan önemli bir sorundur. Bu durumlar TSM'lerin esas görevini ihmal etmesine neden olmaktadır⁶.

Çalışmada TSM sorumlu hekimlerinin yaklaşık üçte ikisi ücretlerini yetersiz bulmaktadırlar. Çalışılan bölge, çalışma yeri ve süresi açısından sorumlu hekimlerin çoğu ücretlerini yetersiz bulmaktadır. TSM sorumlu hekimlerinin denetlediği aile hekimlerinden daha düşük ücretlerde çalıştığı bilinmektedir.⁶ Hekimler arasında diğer sağlık kuruluşunda çalışanlarla kıyaslandığında ücret dengesizliğinin varlığı hekimlerin çalışma barışını zedeleyen, negatif performansa neden olan ve hekimlerin TSM'de kalıcı olmayı istememelerine yol açan önemli bir durumdur. SİY-2013 raporunda da hekimlerin aylık gelirlerinin artmasına paralel olarak mesleki motivasyon, tutum ve memnuniyetlerinin arttığı bildirilmektedir.¹¹

TSM sorumlu hekimlerinin onundan altısı TSM sorumlu hekimliğinin saygınlığı, dördü geleceği, üçü iş memnuniyeti hakkında olumsuz bir değerlendirme içindedir. Bu durumların temel özelliklere ve bölgelere göre değişiklik göstermemesi tüm TSM

sorumlu hekimlerinin ortak sorunu olduğunu göstermektedir. Yanı sıra SİY-2013 raporunda ülkemizdeki tüm hekimlerin iş memnuniyeti ve motivasyon açısından çalışma yerine göre (kır-kent) ve incelenen bölgelere (6 gelişmişlik bölgesi) göre birbirine yakın puanlar aldıkları görülmektedir.¹¹ Bu değerlendirme çalışma grubumuzun büyük bir çoğunluğunu oluşturan pratisyen hekimler açısından normal karşılanmalıdır. Çünkü ülkemizde her hangi bir uzmanlık dalı olmayan ve birinci basamakta görev alan hekimlere duyulan saygı ve güven uzman hekimlere duyulandan daha düşük olarak bildirilmektedir.¹² Ayrıca her on TSM sorumlu hekiminden altısı görevinde kalıcı olmak hakkında olumsuz fikir bildirmektedir. Özellikle Doğu bölgesinde bulunan sorumlu hekimler kalıcı olmayı istemezken, ilçe merkezinde çalışan ve 5 yıldan az süredir TSM'lerde bulunan hekimlerde çalıştıkları yerde kalıcı olmayı istememektedirler. TSM sorumlu hekimlerinin kalıcılıklarını arttırmak için görevde kalıcı olma üzerinde etkili olabilecek olan hususlar dikkate alınmalı ve gereken düzenlemeler hayata geçirilmelidir. Diğer yandan Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrasında bir çalışma alanı olarak birinci basamakta hekimlik yapmayı tercih etmedikleri, bunu da birinci basamakta yapılan işlerin prestijsiz oluşu ve sağlıkta dönüşüm programından sonra oluşan ikili yapı nedeniyle düşünmediklerini bildirmektedir.¹³ TSM hekimliği adına tüm bu olumsuz düşünceler üzerinde ilçe merkezlerinde bulunan TSM'lerde çalışan hekimlerin daha tecrübesiz olmaları, vermeleri gereken hizmetleri verebilecek fiziki ve niteliksel imkânlarla sahip olmamaları, yakın gelecekte tıpta uzmanlık eğitimi için planlar yapıyor olmaları ya da ilçe merkezlerinde sosyal yaşantılarının kendilerini tatmin etmemesi gibi faktörler de etkili olabilir. Çalışmada TSM sorumlu hekimlerinin yalnızca %2.5'i halk sağlığı uzmanıdır. Oysa TSM ile ilgili mevzuat incelendiğinde TSM'nin, aile hekimliği hizmetlerini değerlendiren ve denetleyen, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini planlayan ve uygulayan, sağlık göstergelerini izleyen bir yapılanma olduğu

anlaşılmaktadır. Böylesine kompleks bir görev tanımı olan TSM sorumlu hekimlerinin imkanlar doğrultusunda halk sağlığı uzmanı olması gerektiği kaçınılmaz bir gerçektir. Çalışmada ülkedeki tüm TSM sorumlu hekimlerine ulaşılammıştır. Diğer yandan çalışma kesitsel bir araştırma olduğu için ortaya çıkan sonuçlar nedensellik bağlamında ele alınamaz. Bu bakımdan nedenselliğin ortaya konabilmesi adına daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulabilir.

Sonuç ve öneriler

Kesitsel bir araştırmadan çıkarılan bu sonuçlar elbette kesin yargılar olarak algılanamaz. Ancak hipotez olarak alınıp TSM'lerin mevcut durumu iyi bir analize tabi tutulmalıdır. TSM'lerin sağlık hizmeti sunumundaki yeri ve önemini kazanması, sorunların ve nedenlerinin ortaya konması, çözümlerin üretilmesi ile mümkün olabilecektir. Gereki yasal mevzuatlarla öncelikle TSM'lerin ve sorumlu hekimlerin yetki ve sorumluluk alanlarının net olarak belirlenmesi, TSM'lerin fiziki altyapılarının ivedilikle iyileştirilmesi, TSM'lerde görev alan sorumlu hekim ve hekim dışı personelin üstlendikleri görevlerin ne denli önemli olduğunu kavramaları adına eğitim ve uyum faaliyetlerine ağırlık verilmesi gerekmektedir. TSM sorumlu hekimleri diğer hizmet alanlarındaki açığı giderecek personel olarak değerlendirilmemelidir. Halk sağlığı uzmanlarının TSM'lerde öncelikli olarak istihdam edilmesinin TSM'lerin görevlerinin yerine getirilmesinde büyük katkı sağlayacağı kanaatindeyiz. Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi adına sunulması beklenen görevlerin layıkıyla yerine getirilmesinin TSM'lerin tüm alanlarıyla güçlendirilmesi ile mümkün olacaktır.

Not: Çalışmamız için herhangi bir destek (parasal ve ayni katkılar) alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Cornia GA. Globalization and health: results and options. Bull World Health Organ 2001;79(9):834-841.

2. Yasar GY. 'Health transformation programme'in Turkey: an assessment. *Int J Health Plann Manage* 2011;26(2):110-133.
3. Ministry of Health Republic of Turkey Report of Health Tranformation Programme. 2003 December.
4. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge: Sayı, 2011.
5. 03.08.2011 tarihli ve 25143 sayılı "Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" . Erişim adresi <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonergerge.pdf> Erişim tarihi 10.01.2014.
6. Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 2009;12(1):33-43.
7. Sağlık İstatistik Yıllığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, 2013.
8. Enstitüsü HÜNE. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye 2009;2009:144-45.
9. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü A. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2013.
10. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Hum Resour Health* 2003;1(1):12.
11. Sağlık Bakanlığı. Akdağ R, Mollahaliloğlu S, et al. Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2010.
12. Edirne T, Bloom P, Ersoy F. Update on family medicine in Turkey. *Fam Med* 2004;36(5):311.
13. Tanrıover O, Hidiroğlu S, Akan H, et al. A Qualitative Study on Factors that Influence Turkish Medical Students' Decisions to Become Family Physicians After the Health Transformation Programme. *N Am J Med Sci* 2014;6(6):278-283.