

Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Ebe ve Hemşirelerin Görüşleri: Kalitatif Araştırma

Opinions of the Midwives and Nurses on the Practice of Family Medicine: Qualitative Research

Nurcan ÖZYAZICIOĞLU,^a
Sevinç POLAT^b

^aÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği,
Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Bursa

^bÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği,
Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Yozgat

Geliş Tarihi/Received: 03.10.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 20.05.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:

Nurcan ÖZYAZICIOĞLU
Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği,
Bursa,
TÜRKİYE/TURKEY
nurcanozyazicioglu@yahoo.com.tr

ÖZET Amaç: Bu araştırma, ebe ve hemşirelerin aile hekimliği uygulamasına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Kalitatif özellikte olan çalışmanın verileri odak görüşmesi yöntemi ile Şubat 2013 tarihinde Bursa il merkezinde bulunan iki aile sağlığı merkezinde çalışan altı hemşire/ebeden elde edilmiştir. Görüşmelerde araştırmacılar tarafından literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış soru formu ile ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşmelerinin moderatörlüğü araştırmacı tarafından yapılmış ve ortalama 30-60 dakika sürmüştür. **Bulgular:** Görüşme sonucunda ebe ve hemşireler; aile hekimliği uygulamasının olumlu yönleri olarak toplumun tüm bireylerinin kayıt altına alındığını, gebe, bebek ve çocuk izlem sıklığının arttığını, halk ile daha iyi iletişim sağlandığını belirtmiştir. İş yükünün fazlalığını, hasta kayıt sistemindeki eksiklikleri, koruyucu sağlık hizmetlerini uygulamada yetersiz kalınmasını, sözleşmeli çalıştırılmayı ve aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmalarını ise aile hekimliği uygulamasının olumsuz yönleri olarak ifade etmişlerdir. **Sonuç:** Elde edilen bu sonuçlara göre aile hekimliği uygulamasında karşılaşılan aksaklıkların çözümüne yönelik girişimlerde bulunulması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire ebeler; halk sağlığı

ABSTRACT Objective: The research was conducted to determine the opinions of the midwives and nurses on the practice of family medicine. **Material and Methods:** The data of the study which was a qualitative study were gathered from 6 nurses/midwives who worked at a family health center located in Bursa city center in February 2013 through focus group discussion method. The interviews were made with descriptive information forms designed by the researchers in line with the literature and expert opinions and semi-structured questionnaires and the interviews were tape-recorded. The researcher became the moderator of the focus group interviews and the interviews lasted averagely 30-60 minutes. **Results:** As the result of the interviews; nurses and midwives told that they considered recording all members of the society, increased frequency of following-up conducted for pregnant women-babies and children and improved communication with the people as positive aspects of family medicine system. However; they also explained such negative aspects of the family medicine system as high level of work burden, short comings in the patient registry system, difficulty with fulfilling preventive health practices, being employed with a contract and being called as family medicine staff. **Conclusion:** It may be recommended that interventions to solve these problems be made.

Key Words: Nurse midwives; public health

Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016;8(1):10-6

doi: 10.5336/nurses.2013-37759

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına gelen programın temel ayaklarından birisi, birinci basamak sağlık hizmetlerini yeniden örgütlemeyi hedefleyen “Birinci

Basamak Aile Hekimliği Uygulaması”dır. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına 2011 yılında geçilmiştir.¹⁻³ Aile hekimliği, uzun yıllardır birçok ülkede birinci basamak hizmet sunumunda uygulanmakta olan bir modeldir ve dünyada değişik uygulamaları mevcuttur. Aile hekimliği sisteminin uygulandığı Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde, aile hekimleri bir hemşire ile birlikte çalışmakta ve bazı hasta ziyaretlerini doktorun yanı sıra hemşireler de yapabilmektedir. Bu nedenle ABD’de birinci basamak-taki işyükünü azaltmak için öncelikle hemşire ve hekim sayısını artırmaya yönelik ek tedbirler alınması planlanmaktadır. Hekimlerin oranı Kanada, Avustralya ve İngiltere’de daha düşüktür, ancak bu ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetleri hemşireler ve doktor yardımcıları tarafından desteklenmektedir. ABD’de ülkemize benzer olarak aile hekimlerinin 2000 kişi ve daha fazla sayıda nüfusa bakma zorunluluğu, primer bakımın iş yükünü artırmaktadır.^{4,5}

Ülkemizde başlatılan Aile Hekimliği Uygulaması için Türkiye modeli geliştirilmiştir.³ Buna göre Aile Hekimliği altı temel ilke; hizmette süreklilik, kapsamlı hizmet, sağlık hizmetlerinde koordinasyon, toplum sağlığı, koruyucu hekimlik ve aile bütünlüğü üzerine kurulmuştur. Aile Hekimliği Uygulaması’nda aile sağlığı elemanı (ASE); aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) olarak tanımlanmıştır.¹ Bu tanımlama tam bir isim karmaşasına neden olmuştur. Aile hekimliği uygulamasında, hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili olarak da çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Bu uygulamada yer alan ASE, “Aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek ile yetkili ve görevlidir” (RG: 25867, madde5/k) ibaresi, ebe ve hemşirelerin ekip içerisinde profesyonel hemşirelik rollerinde belirsizliğe neden olmakta ve yapmakla yükümlü olup olmadıklarına bakılmaksızın ebe/hemşireler, verilen her görevi yerine getirmek zorunda bırakılmaktadır.

Aile Hekimliği Modeli’nde ayrıca ücretlendirme ve performansla ilgili bazı sorunlar yaşanmaktadır. Aile hekimliği modelinde ücretlendirme; performans, sunulan hizmetlere ve sorumlu olan nüfusun sayı ve özelliğine göre düzenlendi-

ğinden, aile hekimliği uygulamasında performans değerlendirme kriterlerine dâhil edilmeyen hizmetlerin olumsuz, dâhil edilenlerin olumlu etkilendiği belirtilmektedir.^{2,6}

Yine sistemin yeni olmasından kaynaklanan belirsizlikler, giderek artan iş yükü, işleyişindeki sorunlar ve yeni görevlerin Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)’ne yüklenmesi de ebe ve hemşirelerin memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir. Çalışma şartlarının ağırlığına karşın hak edilen ücretin alınmaması, üstelik sağlık personelinin kendi elinde olmadan ortaya çıkan durumlarda ücret kesintilerinin olması, uygulamanın aksayan bir diğer boyutunu oluşturmaktadır.^{7,8} ASM’ye gelmeyen, hastanede yatan veya farklı sebeplerle izlemi/aşısı yapılamayanlardan da sağlık personeli sorumlu tutularak aylık ücretlerinde kesinti yapılması çalışanlar tarafından bir ceza olarak algılanmaktadır.⁹ Böylece günümüzde Aile Hekimliği Uygulaması’nda hemşirelik, sadece kendisine başvuranlara sağlık hizmeti sunan, edilgen, bağımlı, hekime yardımcılıkla sınırlı ve tedavi edici hizmetlere odaklı bir işe dönüşmüştür.¹⁰

Ülkemizde yeni uygulanmaya başlanan aile hekimliği sisteminden haberdar olma, çalışma koşulları ve çalışan memnuniyetini ortaya koyarak sistemle ilgili aksaklıkların giderilmesi noktasında yeni ve daha fazla araştırmalara gerek duyulmaktadır. Bugüne kadar aile hekimliği uygulaması ile ilgili ağırlıklı olarak hekimler ve hizmeti alanlarla ilgili yapılmış çalışmalar olmakla birlikte, ekibin önemli bir parçası olan ebe ve hemşirelerin konu ile ilgili görüşlerinin yer aldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.^{6,8,9,11-13} Bu çalışma ile ebe ve hemşirelerin aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerine yer verilerek, ekip içerisindeki rollerine ve çalışma koşullarına dikkat çekilmesi ve konuyla ilgili farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, aile hekimliği uygulamasına ilişkin ebe ve hemşirelerin görüşlerini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma, Bursa ilinin farklı iki bölgesindeki nüfusa hizmet veren ASE’lerin görüşlerini almak amacıyla

iki ayrı aile ASM'de çalışan dört hemşire ve iki ebe ile yürütülmüştür. ASM'de araştırmaya başlamadan önce ilin Halk Sağlığı Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış soru formu ile toplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce üç ebe ve hemşire ile pilot bir çalışma gerçekleştirilmiş ve soru formlarının anlaşılabilirliği ile amaca uygun olup olmadığı test edilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ebe ve hemşirelerle önceden belirlenen bir tarihte ve uygun oldukları bir zamanda randevu alınarak, kendilerinin belirlediği bir ASM'de toplanmaları istenmiş ve ebe/hemşirelerle ASM'nin boş bir odasında görüşülmüştür. Araştırmanın amacı ve ses kaydı hakkında bilgi verilerek ebe ve hemşirelerin sözel onamı alınmıştır. Görüşmelerin moderatörlüğü araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Görüşmenin temalarını; aile hekimliği uygulaması ile ebe ve hemşirelerin aile hekimliği uygulaması ve rollerine ilişkin görüşleri oluşturdu. Görüşmeler ortalama 30-60 dakika sürmüştür. Görüşmelerden elde edilen nitel veriler kayıt altına alınarak, içerik analizi yöntemiyle çözümlenmiştir. İçerik analizine geçilmeden önce ilk olarak ses kayıtlarındaki görüşmeler dinlenerek yazıya dökülmüştür. Görüşme kayıtlarının yazıya geçirilme işlemi veri kaybını önlemek amacıyla, araştırmacıların kendileri tarafından yapılmıştır. Daha sonra verilerin kodlama işlemine geçilmiştir. Kodlamalarda yer alan veriler kullanılarak bir "kod listesi" oluşturulmuştur.

BULGULAR

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin aile hekimliği uygulamasına ilişkin görüşleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1'de, ebe ve hemşireler aile hekimliği uygulamasının olumlu yönleri olarak gebe, bebek ve çocukların izlemlerinin eksiksiz yapılması, her işlemin kayıt altına alınması ve bireyler ile daha iyi iletişim kurulmasını göstermişlerdir.

Aile hekimliği uygulamasının aksayan yönleri olarak; iş yükünün fazlalığı, eleman sıkıntısı, sistemin performansa dayalı olması, kayıtların yapıldığı

TABLO 1: Ebe ve hemşirelerin aile hekimliği uygulamasına ilişkin görüşleri.

Görüşler
Aile hekimliği uygulamasının olumlu yönleri
H1. Bebek ve çocuklar daha sık izleniyor, eksik aşı kalması mümkün değil
H2. Aile ve bireylerinin sağlık bilgileri için istatistikî veri tabanı oluşturuyor
H3. Kolay ulaşılabilir olması ve ücretsiz uygulamalar (aşı, pansuman, enjeksiyon, kan alma muayene vb.)
H4. Hastaların, gebelerin, bebek ve çocukların 15-49 yaş arası kadınların, evdeki hastalarının bakımı, izlemi ve sorumluluğu hekim ve hemşirede. Bireyler ile daha iyi iletişim kuruluyor, olumlu geri bildirim alınıyor
Aile hekimliği uygulamasının aksayan yönleri/olumsuzlukları
H1,H4,H5. Performansa dayalı olması, hemşire başına düşen nüfusun fazla oluşu işlerin tamamlanmasında güçlük çekme, koruyucu hizmetler ve diğer eğitim konularında bilgi için zaman ayıramama
H2. Sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarını halkın tam olarak bilmemesi
H6. Eleman sıkıntısı var, A grubu ASM'lerdeki gibi yedek hemşireye ihtiyaç var. Şu an maaşı Sağlık Bakanlığı veriyor, hekim verirse eski işimize geri döneriz. Sistem tam oturmamış, geriye dönük istemler ve yeniden başka kayıtlar isteniyor
E6. "Bu sistemden halk memnun ancak iş yükümüz çok fazla"

sistem ile ilgili sorunlar ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde zaman kısıtlılığı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 2'te, ebe ve hemşireler aile hekimliği uygulamasındaki rollerinin, ebe ve hemşirelerin görevlerinin birleştirilmesi ve görevlerinin mesleğin gerektirdiği rolleri yerine getirmeye yönelik değil performans kriterlerini sağlamaya yönelik olduğunu belirtmişlerdir. ASM'lerde üstlendikleri rollerine ilişkin ebe ve hemşirelerin farklı görüşlerinin bulunduğu ve yalnızca üçte birinin yeni rollerinden memnun oldukları belirlenmiştir. Ebe ve hemşireler aile hekimliği uygulamasında karşılaşılan en önemli güçlüğün, yapılan işlemlerin kaydı, sisteme işlenmesi ile ilgili iş yükünün/çeşitliliğinin fazlalığı olarak ifade etmişlerdir. Ebe ve hemşireler ayrıca aile hekimliği uygulamasında alınan ücret konusunda, yapılan iş ile doğru orantılı olarak ücret alınmadığını ve bu durumdan memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.

TABLO 2: Ebe ve hemşirelerin aile hekimliği uygulamasındaki rollerine ilişkin görüşleri.

Görüşler
Aile hekimliği uygulamasının olumlu yönleri
H1. Aile hekimliği uygulamasındaki rollerini nasıl değerlendirdikleri
H3. Ebe ve hemşirelerin farklı eğitim almalarına rağmen aynı çatı altında değerlendirilmesi
H2. Aile hekimliğini ayakta tutan belkemiği bizleriz. Bütün verilerin toplanması, arşivlenmesi, aşuların eğitimlerin yapılması, pansuman, enjeksiyon, laboratuvar, aylık çalışmalar, istatistikler, yazışmalar bizim sorumluluğumuzda. Ve hastalarla muhatap olup onlara ulaşmak zorunluluğu da bize ait
H5: Performans yüzünden yaptığımız iş zaman zaman MEKANİK hale dönüşüyor»
Aile hekimliği uygulamasındaki rollerinden memnun olma durumları
H1. Memnunum keşke daha fazla yardımcı olacak vaktimiz olsa, hergün yeni görevler bize yükleniyor
H2. Üzülüyorum, evrak işleri yoğunluğundan gebe ve annelere eğitim veremiyorum
H4. Hayır, ancak bu birimde olmaktan memnunum. Aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmak hoş değil
H5. Acil tıp teknisyenlerinin ASM'lerde çalışmasını doğru bulmuyorum
H6. "Evet kesinlikle daha fazla doyum aldığımı inanıyorum. ASM' de biz doktorun yardımcısı gibi görünüyoruz ama hiç alakası yok. Önce bireyi biz görüyoruz, değerlendiriyoruz, karar veriyoruz. (ör: yenidoğan sarılığı) sonra hekime yönlendiriyoruz"
Aile hekimliği uygulamasındaki rollerini yerine getirirken karşılaşılan güçlükler
H6. Sağlık Bakanlığından gelen ekstra işler çok fazla, karşılığı verilen döküman yok, istenenler net değil, niçin? Anlaşılmıyor. Aşığı yapmak 1 dk., kayıt 10 dk. Hele topuk kanının kayıtları, kaç yere kaç kez yazdığımızı bilmiyorum.
H2. Halka biraz fazla tolerans gösteriliyor, küçük pansumanlarda dahi evlere gitmemiz istenmekte, zaman zaman görev dışına çıkmaya zorlanıyoruz.
<i>Ortak cevap:</i> En büyük güçlük yoğunluk ve iş çeşitliliği
Aile sağlığı elemanına verilen ücreti yeterli buluyor musunuz?
H1, H5. Hayır. Sorumlu olduğum bölgedeki hasta sayısına ve yaptığım işe bakarsanız memnun değilim, ama meslektaşlarımla kıyaslanınca fena da sayılmaz (ort. maaş:2300 TL)
H2. Hayır. Bizim dışımızda gelişen olaylardan dolayı maaşımızın kesilmesi (örneğin; hastanede yatan ve aşığı yapılmayan bir bebeğin diyetinin bize ödetilmesi. Performans itiraz formuna rağmen kesilen ücretin 2/3'ünün yatırılması, 1/3'ünün yine kesilmesi)
H4. Evet, <i>Ortalama ücret(aylık):</i> 1250-2750 TL arasında

TARTIŞMA

Bu çalışmada, ebe/hemşirelerin aile hekimliği uygulamasına ilişkin kişisel görüşleri çeşitli sorular ile değerlendirilmiştir. Çalışmada ebe/hemşirelerin şu anda çalışmak istedikleri yer sorulduğunda; tümünün ASM'leri tercih ettiği bulunmuştur (Tablo 3). Özdemir ve ark. bu konu ile ilgili çalışmalarında, ASE'lerin iş yeri tercihlerini kendilerinin belirlemediği, bilinçli bir kararla değil mevcut koşullar içinde (il merkezinde çalışabilmek, aile bütünlüğünü koruyabilmek gibi) başka çıkar yol bulunmadığı için kendilerinin bu sisteme dâhil oldukları belirlenmiştir.⁸ Bu çalışmada da benzer nedenlerle ASE'lerin, ASM'lerde çalışmayı tercih ettikleri düşünülmektedir.

Hemşireler aile hekimliği uygulamasının olumlu yönleri olarak gebe, bebek ve çocukların izlemelerinin eksiksiz yapılması, her işlemin kayıt altına alınması, bireyler ile birebir daha iyi iletişim kurulması ve olumlu geri bildirimler alınmasını göstermişlerdir. Bu sonuç aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği modelinde takip sisteminin etkinliğini göstermesi bakımından önemlidir. Birinci basamakta aile hekimine başvuru oranı 2011 yılında %40, 2012 yılında %38 olarak belirlenmiştir.¹⁴ Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranının 2012 yılında nispeten azaldığı görülmektedir. Bu sonuçta pek çok faktör etkili olmakla birlikte, hizmetin sürdürülebilirliği, hizmetin kalitesi ayrıca

TABLO 3: Ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (Sayı=6).

Demografik bilgiler	Tanıtıcı bilgiler	Sayı
Yaş	29, 30, 33, 34, 36, 37	ort=33,16±3,18
Eğitim düzeyi	SML	1
	Üniversite	5
Medeni durum	Evli	5
	Bekâr	1
Çalışma yılı	5,6, 11,13,15,16	ort=11±4,60
ASM çalışma yılı	1.5, 1.5, 1.5, 2, 2, 3	ort=1,91±0,58
Daha önce çalışılan yer	Sağlık ocağı-evi	2
	diğer (hastane, özel muayenehane, iş yeri hekimliği vb.)	4
Şu andaki iş tercihi		
Hastane mi ?/ASM mi?	ASM	6

hizmeti verenlerin ve alanların memnuniyetinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Aile hekimliği uygulamasından yararlanan bireylerin memnuniyeti ile ilgili olarak hekimlerin görüşlerinin alındığı bir çalışmada; hekimler, aile hekimliği uygulamasının toplumun sağlık düzeyini yükselttiği, hastanın hekime erişimini ve iletişimini kolaylaştırdığı, hasta bakım kalitesini iyileştirdiği ve hasta memnuniyeti arttırdığı yönünde görüş bildirmişlerdir.¹¹ Bir başka çalışmada, sağlık çalışanlarının ASE olmak ile ilgili sorun ve endişeleri olmasına rağmen, onların %81,4'ü toplumun aile hekimliği sisteminden memnun olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir.¹³ ABD'de aile hekimliği uygulamasında hastaların aile hekimlerini değerli buldukları, takdir ettikleri ve onlara güçlü bağlılık duygusu geliştirdikleri gözlenmiştir.⁴

Bu çalışmada, ebe ve hemşireler aile hekimliği uygulamasının aksayan yönleri olarak; kayıtların yapıldığı işletim sistemi ile ilgili sorunları, iş yükünün fazlalığını, eleman sıkıntısını, yedek hemşire ihtiyacını, sözleşmeden dolayı iş güvencesinin olmayışını, uygulamanın performansına dayalı olmasını ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde zaman kısıtlılığı yaşadıklarını belirtmişlerdir. ASM'lerde iş yükünün fazlalığı Özdemir ve ark.nın çalışmasında da vurgulanmıştır.⁸ Aile hekimliği uygulamasında koruyucu hizmetlerin daha geri plana atıldığı/itildiği düşüncesi başka bir çalışmada da savunulmaktadır.¹² Bu konu ile ilgili olarak farklı 28 ildeki 41 ASE ile yapılan çalışmada; ASE'lerin mevcut bilgi ve becerilerini bile kullanma yeteneğini bulamayan, mutsuz kaygılı ve gelecekte umudunu kesmiş birer sağlık çalışanı grubu olduğu belirlenmiştir.⁸ Gürel ve ark.nın aile sağlığı merkezlerinde çalışan evli hemşirelerin iş yaşamının aile yaşamı üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada; aile sağlığı merkezlerinde çalışan evli hemşirelerin İş-Aile Yaşam Çatışması Ölçeği'nden aldıkları puanın yüksek olduğu saptanmıştır.⁷ Çalışmada, aile hekimliği sistemi içindeki birtakım belirsizliklerin ve çalışana yüklenen görevlerin fazlalığının sağlık elemanının kendisini mutsuz hissetmesine yol açtığı belirlenmiştir. Sistemin yeni uygulamaya konması sebebiyle işleyişinde ortaya çıkan sıkıntıların yanı sıra hergün

yeni görevlerin ASM'lere yüklenmesi ASE'lerin iş yükünü artırmaktadır. Özdemir ve ark.nın çalışmasında bir ebe "Sağlık ocağı sisteminde çok daha huzurluyduk, mutluyduk. İsterse bir sürü iş olsun, seve seve yapıyorduk. Ama aile hekimliği geldi, şevkimiz falan kırıldı yani... Enerjimiz bitti, potansiyel kalmadı" demiştir.⁸ Aile hekimliği modelinde sağlık ocaklarının A,B,C,D veya hiçbir gruba dâhil olamayanlar gibi sınıflandırılması da, çalışanlar tarafında adaletsizlik olarak değerlendirilmekte ve acil durumlarda görevi bir başkasına devretmekte bazı sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu çalışmada, ayrıca aile sağlığı elemanlarının hekimler ile sözleşme yapmış olmalarını ve ücretlerinin ileride Bakanlık tarafından değil de hekim tarafından verilme olasılığını olumsuz değerlendirdikleri ve bunun iş ve gelecek güvencesini ortadan kaldıracığını düşündükleri saptanmıştır. Hemşire dâhil, tüm aile sağlığı elemanlarının aile hekimi tarafından istihdam edilecek olması da sağlık çalışanları arasındaki profesyonel ilişkiyi ve ekip anlayışını zedeleyen bir durumdur. Daha önceden hekim ve diğer sağlık çalışanları ekibin birer üyesi iken, artık patron-işçi konumu ile karşı karşıya kalmaktadır.¹⁰ Hemşirenin çalışmasının hekim kararına bağlı olması iş birliğini etkileyecektir çünkü işçi-işveren ilişkisinin tanımında hiyerarşi vardır.¹⁵ ABD'de aile hekimliği uygulamasında karşılaşılan en önemli sorunlar; ödeme sisteminin karmaşıklığı ve idari yükün fazlalığı olduğu belirlenmiştir.⁴

Bu çalışmada ebe ve hemşireler, rollerinin performans kriterlerini sağlamaya yönelik olduğunu ve kendi rollerini yerine getirmede güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aile hekimliği modelinde görev tanımlarında yer alan ASE "Hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili olarak aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek ile yetkili ve görevlidir" şeklindeki açıklama ebe ve hemşirelerin görevlerini belirsiz hale getirmiştir. Daha önceki sağlık ocağı uygulamasında ebe ve hemşireler belli alanlarda yükümlülükler sahip iken, yeni sistem bu ayrımı yapmamakta, verilen tüm işlerden aile sağlığı elemanını sorumlu tutabilmekte, ebe ve hemşireler eğitim aldıkları alanda, profesyonel rollerini yerine getirmekte güçlük çekmektedirler. Sönmez ve Sevindik'in çalışmasında, ASE'lerin

%85,1'inin mesleğinin dışında işler yaptığını düşündüğü, Özdemir ve ark. çalışmasında da bir ebe'nin "... yani aile sağlığı elemanı mıyız, aile sağlığı hizmetçisi miyiz ne olduğumuz belli değil." şeklinde rollerinde memnun olmadığını belirten bir ifade kullandığı belirlenmiştir.^{8,13}

ASE'ler buldukları çalışma ortamında kendilerine biçilen rollerle ilgili farklı görüşler bildirmiştir. Memnun olmayanlar, mesleki anlamda bağımsız işlevleri olan koruyucu sağlık hizmetlerini yapamamaktan ve ASE adı altında mesleki kimliklerinin yok sayılmasından dolayı kaygı yaşamaktadır. Yönetmelikte geçen ASE'ler "Hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili olarak aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek ile yetkili ve görevlidir" metnindeki görev tanımlarındaki belirsizlik, ASE'lerin farklı görev ve sorumlulukları yüklenmesine yol açabilmektedir. Nitekim bir çalışmada, ASM'de çalışan ASE'nin yaptığı işler dışında ayrıca basit laboratuvar tetkikleri yapabilmesi, basit direkt grafileri çekebilmesi, tıbbi sekreterlik/sekreterlik işlerini yürütebilmesi gerekebileceği bu nedenle de sağlık meslek liseleri müfredatlarına bu konuların da eklenmesi gerekliliği konusunda öneri getirilmiştir.¹⁶ Özdemir ve ark. çalışmalarında da bulgularımıza benzer şekilde ASE'lerin büyük bölümünün iş ve iş doyumunu hakkında mesleğinin gereklerini yerine getirme, özlük hakları, iş yükü, mesleğin değersizleşmesi ve kendini geliştirme olanaklarının verilmemesi gibi gerekçelerle çalışma ortamında kendilerini mutsuz hissettikleri ve sürekli motivasyon kaybı yaşadıkları belirlenmiştir.⁸ ABD'de de birinci basamakta çalışan hemşireler çalışma alanlarının ve kapsamlarının genişletilmesini amaçlayan sağlık politikalarının tartışılması gerektiğini savunmaktadır.¹⁷

Bu çalışmada, ebe ve hemşirelerin üçte birinin aile hekimliği uygulamasındaki rollerinden memnun oldukları belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin memnun olma durumunun, yapamadıkları değil yaptıkları iş ile sınırlı olduğu düşünülmektedir. Çünkü ebe ve hemşirelerin bu görüşünde hastayı değerlendirme, sorunu fark edebilme ve gerekli durumlarda doktora yönlendirme gibi bazı bağımsız kararların etkili olduğu belirlenmiştir. Ya-

pılan bir çalışmada, ASE olarak çalışmaktan memnuniyet oranı %65,4 bulunmuş, diğer bir çalışmada da hemşirelerin çalıştığı birimden hissettikleri memnuniyet derecesinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.^{7,13}

Yukarıda bahsedilen yönetmelikle ilgili olarak belirsizliğin ortadan kaldırılması ve ASE'lerin görev ve sorumluluklarının netleştirilmesinin, çalışanların fiziksel ve ruhsal performanslarında artışa yol açacağı düşünülmektedir.

Aile hekimliği uygulamasında ücretlendirme performansa dayalı düzenlenmekte, bakmakla yükümlü olunan nüfusa ve sunulan hizmetlere bağlı olarak değişmektedir. Çalışmada ebe/hemşireler, aile hekimliği uygulamasında hak ettikleri ücreti alamadıklarını ve yaptıkları işe göre verilen ücretin az olduğunu ifade etmişlerdir. Esnek ücretlendirme uygulamaları, hemşireler dâhil tüm çalışanlar için kaygı, belirsizlik ve stres kaynağıdır.¹⁰ Sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesi ile ilgili başlıca sorun, çalışma şartlarının ağırlığına karşın hak edilen ücretin alınmaması ve sağlık personelinin kendi elinde olmadan ortaya çıkan durumlarda da ücret kesintilerinin olmasıdır. Benzer sonuçlar diğer çalışmalarda da gösterilmiştir.^{7,8} Sönmez ve Sevinç'in çalışmalarında, ASE'lerin %67,8'i maaşlarını yeterli bulmuştur.¹³ Çalışmada, ASM'ye gelmeyen, hastanede yatan veya farklı sebeplerle izlemi/aşısı yapılamayan bireylerden de sağlık personeli sorumlu tutulmakta ve ücretlerinde kesinti yapılmaktadır. Bu sorunun çözümü için hastaneye sevk edilen hastalar ile ilgili ASM'ye bilgi akışı sağlanmalı ve sistem geri bildirim yapacak şekilde düzenlenmelidir.⁹

SONUÇ

Çalışma kapsamına alınan ebe ve hemşireler, aile hekimliği sisteminde gebe, bebek ve çocuk izlemleri sıklığının arttığını, tüm bireylerin kayıt altına alındığını ve halk ile daha iyi iletişim sağlandığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte ebe ve hemşirelerin, ASE olarak adlandırılmaları, aile hekimliği uygulamasının performansa dayalı ve sözleşmeli olması, iş yükünün fazlalığı, hasta kayıt sistemindeki eksiklikler ve koruyucu hizmetleri uygula-

mada yetersiz kalınması ve rollerini yerine getirmede zorlanma gibi olumsuzluklar yaşadıkları belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; aile hekimliği sisteminde sunulan hizmetin kalitesi, çalışan ve hizmeti alanların memnuniyeti bakımından sistemin aksayan yönleri ve ASE'lerin karşılaştıkları güçlüklerin çözümüne ilişkin girişimlerde bulunulması önerilmektedir.

tesisi, çalışan ve hizmeti alanların memnuniyeti bakımından sistemin aksayan yönleri ve ASE'lerin karşılaştıkları güçlüklerin çözümüne ilişkin girişimlerde bulunulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Avcı IA. [Health organization in Turkey]. Erci B, editör. Halk Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Amasya: Gökkuş Yayıncılık; 2009. p.25-7.
2. Özcan C, Mıhçıokur S. [Performance evaluation criteria in family medicine system]. VI. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyum Kitabı. İzmir: 2009. p.41.
3. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan R, Hacıımamağaoğlu A. [The basic health service overview in Turkey]. Aydın S, editör. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Mavi Ofset; 2004. p.35-40.
4. Zwar N. Family medicine in the USA - an Australian perspective. Aust Fam Physician 2010;39(6):360-1.
5. Petterson SM, Liaw WR, Phillips RL Jr, Rabin DL, Meyers DS, Bazemore AW. Projecting US primary care physician workforce needs: 2010-2025. Ann Fam Med 2012;10(6):503-9.
6. Tuncal A, Atasoylu G, Alpgiray A, Öztürk O, Tay Z. [Some preventive services assessment of which is offered by family physicians in Manisa]. VI. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyum Kitabı. İzmir: 2009. p.52.
7. Gürel S, Özsoy S, Dönmez RÖ. [Married to nurses working in family health centers on the investigation of the effects of business life and family life]. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Bursa: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2012. p.238-42.
8. Özdemir R, Yücel Ü, Çiçeklioğlu M, Öcek Z. [Family health elements working environments and what does he think about personal rights? Looking at how the future?]. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Bursa: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2012. p.154-7.
9. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. [Prenatal care utilization from family physicians: a study among pregnant women applying to secondary and tertiary care hospitals in Izmir]. Turk J Public Health 2011;9(1):1-15.
10. Özkan Ö, Catiker A, Uysal A. [Family Medicine model in Turkey: transition from the public health nursing to the family health personnel]. Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı. Kapitalizman Krizi ve Sağlık. Kongre Kitabı. Ankara: Türk Tabipler Birliği; 2011. p.140-6.
11. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M, Öksüzkaya A. [Kayseri province family physicians family practice system-related thoughts and applications]. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Bursa: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2012. p.416-8.
12. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. [Adults perspective about family medicine and the status of service utilization]. TAF Prev Med Bull 2013;12(4):417-24.
13. Sönmez OM, Sevindik F. [The effect of transformation in health on health personnel: To be family health personnel]. TAF Prev Med Bull 2013;12(1):43-8.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. [The use of health services]. Başara BB, Güler C, Yentür GK, Birge B, Pulgat E, Ekinci BM, editörler. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık; 2013. p.89-93.
15. Finlayson MP, Raymont A. Teamwork - general practitioners and practice nurses working together in New Zealand. J Prim Health Care 2012;4(2):150-5.
16. Eğici MT, Artantaş AB, Üstü Y, Uğurlu M. [The position of family health assistant in transition period of family practice implementation in Turkey]. Ankara Medical Journal 2012;12(3): 126-8.
17. Donelan K, DesRoches CM, Dittus RS, Buerhaus P. Perspectives of physicians and nurse practitioners on primary care practice. N Engl J Med 2013;368(20):1898-906.