

Aile Sağlığı Elemanları Açısından Aile Hekimliği Modeli

The Model of Family Medicine with Regard to Family Healthcare Personnel

BETÜL GÜVEN*
ZEYNEP DÖRTBUDAK**

Geliş Tarihi: 15.11.2017, Kabul Tarihi: 17.01.2018

ÖZ

Amaç: Ülkemizde, “Sağlıkta Dönüşüm” ile geçilen “Aile Hekimliği Modeli”yle birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğinde ve sunuluş biçimlerinde önemli değişiklikler ortaya çıkmıştır. Bu model aile sağlığı elemanlarının çalışma yaşamını da etkilemiştir. Bu çalışmada, aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği modeline ilişkin görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini, İstanbul ili Beyoğlu ve Şişli Toplum Sağlığı merkezlerine bağlı Aile Sağlığı merkezlerinde çalışan 112 Aile Sağlığı Elemanı oluşturmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Aile sağlığı elemanlarının %39.3’ü aile hekimliğinde performans dayalı maaş sisteminde hesaplamaların adil yapılmadığını, %73.2’si aile hekimliğinde iş doyumunun azaldığını, ayrıca %73.2’si, aile sağlığı elemanı adlandırılmasının, mesleki haklarında kayıp yarattığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Hemşire olan aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği sisteminden memnun olma durumları ile sözleşme bittikten sonra aile hekimliği modelinde çalışma isteği ($p<0.016$), kurumun sağladığı olanaklardan memnuniyeti ($p<0.039$), yapılan işin görev tanımıyla uyumlu olması ($p<0.001$) ve maaş performans sistemine ilişkin değerlendirmeleri ($p<0.008$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Birinci basamak sağlık merkezleri topluma açılan öncelikli sağlık kapılarıdır. Bu nedenle aile hekimliği modelinde önemli rol üstlenen aile sağlığı elemanı adı altında çalışan sağlık profesyonellerinin etkinliğini en üst seviyeye çıkarmak için yaşadıkları sorunlar belirlenmeli, iş doyumunu ve motivasyonu artıracak girişimler uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği; aile sağlığı elemanı; değerlendirme; memnuniyet.

ABSTRACT

Aim: The Model of Family Medicine, which was initiated in line with Turkey’s Transformation in Health program, caused significant changes in the quality and delivery of the primary healthcare services in our country. This model also affected the working life of Family Healthcare Personnel. This study aims to investigate the views of Family Healthcare Personnel regarding the Model of Family Medicine.


Methods: This descriptive study comprised 112 Family Healthcare Personnel working in Family Health Centers affiliated with the Beyoğlu and Şişli Community Health Centers in Istanbul, Turkey. Data were collected with a questionnaire developed by the researchers. Descriptive statistics and Pearson Chi-square test were used to analyze the data.

Results: Of the total, 39.3% of Family Healthcare Personnel stated that calculations in the performance-based salary system were not made fairly, 73.2% of them expressed decreased job satisfaction in the Model of Family Medicine, and 73.2% thought that the general title of “family healthcare personnel” resulted in the loss of professional rights. There was a statistically significant relationship between the satisfaction levels of nurses working as Family Healthcare Personnel and their desire to work after their contracts ended ($p<0.016$), the facilities provided by the family health center ($p<0.039$), the compatibility of duties with their job descriptions ($p<0.001$), and their assessment of the performance-based salary system ($p<0.008$).

Conclusion: Primary healthcare centers are the primary gateways to the community. Therefore, in order to maximize the efficiency of the health professionals who play an important role working as Family Healthcare Personnel in the Model of Family Medicine, the problems that Family Healthcare Personnel experience should be identified, and initiatives to increase job satisfaction and motivation should be applied.

Keywords: Family medicine; family healthcare personnel; assessment; satisfaction.

* B Güven, Dr., Öğretim Görevlisi 
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Topkapı Mahallesi, Davutpaşa Cad. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Kampüsü
No:4, 34010 Zeytinburnu/İstanbul
Tel: 0 212 311 26 27 Faks: 0 212 311 26 02
e-posta: beguven@ku.edu.tr

** Z Dörtbudak, Yrd. Doç. Dr. 
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Ankara
e-posta: zdortbudak@gmail.com

Ülkelerin sosyodemografik yapılarındaki değişimlere paralel olarak sağlık gereksinimlerinin değişmesi, toplumun riskli sağlık davranışlarının artması, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve erişimindeki değişimler, dünyada Aile Sağlığı Hemşireliği (ASH) kavramının ortaya çıkmasında etkili olmuştur. Bu kapsamda aile sağlığı hemşireleri, birey, aile ve grupların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumlarına yönelik birincil, ikincil ve üçüncül koruyucu hizmetlerin sunulmasında aktif bir rol oynamaktadır.⁽¹⁾ Ülkemizde ise aile sağlığı hemşireliği görevi ve görev tanımı bulunmamakla birlikte, ebe ve hemşireler sağlık ocaklarında benzer rollerle bu görevi yürütmüşlerdir.

Birey ve ailelerin içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alınabilmesi, sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve bütüncül olarak sunulabilmesi gerekçeleriyle, 2004 yılında yürürlüğe giren “5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” ile ülkemizde Aile Hekimliği Modeli (AHM)’ne geçiş süreci başlamıştır. Aile Hekimliği Modeli öncesi Sağlık ocaklarında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri “Toplum Sağlığı Merkezi-TSM” ve “Aile Sağlığı Merkezi-ASM” birimlerine dönüştürülmüştür.^(1,2) Daha önceki uygulamada hemşire ve ebelelerin çalıştığı alan, yetki ve sorumluluklar, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre Aile Sağlığı Elemanı (ASE) adı altında hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerini kapsayacak bir göreve dönüşmüştür.^(1,3) Hemşirelik mesleğinin, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın özünü oluşturan “aile sağlığı” kavramının pekiştirilmesindeki rolü çok önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), birinci basamak sağlık hizmetlerindeki çalışan hemşireleri “aile sağlığı hemşiresi” olarak tanımlarken, ülkemizde aile hekimliği modelinin içindeki hemşireler, kendilerine ancak “aile sağlığı elemanı” olarak yer bulabilmiştir.^(4,8)

İşletme mantığına göre yapılandırılan aile hekimliği modeli; hekimi işletmeci/patron, hemşire/ebeyi bu patrone bağlı işçi, hastaları da müşteri konumuna getirmiştir. Hekimle sözleşme imzalamaya prosedürü, aile sağlığı elemanlarının hekimin istemine göre görevleri dışında diğer işleri de yapmalarına, aksi hâlinde sözleşmelerinin feshedilebileceği korkusu yaşamalarına neden olmuştur.^(4,6,8) Özellikle daha önceki sistem içinde kadrolu olan çalışanlar, yeni sistemde sözleşmeli statüye geçirilmiş ve bu durum da özlük hakları konusunda bazı sıkıntılar yaratmıştır.

Sistemin değişmesini takiben, yeni sistemin çalışanlar üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik çeşitli araştırmalar da yapılmıştır.^(4,6,11,13) Az sayıda ki bu çalışmalarda, ASE aile hekimliği modeline ilişkin hem olumlu hem de olumsuz görüşlerin olduğu belirlenmiştir. Olumlu olarak ASE’lerin aile hekimliği modelinin sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırdığını, mesleğe olumlu katkılarının olduğunu düşündükleri ve yaptıkları işten memnun oldukları görülmektedir. Olumsuz olarak ise çalışmaların hemen hepsinde ASE’lerin “aile sağlığı elemanı” tanımlamasından memnun olmadıkları, meslekleri dışındaki işleri yaptıkları, meslekler arası rekabet ve maaş farklılığı olduğunu düşündükleri ve sözleşmelerinin feshedilmesi, aile hekimi ile anlaşmazlıklar ve özlük haklarının korunmamasına ilişkin endişelerinin

olduğunu belirlenmiştir.^(4,6,11,13) Aile hekimliği modelinde çalışan hemşirelerin memnuniyetine ilişkin Sağlık Bakanlığının yaptığı bir araştırmada da, hemşirelerin zor koşullarda ve özveriyle çalışmakta olduğu, hekimin bazı tıbbi görevlerini de üstlenmelerine rağmen, döner sermaye paylarının hekimden çok düşük olduğu vurgulanmış, buna bağlı olarak da hemşirelerin Aile Hekimliği modeline ilişkin tutum ve görüşlerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha olumsuz olduğu görülmüştür.⁽⁵⁾ Benzer şekilde diğer bir çalışmada, aile sağlığı elemanlarının iş doyumunun aile hekimlerine göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.⁽⁷⁾

Aile Hekimliği modeli, Türkiye’de çeşitli illerde yürütülen pilot uygulamalardan sonra Kasım 2011 tarihinde İstanbul ilinde de uygulanmaya başlanmıştır. İstanbul ili gerek nüfusunun yoğunluğu gerekse sosyoekonomik yapısından dolayı özel bir konumdadır. Bu nedenle aile hekimliği modelinin etkilerine yönelik, İstanbul ilinde yapılacak bir çalışmanın, Türkiye profiline katkı sağlayacak veriler sunabileceği düşünülmüştür. Araştırmamız bu kapsamda, İstanbul ilinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği modeline ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Yöntem

Araştırmanın türü

Bu çalışma, aile hekimliği biriminde çalışan aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği modeline ilişkin değerlendirmelerini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilindeki tüm aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise İstanbul il merkezinde Beyoğlu ve Şişli ilçelerindeki aile sağlığı birimlerinde çalışan ASE’lerin tümü oluşturmaktadır. Örnekleme oluşturan bu iki bölge, İstanbul ilinde merkezi konumda olduğu ve fazla sayıda ASM içerdiği için seçilmiştir. Beyoğlu Toplum Sağlığı Merkezi bünyesinde 19 ASM, 67 Aile Sağlığı Birimi (ASB) bulunmaktadır. Şişli Toplum Sağlığı Merkezi bünyesinde ise 21 ASM, 80 ASB bulunmaktadır. Her aile sağlığı biriminde bir hekim ve bir ASE beraber çalışmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu iki bölgede çalışan aile sağlığı elemanı kadrosu 147 olmakla birlikte, aktif çalışan sayısı 142 idi. Beyoğlu bölgesinden 15 ve Şişli bölgesinden 15 olmak üzere toplam 30 kişi “zamanlarının olmamasını” ve “araştırmaya katılmanın bir yararının olmayacağını” düşüncülerini belirttiğinden araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden 112 ASE oluşturmıştır.

Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan, 51 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Literatürden de

yararlanılarak hazırlanan ankette,^(5,6,10,11) aile sağlığı elemanlarının tanıtıcı özellikleri ile çalışanların aile hekimliği modeline ve aile sağlığı merkezine ilişkin düşünceleri ve memnuniyetlerini sorgulayan kapalı uçlu sorular bulunmaktadır.

Verilerin toplanması

Veriler, 28 Aralık-28 Mart 2012 tarihleri arasında İstanbul ili Beyoğlu ilçesi, Beyoğlu ve Şişli ilçeleri Toplum Sağlığı merkezlerine bağlı ASM'lerde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Öncelikle katılımcılara araştırmanın konusu, yöntemi açıklanmış ve sözlü onamları alınmıştır, katılmayı kabul edenlere anket formu verilerek doldurmaları istenmiştir. Bazı kurumlara da öncesinde telefonla araştırmaya ilişkin bilgi verildikten sonra anket formları posta yolu ile ulaştırılmış ve geri toplanmıştır.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın yapılması için önce Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan onay alınmış, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne başvurularak, İl Sağlık Müdürlüğü ile protokol imzalanmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Bu çalışma İstanbul ili Beyoğlu ve Şişli ilçeleri Toplum Sağlığı merkezlerinde çalışan tüm ASE'lerden araştırmaya katılmaya onam veren bir örneklemi (n=112) incelemektedir.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sayı, yüzde, nicel verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak p<0.05 kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının %97.3 (n=109)'ü kadın, %68.8 (n=77)'i lisans mezunudur. Çalışanların %53.6 (n=60)'sının ebe, %50.9 (n=57)'unun 657-A kadrosunda olduğu ve %51.8 (n=58)'inin daha önce uygulanan sağlık ocağı modelinde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1).

ASE'lerin aile hekimliği modeline ilişkin değerlendirmeleri Tablo 2'de yer almaktadır. Örneklemi oluşturan aile sağlığı elemanlarının %37.5 (n=42)'i aile hekimliği modelinin sağlık ocağı modeline göre daha iyi olduğunu düşünmektedir. Aile sağlığı elemanlarının %58.9'u (n=66) kendilerine aile hekimliği modelindeki görev tanımlarına ilişkin bilgilendirme yapıldığını, %61.6'sı (n=69) görev tanımı ile yaptıkları işin uyumlu olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Olgular, görev tanımı dışında yaptıkları işlere ilişkin açık uçlu soruyu, tıbbi sekreterlik ve laborantlık hizmetleri, danışmada hasta yönlendirmesi, temizlik işleri olarak belirtmişler, bu işleri "sorun çıkmasını" diye yürüttüklerini vurgulamışlardır. Çalışanların %73.2'si (n=82)

aile hekimliği modeline ilişkin eğitim almadığını ve bu kişilerden de %56.3'ü (n=63) eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Aile hekimliğinde performansa dayalı maaş sistemi, katılımcıların %39.3'ü (n=44) tarafından "hesaplamasının adil yapılmadığı" şeklinde değerlendirilmiştir. Ayrıca katılımcılar %73.2 (n=82) oranında aile hekimliğinde iş doyumlarının azaldığını belirtmişlerdir. Aile sağlığı elemanı adı altında çalışan ebe/hemşire/sağlık memuru/acil tıp teknisyenlerinin %73.2'si (n=82) bu tanımlamayı mesleki haklarında kayıp yarattığı şeklinde değerlendirmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Aile Sağlığı Elemanlarının Tanımlayıcı Özellikleri (n=112)

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	n	%
Cinsiyet		
Kadın	109	97.3
Erkek	3	2.7
Eğitim durumu		
Lise	27	24.1
Lisans	77	68.8
Lisansüstü	8	7.1
Meslek		
Ebe	60	53.6
Hemşire	44	39.3
Sağlık memuru	3	2.7
Acil tıp teknisyeni	5	4.5
Kadro durumu		
657-4A	57	50.9
657-4B	8	7.1
Sözleşmeli	40	35.7
Diğer	7	6.3
Sağlık ocağı modelinde çalışma durumu		
Evet	58	51.8
Hayır	54	48.2

Tablolarda yer almamakla birlikte, çalışmada, aile sağlığı elemanlarının %69.6'sı (n=78) kurumda hizmet içi eğitim yapılmadığını belirtmiş, eğitim almayanların %60.7'sinin (n=68) hizmet içi eğitim almak istedikleri belirlenmiştir. Katılımcıların %84.8'i (n=95) çalıştıkları kurumun kolay ulaşılabilir olduğunu, %58.9'u (n=66) güvenli olduğunu, %53.6'sı (n=60) kurumun uygun havalandırma/ısıtmaya sahip olmadığını ve %63.4'ü (n=71) ortamın dosyalama, istatistik değeri değerlendirmeler ve yazışmalar için uygun olmadığını düşünmektedirler.

Aile sağlığı elemanlarının %61.6'sı (n=69) kurumun sağladığı olanaklardan memnun olmadığını belirtmiş, memnuniyeti olumsuz etkileyen faktörleri ise dinlenme odasının, öğle yemeklerinin ve evrak kayıt odasının olmaması şeklinde açıklamıştır. Diğer taraftan katılımcılar %54.5 (n=61) oranında işlerini mesai saatleri içerisinde tamamlayabildiklerini, %51.8 (n=58) oranında kurumda malzeme sıkıntısının olmadığını,

%56.3 (n=63) oranında ev ziyaretlerinde ulaşım zorluğu yaşamadıklarını, %53.6 (n=60) oranında bilgisayar kaydı sıkıntısı yaşamadıklarını ve %72.3 (n=81) oranında da yıllık izin kullanmada bir sıkıntı yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2. Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Hekimliği Modeline İlişkin Değerlendirmeleri (n=112)

AİLE HEKİMLİĞİ MODELİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER	n	%
Sağlık ocağı modeli ile AH modeli arasındaki fark		
AH daha iyi.	42	37.5
Herhangi bir değişiklik yok.	9	8.0
AH daha kötü.	28	25.0
Fikri yok.	22	19.6
Diğer	11	9.8
AHM görev tanımı bilgilendirilmesi		
Yapıldı.	66	58.9
Yapılmadı.	46	41.1
Görev tanımı ile yapılan işin uyumu		
Uyumlu.	69	61.6
Uyumlu değil.	43	38.4
AHM ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	30	26.8
Hayır	82	73.2
AHM ile ilgili eğitim alma isteği		
Evet	63	56.3
Hayır	19	17.0
AHM maaş sisteminde performans uygulaması		
Yerinde bir uygulama.	10	8.9
Verilen sağlık hizmetleri kalitesini olumlu etkilemiştir.	8	7.1
Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesini sağlamıştır.	22	19.6
Meslekler arasında farklılık yaratmaktadır.	13	11.6
Hesaplaması adil olmamaktadır.	44	39.3
Diğer	15	13.4
AHM iş doyumu		
Arttı.	30	26.8
Azaldı.	82	73.2
Hemşire/ebe/sağlık memurlarının aile hekimliği modelinde "aile sağlığı elemanı" olarak çalıştırılması hakkındaki düşünceler^a		
Yaran var.	6	5.4
Bir sakıncası yok.	10	8.9
Mesleki statü kaybı yaratıyor.	82	73.2
Mesleki haklarda kayıp yaratıyor.	67	59.8
Fikrim yok.	2	1.8
Diğer	7	6.25

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Yine tabloda gösterilmemekle birlikte, aile sağlığı elemanlarının %59.8'si (n=67) aile hekimliği modelinden kişisel olarak memnun olduklarını ve %80.4'ü (n=90) aile hekimliği modelinin toplum için yararlı olduğunu belirtmiştir. Çalışanların %67.9'unun (n=76) sözleşmeleri bittikten sonra aile hekimliği modelinde çalışmaya devam etmek istedikleri saptanmıştır.

Tablo 3. Aile Hekimliğinden Hemşire Olarak Memnuniyet ve Memnuniyeti Etkileyen Faktörler (n=44)

ÖZELLİKLER	MEMNUN DEĞİL		MEMNUN	
	n	%	n	%
Sözleşme bittikten sonra aile hekimliği modelinde kalma isteği^a				
İstemiyor.	7	87.5	1	12.5
İstiyor.	10	32.3	21	67.7
Kararsız.	3	60	2	40
Toplam	20	45.5	24	54.5
Test değeri $\chi^2=8.308$, p 0.016				
Kurumun sağladığı olanaklardan memnuniyet^a				
Evet	4	25	12	75
Hayır	16	57.1	12	42.9
Test değeri $\chi^2=4.243$, p 0.039				
Yapılan işin görev tanımıyla uyumu^a				
Uyumlu.	9	29.1	22	71.0
Uyumlu değil.	11	84.6	2	15.4
Test değeri $\chi^2=11.413$, p 0.001				
Maaş performans sistemi hakkında düşünceler^a				
Yerinde bir uygulama.	1	16.7	5	83.3
Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesini sağlamıştır.	3	27.3	8	72.7
Meslekler arasında farklılık yaratmaktadır.	7	100	0	0
Hesaplaması adil olmamaktadır.	9	45	11	55
Test değeri $\chi^2=11.874$, p 0.008				

a ki-kare testi

Tablo 3'te hemşire olarak çalışan ASE'lerin aile hekimliğinden memnuniyet ve memnuniyeti etkileyen faktörler yer almaktadır. Hemşirelerin %54.5'i (n=24) aile hekimliği modelinden hemşire olarak memnun olduklarını belirtmişlerdir. Hemşire olarak aile hekimliği modelinden memnun olan çalışanların %75'inin (n=12) kurumun sağladığı olanaklardan memnun olması arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.039). Memnun olmayanların ise %84.6'sının (n=11) yapılan işin görev tanımıyla uyumlu olmadığını düşünmesi (p<0.001) ve %87.5 (n=7)'inin sözleşmesi bittikten sonra çalışmaya devam etmek istememesi (p<0.016) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşire olarak aile sağlığı modelinden memnuniyet ile performans dayalı maaş ödemesi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.008). Performansa dayalı maaş ödemesinin meslekler arasında

farklılık yaratıldığını düşünen hemşirelerin hepsinin (n=7) aile hekimliği modelinden hemşire olarak memnun olmadığı, hemşire olarak memnun olanların %83.3 (n=5)'ünün ise bu maaş ödeme sistemini yerinde bir uygulama olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Tablo 3).

Tartışma

Aile hekimliği, her ailenin bir bütün olduğu, aile bireylerinin yaş ve hastalık gözetmeksizin birlikte incelenmesi gerektiği görüşünden hareketle geliştirilmiş bir sağlık hizmeti anlayışı ya da biçimidir.⁽⁹⁾ Ülkemizde aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin, toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunmak hedeflenmiştir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık profesyonelleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda kritik bir noktadadır.⁽¹⁰⁾ Bu çalışma, aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin AHM'ne ilişkin değerlendirmelerini belirlemek amacıyla uygulanmıştır.

Aile sağlığı elemanlarının %51.8'i (n=58) sağlık ocağı sisteminde çalışmış olup, %37.5'inin (n=42) "aile hekimliğinin daha iyi olduğunu" düşündüğü belirlenmiştir. Literatürde de benzer şekilde sağlık hizmeti sunanların büyük çoğunluğunun daha önceki çalışma yerlerinin sağlık ocakları olduğu belirtilmektedir.^(11,12)

Çalışanların %73.2'si (n=82) aile hekimliği modeline ilişkin eğitim almadıklarını, bu kişilerin %56.3'ü (n=63) eğitim almak istediğini belirtmiştir. Çatiker ve ark.'nın çalışmasında, aile hekimliği modeline geçmeden önce aile sağlığı elemanlarının %80.9'unun eğitim aldığı ancak eğitim alanların %63.6'sının bu eğitimi yetersiz gördüğü belirlenmiştir. Sönmez ve Sevindik'in çalışmalarında, aile sağlığı elemanlarının %41.1'inin ise ASE olmak için eğitim almak gerektiğini düşündükleri saptanmıştır. Tekin ve ark.'nın çalışmasında, aile hekimliği modelinde çalışanların %27.9'unun aile hekimliği modelinin yapılandırması ve yönetimi konusunda eğitim alma isteği olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, aile sağlığı elemanlarının hizmet kalitelerini artırmak için sürekli eğitime gereksinim duyduklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının %38.4'ünün (n=43) yaptıkları işin görev tanımlarıyla uyumlu olmadığını düşündükleri belirlenmiştir. Çalışanlar, görev tanımları dışında işler yapmaktan rahatsızlık duyduklarını, ancak sorun çıkarması için yapmak durumunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Benzer sonuçlar farklı çalışmalarda da görülmektedir.^(4,11,13) Öztürk ve ark.'nın çalışmasında, ASM çalışanlarının hemşire sorunları arasında hemşirelik yönetmeliğindeki görev tanımlarının yetersizliğini belirttikleri saptanmıştır. Çalışmamızda ayrıca aile sağlığı elemanı olarak görev yapan ve yapılan işin görev tanımıyla uyumlu olmadığını düşünen hemşirelerin %84.6'sının (n=11), aile hekimliği modelinden memnun olmadığı belirlenmiştir (p<0.001). Sağlık profesyonellerinin personel eksikliğini gidermek için görevleri

dışında işlerde yer alması, çalışma şartlarını ve koşulları ağırlaştırdığı için çalışanların memnuniyetini ve iş doyumunun etkileyebilecektir. Hemşirelerin aile hekimliği modelinde yaptıkları işten memnun olmamalarının, görev tanımları dışında işler yapmalarından kaynaklanması nedeniyle, ASM'lerde yardımcı personel desteği sağlanması durumunda yaşanan sorunların azalacağı ve memnuniyetin artacağı düşünülmektedir.

Aile hekimliği modelinde sağlık profesyonellerine performansa dayalı ödeme yapılmaktadır. Araştırmamızın bulgularında ASE'lerin %39.3'ünün (n=44) uygulanan performansa dayalı maaş sistemini, hesaplamasının adil yapılmadığı şeklinde değerlendirdiği ve aile sağlığı modelinden memnuniyet ile performansa dayalı maaş ödemesi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.008). Tekin ve ark.'nın çalışmasında, çalışanların çoğunluğunun aile hekimliğinde performans uygulamasından memnun olmadığı belirlenmiştir.⁽⁷⁾ Hem Sağlık Ocağı hem de AHM kurumlarında (sağlık müdürlüğü, sağlık grup başkanlığı ve toplum sağlığı merkezleri) çalışmış yöneticilerle yapılan niteliksel bir çalışmada, performans sistemi içinde olan sağlık hizmetlerinde eksiklik olmazken, performansa dâhil olmayanların istenilen düzeyde yapılmadığı belirtilmiş, performansa dayalı çalışma sistemi olumlu karşılanmış, ancak yalnızca negatif performans değil, pozitif performansın da olması gerektiği savunulmuştur.⁽¹⁴⁾ Çalışmamızda, performansa dayalı maaş sistemini ASE'lerin hesaplamasının adil yapılmadığı şeklinde değerlendirmesi ve hemşirelerin memnuniyetini etkilediğine dair elde edilen sonuç, bu durumun çalışanların hem hizmet sunumunda hem de özlük haklarında sorunlara yol açabileceğini düşündürmektedir.

İş doyumunu; kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli koşullardan biridir. Hemşirelerin iş doyumunu, örgütsel başarıyı da etkilemektedir.⁽¹⁵⁾ Çalışmamızda, aile sağlığı elemanlarının %73.2'si (n=82) aile hekimliği modelinde iş doyumunun azaldığını belirtmiştir. Tekin ve ark.'nın çalışmasında, aile sağlığı elemanlarının iş doyumunu puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu; aile hekimlerinin puan ortalamalarının ise aile sağlığı elemanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık Bakanlığının yaptığı araştırmada da, benzer şekilde aile hekimleri ve idarecilerde iş doyumunu, motivasyonu ve bağlılığın en yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.⁽⁵⁾ Ailelerle en sık temasta olan aile sağlığı elemanlarının iş doyumlarının düşük olması, stresi artıracak, konsantrasyonu etkileyebilecek ve tükenmişlik yaşamalarına neden olabilecektir.⁽⁷⁾ Bu bağlamda çalışanların iş performansları olumsuz etkilebilir ve hatta işten ayrılmalar yaşanabilir. İş doyumunun sağlanması, aynı zamanda birey ve ailelere verilen sağlık hizmetinin kalitesini de olumlu yönde etkileyecektir.

Avrupa ülkelerinde ve Amerika'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler, "aile sağlığı hemşiresi" olarak anılmakta iken, ülkemizde rol ve sorumluluklar açısından benzer konumda olan hemşireler "aile sağlığı elemanı" olarak

adlandırılmaktadırlar.⁽¹⁾ Çalışmamızda aile sağlığı elemanı adı altında çalışan ebe/hemşire/sağlık memuru/acil tıp teknisyenlerinin %73.2 (n=82)'si bu adlandırmanın mesleki haklarında kayıp yarattığını düşündüklerini belirtmiştir. Araştırmamızın sonuçlarıyla uyumlu olarak Sönmez ve Sevindik'in çalışmasında, çalışanların %50.2'sinin aile sağlığı elemanı tanımlamasından memnun olmadıkları belirlenmiştir. Aynı şekilde Baysal ve ark.'nın çalışmasında, ASE'lerin %100'ünün AHM'den memnun olmama nedenlerinden birisini meslek isimleri ile anılmamak olarak gösterdiği belirlenmiştir. Öztürk ve ark.'nın çalışmasında da, TSM ve ASM çalışanları öncelikli sorunları olarak, hemşirelerin özlük haklarının yetersizliğini belirtmiştir. Çalışmamızın sonuçları, AHM'ne yeni geçiş sürecini yansıtmaya rağmen, sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda da benzer şekilde çalışanların ASE olarak anılmaktan rahatsız oldukları görülmektedir. Bu sonuç sorunun günümüzde de hâlen devam ettiğini düşündürmektedir. Türk Dil Kurumu, "eleman" sözcüğünü "bir toplulukta çalışan insanların her biri" şeklinde tanımlamıştır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşireliği, "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeyi sağlayan bir meslek grubu" olarak tanımlamaktadır.⁽¹⁷⁾ Profesyonel bir meslek grubu üyesi olan hemşirelerin eleman adı altında geliştirilmesi, meslek statüsünün yok sayılması anlamına gelmektedir. Bu nedenlerle TSM/AHM çalışanı hemşirelere "aile sağlığı hemşiresi" unvanının verilmesi daha uygun olacaktır.

İnsanların zamanlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri çalışma ortamı, çalışanın sağlığını bozabilecek kazalar ve riskler taşıması nedeniyle bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı etkileyebilmekte, olumsuz fiziksel koşullar iş verimini ve sosyal yaşantıyı etkileyerek iş doyumunda azalmaya neden olabilmektedir.^(18,19) Araştırmamız sonucunda, ASE'lerin %61.6'sının (n=69) kurumun sağladığı olanaklardan memnun olmadığı saptanmıştır. Çalışanlar, dinlenme odalarının, öğle yemeklerinin, evrak kayıt odasının olmaması gibi nedenlerle iş ortamları ile ilişkili memnuniyetsizlik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Literatürde, bu sonuçları destekleyen^(12,13) çalışmalar olmakla birlikte, ASE'lerin kurumun fiziki koşullarından memnun olduğunu gösteren çalışmalar da^(4,7) vardır. Ayrıca çalışmamızda, hemşire olarak aile hekimliği modelinden memnun olan çalışanların %75'inin (n=12) ASM'lerin olanaklarından memnun olduğu belirlenmiştir (p<0,039). Daha rahat ve daha uygun bir ortamda çalışan ASE'lerin istek ve motivasyonu ve bunun sonucunda ortaya konan sağlık hizmetinin kalitesi artacağı için yöneticilerin ASM'lerin fiziki koşullarını iyileştirmek adına çalışmalarda bulunması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda ASE'lerin %59.8'inin (n=67) aile hekimliği modelinden kişisel olarak memnun olduğu ve %80.4'ünün (n=90) aile hekimliğinin toplum için yararlı olduğunu düşündüğü saptanmıştır. Benzer şekilde Doğan ve ark.'nın çalışmasında da çalışanların %45.6'sı aile hekimliği uygulamasını başarılı olarak değerlendirmiştir. Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak Baysal ve ark.'nın çalışmasında

ASE'lerin %87'sinin AHM'den memnun olmadığı saptanmıştır. Nur ve ark.'nın çalışmasında sağlık ocağı çalışanlarının %47.8'inin aile hekimliği modelinin sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmayacağını düşündüğü bulunmuş, Sönmez ve Sevindik'in çalışmasında ise farklı olarak ASE'lerin %66.5'i aile hekimliği modelinin sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırdığını ve %81,4'ünün aile hekimliği modelinden toplumun memnun olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Diğer bir çalışmada, aile hekimleri, AHM'de koruyucu sağlık hizmetlerinin (aşılama, bebek, gebe, 15-49 yaş kadın izlemleri, gezici hizmetler, okul taramaları, düzenli kayıt ve takiplerle hasta izlemi) daha iyi olduğunu belirtmiştir.⁽²⁰⁾

Çalışmamız sonuçlarına benzer şekilde yapılan araştırmalarda çalışanların büyük çoğunluğunun sözleşmesi bittikten sonra aile hekimliği modelinde çalışmaya devam etmek istediği görülmektedir.^(4,7) Aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %70.2'sinin yeniden seçme şansı olsa yine aile hekimliğini seçeceğini belirttikleri saptanmıştır.⁽²⁰⁾ Çalışma bulgumuzdan farklı olarak başka bir çalışmada⁽⁶⁾, aile hekimi/aile sağlığı elemanı olarak çalışanların %62.1'inin bu modelde çalışmaya devam etmeyi düşünmediği belirlenmiştir.⁽²⁰⁾ Diğer bir çalışmada, "Çalışmayı bırakmayı düşünüyorum." diyen katılımcıların %28.9'u gerekeceği kadar iş yükü fazlalığını göstermiştir.⁽⁷⁾ Çalışma sonucumuzda ayrıca aile hekimliği modelinden hemşire olarak memnun olmadığını belirten çalışanların %87.5 (n=7)'inin sözleşmesi bittikten sonra çalışmaya devam etmek istemediği belirlenmiştir (p<0.016). Hemşirelerin memnuniyetsizlikleri nedeniyle sistemde çalışmak istememeleri beklenen bir sonuçtur.

Sonuç

Aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği modelinde iş doyumlarının azaldığı, aile sağlığı elemanı adı altında çalışmanın mesleki haklarında kayıp yarattığını düşündükleri, aile hekimliği modelinden kişisel olarak memnun oldukları, bu modeli toplum için yararlı gördükleri, ancak sözleşmeleri bittikten sonra aile hekimliğinde çalışmaya devam etmek istemedikleri belirlenmiştir. Aile hekimliğinden hemşire olarak memnun olmayan çalışanlar, sözleşmesi bittikten sonra aile hekimliği modelinde çalışmak istememekte, yapılan işin görev tanımıyla uyumlu olmadığını ve maaş performans sisteminin meslekler arasında farklılık yarattığını düşünmektedir.

Dünyada aile sağlığı hemşiresi adı altında bağımsız rolleri olan hemşire ve ebelerin ülkemizde halen aile sağlığı elemanı olarak işçi statüsünde çalışması rol kayıplarına, iş doyumunun ve memnuniyetin azalmasına neden olmakta ve bu durum toplumun sağlığını etkilemektedir. Aile sağlığı elemanı olarak çalışan sağlık profesyonelleri birey, aile ve grupların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumlarına yönelik birincil, ikinci ve üçüncül koruyucu hizmetlerin sunulmasında aktif bir rol oynamaktadır. Bu hizmetlerin yürütülmesinde karşılaşılan olumsuz etmenler, iş verimini, ruhsal ve bedensel sağlığı etkileyebilmektedir. Bu nedenle çalışanların bağlılık ve motivasyonunu arttırmak için özlük haklarını iyileştirecek yasal

düzenlemeler yapılmasına, ilgili yöneticilerin kurumun çalışanlara sağladığı olanakları iyileştirmesine ve eleman eksikliklerini gidermesine gereksinim vardır. Daha rahat ve uygun ortamda, rol ve sorumluluklarına uygun işleri yapacak aile sağlığı elemanlarının buna bağlı olarak mesleki doyumu da artacaktır.

KAYNAKLAR

- Balcı AS, Erol S. Aile sağlığı merkezinde eleman değil hemşire olmak. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016;13(3): 244-249. doi:10.5222/HEAD.2016.244
- Başak O. Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2013;17(1): 29-36. doi:10.2399/tahd.13.00029
- Artantaş AB, Cihan FG, Uğurlu AN, Üstü F. Aile sağlığı elemanı için yeni bir öneri. *Ankara Medical Journal*. 2012;12(2):81-83.
- Sönmez MO, Sevinç F. Sağlıkta dönüşümün sağlık personeli üzerine etkisi: aile sağlığı elemanı olmak. *TAF Prev Med Bull*. 2013;12(1):43-48. doi:10.5455/pmb.1315224949
- Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Taşkaya S; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. *Opus Yayın*(internet). 2010 (erişim tarihi: 26.09.2017);10-36. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik_personeli_memnuniyeti_arastirmasi.pdf
- Nur N, Özşahin SL, Çetinkaya S, Sümer H. Sağlık ocağı çalışanları açısından aile hekimliği modeli. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(1):13-16.
- Tekin Ç, Bozkır Ç, Sazak Y, Özer A. Malatya il merkezinde çalışan aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri, iş doyumu düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*. 2014;19(3):135-139.
- Gül S, Ergun A. Piyasa odaklı bir uygulama olarak aile hekimliği: sağlık hizmetinin sunumunda olası kayıplar. 2. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu Bildiriler Kitabı. 2010;317-337.
- Topçu M. Malatya il merkezinde çalışan sağlık personelinin iş doyumu ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Malatya: 2010.
- Sevencan F, Boztaş G, Temel F, Akbay M, Üner S. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin aile hekimliği mevzuatında yer alan bazı konuları benimseme durumu. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2010;32(2):103-110.
- Çatiker A, Albayrak S, Özkan İ, Alkoy S, Kıyan A, Eskiocak M. Aile hekimliği pilot uygulamasının ikinci yılında, Bolu'da aile sağlığı elemanlarının çalışma düzenlerini ve kendi konularını değerlendirmesi. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Özetleri Kitabı. 2008;633.
- Doğan N, Şensoy N, Mardin EE, Uçur İ, Özbacı T. Aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelinin aile hekimliğine bakış açıları. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2013; 4(2):112-115.
- Öztürk H, Candaş B, Babacan E. Devlet hastaneleri, toplum ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2015;1(2):25-36. doi:10.5222/SHYD.2015.025
- Çevik C, Kılıç B. Manisa ilinde sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinde çalışmış sağlık yöneticilerinin görüşleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2013;22(4):122-130.
- Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2007;29(2):139-146.
- Baysal HY, Hacıoğlu N, Yıldız E, Öztürk S. Birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının aile hekimliği modelinden memnuniyet durumları ve bu konudaki görüşleri. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014;2(1):22-29.
- Göriş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2014;5(3):137-142. doi: 10.5505/phd.2014.74046
- Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği modelinde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008;7(5):377-384.
- Mollaoglu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2010; 5(15):17-30.
- Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi*. 2012;51(1):21-29.