

BİRİNCİ BASAMAKTA GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ MODELİNDEN MEMNUNİYET DURUMLARI VE BU KONUDAKİ GÖRÜŞLERİ

SATISFACTION STATUS AND OPINIONS ABOUT THE SUBJECT OF FAMILY PHYSICIAN MODEL OF HEALTH CARE STAFFS WORKING IN THE FIRST-LINE

Hasret YALÇINÖZ BAYSAL*
Nazlı HACIALİOĞLU**
Esra YILDIZ***
Sibel ÖZTÜRK****

Geliş Tarihi:15.03.2013, Kabul Tarihi:20.02.2014

ÖZET

Genel bilgi: Sağlık hizmetlerindeki temel yaklaşımın değişimi ve yeni çalışma koşulları, sağlık çalışanlarının memnuniyet durumlarını etkilemektedir.

Amaç: Bu araştırma Erzurum'daki aile sağlığı merkezlerinde (ASM) görev yapan sağlık çalışanlarının aile hekimliği modelinden (AHM) memnuniyet durumları ve bu konudaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Erzurum il merkezindeki 20 ASM'de çalışan 202 kişi oluşturmuş, örneklem seçme yoluna gidilmeden sağlık çalışanlarının tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik oranlar kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının AHM'den memnuniyet durumları incelendiğinde; aile hekimlerinin (AH) yüzde 46.8'inin, aile sağlığı elemanlarının (ASE) yüzde 87'sinin AHM'den memnun olmadıkları görülmüştür. Memnun olmama nedenlerini AH; sağlık elemanı sayısının yetersizliği (%55.2), iş yükünün fazlalığı (%52) ve sistemdeki belirsizlikler (%52) olarak sıralamıştır. ASE ise; meslekleri ile anılmamaları (%100), sağlık elemanı sayısının yetersizliği (%88.3) ve iş yükünün fazlalığı (%85) olarak sıralamıştır.

Sonuç: Bu sonuçlar doğrultusunda AHM'ye bağlı olarak görev yapan AH ve ASE'nin AHM'den memnun olmama nedenleri ve bu konudaki görüşleri dikkate alınarak gelecekteki düzenlemelerin buna göre yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği Modeli, Sağlık Çalışanları, Memnuniyet Durumu.

ABSTRACT

Background: Health services change in the basic approach and the new working conditions, health care workers can affect satisfaction state.

Objective: The purpose of this study was to determine the satisfaction status and problems of the health care staffs working at Family Health Centers (FHC) in Erzurum.

Method: The population of the study was descriptive type in consisted of 202 people working at 20 FHCs in the city center of Erzurum and the whole health care staffs were included in the study without establishing a sample group. The data was evaluated using percentage rates.

Findings: In the line of the obtained data, when considering the satisfaction status of the health care staff with the FPM; it was observed that 46.8 percent of family physicians and 87 percent of family health staffs (nurse-midwife-health officer) are dissatisfied with the FPM. The top three among the reasons behind the dissatisfaction family physicians have with FPM were inadequate number of health care staffs (55.2%), density of work load (52%), uncertainties in the system (52%). Regarding the family health staff, on the other hand, lack of mentioning their jobs (100%), inadequate number of health officers (88.3%) and density of work load (85%) are placed near the top.

Conclusion: In accordance with these findings, by taking the reasons for not satisfying with the FPM and their opinions about this subject into account, of physicians and family health staffs serving in FPM, are suggested that the future arrangements be carried out in compliance with this issue.

Keywords: Family Physician Model, Health Care Staff, Satisfaction Status.

*Hasret Yalçınöz Baysal, Arş. Gör. Dr.
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
ERZURUM
**Nazlı Hacıalıoğlu, Yrd. Doç. Dr.
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
ERZURUM
*** Esra Yıldız, Arş. Gör. Dr.
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
ERZURUM

**** Sibel Öztürk, Yrd. Doç. Dr.
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
ERZURUM

Bu araştırma "Nursing Professionalization as an Indicator of Nursing Care's Quality" IV. International Symposium (September 15-16 2011, Rzeszow, Poland) da poster bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Türkiye’de sağlık hizmetleri 1961 yılından beri Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre yürütülmüştür (Öztek ve Kubilay 2005). 2003 yılında Sağlık Bakanlığı, sosyalleştirmenin sağlık hizmetlerine yeterince yanıt veremediği ve birinci basamakta tedavi edilebilecek büyük bir hasta grubunun ikinci basamak sağlık kurumlarına gittiği gerekçesi ile birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına geçilmesine karar vermiştir (Sağlık Bakanlığı 2004).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 2004 yılında yürürlüğe girmiş ve ilk pilot uygulama 2005 yılında, Düzce’de başlamıştır. Aile hekimliği pilot uygulamasına Erzurum’da 24 Kasım 2008 tarihinde başlanmış ve üç yıldır birinci basamak sağlık hizmetleri bu sisteme bağlı olarak sürdürülmektedir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 2004).

Ortalama 3.500 kişi için bir hekim ve bir aile sağlığı elemanı (ebe/hemşire) görevlendirilmiştir. Aile hekimliği uygulamasında aile hekimi (AH) ve aile sağlığı elemanı (ASE) kendilerine kayıtlı kişilerin koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerini vermekle yükümlü tutulmuştur (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 2005).

Sosyalizasyon yasasında birinci basamak sağlık hizmetleri; hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyeni gibi farklı sağlık disiplinleri ile bir ekip tarafından tüm topluma verilen bir hizmettir. Aile hekimliği uygulamasına geçişle birlikte bu meslek gruplarının hizmetlerini sunuş biçimi değişmiş, bu yeni duruma uyum için yetersiz oryantasyona tabi tutulmuşlardır (Pehlivan 2007).

Aile hekimliğinde hasta memnuniyetini belirleyen çalışmalar yapılmasına rağmen (Çom, Üstü ve ark. 2012) birinci basamak hizmetlerinde görev alan sağlık personelinin görüşlerini, memnuniyet

durumlarını inceleyen sınırlı düzeyde çalışma vardır. Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumlarının incelendiği bir çalışmaya göre; çalışanların yüzde 24’ünün memnun olduğu, yüzde 19’unun sistemden memnun olmadığı, yüzde 55’inin ise sistemden kısmen memnun olduğu belirlenmiştir (Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması 2012).

Tözün ve ark.’nın çalışmasında sağlık personelinin memnuniyet düzeyi arttıkça iş doyumlarının doğru orantılı olarak arttığı bulunmuştur (Tözün, Çulhacı ve ark. 2008). Sağlık hizmetlerindeki temel yaklaşımın değişimi ve yeni çalışma koşulları ile ilgili, sağlık personelinin memnuniyet durumları doğal olarak etkilenmiştir. Sağlık personelinin memnuniyet durumları iş doyumlarını, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını etkileyeceği gibi iş hayatındaki verimliliklerini de etkileyecektir.

Topluma yönelik sağlık hizmeti sunumunda uygulanan Aile Hekimliği Modeli’nin (AHM) başarısı öncelikle sağlık personelinin bu modeli anlayıp benimsemiş olmalarına bağlıdır (Nur, Özşahin ve ark. 2009). Ülkemizde aile hekimliği pilot uygulamalarında yaşanan sorunlar nedeni ile başlangıçta planlanmış olan model sık sık değiştirilmiştir. AHM’de değişiklik yapılması gereken daha birçok husus bulunmaktadır. Bu durum Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından da bilinmekte ve yeni düzenlemelerin yapılması planlanmaktadır. O nedenle, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinde halen bir belirsizliğin olduğunu ifade etmek yanlış olmayacaktır (Öztek 2011).

Söz konusu belirsizliklerin giderilmesi ve sistemdeki mevcut sorunların çözülmesi için aile hekimliği modelinin hizmet verenler tarafından değerlendirilmesi gelecekteki uygulamalara yol gösterici olması bakımından yararlı olacaktır. Bu nedenle çalışmada; üç yıldır Aile Hekimliği sisteminin uygulandığı Erzurum ilindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapan sağlık personelinin AHM’den memnuniyet durumları ve bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı türde olan bu çalışma, 01-30 Haziran 2010 tarihleri arasında Erzurum il merkezinde hizmet vermekte olan 20 ASM'de yapılmıştır. Erzurum'da aile hekimliği uygulamasına 24 Kasım 2008 tarihinde başlanmıştır. Araştırmanın evrenini bu ASM'lerde çalışan 202 sağlık personeli oluşturmuş, örnek seçme yoluna gidilmeden sağlık personelinin tümü çalışma kapsamına alınmıştır. Veri toplamak için her ASM'ye iki defa gidilmesine karşın, 48 kişinin izinli-raporlu yada görev yerinde bulunmaması, 23 kişinin ise çalışmaya katılmak istememesi nedeni ile 71 kişiye ulaşılamamış ve araştırma 131 kişiyle (%65) tamamlanmıştır. Veriler; araştırmacılar tarafından hazırlanan, bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve AHM'ye yönelik soruların yer aldığı anket formu ile toplanmıştır. Veriler, sağlık personelinin uygun olduğu zamanda yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce il sağlık müdürlüğünden yasal izin alınmış, sağlık personeline araştırma hakkında açıklama yapıldıktan sonra gönüllü katılımlarına önem verilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 14.0 paket programı kullanılmış ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kişilerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo incelendiğinde; bireylerden yüzde 60.3'ünün 30-39 yaş grubunda, yüzde 47.3'ünün hekim, yüzde 52.7'sinin aile sağlığı elamanı (hemşire %21.4, ebe %31.3) olduğu, 57.3'ünün en az 12 aydır aile hekimliği sisteminde çalıştığı görülmüştür.

Tablo 1. Sağlık Personelinin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
20-29	27	20.6
30-39	79	60.3
≥40	25	19.1
Meslek		
Hekim	62	47.3
Hemşire	28	21.4
Ebe	41	31.3
AHM'de çalışma süresi		
6 ay ≥	8	6.1
6-12 ay	48	36.4
≥ 12 ay	75	57.3
AHM ile ilgili eğitim alma		
Almadım	20	15.3
1 günlük kurs aldım	19	14.5
3 günlük	30	22.9
1 haftalık kurs aldım	62	47.5

Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin AHM ile ilgili eğitim alma durumlarına bakıldığında; 15.3' nün eğitim almadığı, yüzde 22.9'unun 3 günlük, yüzde 14.5'inin bir haftalık eğitim aldığı, yüzde 47.5'inin bir haftalık eğitimden geçtiği görülmüştür.

Tablo 2. Sağlık Personelinin AHM' den Memnuniyet Durumları

Sağlık Personeli	AHM'den Memnuniyet Durumu			
	Memnun Sayı	Memnun Yüzde	Memnun Değil Sayı	Memnun Değil Yüzde
Aile Hekimi	33	53.2	29	46.8
Aile Sağlığı Elemanı	9	13.0	60	87.0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin AHM' den memnuniyet durumları incelendiğinde: aile hekimlerinin yüzde 53.2'sinin, aile sağlığı elemanlarının yüzde 13'ünün AHM'den memnun olduğu, aile hekimlerinin yüzde 46.8'inin, aile

sağlığı elemanlarının yüzde 87'sinin AHM'den memnun olmadıkları görülmüştür (Tablo 2).

Sağlık personellerinin AHM'den memnun olmama nedenleri incelendiğinde; memnuniyetsizlik

nedenlerinin benzer olduğu ancak oranlar arasında farklar bulunduğu ve öncelik sırasının değiştiği görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık Personellerinin AHM'den Memnun Olmama Nedenleri

AHM'lerden Memnun Olmama Nedenleri*	AH Sayı	(n=29) Yüzde	ASE Sayı	(n=60) Yüzde
Sağlık elemanı sayısı yetersiz	16	55.2	53	88.3
İş yükü fazla	15	52.0	51	85.0
Görev dışı işler çok (temizlik, kayıt vb)	8	27.6	26	43.3
Ekip çalışması kalkmış durumda	11	39.0	28	46.7
ASE tanımını meslek kimliğini siliyor	3	10.3	60	100.0
Halk ASM'yi amaç dışı kullanmak istiyor	10	34.5	14	20.3
Ücret eşitsizliği var	2	6.8	26	43.3
Sistemde belirsizlikler var	15	52.0	24	40.0
Bakımın kalitesi düşüyor	22	75.8	57	95.0

* Birden fazla yanıt verilmiştir

Tablo 3 incelendiğinde aile hekimlerinde sağlık elemanı sayısının yetersizliği (%55.2), iş yükünün fazlalığı (%52.0), sistemde belirsizlikler olması (%52.0) ilk üç sırada yer alırken, aile sağlığı elemanlarında meslek isimleri ile anılmamaları (%100), sağlık elemanı sayısının yetersizliği (%88.3), iş yükünün fazlalığı (%85.0) ilk üç sırada yer almıştır. AHM'den memnun olmayan (89) sağlık personelinin çoğu (AH %75.8, ASE %95) söz konusu nedenlerin aynı zamanda bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

Sağlık personelinin AHM'ye göre verilen hizmetler hakkındaki görüşleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Aile sağlığı merkezinde kullanılan malzemelerin nicelik ve nitelikleriyle ilgili aile hekimlerinin

yüzde 80.6'sı sayıca yeterli ve kaliteli olduğunu ifade ederken, ASE'nin yüzde 52'si sayıca yetersiz olduğunu, yüzde 58'i ise kalitesiz olduğunu ifade etmiştir.

Aile hekimlerin yüzde 61.3'ü, aile sağlığı elemanlarının yüzde 36.2'si birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verildiğini ifade ederken, aile hekimlerinin yüzde 38.7'si, aile sağlığı elemanlarının yüzde 63.8'i birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilemediğini ifade etmiştir. Yeterli düzeyde verilemeyen hizmetlerin sırası ile ev ziyaretleri, sağlık eğitimleri, aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri gibi koruyucu hizmetlere yönelik olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4. Sağlık Personelinin AHM’de Verilen Hizmetler Hakkındaki Görüşleri

Sağlık Personelinin AHM’de Verilen Hizmetler Hakkındaki Görüşleri	AH (N=62)		ASE (N=69)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Malzemelerin sayı ve kalite durumu*				
Sayı olarak yetersiz	10	16.1	36	52.1
Kalitesiz	2	3.2	40	58.0
Yeterli ve kaliteli	50	80.6	16	23.2
Sağlık hizmetlerinin yeterlilik durumu				
Yeterli	38	61.3	25	36.2
Yetersiz	24	38.7	44	63.8
Yetersiz verilen sağlık hizmetleri*				
Ev ziyaretleri	22	35.5	27	39.1
Sağlık eğitimi	20	32.3	24	34.8
AP ve danışmanlık hizmetleri	11	17.7	22	31.9

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

TARTIŞMA

Aile hekimliği sisteminde görev yapan sağlık personelinin AHM’den memnuniyet durumları ve bu konudaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; sağlık personelinin çoğunun AHM’den memnun olmadığı görülmüştür (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan sağlık personellerinin AHM ile ilgili eğitim alma durumlarına bakıldığında; 15.3’nün eğitim almadığı, yüzde 84.7’sinin ise bir günlük, üç günlük ve bir haftalık uyum eğitimlerinden geçtiği görülmüştür (Tablo 1). Portekiz, Almanya, Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde aile hekimi olabilmek için 3 yıllık aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir (<http://www.ailehekimligi.gov.tr>). Ülkemizdeki tıpta uzmanlık dalından biri olan aile hekimliği uzmanlığının eğitim süresi 3 yıl olarak belirtilmesine rağmen sistem uygulanmadan önce, bu alanda uzman olmayan ve büyük kısmı pratisyen hekimlerden oluşan aile hekimleri çok kısa süreli eğitimden geçerek göreve başlamışlardır. Çalışma kapsamındaki aile hekimlerinin büyük bir kısmı (%84.7) sadece Sağlık Bakanlığı ve Aile Hekimliği Komisyonunun işbirliğinde hazırlanan 1-7 gün süreli kurslardan geçmiştir. Türkiye’de

aile hekimliği ile ilgili alt yapı oluşturulmadan, sağlık personelinin yeterli süre ve nitelikte eğitimden uygulamaya geçilmesi büyük bir eksiklik olarak değerlendirilebilir.

Ülkemizde aile hekimliği yönetmeliğe göre, aile hekimleri aile hekimliği uzmanı (3 yıllık eğitim alan), diğer bir dalda uzman ya da pratisyen hekim olabilir. Aynı yönetmelik aile hekimlerinin eğitimlerine uygun olarak hastalara müdahale edebileceklerdir. Yani eğer bir cerrah aile hekimi olarak çalışıyorsa cerrahi müdahale yapabilir, kadın doğum uzmanı ise doğum yaptırabilir ya da spiral takabilir ancak pratisyen hekim olan aile hekimi bu işleri yapamaz. Dolayısıyla, ülkemizdeki mevzuata göre aile hekimleri için standart bir iş tanımı ve eğitimi yoktur (Öztek 2011).

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin AHM’den memnuniyet durumları incelendiğinde: aile sağlığı elamanlarının oldukça yüksek oranda (%87.0), hekimlerin de azımsanmayacak bir oranda (46.8) sistemden memnun olmadıkları görülmüştür (Tablo 2). Memnuniyetsizlik nedenlerine bakıldığında her iki grubun da sağlık elemanı sayısının yetersizliği ve bu nedenle iş yükünün fazla olmasından yakındıkları görülmüştür.

Birinci basamak sağlık hizmetleri 224 Sayılı Yasada nüfusla orantılı olarak hekim, ebe, hemşire,

sağlık memuru, tıbbi sekreter, laborant ve temizlik personelinin yer aldığı bir ekip tarafında yürütülürken AHM’de her 1000-4000 nüfusa sadece bir hekim ve bir ASE hizmet vermektedir (Sağlık Bakanlığı 2004). Bu durum özellikle ASE’nin asıl görevi dışındaki işleri de yapmasına, iş yükünün artmasına ve ağır yük altına girmesine, aynı zamanda ekip anlayışının ortadan kalkmasına ve ASE’nin “Aile Sağlığı Elamanı Değil Aile Kölesi Olduk” söylemlerine neden olmaktadır.

AHM’de ASE olarak çalışan ebe ve hemşirelerin tamamı (%100) “aile sağlığı elemanı” olarak tanımlanmaktan memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. AHM farklı meslek mensuplarını meslek unvanlarından kopartarak meslek olarak tanımlı bile almayan herhangi bir şey gibi anmaktadır. Hemşirelik ve ebelik; toplumun gereksinimlerine cevap veren, görev yetki ve sorumlulukları yasalarla belirlenmiş, etik kurallarını oluşturmuş ve toplumda belli saygınlığa erişmiş bir meslektir. Yapılan çalışmalarda mesleklerin isimleriyle anılması yerine “aile sağlığı elemanı” tabirinin kullanılması; hemşirelerin ve ebelerin benlik saygısını, meslek bilincini zedelemekte, motivasyonlarını olumsuz etkileyerek iş verimini düşürmektedir. (Çatıker, Albayrak ve ark. 2008; Altıparmak ve Aslan 2008).

Maaş düşüklüğünden kaynaklanan memnuniyetsizlik hekimler arasında yok denecek kadar az (%3.2) iken, ASE’de oldukça yüksek (%75.3) bulunmuştur. ASE’nin iş yükü ile aldıkları ücret kıyaslandığında maaşlarının çok düşük olduğu görülmektedir. Türk Tabipler Birliğinin (TTB) raporuna göre aile hekimleri ile hekim dışı sağlık çalışanları arasındaki ücret dengesizliğinin artarak sürdüğü, mobil hizmet veren aile hekimleri ücretlendirilirken, ASE’lere ücret ödenmediği belirtilmektedir (Türk Tabipler Birliği 2006). Öte yandan ASE’nin ücretleri halen bakanlık tarafından ödenmektedir. Ancak ileride aile hekimleri tarafından ödeneceği ifade edilmektedir. Bu dönem geldiğinde ASE’nin alacağı ücretlerin alt sınırının Bakanlık tarafından belirlenmesi gerekir. Aksi

durumda, bu elemanlara aile hekimlerinin mümkün olduğu kadar düşük ücret ödeyecekleri açıktır (Öztek 2011).

Halkın ASM’yi daha ziyade rapor almak ve ilaç yazdırmak gibi işler için kullanmak istemesi ve sistemde belirsizlikler bulunması diğer memnuniyetsizlik nedenleri olarak sıralanmıştır. AHM’de hekimlerin yeterli süre ve içerikte eğitilmesi, sağlık insan gücü olarak desteklenmesi, sitemdeki belirsizliklerin iyi tanımlanması ve uygulanması söz konusu memnuniyetsizlikleri azaltabilir.

Sağlık personelinin AHM’de verilen hizmetler hakkındaki görüşleri incelendiğinde; hekimler (%38.7) ve ASE’ler (%63.8) birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilemediğini ifade etmiştir. Yeterli düzeyde verilemeyen sağlık hizmetleri; ev ziyaretleri, sağlık eğitimi, aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri olarak belirtilmiştir. Sağlık personeli yetersizliğin nedenini; ASE sayısının yetersizliği ve iş yükünün fazlalığı olarak belirtmiştir. TTB’nin raporuna göre; her nüfus için bir aile hekimi ve bir ASE’nin çalışması, sağlık hizmeti yanında kayıt ve poliklinik işlerinin eskiye oranla artması nedeni ile sadece kendilerine başvuranlara sağlık hizmeti sunabildiklerini belirtmişlerdir (Türk Tabipler Birliği 2006).

Oysa ev ziyaretleri, sağlık eğitimleri, aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, hastalık ve ölüm oranlarını azaltmak açısından son derece önemli koruyucu hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesinde bir yöntem olarak kullanılan sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli gücünü oluşturmaya devam etmektedir. 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinin büyük bir kısmında; bireylerin yaşamları boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları için eğitimleri gereği vurgulanmıştır (Özvarış Bahar 2001).

Özellikle ev ziyaretleri yoluyla sağlık eğitimi yapmak ve postpartum dönemde ev ziyaretleri ile sürekli bakım vermek; yenidoğanın sarılık ve sep-

sis gibi yeni doğan sorunlarına erken tanı ile tedavi sağlamaktadır (Büyükkayacı Duman 2009; Paul, Phillips et al. 2004). Sağlık Bakanlığı doğum sonu her loğusanın en az dört defa izlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Buna rağmen yapılan çalışmalarda ev ziyaretleri yoluyla yapılan loğusa izlemlerinin çok düşük olduğu belirtilmektedir (Nesanır, Erkman 2010; Çatak 2008). Düzce’de yapılan bir çalışmada üreme sağlığı hizmetlerinde özellikle aile planlaması yöntem kullanımında 2005 ile 2007 yılları arasında bir azalma olduğu belirtilmiştir (Özcan, Töre et al. 2008). Bunun nedeni aile planlaması konusunda danışmanlık hizmetleri ve yöntem sunumundaki hizmetlerin aksaklığı olabilir.

Bu çalışmada, sistemde görev alan sağlık personelinin tümüne ulaşamaması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır ve bu nedenle sistemdeki tüm sağlık personeline genellenememektedir.

SONUÇ

Araştırma sonucunda; sağlık personelinin çoğunun AHM’den memnun olmadığı, sağlık personelinin aile hekimliği modeline uyumu ve memnuniyeti için yeterli uygulamaların olmadığı görülmüştür. Özellikle aile sağlığı elemanı adı altında çalıştırılan ebe ve hemşirelerin hem meslek kimliklerinin ortadan kalktığı hem de yaptıkları işlere göre sayılarının yetersiz olduğu ve aldıkları ücretten memnun olmadıkları saptanmıştır. Bu durumun özellikle ASE’nin iş yükünü artırarak çalışma motivasyonlarını bozduğu belirlenmiştir. Aile hekimliği sisteminde kullanılan malzemenin kalite ve sayı olarak yetersiz olduğu, sağlık eğitimleri, ev ziyaretleri, aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri gibi koruyucu hizmetlerin yeterli düzeyde verilemediği ve bütün bu sorunların bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.

AHM’nin başarısı, sağlık personelinin modelin çalışma sisteminden memnun olmalarına bağlıdır. Bu nedenle AHM’ye bağlı olarak görev yapan hekimlerin ve aile sağlığı elamanlarının AHM’den

memnun olmama nedenleri ve bu konudaki görüşleri sağlık yetkilileri tarafından dikkate alınarak gelecekteki düzenlemelerin buna göre yapılması önerilebilir. Ayrıca gelecekte bu konuyla ilgili sistemde görev alan sağlık personellerine genellenilecek şekilde daha kapsayıcı örneklemelerde ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Sistemdeki eksikliklerin giderilerek sağlık çalışanlarının memnuniyetlerinin sağlanması önemlidir.

KAYNAKLAR

Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması. Erişim: 22 Haziran 2012

<http://www.medimagazin.com.tr/hekim/aile-hekimligi/tr-aile-hekimleri-is-yuku-ve-nobetlerden-sikayetci-2-21-48481.html>

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. T.C. Resmi Gazete, 5258, 24 Kasım 2004.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete 25867,6 Temmuz 2005.

Aile Hekimliğinde Son Durum, Ankara:Türk Tabipler Birliği, 2006.

Altıparmak S, Aslan G. Ebe, hemşire ve sağlık memurluğu öğrencilerinin aile hekimliği sistemi ile ilgili beklentileri. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 21-25 Ekim 2008, Ankara.

Büyükkayacı Duman N. Pospartum erken taburculuk sonrası evde bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8(1):73-82.

Çatak B. Adıyaman 2 no’lu toplum sağlığı Bölgesinde 2007 yılında canlı doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası izlemleri. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 2008, Ankara.

Çatiker A, Albayrak S, Özkan İ, ve ark. Aile hekimliği pilot uygulamasının ikinci yılında, Bolu’da

aile sağlığı elemanlarının çalışma düzenlerini ve kendi konumlarını değerlendirmesi. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi: 21-25 Ekim 2008, Ankara.

Çom S, Üstü Y, Arlantaş AB. Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti. Erişim: 22 Haziran 2012.

<http://www.ankaramedicaljournal.com/theme/pdf/makale/21/makale1.pdf>

Nesanır N, Erkman N. Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010;9(5):493-504.

Nur N, Özşahin SL, Çetinkaya S, ve ark. Sağlık ocağı çalışanları açısından aile hekimliği modeli. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(1):13-16.

Özcan C, Töre E, Kut A et al. Comparison of the differences in the provision of the primary health care services in Düzce before and after regional pilot implementation of the family medicine. Journal Health Community 2008;18:25-31.

Öztek Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı Hemşireliği, 3. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2005.

Öztek Z. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde değişim ve sağlık çalışanlarına etkisi. 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi: 28-30 Nisan 2011, Gaziantep/Türkiye.

Özvarış Bahar Ş. Sağlık Eğitimi Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı; 2001.

Paul IM, Phillips TA, Widome MD. Cost-effectiveness of postnatal home nursing visits for prevention of hospital care for jaundice and dehydration. Pediatrics 2004;4(1):1015-1023.

Pehlivan HE. Sağlıkta dönüşümün birinci basamak sağlık hizmetlerine etkisi. 12. Pratisyen Hekimlik Kongresi: 2007, Antalya.

TC. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği. Dünyada Aile Hekimliği. Erişim: 1 Ocak 2012

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=55&Itemid=214

TC. Sağlık Bakanlığı. Aile hekimliği Türkiye modeli. 1. Baskı. Ankara. Mavi Ofset Yayınları, 2004; s.35-40.

Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(5):377-384.