

ARAŞTIRMA

TRABZON İLİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI*

Havva KARADENİZ MUMCU**,
Nesrin NURAL***

ÖZET

Bu çalışma sağlık ocaklarında çalışan halk sağlığı hemşirelerinin görevlerine ilişkin görüş ve uygulamalarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Trabzon il merkezinde, ilçelerde ve ilçe merkezine bağlı sağlık ocaklarında görev yapan 179 halk sağlığı hemşiresi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Merkez, ilçe ve ilçelere bağlı sağlık ocaklarının %30'u olan 27 sağlık ocağında çalışan hemşirelerin tamamı (80) örneklem kapsamına alınmıştır. Araştırma Mart-Aralık 2001 tarihleri arasında yapılmıştır. Verilerin analizinde frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Hemşirelerin çoğunluğu halk sağlığı hemşiresinin görevlerini danışmanlık, koruyucu sağlık hizmetleri ve bağışıklama olarak belirtmişlerdir. Yine aynı şekilde sağlık ocağında yaptıkları işlevler olarak ilk sırada ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, bağışıklama, sağlık eğitimi ve çevre sağlığına ilişkin görevleri yerine getirdikleri, ancak günlük mesai saatlerinin önemli bir kısmını poliklinik hizmetlerinin kapsadığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler:Toplum sağlığı hemşiresi, temel sağlık hizmetleri, görev

*Bu araştırma (proje no:2000.101.15.1) KTÜ Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir.

**Öğr.Gör. (Bl.Uz.), KTÜ, Trabzon Sağlık Yüksek Okulu

***Yrd.Doç. Dr., KTÜ, Trabzon Sağlık Yüksek Okulu

GİRİŞ

"2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefine ulaşmak için, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) yaklaşımı ilke olarak benimsenmektedir. TSH, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti(BBSH) toplumun belli başlı sorunlarının çözümüne yönelik ve buna uygun olarak sağlığın daha üst düzeye taşınmasını, korunmasını, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu içermelidir. Bu hizmetler her ülkenin sosyo - ekonomik koşullarına bağlı olarak değişebileceği için ülkeden ülkeye, toplumdaki farklılıklar gösterir (Erdoğan, M.S ve ark.; 1998:3-10).

Ülkemizin sağlık örgütlenmesi içinde BBSH'nin verildiği temel Sağlık Ocağı'dır ve dar bölgede çok amaçlı ve geniş kapsamlı hizmet vermek üzere yatay örgütlenme modeline göre planlanmıştır (polivan yatay hizmet). Halk sağlığı hemşirelerinin BBSH'nde özellikle koruyucu hizmetlerin takipçisi, çevresindeki zararlı etmenlerin giderilmesinde harekete geçirici, sağlık tarayıcısı ve birincil başvuru ve sevk noktası olarak, özellikle uç hizmet noktasında etkili görevler yaptıkları bilinmekte ve değişim faktörü olarak etkili roller oynamaktadırlar. Örneğin, Finlandiya 1972 yılından itibaren TSH'ni geliştirerek, özellikle hekimlerin eksik olduğu uç noktalarda hemşirelere görev vererek toplum sağlığının gelişimine büyük katkı sağlamıştır. Finlandiya'da bebek ölümlerinin

en düşük düzeye inmesinde halk sağlığı hemşireleri etkili olmuştur (Siivola,U ve ark.; 1990:102-107).

Ülkemizde "Halk Sağlığı Hemşiresi" görev ünvanına, ilk defa 1963 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı yasaya dayalı 154 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği" yönergede yer verilmiş, görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Ancak hemşirelik iş gücü bu doğrultuda kullanılmadığı gibi, adı geçen yönergenin kapsamsız içeriği günümüz halk sağlığı hemşiresinin rol ve işlevlerini yansıtmaktan çok uzaktır (Erdoğan,S ve ark.;1992:115-120, Uyer,G;1992, Karataş,N;2000:174-177).

Halen yürürlükte olan 224 sayılı 5.01.1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un halk sağlığı hemşiresi için ön gördüğü görev, yetki ve sorumluluklar şunlardır (Uyer, G; 1992, Karataş, N; 2000: 174-177).

- Halk sağlığı hemşiresi (HSH), ocak hekimine karşı sorumlu olarak köy ebelerinin yardımı ile ana çocuk sağlığı hizmetlerini yürütür.

- HSH, köy ebelerinin yaptırmadığı doğumlarda, ocak merkezine gönderilen gebelere mümkün olan müdahaleyi yapar.

- HSH, köy ebelerinin çalışmasını kontrol eder ve onları hizmette eğitir.

- HSH, gezi programı içerisinde gittiği köylerde, hasta takip ve bakımında köy ebelerinin yapamadığı ve yapmadığı hizmetlerin yürütülmesini sağlar.

- HSH, özel programlar gereğince yapılan gıda yardımlarında da gıdaların dağıtımını, hekim direktifinde ve köy ebelerinin yardımı ile düzenler.

- HSH, ilk yardım hizmetlerinde de görevlidir. Gereken hallerde ilk yardım yapar (Bu görev hekime de verilmiştir).

- HSH'liğine okul mezunu atanmasının mümkün olmadığı hallerde kurs görmüş, çalışması ve yapılan imtihanı ile ehliyeti sabit olmuş olan köy ebeleri vekil olarak atanabilir, denilmektedir.

Ülkemiz sağlık hizmetleri tarihi içinde bir dönüm noktası niteliğini taşıyan 224 sayılı yasanın, çıkmadan önce tartışılmadığı hep dile getirilmiş, onaylandıktan sonra da sürekli tartışılmıştır. Sağlıkta reform yasa tasarısı çalışmalarına dek, uygulayan hükümetler tarafından seçeneksiz olduğu kabul görmüştür (Erdoğan,M.S ve ark.;1998:3-10).

BBSH'nin sunulmasında temel insan gücü olarak düşünülen halk sağlığı hemşireleri "Herkesin Sağlık" hedefine ulaşmada hemşireden beklenen rol ve işlevleri yerine getirmeye çalışırken çeşitli sıkıntılarla

karşılaşmaktadır. Bu gün ülkemiz de dahil olmak üzere bazı ülkelerde bireyciliğin ve ekonomik kazanımların teşvik edildiği, sağlıklı insan ve toplum yaratmak yerine, hastalıkların ileri tanı ve tedavi yöntemleri ile iyileştirilmesinin esas alındığı hastalık merkezli sağlık hizmeti itibar görmektedir. Ne yazık ki pek çok sağlık profesyoneli bu amaca yönelik yetiştirilmekte, sistem ve hizmetler bu doğrultuda yürütülmektedir (Erdoğan,S;1998:88-90). Ülkemizdeki hemşirelerin %12.9'u koruyucu hizmetlerde, %87.1'i ise tedavi edici hizmetlerde çalışmaktadır (Türkiye Sağlık İstatistikleri, 2000). Hasta merkezli hizmet yerine, koruyucu ve rehabilite edici hizmetlere ağırlık verilmesi, sağlıklı toplum yaratmada önemli kriterdir. Ne yazık ki bir çok sağlık çalışanı bu amaca yönelik yetiştirilmemektedir. Buna bağlı olarak da sistem ve hizmetler bu doğrultuda yürütülememektedir.

Nüfusun hızla arttığı ülkemizde, işsizlik, iç ve dış göçler, alt yapı hizmetlerinden yoksun çarpık kentleşme, önlenemez hastalıklar nedeniyle ana ve çocuk ölümleri, beslenme yetersizliği, kronik hastalıklara bağlı bakım ve tedavi maliyetinin arttığı, yaşam biçimi, stres ve buna bağlı ortaya çıkan hastalıklar vb. durumlar çağımızda halk sağlığı hemşiresinin önemini tartışılmaz kılmaktadır (Karataş,N;2000:174-177).

Bu araştırma Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde çalışan hemşirelerin halk sağlığı hemşireliğine ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemek ve bu uygulamaları yerine getirirken karşılaştıkları güçlükleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma Mart-Aralık 2001 tarihleri arasında yapılmış, tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini; Trabzon il merkezinde 10, ilçelerde 17 ve ilçe merkezine bağlı 54 sağlık ocağında görev yapan 179 hemşire oluşturmuştur. Merkez, ilçe ve ilçelere bağlı sağlık ocaklarının %30'u olan 27 sağlık ocağında çalışan hemşirelerin tamamı (80) örneklem kapsamına alınmıştır. Uygulama için il sağlık müdürlüğünden gerekli izin alınarak, aynı kurum aracılığı ile 27 sağlık ocağında bulunan 80 hemşireye anket formu ulaştırılmıştır. Hemşireler 79 anket formunu eksiksiz olarak doldurmuş ve geri göndermiştir. Tanımlayıcı bilgiler içeren 21 sorudan oluşan anket formu, literatür desteğinin yanı sıra konunun uzmanlarının görüşlerine baş vurarak hazırlanmıştır. Anket formunun ön denemesi yapılarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Araştırmada bilgi toplama aracından elde edilen verilerle, hemşirelerin eğitim düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediği, frekans ve yüzde değerlerine bakılarak karşılaştırma yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin 39'u sağlık meslek lisesi, 33'ü ön lisans, 7'si lisans mezunudur. Lisans mezunu hemşirelerin sayısı az olduğundan, elde edilen görüşler ön lisans mezunu hemşirelerin görüşlerine dahil edilmiştir.

BULGULAR

Sağlık ocağında çalışan hemşirelerin eğitim durumuna ve halk sağlığı hemşiresinin görevlerine ilişkin görüşlerine göre dağılımları Tablo 1'de görülmektedir. Sağlık Meslek lisesi mezunu 39 hemşire halk sağlığı hemşiresinin görevlerini sırasıyla (%71.8) danışmanlık, (%48.7) ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, (%43.6)

koruyucu sağlık hizmetleri, (%35.9) bağışıklama ve (%28.2) poliklinik hizmetleri olduğunu belirtmektedirler.

Ön lisans mezunu 40 hemşire halk sağlığı hemşiresinin görevlerini sırasıyla; (%62.5) danışmanlık, (%50.0) koruyucu sağlık hizmetleri (%40.0) ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, (%40.0) bağışıklama ve (%27.5) poliklinik hizmetleri olduğunu ifade etmektedirler (Tablo 2).

Tablo 1. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumları ve halk sağlığı hemşiresinin görevlerine ilişkin görüşlerine göre dağılımı

Halk sağlığı hemşiresinin görevleri	Eğitim durumu					
	Sağlık meslek lisesi (n=39)		Ön lisans n=40)		Toplam (N=79)	
	f	%	f	%	f	%
Danışmanlık	28	71.8	25	62.5	53	67.1
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	17	43.6	20	50.0	37	46.8
Bağışıklama	14	35.9	16	40.0	30	37.9
Ana Çocuk Sağ ve Aile Plan.	19	48.7	16	40.0	35	44.3
Poliklinik Hizmetleri	11	28.2	11	27.5	22	27.8
Çevre Sağlığı	8	20.5	5	12.5	13	16.4
Acil ve İlk Yar.	2	5.1	4	10.0	6	7.6
Ebenin Denetimi	2	5.1	1	2.5	3	3.8
İstatistik	2	5.1	1	2.5	3	3.8
Okul Sağlığı	2	5.1	2	5.0	4	5.1

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Tablo 2. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumuna ve çalıştıkları sağlık ocaklarında yerine getirdikleri işlevlere ilişkin görüşlerine göre dağılımı

İşlevler	Eğitim Durumu					
	Sağlık Meslek Lisesi (n=39)		Ön Lisans (n=40)		Toplam(N=79)	
	F	%	f	%	f	%
Bağışıklama	29	74.3	37	92.5	66	83.5
Ana-Çocuk Sağ. Hizmetleri	32	82.1	38	95.0	70	88.6
Endemik & Sık Gör. Hst İyileşt.	13	33.3	19	47.5	32	40.5
Sağlık Eğitimi	27	69.2	34	85.0	61	77.2
Çevre Sağlığı	24	61.5	29	72.5	53	67.1
Temel İlaçların Sağ	6	15.3	7	17.5	13	16.4
Beslenme Eğit.	16	41.0	19	47.5	35	44.3

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumuna ve çalıştıkları sağlık ocaklarında yerine getirdikleri işlevlere ilişkin görüşlerine göre dağılımı Tablo 2'de verilmektedir. Hemşireler sağlık ocağında yerine getirdikleri işlevleri sırasıyla, (%82.1, %95.0) ana çocuk sağlığı hizmetleri, (%74.3, %92.5) bağışıklama, (%69.2,

%85.0) sağlık eğitimi, (%61.5, %72.5) çevre sağlığı, (%41.0, %47.5) beslenme eğitimi ve (%15.3, %17.5) temel ilaçların sağlanması olarak belirtmektedirler.

Tablo 3'te sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumlarına ve günlük mesai sırasında en çok zaman ayırdığı işlevlere göre dağılımı verilmiştir. Her iki

Tablo 3. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumuna ve günlük mesailerinde en çok zaman ayırdığı işlevlerine göre dağılımı

En Çok Zaman Ayırdığı İşlevler	Eğitim Durumu					
	Sağlık Meslek Lisesi (n=39)		Ön Lisans (n=40)		Toplam (N=79)	
	f	%	f	%	f	%
Poliklinik Hizmetleri	26	66.7	30	75.0	56	70.9
Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık	7	17.9	8	20.0	15	19.0
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Pln.	6	15.3	8	20.0	14	17.7
Evrak İşleri	4	10.2	3	7.5	7	8.8

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

grubunda en çok zamanını poliklinik hizmetlerinin aldığı görülmektedir (%66.7, %75.0). Günlük mesaisinden geri kalan zamanını sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerine (%17.9, %20.0), ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (%15.3, %20.0) ve evrak işlerine (%10.2, %7.5) ayırdıklarını ifade etmektedirler.

Tablo 4'te hemşirelerin sağlık ocağında karşılaştıkları sorun kaynaklarına ilişkin yanıtların dağılımı verilmiştir. Hemşireler sorunlarını, ilk sırada (%53.1) sağlık ocağı hemşirelik uygulamaları, (%39.2) fizik mekan, (%32.9) bölge, (%29.1) personel eğitimi, (%24.0) üstlerle ilişkiler ve statüzlük (%20.3) olarak ifade etmektedirler.

Tablo 4. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumu ve karşılaştığı sorun kaynaklarına ilişkin görüşlerine göre dağılımı

Sorun kaynakları	Eğitim Durumu					
	Sağlık Meslek Lisesi (n=39)		Ön Lisans (n=40)		Toplam (N=79)	
	f	%	f	%	f	%
Hemş. Uygulamaları	21	53.8	21	52.5	42	53.1
Bölge	13	33.3	13	32.5	26	32.9
Fizik Mekan	15	38.4	16	40.0	31	39.2
Personel Eğitimi	12	30.8	11	27.5	23	29.1
Üstlerle ilişkiler	11	28.2	8	20.0	19	24.0
Statüzlük	8	20.5	8	20.0	16	20.3

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumuna ve bölge içinde yaşadığı uyumsuzluklara ilişkin verdikleri yanıtlar tablo 5'te yer almaktadır. Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşireler bölgenin (%84.6,

%92.5) kültürel özellikleri, (%59.0, %42.5) sosyo ekonomik koşulları ve (%38.4, %35.0) coğrafi konumu nedeni ile uyumsuzluk yaşadıkları görüşünü bildirmektedirler.

Tablo 5. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumuna ve bölgeye bağlı yaşadığı uyumsuzluklara ilişkin görüşlerine göre dağılımı

Yaşanan uyumsuzluklar	Eğitim Durumu					
	Sağlık Meslek Lisesi (n=39)		Ön lisans (n=40)		Toplam (N=79)	
	f	%	f	%	f	%
Bölgenin Sosyo-Ekonomik Koş.	23	59.0	17	42.5	40	50.6
Bölgenin Kültürel Özellikleri	33	84.6	37	92.5	70	88.6
Bölgenin Coğrafi Konumu	15	38.4	14	35.0	29	36.7

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumu ve çalıştığı bölgede ikamet etmesinin yerine getirdiği işlevler üzerine etkisine ilişkin görüşler Tablo 6'da görülmektedir. Sağlık meslek lisesi ve ön lisanstan mezun hemşireler, (%38.4, %35.0) verilen hizmeti olumlu etkiler,

(%40.0, %35.0) eğitim hizmetini kolaylaştırır, (%23.1, %15.0) halkla bütünleşmeyi sağlar, (%7.7, %10.0) özel hayata müdahale ve (%5.1, %12.5) halkla ilişkide ciddiyeşizlik yaratır şeklinde görüşlerini ifade etmektedirler.

Tablo 6. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumu ve çalıştığı bölgede ikametgah etmesinin hemşirelik işlevleri üzerine etkisine ilişkin görüşlerine göre dağılımı

İşlevlere Etkisi	Eğitim Durumu					
	Sağlık Meslek Lisesi (n=39)		Ön Lisans (n=40)		Toplam (N=79)	
	f	%	f	%	f	%
Eğitim Hizm. Kolaylaştırır	11	40.0	14	35.0	25	31.6
Verilen Hizmeti Olumlu Etkiler	15	38.4	14	35.0	29	36.7
Halkla Bütünleşmeyi Sağlar	9	53.1	6	15.0	15	19.0
Özel Hayata Müdahale	3	7.7	4	10.0	7	8.9
Halkla İlişkide Ciddiyetsizlik	2	5.1	5	12.5	7	8.9

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Tablo 7'de görüldüğü gibi sağlık ocağında görev yapan hemşireler verilen hizmetin daha istendik şekilde yerine getirilememesinin nedenlerini sırasıyla, (%68.3) teknik

donanım eksikliği, (%63.2) sistem kusuru, (%41.8) personel yetersizliği, (%30.3) hemşirenin bilgi açığı, (%29.1) güdülenme eksikliği olarak belirtmektedirler.

Tablo 7. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumuna ve sağlık ocaklarında verilmesi gereken hizmetlerin arzu edilen düzeyde olmamasının nedenlerine ilişkin görüşlerine göre dağılımı

Verilen Hizmetin İstendik Düzeyde Olmamasının Nedenleri	Eğitim Durumu					
	Sağlık Meslek Lisesi (n=39)		Ön Lisans (n=40)		Toplam (N=79)	
	f	%	f	%	f	%
Teknik Donanım Eksikliği	27	69.2	27	67.5	54	68.3
Sistem Kusuru	24	61.5	26	65.0	50	63.2
Personel Yetersizliği	16	41.0	17	42.5	33	41.8
Hemşirenin Bilgi Açığı	13	33.3	11	27.5	24	30.3
Güdülenme Eksikliği	13	33.3	10	25.0	23	29.1
Personel Kusuru	7	17.9	6	15.0	13	16.4
Doktorun Bilgi Açığı	6	15.3	3	7.5	9	11.3

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Tablo 8'e bakıldığında, sağlık meslek lisesi ve ön lisanstan mezun hemşireler hizmetlerin arzu edilen düzeyde yerine getirebilmesi için; (%61.5, %62.5) gelir iyileştirilmeli, (%38.4, %40.0) hizmet içi eğitim yapılmalı,

(%35.9, %47.5) sistem değişmeli, (%33.3, %37.5) araç gereç eksikliği giderilmeli, (%30.8, %25.0) personel sayısı artırılmalı şeklinde çözüm önerilerini belirttikleri görülmektedir.

Tablo 8. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumuna ve hizmetlerin arzu edilen düzeyde yerine getirebilmesi için çözüm önerilerine ilişkin görüşlerine göre dağılımı

Çözüm Önerileri	Eğitim Durumu					
	Sağlık Meslek Lisesi (n=39)		Ön Lisans (n=40)		Toplam (N=79)	
	f	%	f	%	f	%
Gelir İyileştirilmeli	24	61.5	25	62.5	49	62.0
Araç Gereç Eks. Giderilmeli	13	33.3	15	37.5	28	35.4
Sistem Değişmeli	14	35.9	19	47.5	33	41.8
Hizmet İçi Eğitim Yapılmalı	15	38.4	16	40.0	31	39.2
Personel Sayısı Artırılmalı	12	30.8	10	25.0	22	27.8

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Tablo 9'a bakıldığında sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşireler, verilen hemşirelik hizmetleriyle çözebileceklerine inandıkları sağlık sorunlarını sırasıyla (%43.6, %45.0) aşılama ile bulaşıcı hastalıklara karşı

koruma, (%35.9, %42.5) geleneksel uygulamalar, (%25.6, %32.5) aile planlaması, (%7.7, %10.0) beslenme bozukluğu şeklinde ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 9. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumuna ve hemşirelik hizmetleriyle çözebileceklerine inandıkları en önemli sağlık sorunlarına ilişkin görüşlerine göre dağılımı

Çözülebilecek Sağlık Sorunları	Eğitim Durumu					
	Sağlık Meslek Lisesi (n=39)		Ön Lisans (n=40)		Toplam (N=79)	
	f	%	f	%	f	%
Geleneksel Uygulamalar	14	35.9	17	42.5	31	39.2
Aşılama İle Bulş. Hst. Korunma	17	43.6	18	45.0	35	44.3
Aile Pl.Hiz.	10	25.6	13	32.5	23	29.1
Beslenme bozukluğu	3	7.7	4	10.0	7	8.9

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Sağlık ocaklarında görev yapan sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşireler hizmetin iyileştirilmesi konusunda benzer önerilerde bulunmuşlardır. Hemşireler

görüşlerini, (%51.9) malzeme eksikliği giderilmeli, (%39.2) hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli, (%29.1) yeterli personel sağlanmalı şeklinde ifade etmektedirler (Tablo 10).

Tablo 10. Sağlık ocağında görev yapan hemşirelerin eğitim durumuna ve sağlık ocağında verilen hizmetin iyileştirilmesi konusundaki önerilerine göre dağılımı

Hizmetin iyileştirilmesi için öneriler	Eğitim Durumu					
	Sağlık Meslek Lisesi (n=39)		Ön Lisans (n=40)		Toplam(N=79)	
	f	%	f	%	f	%
Malzeme Eksikliği Giderilmeli	23	59.0	18	45.0	41	51.9
Hizmetiçi Eğitim	14	35.9	17	42.5	31	39.2
Yeterli Personel	13	33.3	10	25.0	23	29.1

*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yarısı sağlık meslek lisesi mezunu, %41.8'i açık öğretim mezunu ve %8.9'u hemşirelik yüksek okulundan mezundur ve bu okullarda halk sağlığı hemşireliği eğitimi için özel bir program yoktur. İngiltere, Amerika gibi bir çok ülkede, halk sağlığı hemşiresi ünvanı, hemşirelikte lisans üstü eğitimle ya da en azından sertifika programları ile kazandırılabilen bir ünvanıdır (Karataş, N; 2000:174-177). Ülkemizde ise değişim ve gelişim için gerekli olan çalışmaların başlatılması prensip olarak benimsenmesine rağmen eğitime ve uygulamaya yansıtılamamıştır. Hemşire yetiştiren okulların müfredat programları ülkenin sağlık gereksinimlerine cevap verebilecek düzeyde değiştirilemediği, hemşirelik eğitiminde halen belli bir standardizasyon sağlanamadığı gibi, herkese sağlık stratejisi doğrultusunda da bir değişim henüz yeterince gerçekleştirilememiştir. (Seviğ, Ü; 2000:162-165).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tümü halk sağlığı hemşiresinin görevlerini sırasıyla, danışmanlık, koruyucu sağlık hizmetleri, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama olarak belirtmiş ve eğitim durumuna göre de fark saptanmamıştır. Hemşirelerin kendi görevleri olarak belirttiği uygulamaların bazıları 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa'da sağlık ocaklarının işlevleri olarak yer almaktadır (Kubilay, G; 1988: 36, Uyer, G; 1992). Ancak aynı yasada 154 sayılı yönergede halk sağlığı hemşiresinin görevleri olarak yer alan ilk yardım, ebenin denetimi gibi asli görevler, deneklerin çoğu tarafından hemşirenin görevi olarak ifade edilmemiştir. Sağlık ocağında çalışan hemşirelerin kendilerini ilk yardım hizmetleri ve ebenin denetiminden sorumlu tutmadığı görülmektedir. Hemşirelerin yaşadıkları bu çelişkili durumun acil olarak yasal düzenlemeler yapılarak düzeltilmesi gerekmektedir.

Hemşirelerin %88.6'sı ilk sırada ana çocuk sağlığı hizmetlerini sağlık ocaklarında yerine getirdikleri işlev olarak belirtmelerine karşın, yalnızca %44.3'ü ana çocuk sağlığı hizmetlerini hemşirenin görevi olarak ifade

etmişlerdir. Bu durum hemşirelerin ana çocuk sağlığı ile ilgili görevleri ebenin görevi olarak düşünüp kendi görevleri arasında görmemesinden kaynaklanabilir. Aksayan'ın (1992) yaptığı çalışmada hemşirelerin bebek ve çocuk izlemi (%20.3), gebe izlemi (%21.9) gibi ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında olan uygulamaları düşük oranlarda yaptıkları belirlenmiştir (Aksayan, S; 1992: 675- 682).

Hızlı nüfus artışı sosyo-ekonomik gelişmeyi yavaşlatmakta ve buna bağlı olarak ana çocuk sağlığı hizmetlerini olumsuz yönde etkileyerek sağlık koşullarını daha olumsuz hale getirmektedir. Özdemir (1996) "Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Ana ve Çocuk Sağlığına Yönelik Hizmetlerin İncelenmesi'ne" ilişkin yaptığı çalışmada ana çocuk sağlığı hizmetlerinin yetersiz olduğunu belirtmektedir (Özdemir, S ve ark.; 1996:61-71). Devlet İstatistik Enstitüsü 2003 yılı verilerine göre ülke genelinde ana çocuk sağlığı hizmet hedef grubu olan 15-49 yaş kadın sayısı 18 201 844, Trabzon'da 198.034'tür (DİE, 2003). Türkiye genelinde Doğal Nüfus Artış Hızı %015, Trabzon'da %07.71'dir (İl Sağlık Müdürlüğü, 2003). Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında, Trabzon ilinde Doğal Nüfus Artış Hızının düşük olmasına rağmen, ana çocuk sağlığı hizmetlerinin başarılı olması, hemşire başına düşen nüfus sayısına ve nitelikli sağlık personelinin varlığına bağlı olduğu unutulmamalıdır.

Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesinde sağlık eğitimi ve bağışıklama hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri arasında önemli yer tutmaktadır. Çalışmamızda, hemşirelerin %83.5'inin sağlık ocaklarında bağışıklama işlevini yerine getirdikleri ve bu görevi benimsedikleri görülmektedir. Aksayan'ın (1992) yaptığı çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Hemşirelerin %79.5'i sağlık ocaklarında bağışıklama hizmetini yürüttüğünü, %81.3'ü ise bağışıklamanın hemşirenin görev kapsamında olduğunu belirtmiştir (Aksayan, S; 1992:675-682). Canbaz'ın (2001) yaptığı farklı bir çalışmada ise anneler aşılama hizmetlerini sıklıkla sağlık ocaklarından aldıklarını ifade etmektedirler (BCG %66.8, DBT/Polio %96.9, Kızamık %94.0 ve Hepatit B %87.4) (Canbaz, S; 2001:48-53).

Bu araştırmada, hemşirelerin günlük mesailerinde en çok zaman ayırdığı işlevler arasında ilk sırada (%70.9) poliklinik hizmetlerinin yer aldığı görülmektedir. Bu durum hemşirenin sağlık ocağına sıkışıp kalmasına ve uygulaması gereken diğer işlevlere yeterince zaman ayıramamasına neden olabilmektedir. Aksayan'ın (1992) yaptığı çalışmada hemşirelerin ilk yardım(%84.4), poliklinik defteri tutma(%81.2) gibi ocak içi görevleri daha çok yerine getirdikleri saptanmıştır (Aksayan,S;1992:675-682). Erdoğan'ın (1998) Edirne ili sağlık ocaklarında hekimlerle yaptığı çalışmada hekimlerin günlük mesailerinde en fazla zamanını (%80) poliklinik hizmetlerinin aldığını belirtmektedir (Erdoğan,M.S ve ark.;1998:3-10). Berberoğlu'nun (2001) yaptığı çalışmada ise sağlık ocağında en fazla ev ziyareti gerçekleştiren görevlinin ebe olduğu ve %60.5'inin yalnız ETF yazımı için ziyaret yaptıkları saptanmıştır. Öncelikle yapılması gereken aşılama, gebe ve bebek izlemi gibi hizmetlerin oranı oldukça düşüktür (%3.6) (Berberoğlu,U ve ark.; 2001: 470- 475).

Hemşirelerin halk sağlığı hemşirelik uygulamalarına ilişkin sorun yaşadığı saptanmıştır. Bu durum birinci basamakta görev yapan hemşirelerin okul yıllarında ki hemşirelik müfredat programlarıyla ilişkisi olduğunu düşündürmektedir. 1970'li yılların başından itibaren sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmaya ağırlık veren çağdaş sağlık anlayışı, 1980'li yıllardan başlayarak günümüze dek sürekli vurgulana gelmiştir. Kocaman'ın (1987) yaptığı çalışmada lisans programında TSH kavramı açısından halk sağlığı dersinin doyurucu bir içeriğe sahip olduğu, ancak diğer hemşirelik derslerinin gerek teorik açıdan gerekse hastane dışı uygulama yapılmaması nedeni ile uygulama açısından istenilen boyutlara sahip olmadığı belirlenmiştir (Kocaman,G;1987:1-13). Eğitimin bu doğrultuda yeniden düzenlenmesine ilişkin önerilere ve hemşire eğitimcilerin duyarlılıklarına rağmen mezunların bu anlayışı kazanmaları ve kendilerini toplum içinde göreve hazır hissetmelerini sağlamada çok etkili olmadığı araştırma sonucumuzla bir kez daha ortaya çıkarılmış, konuya ilişkin daha somut adımların atılması gereği doğmuştur. Lisans eğitimine yönelik her ne kadar yeterli müfredat programına ilişkin araştırma olmasına karşın lisans programlarının da ağırlıklı olarak klinik eğitime dayalı olduğu bir gerçektir (Aksayan,S ve ark.; 1997: 53-64).

Hemşirelerin %88.6'sı bölgenin kültürel özelliklerinden dolayı uyumsuzluk yaşamaktadır. Diğer yandan, hemşireler çalıştıkları sağlık ocağı bölgesinde ikamet etmenin verilen hizmeti olumlu yönde etkilediğini, eğitim hizmetlerini kolaylaştırdığını belirtmektedirler. Erdoğan'ın (1998) yaptığı çalışmada da hekimlerin %40.0'nun bölgenin sosyo-ekonomik koşulları ve %28.9'nun bölge insanı ile uyumsuzluk yaşadıklarını söylemelerine karşın, %72.5'i hekimlerin sağlık ocağı bölgesinde yaşaması gerektiğini düşünmektedir (Erdoğan, M.S ve ark.;1998:3-10). Bu bulgu bizim çalışmamızla da örtüşmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %62'si verilen hemşirelik hizmetlerinin arzu edilen düzeyde yerine

getirilebilmesi için "gelir durumlarının iyileştirilmesini" çözüm önerileri içinde ilk sırada belirtmektedirler. Durmuş'un (1999) yaptığı "Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Stres Puanlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmada, hemşirelerin %79.3'ünün aldıkları ücretten memnun olmadığı bulunmuştur (Durmuş,A.B ve ark.;1999:49).

Trabzon ili Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde çalışan hemşireler verilmesi gereken hizmetin istendik düzeyde olmamasının nedenini sistem kusuru ve teknik donanım eksikliğine bağlamaktadır. Personel yetersizliği, hemşirenin bilgi açığı ve güdülenme eksikliği gibi gerekçeler bunu takip etmektedir.

2000 yılı Türkiye Sağlık İstatistikleri verilerine göre; Türkiye genelinde 1999 yılında 69 246 hemşire, 41 059 ebe görev yapmakta; bir hemşireye 908, bir ebeye 1531 nüfus düşmektedir. 2003 yılı il Sağlık Müdürlüğü verilerine göre, Trabzon ilinde 1301 hemşire, 542 ebe görev yapmakta ve bir hemşireye 749, bir ebeye 1785 nüfus düşmektedir (Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000,İl Sağlık Müdürlüğü 2003). Trabzon genelinde bir hemşireye düşen nüfusun, Türkiye geneline göre daha az olmasına karşın, bir ebeye düşen nüfus Türkiye genelinden fazladır. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında ise hemşire başına düşen nüfus Avrupa'dan üç, ABD'den iki kat daha fazladır(Özkan Ö ve ark.;1999:430-434).Bu durumun da sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin verdikleri hizmeti olumsuz etkileyebileceği kaçınılmazdır.

TSH Çalışma Grubu raporunda kırsal bölgede araç-gereç ve personel yetersizlikleri, kentsel ve özellikle metropol bölgelerde ise, sayı ve nitelikte yetersizlik nedeniyle hizmet açığı ortaya çıktığı belirtilmektedir (TSH Çalışma Grubu,1992:8-9).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Trabzon ili sağlık ocaklarında çalışan hemşireler, halk sağlığı hemşiresinin görevlerini sırasıyla, danışmanlık, koruyucu sağlık hizmetleri, ana çocuk sağlığı hizmetleri - aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklara karşı bulaşıkla olarak belirtmiş ve eğitim durumuna göre grubar arasında fark saptanmamıştır.

Hemşireler sağlık ocaklarında daha çok bağışıklama, ana çocuk sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi ve çevre sağlığına yönelik işlevleri yapmaktadır. Eğitim grupları arasında fark gözetmeksizin hemşirelerin yerine getirdikleri işlevler, endemik ve sık görülen hastalıkların iyileştirilmesi ve sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleridir.

Hemşirelerin sağlık ocağı hemşirelik uygulamalarını yerine getirirken güçlük yaşadıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin günlük mesailerinde en fazla zamanı, poliklinik hizmetleri almaktadır.

Hemşireler bölgenin kültürel özelliklerinden dolayı uyumsuzluk yaşarken, çalıştıkları sağlık ocağı bölgesinde

ikamet etmenin verilen hizmeti olumlu yönde etkilediğini, eğitim hizmetlerini kolaylaştırdığını belirtmektedirler.

Trabzon ili sağlık ocaklarında çalışan hemşireler verilmesi gereken hizmetin istendik düzeyde olmamasının nedenlerini; sistem kusuru, teknik donanım eksikliği, personel yetersizliği, hemşirenin bilgi açığı ve güdülenme eksikliği olarak ifade etmişlerdir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda hemşirelerin görev tanımlarına uygun mevzuatın bir an önce hazırlanıp yasa haline getirilmesi,

Hemşirelerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri' ne yönelik hizmet içi eğitimden geçirilmesi,

Hizmetin daha etkin yürütülebilmesi için sağlık ocaklarındaki istihdam edilen personel sayısının taşra ve merkez sağlık ocaklarında dengeli hale getirilmesi, teknik donanım eksikliğini giderilmesi,

Hemşirelik müfredat programlarında yer alan meslek dersi uygulamalarının klinik ve saha uygulamaları şeklinde yürütülmesi önerilmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sağlık sistemimizin birinci halkasını oluşturur. Ülkemizin sağlık düzeyinin istendik duruma gelebilmesi için bu halkanın güçlendirilmesi gereği unutulmamalıdır. Bu halkada temel insan gücü olarak düşünülen halk sağlığı hemşireleri kendilerinden beklenen rol ve işlevleri yerine getirmeye çalışırken çeşitli sıkıntılarla karşılaşmaktadır. Bu sorunların en aza indirgenerek, verilen hizmetlerin daha verimli ve nitelikli hale getirilebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Açıkalin, İ.(2001) Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Sağlık Bakanlığı, Anne -Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 10 Eylül.

Aksayan, S.(1992) Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Görev Kapsamlarına İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamaları. Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. 24-26 Haziran, Sivas, ss: 675-682.

Aksayan, S., Çimete, G.(1997) "Herkesin Sağlık" Hedefine Yönelik Bir Hemşirelik Programı Önerisi. Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Derg., 1(1):53-64.

Berberoğlu, U., Eskiocak, M., E. Kuklu, G., Saltık, A.(2001) Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Romanlar ve Öbürlerinin İlk Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı. Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık, 16(6):470-475.

Canbaz, S., Pekşen, Y., Sünter, A.T. (2001) Bağışıklama Konusunda Annelerden Edinilen Bilgilerle Sağlık Ocağı

Kayıtlarının Karşılaştırılması. Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Derg., 5(1):48-53.

Durmuş, A.B., Yıldız, H.(1999) Elazığ İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İş Stres Puanlarının Değerlendirilmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Erzurum, s:49.

Erdoğan, M.S., Eskiocak, M., Saltık, A.(1998) Edirne İli Sağlık Ocaklarında Pratisyen Hekimlerin Sağlık Ocağı Hekimliğine İlişkin Değerlendirmeleri. Sağlık ve Toplum, 2:3-10.

Erdoğan, S.(1998) 2000'lere Doğru Hemşirelik. Hemşirelik Forumu, 1(2):88-90.

Erdoğan, S., Özabacı, M.N., Özkan, N.(1992) Halk Sağlığı Hemşireliğinde Gelişmiş Rol ve İşlevler. Hemşirelik Bült., 6(23):115-120.

Karataş, N.(2000) Birinci Basamak Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Durumu. Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran, 15(3):174-177.

Kocaman, G.(1987) Hemşirelik Yüksekokulu Eğitim Programının Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı Açısından İrdelenmesi. Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Derg., 3(1):1-13.

Kubilay, G.(1988) Temel Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik. Türk Hemşireler Derg., 38(3-4):36.

Özdemir, S., Erdoğan, S.(1996) Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Ana ve Çocuk Sağlığına Yönelik Bakım Hizmetlerinin İncelenmesi. Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Derg., 1(1):61-71.

Özkan, Ö., Ülker, S.(1999) Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Hemşirelik. Toplum ve Hekim, Kasım - Aralık, 14(6):430-434.

Seviğ, Ü.(2000) Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik. Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran, 15(3):162-165.

Slivola, U., Martikainen, T.(1990) The Public Health Nurse. The Linchpin of Primary Health Care, World Health Forum, 11:102-107.

Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu Raporu(1992) Toplum ve Hekim, 50:8-9.

Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000. TTB. Şubat 2000, Ankara.

Uyer, G.(1992) Hemşireliğe Genel Bakış, Ankara.

....(2003) Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü verileri.

...(2003) Devlet İstatistik Enstitüsü verileri.