

Sağlık Evi Ebelerinin Mesleki Sorumluluklarının ve Çalışma Koşullarının Dönüşümü: Nitel Bir Araştırması*

Transformation of Professional and Working Conditions of Health Home Midwives: A Qualitative Research

Mevlûde Özelⁱ, Ummahan Yücelⁱⁱ

ⁱEbe, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-0101-8873>

ⁱⁱDoç. Dr., Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0003-3531-8644>

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, sağlık evi ebelerinin mesleki sorumluluklarının ve çalışma koşullarının sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemindeki dönüşümünün incelenmesidir.

Yöntem: Bu çalışma fenomenolojik desenli nitel bir araştırma olarak yürütülmüştür. Çalışmada sağlık ocağı döneminde sağlık evinde çalışmış 11 ebe ve aile hekimliği döneminde çalışan 8 ebeyle görüşülmüştür. Araştırma grubunun oluşturulmasında amaçlı örneklem türünden maksimum çeşitlilik ve kartopu örneklem yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmanın verileri ebelerle yarı yapılandırılmış görüşme formu ile bireysel derinlemesine görüşmeler yapılarak elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizi MaxQda 2024 nitel veri analiz programında sağlanmıştır. Bu çalışmada nitel araştırmayı raporlayabilmek amacıyla konsolide kriterler kılavuzu (COREQ) kontrol listesi kullanılmıştır.

Bulgular: Ebelerle yapılan görüşmelerde elde edilen nitel veri analizinin sonucunda; 1) Toplumsal ve Kurumsal İlişkileri, 2) Ebelik Hizmetlerindeki Dönüşüm ve 3) Zorlu Yaşam ve Çalışma Koşulları olmak üzere üç ana temadan oluşmuştur.

Sonuç: Sağlık evi ebelerinin mesleki sorumlulukları ve çalışma koşulları dönüşüme uğramıştır. Sağlık ocağı döneminde ebeler ana çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması gibi bağımsız ebelik rollerinde aktif iken aile hekimliği döneminde bu rolleri azalmıştır. Ebelerin çalışma ve yaşam koşullarında iyileşmeler olsa da koşulların zorluğu halen devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık evi; Ebelik; Ebelik tarihi; Nitel araştırma; Sağlık ocağı; Aile hekimliği

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to examine the transformation of the professional responsibilities and working conditions of health center midwives during the period of health centers and family medicine.

Method: This study was conducted as a qualitative research with phenomenological design. In the study, 11 midwives who worked at the health center during the health center period and 8 midwives working in the family medicine period were interviewed. Maximum variation and snowball sampling methods from purposive sampling interviews with midwives using a semi-structured interview form. The analysis of the data obtained was provided in MaxQda 2024 qualitative data analysis program. In this study, the consolidated criteria guide (COREQ) checklist was used to report qualitative research.

Findings: As a result of the qualitative data analysis obtained from the interviews with midwives; 1) Social and Institutional Relationships, 2) Transformation in Midwifery Services and 3) It consisted of three main themes, namely Challenging Life and Working Conditions.

Conclusion: The professional responsibilities and working conditions of health center midwives have been transformed. While midwives were active in independent midwifery roles such as maternal and child health services and family planning during the health center period, these roles have decreased during the family medicine period. Although there have been improvements in the working and living conditions of midwives, they are still difficult.

Keywords: Health home; Midwifery; Midwifery history; Qualitative research; Health center; Family medicine.

*Lokman Hekim Dergisi 2026;16(2):529-542

DOI: 10.31020/mutftd.1764552

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 14.Ağustos.2025; Kabul Tarihi- Accepted:18.Şubat.2026

İletişim- Correspondence Author: Mevlûde Özel <mevludeozel12@gmail.com >

Etik Onay: Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu [(TAEK) 23.05.2024 _24-5.İ.T/36 nolu karar]



Bu derginin içeriği Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License kapsamında lisanslanmıştır.

Giriş

Sağlık, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır.¹ Sağlığın bir insan hakkı olduğu ilk kez 1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından yayınlanan “İnsan Hakları Beyannamesinde” belirtilmiştir.² Ülkemizde de 1961 yılında çıkarılan anayasa da devletin, halkın sağlığını sunmakla ödevli olduğu belirtilmiştir.³ Bu anayasa da sağlık toplumun refahını arttıracak önemli kamu hizmetlerinden biri sayılmıştır.⁴ 1961 senesinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun yayımlanmıştır.⁵ Tüm topluma sağlığın ulaştırılması için 224 sayılı kanunda sağlık organizasyonu basamaklı olarak planlanmıştır. Bu basamaklı organizasyon sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve hastanelerden oluşmuştur.^{5, 6} Bu organizasyon sayesinde sağlık hizmeti toplumun büyük çoğunluğunun yaşadığı kırsal bölgelere sağlık evleri ve sağlık ocaklarıyla götürülebilmektedir.^{5,7,8} Sağlık ocakları 1960’lı yıllarda açılmaya başlanmış 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla Aile hekimliklerine dönüştürülmüştür.^{9, 10} Sağlık evleri ise 1961 yılında açılmaya başlanan günümüzde de varlığını sürdüren en küçük sağlık birimleridir.^{8, 11} Sağlık evleri ilk açılmaya başladıkları dönemde 2000-2500 kişinin bağlı olduğu ve yaklaşık her 3 köyden birinde bulunan sağlık ocağına bağlı sağlık kurumları olmuştur.^{8, 12, 13, 14} Sağlık ocağı döneminde sağlık evi ebeleri hizmet verdikleri köylerde ya da yakın köylerde oturmuş, hizmet sunumunu evleri ve köyleri gezerek sağlamıştır.¹⁵ Sağlık evi ebeleri koruyucu sağlık hizmetleri, doğum hizmetleri ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerini sunmuştur.^{8, 16} Sağlık evlerinde çalışan ebeler ana-çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, anne ve bebek ölüm oranlarının azalmasında, doğumların yaptırılması, riskli doğumların hastaneye sevk edilmesi, aile planlaması eğitimi verilmesi ve zararlı kültürel uygulamalardan halkın vazgeçirilmesinde görev almışlardır.^{5, 12, 16, 17} Sağlık evi ebeleri yalnızca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde değil toplumun kalkınmasında da önemli rol almıştır.^{4,8,12}

1970 yılı itibariyle ülkemizde neoliberalizmin etkileri görülmeye başlanmıştır.¹⁸ Neoliberal politikaların önemli etkilerinden biri de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir.¹⁹ Bu durum zamanla devletin sağlık hizmeti sunumundaki konumunu değiştirmiştir. Bunun sonucunda 1982 anayasasında devlet sağlık hizmetlerinin planlayıcısı ve denetleyicisi olarak belirtilmiştir.²⁰ 1982 anayasasında insan haklarına dayalı devlet anlayışı değişerek yerini insan haklarına saygılı devlet anlayışına bırakmıştır.²¹ 1980 sonrası dönemde sağlık reformu ismiyle sağlıkta dönüşüm programının temelleri atılmaya başlanmıştır.^{18, 22, 23} 1990’lı yıllar itibariyle sağlık reformu çoğu ülkede Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Sağlık Örgütü’nün iş birliğiyle uygulanmaya başlanmıştır.²⁴ 1992 yılında birincisi, 1993 yılında ikincisi düzenlenen Ulusal Sağlık Kongresinde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik politikalar çıkarılmıştır.²¹ 2002 yılında Acil Eylem Planı yayınlanmış bu planda sağlık reformları açıklanmıştır.²⁵ Bunların sonucu olarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlamıştır.²⁶⁻²⁸ Sağlıkta Dönüşüm programının en önemli etkilerinden birisi birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimliği sistemine geçilmesidir.²⁶⁻²⁹ 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un çıkarılmasıyla 224 sayılı yasa yürürlükten kalkmıştır.³⁰ Aile hekimliğinin 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulaması yapılmıştır. Aile hekimliği 2008 yılında Düzce, Adıyaman, Denizli, Bolu, Elâzığ, Edirne, Gümüşhane, Eskişehir, İzmir, Isparta ve Samsun olmak üzere 11 şehirde uygulanmaya başlanmıştır.²⁷ 2010 yılından sonra sağlık ocakları kapatılmış ve sağlık evleri aile hekimliklerine bağlanmıştır.^{28, 31} 2011 yılında ise aile hekimliği sistemi tüm ülkede yaygınlaşmıştır.³¹ Sağlık ocağı döneminde verilen birincil basamak sağlık hizmetleri toplum yönelimli iken aile hekimliği döneminde bu özelliğin azaldığı gözlemlenmektedir.²⁹

Sağlık evleri günümüzde hala hizmet veren en küçük birinci basamak sağlık hizmetleri kurumudur.¹¹

Aile hekimliği döneminde sağlık evi nüfusu 500’ün üzerinde olan birden fazla köy, mezra ve beldenin bağlandığı İlçe Sağlık Müdürlüğü’nün teklifi Sağlık Bakanlığının onayıyla açılan sağlık kurumları olarak tanımlanmaktadır.¹¹ 2011 yılında yayımlanan Toplum Sağlığı Merkezi Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair

Yönerge 'de sağlık evi ebelerinin görevleri; Aile hekimliğine bağlı olarak koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek, gezici sağlık hizmeti veren aile hekimine yardım etmek, sağlık evinin temizliğini ve düzenini sağlamak, sorumlu olduğu bölge ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak, aylık çalışmalarını toplum sağlığı merkezine bildirmek, aile hekimliği ile birlikte yürüttüğü hizmetleri aile hekimliğine bildirmek ve toplum sağlığı merkezi tarafından verilecek görevleri yerine getirmek olarak tanımlanmıştır.³²

Uluslararası literatürde birinci basamakta doğum öncesi sunulan sağlık hizmetinin gebelerin güvenlerinin artmasında önemli olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır.³³ Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise sağlığın her yere erişiminin sağlanmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmaktadır. Sağlık evi ebelerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunu en ücra yerlere erişmesinde rol aldığı literatürde belirtilmektedir.^{39, 40} Özellikle sağlık evi gibi kırsal bölgelerdeki sağlık kurumlarının halka verilen sağlık eğitimleriyle toplumun sağlık düzeyinin artmasında rol aldığı belirtilmektedir.^{39, 40}

Bu araştırma ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin en küçük birimi olan sağlık evi ebelerinin mesleki dönüşümü, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsal bölgelere sunumundaki değişimin anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde 1960 yılından günümüze kadar olan sağlık politikalarının kırsaldaki yansımaları göstermesi ve sağlık ocağı dönemiyle aile hekimliği dönemindeki sağlık hizmetleri sunumunun sağlık evi ebeleri açısını göstermesi açısından önemlidir.

Sağlık evleri Türkiye'de yaklaşık 80 yıllık geçmişi olan birinci basamak sağlık kurumlarıdır. Sağlık evleri ülkenin en ücra köşelerinde, ulaşımın zor olduğu, kırsal bölgelerde ve köylerde yalnızca ebelerin sağlık hizmeti sunduğu birinci basamak sağlık kurumlarıdır.⁸ Sağlık evi ebelerinin mesleki rolleri açıldığı tarihten günümüze kadar olan dönemde dönüşüme uğramıştır.⁸ Sağlık evi ebelerinin mesleki rolleri sağlık ocağı döneminde ve aile hekimliği döneminde farklılık göstermektedir. Sağlık ocağı döneminde sağlık evi ebelerinin; ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini sunmak, toplum farklı konularda eğitim verme, aile planlaması eğitimlerini sürdürme, kadınların eğitilmeleri, aşı uygulaması, ölüm ve doğumların istatistiklerinin takip edilmesi gibi bağımsız ebelik rolleri bulunmaktaydı.⁴ Ancak aile hekimliği dönemine gelindiğinde ebelerin doğum yetkileri alınmış ve bağımsız ebelik rolleri azalmıştır. Bu çalışmada sağlık ocağı döneminde çalışan sağlık evi ebeleri ile aile hekimliği döneminde çalışan sağlık evi ebelerinin bu dönüşümü nasıl deneyimlediklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma fenomenolojik desenli nitel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Nitel araştırmalar bireylerin öznel deneyimlerinin kendi bakış açılarıyla anlattıkları verilerin kapsamlı bir şekilde incelenmesini sağlamaktadır.³⁴ Fenomenoloji, kişilerin bir fenomen ile ilgili düşüncelerinin ve tecrübelerinin anlamlandırılmasıdır.^{35, 36} Kişisel deneyimler bir fenomenin ortaya çıkarılmasının sağlar.^{35, 36}

Araştırmanın Varsayımları

Ebelerin görüşme sırasında samimi cevap verdikleri, olayları doğru anlattıkları varsayılmaktadır. Görüşme esnasında araştırmacı ve katılımcı arasında güven verici bir ortam oluşturulduğu varsayılmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu tez çalışması nitel bir çalışma olduğu için en önemli sınırlılığı hafıza faktörüdür. Çalışmacıların hepsi ile yüz yüze görüşme sağlanamamış on iki kişi ile yüz yüze, beş kişiyle online iki kişiyle telefon ile görüşme sağlanmıştır. Bu çalışma sağlık evinde çalışmış ya da çalışmakta olan 19 ebeyle yapılan görüşmelerin fenomenolojik analizine dayanmakta olup sağlık evinde çalışmış ve çalışmakta olan tüm ebelere genellenemez.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Türkiye'nin farklı bölge ve şehirlerinde yaşamakta olan 1961-2024 yılları arasında sağlık evlerinde çalışmış veya çalışmakta olan ebelerle 12.06.2024- 20.03.2025 tarihleri arasında yapılmıştır. Katılımcılar ile yüz yüze, online ve telefonla görüşülerek veriler toplanmıştır. 12 katılımcıyla (bunlardan 10 katılımcıyla çalıştıkları kurumlarda sessiz bir ortamda, 1 katılımcıyla evinde ve 1 katılımcıyla da uygun kafe ortamında buluşularak) yüz yüze, 5 katılımcıyla online ve 2 katılımcıyla telefonla görüşme sağlanmıştır. Farklı illerde yaşayan katılımcılarla online ve telefonla yapılan görüşmeler yapılmıştır. Online yapılan görüşmelerde zoom uygulaması kullanılmıştır.

Araştırma Grubu

Araştırma grubunu 1961- 2024 yılları arasında sağlık evlerinde çalışmış veya çalışmakta olan 19 ebe oluşturmuştur. Araştırmada amaçlı örneklem yöntemleri arasından maksimum çeşitlilik ve kartopu örneklem yöntemleri kullanılmıştır. Nitel araştırmalarda yeni kavram elde etme ve süreçlerle ilgili bilgi edinme gibi amaçlara yönelik örneklem seçilmesi amaçlı örnekleme yöntemidir.³⁶ Bu tez çalışmasında maksimum çeşitliliğin sağlanması için ebelerin sağlık ocağı veya aile hekimliği dönemlerinde çalışmış olmaları, farklı ebelik eğitim kurumlarından mezun olmaları ve çalıştıkları farklı il/bölge olması gözetilmiştir. Çalıştıkları dönem bakımından sağlık ocağı döneminde on bir ebe ve aile hekimliği döneminde çalışan sekiz ebe ile görüşülmüştür. Ebeler eğitimi aldıkları kurumlara göre biri köy ebe okulu, üçü sağlık okulu, biri Lise Sonrası Meslek Edindirme Projesi (LİMME), yedisi sağlık meslek lisesi ve yedisi lisans mezunu olmak üzere farklı ebelik okullarından mezun olmuş ebelerin katılmıştır. Bunlar Tablo 3'te gösterilmiştir. Türkiye'nin farklı bölgelerinde sağlık evi ebeliği yapmış ve yapmakta olan Marmara Bölgesi (2 ebe), Ege Bölgesi (6 ebe), İç Anadolu (4 ebe), Karadeniz (2 ebe) ve Doğu Anadolu Bölgesinde (5 ebe) çalışmış ebelerle görüşülmüştür (Şekil 2). Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve 1961-2024 yılları arasında sağlık evinde çalışmış/ çalışmakta olan ebeler araştırma grubuna alınmıştır. Nitel araştırmalarda katılımcı sayısının kararlaştırılmasında veri doygunluğunun sağlanması önemlidir.³⁷ Bu araştırmada da veri doygunluğu sağlanana kadar araştırma grubuna bireylerin alınmasına devam edilmiştir.

Araştırmanın Güvenilirliği ve Geçerliliği

Bu çalışmada nitel araştırmayı raporlayabilmek amacıyla konsolide kriterler kılavuzu (COREQ) kontrol listesi kullanılmıştır. Araştırmada inandırıcılık kriterini sağlaması için her iki araştırmacı da MAXQDA Veri Analizi Eğitimi alınmıştır. Her görüşme sonrası ses kayıtları aynı gün içerisinde dinlenerek transkripsiyonu sağlanmıştır. Verilerin çeşitliliğinin sağlanması ve doğru verilere ulaşılması amacıyla araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kodlamalar sırasında tutarlılığa dikkat edilmiştir. Araştırmada içsel geçerliliğin sağlanması amacıyla araştırmanın her adımı planlanmış, her aşama sonrası araştırmacılar toplantı yaparak süreci değerlendirmiş ve sonraki aşamayı planlamıştır. Araştırmacı, katılımcılarla güvenilir ve samimi bir ilişki kurarak, katılımcıların deneyimlerini açıkça ve doğru bir şekilde ifade etmelerini sağlamıştır. Nitel araştırma yöntemine dayalı olarak elde edilen katılımcı görüşleri objektif olarak yansıtılmıştır. Veriler, her iki araştırmacı tarafından öncelikle bağımsız olarak sonrasında toplantı yapılarak birlikte dikkatlice yorumlanmıştır. Araştırmada dışsal geçerliliği sağlamak amacıyla örneklem seçimi çalışma grubunun temsili en iyi şekilde sağlayabilmesi için dikkatlice yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen kategori, tema ve alt temalar araştırma sürecinden bağımsız bir uzmana daha kontrol ettirilmiştir.

Veri Toplama Yöntemleri ve Gereçleri

Araştırmanın verileri yarı yapılandırılmış soru formuyla bireysel derinlemesine görüşme yapılarak toplanmıştır. Çalışmada nitel araştırmalarda uzman olan bir araştırmacı bulunmaktadır. Araştırmacılar nitel araştırma yöntemleri eğitimi almışlardır. Soruların oluşum sürecinde daha önce ebelerle görüşme yapmış

uzmanlara da danışılarak soruların son halini alması sağlanmıştır. Yarı yapılandırılmış soru formu aşağıda belirtilen sorular ve bu soruları destekleyen sonda sorularından oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış soru formundaki sorular şunlardır:

1. Sağlık evi ebesi olma sürecinizi anlatabilir misiniz?
2. Sağlık evinde çalışırken mesleki rolleriniz neler/ nelerdi? Sağlık evindeki mesleki deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?
3. Sağlık ocağıyla/Aile hekimliği merkeziyle ve orada çalışan kişilerle nasıl bir ilişkiniz vardı?
4. Sağlık evinde çalışırken toplumla aranızdaki ilişkiyi anlatabilir misiniz?
5. Sağlık evinde çalışırken geleneksel ebe var mıydı? Varsa aranızdaki ilişki nasıldı?
6. Sağlık evinde çalıştığınız dönemde yaşam koşullarınız nasıldı?
7. Sağlık ocağı dönemi ile aile hekimliği döneminde sağlık evi ebelerinin rollerini düşündüğünüzde temel farklılıklar sizce nelerdir?

Derinlemesine görüşmelerde bireysel bakış açılarının derinlemesine irdelenmesi amaçlanmaktadır.³⁴ Sorular, görüşmenin gidişatına uyum sağlayarak doğal, sohbetvari bir akışla sıralanmıştır. Araştırmacı tarafından katılımcılarla birebir görüşmenin sağlandığı bir ortam oluşturulmuştur. Görüşmelerin süreleri en kısa 12 dakika 52 saniye ve en uzun 52 dakika 57 saniye olmuştur. Görüşmelerin 12'si yüz yüze görüşülerek, 5'i zoom uygulaması üzerinden ve 2'si telefon görüşmesi yoluyla toplanmıştır. Görüşmeler öncesinde katılımcılarla tanışılarak katılımcılara araştırmanın amacı anlatılmış verilerin gizliliğinin sağlanacağı ve bilgilerin sadece araştırmada kullanılacağı bilgisi verilmiştir. Katılımcıların çalışmaya katılmaları halinde görüşmelerin yapılacağı tarih planlanmıştır. Katılımcılardan görüşmelerde yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmiş olurları alınmıştır. Katılımcıların verileri tanımlayıcı bilgi formu ve sağlık evinde çalışmış ebelerle yönelik yarı yapılandırılmış soru formu aracılığıyla toplanmıştır. Veriler toplanırken ses kayıt cihazı kullanılarak katılımcılar ile yüz yüze, online ve telefonla görüşülerek veriler toplanmıştır. Bireysel derinlemesine yapılan görüşmeler 12 ile 53 dakika arasında sürmüştür. Araştırmacı tarafından alınana ses kayıtlarının transkripsiyonları sağlanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Nitel veriler MaxQda 2024 nitel veri analiz programında, programın kullanımının eğitimin alan araştırmacı tarafından analiz edilmiştir. Katılımcılardan ses kaydedilerek toplanan verilerin transkripsiyonu sağlanmıştır. Toplanan verilerin MaxQda 2024 programı kullanılarak nitel veri analizi yapılmıştır. Veriler fenomenolojik analiz yapılarak incelenmiştir (**Tablo 1**). Fenomenolojik analizlerde fenomenlerin özünün, katılımcının perspektifinden nasıl deneyimlendiğinin ortaya çıkarılması amaçlanır.³⁴ Fenomenolojik veri analizinde elde edilen veriler ilk aşamada isimlendirilmiş sonrasında verilerin birbiriyle ilişkilerine göre sınıflandırılarak araştırmanın fenomenleri ortaya çıkarılmıştır.^{34, 36} Veriler, katılımcıların deneyimleri tanımlanarak, anlamları incelenerek ve temalar geliştirilerek fenomenolojik analizi yapılmıştır.^{34, 36} Elde edilen verilerden ilk aşamada kodlar oluşturulmuştur. Kodlama; kelimeyi, cümleyi veya paragrafı özetleyecek nitelikte bir belirtecin oluşturulmasıdır.³⁷ Kodlama nitel araştırmalarda veri analizinin en önemli aşamasıdır.³⁷ Birbirleriyle bağlantılı olan kodlar sınıflandırılarak ana tema ve alt temalar belirlenmiştir. Veri analiz sürecinde kodlama örneği **Tablo 1'** de verilmiştir. Bu tez çalışmasının 3 ana tema ve 8 alt teması bulunmaktadır.

Tablo 1. Veri Analiz Sürecinde Kodlama Örneği

Soru: Sağlık ocağı dönemi ile aile hekimliği döneminde sağlık evi ebelerinin rollerini düşündüğünüzde temel farklılıklar sizce nelerdir?

Ana Tema	Alt Tema	Kod	Veri	Araştırmacının Yorumu
Sağlık Evi Ebelerinin Hizmetlerindeki Dönüşüm	Sağlık Evi Ebelerinin Bağımsız Ebelik Rollerinin Erozyonu	Sağlık Evi Ebelerinin Doğum Hizmetlerinde Vasıfsızlaşması	<i>“İlk açıldığı dönemlerde benim çok eskiye dayandığı için sağlık evim orada jinekolojik masa bile vardı şu anda bu girişimleri yapmamız yasak yani tek başına köy ebesi orada mecbur kalmadığı süre zarfında doğum yaptıramaz benim bir fetoskobum yok o sandalyem yok yani bir girişim yapmam yok ama daha önceden bütün bu yetkiler ebe de varmış bir doğum olduğu zaman eğer risk altında değilse ve kendi köyde yaptırıyormuş bu yetki varmış ama şu an köy ebeliği sadece geriatri olarak yani yaşlılara yönelik.” (Ebe 10, Aile Hekimliği Dönemi)</i>	Sağlık evi ebeliğinin daha önceki dönemlerde doğum hizmetlerinde aktif rol aldıklarını ancak günümüzde bu yetkilerin alındığını ve sağlık evi ebelerinin yaşlı bakım hizmetlerinde aktif rol aldıklarını belirtmiştir.

Etik Açıklamalar

Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (TAEK) 23.05.2024 tarihinde 24-5.I.T/36 nolu kararla etik kurul izni alınmıştır. Araştırmaya dahil olan ebelere araştırmanın amacı ifade edilmiş, gönüllü katılım sağladıklarına dair yazılı onamları alınmıştır. Görüşmelere başlamadan hemen öncesinde ebelere ses kaydının alınacağı bilgisi verilmiş, kayıtlarının araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacağı belirtilmiştir. Katılımcının paylaştığı her şeyin gizlilik esasına dayandığı belirtilerek görüşme sürecinde rahatsız oldukları herhangi bir durumda istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları aktarılmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamında ele alınan bulgular bu başlık altında sunulmuştur. Araştırmaya sağlık ocağı döneminde sağlık evinde çalışmış 11 ebe, aile hekimliği döneminde çalışmış ya da çalışmakta olan sekiz ebe katılmıştır. Çalışmaya katılan ebelerin tanımlayıcı özellikleri **Tablo 2**’de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcı (K)	Yaş	Mezun Olduğu Okul ve Yılı	Sağlık Evinde Çalıştığı Dönem	Sağlık Evinde Çalışma Süresi ve İli
Ebe 1	32	Lisans/ 2015	Aile Hekimliği Dönemi	1,5 yıl/ Kütahya

Ebe 2	60	Lise Mezunlarına Meslek Edindirme Projesi (LİMME)/ 1989	Sağlık Ocağı Dönemi	4 yıl/ İzmir
Ebe 3	43	Sağlık Meslek Lisesi/ 2001	Sağlık Ocağı Dönemi ve Aile Hekimliği Dönemi	8 yıl/ Tunceli
Ebe 4	50	Sağlık Meslek Lisesi/ 1994	Sağlık Ocağı Dönemi	2 yıl/ Karaman
Ebe 5	70	Sağlık Okulu/ 1975	Sağlık Ocağı Dönemi	2 yıl/ Erzurum
Ebe 6	42	Sağlık Meslek Lisesi/ 1998	Aile hekimliği dönemi	7 yıl/ Erzincan
Ebe 7	55	Sağlık Meslek Lisesi/ 1987	Sağlık Ocağı Dönemi	7 yıl/ İzmir
Ebe 8	41	Lisans/ 2004	Sağlık Ocağı Dönemi	3 yıl/ Kütahya
Ebe 9	28	Lisans/ 2018	Sağlık Ocağı Dönemi	2 yıl/ Düzce
Ebe 10	28	Lisans/ 2019	Aile Hekimliği Dönemi	5 yıl/ Konya
Ebe 11	26	Lisans/ 2021	Aile Hekimliği Dönemi	4 yıl/ Amasya
Ebe 12	57	Sağlık Meslek Lisesi/ 1985	Aile Hekimliği Dönemi	3 yıl/ Karaman
Ebe 13	45	Lisans/ 2003	Sağlık Ocağı Dönemi	3,5 yıl/ Artvin
Ebe 14	45	Sağlık Meslek Lisesi/ 1998	Sağlık Ocağı Dönemi ve Aile Hekimliği Dönemi	5 yıl/ Kütahya
Ebe 15	27	Lisans/ 2018	Sağlık Ocağı Dönemi	7 yıl/ Iğdır
Ebe 16	39	Sağlık Meslek Lisesi/ 2004	Aile Hekimliği Dönemi	5 yıl/ Amasya
Ebe 17	72	Sağlık Okulu/ 1971	Sağlık Ocağı Dönemi ve Aile Hekimliği Dönemi	1 yıl/ Sakarya
Ebe 18	83	Köy Ebe Okulu/ 1961	Sağlık Ocağı Dönemi	7 yıl/ Yozgat
Ebe 19	67	Sağlık Okulu/ 1970	Sağlık Ocağı Dönemi	12 yıl/ İzmir
				10 yıl/ İzmir
				6 yıl/ Kars- Giresun
				2 yıl/ Kütahya
				2 yıl/ Afyonkarahisar

Nitel veri analizinin sonucunda; 1) Toplumsal ve Kurumsal İlişkiler, 2) Ebelik Hizmetlerindeki Dönüşüm ve 3) Zorlu Yaşam ve Çalışma Koşulları olmak üzere üç ana tema oluşmuştur. Analiz sonucunda elde edilen ana temalar, alt temalar ve kodlar **Tablo 2'** de belirtilmiştir.

Tema 1: Toplumsal ve Kurumsal İlişkiler

Katılımcıların tamamı sağlık evi ebelerinin mesleki ve toplumsal ilişkilerinden bahsetmiştir. Bu tema, ebelerin toplumsal ilişkileri ve kurumsal ilişkilerindeki dönüşüm olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır. Bu ana temada ortaya çıkan verilerde sıklıkla sağlık ocağı döneminde çalışmış olan sağlık evi ebelerinin görüşleri yer almaktadır. Katılımcılar toplumsal ilişkilerinde en çok köy halkıyla iletişim güven kazanma ve iş birliği konularından bahsetmişlerdir. Ebeler köye ilk atandıklarında zorlandıklarını zamanla köy halkıyla kurdukları iletişimle kabul gördüklerini ifade etmişlerdir. Ebelerin atandıkları dönemde zorlanma nedenlerinin köy halkının dili, kültürü ve köy yaşamına uyum olduğu ebeler tarafından belirtilmiştir. Ebeler toplum tarafından kabul görebilmek için topluma uyum sağlamak için ekstra çaba göstermek zorunda kalmışlardır. Bununla ilgili ebelerin ifadeleri şöyledir:

“İlk gittiğim yıl çok çok kötüydüm açıkçası. Çünkü ben hayatımda ilk defa bir köyde yaşadım. Daha önce kendimce büyük yerlerde yaşadığım Elâzığ'da yaşadım. Sonra Mersin'de sonra İstanbul'da çalıştım. Vesaire Ankara'da okudum. Bu kadar şeyin içerisinde bir anda küçücük bir köye girmek ve iş ne kadar da tamam iyi desek de. Sonuçta köy ve köylü insanları yani biraz giyim olarak yaşam olarak her anlamda uyum sağlamak zorundasın... Çok ağladım, çok neden geldim dedim. İlk yıl istifa etmeyi bile düşündüm.” (Sağlık Ocağı Dönemi, Ebe 3)

Özellikle sağlık ocağı döneminde çalışan ebeler yaşların küçük olması nedeniyle toplum tarafından olumsuz karşılanmışlardır. Ebeler hizmet sunumları ve köy halkıyla kurdukları iletişim sayesinde bu dezavantajlarının etkisini azaltmayı başarmışlardır. Köy ebe okulundan mezun olmuş bir ebenin aktarımı şöyledir.

“Köyde bana muayene olmadı, hatta rica ettim. Minnet, çok ısrar ettim, hayır dedi olmuyorum dedi. Hükümet ebesiyle doğurmadım dedi. Ama esastan beni çocuk sanıyorlar.” (Sağlık Ocağı Dönemi, Ebe 18)

Toplumun ebeyi kabul etmesindeki önemli faktörlerden biri sağlık hizmetlerine olan gereksinimleridir. Özellikle sağlık ocağı döneminde çalışan ebeler sıklıkla yaptıkları ev ziyaretlerinin toplumun ebeyi, ebenin toplumu tanımasını ve karşılıklı güven ilişkisinin kurulmasında önemli olduğunu vurgulamışlardır. Ev ziyaretlerinin yanında ana çocuk sağlığı hizmetleri, gebe ve çocuk izlemlerinin de güven kazanmalarında etkili olduğu ebeler tarafından belirtilmiştir. Katılımcılar toplumun kendilerini benimsemesi halinde başta muhtar olmak üzere sağlık evinin koşullarını iyileştirme ve hizmet sunumunun kalitesini arttırmada köy halkıyla iş birliği halinde olduklarını belirtmişlerdir.

Sağlık ocağı dönemindeki katılımcıların neredeyse tamamı çalıştıkları dönemde geleneksel ebeyle etkileşimlerinin olduğunu belirtmiştir. Aile hekimliği döneminde çalışan ebeler ise geleneksel ebelerle etkileşimlerinin bulunmadığını belirtmiştir. Geleneksel ebeyle karşılaştıklarını belirten katılımcılardan bazıları onların eğitimsiz olduklarını resmi bir ebenin gelişle doğumları bıraktıklarını, bazı katılımcılar ise geleneksel ebelerin pratik deneyimleri ve onlardan bazı bilgiler öğrendiklerini ifade etmişken başka bir grup ise geleneksel ebelerin uygulamalarının yanlış uygulamalar olduğuna değinmiştir. Bazı katılımcılar geleneksel ebelerin doğumlardan çekilmelerini sağlamak için halkı ve geleneksel ebeyi uyarmak zorunda kalmışlardır. Bir ebe bu durumu şöyle aktarmıştır:

“Geleneksel ebe vardı. O şartlarda bilim neyi ön görüyorsa bize onu öğrettiler. Bir mahalle ebesiyle hiçbir zaman mukayese edilemezdi. Gebelik ve gebelik hastalıkları doğum ve doğum anomalileri, lohusalık, çocuk bakımı bize öğretildi... Ben siz mahalle ebesini çağırırsanız beni çağırmayın dedim... Bir de mahalle ebelerine eğer elinizde doğum yaparken bir çocuk ölürse ya da kadın ölürse sizi mahkemeye vereceğim diye korkuttum. Gerçekten korkular ellerini, ayaklarını çektiler.” (Sağlık Ocağı Dönemi, Ebe 18)

Katılımcılar eğitim, denetlenme ve desteklenme ihtiyaçlarının olduğuna değinmiştir. Katılımcılar her iki dönemde de sağlık ocağındaki ve aile hekimliğindeki çalışanlarla iletişim ve iş birliği halinde çalıştıklarını belirtmiştir. Sağlık sistemindeki değişimler sağlık evi ebelerinin yönetimle aralarındaki iletişim ve iş birliğini de dönüştürdüğü ebelerin söylemlerinden anlaşılmaktadır. Kurumsal ilişkilerdeki dönüşümü ile ilgili sağlık ocağı dönemindeki ebeler öncelikli olarak sağlık ocağıyla gerektiğinde sağlık müdürlükleri ile iletişim kurduklarını belirtmişlerdir. Aile hekimliği döneminde sağlık evi ebeleri aile hekimlikleri ile olan ilişkilerde kopmaların olduğunu ifade etmişlerdir.

Tema 2: Ebelik Hizmetlerindeki Dönüşüm

Katılımcıların tamamı sağlık evi ebelerinin hizmetlerindeki dönüşümünden bahsetmiştir. Bu tema, sağlık evi ebelerinin bağımsız ebelik rollerinin erozyonu, ebelik dışı hizmetlerin değişimi ve ev ziyaretlerindeki dönüşüm olmak üzere üç alt temadan oluşmaktadır. Sağlık evi ebeleri sağlık ocağı döneminde bağımsız ebelik rollerini aktif olarak uygularken aile hekimliği döneminde ebelik rollerini yapamamaktadır. Sağlık ocağı döneminde aktif olarak yürüttükleri izlemlerdeki rollerinde azalmalar olmuş ve izlemleri yapsalar dahi sistemde kendileri yapmış gibi görünmediğini belirtmişlerdir. Sağlık evi ebeleri aşılama faaliyetlerinde aktif olarak rol alırken aile hekimliği döneminde bu rollerini de yitirmiş ancak personel eksikliğini tamamlayan kişi konumuna gelmişlerdir. Sağlık evi ebeleri sağlık ocağı döneminde gebe, bebek ve lohusa izlemleri kendileri yaparken aile hekimliği döneminde bu izlemler aile hekimliği tarafından yapılmaktadır. Aile hekimliği döneminde çalışan bir ebenin konuyla ilgili aktarımları şöyledir:

"Gebe izlemelerini sağlık ocağında iken yapıyorduk ama sağlık evine döndükten sonra aile hekimliği olduğu için gebe izlemelerini artık onlar yapmaya başladı." (Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemi, Ebe 13)

Sağlık evi ebeleri, sağlık ocağı döneminde aktif olarak doğum hizmetlerini sunmuşlardır. Aile hekimliği dönemine geçildiğinde ise artık doğumlar hastanede yaptırıldığı için doğum hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin dışında kalmıştır. Bu sağlık evi ebelerinin doğum yaptırmaya yetkilerinin alınmasında etkilidir. Bu durum sağlık evi ebelerinin doğum hizmetlerinde kendilerini vasıfsız olarak görmelerine neden olmuştur. Sağlık ocağı dönemindeki sağlık evi ebeleri aktif olarak zorlu koşullarda doğum hizmetini sunmuşlardır. Aile hekimliği dönemindeki sağlık evi ebeleri hiç doğum yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık ocağı döneminde çalışmış olan sağlık evi ebeleri üreme sağlığı hizmetlerini izlemleri aktif yaparak sunduklarını belirtmektedirler. Aile hekimliği döneminde çalışan sağlık evi ebeleri ise üreme sağlığı hizmetlerini daha çok eğitim vererek sunduklarını belirtmektedir. Sağlık evi ebeleri bulundukları bölgedeki tek sağlık personeli olmaları nedeniyle ebelik rolleri dışındaki sağlık hizmeti sunumunu da sağlamışlardır. Her iki dönemde de sağlık evlerinde çalışan ebeler toplum sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde rol almaktadırlar. Sağlık ocağı döneminde ebeler toplum sağlığı hizmetlerini sahaya çıkararak ve ev ziyaretleri yaparak sağlamışlardır. Aile hekimliği döneminde çalışan sağlık evi ebeleri toplum sağlığının hizmetleri ile ilgili eğitimler sunmaktadırlar. Her iki dönemde çalışan ebeler hemşirelik rollerini yapmalarından aynı oranda bahsedilmiştir. Bu durum sağlık evi ebelerinin her iki dönemde de hemşirelik hizmetlerini sunduklarını göstermektedir. Ancak aile hekimliği döneminde sağlık evinde çalışan ebelerin ana çocuk sağlığı hizmetleri gibi bağımsız ebelik rolleri azaldığından hemşireliğe doğru bir mesleki kimlik kayması söz konusudur. Ebelerin çalıştıkları bölgedeki tek sağlık personeli olmaları toplumun ebeden daha fazla hizmet talep etmesine bu da ebelerin çok yönlü rollerle hizmet sunmalarına neden olmuştur. Ebelerin konu ile ilgili aktarımları şöyledir:

"Köy ebesi demek sadece doğum yaptırmak demek değil. O köyde yaşayan herkesin sağlığıyla ilgilenmek demek, tansiyonu ölçmekten, iğne yapmaktan, gebe takibi yapmaktan, bebekleri izlemekten bütün işler sana ait bir sağlıkçının yapabileceği her şeyi ebe yapıyor. Sağlık evi ebeliği bu demek aslında" (Sağlık Ocağı Dönemi, Ebe 7)

"Orda birçok kişi olabiliyorsunuz sağlık evinde bir ebe oluyorsunuz hemşire oluyorsunuz psikolog oluyorsunuz temizlik personeli oluyorsunuz yani aklınıza gelebilecek her şey oluyorsunuz" (Aile Hekimliği Dönemi, Ebe 1)

Sağlık ocağı döneminde sağlık evinde çalışan ebelerin tamamı ev ziyaretlerine gitmiştir. Aile hekimliği döneminde sağlık evinde çalışan ebelerin ev ziyaretlerine gitme sıklığı azalmakta ya da ev ziyaretlerine hiç gitmemektedirler. Sağlık ocağı döneminde ebeler ev ziyaretlerine sıklıkla gebe izlemler, doğumlar, lohusa izlemleri ve çocuk izlemleri için gitmekteyken aile hekimliği döneminde daha çok yaşlı bakım hizmetleri ve yatağa bağımlı hastaların tespiti ve hizmet sunumunda rol almaktadır. Ebeler ev ziyaretlerine giderken ulaşım zorlukları gibi pek çok güçlüklerle karşılaşmışlardır. Sağlık evi ebelerinin yaptıkları ev ziyaretlerinin sıklığında ve içeriğinde dönüşüm olduğu ebelerin aktarımlarından anlaşılmaktadır. Sağlık ocağı döneminde ev ziyaretlerinde ebelik ağırlıklı hizmet sunulurken aile hekimliği döneminde geriatri ağırlıklı hizmet sunumu yapıldığı katılımcılar tarafından aktarılmaktadır. Her iki dönemde de sağlık evinde çalışmış bir ebe bunu şöyle aktarmıştır.

"Gebe, bebek lohusa hepsini yapıyordum. Yani her ay düzenli yapıliyordu onlar. Ama tabi aile hekimliğine geçildikten sonra o izlemlerde aksadı. Ev ziyaretleri işte gebe izlemlerine gidiyordum. Lohusa izlemlere düzenli gidiyordum. Bebek takiplerini çok güzel yapıyordum eskiden hani ama şu an bebek izlemleri çünkü topuk kanı almıyorsun, aile hekimi alıyor, aşılar merkezde oluyor. O yüzden bebekleri de görme imkânım azaldı yani onlarda yok." (Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemi, Ebe 16)

Tema 3: Zorlu Yaşam ve Çalışma Koşulları

Katılımcıların tamamı sağlık evi ebelerinin zorlu yaşam ve çalışma koşullarından bahsetmiştir. Sağlık evi ebeliğinde ebeler kırsal alanda hem çalışmakta hem de yaşamaktadır. Bu durum sağlık evi ebelerinin yalnızca çalışma koşullarının değil yaşam koşullarının da sınırlı olmasına neden olmaktadır. Sağlık evi ebeleri suya erişim, besine erişim, ısınma, iklim şartları ve coğrafi koşullarla ilgili pek çok zorlukla karşılaşmışlardır. Sağlık evinde yaşamakta olan ebeler suya erişim ile ilgili yaşadıkları sorunları şöyle ifade etmişlerdir

"Lojmanımda su yoktu, taşıma suyla. Suyumu getiriyordum ben yani çeşmeye gidip suyum getiriyordum. Ekstra bir yeri aramak zorunda kalmadım ama suyum yoktu." (Sağlık Ocağı Dönemi, Ebe 4)

Sağlık ocağı döneminde ebeler dolmuş veya köydeki canlı ve motorlu araçları kullanırken aile hekimliği dönemindeki ebelerde dolmuş ya da kendi araçlarını kullanmaktadırlar. Bu imkanlar yoksa yürüyerek ulaşımı sağlamaktadırlar. Aile hekimliği döneminde ulaşım koşullarının iyileştiği söylenebilir. Ancak bunu temel nedeni çağın koşullarındaki dönüşümdür. Temelde ulaşım koşullarındaki değişikliklerin sınırlı olduğu ebeler tarafından belirtilmektedir.

"Bir köye atandım, yolları falan yoktu, zaten yolu yok hayvanlarla gidiyordum. Doğumlara falan hep hayvan sırtında veyahut da yürüyerek gidiyorduk." (Sağlık Ocağı Dönemi, Ebe 5)

Kırsal bölgelerde tek başlarına çalışan ebeler, zorlu yaşam ve çalışma koşullarına rağmen özverili çalışmalarıyla zaman içerisinde köy halkı tarafından kabul görmüşlerdir. Ebeler, köy halkıyla uyumlu bir çalışma şekli belirleyerek, sağlık evini benimseyip iyileştirerek topluma hizmet sunmaya çalışmışlardır. Sağlık evi ebeleri bu zorluklarla mesleklerine olan bağlılıkları ve topluma fayda sağlama içgüdüsünden temellenen dayanma stratejileri geliştirerek baş etmişleridir.

Katılımcıların yaşadıkları önemli zorluklardan biri de yalnızlık ve tüm sorumluluğun yalnızca kendilerinde olmasıdır. Sağlık ocağı döneminde çalışan yedi ebe, aile hekimliği döneminde çalışan beş ebe bu konudaki deneyimlerini belirtmişlerdir.

"İlk başlarda çok ağladım bir kere evimi kuruncaya kadar çok ağladım çünkü yersiz yurtsuz kaldığınızı hissedersiniz ya bir 15 gün sürdü bu işte" (Sağlık Ocağı Dönemi, Ebe 7)

" İlk gittiğimde gayet heyecanlıydım nasıl hizmet edeceğimi bilmiyordum işleyişin nasıl olduğunu bilmiyordum sağlık personeli olarak tek ben vardım bütün sorumluluk benim üstümdeydi hem heyecan hem de telaş böyle karışık duygular vardı heyecan vardı bir şeyleri yanlış yapma korkusu da vardı çünkü tek başınıza çalışıyorsunuz birine danışacak imkanınız yok evet o köye mobil geliyor ama doktorla da iletişimimizin çok iyi olması gerekiyordu dediğim gibi ilk memuriyetim orasıydı ve tek başımaydım heyecanla korku karışımı bir duygu içerisindeydim." (Aile Hekimliği Dönemi, Ebe 10)

Aile hekimliği döneminde sağlık evinde çalışan ebeler bu yalnızlık hissini ve beraberindeki güvenlik risklerini yaşamamak için ilçede yaşadıklarını ifade etmektedirler.

" Ben ilçeden geliş gidiş yapmayı düşündüm ve o şekilde hep zaten hiç bu zamanda kalmadım kalmama sebeplerimden biri sağlık evinin bulunduğu ortam şey korkunç yani yanında sadece bir tane ev var ve köyün nüfusu az ve hiç kimseyi tanımıyorum ve tek başıma nasıl kalacağım bu benim için çok büyük bir korkuydu onun için ilçeden ev tuttum. Geliş gidiş yaptım" (Aile Hekimliği Dönemi, Ebe 11)

Katılımcıların yaşadığı önemli sorunlardan biri de mesai saatlerinin belirsiz olmasıdır. Sağlık ocağı dönemindeki ebeler bu sorunu daha çok yaşamışlardır. Bunun temel nedenleri ebelerin sağlık evi içerisinde yaşamaları ve hasta ebe ilişkisinin derinleşmesidir. Aile hekimliği döneminde sağlık evinde yaşayan ebede bu sorunu yaşamaktadır ancak ebelerin ilçede ya da merkezde yaşamaları nedeniyle bu durumun azaldığı ebeler tarafından belirtilmektedir.

Ebelerin zorlu koşullara karşı geliştirdikleri en önemli dayanma stratejileri; içlerindeki heyecan, ebeliğe olan sevgileri, bağlılıkları, özverileri ve köy halkı tarafından benimsenmeleridir. Sağlık evinin fiziksel koşulları sağlık ocağı döneminde çalışanlarda asgari düzeyin altında, aile hekimliği döneminde ise daha iyi olduğu katılımcıların aktarımlarından anlaşılmaktadır. Her iki dönemde de sağlık evi bulunmadığı halde atanmış ebeler bulunmaktadır. Bu ebeler farklı yerlerde sağlık hizmeti vermek zorunda kalmışlardır. Sağlık evi bulunamamasına rağmen orada hizmet sunan ebelerin aktarımları şöyledir:

"Gittiğim yerde sağlık evi bile yoktu ben ev tuttum 1987 senesinde bir köyde 5 TL kirayla bir ev tuttum." (Sağlık Ocağı Dönemi, Ebe 7)

" Köyde ebelik yapacaktım ama benim sağlık evim aktif değil şu anda sağlık evi binam yok onun için ben kuran kursun da hizmet veriyorum." (Aile Hekimliği Dönemi, Ebe 10)

Yaşam ve altyapı koşullarından yıllar içerisinde büyük değişimler olsa da sağlık evleri bu durumdan etkilenmemiştir. Sağlık evinin bakımını giden ebe kendisi yapmak zorunda kalmış veya muhtarla iş birliği sağlayarak şartları iyileştirmiştir. Katılımcıların malzeme temini ve sterilizasyonu konusunda çeşitli zorluklarla karşılaştıkları görülmektedir. Malzemelerin çoğu ilçe sağlık müdürlüğünden temin edilmekte, ancak bazen yeterli gelmediğini ve ebelerin kendileri almak zorunda kaldıklarını belirtmiştir. Ayrıca sağlık evlerindeki demirbaş eşyaların eskimesi gibi sorunlar da bulunmaktadır. Buna karşın aile hekimliği sistemine geçişle birlikte bazı iyileşmeler olduğu ancak genel olarak sağlık evi ebelerinin çalışma koşullarının hala zorlu olduğu katılımcılar tarafından belirtilmektedir.

Şekil 1. Kelime Bulutu



Punto küçüldükçe kelimelerin tekrarlanma sıklığı azalmaktadır. Katılımcılar tarafından en sık tekrar edilen beş kelime sırayla sağlık, doğum, aile, ebe ve köydür.

Tartışma

Sağlık evi ebelerinin sağlık ocağı döneminde ve aile hekimliği döneminde mesleki rolleri ve çalışma koşullarının dönüşümündeki deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Görüşmeler esnasında ebeler sağlık evinde toplumsal ve kurumsal ilişkilerinden bahsetmişlerdir. Ebelerin toplumla aralarındaki ilişki sağlık ocağı döneminde ve aile hekimliği döneminde genel olarak benzerlik göstermektedir. Her iki dönemde de ebeler toplum ilk atandıkları zaman sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık ocağı dönemindeki sorunlar ebenin yaşının küçük olması, dil ve kültür farklarının bulunması olduğu ebelerin aktarımlarından anlaşılmaktadır. Sağlık evi ebeler ile yapılan başka bir çalışmada bir ebe bu durumu şöyle aktarmıştır: *"Yaşım küçük diye bu kendi çocuk, nasıl doğurtacakmış diyorlarmış."*³⁸ Ebelerle yapılan röportajlardan oluşan bir çalışmada sağlık evinde çalışmış bir ebe de şöyle belirtmiştir: *Köylü inanıp güvenmemekte direniyordu. Çocuk diyorlardı arkandan."*³⁹

Sağlık ocağı döneminde sağlık evi ebelerinin tamamı geleneksel ebelerle etkileşimlerde bulunmuşlardır. Bazı ebeler geleneksel ebenin yanlış uygulamaları olduğunu düşünerek tamamen sağlık hizmetlerinden çekilmelerini sağlamıştır. Bir çalışmada araştırmamızdaki ebelerin söylemlerini destekler nitelikte bir ebenin aktarımları şöyledir: *“Küçüküm ben doğum yaptıramam diye gebeleri benden saklıyorlarmış, diğer yaşlı ebeler yaptırın diye”*.³⁸ Aile hekimliği döneminde sağlık evinde çalışan ebelerin geleneksel ebelerle etkileşimleri olmamıştır.

Görüşmeler esnasında katılımcıların ifadelerinden sağlık evi ebelerinin sağlık ocağı dönemi ile aile hekimliği dönemi arasındaki hizmetlerinde belirgin değişiklikler bulunduğu anlaşılmıştır. Sağlık ocağı döneminde sağlık evi ebeleri 154 sayılı yönergede belirtildiği üzere doğum yaptırabilmekte, gebe, bebek, çocuk ve lohusa izlemelerini aktif olarak yapabilmektedir.¹² Aile hekimliği döneminde ise sağlık evi ebeleri bölgelerindeki sağlık risklerinin tespiti, hemşirelik uygulamaları, çevre sağlığına yönelik hizmetler ve sağlık eğitimleri vermek üzere görevlendirilmektedirler.¹¹ Sağlık ocağı döneminde sağlık evi ebeleri izlemleri kendi sorumluluğunda yapabilirken aile hekimliği döneminde sağlık evi ebelerinin gebeleri izleme yetkisinin bulunmamakta ancak aile hekimliğinin talebi üzerine gebelerin takibini yapabilmektedir. Sağlık evi ebeleri izlemi yapsa bile kendi yapmış gibi gözükmemektedir. Alan yazındaki bir araştırmada çalışmamızı destekler nitelikte olup araştırmamızın katılımcılarından birinin konuya ilişkin ifadesi şöyledir: *“Köydeki gebeler ve çocuklar aile hekimliğine bağlı ama köyden git gel yapmasınlar diye her şeyimiz var, ben tartıyorum burada. Telefonla bildiriyorum ya da pazartesi gittiğimde götürüyorum. Aile planlaması malzemeleri onların ellerine geldiğinde gönderiyorlar, ben de onları dağıtıyorum. Eğitim veriyorum. Aile hekimliği bunu kendi yapmış gibi gösteriyor”*.⁴⁰

Sağlık ocağı döneminde ebeler aktif doğum yaptırabilmekteyken aile hekimliği döneminde doğumların hastanelerde yoğunlaşması nedeniyle zamanla birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğumlardaki rolü azalmıştır. Bunun çıktılarından biri de sağlık evi ebelerinin doğum yaptırmasının yasaklanmasıdır.^{12, 32} Sağlık ocağı döneminde ebeler doğum hizmeti sunmuş ve hizmet sunumunda çeşitli zorluklarla karşılaşmışlardır. Literatürdeki çalışmalardan birinde bir ebenin aktarımı şöyledir: *“Gittiğim ilk doğum ters idi ve spina bifida denen durum vardı. Bu durumun benim hatam olmadığını anlatmak için o kadar zorlandım ki”*.³⁹ Sağlık ocağı dönemindeki ebeler aile planlaması anlatmakla görevliyken aile hekimliği döneminde çalışan ebelerin böyle bir görev tanımları bulunmamakta aile hekimliğinin talebi halinde yapabilmektedirler.^{8, 12, 38} Sağlık ocağı döneminde çalışanlar aile planlaması eğitimi sunarken dil, kültür ve hizmetin reddi gibi sorunlarla daha fazla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Literatürde de ebelerin aile planlaması hizmeti sunarken zorluklar yaşandığı belirten çalışmalar mevcuttur.³⁸ Alan yazındaki bir çalışmada da aile planlaması hizmetleri sunumunda dil ve kültürün engel oluşturduğu belirtilmiş katılımcılardan biri bu durumu şöyle aktarmıştır: *“Doğum kontrolü anlatıyorduk ama çok Türkçe bilmiyorlardı. Hapları göstererek anlatıyorduk, çoğu da kabul etmiyordu. “Bizi kısırlaştırıcaksınız” diyorlardı”*.³⁸ Katılımcılar zorluklara rağmen aile planlaması ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetleri sunmaya devam etmiş ve toplumun düşüncelerinin olumlu yönde değişmesini sağlamışlardır. Literatürde sağlık evi ebeleri ile yapılmış bir çalışmada bizim çalışmamız örtüşür nitelikte ebelerin kırsal bölgelerde üreme sağlığı ile ilgili var olan tabuların kırılmasında rol aldığını belirtmiştir.³⁸ Ev ziyaretleri sağlık ocağı döneminde aktif ve belirli bir planlamaya uygun olarak yapılmaktayken aile hekimliği döneminde ebelerin bazıları tarafından yapılmakta, bazı ebeler tarafından ise yapılmamaktadır. Sağlık ocağı döneminde yapılan ev ziyaretlerinde gebe izlem, doğum, lohusa izlen, yenidoğan ve çocuk izlemi gibi ana çocuk sağlığı hizmetleri ağırlıkta olmak üzere kapsamlı sağlık hizmetleri sunulduğu ebeler tarafından aktarılmıştır. Alan yazındaki araştırmaların birinde ev ziyaretleri ile ilgili katılımcılardan birinin aktarımı şöyledir: *“Bekçiyi yanıma alarak köyleri dolaşırdım. Gebe takibi, çocuk taraması ve ETF uygulaması başlattım”*.³⁹ Ev ziyaretleri önceleri lohusa izlemi, yenidoğan izlemi gibi amaçlarla yapılmışken günümüzde daha çok evde bakım hizmetleri ve yaşlı bakım hizmetlerinin sunulması amacıyla yapılmaktadır.

Sağlık evi ebeleri yaşam ve çalışma koşulları ile ilgili zorluklarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Sağlık evlerinin fiziki koşullarının uygun olmamasına rağmen ebeler hizmet sunmak zorunda kalmışlardır.³⁸⁻⁴⁰ Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun 17. maddesinde gerekli şartlar sağlanmadan o bölgenin sosyalleştirilemeyeceği belirtilmesine rağmen koşulların uygun olmadığı bölgelerde sağlık evleri açılmış veya sağlık evi ebeleri atanmıştır.^{7, 37} Çalışmamızda da sağlık ocağı döneminde sağlık evine atanmasına rağmen gittiğinde sağlık evi bulunmayan yerlerde çalıştığının belirten ebeler mevcuttur. Çalışmamızı destekler

nitelikte emekli bir ebe anı kitabında bu durumu şöyle belirtmiştir: “Köyde sağlık evi yoktu ama bir ebe kadrosu vardı işte o kadroyu ben dolduruyordum”.⁴⁰ Literatürdeki bir çalışmada da ebelerin yaşam ve çalışma koşullarının uygun olmadığı belirtilmektedir. Katılımcılar ulaşım ile ilgili zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir.³⁸ Özellikle araç bulma ve coğrafi koşullar nedeniyle ulaşımın zorlaştığını belirtmektedirler. Bizim çalışmamızla benzer olarak ebelerin anılarından oluşan bir kitapta bir ebe bu durumu şöyle aktarmıştır: “Köy yolları kötü ve tehlikeli olurdu. Vasıta bulamazdık”.³⁹ Katılımcılar ekipman ve malzemenin temini ile ilgili sorunlar yaşadıklarını da belirtmişlerdir. Literatürde de bunu destekleyen çalışmalar mevcuttur.³⁸⁻⁴⁰

Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde 80 yılı aşkın süredir hizmet sunan sağlık evleri sağlık sistemindeki değişikliklerle beraber dönüşüme uğramıştır. Sağlık evi ebeleri kırsaldaki halka en yakın kişidir. Sağlık evi ebeleri, sağlık ocaklarının aile hekimliklerine dönüşmesiyle birlikte bağımsız ebelik rollerinde büyük kayıplar yaşamışlardır. Ebeler sağlık ocağı döneminde doğum yaptırabilen, gebe, lohusa, bebek ve çocukların izlemine kendi sorumluluğunda takibini yapan, aşılamada aktif rol alan ve üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunu sağlamaktaydı. Aile hekimliği döneminde ise doğumların tamamına yakınının hastanelerde olması nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğum hizmetlerindeki sorumlulukları ortadan kalkmıştır. Gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemleri aile hekimlikleri tarafından yapılmakta ve sağlık evindeki ebe aile hekimliğinin talebi halinde yapabilmektedir. Çağın şartlarındaki dönüşüm ve teknolojiye ilerlemelerin sağlık evi ebelerinin yaşam ve çalışma koşullarında iyileşmeler olmasını sağlamışsa da tamamen olumlu bir dönüşüm olduğu söylenemez. Özetle; sağlık evi ebeleri hem sağlık ocağı döneminde hem de aile hekimliği döneminde kırsal bölgelere sağlık hizmet sunumunda çalışmışlardır. Sağlık ocağı döneminde bağımsız ebelik rollerini sunabilirken aile hekimliği döneminde sağlık evi ebelerinin bağımsız ebelik rolleri erozyona uğramıştır.

Sağlık evi ebeleri sundukları hizmeti gösterebilecekleri ve takip edebilecekleri bir sistemleri bulunmamaktadır. Sağlık evi ebeleri için bu sistemin oluşturulabileceği böylece sağlık evi ebelerinin sundukları sağlık hizmetlerini sistem üzerinden gösterebilecekleri ve sağlık evlerindeki çalışmalarda standardizasyonun sağlanabileceği düşünülmektedir.

- Ebelik tarihinin gün yüzüne çıkarılabilmesini sağlamak için daha fazla ebelik tarihi çalışması yapılması ve ebelerin deneyimlerinin ortaya çıkarılmasında etkili olabilecek niteliksel çalışmaların yapılması önerilir.
- Sağlık evi ebelerinin kırsalda sundukları sağlık hizmetlerinin iyileşmesine ve sağlık eşitsizliklerinin azalmasına yönelik sağlık evleri ve kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetleri ile ilgili daha fazla çalışma yapılması önemlidir.

Bilgi

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Bu makale Mevlüde Özel'in Doç. Dr. Ummahan Yücel danışmanlığında yürüttüğü Sağlık Evi Ebelerinin Mesleki Sorumluluklarının ve Çalışma Koşullarının Dönüşümü: Nitel Bir Araştırma isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Mevlûde Özel: Fikir, veri toplama, verilerin analizi ve yorumlanması, kaynak taraması, makale yazımı.

Ummahan Yücel: Fikir, verilerin yorumlanması, kaynak taraması, makale yazımı, eleştirel inceleme.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (1946). Constitution Of The World Health Organization. <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf> Erişim Tarihi:16.02.2025
2. United Nations (1948). The Universal Declaration of Human Rights. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
3. T.C. Resmî Gazete. (1961). Türkiye Cumhuriyet Anayasası. 20 Temmuz 1961. Sayı: 10859. Ankara <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10859.pdf>
4. Devlet Planlama Teşkilatı. (1963). I. Beş Yıllık Kalkınma Planı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Kalkinma_Plani_Birinci_Bes_Yillik_1963-1967.pdf Erişim Tarihi:12.01.2024
5. T.C. Resmî Gazete. (1961). 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12 Ocak 1961. Sayı:10705. Ankara.

6. Fişek N., (1964) Muş Sağlık Bülteni pp:4-8 <https://nusret.fisek.org.tr/saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesinin-tarihcesi-ve-temel-prensipieri/>
7. Devlet Planlama Teşkilatı. (1968). II. Beş Yıllık Kalkınma Planı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/IIkinci_Bes_Kalkinma_Plani-1968-1972.pdf Erişim Tarihi:12.01.2024
8. Yücel U. Türkiye’de Sağlık Evlerinin Yeri ve Mevcut Durumu, 3rd International Science Symposium (September 05-08, 2018), Pristina-Kosovo (ISS2018), 1B23PB; pp:117-122.
9. Aloglu, N., & Taşlıyan, M. Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) Çalışan Sağlık Personelinin Geçmiş Sistem İle (Sağlık Ocakları) Bugünkü Sistemdeki (Aile Hekimliği) Değerlendirilmeleri: Kahramanmaraş İl Merkezinde Bir Alan Çalışması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2016; 2(3): 1-14.
10. Altındağ, Ö., & Yıldız, A. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi, 2020; 10 (1): 157-1845.
11. T. C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönerge. http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/yonergeler/THSK_tasra_yonergesi_guncel.pdf
12. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1965). Sağlık Hizmetlerinin Sosyallestirdiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Akın Matbaası. Ankara
13. Yücel U. Ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Açısından Ebeliğin Tarihi, e Sağlık Ebelik Dergisi, 2016; 4(13): 46-51
14. Korkutata S., Çetintaş H.B., Sağlık Kurumlarında Belge Yönetimi, Bingöl Araştırmaları Dergisi, 2021; 8(1), 7-25. <https://doi.org/10.53440/bad.968705>
15. Fişek N., (1985). Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi, Çağ Matbaası, Ankara,
16. Devlet Planlama Teşkilatı. (1973) III. Beş Yıllık Kalkınma Planı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Yeni-Strateji-ve-Kalkinma-Plani_Ucuncu-Bes-Yil_1973_1977.pdf Erişim Tarihi:12.01.2024
17. Özcan, C., Erdal, R. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yaşanılan Süreçler, Smyrna Tıp Dergisi. 2017; 58 :58-63
18. Akdur R. (2008). Cumhuriyet’ten Günümüze Türkiye’de Sağlık. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı. pp:45-71
19. Gönç, T. Neoliberal Politikaların Küresel Düzeyde Sağlık Üzerindeki Etkileri. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2017; 17(1), 159-178. <https://doi.org/10.18037/ausbd.415673>
20. T.C. Resmî Gazete (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 9 Kasım 1982. Sayı: 17863. Ankara <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>
21. Kasapoğlu, A. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi / Journal of Sociological Research. 2016; 19 (2):131-174
22. Vural B. K., Taşpınar A. Sağlık Politikaları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006; 22 (1): 305-318.
23. Fedai, R. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003”, MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2019; 8 (2): 2010-2032.
24. Hamzaoglu, O., & Pala, K. Alma- Ata’dan Astana’ya Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. Toplum ve Hekim, 2021; 36(1), 3-4.
25. Çavmak, Ş., Çavmak K, D. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Sağlık Yönetimi Dergisi, 2017; 1 (1): 48 57
26. T.C. Sağlık Bakanlığı (2001). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 1996-1999. Ankara
27. Ögenler, O., Akaalper, İ., Okuyaz, S. Dr. Refik Saydam’dan günümüze sağlık alanındaki gelişim: 100 yıl. In: International Conference on Scientific and Academic Research.2023; pp: 174-180.
28. Dedeoğlu H.N., 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu Yasasının İrdelenmesi. Toplum ve Hekim dergisi. Mart-Nisan 2024 ;39 (2):101-109.
29. Çiçeklioğlu M., Şevik İ. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 20. Yılında Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Toplum ve Hekim. Mart-Nisan 2023. 38(2): 135-144.
30. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, 2005 https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=5f5d8700-a285-11e7-9205-300896da83fe Erişim Tarihi:08.01.2024
31. Kalkınma Bakanlığı. (2013). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/06/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf Erişim Tarihi: 12.05.2025