

## Aile Sağlığı Merkezinde Eleman Değil Hemşire Olmak

### Being a Nurse Instead of Personnel in a Family Health Center

AYŞE SEZER BALCI\*  
SAİME EROL\*

Geliş Tarihi: 11.06.2014, Kabul Tarihi: 18.11.2016

#### ÖZ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre "aile sağlığı hemşiresi kronik hastalıklar ve sakatlıklarla baş etmede, stres zamanları boyunca hastalara yardım etmek için zamanlarının büyük bölümünü birey ve aileler ile evlerinde çalışarak geçirir". Aile sağlığı hemşiresi halk sağlığındaki sağlığı koruma, geliştirme unsurlarını tedavi edici ve palyatif bakımla birleştirir; aile, toplum ve sağlık sistemleri arasındaki koordinasyonu kolaylaştırır. Dünya genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler aile sağlığı hemşiresi olarak adlandırılmakta, rol ve sorumlulukları bu doğrultuda belirlenmektedir. Ülkemizde ise aile sağlığı merkezinde çalışan hemşireler rol ve sorumlulukları açısından "aile sağlığı hemşireliği" kapsamında yer almakta; fakat "aile sağlığı elemanı" olarak adlandırılmaktadır. Bu makalenin amacı, aile sağlığı hemşireliği kavramını, tarihsel gelişimini, rol ve sorumluluklarını açıklamak ve ülkemizdeki mevcut durumu ortaya koymaktır. Bu makalenin aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler ve konu ile ilgilenen araştırmacılar için yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Aile; aile sağlığı merkezi; hemşire.

#### ABSTRACT

According to the World Health Organization, "a family health nurse helps individuals and families cope with illness and chronic disability, or during times of stress, by spending a large part of their time working in patients' homes and with their families". Family health nurses combine the health protection and development elements of public health with therapeutic and palliative care. Family health nurses facilitate the coordination between family, community and health systems. Nurses who work in family health centers are called family health nurses worldwide, and family health nurses' roles and responsibilities are defined in this context. In our country, nurses employed in family health centers work within the scope of family health nursing in terms of roles and responsibilities; however, they are called family healthcare personnel. The purpose of this article is to explain the concept of family health nursing, the historical development, the roles and responsibilities of nurses, and to reveal the current situation in our country. This article is considered to be useful for nurses who work in family health centers and researchers who interested in the subject.

**Keywords:** Family; family health center; nursing.

\* A Sezer Balci, Araş. Gör.; S Erol, Doç. Dr  
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı  
Hemşireliği Anabilim Dalı  
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:  
Ayşe Sezer Balci  
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Başı Büyük Kampüsü  
Başbüyük Mah. Maltepe Başbüyük Yolu Sk. No:9-4-1 Maltepe / İstanbul  
Tel.: 0 216 330 20 70 Faks: 0 216 399 62 42  
e-posta: ayses\_18\_9@hotmail.com

**D**ünya Sağlık Örgütü'ne göre "aile sağlığı hemşiresi kronik hastalıklar ve sakatlıklarla baş etmede, stres yaşadıkları dönemler boyunca hastalara yardım etmek için zamanlarının büyük bölümünü birey ve aileler ile evlerinde çalışarak geçiren kişidir". Aile sağlığı hemşiresi (ASH), aile sağlığının en üst düzeye taşınmasında aileye eğitici ve destekleyici hizmet verir, ailenin bakımda gücünün artmasını sağlar, aile üyeleri ile işbirliği içinde birbirlerini desteklemesini sağlar, erken tanıda aktif görev alır.<sup>[1-5]</sup> Aile sağlığı hemşiresi halk sağlığı hemşiresinin rollerini aile merkezli yürüterek, aile üyelerini ev ortamında kendi sağlık sorunlarını yönetmede destekler. Aile sağlığına yönelik uygulamalar ekip çalışmasını gerektirir. Ekip içerisinde aile sağlığı hemşiresi halk sağlığındaki sağlığı koruma, geliştirme rollerini tedavi edici ve palyatif bakımla birleştirir, aile, toplum ve sağlık sistemleri arasındaki koordinasyonu kolaylaştırır.<sup>[6]</sup>

Avrupa ülkelerinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler aile sağlığı hemşiresi olarak anılmakta, rol ve sorumlulukları bu doğrultuda belirlenmektedir. Avustralya'da, Hollanda'da ve İngiltere'de birinci basamak hizmetlerde aile sağlığı hemşireleri hizmet vermektedir. Amerika'da faklı eyaletlerde hemşire tarafından yönetilen aile sağlığı merkezi bulmakta, koruyucu hizmetler sunulmaktadır.<sup>[7]</sup> Ayrıca 2009 yılında on Avrupa ülkesinin işbirliği ile Aile Sağlığı Hemşireliği projesi başlatılmış, proje ile değişen sağlık ihtiyaçlarını karşılamada aile sağlığı hemşireliğinin kapsamı, tanımı, yetkinliklerinin belirlenmesi, eğitim materyallerinin oluşturulması hedeflenmiştir.<sup>[8]</sup>

Ülkemizde ise aile sağlığı merkezinde çalışan hemşireler rol ve sorumlulukları açısından "aile sağlığı hemşireliği" kapsamında yer almakta, fakat "aile sağlığı elemanı" olarak adlandırılmaktadır. Bu makalenin amacı, aile sağlığı hemşireliğinin tarihsel gelişimi, rol ve sorumluluklarını açıklamak ve ülkemizdeki mevcut durumunu ortaya koymaktır. Makalenin aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler ve konu ile ilgilenen araştırmacılar için yararlı olacağı düşünülmektedir.

## Aile Sağlığı Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi

Aile sağlığı hemşireliği terimi ilk olarak 1980 yılında Lorraine Wright ve Maureen Leahey tarafından aile birimine yönelik hemşirelik girişimlerini ayırt etmek amacıyla kullanılmıştır.<sup>[9]</sup> Dünyada aile sağlığı hemşireliğinin gelişiminde üç temel unsur etkili olmuştur. İlk olarak, ülkelerin sosyo-demografik yapılarındaki değişimler karşılanması gereken sağlık ihtiyaçlarında değişikliğe neden olmuştur. Örneğin, Avrupa'da son zamanlarda yaşlı nüfusun giderek artması bu ülkelerde yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını öncelikli sorun haline getirmiştir. İkinci olarak, Avrupa'da bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler, alkol, tütün tüketimi, ruh sağlığı sorunları ve obezite gibi diğer riskli sağlık davranışları artmıştır.<sup>[10]</sup> Üçüncü olarak, sağlık ihtiyaçlarını karşılamada sağlık hizmetlerinin sunumunda ve erişiminde değişimler olmuştur.<sup>[11]</sup>

Amerikan ve Kanada Hemşireler Birliği gibi pek çok hemşirelik örgütü 1980 yılının ikinci yarısından itibaren, sağlık hizmetlerinin her düzeyinde ASH'ye dikkat çekmiş ve yaşama geçirilmesi için tüm ülkelere tavsiye kararlarında bulunmuştur.<sup>[1]</sup> Dünya Sağlık Örgütü, 2000 yılında, "Hemşirelik ve Ebelik: Sağlık için Güç Birliği" üzerine Münih Deklarasyonu ve buradaki grup çalışması raporunda, Viyana'daki 53. oturumda, birinci basamak sağlık hizmetleri için ASH'nin gerekliliğini deklare etmiştir.<sup>[1,3,11]</sup> Ayrıca Dünya Bankası'nın finansal desteğiyle 2000 yılından itibaren aile hekimliği sistemi içinde ASH uygulamasını yaşama geçirmeyi hedeflediğini ve bunun için pilot uygulamalara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir.<sup>[1-3]</sup> Bir yıl sonra İskoçya, Tacikistan, İspanya, İsveç başta olmak üzere 18 ülkede pilot uygulamalara başlayacağını duyurmuştur.<sup>[1,3,4]</sup> Pilot uygulamaların ilki İskoçya'da (2000) daha sonra Finlandiya (2001) ve Moldova'da (2001) başlamış olup, pilot uygulama 2003 yılından tamamlanmıştır.

Aile sağlığı hemşireliği pilot uygulaması, teorik ve uygulamalı olmak üzere toplam iki yıllık süreyi kapsamaktadır. Eğitim programının ilk aşamasını yedi modülden oluşan 10 aylık teorik eğitim, ikinci aşamasını ise eğitimi başarı ile tamamlayan adayların pilot olarak belirlenmiş bölgelerde bir yıllık tam zamanlı hemşirelik uygulamaları oluşturmaktadır. Toplam iki yıllık programdan geçen hemşirelerin başarı durumları sınavlar ve hemşire eğitimcilerin pilot bölgede yürüttükleri değerlendirmeler ile belirlenmiştir.<sup>[12-15]</sup> Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2006 yılında ASH pilot uygulamalarının tüm ülkelerdeki sonuçlarına yönelik rapor yayınlanmıştır. Rapora göre, pilot uygulamalarda belirlenen aile sağlığı hemşiresi rollerinin, hizmet veren hemşireler, politika yapımcılar ve hizmet alıcılar tarafından benimsendiği, ASH rollerine yönelik uygulamaların ülkelerde benzer olduğu, eğitim ve sağlık sistemlerinin roller için uyum sağladığı, uygulamaların daha büyük toplum gruplarına yaygınlaştırılması gerektiği belirtilmiştir.<sup>[6]</sup>

## Aile Sağlığı Hemşiresinin Roller ve Aileye Yaklaşımı

Aile sağlığı hemşireleri birey, aile ve grupların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumlarına yönelik birincil, ikinci ve üçüncül koruyucu hizmetlerin sunulmasında aktif bir rol oynar.<sup>[8]</sup> Aile sağlığı hemşiresinin rolleri; sağlık eğitimcisi, koordinatör, işbirlikçi ve danışman, bakım danışmanlığı, vaka bulucu ve yöneticisi, çevre düzenleyici, araştırmacı, savunucu, rol modeli şeklinde açıklanmıştır.<sup>[16]</sup> Dünya Sağlık Örgütü ise ASH'nin rollerini; sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde birinci basamak hemşirelik hizmeti, evde bakım hizmeti, kişinin öz bakımını geliştirme hizmeti, hastalıkların erken tanısında aktif rol alma, kriz ile baş etmede aileye yardım, hemşirelik bakımında aile içindeki tüm bireylere odaklanma, hemşirelik bakımını bütüncül yaklaşım ile sürdürme şeklinde açıklamıştır.<sup>[1]</sup> Aile sağlığı hemşiresi, aileyi dört şekilde değerlendirmektedir. Bunlar, aileyi durumsal

olarak, hizmet alıcı (müşteri) olarak, sistem olarak ve toplumun bir parçası olarak değerlendirme yaklaşımıdır.<sup>[5,16]</sup>

### Aileyi Durumsal Olarak Değerlendirme Yaklaşımı

Bu yaklaşımda hemşire aile içindeki bireyleri teker teker ele alır, birey ön planda aile geri plandadır. Ailedeki her bireye sağlık, hastalık ya da stres yaratan durumlar ile başa çıkmada danışmanlık ve destek hizmeti sunar. Hemşire aileyi değerlendirirken birey odaklı teori ve modelleri kullanır. Bu yaklaşım, anne-çocuk hemşireliği uzmanlığını temel alır, felsefesi de anne ve çocuk sağlığı bakım ortamlarının felsefesine dayanır. Bu yöntemi kullanan hemşire hizmet alan bireye örneğin, “gece kullanılması gereken ilacı olan bireye aile üyelerinden kim yardımcı olur? Doğum sonrası bebek bakımında anneye aile üyelerinden kim destek olur?” gibi sorulara yanıt arar. Bireyin sağlık durumuna odaklanır ve diğer aile üyelerinin ona destek olmasını hedefler. “Eşinizin diyabetiniz ile ilgilenmesi ve yemekleri diyetinize uygun şekilde değiştirmesi sizin için harika” gibi ifadelerle aile bireylerinin uygun davranışlarını destekler.<sup>[5,16]</sup>

### Hizmet Alıcı (Müşteri) Olarak Aile Yaklaşımı

Bu yaklaşımda aile bir bütün olarak ele alınır, bireyler ayrı ayrı değerlendirilmez. Aile, ailede yaşayan bireylerin toplamı olarak görülür. Tüm ailenin sağlığını iyileştirmek için aile bireylerinin her biri ele alınır. Bu yaklaşımda hemşirenin bireye yönelik soruları; “sizdeki diyabet hastalığı ailenizdeki diğer kişileri nasıl etkiledi? Gece geç vakitte ilaç kullanmanız aile bireyleriniz için sorun olur mu?” şeklindedir.<sup>[5,16]</sup>

### Sistem Olarak Aile Yaklaşımı

Bu yaklaşım aileye bir sistem olarak odaklanır. Aile bir müşteridir, ailedeki bireyler birbirlerini etkileyen sistem olarak görülür. Hemşire girişimlerinde aileyi bir bütün olarak ele alıp bireyler arası etkileşime odaklanır. Sistem yaklaşımına ailedeki her birey sistemin bir parçası olur ve bu parçadan sistemin diğer parçaları etkilenir. Bu nedenle, eğer bir aile üyesi hasta olursa, diğer tüm aile üyelerini etkiler. Örneğin “çocuğunuz diyabet tanısı aldıktan sonra eşiniz ile ilişkiniz nasıl etkilendi? Çocuğunuzun diyabet tanısı aile fonksiyonlarını ve etkileşimlerini nasıl etkiledi?” sorularını sorar.<sup>[5,16]</sup>

### Toplumun Bir Parçası Olarak Aile Yaklaşımı

Aile toplumun bileşeni olarak görülür. Aile toplumda yer alan sağlık, eğitim, dini ya da ekonomik kurumlar gibi pek çok kurumdan biri olarak görülür. Aile toplumun temel birimidir ve toplum sistemin bir parçasıdır. Örneğin “stres sorununuzu çözmek için toplumsal kaynaklardan destek aldınız mı? Çocuğunuzun HIV tanısına okul yönetiminin tepkisi ne oldu? Meme kanseri ile baş etmek için diğer kuruluşlardan destek aldınız mı?” sorularını sorar.<sup>[5,16]</sup>

### Dünya’da Aile Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

Aile sağlığı hemşireliğine yönelik pilot uygulamanın ilk başlatıldığı ülkelerden biri olan Tacikistan’da aile sağlığı hemşireliği ulusal sağlık reformunun bir parçası olarak hayata geçmiş, birçok ülke ile işbirliği yapılmış, birinci basamakta hizmet sunacak hemşirelerin eğitimine yeni bir yaklaşım getirmek amaçlanmıştır. Program sonunda 2000 nitelikli aile sağlığı hemşiresi, 500 eğitimci yetiştirilmiş ve aile sağlığı hemşireliği müfredat programı oluşturulmuştur. Mevcut sistemde birinci basamakta sağlık ocağı sistemi bulunmakta, 20.000 kişiye bir sağlık ocağı düşmekte, sağlık ocaklarında bir doktor ve iki aile sağlığı hemşiresi bulunmaktadır.<sup>[15,17,18]</sup>

Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da sağlık hizmetleri genel olarak özel sağlık kurumları ve özel sigorta şirketleri tarafından yürütülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri daha çok özel kurumlar (hekim muayenehaneleri, toplum sağlığı merkezleri) tarafından sunulmaktadır. Aile hekimi muayenehane hekimi, hemşire ise muayenehane hemşiresi olarak çalışmaktadır.<sup>[19]</sup> Amerika’da Amerikan Hemşireler Yetki Belgelendirme Merkezi (American Nurses Credentialing Center=ANCC) tarafından lisans mezunu olan hemşirelere eğitim programı ile aile hemşiresi sertifikası verilmektedir.<sup>[20]</sup> Sertifika programı kapsamında 1.5-3 yıl süre ile, teori ve pratik eğitim sunulmaktadır.<sup>[21]</sup>

İsviçre’de ASH uygulamaları fiilen uzun süredir devam etmektedir. Lise üzeri üniversiteye dayalı üç yıllık hemşirelik eğitiminin son dönemi ASH eğitimine dayalıdır. Bu eğitimden geçen hemşireler mezun olduğunda isterse aile hekimliği sistemi içinde çalışabilmektedir.<sup>[22]</sup>

İskoçya aile sağlığı hemşireliği pilot uygulamalarının ilk başlatıldığı ülkedir. Ülkede pilot uygulamalar 2001’de başlamış, 2003’de ilk aşamasını tamamlamış ve aile sağlığı hemşireliği uygulamaları kırsal ve kentsel alanlarda uygulamaya geçmiştir.<sup>[6]</sup>

Polonya’da aile hekimliğinde, doktorlara ödeme, kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Her hekimin 2.500 hastaya ulaşımına kadar en az 2 hemşire çalıştırması zorunlu tutulmaktadır.<sup>[23]</sup>

Avustralya’da birinci basamakta hizmet sunan hemşireler ana çocuk ve aile sağlığı hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin eğitimine yönelik standartlar belirlenmemiş, bireysel eğitim merkezlerince eğitim sunulmaktadır. İşverenler çalışanlarına eğitim için zaman ve kaynak temin etmektedir.<sup>[24]</sup>

Küba’da yaklaşık 22 yıldır aile hekimliği uygulaması devam etmektedir. Aile hekimliği uygulaması içinde aktif olarak yer alan aile hemşiresi birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hemşirelik işlevlerini bütüncül, koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli ve parasız olarak yerine getirmektedir. Küba’da 150 kişiye bir aile hemşiresi düşmektedir.<sup>[25]</sup>

Sonuç olarak, çalışma kapsamında incelenen ülkeler arasında aile sağlığı hemşireliği uygulamalarının en iyi sunulduğu ülke Küba'dır. İncelenen diğer ülkelerde ise aile sağlığı hizmetleri sağlık ocağı ya da özel muayenehane hizmeti şeklinde yürütülmektedir.

### Ülkemizde Aile Sağlığı Hemşireliği Uygulaması

Türkiye'de 1961-2003 dönemi sağlık politikaları sosyal devlet anlayışı üzerine kurulmuştur. Bu dönemde aileye yönelik temel sağlık hizmetleri nüfusa göre örgütlenmiş, sağlık ocaklarında, koruyucu ve tedavi edici hizmetler bir arada ve bir ekip (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru ve diğerleri) ile yürütülmüştür. Sağlık hizmetlerinin finansmanı; kamu ve özel sektörde çalışan işçiler için Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf/Sanatkar ve diğer bağımsız çalışanlar için Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur), Devlet memurları için Emeklilik Fonu (Emekli Sandığı) ile sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerini karşılayamayan fakir ve zayıf insanlar için hükümet, "Yeşil Kart" uygulamasını başlatarak (1992) ücretsiz sağlık yardımı sağlamıştır. Sağlık Ocakları 5000-10.000 kişilik nüfusa, bir pratisyen hekim, bir hemşire, iki ebe ve destek personeli (toplam 8 personel) ile hizmet vermektedir. Bu sistemde sağlık ocağında çalışan halk sağlığı hemşirelerinin görevleri, bölgesindeki nüfusa ana çocuk sağlığı hizmetleri (aşılar ve aile planlaması gibi), sağlık eğitimi, ilkyardım ve gezici hizmetleri vermektir.<sup>[26]</sup> Türkiye'de 2004 yılında çıkarılan "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile sağlık sistemi değişikliğe uğramıştır ve Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Böylece 1961 yılında kabul edilen "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile öngörülen sağlık sistemi yerine "Aile Hekimliği Modeli"ne geçiş süreci başlamıştır. Bu değişim uluslararası çevrelerin (özellikle de Dünya Bankası ve IMF olmak üzere) etkisi/önlendirmesi ve dün-ya genelinde görülen global sağlık reformlarının yansımaları ile olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm ile birinci basamak hizmetlerin sunumunda "Aile Hekimliği Modeli"ne geçilmiştir.<sup>[27]</sup> Modelin temelini bir aile hekimi ile bir aile sağlığı elemanından oluşan "aile hekimliği birimi" oluşturmaktadır. Ülkede yaşayan herkes, bir aile hekimi seçer, ailedeki her birey farklı bir hekim seçebilir. Bir aile hekimine en az 1000, en çok 4000 kişi kayıt olabilir. Aile hekimleri ayrı bir bina ya da dairede tek başlarına hizmet verebilecekleri gibi birkaç aile hekimi bir arada aynı çatı altında da hizmet verebilir. Tek çatı altında çalışmaları zaman bu birime "aile sağlığı merkezi" denilir. Bu modelde, aile hekimi genellikle bir pratisyen hekim ya da genel pratisyen gibi çalışan bir uzman hekimidir. Bu uzman, "aile hekimliği" uzmanı da olabilir. Aile hekimleri birinci basamak hizmetlerden sorumludur. Yalnızca kendi listelerinde kayıtlı bulunan kişilere hizmet verir.<sup>[28]</sup>

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2015) verilerine göre, ülkemizde 2015 yılı itibariyle 6.902 aile sağlığı merkezi, 21.692 aile hekimliği birimi bulunmakta, aile hekimi başına düşen kişi sayısı ortalama 3621, aile hekimliği birimlerinde 20.484 pratisyen hekim, 1.212 uzman hekim, 6.876 hemşire, 12.965 ebe, 1.855 diğer sağlık personeli hizmet vermektedir.<sup>[29]</sup>

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre; aile sağlığı elemanı olarak, aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyeni görev alabilmektedir. Yönetmeliğe göre Aile Sağlığı Elemanının görevleri: "ilaç uygular, yara bakımı yapar, tıbbi araç gereçlerin bakımını, poliklinik hizmetlerini ve sevk hizmetlerini yürütür, basit laboratuvar tetkiklerini yapar. Gezici ve yerinde sağlık hizmetlerini yürütür, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olur, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirir, kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar" şeklinde belirtilmektedir.<sup>[28]</sup> Ancak yönetmelikle şekillendirilen sistem ile ilgili bazı sorunlar vardır. Bir aile sağlığı elemanın 3000-4000 kişilik nüfusa bu hizmetleri nitelikli olarak sunması mümkün görünmemektedir.

Yönetmelikte yer alan "aile hekimi ve kurumca verilen diğer görevleri yapar" ibaresinin sınırları belirsizdir. Buna göre bir aile sağlığı elemanı mesleki işleri dışında birçok işi yapmakla (sekreterlik, temizlik, tıbbi sekreterlik gibi) sorumlu hale getirilebilmektedir. Ayrıca sağlık personelinin (hemşire/ebe, sağlık memuru) mesleki görevleri arasında yer almayan laboratuvar tetkiklerini yapma sorumluluğu da aile sağlığı elemanlarına verilmektedir.

Yönetmelik ile hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni gibi farklı meslek gruplarından aynı işi yapması beklenmektedir. Sağlık Bakanlığının belirlediği görev tanımlarına göre ebeler, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığı, aile planlaması hizmetleri, kadın ve yeni doğana ait tarama programları, 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izleme ve bağımsızlık hizmetlerini yürütmekle görevlidir. Acil tıp teknisyenleri; temel hava yolu uygulamaları, endotrakeal entübasyon ve oksijen uygulaması, temel yaşam desteği, yara ve basit kanama kontrolü gibi ilk ve acil tıbbi destekten sorumludur.<sup>[30]</sup> Hemşireler ise birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla bakım verme, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama gibi rollere sahiptir.<sup>[31]</sup> Görüldüğü gibi hemşirelik dışı meslek gruplarından bebek ve çocuk izlemi, evde hasta bakımı, toplumun sağlık eğitimi gibi uzmanlık alanları dışındaki konularda hizmet sunmasını istemek sağlık ekibi anlayışıyla örtüşmemektedir.

Bu sistemde çalışan personele yönelik performans dayalı ödeme yapılmaktadır. Bu performans kapsamındaki ödemeler belli yaş grupları ve dönemlerdeki bireylere yönelik (bebek, beş yaş altı çocuk, gebe, yaşlı, tutuklu/hükümlüler) bağımsızlık ve izlem sayıları ile belirlenmiştir. Performans sistemi ile bazı hizmetler örneğin aile planlaması hizmetleri, kronik hastalıklı bireylerin izlemi, okul çocuğu/adölesan, erişkin bireyler,

performans dışı bırakılmıştır. Ayrıca performans ödemeleri sadece yapılan işlemin sayısına yöneliktir. Hizmetlerin kalitesi veya etkinliğini değerlendiren kriter bulunmamaktadır.<sup>[27]</sup>

Performans kriterleri içinde yer alan grupların izlem veya aşılama eksikliği negatif performans olarak kabul edilmekte ve aile hekimi ve aile sağlığı elemanının maaşlarında belli oranlarda kesinti uygulanmaktadır. Bu uygulama ile hizmetin devamlılığı amaçlanmakta, ancak performansa dayalı ödeme sistemi çalışma barışını bozmakta ve bu da sağlık hizmetlerinin kalitesine olumsuz yansiyabilmektedir.

Geçmişte birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler için "Halk Sağlığı Hemşiresi" unvanı verilmişken, sağlıkta dönüşüm programı ile bu unvan "aile sağlığı elemanı" olarak değişmiştir. Bu ifade ile profesyonel alanların ve meslek statülerinin yok sayıldığı, bir anlamda kimliksizleştirildikleri söylenebilir. Ayrıca Yönetmelikte yer alan "aile hekiminin ve kurumun verdiği diğer işleri yapar" ifadesi ise mesleğin iş tanımını belirsizleştirmektedir.

Ülkemizde konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %34.6'sı aile sağlığı elemanı olarak çalışmaktan memnun olmadıklarını, %50.2'si "Aile Sağlığı Elemanı" tanımlamasından memnun olmadıklarını, %85.1'i meslekleri dışında işler yaptığını, %96.2'si aile sağlığı elemanı olmak ile ilgili endişeleri olduğunu, %55.1'i sözleşmesinin feshedilmesinden kaygı duyduklarını bildirmiştir.<sup>[32]</sup>

Doğan ve ark.<sup>[33]</sup> çalışmasında aile sağlığı merkezlerinde çalışanların %26.5'i fiziki şartların iyileştirilmesi ve sağlık elemanı sayısının hasta nüfusuna göre ayarlanması, %15.1'i yasa ve yönetmelikteki belirsizliklerin ve haksızlıkların giderilmesi gerektiğini belirtmiştir. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda aile sağlığı elemanları, görev tanımlarının net olmadığını, meslek dışı işler yaptıklarını, mesleki doyuma ulaşamadıklarını, ekip çalışmasının kaybolduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, iş güvencelerinin olmaması, özlük ve ekonomik haklarında gerilemeler olması, motivasyon düşüklüğüyle hizmet kalitesinin olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir.<sup>[32,34-36]</sup>

## Sonuç

Sonuç olarak Dünya'da aile sağlığı hemşireliği uygulamalarına yönelik çalışmalar yıllar önce başlatılmış, olumlu sonuçlar alınmıştır. Avrupa ülkelerinde aile sağlığı hemşireliği uygulamalarını daha iyiye götürecek yeni projeler başlatılmıştır. Ülkelerin çoğunda lisans mezunu ve sertifika almış hemşireler aile sağlığı hemşiresi olarak çalışmaktadır. Ülkemizde mevcut sistemde lise mezunu ve diğer sağlık meslek gruplarından bireyler aile sağlığına yönelik hizmet sunabilmekte ve aile sağlığı elemanı olarak çalışmaktadır. Lisans düzeyinde eğitim alan hemşireler aile sağlığına yönelik hizmetleri yürütecek donanıma sahip olarak mezun olmaktadır. Bu nedenle aile sağlığı hizmetlerini yürütecek meslek grubunun lisans mezunu hemşireler olması, çalışacak hemşirelere de "aile sağlığı elemanı"

ifadesi yerine "aile sağlığı hemşiresi" ünvanı verilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının özlük haklarının iyileştirilmesi, rol ve sorumluluklarının sınırlarının belirlenmesine yönelik yasal düzenlemelerin yeniden yapılandırılmasına ihtiyaç vardır.

Mevcut performansa dayalı sistemin sadece belli yaş grupları ve belirli uygulamalar yerine, tüm hizmet alanlarını kapsayan ve niceliksel değerlendirmeden öte niteliksel değerlendirmeleri de içeren performans kriterleri doğrultusunda revize edilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. The family health nurse context, conceptual framework and curriculum 2000. [http://www.see-ducoop.net/education\\_in/pdf/family\\_healthnurse](http://www.see-ducoop.net/education_in/pdf/family_healthnurse) (Erişim Tarihi: 28.05.2014).
2. Scottish Executive. Family health nursing in Scotland: A report on the WHO Europe pilot 2003. <http://www.scotland.gov.uk/library5/health/fhns-00.asp> (Erişim Tarihi: 10.06.2014).
3. Macduff C, Bernice JM, West JM. An evaluation of the first year of family health nursing practice in Scotland. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 42(1):47-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.05.003>.
4. Macduff C. A follow-up study of professionals perspectives on the development of family health nursing in Scotland: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43(3): 345-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.004>.
5. Kaiken JW, Hanson MH, Denham SA. Family health care nursing: an introduction. In: Kaakinen JR, Duff VG, Coehlo DP, Hanson SMH, editors. *Family health care nursing, theory, practice and research*. 4th ed. Philadelphia: Davis Company; 2010. p.3-33.
6. World Health Organization. Report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study 2006. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
7. Acher Family Health Center. <http://afhc.nursing.ufl.edu/about>. (Erişim Tarihi: 18.09.2014).
8. Martin P, Duffy T, Johnston B, Banks P, Harkess-Murphy E, Martin CR. Family health nursing: A response to the global health challenges. *Journal of Family Nursing* 2013; 19(1):99-118. <http://dx.doi.org/10.1177/1074840712471810>.
9. Bell JM. The family nursing unit, university of calgary: Reflections on 25 years of clinical scholarship (1982-2007) and closure announcement. *Journal of Family Nursing* 2008; 14(3):275-88. <http://dx.doi.org/10.1177/1074840708323598>.
10. Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernandez-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European union: trends and analysis. Copenhagen, Denmark: World Health Organization on behalf of the European observatory on health systems and policies. [http://www.nuigalway.ie/hbsc/documents/health\\_in\\_eu.pdf](http://www.nuigalway.ie/hbsc/documents/health_in_eu.pdf). (Erişim Tarihi: 17.05.2014).
11. World Health Organization. Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for health 2000. <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0007/53854/E93016.pdf>. (Erişim Tarihi: 20.04.2014).
12. Jaroz MJ, Wloszczak Szubzda A. Family health nursing-A European perspective. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013; 20(4):643-4.
13. Kriger C, Eberl I, Schnepf W. The WHO pilot study on family health nursing in Germany: perspectives of families in need of care a qualitative study. *Pflege* 2012; 25(3):175-84. <http://dx.doi.org/10.1024/1012-5302/a000200>.
14. Parfitt BA, Cornish F. Implementing family health nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform. *Social science & medicine* 2007; 65(8):1720-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.007>.

15. Godwin K, Bomar YS, Bomar PJ. Family health promotion, In: Kaakinen JR, Coehlo DP, Steele R, Tabacco A, Harmon Hanson SM, editors. Family health care nursing, theory, practice and research, 15th ed. America: Davis Company; 2014. p. 205-34.
16. WHO. A compendium of primary care case studies. Geneva: World Health Organization; 2009. [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/documents/en/index](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/documents/en/index). (Erişim Tarihi: 15.04.2014).
17. Murray I. Family health nursing: the education programme for the WHO Europe Scottish Pilot. Br J Community Nurs 2004; 9(6): 245-50. <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2004.9.6.13119>
18. WHO. Nursing and midwifery progress report. 2008-2012. [http://www.who.int/hrh/nursingmidwifery/NursingMidwiferyProgress\\_Report.pdf](http://www.who.int/hrh/nursingmidwifery/NursingMidwiferyProgress_Report.pdf) (Erişim Tarihi: 24 Kasım 2014).
19. D'Emilia BJ. Public health and primary health care systems and health care transformation. In: Stanhope M, Lancaster J, editors. Public health nursing population centered health care in the community. 8th ed. America: Mosby; 2014. p. 42-59.
20. Family nurse practitioner. <http://online.nursing.georgetown.edu/academics/family-nurse-practitioner-fnp/> (Erişim Tarihi: 26.11.2014).
21. Family nursing practitioner. <http://nursing.ucsf.edu/programs/specialties/family-nurse-practitioner-fnp> (Erişim Tarihi: 28.11.2014).
22. WHO. Statement to the fifty-third session of the WHO Regional Committee for Europe. Vienna: WHO; 2003. <http://www.euro.who.int/document/rc53/ereport.pdf>. (Erişim Tarihi: 24 Şubat 2014).
23. Dünyada aile hekimliği uygulama örnekleri. <http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/ailehek09/3.pdf>. (Erişim Tarihi: 26.11.2014).
24. Kruske S, Grant J. Educational preparation for maternal, child and family health nurses in Australia. International Nursing Review 2012; 59(2): 200-07. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00968>.
25. Belek İ. Sosyalizm ve sağlık hakkı: Küba'nın başarıları, Küba'da sağlık kitabı, İstanbul: Yazılıma Yayıncılık; 2009. s. 199-209.
26. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönetmelik. Resmi Gazete Sayı: 11802. 09.09.1964. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.63470.pdf> (Erişim Tarihi: 3.11.2014).
27. Yıldırım H. Türkiye sağlık sistemi: sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu. Ankara: Matteks Yayınları; 2013. s. 6-9.
28. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. Resmi Gazete Sayı: 28539. 25.01.2014. <http://ailehekimligi.gov.tr>. (Erişim Tarihi: 20.09.2014).
29. Sağlık bakanlığı sağlık istatistikleri yılı. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayıncılık; 2015. s.1381-208. [http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015.pdf](http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf) (Erişim Tarihi: 16.01.2016)
30. Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik. Resmi Gazete Sayı: 29007. 22.05.2014. <http://www.mugla.hsl.saglik.gov.tr/mevzuat/sagpers.htm> (Erişim Tarihi: 01.07.2015).
31. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Resmi Gazete Sayı: 27910. 19.04.2011. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y.html> (Erişim Tarihi: 1 Temmuz 2015).
32. Sönmez MO, Sevindik F. Sağlıkta dönüşümün sağlık personeli üzerine etkisi: Aile sağlığı elemanı olmak. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12(1): 43-8. <http://dx.doi.org/10.5455/pmb.1-1337859309>.
33. Doğan N, Şensoy N, Mardin EE, Uçur İ, Özbacı T. The prospects of family health center personnel about family practice. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2013; 4(2):112-5. <http://dx.doi.org/112-5.10.4328/JCAM.942>.
34. Alagöz UÖ, Tengilimoğlu D, Ünal D. Sağlık çalışanları bakış açısı ile sağlık ocağından aile hekimliği sistemine geçiş: Kayseri İli Develi İlçesi örneği". II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kongre Kitabı, 29 Nisan-1 Mayıs 2010, Ankara, s. 345-59.
35. Gürel S, Özsoy S, Dönmez RÖ. Aile Sağlığı merkezinde çalışan hemşirelerin iş yaşamının aile yaşamı üzerine etkisinin incelenmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, 2-6 Ekim 2012, Bursa, s. 239-42.
36. Nur N. Özşahin SL, Çetinkaya S, Sümer H. Model of family medicine: From the side of primary care workers. TAF Prev Med Bull 2009; 8(1): 13-6.