

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SOSYAL HİZMET
UYGULAMALARINA DUYULAN İHTİYAÇ: VAN İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melek DOĞAN

Enstitü Anabilim Dalı : SOSYAL HİZMET
Enstitü Bilim Dalı : SOSYAL HİZMET

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Musa ŞAHİN

HAZİRAN-2019

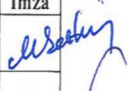
T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SOSYAL HİZMET
UYGULAMALARINA DUYULAN İHTİYAÇ: VAN İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Melek DOĞAN (157203001)

Enstitü Anabilim Dalı : SOSYAL HİZMET
Enstitü Bilim Dalı : SOSYAL HİZMET

Bu tez .../.../2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Adı SOYADI	Kanaati			İmza
Jüri Başkanı (Danışman)	Prof. Dr. Musa ŞAHİN	☒ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Doc. Dr. Recep YILDIZ	☒ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. M. Cihangir DOĞAN	☒ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU
BEYAN BELGESİ

Tez Başlığı: Aile Sağlığı Merkezlerinde Sosyal Hizmet Uygulamalarına Duyulan İhtiyaç;
Van İli Örneği

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 67 sayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve 20/06/2019 tarihinde aşağıda ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen Turnitin intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı %14'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç,
2. Alıntılar dâhil,
3. 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza

Adı SOYADI : Melek DOĞAN
Öğrenci Numarası : 157203001
Ana Bilim Dalı : Sosyal Hizmet
Programı : Sosyal Hizmet
Türü : () Proje (X)Yüksek Lisans Tezi () Doktora Tezi

Danışman
(Adı Soyadı, İmzası, Tarih)

Prof. Dr. Musa ŞAHİN

....../....../2019

ÖNSÖZ

Tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin en eski uygulama alanlarından biridir. Tıbbi sosyal hizmet birimleri Türkiye’de belli sağlık kuruluşlarında bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından aile sağlığı merkezlerinin erişilebilirliğinin en rahat kuruluşları olması dolayısıyla bu kuruluşlarda sunulacak sosyal hizmet müdahaleleri sağlık hizmetinin kalitesini de artıracaktır.

Bu çalışmada, vatandaşların sağlık sorunları için ilk temas kurdukları Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarından olan Aile Sağlığı Merkezleri sosyal hizmet perspektifiyle incelenerek, merkezlerdeki sosyal hizmet ihtiyacı gösterilmeye çalışılmıştır.

Zahmetli fakat bir o kadar öğretici bir süreçten oluşan çalışma esnasında birikim ve desteklerini benden sakınmayan çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Musa ŞAHİN’e teşekkür ederim. Bu süreçte birikimleriyle bana yardımcı olan Uzm. Dr. Hilal DÜZEL’e ve kıymetli mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Sevgili eşim Buğra DOĞAN’a ve biricik kızım Zeynep DOĞAN’a, her zaman yanımda olan, beni cesaretlendiren sevgili annem Yüksel YILMAZ’a, babam Osman YILMAZ’a ve biricik kardeşim İdris Emre YILMAZ’a şükranlarımı sunuyorum.

Melek DOĞAN

Yalova,2019

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	6
1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı	6
1.2. Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması	7
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	7
1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	8
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	8
1.4. Aile Sağlığı Merkezleri	9
1.4.1. Aile Sağlığı Merkezinin Tanımı	9
1.4.2. Aile Sağlığı Merkezinin Kuruluş Amacı Ve Özellikleri	10
1.5. Aile Hekimliği	11
1.5.1. Aile Hekimliği Kavramı	12
1.5.2. Aile Hekimliğinin Özellikleri	12
1.5.3. Aile Hekiminin Görevleri	13
1.5.4. Dünyada Ve Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi	13
1.5.4.1. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi	14
1.5.4.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi	16
1.5.5. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Bazı Örnekler	17
1.5.5.1. Amerika’da Aile Hekimliği	17
1.5.5.2. Almanya’da Aile Hekimliği	18
1.5.5.3. İngiltere’de Aile Hekimliği	19
1.5.5.4. Kanada’da Aile Hekimliği	20
1.5.5.5. Norveç’te Aile Hekimliği	21

1.5.5.6. İsrail’de Aile Hekimliği	21
1.5.5.7. Hollanda’da Aile Hekimliği.....	21
1.5.5.8. Polonya’da Aile Hekimliği	22
1.5.5.9. Küba’da Aile Hekimliği.....	22
1.5.5.10. Finlandiya’da Aile Hekimliği	23
1.6.Sağlık Hizmetinin Sunumunda Tıbbi Sosyal Hizmet	24
1.6.1. Tıbbi Sosyal Hizmetin Kapsamı Ve Önemi	24
1.6.2 Dünya’da Ve Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmetin Gelişimi.....	25
1.6.3 Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Sosyal Çalışmacıların Rol Ve Sorumlulukları.....	27
1.6.4. Aile Sağlığı Merkezlerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları	28
BÖLÜM 2: AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SOSYAL HİZMET	
UYGULAMALARINA DUYULAN İHTİYAÇ: VAN İLİ ÖRNEĞİ	32
2.1.Araştırmanın Metodolojisi	32
2.1.1 Araştırmanın Modeli	32
2.1.2. Araştırmanın Yöntemi	32
2.1.2.1 Veri Toplama Süreci	32
2.1.2.2. Veri Analiz Süreci	33
2.2. Bulgular ve Yorumlar	33
2.2.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	34
2.2.2. Psikososyal Sorunlara Müdahalelere İlişkin Bulgular.....	37
2.2.3. Danışmanlık Hizmetine İlişkin Bulgular	42
2.2.4. Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi, Ortalama Ve Standart Sapmaları	43
2.2.5. Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanları T-Testi Ve Anova Sonuçları.....	46
SONUÇ VE TARTIŞMA	52
ÖNERİLER	56
KAYNAKÇA.....	57
EKLER	62
EK 1: Anket Formu	62
EK 2: Araştırma İzni	65
EK-3: Etik Kurul Belgesi	66
ÖZGEÇMİŞ	67

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AH	: Aile Hekimliği
AHUD	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
AMA	: Amerikan Pazarlama Birliği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
İİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
Dr.	: Doktor
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GP	: Genel Pratisyenlik
IFSW	: Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu
IQWiG	: Alman ilaç değerlendirme kurumu (Institute for Quality and Efficiency in Health Care)
KELA	: Finlandiya Sosyal Sigortalar Kurumu
Md.	: Madde
NASW	: Uluslararası Sosyal Çalışanlar Birliği (National Association of Social Workers)
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Cinsiyet Dağılımı	34
Tablo 2. Yaş Değişkenine İlişkin Dağılım.....	34
Tablo 3. Medeni Durum Dağılımı	34
Tablo 4. Görev Dağılımı.....	35
Tablo 5. Aile Sağlığı Merkezi'nin Konum Dağılımı.....	35
Tablo 6. Aile Hekimi Olarak Çalışılan Süre Dağılımı.....	35
Tablo 7. Gündelik Bakılan Hasta Sayısı İlişkin Dağılım	36
Tablo 8. Hasta Başına Ayrılan Ortalama Süre Dağılımı	36
Tablo 9. Sağlığın Öncelikli Yönü Dağılımı	36
Tablo 10. Kayıtlı Birey ve Ailelerde Hasta Olanlarda En Sık Karşılaşılan Psikososyal Sorun Dağılımı	37
Tablo 11. Sadece Sosyal ve Psikolojik Sorunları İçin Müracaat Eden Birey ve Aile Bulunması Dağılımı	37
Tablo 12. Kayıtlı Birey ve Ailelere Tıbbi Sorular Dışında Sosyal ve Psikolojik Soru Sorma Durumu Dağılımı.....	38
Tablo 13. Lisans ya da Lisansüstü Eğitimlerde Psikososyal Yardım Etme Sürecine İlişkin Bir Eğitim Alma Durumu	38
Tablo 14. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarına Müdahale Etme Konusunda Merkezdeki İmkanların Yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) Olma Durumu	39
Tablo 15. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarına Müdahalede Bulunma Durumu	39
Tablo 16. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarında Yönlendirme Yapma Durumu	40
Tablo 17. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Yönlendirme Yapılan Kuruma Gitme Durumunun Takibi.....	41
Tablo 18. Aile Sağlığı Merkezlerinde Birey ve Ailelere Tıbbi Sorunları Dışında Psikososyal Destek Hizmeti Verilme Durumu.....	41
Tablo 19. Aile Sağlığı Merkezlerinde Profesyonellerce Sunulan Hizmetlere Katılım Oranı	42
Tablo 20. Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi.....	43
Tablo 21. Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Maddeleri Güvenilirlik Analizi Sonuçları	43
Tablo 22. Tablo 21'n devamıdır.....	44
Tablo 23. Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Maddelerinin Ortalama ve Standart Sapmaları	45
Tablo 24. Tablo 23'ün devamıdır.....	46
Tablo 25. Aile Hekimlerinin Cinsiyetlerine Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 26. Aile Hekimlerinin Yaşlarına Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	47

Tablo 27. Aile Hekimlerinin Medeni Durumlarına Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 28. Aile Hekimlerinin Görevlerine Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 29. Aile Hekimlerinin Görev Yaptıkları Aile Sağlığı Merkezinin Konumuna Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 30. Aile Hekimlerinin Aile Hekimi Olarak Çalıştıkları Sürelere Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 31. Aile Hekimlerinin Gündelik Baktıkları Hasta Sayılarına Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 32. Aile Hekimlerinin Baktıkları Hasta Başına Ayırdıkları Sürelere Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 33. Aile Hekimlerinin Sağlığın Öncelikli Olarak Gördükleri Yönüne Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 34. Kayıtlı Birey ve Ailelerde Hasta Olanlarda En Sık Karşılaşılan Psikososyal Sorunlara Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 35. Sadece Sosyal ve Psikolojik Sorunları İçin Müracaat Eden Birey ve Aile Bulunmasına Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 36. Kayıtlı Birey ve Ailelere Tıbbi Sorular Dışında Sosyal ve Psikolojik Soru Sorma Durumuna Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 37. Lisans ya da Lisansüstü Eğitimlerinde Psikososyal Yardım Etme Sürecine İlişkin Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 38. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarına Müdahale Etme Konusunda Merkezdeki İmkânların Yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) Olma Durumuna Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	51

ÖZET

Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Aile Sağlığı Merkezlerinde Sosyal Hizmet Uygulamalarına Duyulan İhtiyaç: Van İli Örneği

Tezin Yazarı: Melek DOĞAN

Danışman: Prof. Dr. Musa ŞAHİN

Kabul Tarihi: 20/06/2019

Sayfa Sayısı: ix(ön kısım) + 63(tez)

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet

Bilim Dalı: Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet uygulamaları, her ülkenin sosyal, ekonomik ve gelişim özelliklerine göre farklı düzeydedir. Modern sağlık bakımında, bakım kalitesini artırmak için sağlık sektöründeki hizmetlerin sosyal hizmetle koordineli bir şekilde yürütülmesi öngörülmektedir.

Bu çalışmada Van örnekleme alınmıştır. Van örnekleminde birinci basamak sağlık kuruluşlarından olan aile sağlığı merkezleri sosyal hizmet perspektifiyle ele alınarak, merkezlerdeki sosyal hizmet uygulamalarına olan ihtiyaç analiz edilmiştir.

Araştırma nicel yöntemle yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezlerindeki 151 aile hekimine yönelik yapılan anketlerle veriler toplanmıştır. Anketler yapılmadan önce pilot uygulama yapılmış bazı aile hekimleriyle görüşülmüştür. Ankette elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiştir.

Aile hekimlerinin Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Anketindeki ifadelerinden “Size kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezinizdeki imkânların yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olduğunu düşünüyor musunuz?” maddesinin ortalaması $2,11 \pm 0,56$ en yüksek iken, “Sizce aile sağlığı merkezlerinde birey ve ailelere tıbbi sorunları dışında psikososyal destek hizmeti verilmeli midir?” maddesinin ortalaması $1,03 \pm 0,17$ en düşüktür. Aile hekimlerinin en yüksek %66,9’nun “Çocuk ihmal ve istismarlarını önleme konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim” ifadesine katılım gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Analiz sonucu bulgulardan yola çıkılarak öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Sosyal Hizmet, Aile Sağlığı Merkezleri, Van

SUMMARY

Yalova University, Institute of Social Sciences Master Thesis Summary

Thesis Title: The Need For Social Work Practices in Family Health Centers: Van Province Example

Thesis Author: Melek DOĞAN

Advisor: Prof. Dr. Musa ŞAHİN

Date of Acceptance:20/06/2019 **Total Number of Pages:** ix (pre text)+63(main body)

Department: Social Work

Field of Study: Social Work

Social work practices are at different levels according to the social, economic and developmental characteristics of each country. In modern health care, it is envisaged that the services in the health sector will be carried out in a coordinated manner with the social service in order to improve the quality of care.

Van sample was taken in this study. Family health centers, which are one of the primary health care facilities in Van sample, were dealt with the social service perspective and the need for social work practices in the centers was analyzed.

The research was carried out by a quantitative method. Data were collected from questionnaires for 151 family physicians in Family Health Centers. Some family physicians were interviewed before the surveys were conducted. The data obtained from the survey were analyzed with SPSS program.

According to this; family physicians' Family Health Center Evaluation scale "Do you think that the facilities in your center are sufficient (time, staff, interview room, etc.) to interfere with the psychosocial problems of the individuals and families registered to you?" The average of 2.11 ± 0.56 was the highest, "In your opinion, should family and health care centers provide psychosocial support to individuals and families in addition to medical problems?" The mean of the substance is 1.03 ± 0.17 . It was concluded that 66.9% of the family physicians participated in the statement I would like to provide counseling on prevention of child neglect and abuse. Based on the results of the analysis, suggestions were developed.

Anahtar kelimeler: Health Services, Social Work, Family Health Centers, Van

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı olmayı; bedensel, ruhsal ve toplumsal açılardan iyi olma durumu şeklinde tanım yapmıştır. Sağlığın bütünlüğünü oluşturan bu bileşenlerin birinin eksikliği durumunda diğerleri de etkilenir ve denge bozulmuş olur. Bu kapsamda bireylere sunulacak hizmetlerde bu bütünlük bakış açısıyla tasarlanmalı ve meslekler arası işbirliği ile sunulmalıdır. Sosyal hizmet mesleği de sağlık hizmeti vermekte olan kuruluşlarda hastaların hizmetten en üst düzeyde faydalanmaları, hizmete erişimde ve tedavi boyunca karşı karşıya kalabilecekleri ekonomik ve psikososyal problemlerin giderilmesine yönelik faaliyetleriyle, profesyonel müdahaleleriyle sağlık hizmeti sunan ekibin ayrılmaz bir parçasıdır.

Türkiye’de sağlık kuruluşları birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılmaktadır. Birinci basamakta sağlık hizmeti veren kuruluşları aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleridir. İkinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar hastaneler, üçüncü basamak sağlık hizmeti verilen kuruluşlar belirli dallar üzerine uzmanlaşmış hastaneler ve üniversite hastaneleridir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından aile sağlığı merkezleri mahalle düzeyinde yapılanmalarıyla halkın en rahat ulaşım sağladığı, halkın sadece fiziksel rahatsızlıklarıyla değil, sosyal ya da psikolojik sorunlarıyla da başvurdukları kuruluşlardır. aile sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanları psikososyal sorunlarla karşılaştığında bir üst sağlık kuruluşundaki psikososyal destek birimine veya ilgili kuruma yönlendirme yapabilmektedir. Gerçekleştirilen yönlendirme sonrasında takip sisteminin olmaması da hastanın sistem içinde kaybolma, hizmete ulaşmada sorun yaşama riskini ortaya çıkarmaktadır. Aile hekimlerinin hasta başına ayırabildikleri sürelerin kısıtlı olması, psikososyal destek sürecine ilişkin eğitimlerinin yeterli olmaması da psikososyal değerlendirme önünde diğer engellerdir. Psikososyal sorunlara müdahale konusunda sağlık çalışanlarının psikososyal destek sunmayı mesleki işlev olarak görmemeleri, yöneticilerin bu hizmeti denetleyememesi veya eksikliğini fark edilememesi dolayısıyla sunulacak destek sağlık çalışanının insiyatifinde kalabilmektedir. Sağlık çalışanları özellikle şiddet ve istismar vakalarını ihbarın kendileri açısından idari ve hukuki yaptırım taşıması, mesleki tehdit ve risk oluşturmaları, ihbar edildiğinde çocuğun hayatının olumsuz etkileneceği, çocuğun şimdiki durumundan daha kötü bir duruma düşeceği kaygılarıyla ihbar etmekten çekinebilmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları bu vakalarla karşılaştıklarında en çok öykü alma, ilgili kurumla iletişim/yasal süreç, kayıt tutma konularında zorlandıkları görülmektedir. Bahsedilen sebepler doğrultusunda bu merkezlerde psikososyal sorunlara ilişkin profesyonel müdahaleyi gerçekleştirecek ve hastaları sosyal, ekonomik, eğitsel yönden destekleyecek hizmetlere ihtiyaç vardır. Mahalle düzeyi yapılanmasıyla hizmetin ulaşılabilirliğinin ve görünürlüğünün yüksek olduğu bu merkezlerde sunulacak sosyal, ekonomik, eğitsel yönden destekleyici hizmetlerle aile hekiminin ve aile sağlığı elemanlarının iş yükü de azalacaktır. Tıbbi anlamda koruyucu ve önleyici hizmetler açısından stratejik öneme sahip olan aile sağlığı merkezleri çatısında

oluşturulacak birimlerle aile sağlığı merkezleri koruyucu ruh sağlığı açısından da önemli merkezler haline dönüşecektir.

Araştırmanın Konusu

Çalışmanın konusu, vatandaşların sağlık sorunları için ilk temas kurdukları birinci basamak sağlık kuruluşlarından olan aile sağlığı merkezlerini sosyal hizmet bakış açısıyla ele alarak bu merkezlerde aile hekimlerinin gözünden sosyal hizmet uygulamalarına yönelik ihtiyacı tespit etmektir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amaçları:

1. Sağlık sisteminde aile sağlığı merkezlerinin sosyal hizmet sunumu açısından önemini ortaya koymak,
2. Aile hekimlerinin gözünden aile sağlığı merkezinde ne tür tıbbi sosyal hizmet müdahalelerine ihtiyaç olduğunu tespit etmektir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Aşağıda belirtilen hususlar araştırmanın temel sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

- Araştırma Van ili Aile Sağlığı Merkezleri'nde 26.04.2019- 24.05.2019 tarihleri arası ile sınırlıdır
- Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinde 20-65 yaş aralığı ile sınırlıdır.
- Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin bir kısmının ücretsiz izinde olması, bir kısmının da verilerin toplanması planlanan tarih aralıklarında hastalık ve doğum vb. gibi durumlardan dolayı ulaşılabilmesi, bazı aile hekimlerinin anketin ulaştırıldığı tarihlerde mobil hizmette olması örneklemin küçülmesine sebep olmuştur.
- Van ili Aile Sağlığı Merkezleri aile hekimlerinin bir kısmının da anket çalışmasına katılmak istememeleri örnekleminin küçülmesine sebep olmuştur.

Araştırmanın Önemi

Türkiye'de aile hekimlerine ve aile sağlığı merkezlerine yönelik literatür tarandığında yapılmış olan çalışmalarda hastalıklara, aile sağlığı merkezinde çalışanların merkeze veya mesleklerine ve hasta memnuniyetine ilişkin çalışmalar olduğu görülmektedir. Yazılan tezlerle bakıldığında sosyal hizmetle ilişkilendirilmiş bir teze rastlanmamıştır Bu tez çalışmasının önemi tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına yönelik ihtiyacın aile sağlığı merkezlerine indirgenmiş olmasıdır. Ayrıca bu çalışmanın yoksulluk, işsizlik gibi psikososyal sorunların yoğun yaşandığı Van ilinde yapılmış olması doğru sonuçlara ulaşması açısından önem kazanmaktadır.

Araştırmanın Hipotezi

Aile sağlığı merkezleri mahalle yapılanmalarıyla halkın en rahat ulaşabildiği, sağlık kuruluşları içinde koruyucu ve önleyici hizmetler konusunda stratejik öneme sahip kuruluşlardır. Halkın tıbbi sorunlar dışında da bu merkezlere başvurduğu göz önüne alınırsa, bu merkezlerde ruhsal ve sosyal yönden destekleyici hizmetler açığı ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda bu çalışmanın hipotezi “Aile Hekimleri Aile Sağlığı Merkezlerinde sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duymaktadır” şeklindedir.

Literatür İncelemesi

Aile hekimliği ve aile sağlığı merkezleri yazılan tezler YÖK’ün Ulusal Tez Merkezi isimli internet sitesi incelendiğinde, sosyal hizmet disiplini de ilgilendirebilecek tezler; Ünverdi (2019) isimli “Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları, Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanımı ve Aile Hekimi Algısı” isimli tıpta uzmanlık tezi, Yalçın (2018) “Kadına Şiddeti Önlemeye Yönelik Bir Eğitimin Etkisi: Karaman (Aile Hekimliği Birimleri) Örneği” isimli yüksek lisans tezi, Kamiloğlu (2018) “Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” isimli tıpta uzmanlık tezi, Solak (2018) “ Adana İl Merkezi Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi” isimli yüksek lisans tezi, Bilgiç (2015) “ Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe Ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi Ve Farkındalık Düzeyleri ” isimli tıpta uzmanlık tezi, Cirit (2015) “Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları ” isimli yüksek lisans tezi, Kaya (2012) “Edirne İlinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalığa Karşı İnanç Ve Tutumları ” isimli Tıpta Uzmanlık Tezi, Demir(2012) “Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi” isimli tıpta uzmanlık tezi , Uyar (2018) Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddet Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları” isimli tıpta uzmanlık tezi, Kıyak(2008) “Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları” isimli yüksek lisans tezi görülmektedir.

Ünverdi (2019), Ankara’da gerçekleştirdiği çalışmada anksiyete bozuklukları görülen hastalarda ruhsal hastalığı hakkında danışmanlık almak için aile hekimlerine gittikleri, aile hekiminin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgisini yeterli bulan hastaların, ruhsal sorunlar için ilk olarak aile hekimine başvurma ihtimali arttığını, hastaların büyük çoğunluğu aile hekiminin bedensel hastalıklar konusundaki mesleki becerisini iyi bulurken, büyük çoğunluğunun aile hekimlerinin ruhsal hastalık becerisi hakkında fikri olmadığını belirtmiştir.

Yalçın (2018), Karaman’da aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına yönelik gerçekleştirdiği eğitimin etkilerini ön-test son test yöntemiyle ölçmüştür. Çalışmada

sağlık çalışanlarının şiddet mağdurlarına psikososyal yardım sunmayı mesleki işlevleri olarak görmemeleri, şiddet durumların ihbar etmenin kendileri açısından idari ve hukuki yaptırım taşıması, ayrıca psikolojik danışmanlık hizmetlerinin herhangi bir döner sermaye getirisinin olmaması, sağlık yöneticileri ve hastalar tarafından bu hizmetin eksikliğinin fark edilmemesi ve kalitesinin denetlenmez olması, mağdur kadına yönelik psikolojik yaklaşım ve değerlendirme hizmetinin sağlık çalışanının vicdanına kalma durumu bulgular ışığında yorumlanmıştır.

Kamiloğlu (2018), Ankara ilinde aile hekimliği asistanlığı yapan hekimler üzerinde yaptığı araştırmada katılımcıların istismar vakasında bildirim yapmayacağını belirten hekimlerin, yapmama nedeni olarak yeterli bilgi ve tecrübesinin olmadığını, bildirim yapma yasal süreci hakkında ve çocuğun ailesinden şiddet görebileceği endişesiyle bildirim yapmadıklarını belirtmiştir.

Solak (2018), Adana'da aile hekimlerine yaptığı araştırmada istismar vakalarında hekimlerin bildirim yapmayacağını belirten hekimlerin yeterli bilgiye sahip olmama, çocuğun hayatını olumsuz etkileyeceği düşüncesiyle, yeterince şüphelenmeme, sosyal servisin konuya ilgisiz kalacağını düşüncesiyle, mesleki risk ve tehdit alma düşüncesiyle, istismarcıdan korkan aile sebepleriyle bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Bilgiç (2015), Denizli il merkezinde aile sağlığı merkezlerindeki ebe ve hemşirelere yönelik gerçekleştirdiği çalışmada ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda genel bilgi ve farkındalık düzeylerinin yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmada istismar ve ihmalle karşılaşanların büyük bir çoğunluğun bildirim yapmadığı, bildirim yapmama sebepleri arasında en çok çocuğu şimdiki durumundan daha kötü duruma sokacağını endişesi olduğu tespit edilmiştir. Ebe ve hemşirelerin istismar vakasıyla karşılaştıklarında en çok öykü alma, ilgili kurumla iletişim/yasal süreç, kayıt tutma konularında zorlandıkları saptanmıştır.

Cirit (2015), Mersin'de gerçekleştirdiği çalışmada çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan hemşire, ebe, doktorların önemli bir kısmının öykü alma, kayıt tutma ve ilgili kurumlara rapor etme konusunda zorlandıklarını, hemşire, ebe, doktorların dörtte biri çocuk istismarı ve ihmali ya da şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapmayacaklarını belirtmişlerdir.

Kaya (2012), Edirne'de yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklarla ilgili yanlış inanç ve tutumlarının olduğu, Bunun dışında ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu inancı, kişilerarası ilişkinin bozulacağı ve buna bağlı çaresizlik yaşanacağı ve utanılacak bir durum olduğu inancı ile ilişkili bulunmuştur.

Demir (2012), Edirne'de aile hekimlerine yönelik yaptığı araştırmasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda yetersiz bilgi ve farkındalığa, yanlış tutum ve davranışlara sahip oldukları sonucuna ulaşmıştır.

Uyar (2018), Edirne’de aile sağlığı merkezindeki sağlık çalışanlarının aile içi şiddet hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını tğ çalışmasında sağlık çalışanlarının kurumlara rapor etme, k alma ve kayıt konularında zorlandıklarını, aile içi şiddetle ilgili bilgi düzeylerinin yükse olduğunu fakat vakalar karşısında toplumun geleneksel bakış açısıyla hareket ettiklerini saptamıştır.

Kıyak (2008), sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelere yönelik gerçekleştirdiği çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğunun mezun olmadan önce ve sonra kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldığını ve birinci basamakta çalışma süresi, geçmişte şiddete uğrama öyküsü ve sıklığının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumunda önemli faktörler olduğunu göstermiştir. Hemşire ve ebelerin şiddete karşı genel olarak şiddeti onaylamayan bir tutuma sahip olduğu, daha ileri yaşta olanların, ekonomik durumunu iyi olarak algılayanların, uzun süreli ilçede yaşayanların, geçmişte birkaç kez şiddete uğrayanların ve mesleki yaşamda şiddete uğramış kadınla karşılaşanların şiddete karşı onaylayan bir tutuma sahip olduğu saptanmıştır.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal iyilik halidir (Tengilimoğlu vd., 2015:11).

Sağlık davranışsal, çevresel ve tıbbi olmak üzere üç ana kategori ile ilişkilidir. Sosyal, ekonomik, biyolojik ve çevresel faktörler iyileştirilerek sağlık hizmetlerinin kalitesi de iyileştirilebilir. Bunu yapmak için, bu faktörlerin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi azaltılmalı ve gerekli tıbbi yöntemler geliştirilmelidir. Sağlık harcamaları cari harcamalardır ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırım harcamaları çok sayıda kamu ve özel kuruluşu kapsamaktadır (Çıraklı ve Sayım, 2009: 2).

Modern öncesi dönemde sağlık, hastalığın karştı olarak kabul edildi ve hastalığın yokluğu sağlık olarak tanımlanmıştır. Bu noktada hastalığın nedenleri, kötü ruh, sihir, cadı soyut varlıklar ile açıklanmaya çalışılmıştır. Mikroorganizmaların keşfedilmesiyle, hastalık oluşumunun nedenleri somut kavramlar anlatılmaya başlanmış, hastalık tanımında değişiklik meydana gelmiş, sağlığın tanımındaki hastalık halinin olmaması durumu tanımlarda varlığını sürdürmüştür (Somunoğlu vd., 2012: 3).

Sağlık hizmetleri, sağlıklı bireyleri ve toplulukları oluşturmak için sağlıkla ilgili unulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri; sağlığın korunması ve hastalıkların iyileştirilmesidir. Genel olarak, halkın sağlığını ve gerekirse tedaviyi ve rehabilitasyonu sağlamak için yapılan tüm çalışmalar olarak tanımlanır (Akdur, 2006: 13).

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramları içindeki özelliklerden pay almış olsa da, bazı spesifik özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri, üreticilerin ürün ve hizmetlerini, hekimlerin bilgi ve becerilerini, sağlık kuruluşlarının tıbbi ve teknolojik kapasitelerini, testleri, bakım işlemlerini içerir. Hekimler, hastaneler, klinikler ve laboratuvarlar, bakım evleri ve eczaneler sağlık hizmetlerini devralır (Odabaşı, 2004: 26). Sağlık hizmetleri sağlık sektörünü içeren bir bütün olsa da, bu çalışmada sağlık hizmetleri klasik yapıdaki koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olarak kabul edilmektedir.

İnsan ve toplum sağlığını korumayı amaçlayan planlı çalışmaların tümü sağlık hizmeti olarak değerlendirilmektedir (Bilgili ve Ecevit, 2008: 203). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetlerini, dünyadaki belli sağlık kurumlarında farklı sağlık personeli kullanarak, bireylerin ve toplumun değişen ihtiyaçlarına yönelik her türlü önleyici ve tedavi edici hizmeti sağlamak için ülke çapında organize olmuş bir düzen olarak tanımlamaktadır. (Yazgan, 2009:31).

Sağlık hizmeti; bireylerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalıklarını tedavi etmek, tamamen iyileşmemiş veya engelli olan kişilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık seviyesini yükseltmek için gerçekleştirilen hizmetler olarak ifade edilebilir (Öztek, 2001: 294).

1.2. Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

Sağlıkla ilgili hizmet türleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (Öztek vd.,2015: 36).

1.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

İnsanları hastalık, yaralanma, sakatlık ve erken ölümden korumak için sunulan sağlık hizmet türleridir. Önleyici sağlık hizmetleri, bağışıklık kazandırma, ilaçlama, erken tanı, sağlık eğitimi, iyi beslenme, aile planlaması kapsarken, çevredeki olumsuz biyolojik, kimyasal ve fiziksel faktörleri ortadan kaldırarak, düzelterek veya önleyerek insanların sağlığını korumayı da içerir (Öztek vd., 2015:37).

Koruyucu sağlık hizmetinin amacı, hastalık oluşmadan önce önlem alarak sağlığı korumaktır (Sağnak,2010: 38). Söz konusu kategoriler şunlardır:

- Birincil Koruma: Sağlığı kişisel ve sosyal düzeyde geliştirmek için yapılan faaliyetleri içerir. Örneğin, aşılama, dengeli beslenme
- İkincil Koruma: Kişisel ve sosyal düzeydeki erken tanı ve tedavi önlemlerini içerir
- Üçüncül Koruma: Rehabilitasyon hizmetlerine benzer şekilde, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan faaliyetleri içerir.

Koruyucu sağlık hizmetlerini genel olarak iki başlık altında incelenmektedir:

- Kişisel Koruma Hizmetleri: Bu hizmetler doğrudan bireye yönlendirilir. Örneğin, aile hekimliğinin hizmet çeşitleri, sağlıkla ilgili eğitim, hijyenin eğitiminin verilmesi, aşılama çalışmaları vb. (Güleş ve Özata, 2005: 12).
- Çevre ve Toplum İçin Koruyucu Hizmetler: Çevremizdeki zararlı fiziksel ve kimyasal faktörleri ortadan kaldırarak, düzelterek veya önleyerek insan sağlığını korumayı amaçlar. Bu önlemler arasında; gıda kontrolü ve güvenliği; yeterli ve temiz su temini; hava kirliliğinin kontrolü; ve işyerinde sağlığı tehdit edebilecek faktörlerin kontrolü. (Yerebakan,2000: 48).

1.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmeti, sağlıkları bozulan bireylerin sağlıklarına kavuşmalarını sağlamak üzere sunulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri esas olarak uzman hekim ve diğer sağlık personelinin çalışmaları tarafından gerçekleştirilecek çalışmayla sağlanmaktadır (Kavuncubaşı, 2001: 38) .

Tedavi hizmetleri ayaktan tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olarak iki gruba ayrılmıştır ve ayaktan sağlanan hizmetlerde herhangi bir yatılı bakım kurumuna yatış gerektirmeyen hastalıkların tedavisi gerçekleştirilmektedir. Hastane polikliniği ve acil servisler, revirler, ayakta tedavi sağlayan birçok sağlık birimlerinden biridir.

Yatan hasta tedavisi, hastanede yatışla sağlık durumlarının iyileşebileceği hastalıkların gerekli olduğu durumlarda uzun süreli tedavinin, hastanede kalınmasını gerektirecek durumlarda gerçekleştirilen tedavilerdir.

Tedavi edici hizmetler üç aşamada incelenmiştir (Ateş, 2011: 12):

- I. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Bireylere tedavilerinin evde veya ayakta gerçekleştirildiği hizmetler kapsar. Sağlık kuruluşlarının içinde bireylerin erişilebilirliğinin en kolay olduğu kurumlardır. aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri bu basamaktaki kuruluşlardandır.
- II. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Yataklı tedavi hizmetlerinin sunulduğu hizmetler kapsar. Birinci basamak hizmetlerinde sonuç alınamayan, doğrudan hastaneye yönlendirilmesi gereken durumlarda sunulan hizmetleri içerir.
- III. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Uzmanlaşmış hastane, ileri teknoloji branşlarında sunulan hizmeti kapsamaktadır. Onkoloji, kalp ve ruh hastaneleri ve üniversite hastaneleri bu adımın örnekleri olarak gösterilebilir.

1.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri

Hastalıkların ve kazaların neden olduğu kalıcı hasarların ve sakatlıkların günlük yaşamı etkilemesini önlemek veya bu etkiyi en aza indirmek ve kişinin başkalarına bağımlı olmadan fiziksel ve ruhsal olarak yaşamasını sağlamak için sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler iki şekilde sağlanır: tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon (Cantürk, 2012: 20).

Tıbbi rehabilitasyon:

Bedensel kalıcı bozulma ve sakatlığın düzeltilmesi, yaşam kalitesini iyileştirmek için verilen hizmetlerdir. Duruş bozukluklarının düzeltilmesi, uzuv protezlerinin kullanımı, işitme, görme vb. gerçekleştirilen rehabilitasyon hizmetidir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri kusurları minimize etmek için yapılan çalışmalar arasındadır (Hayran ve Sur, 1998: 19).

Sosyal rehabilitasyon:

Sosyal rehabilitasyon hizmetleri; Engelli bireylerin günlük yaşama aktif katılımını sağlamak, başkalarına bağımlı olmadan yaşamak için adaptasyon hizmetleri, yeni istihdam hizmetleri gibi hizmetleri içerir (Hayran ve Sur, 1998: 19).

1.2.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlıklarında insanların sağlığının daha iyi olmasını sağlamak için verilen hizmetler. Sağlığı geliştirme hizmetleri; fiziksel, zihinsel sağlığı, yaşam kalitesini ve yaşam sürecini iyileştirmeyi amaçlar. Günümüzde birçok hastalığın kaynağında insanların yaşam tarzları ve alışkanlıkları vardır (Akdoğan, 2011: 66). Sağlığı geliştirme hizmetleri, sağlık eğitiminden kapsamlı ve farklıdır. Sağlık eğitimi dardır; bireyleri ve grupları hedef alır; halkı sağlık hakkında bilgilendirmek ve farkındalık yaratmayı hedefler (Erdem, 2007: 67).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerin tanımı, fiziksel ürünlerden çok farklı olmaları ve değişkenlik göstermeleri nedeniyle güçtür. Amerikan Pazarlama Birliği (AMA), hizmet türlerini satış için sunulan veya malların satışı ile sağlanan eylemler, faydalar veya yararlı şeyler olarak tanımlamıştır. Hizmeti farklı formlarda tanımlamak mümkündür. Bu tanımlardan biri, fiziksel olarak sahip olunamayan bir iş, hareket veya çaba içeren soyut ürünlerdir.

Soyutlukları, heterojenlikleri, üretimlerinin ve tüketiminin eşzamanlılıkları ve stoklanamaması gibi birçok ortak özellik vardır. (Erdem, 2007: 4).

Ünal (2013: 30) sağlık hizmetlerin kendine has özelliklerinin şöyle belirtmiştir:

- a) Depolama mümkün değildir.
- b) Aktarmak mümkün değildir.
- c) Hizmet üretimi ile aynı anda tüketme özelliği nedeniyle, satış öncesi mallarda olduğu gibi istenilen standart ve kaliteye sahip olanlar arasında herhangi bir ayrım yoktur.
- d) Sağlık çıktısı her zaman standart değildir.
- e) Hizmet üretimi ve tüketiminin eşzamanlı olması gerektiği gibi, sadece tüketimi sırasında değil, üretimi sırasında da tüketilir.
- f) Emek yoğun bir özellik gösterir.
- g) İkame edilmez ve ertelenemez.
- h) Asimetrisinin varlığı
- i) Uzmanlık düzeyi yüksekliği
- j) Sağlık hizmetlerinin etkisini bir şekilde sunmak için nitel özelliklerin yanı sıra, nicel özelliğinin gelişimi de arttırılmalıdır.

Yakın zamana kadar ağırlıklı olarak piyasa ekonomisine ve hayır kurumlarına bırakılmış olan sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığı ve toplum sağlığı arasındaki sıkı ilişki anlaşıldıkça ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel insan haklarından olan yaşam hakkının bir parçası olduğu yaygın bir şekilde kabul edilmiştir. Devletin daha çok görev üstlendiği bir alan haline gelmiştir. Çünkü ödeme gücü olmayanların tedavisi kamu tarafından yapılmadıkça, ödeme gücü olanların da sağlıkları tehdit altında kalmaktadır. İyileştirilmeyen hasta, çevresi için sosyal maliyet yaratmakta, tedavisi ise sosyal fayda sağlamaktadır. Hastalıkları azaltmak ve hayatın kalitesini artırmak için iki tür hizmet sunulmaktadır. Bunlar; tedavi hizmetleri ve koruma hizmetleridir (Mutlu ve Işık, 2012:325).

1.4. Aile Sağlığı Merkezleri

1.4.1. Aile sağlığı merkezinin tanımı

Bir veya daha fazla aile hekimi tarafından aile hekimliği hizmeti verilen kalite standartlarına göre dizayn edilmiş ve sağlanacak hizmetleri sağlayacak altyapı ve donanımları olan kuruma “aile sağlığı merkezi (ASM)” adı verilmektedir. Sadece birinci basamak sağlık hizmeti verilmektedir ve bu merkezlerin temel görevi koruyucu hekimliktir (Ateş, 2011: 4).

Aile hekimliği birimi bir aile hekimi ile bir aile sağlığı elemanından oluşmaktadır. Mevcut duruma göre bir veya daha fazla aile hekimliğinin beraber görev aldıkları yapılanmaya da aile sağlığı merkezi denilmektedir. aile sağlığı merkezleri aile hekimliği sisteminin temel birimini oluşturmaktadır (Uğurlu vd, 2004: 194).

1.4.2 Aile sağlığı merkezinin kuruluş amacı ve özellikleri

ASM, bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanları tarafından aile hekimliği hizmetinin sunulduğu sağlık kuruluşudur. Maliyetlerin azalması ve hekimlere çalışma süresinde esneklik sağlaması açısından birkaç hekimin yeterli sayıda aile sağlığı elemanı ile birlikte görev yaptığı ASM'ler ulaşımın elverdiği ve nüfusun uygun olduğu yerlerde kurulabilir. Türkiye'de uzun bir süredir sağlık finansmanı ve sağlık hizmeti sunumuyla ilgili reform çalışmaları başlatılmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamaya konulmuştur. Bu programın önemli bir bileşeni, birinci basamakta ASM'lerin kurulması ve aile hekimliği uygulamasının başlatılmasıdır (SB, 2016: 2).

Söz konusu uygulamalar doğrultusunda ilk adım kurulumlarında sunulan sağlıkla ilgili hizmet türlerinin ilerletilmesi, kişi ihtiyaçlarına göre koruma sağlayıcı sağlıkla bağlantılı hizmet sunumlarına daha fazla dikkat edilmesi, bireysel sağlıkla ilgili verilerinin kayıt altına alınması ve herkesin bu hizmetlere eşit şekilde erişimlerinin sağlaması amaçlanmıştır (Kidd, 2002: 120).

ASM'ler, birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmeti sunumunda birçok ülkede uygulanmakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Ülkemizde de SDP ile ASM'lerinin kurulması ile birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmıştır. ASM'lerin kuruluş amaçlarından biri hastaların en uygun sağlık hizmeti basamağında hizmet alabilmesidir. Sağlık hizmetlerinde etkinliğin, verimliliğin ve ekonomikliğin sağlanması bu açıdan ASM'ler önemli bir görevi yerine getirmektedir (Atadağ vd., 2016: 141).

Toplum Sağlığı Merkezleri'ne bağlı ASM'lerde aile hekimleri görev yapmaktadır. Aile hekimlerinin kurumca belirlenen temeller kapsamında rol, otorite ve yükümlölükleri alt paragraflarda sıralanmıştır (SB, 2013: 2):

- ASM'lere kaydı bulunan bireylerin tümüne yönelik, birey odaklı koruma sağlayıcı, tedavi ve rehabilite sağlayıcı hizmet sunumlarını gerçekleştirirler.
- Bağlı bulunduğu bölgedeki toplum sağlığı merkeziyle koordineli çalışır.
- ASM'lere kaydı bulunan bireylerin değerlendirilmelerinin yapılması açısından 6 ayda hane ziyareti yapılır ya da haberleşirler.
- Toplumu ilgilendiren çevreyle alakalı konularda, bölgesinde bulunan toplum sağlığı merkezine başvurur.
- Birey yönlü koruma sağlayıcı sağlık hizmet sunumlarıyla birinci basamak tanılama, tedavisini gerçekleştirme, rehabilite etme ve danışmanlıkla ilgili hizmet sunumlarını gerçekleştirmektedir.
- ASM'ler bölgelerinde kayıtlı olan kişilere rehberlik ve periyodik sağlık muayenesini yapar, sağlık durumunun geliştirilmesi ve koruma sağlayıcı hizmet türleriyle anne ve bebek sağlık durumu ve nüfus planlama hizmet sunumlarını gerçekleştirir.
- Evden izlenmesi gerekli olan engellilere, yaşlanmış bireylere, yatağa bağımlı hastalara özel sağlık hizmetleri sunar.
- ASM şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hasta bireyleri ikinci veya üçüncü basamak sağlıkla ilgili kuruluşlarına yönlendirir
- Tetkike ait hizmetlerin verilmesini sağlar.
- Verilen hizmetlerin kayıtlarını tutar ve gerekli yerlere bildirir.
- ASM'ler bireyleri senede minimum bir kez kontrol ederek kayıt günceller.
- Entegre sağlıkla ilgili hizmetin sunumunun yapıldığı merkezler içinde gerektiği zamanlarda hasta bireyi izlem amacıyla yatış yaparak tedavi eder.

ASM'lerde, yukarıda belirtilen hizmetlerin yerine getirilebilmesi için tıbbi kayıtları korumak ve bu kayıtları toplamak için etkili bir sistem kurulmalıdır. Bu amaçla hastaların telefon veya diğer iletişim araçları ile ulaşabildiği düzgün ve erişilebilir bir yapıya sahip olmalıdır. Her türlü konularla baş edebilen ve sorunları çözebilen, profesyonel, sistematik bir yolla hastaları bakım sürecine sokan ve iletişim kurmayı sağlayan ASM'lerde, hekimin zamanını verimli bir şekilde kullanabilmesi için hastalar tarafından kolayca ulaşılabilen randevu programları oluşturulmalıdır (Jones, 2005:396).

ASM'ler aşağıdaki özellikleri taşımalıdır (SB, 2016: 4):

- ASM binalarının, rahat erişilebilir, ısıtma ve havalandırma için uygun olanakları olmalıdır
- Sadece bir aile hekiminin çalıştığı binalarda altmış metrekare bulunmalıdır, bir kişiden çok aile hekiminin beraber hizmet sunumu yapması halinde aile hekiminin her birisi için yirmi metrekare eklenmelidir.
- ASM'de iki ya da altı aile hekimliğine ait birim bulunması göz önünde bulundurulmalıdır.
- Muayenenin yapıldığı odanın aile hekiminin her birisi açısından minimum on metrekare bulunmalıdır
- Laboratuvar hizmet çeşitlerinin aile hekimi tarafından merkez içinde sunulması planı yapılıyorsa ayrı bir oda ayrılmalıdır.
- ASM'ler; engelliler, yaşlanmış bireyler, yatağa bağlı ve aynı haldeki hastalar için giriş katında bulunmalıdır.

ASM'ler kendilerine başvuran hastanın çeşitli sağlıkla ilgili problemlerini inceleyen kurumlardır. Birinci basamak sağlıkla ilgili hizmet sunumu yapan kuruluşlarda sunulan sağlık hizmetlerini aşan problemler için hastalara danışmanlık hizmeti verirler. Hastalığın durumuna göre gerekirse ilgili birimlere sevk ederek aracı görevini üstlenirler. Hastanın bir üst sağlıkla ilgili kuruluşlara yönlendirilmesi gerektiğinde sağlık bilgileri ile beraber hastalıkla ilgili uzmanların bulunduğu yere ve sevk edilen merkeze erişimini sağlarlar. Böylece ASM'ler, üst düzey gider ortaya çıkaran ikinci ve üçüncü basamak sağlıkla ilgili hizmet sunumlarının verim getirir biçimde kullanılmasını sağlarlar. Söz konusu anlamda "kapıtutuculuk" görevi ASM'lerin önemli görevlerinden birisidir (Gross vd., 2000: 222).

Kapıtutuculuk, sağlık hizmetlerinin maliyetini sınırlamasında ve sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılmasında çok etkin bir yol olarak görülmektedir (Öcek vd., 2006: 144).

ASM'lere başvuran hastaların sorunları çözüldünce, hastaların acil servisi kullanma, hastaneye yatışları azalacak ve sonuçta diğer basamaktaki sağlıkla ilgili kuruluşlarda sunulan sağlıkla ilgili hizmetlerin maliyeti düşecektir (Starfield vd., 2005: 458).

1.5. Aile Hekimliği

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2013)'nde aile hekimliği, bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlığına destek vererek, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve ileri yaşta yani hayatın tüm aşamalarında, cinsiyet, şikayet, hastalık, sağlığın korunması ve tüm sağlık sorunlarının geliştirilmesi gibi ayrımcılık yapılmaksızın sağlığın tüm alanlarına katkı sağlayan; birinci basamakta erken tanı, tedavi, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren;

tıbbi etik ilkelere uygun olarak modern, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sağlamak için gerekli bilgilere, beceriye ve tutumlara sahip olmayı gerektiren bir hekimlik türü olarak tanımlanmıştır.

1.5.1. Aile hekimliği kavramı

Aile hekimliği dünyanın birçok yerinde değişik şekillerde uygulaması yapılan bir yapıyı açıklamaktadır. Avcı (2010:4) aile hekimini, ailelere geniş ve kapsamlı sağlık hizmetleri sunan bir uzmanlık alanı olarak; biyoloji, klinik ve davranışsal yapı gibi birçok unsuru içinde barındıran hekimlik olarak belirtmiş, aile hekimliğini genel tıbbın genel ve tıbbi ortamına odaklanan modern bir yorumu olarak ele almıştır.

Bu tanımdan anlaşılacağı gibi, AH'nin diğer tıbbi branşlardan farkı, herhangi bir hastalık ya da sağlık sorunuyla sınırlı olmamasıdır. Bu aynı zamanda pratisyen hekim olarak da adlandırılabilir.

Genel olarak Aile Hekimliği kavramına bakıldığında akademik bir disiplin olmasının yanında, uygulama özelliği de bulunmaktadır. Aile hekimliği bireyi kendi ekolojisinde biyo-psiko-sosyal bir canlı olarak yani her yönüyle ele alan bir yaklaşımla değerlendirir. Birey merkezlidir, bireyleri tüm yaşamları boyunca dek takip eder diğer bir deyişle sreklielik özelliği vardır. Birey odaklı yaklaşım geliştirmesinin yanında rahatsızlıkları toplum düzeyinde ele alarak toplumun sağlığı için sorumlulukları da almış olur. Aynı zamanda hizmet verdiği toplumu bütünüyle tanıyarak, aile, evre ve iş ilişkileri her yönüyle ele alır. Dolayısıyla nüfusundaki kişilerin yaşam şartlarını, sağlık düzeylerini en iyi bilen kişidir (Aydın vd., 2008: 52).

1.5.2. Aile hekimliğinin zellikleri

Aile hekimliğinin temelini oluşturan bazı özellikler bulunmaktadır. Bunlar aşağda maddeler halinde sıralanmıştır (WONCA, 2011: 2).

1. Sağlık sistemiyle karşı karşıya gelmenin ilk merkezini meydana getirir; yaşı, cinsiyeti ya da kişinin diğer başka herhangi bir niteliğine bakılmaksızın bütün sağlıkla ilgili sorunlarıyla alakadar olur ve hizmeti talep edenlere şeffaf ve kısıtsız bir girişi verir.
2. Sağlıkla ilgili kaynak çeşitlerinin etkin bir şekilde kullanılmasını gerçekleştirir. Bu durumu kişilere sunumu yapılan bakım durumunun koordinasyonunu sağlayarak, ilk aşamada sağlıkla ilgili çalışanlarla beraber işbirliği yaparak ve zorunlu olduğuunda hastalığı bulunan birey namına üzerine aldığı koruyuculuk vazifesiyle başka uzman kişilerin sundukları hizmetler ile bağlantıyı idare ederek gerçekleştirir.
3. Kişiye, sahip olduğu aileye ve içinde bulunduğu sosyal yaşamı merkeze alan bir hizmet ortaya koyar. Hasta bireyin kendisinin hastalığını ne şekilde düşündüğü ve hastalığıyla nasıl mücadele ettiğini algılamak, hasta olma aşamalarıyla özellikle ilgilenmektedir.
4. Hasta birey ile kendisine has bir muayene süreci bulunmaktadır. Bu aşamada iletişimin sağlıklı olması, hekim ve hastalığı bulunan arasındaki zamanla bir bağlantı oluşmasını gerçekleştirir.
5. Sağlıkla ilgili hizmet sunumu eşitleri hasta bireyin ihtiyaçlarıyla doğrudan ilgilidir. Aile hekimleri, doğumdan lme hastaları tüm yaşamları boyunca izleyerek bakım srekliлиđini sağlar.
6. AH'ye başvuran hastalarda hiçbir n eleme olmadığı için hastalıkların görülme sıklığı hastane ortamından farklıdır.
7. Hasta bireylerin geçici ya da sürekli sağlıkla ilgili problemlerini aynı zamanda idare eder. AH, hasta olan kişinin sadece o günkü rahatsızlıklarıyla değil tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek zorundadır.

8. Yaşamın her aşamasında daha ayrıma uğramamış biçimde meydana gelen ve hemen müdahale etmeyi zorunlu kılan sıkıntıları idare eder. Hasta bireyler, AH'ye genellikle hastalığın ilk başlamasında müracaat eder ve bu her aşamada tanılamak zordur.

9. Uyumlu ve etkinliği bulunan girişimler ile iyi olma halinin gelişimini gerçekleştirir. AH'nin hasta bireye gerçekleştirdiği müdahaleler uyumlu ve etkin ortaya çıkmalı ve güçlü delillere istinat etmelidir. Gereği olmayan girişim türleri ile gerek hasta bireye zararı dokunabilir gerekse de değerli sağlıkla ilgili kaynak türlerinin sarf edilmesine sebebiyet verebilir.

10. Sosyal yaşamın sağlıklı olması için özellikle sorumlu olmayı ister. AH, sağlıkla ilgili hususlarda, gerek kişiye gerekse de sosyal yaşama karşı bir yükümlülüğünün bulunduğunu kabullenir.

11. Sağlıkla ilgili problemlerini fiziki, psikolojik, toplumla ilgili, kültür ile bağlantılı ve varolma ölçütleriyle inceler.

AH, sağlığa ait sorunlarının bütün boyutlarını dikkate alarak bu sorunların temelindeki nedeni göz ardı etmemiş olur. Böylece hastaya yapılan girişimler daha etkili olur (WONCA, 2011: 2).

1.5.3. Aile hekiminin görevleri

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğünün raporunda (2014:3) aile hekimleri görevlerini şöyle sıralamıştır:

- Bireylerin sağlıkla ilgili problemlerini bedensel, psikolojik ve kültür ile ölçütleriyle inceler
- Bireylerin sağlığının tıbben karşılaştığı ilk merkezi meydana getirir.
- Kayıtlı tüm bebeklere, çocuklara, yetişkinlere ve yaşlanmış bireyleri bütün olarak gözlemler. Bu bireyler erken teşhis, aile planlaması ve koruyucu sağlığın yanı sıra teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık da sağlar. Ek olarak, bu hizmetler yalnızca sağlık merkezlerinde değil, aynı zamanda evde veya mobil sağlık merkezlerinde de mevcuttur.
- Nüfusundaki kişilere yönelik ziyaret gerçekleştirir ve mevcut durumlarını değerlendirerek sağlık kayıtlarını yeniler.
- Nüfusundaki kişilere üremeye yönelik danışmanlık hizmetlerinin, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin ve sağlığın iyileştirilmesi hizmetlerinin verilmesini sağlar.
- Merkezlerinde veya mobil hizmet sırasında karşılaştıkları sosyal yada çevresel sorunları bağlı bulundukları toplum sağlığı merkezlerine bildirirler
- Bebek / çocuk takip muayenesi ve hamilelik takibi gibi periyodik sağlık muayenesi yapar.
- Hastaların kansere yönelik taramalarını gerçekleştirir.
- Kişilere gerekli tahlilleri yapar ve kronik hastalıkları yönetir.
- Birinci basamak koşullarında hizmet aldırılmayan hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilir. Muayene, teşhis ve tedaviyi inceleyip takip eder.
- Kesintiler için gerekli sağlık raporlarını (askerlik, doğum), sevk ve reçete belgelerini ayarlar.
- Kurumun ihtiyaç duyduğu malzemelerin teminini sağlar
- Bağlı bulunduğu kurumların personele yönelik eğitimlerine katılır.

Sağlık kuruluşlarının birinci basamak kuruluşlarında sorumlu olan hekim, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini de koordine eder. Bu nedenle ilk aşamada insan sağlığı planlanırken kapsamlı bir sağlık hizmeti sunan hekimlerin uzmanlardan oluşması sunulacak hizmetin kalitesi açısından önemlidir (Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014:4).

1.5.4. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi

Aile Hekimliği kurumunun Dünyada ve Türkiye’de gelişimine ait açıklamalar aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

1.5.4.1. Dünyada aile hekimliğinin gelişimi

Aile Hekimliği temellerinin çok eskiye dayandığı ve İngiltere’de 1800- 1890 yılları arasında kurumsallaşmaya başladığı belirtilmekte ve bu kurumsallaşmanın kanıtı olarak da 1844 yılının Aralık ayında Ulusal Aile Hekimliği Kurumunun kurulması gösterilmektedir (Bayam, 2011:1). İngiltere’deki bu kurumsallaşma süreci ile beraber hastaların takip ve tedavilerinde iyileşmeler olduğu görülmüş ve Amerika’ya sağlık sunum hizmeti modeli olarak örnek olmuştur (Ak, 2010: 403).

1910 yılında Abraham Flexner tarafından hazırlanan Flexner raporu ile birlikte tıp alanında branşlaşmanın gerekliliği vurgulanmış ve hızlı bir şekilde branşlaşma artmıştır. Branşlaşmayla birlikte farklı uzmanlık alanları oluşmuş ve genel pratisyenlik önemini yitirmeye başlamıştır (Gutierrez ve Scheid, 2002: 5). Bu durumu 1923 yılında Dr. Francis Peabody fark etmiştir. Peobady aşırı uzmanlıkla birlikte sağlık hizmeti sunumunun önemli şekilde parçalara ayrıldığını ve hasta bireylerin orta yerde kalmalarına sebebiyet verdiğini ifade ederek; ulaşımı hızlı olan, geniş, kişisel olarak sağlık hizmeti sağlayan ve bireyleri tüm bir biçimde değerlendiren genel pratisyenlik durumuna geri dönüş yapılmasını belirtmiştir (Rakel, 1998: 4).

Aile hekimliği/genel pratisyenliğe yönelik ilk önemli adımlar II. Dünya Savaşından sonra atılmıştır. İkinci Dünya Savaşından 7 yıl sonra 1952 yılında İngiltere’de İngiltere Genel Pratisyenlik Akademisi) kurulmuştur. İngiltere Genel Pratisyenlik Akademisi; İngiltere’deki aile hekimliğinin ve ilk aşama sağlıkla ilgili hizmet türlerinin teşviki ve mükemmelliği için uzman hekimler yetiştirmek amacıyla kurulmuştur (Tait, 2002: 2).

Böylelikle 1960’lı yıllarla birlikte aile hekimliği tekrardan üniversitelere girmeye başlamış 1963 yılında Edinburgh şehrinde aile hekimliğinin bölüm olarak ilk defa kuruluşu gerçekleşmiştir (Başak vd., 2005:175).

1965 yılına gelindiği zaman İngiltere’de aile hekimliği artık uzman olunan branş durumuna gelmiştir. İngiltere’den sonra Amerika Birleşik Devletlerinde 1966 yılında birer ay arayla yayınlanan Millis Komisyonu Raporu ve Willard Komitesi Raporuyla birlikte Folsom raporu sonucunda ilk etap sağlıkla ilgili hizmet sunumlarında uzmanlaşmanın ehemmiyetli olduğu ve aile hekimliğine ait uzmanlığının kurulması gerektiği belirtilmiştir. Bu raporların bir sonucu olarak 1969 yılında Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu’nun kurulmasıyla aile hekimliği uzmanlığı doğmuştur (Algın, 2002: 26).

Folsom, Millis ve Willard raporlarına verilen teşviklerin en fazlasını Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi oluşturduğu için 1971 yılında adı Amerikan Aile Hekimliği Akademisi olarak değiştirilmiştir. İsim değişikliğinin nedenlerinden ilki, aile yönelimli sağlık hizmetini vurgulamak; ikincisi ise yeni aile hekimliği uzmanlığı için kabul görmektir (Saatçi vd., 2006: 80).

Bu gelişmelerden sonra 1972 yılında Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA) kurulmuştur. 1974 yılında Hollanda’nın Leuvenhorst kentinde birinci basamak sağlık hizmetleri için toplanan taraflar ortak bir karar almıştır. Alınan bu karar şu şekilde belirtilmektedir; birinci basamak hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olup diğer uzmanlık

dallarından farklıdır ve tüm dünyada kabul görececek bir tanım yapılmalıdır. Tıp Fakültesi mezunu olmak birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmak için yeterli değildir (Burak ve Karataş, 2011: 31).

Leeuwenhorst aile hekimliğinin gerekliliğinin vurgulandığı ve en genel anlamda aile hekimliği tanımının yapıldığı ilk toplantıdır. Leeuwenhorst toplantısında aile hekimliğinin tanımı, görev ve yetkileri belirtilmiştir. Bu kapsamda aile hekimliği yaşı, cinsiyeti ve hastalık durumundan bağımsız olarak kişilere, aile durumunda olanlara ve belirlenmiş bir insan sayısına kişisel, birincil ve sürekli gözetim hizmeti türlerini bir bütün şeklinde sunan lisansı bulunan bir tıbbiye uzmanı durumundadır. Aile hekimleri, hastalarına muayenesinin yapıldığı odasında, hastanın evi içinde, bir kliniksel ya da hastane içinde hizmeti veren; amacı erkenden teşhisi ve tanı koymak olan ve benzer zamanda sürekli, tekrarlayan ya da ölümle sonuçlanacak hastalıkları olan hastaların devam eden tıp ile ilgili süreçlerini üstlenen uzmanlığı olan hekim türleridir. Aile hekimleri tıp ve tıp dışı meslekler ile beraberlik içerisinde çalışan, ailenin ve hasta durumunda bulunanların sağlık durumlarını geliştirmeye yönelik önlem, tedavisi ve eğitilme yoluyla nasıl ve ne zaman müdahale edeceğini bilen, aynı zamanda topluma yönelik sorumluluk sahibi olan uzman hekimidir (Ergüder vd.,2000: 103).

1978 yılında Kazakistan’da yapılan Alma Ata Bildirgesinde “2000 yılında Herkese Sağlık” amacı yönünde aile hekimliğinin uzman olunan bir branş olarak tanınmış ve ülkeler, aile hekimlik uzmanlığı eğitiminin tıp fakültelerini bitiren ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak pratisyen hekimlere zorunlu olarak verilmesi gerektiğini kararlaştırmıştır (Ergüder vd., 2000: 104). Alma Ata Bildirgesi ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkeler uygulamış oldukları sağlıkla ilgili sistemde ve politika türlerini alınan bu kararlar yönünde tekrar incelemişlerdir (Kıvanç, 2015: 163).

1994 yılında Kanada’da gerçekleştirilen konferansta WHO ve WONCA tarafından aile hekimliğinin uzmanlığı gerektiren bir meslek olduğu yönünde önemli çalışmalar yapılmış ve tarihi bir işbirliği gerçekleştirilmiştir. Bu konferansın toplanılmasındaki amaç; sağlık hizmetlerini, tıp uygulamasını ve tıp eğitimini insan ihtiyaçlarına daha uygun hale getirmek ve böylece herkes için sağlık hedefine katkıda bulunmak için yapılacak belirli eylemleri tanımlamak olarak belirtilmiştir. Konferansta sunulan raporun beşinci bölümünde “Toplum İhtiyaçlarını Dikkate Alan Sağlıkla İlgili Bir Sunum Hizmet Türü Meydana Getirmek Açısından Tavsiyeler” başlığı altında “uzman bulunan bir branş şeklinde aile hekimliğinin de tanınması ve çalışması sağlanmalıdır. Tıp fakültelerinde disiplin şeklinde aile hekimliği eğitimi verilmeli ve aile hekimleri / branş / uzman olunma dengelemesi iyi gerçekleşmelidir. Ülkelerin her birinde aileyle ilgili hekimliğin uzmanlığının eğitim süreci gerçekleştirilmelidir.” biçiminde önerilere yer verilmiştir (WHO ve WONCA, 1994: 47).

1 Ocak 1995 yılında Avrupa Topluluğu tarafından yürürlüğe giren bir kararla ilk aşama sağlık sunumu hizmet türlerinde çalışma yapacak hekim tiplerinin temel tıp eğitimi sonrasında minimum 2 sene eğitilmeleri gerekli kılınmış, 1 Ocak 1996 yılında ise bu

kararda değişiklik yapılarak uzmanlık eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır (Özçakar, 2004: 19).

Ünalın (2004: 12)’a göre hızla değişen sağlık sistemlerinde tıp eğitiminden sonra birinci basamak uzmanlık eğitim süresinin zorunlu olarak 3 yıl olması aile hekimleri için önemli bir karardır. Hastanın sağlık hizmetleri sunumunda ilk karşılaştığı kişi aile hekimidir. Aile hekimi hastanın birinci basamakta sunulan sağlık hizmeti ile tedavi edilip edilemeyeceğini, diğer tıp alanı uzmanlarına veya bir üst basamak sağlık hizmeti sunan hastanelere sevkini gerekip gerekmeyeceğini ayırt edebilir durumda olmalıdır. Bununla birlikte aile hekimlerinin gündelik taramayı gerçekleştirme, korunmak ve tedaviyi – izleme protokol türlerini uygulama yapabilecek, ilk aşamanın zorunlu kıldığı birçok taraflı araştırma türleri gerçekleştirip sürdürebilecek özellikte bulunmalıdır.

1.5.4.2. Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi

Aile hekimi kurumu 1961 senesinde günümüze dek çalışmakta olan 224 numaralı Kanun ve 09.12.2004 tarihi olan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” çerçevesinde yürütölmesi sağlanmaktadır. Aile Hekimliği 1970 senelerinde genelde sağlık ocaklarında bulunan doktorların görevlerinden sayılmış, farklı bir uzmanlığın bulunduğu düşüncesi kabul edilmemiştir. 1983 senesine ulaşıldığında aile hekimliği uygulamasının Türkiye içinde yapılması gerekliliği meydana çıkmıştır (Algın vd., 2004: 249).

Türk Aile Hekimliği gelişim aşamasında 3 etaptan bahsedilebilir. İlk aşama 1983-1993 arasındır. Aile Hekimliği uygulaması 05.07.1983 tarihli “Tababet Uzmanlık Tüzüğü” içinde yerini bulmuştur. Kamu hastaneleri içinde uzmanlıklara ait eğitimlerin başlangıç göstermesi ve ilk uzman hekimlerin yetişmesiyle birlikte 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Faköltesi içinde ilk aile hekimliği anabilim dalı organizasyon şemasında kurulmuş gösterilmiştir. 1985 senesinde Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde Sağlık Bakanlığı bağlantılı eğitim hastaneleri içinde çalışmaya geçmiştir. 1990 yılında aile hekimliğinden uzman eğitimini alanlardan asistan olanlar Ankara ilinde “Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kuruluşunu gerçekleştirmişler ve 1993 yılında ilk “Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi” İstanbul kentinde yapılmıştır. Yine söz konusu dönem içinde bilimsel platform içinde bir ilk durumunda bulunan “Aile Hekimliği Derneği” (Journal of Family Practice) İstanbul kentindeki şubesi liderliğinde yayın yaşamına geçmiştir. Bir manada söz konusu dönem aile hekimliğine ait ilk aşamaların yaşandığı bir dönem şeklinde tarihte yerini almıştır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 239).

1993-2002 tarihleri arasında, 1993 senesinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kapsamında gerçekleştirilen ilk aşama sağlıkla ilgili hizmet çeşitleri ve “Aile Hekimliği Yasa Tasarısı Taslağı” ve aile hekimliği taslak eğitim işleri, ilk eğitim verici eğitim türlerinin düzene alınması, Bilecik şehrinin pilot bölge şeklinde tavsiye edilip, söz konusu bölge içinde uygulama biçimlerine yönlü girişim biçimlerinin başlatılmasının gerçekleşmesi sağlanmıştır. 16.07.1993 tarihi itibarıyla “Yüksek Öğretim Kurulu” (YÖK) 12547 numaralı kararı ile tıp fakölteleri içinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nın kurulumunun gerçekleştirilmesi onanmıştır. 17.09.1993 tarihinde Trakya Üniversitesi bünyesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. Üniversiteler

kapsamında aile hekimliği için asistan yetiştirme eğitimlerine geçilmiştir. Bunun dışında 1993 yılında İstanbul kentinde ilk “Ulusal Aile Hekimliği Kongresi” tertip edilmiştir. 1994 yılı içinde Sağlık Bakanlığı “Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” ve “Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü”nce Ankara kentinde 1996 senesinde Adana, Bursa ve İzmir illerinde “Aile Hekimleri Uygulama Merkezleri” faaliyete başlamıştır (Söyleyici, 2010: 38).

Türkiye içinde aile hekimliği gelişimi sürecinde bir diğer etap, 2002 senesinde Sağlık Bakanlığı’nca açıklaması yapılan acil hareket planlamasında “Herkesin Sağlık” başlığında bulunan esas amaçların izah edilmesiyle ve 2003 senesinde Sağlık Bakanlığına ait “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ismiyle ilan edilmesi ile başlangıç göstermekte ve bugüne dek ulaşmaktadır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004:13).

1.5.5. Dünyada aile hekimliği uygulamalarından bazı örnekler

1.5.5.1. Amerika’da aile hekimliği

1960’lı yıllarda AH’nın alanlarını ve becerilerini tartışan yayın türlerinin ve Millis ile Willard gruplarında gerçekleşen araştırmaların birleştirilmesinden “Aile Hekimliği Uzmanlık Programları’nın aşağıdaki gibi alt yapısı meydana gelmiştir:

1. Hasta olan bireylerin bireysel doktoru şeklinde çalışma yapmalı ve hasta olan bireylerin sağlık sistemi içine girişini gerçekleştirmelidir.
2. İlk kez muayene olma, koruma sağlayıcı doktorluk ve genel tıp hizmetleri içinde geniş bir anlayışı bulunmalıdır.
3. Hastanın sevk ile ilgili işlemlerini yapıp takibini sağlamalıdır.
4. Hastaların kaygılarını ve ihtiyaçlarını önemseyerek görevini yerine getirmelidir.
5. Hasta bireyin fiziki, hissi ve toplumsal gereksinimlerini dikkate alarak aile ve sosyal yaşam boyutunda zorunlu bakım durumunu gerçekleştirmelidir (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimligi/duenyada-aile-hekimligi.html>).

İlk zamanlarda tıp uygulama biçimlerinin genelinde gerçekleştirildiği hastane türlerinin yeni eğitim programı türleri açısından uyumlu bulunduğu açıktır. Tıp ilkeleri dikkate alındığında aile hekimliği klinik uygulama sahası akademik merkezlerden uzakta idi. Bu hastane tipleri vatandaşa hizmet etmeye dikkat kesilmiş idi ve kuvvetli bir doktor kadrosu vardı. Bu sebepler nedeniyle uzmanlık eğitimi %80’den fazlası bu tür hastanelerde vardır. 2000 senesinde aile hekimliği bütün uzmanlık programı türlerinde en fazla sayıya erişerek, 50 eyalet içinde 472 program içinde 10503 asistanı elinde bulundurmaktadır. Amerikan Tıp Fakülteleri’nde aile hekimliği gelişimi 1970’li senelerde meydana gelmiştir. Folsom, Millis ile Willard raporları bu uzmanlık sahasının akademik ilerlerin sağlanması için ciddi bir acillik bulunduğunu ifade etmelerine nazaran, tıp fakülteleri içinde başarı bulunan bir akademik birim kuruluşu çok fazla seneler devam eden araştırmalar, tartışma şekilleri, lobi faaliyetleri ve çatışma türleri neticesinde olanaklı gerçekleşebilmiştir. Bütün olanlara nazaran 2000 senesinde Amerikan Tıp Fakülteleri’nde kuruluşu gerçekleşmiş 113 Aile Hekimliği Anabilim Dalı vardır (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimligi/duenyada-aile-hekimligi.html>).

1.5.5.2. Almanya’da aile hekimliği

Almanya’nın sağlık sistemini çalışanlarca ve işverenlerce finansman sağlanan sosyal sigortalar tarafından gerçekleştirilmektedir. Sosyal sigorta uygulaması 1883 yılında sağlık hizmetleri sunumuna finansman sağlamak amacıyla hastalık fonu şeklinde kurulmuştur. Almanya nüfusunun tamamına yakını kanuni sağlık sigortasından yararlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 326).

Sosyal sağlık sigortası kapsamında ödenen primler kişilerin gelir durumlarına göre belirlenmekte ve aile yeleri belirli durumlarda prim ödemedenden de sosyal sigorta kapsamı altında olabilmektedir. Sosyal sigorta uygulaması ile hastalara gerekli, yeterli, amacına uygun ve aynı zamanda ekonomik yönden de uygun olan sağlık hizmetleri ödenen prime bağlı olmaksızın karşılanmaktadır. Kanun koyucular tarafından sosyal sigorta primlerine ek ödeme yöntemleri ilave edilerek sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımını engellemiştir. Alman vatandaşlarının %80’i bu uygulamalar dhilinde almış oldukları sağlık hizmetlerini iyi ile mkemmek arasında değerlendirmektedirler (Kavukçu ve Burgazlı,2001:2)

Almanya’da temel tıp eğitimi altı yıl sürmektedir. Temel tıp eğitiminden sonra 18 ay süren zorunlu intörnlük eğitimi mevcuttur. Bu süre sonunda mezun olan hekimler ister genel pratisyen olmak için isterse aile hekimliği uzmanlığı da dâhil diğer uzmanlık eğitimlerine katılmak için yapılan yeterlik sınavından başarılı olmak zorundadır (Saçaklıoğlu, 1997: 37).

Aile hekimi uzmanı olmak isteyen kişilerin altı yıl süren temel tıpla ilgili eğitimin sonrasında beş sene süren aile hekimliğinin uzmanlık eğitimini alması zorunludur. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden sonra isteğe bağlı olarak başka bir uzmanlık alanında da st ihtisas yapılabilmektedir (Kavukçu ve Burgazlı, 2011: 3).

Almanya sağlık eğitiminde aile hekimliğinin bölümü ilk önce 1976 senesinde Hannover Tıp Fakültesi bünyesinde faaliyete geçmiştir. 2009 yılı itibariyle ülke içinde bulunan Tıp Fakültelerinden 24 tanesinde aile hekimliğinin kürsüsü yer almaktadır. Söz konusu disiplinin kürsüsü tarafından temel tıp eğitimi gören öğrencilere aile hekimliği ile ilgili dersler zorunlu olarak verilmektedir. 1994 senesinden başlayarak birinci basamak sağlıkla ilgili sunum hizmetleri içinde rol üstlenecek doktorların aile hekimliğine ait uzmanlığı verecek eğitimleri almalar gerekli duruma getirilmiştir (Oğuz, 2009: 13).

Almanya’nın birinci basamak sağlıkla ilgili hizmetleri aile hekimliğinin uzman türleri ve uzmanlık rollerini kullanmadan başka branşların uzman kişilerince aile sağlığı merkezlerinde hizmet verebilmektedir (Turhan, 2014: 22).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimi unvanıyla sertifikalandırılmış toplam 58.884 hekimin 31.758’i aile hekimi uzmanı, 11.303’ uzmanlığı bulunmayan pratisyen hekim, 10.336’sı iç hastalıkları uzmanı ve 5.447’si ise ocuk sağlığı uzmanından oluşmaktadır (Belek ,2009: 243).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan bu hekimler arasından olan kalifiyeli hekimler aile sağlığı merkezlerinde sorumlu hekim olarak görevlendirilmektedir. Aile sağlığı merkezi büyüklüğüne göre sorumlu hekimlerin yanında yardımcı hekim, diş

doktorları, sosyal çalışmacı ve psikologlar, sağlıkla ilgili mühendisler, röntgen ve laboratuvar asistanı ile birlikte dezenfeksiyoncular da görev alabilmektedir (Erdoğan ve Ekukulu, 1995: 66). Bu durum Almanya'nın birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda kapsamlı bir şekilde örgütlendiğini göstermektedir. Böylelikle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapan kişilerin teşhis ve tedavilerinde hızlı ve doğru kararların verilebilmesine imkân sağlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastalar özel uzmanlık gerektiren sağlık sorunlarının doğru bir şekilde yönlendirilmesi sebebiyle Almanya'da yaşayan kişilerin birçoğu hastalandığı zaman veya başka sağlık sorunları yaşadığı zaman ilk olarak aile hekimine başvurmaktadır. Ancak kişiler aile hekimlerine danışmadan da özel uzmanlık gerektiren sağlık hizmetlerine başvuru yapabilmektedir (IQWiG, 2015: 2). Bu durumda kişi aile hekimi tarafından sevk edilmediğinden dolayı yapılan her bir işlem bedelini kendi cebinden ödemek zorundadır (<http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/ust/almanya.pdf>).

Özet olarak kişiler almış oldukları sağlık hizmetinin maliyetini kendi cebinden ödemeyi kabul etmesi durumunda özel uzmanlık gerektiren sağlık kuruluşlarına gitmekte özgürdür. Bu durum Almanya'da sevk zinciri uygulamasının olmadığını gösterse de kişilerin özel uzmanlık gerektiren; yani ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti kullanımına gereksiz taleplerin oluşmasına yönelik caydırıcı bir etkisi olduğu düşünülebilir. Almanya içinde 1996 yılının başından itibaren her bir hizmet karşılığında aile hekimine ödemeler gerçekleştirilmektedir. Ödeme sistem türleri günümüzde devamlı farklılaşma durumundadır. Hizmetleri sınırlayabilmek için ödemelerin sistemi basamaklı şeklindedir. Daha farklı bir ifade ile belirlenmiş bir rakamda hizmet durumuna ödemesi yapılan bedel söz konusu rakamın aşımı sağlandıktan sonra indirilmektedir. Bunun dışında doktorların lüzumsuz faaliyet göstermelerini engellemek hedefiyle bütçe türleri meydana getirilmektedir. Yatarak bakılmayan hastalar, verilen ilaç türleri, fiziksel tedavi, konuşabilme tedavi türü şeklinde doktorluk harici tedavinin uygulama şekillerine yönlendirilen hasta bireyler açısından durağan bütçe türleri meydana getirilmektedir. Hizmet şekillerinin bedelleri bölge yapılarına ve sunumu yapılan hizmet adedine göre farklılaşabilmektedir (Aydın, 2004: 27).

1.5.5.3. İngiltere'de aile hekimliği

Aile hekimliğinin gerçekleştirilen ilk uygulama biçimleri 1601 yılına dayanmaktadır. Reel manada aile hekimliği ya da İngiltere de kullanılan adıyla genel pratisyenlik (GP), 1947 yılında Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'nin kurulması ile gerçekleşmiştir (http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hsbs_rehber_son.pdf).

İngiltere'de 2004 yılı öncesinde "Ulusal Sağlık Hizmetleri Örgütü" vardı. İngiltere içinde sağlık hizmetlerinin finansmanının kaynağı vergilerdir. 2004 yılında "Genel Tıbbi Hizmetler sözleşmesi ile performans sistemi getirilmiştir. Performans sisteminde ödemeler bakılan hastaya göre ödenmektedir. Bu çerçevede GP'lerin elde ettiği kazancın %20 ile %25'i "Kalite ve Çıktılar Çerçevesi" şeklinde isimlendirilen sınırlandırma seviyesi ile ilgilidir. Bu sınırlar klinik bakım, muayene yapılan örgütlerin organize

oluşları ve hastaların geri bildirimiyle ile bağlantılıdır. İş saatleri harici ulaşılabilir olup olmama kararını GP'lere ehemmiyetli bir kazanç elde ettirir. Bu durumların yanında Gp'ler arası rekabetin artırılması için GP'lerin hasta birey tercihini kolay hale getiren uygulamalar gerçekleştirilmektedir (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimligi/duenyada-aile-hekimligi.html>).

İngiltere'de GP'lerin yalnız ya da grup çalışması gerçekleştirerek hizmetim sunumunu yaptıkları muayene yerlerinin daha büyük boyutlu işletme türlerine geçiş yaptığı ifade edilmektedir. GP müşterekleri 2000 senesinde yaklaşık 5726 hasta bireyi elinde bulundururken, 2010 yılında hasta birey adedi 6610 adede yükselmiş, aynı dönem içinde yalnız olarak işgören GP %22,8'den %14,5'e düşmüştür. GP'lerin çalıştırdığı hemşire adedi fazlalaşırken, modern müşterek destek bulunmak yerine ücret karşılığı olarak GP istihdam etmek daha çok seçilen bir usul durumuna ulaşmıştır (Fişek, 1974: 13).

İngiltere'de bireyler öncelikle kayıtlarının olduğu GP'ye müracaat etmek durumundadırlar. GP'den yönlendirme temin edemeyenler, ikinci aşamaya acil haller haricinde müracaat edemezler. GP'lerin ikinci aşamaya yönlendirme oranı %10 civarındadır. GP'ye ödemeler kaydı bulunanlara göre gerçekleşmekle beraber, koruma hizmetlerinin etkinlik durumunu yükseltmek açısından hizmet adedine göre ödeme biçimleri de gerçekleştirilmektedir (http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hsbs_rehber_son.pdf).

1.5.5.4. Kanada'da aile hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri AH'ler tarafından gerçekleştirilmektedir. AH'ler büyük şehirlerde muayene yapılan yerlerde çalışma gerçekleştirirler ve ikinci aşamaya yönlendirdikleri hasta bireylerin tedavi durumları ile özellikle alakadar olurlar. Kırsal sahada ise sağlıkla ilgili merkezler içinde ve küçük hastaneler içinde hizmet sunarlar. Bütün tıp fakültelerinde aile hekimliği birimler bulunmaktadır. AH'ler ülke içindeki en fazla doktor grubudur ve bütün doktorların yarısını meydana getirirler. Mezun olma evveli aile hekimliği stajı, aile hekimliği bölümü çeşitlerinin uygulama merkezleri içinde 4-6 hafta süre ile gerçekleştirilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki sene olup, talep edenler bu zamanı üç seneye yükseltebilirler ve bu şekilde geriatri, acil tıp ya da akademik kariyerlerini sürdürebilirler. 1954 senesinde kurulan Kanada Aile Hekimleri Koleji, aile hekimliği uzmanlığını sonlandırıp, mülakatta başarı gösterenlerde kolej mensubu unvanı sağlamaktadır. Devamlı tıp eğitimi gereklidir ve bu kolejin bünyesinde gerçekleştirilmektedir (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimligi/duenyada-aile-hekimligi.html>).

Kanada'da birinci basamak sağlık hizmetleri ekibi pratisyen hekimlerden, hemşirelerden ve yardımcı sağlık hizmeti çalışanlarından oluşmaktadır. Kadrolar hizmet verilen bölgedeki önceliklere göre değişiklik göstermektedir. Ekiplerin çağrı merkezleri de bulunmakta olup telefonla danışmanlık hizmeti de verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastalıklardan korunmaya yönelik , alt düzey acil sağlık müdahaleleri, bir üst kuruluştaki tedavisi gerçekleştirilecek olanlar yönelik sevk işlemleri, birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri

verilmektedir (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss-eng.pdf)

1.5.5.5. Norveç'te aile hekimliği

Birinci basamak sağlık sunumları ile ilgili hizmet türleri sağlık merkezlerince verilmektedir. Kentlerin her biri sağlık idaresi yönünden bir ana bölgeyi meydana getirmektedir. Kentlere ilişkili bulunan kırsal sağlık idareleri bulunmaktadır. Sağlık merkezleri içinde lokal idarelerle akit yapmış bulunan AH'ler hemşire, ebe, diş doktoru şeklinde çalışmaktadır. Koruma sağlayıcı ve tedaviyi sağlayıcı hizmet türleri beraber verilirler. Ücret belirleme başvuran birey adedine göredir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 senesinde kabul edilmiştir. Müddeti 5 senedir. Bu sürenin 1 senesi klinikte 4 senesi de bir AH'nin beraberinde sürdürölmektedir. Devamlı eğitimle gereklidir (<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/norvec.pdf>)

1.5.5.6. İsrail'de aile hekimliği

Birinci basamak sağlıkla ilgili hizmet sunumları, taşra bölümünde bir AH ve hemşirenin çalışma yaptığı sağlık ünitelerinden, şehirselle yerleşim durumlarında ise 2000-3000 bireye hizmeti sunan daha çok insan bulunan bir ekibin bulunduğu sağlık kuruluşlarınca sağlanır. Şehirlerdeki bu merkez türleri laboratuvar ve röntgen imkanlarını da içermektedir. Bunun dışında şahsi çalışan AH'ler de akit ile bu uygulama durumuna katılabilmektedir. Toplam nüfusun %96'sı genel sağlık sigortalıdır. Bütün tıp fakülteleri içinde aile hekimliği anabilim dalları bulunmaktadır. Söz konusu bu anabilim dalları gerek mezun olma evveli gerekse de mezun olma sonrası aile hekimliği ile ilgili eğitimlerden yükümlüdürler. Tıp fakülteleri bünyesi ile bağlı bulunan aile hekimliği merkezleri bünyesinde uzman olmaya yönelik eğitim türleri gerçekleştirilmektedir. Söz konusu eğitimlerin müddeti 4 sene sürmekte ve yapılan sınavla başarı durumu belirlenmektedir. Eğitim durumunun kontrolü ve kredisinin belirlenmesinden meslek organizasyonu yükümlüdür (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimligi/duenyada-aile-hekimligi.html>).

1.5.5.7. Hollanda'da aile hekimliği

Anında müdahale edilmesi gereken durumlarda ve belli başı kendisine has durumlar haricinde, hasta bireyler branş uzmanlığı bulunan doktora görünmeden evvel öncelikle genel pratisyene müracaat etmek zorundadır. Bu nedenle genel pratisyen görevinde bulunan sağlık çalışanı sağlık yapısının giriş basamağında bulunmakta ve başka hizmet sunumu gerçekleştirenlere ulaşımı ve yönlendirmeyi idare etmektedir. Ülke istatistiki verileri çerçevesinde bir birey yaklaşık senede 4,5 defa genel pratisyene müracaat etmektedir. Bir genel pratisyene gelen birey sayısı yaklaşık 2.300 ve hasta bireyler sağlıkla ilgili sigortası içinde tanımlı yapılan hizmet türleri veren rastgele bir aile hekimini tercih etmekte serbesttir (Korukluoğlu, 2005: 16).

Hastalar kendi aile doktorlarını kendileri seçebilmekte ve bir yıldan az sürede aile doktorlarında değişim yapamamaktadır. Doktorlar hastalarına ortalama 10 dakika zaman ayırabilmektedir. Aile sağlığı merkezinde yapılamayan kan tahlili ya da radyolojik tahliller için bireylere bir form verilmekte, anlaşma sağladıkları sağlık kuruluşuna veya

laboratuvara yönlendirilmektedir. Nüfuslarında kayıtlı bireylerin bütün verileri elektronik ortamda muhafaza edilmektedir. Ayrıca hastaların radyolojik tetkik sonuçları, ilaç kullanım sonuçları gibi özel bilgiler arşivlenmekte ve hastanın kişisel dosyasına kaldırılmaktadır (Turhan,2014: 25).

1.5.5.8. Polonya’da aile hekimliği

Polonya içinde 1996 senesinde uygulaya geçilen aile hekimliğinde, hekimlere yapılan ödemelerde kendilerine kaydı bulunan kişilere göre gerçekleştirilmektedir. Bireyler yaşları 6 ve altında, 6 yaş ve 59 yaş arası ve 60 yaş üzere olacak şekilde 3 yaş grubuna ayrılarak ödemeleri tespit edilmektedir. Kendi nüfusunda kayıtlı ailelerin yenidoğan bebekleri direkt olarak hekimin baktığı hastaların listesine ilave edilir. Fakat aile hekimleri kendilerinin listelerinde bulunan ailelere bildirim yaparak ailelerin onayını talep etmektedir. Temel sağlık hizmeti türleri, uzmanlık hizmeti türleri, laboratuvar ve iyileştirme hizmetleri dahil kontrat içinde olan tüm hizmet türleri hasta bireylere ücret verilmeden gerçekleştirilmektedir. Aile hekiminin sistemsel yönlendirmesi durumunda kent dahilinde devam ettirilen başka uzmanlık hizmeti türleri, hastane hizmeti türleri ve iyileştirme hizmeti türleri açısından hasta bireylerden bedel istenilmektedir. Aile hekimleri hafta içinde 5 gün, saat 8:00 ile 18:00 arasında hizmet sunumu yapmaktadır (Kılıç, 2006: 16).

1.5.5.9. Küba’da aile hekimliği

Küba’nın devlet sağlığı sistemi türlerinin en üst düzeyinde Ulusal Meclis Devlet Konseyi ve Bakanlar Kurulu bulunmaktadır. Yerel yönetimlere bağlı hastaneler bulunduğu gibi Sağlık Bakanlığı’na bağlı enstitüler ve hastanelerde bulunmaktadır. Poliklinik türleri ve aile hekimleri belde meclisleri yapısına bağlı durumdadır. Küba’nın sağlık sistemi bütün vatandaşları içerir, bedelsiz ve ulaşılabilir. Gayri Safi Milli Hasıla’nın %6,8’i sağlık sisteminin yürütülmesine ayrılmaktadır. Küba tıp eğitimi 6 senedir. 2 sene daha aynı yerde çalışma yaparak doktorların genel tıp uzmanı ya da başka bir ifade ile aile doktoru olabilmektedir. Başka dallarda da uzman olma ancak bu iki sene sonrasında olanaklıdır. Tıp eğitimi Küba’da sağlıkla ilgili hizmet sunumları tespit edilerek gerçekleştirilmektedir. Tıp fakülteleri bünyesinde 18 uzmanlık sahasında eğitim gerçekleştirilmektedir. 25 sene evvel sayısı 1 olan tıp fakültesi adedi günümüzde 22’ye yükselmiştir (Kasım vd., 2007:2).

Lokal sağlık idareleri kırlarda bulunan sağlıkla ilgili ev türlerinde, hastane tiplerinde ve şehir poliklinik türlerinde ilk aşama hizmetlerinin sunumunu yapar ve doğumevleri idaresini gerçekleştirir. 1974 senesinde ilk aşama sağlık hizmetleri içinde biyopsikososyal düşüncenin kabul edilmesi sonrasında 1984 senesinde Aile Hekimliği Planı uygulaması geçilmiştir. Bu uygulama içinde bir aile hekimi ve hemşireden meydana gelen sağlık ekibi bulunmaktadır. Aile hekimliği timleri hizmet sunumu yaptıkları bölge içinde hayatlarını sürdürürler ve 800 bireyi takip etmekle sorumludurlar; aynı anda eğitim kurumlarında ve fabrikalara hizmet vermekle yükümlüdürler. Lokal poliklinikler içeriğinde kuvvetli bir laboratuvar, röntgen ve yardım birimleri, acil birimler, eğitim ve branş uzmanı çeşitleri mevcuttur (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 24).

Iatridis (1990) Küba’da aile hekimlerinin hizmet verdikleri alanda yaşadığını, bunun amacının toplum ile doktor arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi olduğunu, aile hekimlerinin sundukları hizmetin kapsamının hem tıbbi hem de çevreye yönelik olduğunu, aile sağlığı merkezindeki aile hekimlerinin bir ekiple çalıştığını ve bu kapsamda diyet, gebelik bakımı ve depresyon konularındaki eğitimler verildiğini, yerel idareler ve kitle örgütleri ile işbirliği içinde çevresel ve koruyucu programları uyguladığını , aile sağlığı merkezinde çalışanlarının hastalıkların ortadan kaldırılmasından ziyade birey ve ailenin iyiliği için çalıştığını belirtmiştir (Belek ,2003:25)

1.5.5.10. Finlandiya’da aile hekimliği

Finlandiya ‘da sağlıkla ilgili sunumlardan yararlanabilmek için zorunlu sağlıkla ilgili sigortayı kapsayan KELA’ya kayıtlı olma zorunluluğu bulunmaktadır. Söz konusu kuruma kayıt yaptırmayanların devletin verdiği başka hizmet türlerinden de yararlanması sınırlandırılmaktadır. Sağlıkla ilgili yapılan harcamaların karşılığı merkezde ve taşra da bulunan yönetimlerin biriktirdiği vergi türlerince sağlanmaktadır. Fakat aylıkların %35 oranındaki kısmı sağlığın primi olarak tahsil edilmektedir, bunun dışında işyeri sahipleri de söz konusu miktara ilave yapmaktadırlar (<https://www.infofinland.fi/tr/finlandiya-da-ya-am/sa-l-k/finlandiya-da-sa-l-k-hizmetleri>).

Sağlıkla ilgili hizmetler yerel yönetimlerce sunumu yapılmaktadır. Bölgelerin her birisinde olan sağlık merkezi türlerinde her doktorun baktığı bir bölge bulunmaktadır. Söz konusu bölge içinde hayatlarını sürdürenler genel pratisyen şeklinde görev yapan bu doktorlar aracılığıyla sağlık sistemi içine giriş sağlayabilmektedirler. Doktorlar tıp fakültesi içinden mezuniyetlerini gerçekleştirdikten sonra 6 senelik uzmanlık eğitimleriyle genel pratisyen ünvanını elde etmektedirler. Genel pratisyen olarak görev yapanlar iki doktor, bir hemşire ve tıbbi sekreterden meydana gelen sağlık ekipleri görev yapmaktadırlar (Kılıç, 2006: 64).

Bireyler kendilerinin bulundukları bölgenin doktorlarının haricinde şahıs muayene yerlerinde ve işletmelerde görev yapan doktorlardan da hizmet alabilmektedir. Bekleme zamanlarının fazla gerçekleşmesi sebebiyle bireyler bölgeleri içindeki doktorlara karşılık şahıs muayene yerlerini kullanmakta ve bireyler bu yolu daha fazla tercih etmeye başlamışlardır. Bu duruma engel olmak açısından Mart 2004 ayında yürürlüğe geçen bir kanun çıkartılmıştır. Söz konusu kanun çerçevesinde birinci basamakta sağlıkla ilgili sunum yapan merkez içinde muayenenin sağlanması açısından 3 günden fazlasına randevu verilmesi yapılmayacaktır. Söz konusu müddet hastane muayene türleri açısından 3 hafta şeklinde tespit edilmiş, operasyonlar açısından ise 6 aylık süreden daha çok bekleme listesi düzenlenemeyeceği kuralı ortaya konulmuştur. İlk aşamadaki sağlıkla ilgili sunum hizmet türleri koruma sağlayıcı hizmet türleri, sağlıklı hayat şeklini teşvik programı türleri, tedavi ve iyileştirme sağlayıcı hizmet türleri şeklinde sunum yapılmaktadır. Sağlıkla ilgili hizmet sunum noktaları ismiyle anılan ilk aşama sağlık sunum yerlerinde bir senedeki ilk üç muayene başına 11 Euro bedel tahsil edilmektedir. Söz konusu istasyonlar içindeki acil izlem yatak çeşitleri, rehabilite edici sağlık hizmet sunumu sağlayan yerler, tetkiki ve görüntüsünü alma olanakları da mevcuttur. Bireylerin hastaneye yönlendirilmesi zorunlu olursa genel pratisyen, bağlantılı uzman hekimden ya

da klinikten randevularını alabilmektedir (<https://www.infofinland.fi/tr/finlandiya-da-ya-am/sa-l-k/finlandiya-da-sa-l-k-hizmetleri>).

1.6.Sağlık Hizmetinin Sunumunda Tıbbi Sosyal Hizmet

Toplumsal gelişme ile birlikte sosyal hizmet mesleğinin uygulama alanında da çeşitlilikler gündeme gelmiştir. Aile ve çocuk refahı alanı, ceza ve ıslah, yaşlılık refahı, endüstriyel sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet gibi birçok alanda sosyal hizmet mesleği uygulanmaktadır. Sosyal hizmet mesleğinde en eski alanlardan biri “Tıbbi Sosyal Hizmet” alanıdır (Duyan, 1996: 6).

Sosyal hizmet mesleği ve disiplinin sağlıkla ilgili kurumlar içinde yürütülmesinin sağlandığı branşa tıbbi sosyal hizmet ismi verilmiştir. Tıbbi sosyal hizmet, hasta bireyin ve ailesinin medikal bakım ve tedavi durumunu kabullenmesi ve bakım hizmetlerinin etkili bir biçimde kullanımının sağlanmasına kolaylık getirmesi, hastalık sebebiyle görülen ruhsal gerilimi düşürmeyi ve hasta olma ve içinde olunan şartlar sebebiyle kendisini gösteren problemleri çözümü hedefi bulundurmaktadır. Sosyal hizmet fiziki hastalık türlerinin neden olduğu toplumsal ve hissi sorunlarla alakadar olmakta ve hastalık durumunun şiddet seviyesinin düşürülmesi ve tıbbi bakımın etkisinin çoğaltılmasını hedeflemektedir (Duyan, 2000: 4).

Sosyal hizmetin tıbbi boyutu, hastalık halinde ve tedavi edilmesi esnasında hasta olan bireye etkisi olan sosyal ve duygusal problemlerini çözümlemek ve söz konusu problemlerle alakadar olmak hedefiyle bireysel çalışma ve grup çalışması usulüyle uygulama yapan sosyal hizmet mesleğinin uygulama sahasıdır (Duyan, 1996: 7).

Başka bir tanımlama çerçevesinde hastane içinde ayakta ya da yatarak muayene, tetkiki ve tedavi edilmesi gerçekleştirilen hasta kişilerin tıbbi tedavi durumundan etkisi bulunan bir şekilde yararlanmaları hedefiyle sosyal hizmet uzmanları tarafından uygulama yapılacak toplumsal, iktisadi, eğitim verici, ruhsal gelişim sağlayıcı ve yardım edici hizmet türlerinin yanında hasta bireyin aile ve içinde yaşadıkları koşullarla bağlantılarının düzenlemeye girişi, hastaneden taburcusu gerçekleştikten sonra bireysel ve ailevi problemlerinin çözümünün gerçekleştirilmesi şeklinde hizmet türlerinin bütünüdür (Duyan, 1996:8).

Sağlık Bakanlığı’nın Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi kapsamında sosyal hizmet; yatış olmadan veya yatış yapılarak tedavileri gerçekleşen hasta bireylerin tıbbi tedavisi gerçekleşirken etkili bir biçimde tedaviden faydalanması, sosyal sağlık halinin koruma altına alınması ve gelişiminin sağlanması, tedavi aşamaları boyunca hasta bireyin ailesi ve içinde olduğu şartları ile bağlantılarının düzene alınması, psikososyal ve sosyo-ekonomik problemlerinin vaktinde çözümü sağlanarak toplumsal faaliyetini tekrar elde etmesi hedefiyle yürütülen sosyal hizmet uygulama şekli olarak ele alınmıştır.

1.6.1. Tıbbi sosyal hizmetin kapsamı ve önemi

Son yıllarda toplumlarda oluşan toplumsal, ruhsal, iktisadi değişimler ile beraber sosyal hizmet mesleğinin odağı hizmet verilen bireylerin sorunlarına yönelmiştir. Bu yöneliş mesleki alanlarda uzmanlaşma çalışmalarını beraberinde getirmiştir. Nitekim, Koşar (1992: 23) bu durumu şu şekilde açıklamıştır; “Sosyal hizmet uygulaması 1920-

1930’larda kesin olarak alanlara göre bölünmüş bir görüntü çizerken, bu durum sosyal hizmet elemanlarının ortak bir oryantasyon kazanmalarını engellemiştir. Mesleğin oluşumuna uygun olarak sosyal hizmette uzmanlaşma uzun süre belirli bir alanda kazanılan ileri beceri olarak düşünülmüştür. Yani yeni yöntemlere göre uzmanlaşmadan çok alanlara göre uzmanlaşma söz konusu olmuştur. Örneğin; psikiyatrik sosyal hizmet, okul sosyal hizmeti gibi ‘.

Tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet uygulama alanlarından biridir. 16.02.2011 tarih 7465 sayılı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi ’ne göre tıbbi sosyal hizmet uygulaması, kişiyle, grup ile, ailesiyle, toplum ile sosyal hizmet ve sosyal hizmet araştırması usullerinin kullanımının yapıldığı ve müracaat, araştırma, girişim, değerlendirmek, uygulamak, neticelendirme ve takip etme basamaklarının takip edildiği sosyal hizmet girişimi olarak tanımlanmıştır (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, Madde:3).

Özetle tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının odak noktası, yatmadan veya yatış yaparak tedavi gören hasta bireylerin tıbbi tedaviden etkin bir biçimde faydalanması, sosyal sağlığının koruma altına alınması, toplumsal sağlık durumlarının gelişmelerinin sağlanması, hasta bireyin ailesiyle ve çevresiyle bağlantılarının düzene alınması, tedavi aşamalarına etki yapan psikososyal ve sosyoekonomik neticelerin vaktinde çözüme ulaştırılarak sosyal fonksiyonelliğini tekrar elde etmesidir. Bu doğrultusunda tıbbi sosyal hizmet alanında yapılan uygulamalar hastaların ve/veya ailelerinin ihtiyaçlarına yönelik olarak gelişmektedir

1.6.2 Dünya’da ve Türkiye’de tıbbi sosyal hizmetin gelişimi

Tıbbi sosyal hizmet türlerinin ilerlemesinde belli başlı dört unsur bulunmaktadır. Bu durumlardan birinci olanı 19. yy sonları içinde (1880) İngiltere içinde ruh sağlığı hastanelerinden çıkarılanların, hastalıklarının tekrar nüksetmesini önlemek açısından hanelerinde izlenmesi düşüncesinin kabul edilmesidir. Hanelere giden “ziyaretçiler” ailenin hasta bireye ne şekilde bakmalarının uygun olduğunu ifade etmekteydiler. İkinci unsur ise ihtiyaç sahibi aile türlerini belirleyerek yardım sağlamak için “Lady Almoner” olarak isimlendirilen ve fakirlerin evlerine giden karşılıksız hizmet veren kadınların hastane bünyesinde görev almalarıdır. İlk defa 1980 yılında Sir Charles tarafından başlaması gerçekleştirilen bu yapı aracılığı ile ücretini ödeyerek yada ödemeyerek yatış yapacak hasta bireylerin hangi kaynak içeriğinden ne derecede destek sağlayabileceklerinin kararının alındığı şeklinde sosyal halleri inceleme altına alınıyordu. Üçüncü unsur ise, benzer senelerde (1983) Amerika içinde hastane türleri ve toplum merkezleri bünyesinde fakir durumda bulunan bireyleri tedavilerinin bitiminde izlemek açısından söz konusu hasta bireylerin hanelerine hemşire gönderilmeye geçilmesidir. Söz konusu ziyaret etmeler tedavi durumuna kolaylık sağladığı gibi, hastalık durumunun aile yaşamında da meydana getirdiği kişisel ve sosyal problemlere tanım yapmaya da faydalı sağlamaktaydı. Dördüncü unsur ise, tıbbiye talebelerinin sosyal yardım kuruluşlarındaki araştırmalarıdır. Amerika da John Hopkins Üniversitesi hastalık durumuna neden olan kurumları içinde hasta bireyin toplumsal, iktisadi ve meslek problemlerini araştırmakla vazifelendirilmiştir (Turan, 1978: 2).

1905 senesinde Amerika içinde Dr. Richard Cabot, hasta bireylerin beşte ikisinin yalnızca tıbbi tedavi durumuna gereksinim bulunduğunu, beşte üçünün ise tıbbi sosyal hizmet görmedikleri sürece tamamıyla rehabilite olmadıklarını izlemiştir. İşte söz konusu rehabilitayı ilk defa Dr. Cabot fark etmiş ve araştırmaya geçmiştir. Yine aynı senelerde Amerika içinde Berkeley Hastanesi içinde Miss Barkley, Massachusetts Genel Hastanesi bünyesinde Miss Pelton, sosyal hizmet ihtiyacını göstermeye destek vermişlerdir. Dr. Breck, klinik uygulamaları içinde elde ettiği deneyim ve bilgi çeşitlerine göre, hastane hizmet çeşitleri ile sosyal yardım hizmet türlerinin beraber incelenmesi zorunluluğunu göstermiştir. Breck, aynı anda hasta bireyi daha fazla derecede izleme gereksinimi hissetmiştir. Tıbbi sosyal hizmet sahasında lider olarak ifade edilebilecek olan Dr. Cabot, hasta bireyin tıp ile ilgili yönden en fazla seviyede faydalanabilmesi açısından onun daha iyi yakinen tanımanın zorunluluğunda iddia etmektedir. Hasta bireyin içinde bulunduğu hayatını sürdürdüğü uygulama yönünden klavuzluk hedefiyle hastane çalışan kadrosuna bir sosyal hizmet uzmanının ilave edilmesini düşünmüştür. Bu ilk aşamadan sonra tıbbi sosyal yardım Amerika içinde süratle yayılma gösterilmiştir (Çakmaklı 1976: 22). Sağlık sahasında sosyal hizmet uygulaması daha sonraki senelerde hissedilen ihtiyaç yönünde ilerleme ve Türkiye’de bu ilerlemenin olumlu etkisi altında kalmıştır

Türkiye içinde sosyal hizmetin ilk kamusal organize olma şekli, Sağlık Bakanlığı kuruluş şeklinde bulunmuştur. 12.06.1959 tarih ve 7355 numaralı kanun ile Sosyal Hizmetler Enstitüsü ‘nün kurulması sağlanmış ve bu kanunla tıbbi sosyal hizmetlere kanuni istinat meydana getirilmiştir. Bu kanunla Sağlık Bakanlığı’nın kuruluş biçiminde Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi kurulması gerçekleşmiş ve yasanın 7. maddesi içinde birimin vazifelerine yer açılmıştır (Duyan 1996a: 11).

1961 senesinde sosyal hizmet uzmanı eğitmek için Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur. Talebeleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleri bünyesinde uygulamaya geçmişlerdir. 1963 senesinde 255 sayılı yasayla, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı içinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü harekete başlamıştır (Duyan 1996: 11). Türkiye içinde ilk ilmi ve mesleki tıbbi sosyal hizmet uygulaması 1964 senesinde Miss Bemmels yönetiminde bir grup stajyerlik yapan sosyal hizmet uzmanları ile Hacettepe Hastanesi bünyesinde gerçekleştirilmiştir (Çakmaklı,1976: 23).

1967 senesinde sosyal hizmet sahasına daha çok sosyal hizmet uzmanı eğitmek için Hacettepe Üniversitesi’nin Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi bünyesinde bulunan Sosyal Çalışma Bölümü açılmıştır. Hastaneler bünyesindeki sosyal hizmet uygulaması çeşitlerine ilaveten, Gülveren Ana Çocuk Sağlığı Merkezi’nde hissedilen gereksinim kapsamında kurulmuş, 1967 senesinden sonrasında söz konusu merkez içinde sosyal hizmetler birimi, bununla birlikte 1976 senesinde Dünya Sağlık Teşkilatı yardımıyla birey kuvvetinin ilerletilmesi adına başlangıcı yapılan sosyal hizmet uzmanları faal rol yüklenmişlerdir (Duyan, 1996: 16).

1983 senesinde 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu yasası ile Sağlık Bakanlığı bünyesinden sosyal hizmet türleri ayrı hale getirilmiş ve sosyal hizmet şubesi kaldırılmıştır. Sonrasında bu noksanlığı ortadan kaldırmak için 17.04.1992 tarihli

onay ile Sağlık Bakanlığı içerisinde Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü birimi kurulmuştur. 1992'den bu yana bu koordinatörlük vazifesini yapmaktadır.

1.6.3 Tıbbi sosyal hizmet alanında sosyal çalışmacıların rol ve sorumlulukları

Sağlıkla ilgili kurum ve kuruluşlarından hizmet sunumu talep eden hasta bireylerin, tedavi aşamalarında karşı karşıya kaldıkları psikososyal ve sosyo-ekonomik problemlerinin vaktinde çözüme ulaştırılması ve tıbbi tedavi durumunun etkinlik seviyesinin yükseltilmesi hedefiyle yayınlanan 16.02.2011 tarih ve 7465 sayılı “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi” çerçevesinde hastaneler bünyesinde tıbbi sosyal hizmet uzmanını; hastaneye müracaat eden hasta bireylerin psikososyal ve sosyo-ekonomik problemlerini belirleyen, problemleriyle bağlantılı sosyal hizmet girişimini planlayan ve uygulamasını gerçekleştiren, üniversite bölümlerinin 4 senelik sosyal hizmet birimlerinden mezun olan sağlık çalışanı şeklinde tanım yapılmıştır.

Yönerge çerçevesinde sosyal hizmet uzmanının rol ve yükümlülükleri aşağıdadır:

- a) Mesleki çalışmalarını bağlı bulunduğu mevzuata göre gerçekleştirir.
- b) Hastane bünyelerinden hizmet sunumu elde eden;
 1. Kimsesi olmayan, bırakılmış ve bakılmaya ihtiyaçları olan hasta bireyler,
 2. Engeli bulunan hasta bireyleri,
 3. Sağlıkla ilgili güvencesi bulunmayan hasta bireyler,
 4. Fakir ve hasta olan bireyler
 5. Ailenin içindeki oluşan şiddetin mağduriyetini gören hasta bireyler,
 6. İhmalle ve istismar ile karşı karşıya kalmış çocuk hasta bireyler
 7. Mülteci ve sığınma gerçekleştiren hasta bireyler
 8. Birey ticaretinden mağdur olan hasta bireyler,
 9. Yaşı ilerlemiş, eşini kaybetmiş ve ebeveynlerini yitirmiş hasta bireyler
 10. Sürekli hasta olan kişiler
 11. Psikolojik sağlık durumu tahrip olmuş hasta bireyler
 12. Alkolü ve maddeyi kullanan bağımlı hasta kimseler
 13. Başka uyruk taşımakta olan ve tedavi durumundan faydalanamayan hasta bireyler
 14. Farklı ilden gelmiş olan hasta bireyler, öncelik taşıyacak şekilde tıbbi sosyal hizmete gereksinim hisseden hasta bireyler açısından sosyal hizmet girişimini plan yapar ve uygulama gerçekleştirir.
- c) Hastalık durumuna ve tedavinin gerçekleşme aşamalarına uyum göstermede güçlük çeken hasta bireylerin uyum göstermelerini gerçekleştirmek açısından zorunlu sosyal hizmet girişimi gerçekleştirir.
- d) Hastane bünyesinde yatış yaparak tedavi aşaması tamamen erdirildiği halde ulaşacağı yere ulaşamayacak seviyede düşkünlüğü olan ve kimsesiz ya da ailelerince kabullenilmeyen hasta kişilerin kaldıkları yere nakledilmelerinin koordinasyonunu gerçekleştirir. Bu çerçevede yerel yönetimlerle koordineyi gerçekleştirir.
- e) Afet durumlarında sosyal hizmet girişiminin planını yapar ve uygulamasını gerçekleştirir.
- f) Tıbbi sosyal hizmet ile bağlantılı hususlarda hastane çalışanlarına, hasta birey ve hasta bireyin akrabalarına karşı eğitim gerçekleştirir.
- g) Meslekleri ile bağlantılı kongre, sempozyum, eğitim vb. toplantı türlerine katılım gösterir, meslekleri ile projeleri plan yaparlar ve uygulamasını yaparlar.
- h) Raporları ve kayıt altına aldıklarını gizli kalması gerekenler prensibine uyumlu şekilde tutar
- i) Araştırmalarından ünite amirine karşılık yükümlüdür
- j) Bir tane sosyal hizmet uzmanı bulunması durumunda ünite amirinin vazifelerini yapar.

k) Ünite amirince sağlanan başka vazifeleri yapar.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı danışanı ile görüşmesini devam ettirirken danışanının işlevselliğini kazanmasını ve sosyal destek sistemi yönünden büyük ehemmiyet gösteren bir faktör durumunda olan ailesini temel alır. Sosyal hizmet uzmanı bunun dışında hasta bireyin bünyesinde olduğu bakım sistemi ile bulunan bağlantıları ve hasta bireyin ihtiyaçlarının ne seviyede giderildiğinin de değerlendirmesini yapar. Sosyal hizmet uzmanı söz konusu durumda tıbbi bakım ve tedavi kurumları bünyesinde tedaviyi etkileyen problemleri genelde tespit edebilecektir (Duyan, 2000: 5).

Tıbbi bakım ve tedavi kurumları bünyesinde sosyal hizmetin esas vazifesi hasta bireylere ve ailelere sosyal hizmeti vermektedir. Tıbbi sosyal hizmetin esas amacı;

- Hasta bireyin tıbbi bakım ve tedavi durumunu onay verme ve tedaviyi etkili gerçekleştirmeyi kolay hale getirme
- Sağlıkla ilgili sorunları nedeniyle hasta birey ve ailesinin gördüğü ruhsal gerilimi düşürme
- Hasta bireyin hastalık tipi ve bünyesinde olduğu şartlar sebebiyle meydana gelen problemlere çözüm getirmektir (Estes, 1984; Akt. Duyan, 1996: 11).

Tıbbi sosyal hizmet sahasında vazife yapan sosyal hizmet uzmanları; hasta bireyin hastalığının ne olduğu ve ne şekilde tedavi edildiği ile bağlantılı meydana gelebilecek toplumsal, iktisadi ve hissi unsurları idrak etmesinde destek verme; hasta bireyin ve ailesinin moral düzeyine destek; diğerlerine itimat hissini sağlama, hasta bireyin ve ailesi faydasına sosyal kaynak çeşitlerine yönlendirmesini sağlama, hastane faaliyetine mesleki yönden destekte olma yöntemiyle hastanenin bütüncül hizmet sağlamasına katkı sunmaktadır (Duyan, 1996: 12).

1.6.4. Aile sağlığı merkezlerinde sosyal hizmet uygulamaları

Aile doktorları bireylerin ve ailelerin tüm sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Aile doktorlarınca muayene yapılan hasta kişilerin %50'den fazlası fiziksel problemlerinin üzerine eklenen psikososyal veya mental problemler yaşamaktadır (Kasperski vd., 2005: 2).

Aile doktorunun psikososyal problemlerin çözümü hususunda gerekli donanımı ya da vakti olmamaktadır. Avustralya'da gerçekleştirilen bir araştırmada (Sayer vd., 2000: 3).

- Hasta muayenelerinin yaklaşık 14,6 dakika gerçekleştiği,
- Bir sorunun 10 dakika içinde, 4 sorunun 20 dakika içinde çözüme çalışabildiği,
- Psikososyal sorunların yaklaşık 18,3 dakika içinde
- Sosyal sorunların ise yaklaşık 23,2 dakika içinde değerlendirme yapılabildiği belirlenmiştir.

İngiltere'nin Worcester şehrinde bir aile sağlığı merkezindeki sosyal hizmet biriminde verilen hizmetler şu şekilde belirtilmiştir (<http://www.fhcw.org/en/Home>):

- Sağlık eğitimi ve sosyal yardım

- Ruh Sağlığı Danışmanlığı
- Evsiz Aileler programı
- Avukatlık Yönetimi
- Hamilelik boyunca depresyon taraması
- Annelere vaka yöneticisi desteği
- Davranışsal sağlık değerlendirmesi
- Bilgi ve sosyal hizmet kurumlarına yönlendirme
- Özel sağlık hizmeti ihtiyacı olan öğrenciler için bakım koordinasyonu
- Bireysel ve grupla psikolojik danışma
- Sigara, alkol ve uyuşturucu bırakma danışmanlığı
- Aile danışmanlığı.

Amerika’da üç aile sağlığı merkezinin bağlı bulunduğu aile sağlığı merkezi enstitüsü ise sosyal hizmet birimindeki hizmetleri şu şekilde sıralamıştır (<https://www.institute.org/>):

- Sosyal sigorta konusunda bilgi vermek
- Hangi programlardan yararlanılabileceği konusunda danışmanlık yapmak
- İlaçlarını ödeyemeyen hastalara yönelik yönlendirme yapma
- Problem çözme terapisi, bilişsel terapi, tütün bırakma desteği verilmesi,
- Depresyon, kaygı, akran baskısı, zorbalık, uyuşturucu ve alkol kullanımlarında danışmanlık

Londra Aile Sağlığı ekibindeki sosyal hizmet görevlisinin depresyon veya anksiyete gibi zihinsel sağlık sorunları yaşayan hastaları da desteklediği, iş ya da okul sorunları ve evlilik çatışması, keder, ebeveynlik endişeleri ve yaşlı akrabalara bakma stresi gibi aile stresleri yer alan konularda danışmanlık hizmeti verdiği, psikososyal eğitim verdiği ve hastalara toplum kaynaklarına ve desteklerine erişim konusunda da yardım sağlanabildiği, maddeyi kötüye kullanım, finansal baskı ve yetersiz barınma gibi konularla karşı karşıya olan hassas popülasyonları desteklediği. Becerileri geliştirmek ve başa çıkma kapasitelerini arttırmak için güçlü bir temele dayalı bir yaklaşım kullandığı, böylece genel sağlık elde edildiği ve olumlu değişiklikler yapıldığından bahsedilmektedir (<http://www.londonfht.ca/social-worker/>).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine müracaat eden hasta bireylerin birden fazlasının sağlık durumu ile bağlantılı psikososyal sorunları bulunduğu gibi sosyal servisler bünyesinden faydalananların birçoğu da hasta durumdadır. Bu sebeple de beraber çalışmayı zorunlu kılmaktadır (Corney, 1988: 29).

Sosyal hizmet mesleği ile ilgili en eski uygulama sahalarından birisi olan tıbbi sosyal hizmet, hasta bireylere ruhsal, sosyal ve iktisadi yarar verme, hastaneye ya / ya da hastalık durumuna uyumlu olma aşamalarını kolay hale getirme ve hasta bireyin hastalık durumu boyunca gördüğü tedavi durumunu önleyen problemlerini çözme şeklinde faaliyetleri beraberinde bulundurmaktadır (Duyan, 1996: 20). Sosyal çalışmacıların yapacakları işler sorumlu oldukları nüfusun ihtiyaçları doğrultusunda şekillense de ilk aşama açısından rolleri aşağıdaki gibidir (Canadian Association of Social Workers, 2003: 4):

1. Sağlıklı ve iyi olma durumunun biyopsikososyal taraflarıyla değerlendirme yapılması
2. Elle tutulur hizmeti elde etme
3. Danışman olma ve tedavi hizmeti türleri
4. Diğer meslek elemanlarıyla ile konsültasyon (hastalık durumunun psikososyal tarafları, sağlıklı olma ve iyi olma durumuna etki türleri)
5. Hasta bireyin biyopsikososyal tarafları ve girişim strateji türleri ile bağlantılı eğitim ve öğretim
6. Toplumla ilgili gelişme ve kapasite ilerlemesi

Bireylere aileleri, toplumları, kültürleri çerçevesinde ve hayatları süresince içerikli bakım sunumu yapılan aile hekimi, hem disiplinin esas nitelikleri gereği hem de bireylerle en sık, en yakın ve en uzun zamanlı bağlantı gerçekleştiren sağlık işgöreni olarak bulunmalarından dolayı psikososyal problemlerin belirlenmesinde ve idaresinden en uygun durumda bulunan sağlık çalışanlarıdır. Fakat, aile hekimlerinin birden fazlasının psikososyal problemlerin çözülmesi açısından yeterli derecede donanımları, süreleri bulunmamaktadır. Aile hekimliği uygulamaları içinde içerikli sağlık hizmeti sağlanabilmesi açısından bir sağlık ekibine gerek duyulduğu ve sosyal hizmet uzmanlarının bu sağlık ekibinde bulunması zorunluluğu nettir. Aile hekimleri ve sosyal hizmet uzmanlarının beraber çalışmalarının hasta bireylerin bakıma daha fazla çok katılım göstermesini ortaya koyduğu ve sosyal hizmet uzmanlarının kişilere, çift durumda olanlara ve ailelere her yönüyle etkili bakım sunumu yapma olanaklarını yükselttiği ortaya konulmuştur. Sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak hasta bireyler ile çalışma yapması neticesi hekim bakımlarının, uyumluluk tepkilerinin, depresif durumlarının, kaygısının ve somatizasyonunun düştüğü, söz konusu duruma göre uyum göstermesinin fazlaştığı ortaya konulmuştur (Fleming vd., 2011: 5). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimin gerek fiziki gerekse de psikososyal halleri değerlendirme yapılabilmesi ve çözüme ulaşabilmesi olası psikososyal hususların değerlendirilmesi sırasında, idaresinde ve desteklenmesi sırasında desteğe gereksinimleri bulunduğu ifade edilmekte ve söz konusu sorunların etkin şekilde çözüme ulaştırılabilmesi açısından sosyal hizmet uzmanlarının ilk aşama timine ilave edilmesi zorunlu olduğundan söz edilmektedir.

Türkiye’de sosyal hizmet uzmanları, sağlık sahasında, genel olarak ikinci ve üçüncü aşama hastaneler bünyesinde vazife göstermektedirler. “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi” de ikinci ve üçüncü aşama sağlıkla ilgili kurum türlerini içermektedir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71513/h/img071372.pdf>).

Günümüzde, Aile Hekimliği Uygulama türleri çerçevesinde “ “Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge”de (http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=1232:toplum-sal-merkezlerinin-kurulmas-ve-calitrlmasna-dair-yoenerge-&catid=41:yoenergeler&Itemid=218) sosyal hizmet uzmanı kadrosu ve vazifelerinin tanımının yapılmış bulunması ve “Aile Sosyal Destek Programı” (<http://www.aile.gov.tr/tr/2528/Sosyal-Yardim-Sosyal-Hizmetlerde-Donusum-ve-Aile->

Sosyal-Destek-Programı-Calıstayı) çerçevesi içinde her aileye bir sosyal hizmet uzmanı verilecek olması iki büyük ilerlemedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının halkın ulaşımının en rahat kuruluşlardır. Hastaların ilk temas kurdukları, takiplerin sistematik olarak yapıldığı, hastayı kendi ekolojisinde değerlendirme fırsatı veren bütünüyle, bireyin tüm yaşam evrelerini takibinin sağlanması ve hastalıklarının tedavisinde aracı rol üstlenen herkesin erişebileceğı kurumlardır (Karadağ, 2007: 6). İkinci bölümde birinci basamak sağlık kuruluşlarından aile sağlığı merkezlerinde sosyal hizmet uygulamalarına duyulan ihtiyaç ortaya konulmaya çalışılmıştır.



BÖLÜM 2: AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARINA DUYULAN İHTİYAÇ: VAN İLİ ÖRNEĞİ

2.1. Araştırmanın Metodolojisi

2.1.1 Araştırmanın modeli

Bu araştırmada aile hekimlerinin sosyo-demografik durumlarına göre sosyal hizmet perspektifiyle aile sağlığı merkezleri incelenmiştir.

2.1.2. Araştırmanın yöntemi

Vatandaşların sağlık sorunları için ilk temas kurdukları birinci basamak sağlık kuruluşlarından olan aile sağlığı merkezlerinin sosyal hizmet perspektifiyle incelenmesi, bu inceleme sonucunda merkezlerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının araştırılması üzerine yapılan araştırmada tarama modeli kullanılmıştır. Söz konusu model, geçmiş zamanda olmuş veya sürmekte olan bir durumu olduğunun benzeri şeklinde tasvir etmeyi hedefleyen bir model tipidir (Karasar, 2004: 77). Tarama modeli tipleri genel tarama modeli ve örnek olay tarama modeli olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Genel tarama modeli tipleri, birden fazla unsurdan meydana gelen bir evrende, evrenle ilgili genelde bir kanaata erişmek hedefiyle evrenin bütününe veya ondan sağlanacak bir grup, örnek veya ilişkisel tarama türleri gerçekleştirilebilir. Birçok araştırmada gerek tek başına gerekse de ilişkisel tarama tiplerine imkan sağlayacak düzenleme şekillerine gidilmektedir. Örnek olay tarama model türleri, evrende bulunan belirli bir birimin (kişi, aile, eğitim kurumu, sağlık kuruluşu, dernek vb.) ayrılı olarak, kendisini ve çevresinde bulunanlar ile bağlantılarını tespit ederek, o birimle ilgili bir kanaata erişmeyi hedefleyen tarama düzenlemesi şekilleridir. Örnek olay tarama model tipleri ile gerçekleştirilen incelemeler, genel tarama modeli türleri ile gerçekleştirilenlere oranla daha detaylı ve gerçeğe yakın bilgilendirir (Karasar, 2004: 84). Genel taramalar daha yüzeysel yapılmaktadır. Olayların ihtimal dahilindeki sebepleri, nasılları örnek olaylar ile daha rahat izlenebilir. Bu sebeple, genel taramaların az olduğu durumlarda, örnek olay taramaları gerçekleştirilir.

Gerçekleştirilen çalışmada ilk bölüm içinde sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı, sağlık hizmetlerinin ve kurumlarının sınıflandırılması, sağlık hizmetlerinin özellikleri, aile sağlığı merkezleri, aile hekimliği, tıbbi sosyal hizmet ilişkisi üzerinden, literatürdeki kaynaklardan bir havuz oluşturularak çalışılmıştır. Buna yönelik olarak okumalar yapılmış ve ilgili yerler çalışmada kullanılmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde Van ilinde bulunan aile sağlığı merkezinde görev yapmakta olan aile hekimlerine yönelik gerçekleştirilen anket çalışmasının bulgularına yer verilmiştir. Bu anket demografik ifadeler, psikososyal sorunlara müdahalelere ilişkin ifadeler, danışmanlık hizmetine ilişkin ifadeler ve aile sağlığı merkezi'nin durumu ile ilgili ifadelerden oluşmaktadır.

2.1.2.1 Veri toplama süreci

Araştırmanın evrenini Türkiye'de bulunan aile hekimleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Van ilinde bulunan aile hekimleri oluşturmaktadır. Van ilinde Mayıs ayında 87 aile sağlığı merkezinde 289 aile hekimi görev yapmaktadır. Yıllık izin, gezici

hizmetler, hastalık ve araştırmaya katılmamak istememe gibi sebeplerden dolayı 151 aile hekimi değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Aile sağlığı merkezlerinde sosyal hizmet uygulamalarına yönelik ihtiyacı tespit etmek amacıyla Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Anketi kullanılmıştır. Bu anket araştırmacı tarafından literatür aracılığıyla ve aile hekimleriyle gerçekleştirilen ön görüşme sonucu oluşturulmuştur. Güneş ve Güneş (2017)'in, Aile Hekimlerinin Psiko-sosyal Sorunu Olan Birey ve Ailelere Yönelik Müdahale Yaklaşımları (Bursa Örneği) isimli makalesinde kullandığı anket geliştirilmiştir. Anket iki bölümden oluşmakta olup, ilk 18 soruluk kısımda sosyo-demografik bilgilere ve aile hekimlerinin görev alanlarına ilişkin sorular yer almakta, ikinci 24 soruluk kısımda ise danışmanlık hizmetine ilişkin sorular yer almaktadır. Kullanılan ölçeğin 1 ve 5 arasında Likert tipi ölçüm verilmektedir. Ölçek maddeleri puanlanırken 1 “Kesinlikle Katılıyorum”, 2 “Katılıyorum”, 3 “Kararsızım”, 4 “Katılmıyorum” ve 5 “Kesinlikle Katılmıyorum” anlamına gelmektedir. Yapılan güvenilirlik analizinde Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Cronbach’s Alpha değeri 0,940 olarak tespit edilmiştir. Ölçekte 24 madde bulunmaktadır.

2.1.2.2. Veri analiz süreci

Araştırma verilerinin toplanması sırasında katılımcılara uygulanan anketlerin araştırmada kullanılacağı ve cevapların gizli kalacağı bilgisi verilmiştir. Anket 2019 yılı Mayıs ayında İlçe Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla aile sağlığı merkezlerine dağıtılmış, 151 aile hekimine uygulanmıştır. Hekimler cep telefonları aranarak bilgi verilmiş, ankette takıldıkları yerlerde telefonla irtibata geçilmiştir. Uygulamanın ardından, ölçme araçları incelenmiş ve eksikliklerin giderilmesi sağlanmıştır. Araştırmanın uygulama boyutu 13 gün sürmüştür.

Bu araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 programında çözümlenmiştir. İstatistiksel analizler geçilmeden önce ölçeğe ait Cronbach’s Alpha değerleri saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınanların sosyo-demografik özellikleri belirlenirken frekans analizinden yararlanılmıştır. Ölçek puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler olan ortalama, standart sapma, alt ve üst değerler gösterilmiştir.

Yapılan karşılaştırmalarda bağımsız değişkenlerin kategori sayısının iki olması durumunda bağımsız örneklem t testi kullanılırken, ikiden fazla kategoriden oluşan bağımsız değişkenlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında ANOVA kullanılmıştır. Farklı kategorilerin hangisi olduğunun belirlenmesinde ise post-hoc test olarak Tukey testi tercih edilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan anket ile toplanan verilere ilişkin sonuçlar tablo şeklinde bulgular bölümünde yorumlanmıştır.

2.2. Bulgular ve Yorumlar

Çalışmada Van’daki aile hekimlerinin aile sağlığı merkezlerinde sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaçları anket çalışmasıyla tespit edilmeye çalışılmıştır. Yapılan anket çalışmasının sonuçları istatistiksel teknikler kullanılarak analiz edilmeye ve yorumlanmaya çalışılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel tablolar şeklinde verilmiştir.

2.2.1.Katılımcıların demografik özellikleri

Tablo 1. Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Dağılım	%
Kadın	35	23,2
Erkek	116	76,8
Toplam	151	100,0

Çalışmada 151 aile hekimi seçilerek, bu aile hekimlerinden hazırlanan sorulara cevap vermesi istenmiştir. Yukarıdaki tabloda verildiği üzere cinsiyet dağılımına baktığımız zaman örneklem grubumuzun %23,2'nin kadın ve %76,8'nin erkeklerden oluştuğu görülmektedir.

Tablo 2. Yaş Değişkenine İlişkin Dağılım

Yaş	Dağılım	%
20-25	6	4,0
26-31	90	59,6
32-37	35	23,2
38-43	14	9,3
44 ve üstü	6	4,0
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda yapılan çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaş aralıkları tanımlayıcı istatistikleri sunulmuştur. Ankete katılanların %4,0'ü 20-25 yaş aralığında, %59,6'sı 26-31 yaş aralığında, %23,2'i 32-37 yaş aralığında, %9,3'ü 38-43 yaş aralığında ve %4,0'ü 44 yaş ve üstüdür.

Tablo 3.Medeni Durum Dağılımı

Medeni Durum	Dağılım	%
Evli	85	56,3
Bekâr	66	43,7
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılanların medeni durumları açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılanların %56,3'ü evli, %43,7'si bekâr olarak görülmektedir.

Tablo 4. Görev Dağılımı

Görev	Dağılım	%
Pratisyen hekim	142	94,0
Aile Hekimliği Uzmanı	9	6,0
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılanların görevleri açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılanların %94,0'ü Pratisyen hekim, %6,0'sı Aile Hekimliği Uzmanı olarak görülmektedir.

Tablo 5. Aile Sağlığı Merkezi'nin Konum Dağılımı

Aile Sağlığı Merkezi'nin Konumu	Dağılım	%
Merkez İlçe	86	57,0
İlçe	50	33,1
Köy	15	9,9
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılanların görev yaptıkları aile sağlığı merkezi'nin konumu açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılanların görev yaptıkları aile sağlığı merkezi'nin %57'si merkez ilçe, %33,1'i ilçe ve %9,9'u köy olarak görülmektedir.

Tablo 6. Aile Hekimi Olarak Çalışılan Süre Dağılımı

Aile Hekimi Olarak Çalışılan Süre	Dağılım	%
1-5	113	74,8
6-10	38	25,2
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılanların aile hekimi olarak çalıştıkları süre açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılanların aile hekimi olarak çalıştıkları süre %74,8'nin 1-5 yıl arası, %25,2'nin 6-10 yıl arası olarak görülmektedir.

Tablo 7. Gündelik Bakılan Hasta Sayısı İlişkin Dağılım

Gündelik bakılan hasta sayısı	Dağılım	%
1-10	11	7,3
11-20	18	11,9
21-30	39	25,8
31-40	37	24,5
41 ve üzeri	46	30,5
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda çalışmaya katılan aile hekimlerinin gündelik olarak baktıkları hasta sayısına göre tanımlayıcı istatistikleri sunulmuştur. Ankete katılanlar gündelik %7,3'ü 1-10 arasında hastaya, %11,9'u 11-20 arasında hastaya, %25,8'i 21-30 arasında hastaya, %24,5'i 31-40 arasında hastaya ve %30,5'i 41 hasta ve üstüne bakmaktadır.

Tablo 8. Hasta Başına Ayrılan Ortalama Süre Dağılımı

Hasta Başına Ayrılan Ortalama Süre	Dağılım	%
1-5 dk	37	24,5
6-10 dk	90	59,6
11-15 dk	23	15,2
16 dk ve üzeri	1	,7
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda çalışmaya katılan aile hekimlerinin hasta başına ayırdıkları sürelerle göre tanımlayıcı istatistikleri sunulmuştur. Aile hekimlerinin %24,5'nin hasta başına ayırdıkları süre 1-5 dakika arasında, %59,6'nın hasta başına ayırdıkları süre 6-10 dakika arasında, %15,2'nin hasta başına ayırdıkları süre 11-15 dakika arasında, %0,7'nin hasta başına ayırdıkları süre 16 dakika ve üzeri olarak görülmektedir.

Tablo 9. Sağlıkın Öncelikli Yönü Dağılımı

Sağlığın Öncelikli Yönü	Dağılım	%
Fiziksel	6	4,0
Ruhsal	4	2,6
Hepsi	141	93,4
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda çalışmaya katılan aile hekimlerinin sağlıkın öncelikli yönünü ne şekilde gördüklerine göre tanımlayıcı istatistikleri sunulmuştur. Aile hekimlerinin %4,0'ü sağlıkın öncelikli yönünü fiziksel, %2,6'sı sağlıkın öncelikli yönünü ruhsal, %93,4'ü sağlıkın öncelikli yönünü hem fiziksel hem de ruhsal şeklinde hepsi olarak görmektedirler.

2.2.2.Psikososyal sorunlara müdahalelere ilişkin bulgular

Tablo 10. Kayıtlı Birey ve Ailelerde Hasta Olanlarda En Sık Karşılaşılan Psikososyal Sorun Dağılımı

Kayıtlı birey ve ailelerde hasta olanlarda en sık karşılaşılan psikososyal sorun	Dağılım	%
Yoksulluk	98	64,9
İhmal ve İstismar	14	9,3
İşsizlik	24	15,9
Parçalanmış aile	3	2,0
Şiddet	2	1,3
Göç	3	2,0
Diğer	7	4,6
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda çalışmaya katılan aile hekimlerine kayıtlı birey ve ailelerde hasta olanlarda en sık karşılaşılan psikososyal sorunlara göre tanımlayıcı istatistikleri sunulmuştur. Buna göre kayıtlı birey ve ailelerde hasta olanların %64,9'unda en sık karşılaşılan psikososyal sorun yoksulluk, %9,3'ünde ihmal ve istismar, %15,9'nda işsizlik, %2,0'nde parçalanmış aile, %1,3'nde şiddet, %2,0'nde göç, %4,6'nda diğer psikososyal sorunlar olarak görmektedirler.

Tablo 11. Sadece Sosyal ve Psikolojik Sorunları İçin Müracaat Eden Birey ve Aile Bulunması Dağılımı

Sadece Sosyal ve Psikolojik Sorunları İçin Müracaat Eden Birey ve Aile Bulunma Durumu	Dağılım	%
Evet	123	81,5
Hayır	28	18,5
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerine sadece sosyal ve psikolojik sorunları için müracaat eden birey ve aile bulunup bulunmaması açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin %81,5'nin sadece sosyal ve psikolojik sorunları için müracaat eden birey ve ailelerinin bulunduğu, %18,5'nin ise bulunmadığı belirlenmiştir.

Tablo 12. Kayıtlı Birey ve Ailelere Tıbbi Sorular Dışında Sosyal ve Psikolojik Soru Sorma Durumu Dağılımı

Kayıtlı birey ve ailelere tıbbi sorular dışında sosyal ve psikolojik soru sorma durumu	Dağılım	%
Evet	87	57,6
Hayır	64	42,4
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerine kayıtlı birey ve ailelere tıbbi sorular dışında sosyal ve psikolojik soru sorup sormaması açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin 57,6'nın kayıtlı birey ve ailelere tıbbi sorular dışında sosyal ve psikolojik soru sordukları, %42,4'nün ise sormadıkları belirlenmiştir.

Tablo 13. Lisans ya da Lisansüstü Eğitimlerde Psikososyal Yardım Etme Sürecine İlişkin Bir Eğitim Alma Durumu

Lisans ya da Lisansüstü Eğitimlerde Psikososyal Yardım Etme Sürecine İlişkin Bir Eğitim Alma Durumu	Dağılım	%
Evet	47	31,1
Hayır	42	27,8
Kısmen	62	41,1
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin lisans ya da lisansüstü eğitimlerde psikososyal yardım etme sürecine ilişkin bir eğitim almaları açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin %31,1'nin lisans ya da lisansüstü eğitimlerinde psikososyal yardım etme sürecine ilişkin bir eğitim aldıkları, %27,8'nin almadıkları, %41,1'nin kısmen aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 14. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarına Müdahale Etme Konusunda Merkezdeki İmkanların Yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) Olma Durumu

Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarına Müdahale Etme Konusunda Merkezdeki İmkanların Yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) Olma Durumu	Dağılım	%
Evet	16	10,6
Hayır	101	66,9
Kısmen	34	22,5
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerine kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezdeki imkânların yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olması açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin %10,6'nın kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezdeki imkânlarının yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olduğu, %66,9'nun olmadığı, %22,5'nin kısmen olduğu belirlenmiştir.

Tablo 15. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarına Müdahalede Bulunma Durumu

Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarına Müdahalede Bulunma Durumu	Dağılım	%
Sadece tıbbi hastalığı ile ilgilenerek	7	4,6
Tıbbi hastalığı ile ilgilenmeme	144	95,4
Sadece dinleme ile	7	4,6
Dinleme yapmama	144	95,4
Ev ziyaretinde bulunma	7	4,6
Ev ziyaretinde bulunmama	144	95,4
Bilgileri doğrultusunda danışmanlık yapma	94	62,3
Danışmanlık yapmama	57	37,7
İlgili kuruluşa yönlendirme	114	75,5
İlgili kuruluşa yönlendirme yapmama	37	24,5
Diğer yöntemleri kullanma	1	,7
Diğer yöntemleri kullanmama	150	99,3

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerine kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahalede bulunma açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin %4,6'nın kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına tıbbi hastalığı ile ilgilenerek müdahalede bulundukları, %4,6'nın kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına dinleme ile müdahalede bulundukları, %4,6'nın kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına ev ziyaretinde bulunma ile müdahalede bulundukları, %62,3'nün kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına bilgileri doğrultusunda danışmanlık yapma ile müdahalede bulundukları, %75,5'nin kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına ilgili kuruluşa

yönlendirme ile müdahalede bulundukları, %0,7'nin kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına diğer yöntemler ile müdahalede bulundukları belirlenmiştir.

Tablo 16. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarında Yönlendirme Yapma Durumu

Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarında Yönlendirme Yapma	Dağılım	%
Hastane, Halk Sağlığı, Toplum Sağlığı Merkezine yönlendirme yapma	123	81,5
Hastane, Halk Sağlığı, Toplum Sağlığı Merkezine yönlendirme yapmama	28	18,5
Emniyet – Jandarmaya yönlendirme yapma	35	23,2
Emniyet – Jandarmaya yönlendirme yapmama	116	76,8
Aile, Çalışma ve Hizmetler İl Müdürlüğü'ne yönlendirme yapma	52	34,4
Aile, Çalışma ve Hizmetler İl Müdürlüğü'ne yönlendirme yapmama	99	65,6
İŞ-KUR'a yönlendirme yapma	9	6,0
İŞ-KUR'a yönlendirme yapmama	142	94,0
Kaymakamlığa yönlendirme yapma	25	16,6
Kaymakamlığa yönlendirme yapmama	126	83,4
Yerel Yönetim'e yönlendirme yapma	8	5,3
Yerel Yönetim'e yönlendirme yapmama	143	94,7
Diğer yerlere yönlendirme yapma	6	4,0
Diğer yerlere yönlendirme yapmama	145	96,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerine kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında yönlendirme yerleri açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin %81,5'nin kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında Hastane, Halk Sağlığı, Toplum Sağlığı Merkezine %23,2'nin Emniyet – Jandarmaya, %34,4'nün Aile, Çalışma ve Hizmetler İl Müdürlüğü'ne, %6,0'nın İŞ-KUR'a, %16,6'nın Kaymakamlığa, %5,3'nün Yerel Yönetim'e, %4,0'nün diğer yerlere yönlendirme yaptıkları belirlenmiştir.

Tablo 17. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Yönlendirme Yapılan Kuruma Gitme Durumunun Takibi

Kayıtlı Birey ve Ailelerin Yönlendirme Yapılan Kuruma Gitme Durumunun Takibi	Dağılım	%
Elektronik ortamda takip edilebilecek bir sistemin bulunması	58	38,4
Elektronik ortamda takip edilebilecek bir sistemin bulunmaması	93	61,6
Psiko-sosyal Destek Birimini arama	27	17,9
Psiko-sosyal Destek Birimini aramama	124	82,1
Resmi yazıyla bilgi isteme	6	4,0
Resmi yazıyla bilgi istememe	145	96,0
Yönlendirmeyi takip etmeme	50	33,1
Yönlendirmeyi takip etme	101	66,9
Yönlendirme takibinde diğer yöntemler kullanma	23	15,2
Yönlendirme takibinde diğer yöntemler kullanmama	128	84,8

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerine kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında yönlendirme yerlerine gidip gitmediklerinin takip edilme yöntemleri açısından tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Yapılan anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin %61,6'nın elektronik ortamda takip edilebilecek bir sistem ile, %17,9'nın ilgili kurumun Psiko-sosyal Destek Birimini arama yaparak, %4,0'nün resmi yazı ile, %66,9'nun yönlendirmeyi takip ederek, %84,8'nin diğer yöntemleri kullanarak kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında yönlendirme yerlerine gidip gitmediklerini belirledikleri anlaşılmıştır.

Tablo 18. Aile Sağlığı Merkezlerinde Birey ve Ailelere Tıbbi Sorunları Dışında Psikososyal Destek Hizmeti Verilme Durumu

Aile Sağlığı Merkezlerinde Birey ve Ailelere Tıbbi Sorunları Dışında Psikososyal Destek Hizmeti Verilme Durumu	Dağılım	%
Verilmelidir	146	96,7
Verilmemelidir	5	3,3
Toplam	151	100,0

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin aile sağlığı Merkezlerinde birey ve ailelere tıbbi sorunları dışında psikososyal destek hizmeti verilmesi hakkındaki görüşlerine yönelik tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. Aile hekimlerinin %96,7'nin aile sağlığı merkezlerinde birey ve ailelere tıbbi sorunları dışında psikososyal destek hizmeti verilmesini, %3,3'nün ise verilmemesini istedikleri belirlenmiştir.

2.2.3.Danışmanlık hizmetine ilişkin bulgular

Tablo 19. Aile Sağlığı Merkezlerinde Profesyonellerce Sunulan Hizmetlere Katılım Oranı

	Kesinlikle Katılıyor		Katılıyor		Kararsız		Katılmıyor		Kesinlikle Katılmıyor	
Aile Sağlığı Merkezimizde profesyonellerce sunulan	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastalığa ya da tedavi sürecine uyum sağlamada zorluk çeken hastalar için danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	79	52,3	60	39,7	5	3,3	2	1,3	5	3,3
Bireyde bir hastalık durumunda diğer aile üyelerinin psikososyal eğitim alacağı danışmanlık hizmeti olsun isterdim..	74	49,0	68	45,0	4	2,6	3	2,0	2	1,3
Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	62	41,1	67	44,4	13	8,6	2	1,3	7	4,6
Anne- baba tutumları ve çocukla ilişki konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	88	58,3	56	37,1	4	2,6	2	1,3	1	0,7
Ergenlik döneminde çocuğa yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	88	58,3	56	37,1	4	2,6	1	0,7	2	1,3
Kadına yönelik şiddetle mücadele ve kadın hakları konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	100	66,2	42	27,8	4	2,6	2	1,3	3	7,0
Davranışsal Bağımlılıklar (oyun, kumar, yemek yeme, seks) konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	88	58,3	50	33,1	7	4,6	3	2,0	3	2,0
Uyuşturucu madde kullanımını önleme ve kullanan bireylere yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	93	61,6	46	30,5	5	3,3	6	4,0	1	0,7
Ölüm, yas, afet gibi acil durum kriz durumlarında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	81	53,6	56	37,1	8	5,3	4	2,6	2	1,3
Etkili iletişim, aile içi iletişim konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	70	46,4	69	45,7	6	4,0	4	2,6	2	1,3
Hastaların çevresel kaynaklardan (spor, kültürel) haberdar olmasını isterdim.	79	52,3	61	40,4	7	4,6	1	0,7	3	2,0
Otizm, Özgül Öğrenme Bozukluğu, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim	94	62,3	51	33,8	2	1,3	1	0,7	3	2,0
Stresle başa çıkma konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	76	50,3	63	41,7	5	3,3	4	2,6	3	2,0
Yaşlılara yönelik kamusal hizmetler ve yaşlı hakları hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	70	46,4	72	47,7	5	3,3	0	0,0	4	2,6
Engellilere yönelik kamusal hizmetler hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	82	54,3	63	41,7	4	2,6	0	0,0	2	1,3
Kanser, gebelik, kronik hastalık gibi spesifik dönemlerde psiko-sosyal destek hizmeti olsun isterdim.	93	61,6	52	34,4	2	1,3	2	1,3	2	1,3
Sağlıklı yaşlanma danışmanlığı olsun isterdim	71	47,0	62	41,1	14	9,3	2	1,3	2	1,3
Evlilik ve çift ilişkisi hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim	77	51,0	60	39,7	9	6,0	2	1,3	3	2,0
Sosyal yardımlar konusunda ve başvurabileceğim kurumlar hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	71	47,0	68	45,0	9	6,0	1	0,7	2	1,3
Obezite ve yeme bozukluklarında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	83	55,0	61	40,4	3	2,0	1	0,7	3	2,0
Boşanma veya işsizlik gibi olaylardan kaynaklanan strese uyum sağlamada danışmanlık hizmeti olsun isterdim	69	45,7	65	43,0	11	7,3	3	2,0	3	2,0
Çocuk ihmal ve istismarlarını önleme konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim	101	66,9	43	28,5	2	1,3	2	1,3	3	2,0
İntihara riski olan bireyler ve onlara yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	92	60,9	51	33,8	3	2,0	2	1,3	3	2,0
Aile içi şiddetle mücadele ile ilgili danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	94	62,3	50	33,1	4	2,6	1	0,7	2	1,3

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin Aile Sağlığı Merkezlerinde profesyonellerce sunulan hizmetlere katılımlarına yönelik tanımlayıcı

istatistikleri verilmektedir. Aile hekimlerinin en yüksek %66,9'nun "Çocuk ihmal ve istismarlarını önleme konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim" ifadesine katılım gösterdikleri belirlenmiştir.

2.2.4.Aile sağlığı merkezi değerlendirme ölçeğinin güvenilirlik analizi, ortalama ve standart sapmaları

Tablo 20. Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi

Ölçek Adı	Cronbach's Alpha	N of Items
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	,940	45

Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayılarının hesabı yapılmıştır. Yapılmış olan analiz neticesinde Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,940 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 21. Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Maddeleri Güvenilirlik Analizi Sonuçları

İFADELER	Cronbach's Alpha
Lisans ya da lisansüstü eğitimlerinizde psikososyal yardım etme sürecine ilişkin bir eğitim aldınız mı?	,943
Size kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezinizdeki imkanların yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olduğunu düşünüyor musunuz?	,942
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına sadece tıbbi hastalığı ile ilgilenerek müdahalede bulunma	,941
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına sadece dinleme ile müdahalede bulunma	,941
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına ev ziyaretinde bulunma ile müdahalede bulunma	,941
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına bilgileri doğrultusunda danışmanlık yapma ile müdahalede bulunma	,941
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına ilgili kuruluşa yönlendirme ile müdahalede bulunma	,941
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına diğer müdahale biçimleri ile müdahalede bulunma	,940
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında sağlık kuruluşlarına (Hastane, Halk Sağlığı, Toplum Sağlığı Merkezi) yönlendirme yapma	,941
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında kolluk birimlerine (Emniyet - Jandarma) yönlendirme yapma	,941
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında Aile, Çalışma ve Hizmetler İl Müdürlüğü'ne yönlendirme yapma	,940
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında İŞ-KUR'a yönlendirme yapma	,941
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında Kaymakamlığa yönlendirme yapma	,941
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında Yerel Yönetim'e yönlendirme yapma	,940
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında diğer yerlere yönlendirme yapma	,941
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili elektronik ortamda takip edilebilecek bir sistem yok	,941
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili kurumda varsa Psiko-sosyal Destek Birimini arayarak bilgi alma	,941
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili resmi yazıyla bilgi isteme	,940
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili takip etmeme durumu	,942
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili diğer durumlar	,940
Sizce aile sağlığı merkezlerinde birey ve ailelere tıbbi sorunları dışında psikososyal destek hizmeti verilmeli midir?	,939

Tablo 22. Tablo 21'n devamıdır

İFADELER	Cronbach's Alpha
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde sunulan hastalığa ya da tedavi sürecine uyum sağlamada zorluk çeken hastalar için danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,937
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde bireyde bir hastalık durumunda diğer aile üyelerinin psikososyal eğitim alacağı danışmanlık hizmeti olsun isterdim..	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde hasta hakları ve sorumlulukları hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,938
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde anne- baba tutumları ve çocukla ilişki konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,937
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde ergenlik döneminde çocuğa yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,937
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi tarafından kadına yönelik şiddetle mücadele ve kadın hakları konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde davranışsal Bağımlılıklar (oyun, kumar, yemek yeme, seks) konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,938
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde uyuşturucu madde kullanımını önleme ve kullanan bireylere yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde ölüm, yas, afet gibi acil durum kriz durumlarında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde etkili iletişim, aile içi iletişim konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,935
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde hastaların çevresel kaynaklardan (spor, kültürel) haberdar olmasını isterdim.	,937
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde Otizm, Özgül Öğrenme Bozukluğu, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde stresle başa çıkma konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde yaşlılara yönelik kamusal hizmetler ve yaşlı hakları hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde engellilere yönelik kamusal hizmetler hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde kanser, gebelik, kronik hastalık gibi spesifik dönemlerde psiko-sosyal destek hizmeti olsun isterdim.	,937
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde sağlıklı yaşlanma danışmanlığı olsun isterdim.	,937
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde evlilik ve çift ilişkisi hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde sosyal yardımlar konusunda ve başvurabileceğim kurumlar hakkında hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde obezite ve yeme bozukluklarında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,937
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde boşanma veya işsizlik gibi olaylardan kaynaklanan strese uyum sağlamada danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde çocuk ihmal ve istismarlarını önleme konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde intihar riski olan bireyler ve onlara yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde aile içi şiddetle mücadele ile ilgili danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	,936

Tablo 22'de Alpha katsayısının 0,940 çıktığı göz önüne alındığında, ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir. Değişkenlerde güvenilirlikle ilgili çok az bir farkla azalma gösterebilir dahi, bu fark iyimser bir yaklaşımla kabul edilebilir durumdadır. Bu sebeple bu değişkenler ölçekte yer alabilirler. Dolayısıyla; ölçekten hiçbir değişkenin çıkarılmasına gerek yoktur ve ölçeğin güvenilirliği yüksektir.

Tablo 23. Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Maddelerinin Ortalama ve Standart Sapmaları

İFADELER	N	$\bar{x}$	Ss
Lisans ya da lisansüstü eğitimlerinizde psikososyal yardım etme sürecine ilişkin bir eğitim aldınız mı?	151	2,09	0,84
Size kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezinizdeki imkanların yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olduğunu düşünüyor musunuz?	151	2,11	0,56
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına sadece tıbbi hastalığı ile ilgilenerek müdahalede bulunma	151	1,95	0,21
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına sadece dinleme ile müdahalede bulunma	151	1,95	0,21
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına ev ziyaretinde bulunma ile müdahalede bulunma	151	1,95	0,21
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına bilgileri doğrultusunda danışmanlık yapma ile müdahalede bulunma	151	1,37	0,48
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına ilgili kuruluşa yönlendirme ile müdahalede bulunma	151	1,24	0,43
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına diğer müdahale biçimleri ile müdahalede bulunma	151	1,99	0,08
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında sağlık kuruluşlarına (Hastane, Halk Sağlığı, Toplum Sağlığı Merkezi) yönlendirme yapma	151	1,18	0,38
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında kolluk birimlerine (Emniyet - Jandarma) yönlendirme yapma	151	1,76	0,42
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında Aile, Çalışma ve Hizmetler İl Müdürlüğü'ne yönlendirme yapma	151	1,65	0,47
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında İŞ-KUR'a yönlendirme yapma	151	1,94	0,23
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında Kaymakamlığa yönlendirme yapma	151	1,83	0,37
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında Yerel Yönetim'e yönlendirme yapma	151	1,94	0,22
Kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarında diğer yerlere yönlendirme yapma	151	1,96	0,19
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili elektronik ortamda takip edilebilecek bir sistem yok	151	1,61	0,48
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili kurumda varsa Psiko-sosyal Destek Birimini arayarak bilgi alma	151	1,82	0,38
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili resmi yazıyla bilgi isteme	151	1,96	0,19
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili takip etmeme durumu	151	1,66	0,47
Yönlendirme yapılan hastanın ilgili kuruma gidip gitmediği ile ilgili diğer durumlar	151	1,84	0,36
Sizce aile sağlığı merkezlerinde birey ve ailelere tıbbi sorunları dışında psikososyal destek hizmeti verilmeli midir?	151	1,03	0,17
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde sunulan hastalığa ya da tedavi sürecine uyum sağlamada zorluk çeken hastalar için danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,63	0,88
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde bireyde bir hastalık durumunda diğer aile üyelerinin psikososyal eğitim alacağı danışmanlık hizmeti olsun isterdim..	151	1,61	0,75
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde hasta hakları ve sorumlulukları hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,84	0,97
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde anne- baba tutumları ve çocukla ilişki konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,49	0,68
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde ergenlik döneminde çocuğa yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,49	0,71
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi tarafından kadına yönelik şiddetle mücadele ve kadın hakları konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,45	0,78
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde davranışsal Bağımlılıklar (oyun, kumar, yemek yeme, seks) konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,56	0,83
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde uyuşturucu madde kullanımını önleme ve kullanan bireylere yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,51	0,79
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde ölüm, yas, afet gibi acil durum kriz durumlarında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,60	0,81
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde etkili iletişim, aile içi iletişim konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,66	0,78
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde hastaların çevresel kaynaklardan (spor, kültürel) haberdar olmasını isterdim.	151	1,59	0,78
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde Otizm, Özgül Öğrenme Bozukluğu, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,46	0,74
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde stresle başa çıkma konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,64	0,83

Tablo 24. Tablo 23'ün devamıdır.

İFADELER	N	$\bar{x}$	Ss
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde yaşlılara yönelik kamusal hizmetler ve yaşlı hakları hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,64	0,78
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde engellilere yönelik kamusal hizmetler hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,52	0,68
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde kanser, gebelik, kronik hastalık gibi spesifik dönemlerde psiko-sosyal destek hizmeti olsun isterdim.	151	1,46	0,71
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde sağlıklı yaşlanma danışmanlığı olsun isterdim.	151	1,68	0,80
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde evlilik ve çift ilişkisi hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim	151	1,63	0,82
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde sosyal yardımlar konusunda ve başvurabileceğim kurumlar hakkında hizmeti olsun isterdim.	151	1,64	0,74
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde obezite ve yeme bozukluklarında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,54	0,75
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde boşanma veya işsizlik gibi olaylardan kaynaklanan strese uyum sağlamada danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,71	0,84
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde çocuk ihmal ve istismarlarını önleme konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,43	0,77
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde intihar riski olan bireyler ve onlara yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,49	0,78
Aile Sağlığı Merkezi'nde Psiko-sosyal Destek Birimi'nde aile içi şiddetle mücadele ile ilgili danışmanlık hizmeti olsun isterdim.	151	1,45	0,70

Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği ifadelerinden “Size kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezinizdeki imkânların yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olduğunu düşünüyor musunuz?” maddesinin ortalaması $2,11 \pm 0,56$ en yüksek iken, “Sizce aile sağlığı merkezlerinde birey ve ailelere tıbbi sorunları dışında psikososyal destek hizmeti verilmeli midir?” maddesinin ortalaması $1,03 \pm 0,17$ en düşüktür.

2.2.5. Aile sağlığı merkezi değerlendirme ölçeği puanları T-testi ve ANOVA sonuçları

Tablo 25. Aile Hekimlerinin Cinsiyetlerine Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	s	T	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Kadın	35	1,63	0,58	,615	,539
	Erkek	116	1,55	0,61		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Tablo 26. Aile Hekimlerinin Yaşlarına Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Yaş	n	$\bar{x}$	s	Min.	Max	F	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	20-25	6	1,39	0,46	1	2	,510	,728
	26-31	90	1,55	0,41	1	3		
	32-37	35	1,68	0,92	1	5		
	38-43	14	1,55	0,81	1	3		
	44 ve üstü	6	1,45	0,47	1	2		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin yaşlarına göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Aile Hekimlerinin Medeni Durumlarına Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Medeni durum	n	$\bar{x}$	s	T	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Evli	85	1,51	0,54	-1,484	,140
	Bekar	66	1,65	0,68		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin medeni durumlarına göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 28. Aile Hekimlerinin Görevlerine Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Görev	n	$\bar{x}$	S	t	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Pratisyen Hekim	142	1,57	0,59	-,339	,735
	Aile Hekimliği Uzmanı	9	1,64	0,81		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin görevlerine göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 29. Aile Hekimlerinin Görev Yaptıkları Aile Sağlığı Merkezinin Konumuna Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Aile Sağlığı Merkezinin Konumu	n	$\bar{x}$	s	Min.	Max	F	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Merkez İlçe	86	1,49	0,47	1	3	1,940	,147
	İlçe	50	1,67	0,71	1	5		
	Köy	15	1,73	0,83	1	4		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin görev yaptıkları aile sağlığı merkezinin konumuna göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 30. Aile Hekimlerinin Aile Hekimi Olarak Çalıştıkları Sürelere Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Aile Hekimi Olarak Çalıştıkları Süre	n	$\bar{x}$	S	t	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	1-5	113	1,55	0,51	-,771	,442
	6-10	38	1,64	0,83		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin aile hekimi olarak çalıştıkları süreler göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 31. Aile Hekimlerinin Gündelik Baktıkları Hasta Sayılarına Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Gündelik Baktıkları Hasta Sayısı	n	$\bar{x}$	s	Min.	Max	F	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	1-10	11	1,84	1,09	1	5	1,720	,149
	11-20	18	1,66	0,45	1	2		
	21-30	39	1,61	0,41	1	2		
	31-40	37	1,62	0,74	1	4		
	41 ve üstü	46	1,40	0,49	1	3		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin gündelik baktıkları hasta sayılarına göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 32. Aile Hekimlerinin Baktıkları Hasta Başına Ayırdıkları Sürelere Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Hasta Başına Ayrılan Süre	n	$\bar{x}$	s	Min.	Max	F	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	1-5 dakika arası	37	1,53	0,53	1	3	2,009	,138
	6-10 dakika arası	90	1,53	0,48	1	3		
	11-15 dakika arası	24	1,80	1,00	1	5		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin hasta başına ayırdıkları süreler göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 33. Aile Hekimlerinin Sağlığın Öncelikli Olarak Gördükleri Yönüne Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Sağlığın Yönleri	n	$\bar{x}$	s	Min.	Max	F	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Fiziksel	6	1,70	0,37	1	2	,135	,873
	Ruhsal	4	1,60	0,48	1	2		
	Hepsi	141	1,57	0,62	1	5		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin sağlığın öncelikli olarak gördükleri yönüne göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 34. Kayıtlı Birey ve Ailelerde Hasta Olanlarda En Sık Karşılaşılan Psikososyal Sorunlara Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Psikososyal Sorunlar	n	$\bar{x}$	s	Min.	Max	F	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Yoksulluk	98	1,54	0,55	1	4	1,098	,366
	İhmal ve İstismar	14	1,66	0,57	1	3		
	İşsizlik	24	1,74	0,78	1	5		
	Parçalanmış aile	3	1,01	0,02	1	1		
	Şiddet	2	1,41	0,47	1	1		
	Göç	3	1,94	0,89	1	2		
	Diğer	7	1,42	0,71	1	2		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin kayıtlı birey ve ailelerde hasta olanlarda en sık karşılaşılan psikososyal soruna göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 35. Sadece Sosyal ve Psikolojik Sorunları İçin Müracaat Eden Birey ve Aile Bulunmasına Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Sadece Sosyal ve Psikolojik Sorunları İçin	n	$\bar{x}$	S	t	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Evet	123	1,55	0,58	-,924	,357
	Hayır	28	1,67	0,71		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerine sadece sosyal ve psikolojik sorunları için müracaat eden birey ve aile bulunmasına göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 36. Kayıtlı Birey ve Ailelere Tıbbi Sorular Dışında Sosyal ve Psikolojik Soru Sorma Durumuna Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Sosyal ve Psikolojik Soru Sorma	n	$\bar{x}$	S	t	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Evet	123	1,55	0,58	-,924	,357
	Hayır	28	1,67	0,71		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerine kayıtlı birey ve ailelere tıbbi sorular dışında sosyal ve psikolojik soru sorma durumuna göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 37. Lisans ya da Lisansüstü Eğitimlerinde Psikososyal Yardım Etme Sürecine İlişkin Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Eğitim Alma Durumu	n	$\bar{x}$	s	Min.	Max	F	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Evet	47	1,54	0,63	1	5	,123	,884
	Hayır	42	1,58	0,49	1	3		
	Kısmen	62	1,59	0,66	1	4		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin lisans ya da lisansüstü eğitimlerinde psikososyal yardım etme sürecine ilişkin bir eğitim alma durumlarına göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 38. Kayıtlı Birey ve Ailelerin Psikososyal Sorunlarına Müdahale Etme Konusunda Merkezdeki İmkânların Yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) Olma Durumuna Göre Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Eğitim Alma Durumu	n	$\bar{x}$	s	Min.	Max	F	p
Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği	Evet	16	1,86	0,92	1	5	2,407	,094
	Hayır	101	1,51	0,54	1	4		
	Kısmen	34	1,62	0,58	1	3		

Yukarıdaki tabloda anket çalışmasına katılan aile hekimlerinin kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezdeki imkânların yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olması durumuna göre sosyal hizmet perspektifinden aile sağlığı merkezlerinin değerlendirilmesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin temelini, koruyucu ve tedavi edici hizmetleriyle ve insan merkezli sunumuyla birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından aile sağlığı merkezleri, mahalle yapılanmalarıyla tıbbi, ruhsal veya sosyal sorunlarına ilişkin halkın kolay olarak başvurabildiği kuruluşlardır. Modern sağlık bakımında, bakım kalitesini artırmak için sağlık sektöründeki hizmetlerin sosyal hizmetle koordineli bir şekilde yürütülmesi ile gerek günümüzde gerekse de önümüzdeki yıllarda ortaya çıkabilecek sorunların çözümlenmesinde ve çözümlerin geliştirilmesinde faydalı olacağı düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin hastalıklara karşı biyopsikososyal yaklaşım sergilemesi beklenmektedir. Biyopsikososyal yaklaşım, hastalıklara biyolojik yaklaşıma ek olarak psikolojik ve sosyal değişkenlerin de göz önünde bulundurularak müdahale edilmesini gerekli görmektedir. Aile hekimleri, ailelerde mevcut olabilecek psikososyal sorunlara ve sorunlara neden olan faktörlere ilişkin eğitim, danışmanlık ve yönlendirme hizmetleri gerçekleştirebilir. Psikososyal müdahaleye yönelik kısa süreli danışmanlık, bilgilendirme ve yönlendirme için kısa bir görüşme süresi yeterli olsa da daha karmaşık sorunlar için hastalara daha fazla süre ayrılması gerektiği düşünülmektedir. Yurt dışı kaynaklı yapılan araştırmalarda aile hekimlerinin psikososyal sorunlara karşı meslekler arası işbirliği ile aile sağlığına bütüncül yaklaşarak sorunların çözümünde daha etkin sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Psikososyal sorunlar oluşmadan ailelere erken müdahale gerçekleştiğinde kişilerin sağlık kuruluşuna başvurma oranı ve sağlık maliyetleri de düşeceği düşünülmektedir. Çalışmamızda aile hekimlerinin %96,7'si aile sağlığı Merkezinde psikososyal destek hizmetinin verilmesini destekleyerek meslekler arası işbirliğini desteklemiştir.

Aile hekimlerinin %81,5'i hastaların tıbbi sorunlar dışında, sadece sosyal ya da psikolojik nedenlerle de kendilerine başvurduğunu belirtmektedir. Hastaların sosyal ya da psikolojik sorunlarında aile sağlığı merkezlerini sadece bir tıp merkezi olarak değil bir yardım ve destek talep ettikleri merkez olarak gördükleri anlaşılmaktadır. Bu da aile sağlığı merkezlerinde bireylere sosyal ya da psikolojik konularda daha kapsamlı bir hizmeti gerekli kılmaktadır. Koruyucu ve önleyici hizmeti hedef alan aile sağlığı merkezlerinde verilecek olan sosyal hizmet danışmanlık hizmetiyle bireylerin sorunları doğru sosyal hizmet müdahaleleriyle daha kompleks bir hal almadan çözülebilir. Bu durum aile sağlığı elemanlarının ve aile hekimlerinin hastaların sadece tıbbi boyutuyla sorumlu olmasıyla iş yükünün hafiflemesine, psikososyal sorunlar kompleks bir hal almadan çözümlenmesiyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin iş yükünün azalmasına ve sağlık maliyetlerinin düşmesine katkı sağlayacaktır.

Psikososyal sorunların tespitinde hastayı dinlemek ve anlamak gerek sorunun tespiti açısından gerekse yönlendirme açısından önemli bir yer tutmaktadır. Araştırma bulgularına göre Aile Hekimlerinin en sık (%30,5) 41 hasta ve üzeri günlük muayene yaptıkları ve yarısından fazlasının (%59,6) hastalarına 6-10 dakika ayırdığı görülmektedir. Bu bulgular ışığında aile hekimlerinin hastanın tıbbi sorunları dışında

psikososyal sorunlarına değinmek için yeterli zamanının olmadığı görülmektedir. Bu bulgular ışığında Hastaların tıbbi sorunları dışında aile sağlığı merkezlerine başvurduğu da göz önüne alınırsa psikososyal ve sosyoekonomik açıdan aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin tıbbi sorunları dışında da değerlendirileceği, psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının tespit edileceği, gerekli sosyal hizmet müdahalesinin gerçekleştirileceği hizmetlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Aile hekimlerinin %57'si hastalara sosyal ya da psikolojik durumlarına ilişkin soru soruyor olsa da sadece %31'lik kısmının lisans ya da lisansüstü eğitimlerinde psikososyal destek verme sürecine dair eğitim aldıkları görülmektedir. Psikososyal eğitim alan aile hekimi sayısının düşüklüğüne rağmen aile hekimlerinin %62'si başvuran bireylerde bilgileri doğrultusunda danışmanlık yaptığını belirtmektedir. Eğitim almayan aile hekimlerinin bu konuda ihtiyaç duyan bireyi tespit etmede ve gerekli müdahale ve yönlendirmeyi yapma konusunda yeterli olup olmadıkları bilinmemektedir. Ruhsal ve sosyal sorunların, somatik belirtiler de verebileceği göz önüne alındığında ve fiziksel rahatsızlığı harici ruhsal ve sosyal sorunlarla da aile sağlığı merkezlerine başvuran kişiler olduğu düşünüldüğünde, hastalara gerekli değerlendirmeyi yaparak yönlendirme hizmeti verecek bu konuda eğitilmiş çalışanlara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Hasta başvurularında aile hekimlerinin en sık karşılaştığı psikososyal sorunlar sırasıyla yoksulluk (%64,9), işsizlik (%15,9) ve ihmal ve istismar (%9,3) olarak belirlenmiştir. Hastaların yaşadığı yerin köy veya merkez olmasından bağımsız olarak Aile Sağlığı Merkezleri en rahat ve kolay ulaşılabilen kamu kurumlarıdır. Aile hekimlerinin büyük çoğunluğu sosyal yardımlar konusunda, işsizlik sonrası strese uyum sağlamada, çocuk ihmal ve istismarlarını önleme konusunda, hastaların çevresel kaynaklardan haberdar olması konusunda merkezlerinde danışmanlık hizmetlerinin olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Bu veriler hekimlerin bu sorunlarla başvuran hastalarda daha profesyonel bir müdahalenin olmasını istediklerini göstermektedir. Aile sağlığı merkezlerinde verilecek olan sosyal hizmet danışmanlık hizmetiyle bölgedeki yoksul, işsiz veya istismara uğramış bireyler tespit edilip, sosyal hizmet müdahale planı uygulanabilir. Aile sağlığı merkezleri, gerek ulaşılabilir olmaları, gerekse hekimlerin tüm hastalarını en az yılda bir değerlendirme imkanına sahip olması dolayısıyla, ihtiyaç sahiplerinin diğer kurumlarla kurulacak işbirliğinde daha işlevsel şekilde aracı konumunda yer alabilirler.

Aile hekimlerinin de psikososyal sorunlara ilişkin müdahale noktasında en sık (%75) 'ilgili kuruluşlara yönlendiririm' seçeneğini işaretlemeleri ve mevcut durumda da aracı rol oynadıklarını göstermektedir. Yönlendirilen kurumlara bakıldığında %81'lik oranla ilk sırayı sağlık kuruluşlarının aldığı, ikinci sırayı %32'lik oranla Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Müdürlüklerinin aldığı üçüncü sırayı %23,2 ile Kolluk Kuvvetlerinin aldığı görülmektedir. Çeşitli kurumlara yönlendirilen hastaların aile hekimleri tarafından takip edilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda aile hekimlerinin %38,4'ü elektronik sistemde takip edecekleri bir sistemleri olmadığı için hastalarını takip edemediklerini, %33,1'i yönlendirdikleri hastayı takip etmediklerini, %17,9'u ilgili kurumda varsa psikososyal destek birimini aradığını belirtmiştir. Aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun hastayı takip etmemesi veya edememesi hastalar arasında en sık yaşanan sorun olarak yoksulluk

da göz önüne alındığında bu kişilerin yönlendirildikleri kuruma gidecek imkanlarının olup olmadığı, yönlendirildikleri kuruma gidip gitmedikleri, kişilerin hizmete ulaşamadıkları konusunda bir bilginin olmadığı kişilerin kurumsal sistem arasında kaybolma ihtimalinin varlığını gösteriyor. Yönlendirildiği kuruma ya da hizmete ulaşamayan bireylerde öğrenilmiş çaresizlik ve kamusal hizmetlere güveninin azalması ihtimalini de doğuruyor. Nüfusu yoğun olan aile hekimliği birimlerinde danışma, yönlendirme ve takip hizmetlerinin bu konu özelinde istihdam edilecek olan profesyoneller vasıtasıyla yapılması ihtiyacını doğurabilir.

Sağlık tanımına bakıldığında bireyin, fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak ifade edilmektedir. Aile Hekimlerinin %93'ü sağlığın tüm yönlerinin öncelikli olduğunu fakat mevcut durumda %66,9'u aile sağlığı merkezinde görüşme odası, personel ve zaman açısından aile sağlığı merkezlerinde psikososyal müdahale için yeterli imkanlarının olmadığını belirtmiştir. Aile hekimlerinin sağlığın tüm yönlerini önceledikleri halde sadece %57'si hastaların sosyal ya da ruhsal durumlarına ilişkin soru sorduğunu belirtmiştir. Tüm bu veriler ışığında aile hekimlerinin günlük muayene ettikleri hasta sayısı ve ayırdıkları sürelerde göz önüne alındığında hastalara fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül bir hizmet vermek için aile sağlığı merkezlerinde hastaları ruhsal ve sosyal yönden destekleyecek hizmetlere de ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Aile hekimlerinin büyük çoğunluğu anne-baba tutumları ve çocukla iletişim, ergenlik dönemi çocuklara yaklaşım, etkili iletişim, stresle başa çıkma, evlilik ve çift ilişkileri konularında aile sağlığı merkezlerinde danışmanlık hizmeti verilmesine katıldıklarını belirtmişlerdir.

Aile Hekimlerinin hastalarını yılda en az bir kez görme zorunluluklarının olması, aile sağlığı merkezlerinin herkes tarafından ulaşılabilir olması dolayısıyla bu merkezler halkın psikososyal açıdan taramasının da gerçekleştirilebileceği kurumlardır. Hastaların Aile hekimlerine tıbbi sorunlar dışında, sadece sosyal ya da psikolojik nedenlerle de kendilerine başvurduğu göz önüne alınırsa istismar, şiddet, bağımlılık, çocuk gelinler gibi psikososyal sorunların somatik bulgularının da görülerek vakaların tespit edilmesi, psikolojik ilk yardımın gerçekleştirilmesi, gerekli sevklerin yapılması ve takibinin yapılması, riskli bireylerin tespit edilmesi açısından aile sağlığı merkezlerinde sosyal hizmet müdahaleleri önem arz etmektedir. Çalışmada aile hekimlerinin en yüksek %66,9'nun "Çocuk ihmal ve istismarlarını önleme konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim" ifadesine katılım gösterdikleri belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının öykü alma, ilgili kurumla iletişim/yasal süreç, kayıt tutma konularında zorlandıkları görülmektedir. Aile Hekimlerinin büyük çoğunluğu kadına yönelik şiddet, aile içi şiddet, çocuk ihmallerini önleme, uyuşturucu ve davranışsal bağımlılıklar konusunda aile sağlığı merkezinde danışmanlık hizmetinin verilmesini belirtmiştir.

Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeği ifadelerinden "Size kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezinizdeki imkânların yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olduğunu düşünüyor musunuz?" maddesinin ortalaması 2,11±0,56 en yüksek iken, "Sizce aile sağlığı merkezlerinde birey ve ailelere

tıbbi sorunları dışında psikososyal destek hizmeti verilmeli midir?” maddesinin ortalaması $1,03 \pm 0,17$ en düşüktür.

Aile hekimlerinin sosyo-demografik durumları göz önünde tutularak bazı anket sorularında anlamlı fark çıkması beklenmiştir. Aile Sağlığı Merkezi Değerlendirme Ölçeğine göre sosyo-demografik değişkenlere bağlı olarak anlamlı fark çıkmamıştır. Yapılan istatistiksel ölçümler sonucunda anlamlı fark çıkmamasına rağmen başka bir ifade ile ortalamaların birbirlerine çok yakın bulunmasına rağmen ortalamalar üzerinde gidilerek aile hekimlerinin görüşleri ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Kadın aile hekimlerinin aile sağlığı merkezlerinde sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç olup olmadığını erkeklere oranla değerlendirme ortalamalarının birbirlerine çok yakın olmasına rağmen yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin kadın aile hekimlerinin konunun farkındalığını daha iyi kavradıkları şeklinde düşünülmektedir.

Aile hekimlerinde 32-37 yaş aralığında bulunanların, bekârların, aile hekimliği uzmanlarının, aile sağlığı merkezi köyde olanların, 6-10 yıl arası aile hekimi olarak çalışmaya devam edenlerin, 1-10 arası günlük hasta bakanların, hasta başına 11-15 dakika arasında süre ayıranların, fiziksel sağlığı öncelikli görenlerin, kayıtlı birey ve ailelerde hasta olanlarda göç durumunun en sık karşılaşılan psikososyal sorun olanların, sadece sosyal ve psikolojik sorunları için müracaat etmeyen birey ve aileler bulunanların, kayıtlı birey ve ailelere tıbbi sorular dışında sosyal ve psikolojik soru sormayanların, lisans ya da lisansüstü eğitimlerinde psikososyal yardım etme sürecine ilişkin kısmen eğitim alanların, kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezdeki imkânların kısmen yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olanların konuyu değerlendirme ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür.

Aile hekimlerinin büyük bir çoğunluğu özel gereksinim gerektirebilecek durumlarda; otizm, özgül öğrenme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite konularında, yaşlılara yönelik hizmetleri konusunda, engellilere yönelik hizmetler konusunda, kanser gebelik gibi spesifik dönemlerde, sağlıklı yaşlanma konularında danışmanlık hizmeti olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Önleyici kapsamda verilecek bu hizmetlerle sorunların toplumda oluşmadan, oluşsa dahi hızlı bir şekilde çözüme kavuşturularak çözümlenmesi bireylerin ve toplumun refahını artıracaktır.

Sağlık değişkenlerinin sosyal, psikolojik ve ekonomik belirteçlerle olan ilişkisinin önemsenmesi gerektiği fakat bu konunun akademik çalışmalar arasında henüz istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar aile hekimlerinin tıbbi boyutuyla ya da aile sağlığı merkezlerindeki hizmetlerin kalitesiyle ilgili sınırlı kalmaktadır. Gerçekleştirilen bu çalışmada aile hekimlerinin gözünden aile sağlığı merkezlerindeki sosyal hizmet uygulamalarına yönelik ihtiyaç analizi yapılmış, gerek tıbbi sosyal hizmet çalışmalarına gerekse aile hekimliği çalışmalarına katkı sağlamıştır.

ÖNERİLER

Psikososyal destek hizmet hizmeti sunan kurumların ulaşılabilirliği ve görünürlülüğü sınırlıdır. Bu sorun ve ihtiyaçlardan hareketle mahalle düzeyinde yapılanmasıyla toplumun her kesimi tarafından ulaşımının kolay sağlandığı aile sağlığı merkezlerinde oluşturulacak sosyal hizmet birimleri ile toplumun her kesiminde yaşayan bireylere psikososyal destek hizmetleri götürülebilecektir. Böylece aile sağlığına bütüncül yaklaşarak, sorunlarına çözümler üretilebilecektir. Bu birimlerde istihdam edilecek sosyal çalışanlarla bölgenin dinamikleri belirlenip, bireylere yönelik tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri gerçekleştirilerek toplumdaki bireylerde sorunlar oluşmadan önüne geçilmesi sağlanabilecek ve sağlık hizmetleri daha kapsamlı bir sunuma ulaştırılacaktır.

Tıbbi anlamda koruyucu ve önleyici hizmetler açısından stratejik öneme sahip olan Aile Sağlığı Merkezleri çatısında oluşturulacak sosyal hizmet birimleriyle aile sağlığı merkezleri koruyucu ruh sağlığı açısından da önemli merkezler haline dönüşecektir.



KAYNAKÇA

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2012). (<http://www.aile.gov.tr/tr/2528/Sosyal-Yardim-Sosyal-Hizmetlerde-Donusum-ve-Aile-Sosyal-Destek-Programi-Calistayi>), Erişim Tarihi:12.12.2018
- Ak, M. (2010). Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt: 17, Sayı: 4, ss. 403-405.
- Akdoğan, A. (2011), *Kamu Maliyesi*, Gazi Kitabevi. Ankara.
- Akdur, R. (2006), *Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*, (2. Basım), Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara.
- Algın, K. (2002), *Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunlarının Tespiti ve Çözüm Önerilerinin Oluşturulmasına Yönelik Bir Alan Araştırması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
- Atadağ, Y., Aydın, A., Kaya, D., Köşker, H. D., Başak, F. ve Uçak, S. (2016). Aile Hekimliği Uygulamasıyla Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sebeplerinde Olan Değişiklikler, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 20, Sayı: 4, ss.141-151.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Sistemleri*, Gerekli Yay. İstanbul.
- Avcı, S. (2010). *Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Aydın, S. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Sağlık Bakanlığı E-Kitap. Ankara.
- Başak, O., Saatçi, E. ve Ceyhan, G. (2005). Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 4, ss. 174-182.
- Bayam, L. İngiltere'deki Aile Hekimliği Uygulamasına Genel Bir Bakış, http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=33&t=ingiltere_deki_Aile_Hekimligi_Uygulamasina_Genel_Bir_Bakis, 07.09.2018.
- Belek İ. (2003)., *Küba'da Sağlık ve Sağlık Sistemi*, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt :18 Sayı: 1, ss.20-31
- Belek, İ. (2009), *Sağlığın Politik Ekonomisi - Sosyal Devletin Çöküşü*, 3. Baskı, Yazılama Yayınevi Hizmetleri Ltd. Şti. İstanbul.
- Bilgiç, H. (2015). *Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe Ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi Ve Farkındalık Düzeyleri* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi. Denizli
- Bilgili E. ve Ecevit E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2):201-228.
- Burak, E. ve Karataş, İ. (2011). Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişim Süreci, *Bozok Tıp Dergisi*, Sayı: 3, ss. 29-33.
- Canadian Association of Social Workers. (2003). *Preparing for Change Social Work in Primary Health Care Workshop*, Summary Report of Meeting
- Canada's Healthcare System, Health Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss-eng.pdf, Erişim Tarihi: 05.05.2018
- Cantürk, Ö. (2012). *Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Cirit, C. (2015). *Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları* (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. Mersin
- Corney, H. R. (1988). Social Work and Primary Care-The Need for Increased Collaboration: Discussion Paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, No.81, pp.29-30.

- Çakmaklı, K. (1976). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Bütünlenmesinde Tıbbi Sosyal Hizmetin Önemi*, Sermet Matbaası. İstanbul.
- Çıraklı L. Zeynep ve Ferhat Sayım (2009), “Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet, Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi”, Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, 19-21 Mart, Antalya.
- Demir, H. (2012). *Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Edirne
- Duyan Çamur, G. (2000). *Aile İşlevleri ile Ailenin Sosyal, Demografik, Ekonomik Nitelikleri ve Yasam Döngüsü Arasındaki İlişkiler*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut, Tıbbi Sosyal Hizmet*. Kültür Edebiyat Kitabevi. Ankara
- Erdem, Ş. (2007). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Erdoğan, M. S. ve Ekuklu, G. (1995). Almanya Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 9, Sayı: 64-65, ss. 64-75.
- Ergüder, T., Esin, S., Kutlu, L. ve Kanyılmaz, D. (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 33, Sayı: 4, ss. 103-111
- Family Health Institute, <https://www.institute.org/health-care/services/behavioral-health/> ,Erişim tarihi: 1.06.2019
- Fişek, H. N. (1974). Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları- I, Sağlık Yönetimi, *Türkiye Tıp Akademisi Mecmuası*, Cilt: 9, Sayı: 3, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/10.html, 07.09.2018.
- Fleming, T., Flood, S., Gumulka, S., Jacob, D., Parkinson, R. & Reilly, P. (2011). The Role of Social Work in Primary Care in Ireland, *Paper by IASW Special Interest Group in Primary Care* <https://iasw.ie/attachments/5df208bc-f91e-4ec3-9f29-bf966336819a.PDF>, 07.09.2018.
- Gross, R, Tabenkin, H. and Greenberg S. (2000). Who Needs a Gatekeeper? Patients' Views of The Role of The Primary Care Physician. *The Journal of Family Practice*, Vol. 17, p.222.
- Gutiérrez, C. & Scheid, P. (2002). The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery, *Primary Care Symposium at the University of California, to the Department of Family and Preventive Medicine on May 29, 2002*, San Diego.
- Güleş, H. K. ve Özata, M. (2005). *Sağlık Bilişim Sistemleri*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Güneş T. ve Güneş N. (2017), Aile Hekimlerinin Psikososyal Sorunu Olan Birey ve Ailelere Yönelik Müdahale Yaklaşımları: Bursa İli Örneği, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(1). (111-200)
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Hastane Yöneticiliği*, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.
- InfoFinland.fi (2018) <https://www.infofinland.fi/tr/finlandiya-da-ya-am/sa-l-k/finlandiya-da-sa-l-k-hizmetleri>, 07.09.2018.
- IQWiG, (Institute for Quality and Efficiency in Health Care); (2015). Health care in Germany: The German health care system, *PubMed Health, Informed Health Online*, May 6 2015; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078019/> 07.09.2018.
- Jones, A. (2015). Perceptions on individualized approaches to mental health care, *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4), 396-404

- Kamiloğlu, M. (2018). *Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi .Ankara
- Kasım İ, Üstü Y. ve Doğusan, A. R. (2007). Küba'da Aile Hekimliği Uygulaması, http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=480&t=Kuba_da_Aile_Hekimligi_Uygulaması, 07.09.2018.
- Karadağ, Z. (2007), *Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.
- Kasperski, J., Power, K. and Vanderbent, S. D. (2005). Social work, primary care and Family Health Teams in Ontario: Delivering Comprehensive family centered care. *Joint paper by the Ontario College of Family Physicians (OCFP), the Ontario Association of Social Workers (OASW) and the Ontario Home Care Association (OHCA)*
- Kavukçu, E. ve Burgazlı, K. M. (2011). Almanya’da Aile Hekimliği Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım, *The Journal of Turkish Family Physician*, Cilt: 2, Sayı: 2: ss. 1-4.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Karasar, N. (2004). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara
- Kaya, C. (2012). *Edirne İlinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalığa Karşı İnanç Ve Tutumları* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Edirne
- Kılıç, S. (2006). *Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi, Kocaeli Üniversitesi.
- Kıvanç Madenoğlu, M. (2015). Universal Declarations of Health and Health Reforms in Turkey, *Journal of Health and Nursing Management*, Cilt: 3, Sayı: 2, pp. 162-166.
- Kıyak,S.(2008), *Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları*, Yüksek Lisans Tezi.Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
- Kidd, M. (2002). *Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine*. WONCA.
- Korukluoğlu, S. (2005). Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları, *SB Diyalog (T.C Sağlık Bakanlığı Yayın Organı)*, Sayı. 9, s.16.
- Koşar, G. N. (1992). *Sosyal Hizmetlerde Aile Ve Çocuk Refah Alanı*, Ankara.
- Kut, S. (1988). *Sosyal Hizmet Mesleği: Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri*. Kendi yayını, Ankara.
- Leeuwenhorst Working Party. (1974) The General Practitioner in Europe. In: Second European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands; p. 1-8.
- Londra Family Health Center ,<http://www.londonfht.ca/social-worker/> ,Erişim Tarihi: 1.06.2019
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Basım Yayın, Bursa.
- Odabaşı, Y. (2004). *Postmodern Pazarlama*, Kapital Medya Hizmetleri, İstanbul.
- Oğuz, D. (2009). Aile Hekimliği, *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, Cilt: 13, Sayı: 1, ss. 8-14.
- Öcek, Z. A., Çiçeklioğlu, M. ve Türk, M. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtutuculuk Nedir? Türkiye’de uygulanabilir mi?. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, Cilt: 15, Sayı: 8, ss.144-148.
- Özçakar, N. (2004), *Aile Hekiminin Görev Tanımı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama*, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1. Basım, Ankara.

- Öztek, Z. (2001). Sağlıkta Kavramlar. *Yeni Türkiye*, Sayı: 39, ss. 294-298.
- Öztek, Z., Üner, S. ve Eren, N. (2015). *Sağlık Hizmetleri ve Yönetimi*, Ed. Güler Çağatay, Levent, Akın, Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3, 3. Baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Paycı, S. Ö. ve Ünlüoğlu, İ. (2004). *Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları*, 1. Aşama, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1. Basım, Ankara.
- Rakel, E. R. (1998). *Essentials of Family Practice*, Department of Family and Community Medicine Baylor College of Medicine, Houston, Texas.
- Saatçi, E., Akpınar, E. ve Bozdemir, N. (2006). Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 10, Sayı: 2, ss.79-86.
- Saçaklıoğlu, F. (1997). Dünyada Tıp Eğitimi, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 12, Sayı: 79, ss. 35-39.
- Sağnak, P. (2010). *Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; GATA Hastanesi’nde Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sayer, P. G., Britt, H., Horn, F., Bhasale, A., Mcgeechn, K., Charles, J., Miller, C., Graeme, Hull, Brynley., Scahill, S. (2000). Measures of health and health care delivery in general practice in Australia, *AIHW Cat. No. GEP 3. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare (General Practice Series no. 3)*.
- Solak, Y. (2018). *Adana İl Merkezi Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Doktorların Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi).Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Adana
- Somunoğlu, S., Ağırbaş, İ., Tengilimoğlu, D., Çelik, Y., Erdem, R., Akbulut, Y. ve Erigüç, G. (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi-1*, Anadolu Üniversitesi Ofset Baskı, Eskişehir.
- Söyleyici, T. (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Starfield, B., Shi, L., Mcinko, J. (2005). *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. Johns Hopkins University. Vol .83 Number:3 pp. 457-502 .New York University.
- Tait, I. (2002), *Essay Written*, <http://www.rcgp.org.uk/about-us/historyheritage-and-archive/history-of-the-college.aspx>, 07.09.2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011). *Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011). *Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge*, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2013). *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*, Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, Mevzuat Bilgi Sistemi, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2014). *Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2015). *Sağlık Bilgi Sistemleri Uygulamaları Hakkında 2015/17 Sayılı Genelge*, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2016) *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi*, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,

http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hsbs_rehber_son.pdf, 07.09.2018

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi*, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Aile Hekimliği*, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>, 07.09.2018.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, (3. Baskı), Nobel Kitapevi, Ankara.

Tontuş, H. Ö. (2015). *Sağlık Turizmi Ülkeler; Kıta Avrupası: Almanya*, SATURK Yayını, <http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/almanya.pdf>, 07.09.2018.

Tontuş, H. Ö. (2015). *Sağlık Turizmi Ülkeler; İskandinav Ülkeleri: Norveç*, SATURK Yayını, <http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/norvec.pdf>, 08.09.2018.

Turan, N. (1978). *Tıbbi Sosyal Hizmet*, The Haworth Press, New York.

Turhan, E. S. (2014). *Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Uğurlu M., Kasım İ., Korukluoğlu S., Üstü Y. Ve Doğusan A.R. (2004). Aile Doktorluğunda Özlük Haklar, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, T.C. Sağlık Bakanlığı, S. 210-214.

Uyar, E. (2018). *Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Sağlık Çalışanlarının Aile İçi Şiddet Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları* (Tıpta Uzmanlık Tezi). (Tıpta Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Edirne

Ünal, E.(2013). *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*, Ekin Yayınevi, Bursa

Ünalan, P. (2004). *Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama*, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1. Basım, Ankara.

Ünverdi, E. (2019). *Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları, Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanımı Ve Aile Hekimi Algısı*. (Tıpta Uzmanlık Tezi) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara

WHO and WONCA, (1994), *Making Medical Practice and Education More Relevant To People's Needs: The Contribution Of The Family Doctor*, Ontario, Canada,

WONCA Europe. (2011). *The European Definition Of General Practice, Family Medicine*.

Worcester Family Health Center, <http://www.fhcw.org/en/HealthServices/SocialServices> Erişim tarihi: 1.06.2019

Yalçın, H. (2018). *Kadına Şiddeti Önlemeye Yönelik Bir Eğitimin Etkisi: Karaman (Aile Hekimliği Birimleri) Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Karaman

Yazgan, M. (2009). *Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.

EKLER

EK 1: Anket Formu

Sosyal Hizmet Perspektifinden Aile Sağlığı Merkezlerinin Değerlendirilmesi; Van İli Örneği

Sizi Melek DOĞAN tarafından yürütülen “Sosyal Hizmet Perspektifinden Aile Sağlığı Merkezlerinin Değerlendirilmesi; Van İli Örneği” adlı başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. **Bu çalışma Aile Sağlığı Merkezlerinde psiko-sosyal destek birimlerine ve sunacağı hizmetlere ihtiyaç olup olmadığını ölçmeyi amaçlayan yüksek lisans araştırmasıdır.** Araştırmacı size 42 soru yöneltecektir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir.

Burada sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece bu araştırma sonucunda değerlendirilecektir. Bunun dışında bilgileriniz başka hiçbir yerde bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. **Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır.**

Melek DOĞAN

1-Yaşınız?

() 20-25 () 26-31 () 32-37 () 38-43 () 44 ve üstü

2- Cinsiyetiniz?

() Kadın () Erkek

3- Medeni durumunuz?

() Evli () Bekar

4-Aşağıdakilerden hangisi size uygun?

() Pratisyen Hekimim () Aile Hekimliği Uzmanıyım

5. Aile Sağlığı Merkezinizin Konumu nedir?

() Merkez İlçe () İlçe () Köy

6-Ne kadar süredir aile hekimi olarak çalışıyorsunuz?.....

7-Günde ortalama kaç hasta görüyorsunuz?

() 1-10 () 11-20 () 21-30 () 31-40 () 41 ve üzeri

8-Hasta başına ayırdığınız süre ortalaması ne kadardır?

() 1-5 dk. () 6-10 dk () 11-15 dk () 16 dk. ve üzeri

9-Sağlığın aşağıdaki yönlerinden hangisi sizin için önceliklidir?

() Fiziksel () Sosyal () Ruhsal () Hepsi

10- Size kayıtlı birey ve aileleri göz önüne alarak, hastalarınızda en sık karşılaştığınız psikososyal sorunu belirtir misiniz?

- | | | |
|-------------|---------------------------|----------------------------|
| 1.Yoksulluk | 2. İhmal ve İstismar | 3.Çocuk İşçiliği |
| 4.İşsizlik | 5.Alkol/Madde Bağımlılığı | 6.Parçalanmış Aile |
| 7.Şiddet | 8.Göç | 9. Diğer (Belirtiniz)..... |

11-Size sadece sosyal ya da psikolojik sorunları için müracaat eden birey veya aile bulunmakta mıdır?

()Evet ()Hayır

12-Size kayıtlı birey ve ailelere tıbbi sorunlar dışında sosyal ya da psikolojik durumlarına ilişkin sorular sorar mısınız?

()Evet () Hayır ()Kısmen

13-Lisans ya da lisansüstü eğitimlerinizde psikososyal destek verme sürecine ilişkin bir eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır ()Kısmen

14-Size kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale etme konusunda merkezinizdeki imkanların yeterli (zaman, personel, görüşme odası vb.) olduğunu düşünüyor musunuz?

()Evet () Hayır ()Kısmen

15-Size kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına ilişkin ne tür müdahalelerde bulunursunuz? (İlgili kuruluşa yönlendiririm seçeneğini işaretlerseniz 16.soruyu ve 17. soruyu yanıtlayınız)

- | | |
|--|---|
| 1.Sadece tıbbi hastalığı ile ilgilenirim | 2. Sadece dinlerim |
| 3.Ev ziyaretinde bulunurum | 4. Bilgilerim doğrultusunda danışmanlık yaparım |
| 5.İlgili Kuruluşa yönlendiririm | 6.Diğer (Belirtiniz)..... |

16. Size kayıtlı birey ve ailelerin psikososyal sorunları olması durumunda hangi kurumlara yönlendirme yaparsınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | | | | |
|--|--|----------------|-----------------|-------|
| 1.Sağlık Kuruluşları (hastane, halk sağlığı, toplum sağlığı merkezi) | 2.Kolluk Birimleri (emniyet, jandarma) | | | |
| 3.Aile, Çalışma ve Hizmetler İl Müdürlüğü | 4.İş-kur | 5. Kaymakamlık | 6.Yerel Yönetim | 7.STK |
| 8.Diğer (Belirtiniz)..... | | | | |

17. Yönlendirdiğiniz hastanın ilgili kuruma gidip gitmediğini nasıl takip edersiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | | | | |
|---|---|-------------------------------|----------------|--------------|
| 1. Elektronik ortamda takip edebileceğim bir sistem yok | 2.İlgili kurumda varsa Psiko-sosyal Destek Birimini arayarak bilgi alırım | 3.Resmi yazıyla bilgi isterim | 4. Takip etmem | 5.Diğer..... |
|---|---|-------------------------------|----------------|--------------|

18-Sizce aile sağlığı merkezlerinde birey ve ailelere tıbbi sorunları dışında psikososyal destek hizmeti verilmeli midir?

()Evet ()Hayır

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Aile Sağlığı Merkezimizde profesyoneller tarafından sunulacak ;					
19. Hastalığa ya da tedavi sürecine uyum sağlamada zorluk çeken hastalar için danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
20. Bireyde bir hastalık durumunda diğer aile üyelerinin psikososyal eğitim alacağı danışmanlık hizmeti olsun isterdim..					
21. Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
22. Anne- baba tutumları ve çocukla ilişki konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
23. Ergenlik döneminde çocuğa yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
24. Kadına yönelik şiddetle mücadele ve kadın hakları konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
25. Davranışsal Bağımlılıklar (oyun, kumar, yemek yeme, seks) konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
26. Uyuşturucu madde kullanımını önleme ve kullanan bireylere yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
27. Ölüm, yas, afet gibi acil durum kriz durumlarında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
28. Etkili iletişim, aile içi iletişim konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
29. Hastaların çevresel kaynaklardan (spor, kültürel) haberdar olmasını isterdim.					
30. Otizm, Özgül Öğrenme Bozukluğu , Dikkat eksikliği ve hiperaktivite konularında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
31. Stresle başa çıkma konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
32. Yaşlılara yönelik kamusal hizmetler ve yaşlı hakları konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
33. Engellilere yönelik kamusal hizmetler hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
34. Kanseri, gebelik, kronik hastalık gibi spesifik dönemlerde psiko-sosyal destek hizmeti olsun isterdim.					
35. Sağlıklı yaşlanma danışmanlığı olsun isterdim.					
36. Evlilik ve çift ilişkisi hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim					
37. Sosyal yardımlar konusunda ve başvurabileceğim kurumlar hakkında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
38. Obezite ve yeme bozukluklarında danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
39. Boşanma veya işsizlik gibi olaylardan kaynaklanan strese uyum sağlamada danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
40. Çocuk ihmallerini önleme konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
41. İntihar riski olan bireyler ve onlara yaklaşım konusunda danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					
42. Aile içi şiddetle mücadele ile ilgili danışmanlık hizmeti olsun isterdim.					

EK 2: Araştırma İzni



T.C.
VAN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 18670582-044
Konu : Anket Araştırma Talebi

Sayın Melek DOĞAN
(Tuşba Sağlıklı Hayat Merkezi)
VAN

İlgi : Melek DOĞAN'ın 24/04/2019 tarihli dilekçesi.

İlgi tarihli dilekçeye istinaden; Tuşba Sağlıklı Hayat Merkezinde Sosyal Çalışmacı olarak görev yapan Melek DOĞAN, 29.04.2019-17.09.2019 tarihleri arasında yapmak istediğiniz; il ve ilçelerdeki aile hekimlerine yönelik “ Van İli Örneği ” konulu yüksek lisans tez çalışmasına ait talebiniz, Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilmiş olup uygun bulunmuştur. Konu ile ilgili **sonuç raporunun** iki nüsha halinde hazırlanıp, Müdürlüğümüz Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Göç Birimine bildirilmesi hususunda;
Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Adem ERGİÖĞÜZ
İl Sağlık Müdürü V.

Hatuniye Mahallesi İpakyolu Caddesi İkinci Kısım Kavşağı İpakyolu / Van İl Sağlık
Müdürlüğü
Telefon: Faks No: 04322160046

e-Posta: iklima.bayram@saqlik.gov.tr İnternet Adresi: Dah: 1181

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 42b8294f-0033-4c7b-a0b0-92e2a6fa1677 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: İklima BAYRAM

BİRİM SORUMLUSU

Telefon No: 04322102117

EK-3: Etik Kurul Belgesi

 Y.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU				
Versiyon No :12	Yayın Tarihi: 01.11.2014	Revizyon No :02	Revizyon Tarihi: 28.02.2017	Sayfa sayısı :1/2		
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sosyal Hizmet Perspektifinden Aile Sağlığı Merkezlerinin Değerlendirilmesi: Van İli Örneği				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU						
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU					
	İLAN					
	YILLIK BİLDİRİM					
	SONUÇ RAPORU					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ					
	DİĞER:					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: <u>2019/08</u>	Tarih: <u>18/04/2019</u>				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. <i>Araştırmanın yurtdışı bilimsel değeri Van il Sağlık Müdürlüğünden izin alınması gereklidir.</i>					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Uzm.Dr. Çayan ÇAKIR				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Uzm.Dr.Çayan ÇAKIR	Kardiyoloji Uzmanı	VEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Dr.Öğ. Üyesi Sinemis ÇETİN DAĞLI	Halk sağlığı uzmanı	YYÜH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr. Harun ARSLAN	Radyoloji Uzmanı	YYÜH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğ. Üyesi Necatı ALMALI	Genel cerrahi uzmanı	YYÜH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Funda AYDIN	Analitik kimya	YYÜH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Dr. Ecz. Nojdar Gonca BOZKURT	Farmakoloji alanı. Doktora	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Av. Adem ŞAHİN	Avukat	İl.sag. Müdürlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr. Semra GÜMÜŞ GÜNDÜZ	Aile Hekimliği	Tuşba İlçe Sag. Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Coşkun ALPATA	Sivil	VEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Müh. Alper BOZAN	Biyomedikal	VEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Uzm.Dr. Mustafa Şahin KILINÇER	Biyokimya Uzmanı	VEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Op.Dr. Abdullah GEL	Proloji Uzmanı	VEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: <i>[Signature]</i> İmza: <i>[Signature]</i> Uzm.Dr. Çayan ÇAKIR Etik Kurul Başkanı						
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.						

ÖZGEÇMİŞ

Melek DOĞAN, 1992 yılında Niğde’de doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Uşak’ta tamamlamış olup, 2010 yılında Yalova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet bölümüne başladı. 2012 yılında sınavsız ikinci üniversite kapsamında Anadolu Üniversitesi Adalet Bölümüne başlamış ve 2014 yılında tamamlamıştır. Yüksek lisans eğitimine 2015 yılında Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalında başlamıştır.

2016 yılında Van İl Sağlık Müdürlüğüne atanmış olup, 2 yıl süreyle hizmet vermiştir. 2018 yılından bu yana Tuşba Sağlıklı Hayat Merkezi Psikososyal Destek Biriminde çalışmaktadır.

