



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
DEVLETİN SUNDUĞU SOSYAL HİZMETLER
KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

Dr. Ünzile Tuba SERİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
DEVLETİN SUNDUĞU SOSYAL HİZMETLER
KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

Dr. Ünzile Tuba SERİN

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgemedен eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e,

Tez çalışmamda başından itibaren desteklerini esirgemeyen her aşamasında yanımda bulunan tez danışmanım Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ'ye,

Asistanlık süresi boyunca eğitimime katkıda bulunan Uzm. Dr. İsmail ARSLAN'a,

Hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim annem, babam, abim, kardeşim ve eşime teşekkür ederim.

Dr. Ünzile Tuba SERİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR.....	IV
TABLO LİSTESİ	V
ÖZET.....	VII
ABSTRACT	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. AİLE HEKİMLİĞİ NEDİR?	2
2.1.1. Aile Hekimliğinin Tarihçesi.....	3
2.1.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi	4
2.1.3. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi.....	5
2.1.4. Aile Sağlığı Merkezi Nedir?	6
2.2. SOSYAL HİZMET	6
2.2.1. Sosyal Hizmet Alanları	7
2.2.2. Sosyal Hizmet Uzmanı/Sosyal Çalışmacı	8
2.2.3. Dünya’da Sosyal Hizmet Mesleğinin Gelişimi	9
2.2.4. Türkiye’de Sosyal Hizmet Mesleğinin Gelişimi	10
2.2.5. Tıbbi Sosyal Hizmet	10
2.2.6. Sosyal Yardımlar.....	12
2.2.7. Kadına ve Aile Bireylerine Yönelik Şiddet	15
2.2.8. Çocuğa Yönelik Şiddet/İstismar	16
2.2.9. Çocuğa Yönelik İhmal	17

2.2.10. Alkol ve Madde Bağımlılığı	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	18
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	18
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	18
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	18
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	19
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI	19
3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	19
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ	42
KAYNAKLAR	44
ÖZGEÇMİŞ	48
EKLER	49
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	49
EK-2: ANKET FORMU	52

KISALTMALAR

AHA	:	Aile Hekimliği Asistanı
AMATEM	:	Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
ASPİM	:	Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
IASSW	:	International Association of Schools of Social Work (Sosyal Hizmet Okulları Uluslararası Birliği)
IFSW	:	International Federation of Social Workers (Sosyal Hizmet Uzmanları Uluslararası Federasyonu)
SSYB	:	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TUKMOS	:	Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi
WHO	:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WONCA	:	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejer, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği)

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1.	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Rotasyon Süreleri (TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, 2019).....	5
Tablo 2.2.	T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü Sosyal Yardım Programları	13
Tablo 2.2. (Devam)	T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü Sosyal Yardım Programları	14
Tablo 4.1.	Sosyodemografik Verilerin Analizi.....	21
Tablo 4.2.	Nümerik Sosyodemografik Veriler	22
Tablo 4.3.	Sosyal Hizmetler Hakkında Eğitim Durumunun Analizi	22
Tablo 4.4.	Sosyal Yardım Programlarının Kapsamı Hakkında Bilgi Durumunun Analizi.....	23
Tablo 4.5.	Sosyal Çalışmacıya Yönlendirilebilecek Durumlar Karşısında Katılımcıların Tutumunun Analizi	24
Tablo 4.6.	Sosyal Hizmetlere Bildirilmesi Gereken Durumlarda Katılımcıların Davranışlarının Analizi.....	25
Tablo 4.7.	Kadına Yönelik Şiddet İle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yolların Analizi	26
Tablo 4.8.	Çocuk İhmali İle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yolların Analizi.....	26
Tablo 4.9.	Çocuk İstismarı İle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yolların Analizi	27
Tablo 4.10.	Alkol ve Madde Bağımlılığı (Tütün hariç) Problemiyle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yolların Analizi	27
Tablo 4.11.	Katılımcıların Eğitim Aldıkları Kurumlarda Sosyal Çalışmacı Olup Olmadığı Konusundaki Bilgileri.....	28

Tablo 4.12.	Cinsiyete Göre Yaş, Asistanlık Yılı, Meslekteki Yılı, Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi.....	29
Tablo 4.13.	Medeni Duruma Göre Yaş, Asistanlık Yılı, Meslekteki Yıl, Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi.....	30
Tablo 4.14.	Unvana Göre Yaş, Asistanlık Yılı, Meslekteki Yıl, Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi.....	31
Tablo 4.15.	Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Yaş, Asistanlık Yılı, Meslekteki Yıl, Bilgi Ve Tutum Puan Durumunun Değerlendirilmesi.....	32
Tablo 4.16.	Asistanlık Yılı Gruplamasına Göre Yaş, Meslekteki Yıl, Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi.....	33
Tablo 4.17.	Cinsiyete Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 4.18.	Medeni Duruma Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi	34
Tablo 4.19.	Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi.....	35
Tablo 4.20.	Unvanlarına Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi.....	35
Tablo 4.21.	Uzmanlık Eğitimi Aldıkları Kuruma Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 4.22.	Asistanlık Yılına Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi	36

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda Aile Hekimliği asistan hekimlerinin devletin sunduğu sosyal hizmetler konusundaki bilgi, tutum ve davranışları ile bunlara etki eden faktörlerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmacılar tarafından, devletin sunduğu mevcut ve güncel sosyal hizmetler konusunda literatür taranarak, Aile Hekimliği asistanlarının bu konudaki bilgi, tutum ve davranış durumu ile sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 48 sorudan oluşan anket hazırlandı. Anket çalışmamız, hakkında bilgi verildikten sonra ankete katılmayı kabul eden, Ankara’da bulunan eğitim ve araştırma hastaneleri Aile Hekimliği kliniklerinde eğitim almakta olan 129 asistan hekime 01.10.2019 ile 01.11.2019 tarihleri arasında uygulandı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 129 Aile Hekimliği asistanının 88’i (%68,2) meslek hayatlarında sosyal hizmetler uzmanına yönlendirilmesi gereken durumla karşılaşmış, 34’ü (%26,4) bu yönlendirmeyi yapmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin 12’si (%9,3) mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında, 10’u (%7,8) uzmanlık eğitim süresi içerisinde sosyal hizmetlerle ilgili eğitim almıştır. Katılımcıların 117’si (%90,7) Aile Hekimliği uygulamasında sosyal çalışmacıya ihtiyaç olduğu yönünde görüş bildirdi. Cinsiyet, medeni durum, unvan, çocuk sahibi olma durumu ile bilgi, tutum ve davranış puan ortalamaları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

Sonuç: Aile Hekimliği çekirdek yeterliliklerinden biri olan biyopsikososyal yaklaşımın uygulanabilmesi için gerek tıp eğitimi sırasında gerekse Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi süreçlerinde sosyal hizmetlerle ilgili konulara yer verilmesi, birinci basamakta sosyal hizmet uzmanlarının görev alması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, biyopsikososyal yaklaşım, sosyal hizmetler.

Knowledge Attitude and Behaviors of Family Medicine Specialized Students About Social Services Provided By The State

ABSTRACT

Aim: Showing the level of attitude, knowledge and behavior of family physician assistants who work at Education and Research Hospitals located in Ankara towards the social services provided by state, and the factors affecting it.

Materials and method: We conducted a survey, consisting of 48 questions, which was prepared by reviewing the literature and questioned the level of attitude, knowledge and behavior along with sociodemographic properties. The recipients of the survey were family physician assistants who work at Education and Research Hospitals located in Ankara.

Results: 88 of 129 physicians (68.2%) encountered cases where it was necessary to refer the patient to a social services expert, 34 of them (26.4%) made this orientation. 12 of the physicians (9.3%) received education related to social services before getting their degree, and 10 (7.8%) of them during the speciality training period. 117 of the participants (90.7%) think that social workers are needed in primary care. Our survey did not find a feasible relation between the results and the gender, marital status, title or the status with having children of the participants.

Conclusion: To provide biopsychosocial approach, which is one of the core competencies of family medicine, we recommend that education related to social services is given in the education process and close collaboration of social service expert – family physician is created.

Keywords: Family Medicine, biopsychosocial approach, social services.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden de iyilik halidir (1). Benzer şekilde 224 sayılı 12.01.1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da "Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir." tanımı bulunmaktadır (2).

Kişilere yaşam süreleri boyunca kapsamlı bakım sunan aile hekimleri, hem disiplinin temel özellikleri gereği hem de hastalarla en sık, en yakın ve en uzun süreli ilişki kuran sağlık çalışanı olmalarından dolayı sosyal sorunların saptanmasında ve yönetiminde en uygun konumda olan hekimlerdir. Ancak, aile hekimlerinin çoğunun sosyal sorunların çözümü için yeterli donanımları ve/veya zamanları olmadığından aile hekimliği uygulamalarında temel olan kapsamlı sağlık hizmeti için ekipte sosyal hizmet uzmanlarının da yer alması gerektiği açıktır. Aile hekimleri ve sosyal hizmet uzmanlarının yakın işbirliğinin hastaların bakıma daha çok katılımını sağladığı, sosyal hizmet uzmanlarının bireylere ve ailelere kapsamlı ve maliyet etkin bakım sunma fırsatlarını arttırdığı gösterilmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak hastaları ile çalışmasıyla birlikte hekim vizitlerinin, uyum reaksiyonlarının, depresyonun, anksiyetenin ve somatizasyonun azaldığı, buna karşın uyumun arttığı görülmüştür (3).

Ülkemizde gerek mezuniyet öncesi eğitimde gerekse uzmanlık eğitiminde sosyal hizmetlerden yeterli derecede söz edildiği düşünülmemektedir. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamakta ve bu nedenle aile hekimliği uzmanlık öğrencileri uzmanlık eğitimi aldıkları kurumlarda sosyal çalışmacı ile ortak çalışma imkânı bulabilmektedir (4).

Çalışmamızda uzmanlık eğitimi sırasında üçüncü basamakta sosyal çalışmacı ile birlikte çalışma fırsatı bulunan Aile Hekimliği asistanlarının, devletin sunduğu sosyal hizmetler konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ NEDİR?

Aile Hekimliği; birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılacak tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır (5).

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physician - Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü; kısaca Dünya Aile Hekimleri Birliği) Avrupa Bölgesi tanımına göre Aile Hekimliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan, birinci basamak yönelimli akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik bir uzmanlıktır (6).

Aile Hekimliği disiplinine göre yetişen uzmanların sahip olması gereken temel yeterlilikler; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım olarak sıralanabilir (7).

Özellikleri:

- Kişilerin sağlık sistemi ile ilk temas noktası olması,
- Kolay ulaşılabilir olması,
- Entegre ve koordine hizmet sunması,
- Kendisine başvuran kişilerle ilişkisinin süreklilik arz etmesi,
- Bütüncül (biyopsikososyal) yaklaşım sergilemesi,
- Sunduğu hizmetin kişi merkezli olmakla birlikte, aile ve toplum yönelimli olması,

- Hastaları ile ilişkisinde gizlilik ve yakınlığı esas alması,
- Hastasının yararını ön planda tutması,
- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımı konusunda duyarlı olması,
- Aile hekimliğine özgün görüşme ve klinik karar verme süreçlerini işletmesi,
- Sunduğu hizmetin gereklilikleri doğrultusunda bir ekip içinde çalışması olarak özetlenebilir (8).

2.1.1. Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Yirminci yüzyılın ilk yarısında, uzmanlaşmaya olan saygınlığının artmasıyla birlikte genel pratisyenliğe olan talep gitgide azalmış, bu durum hastalara ve hastalığa genel yaklaşımı engellemeye başlamıştır.

Francis Peabody 1923 yılında modern tıbbın parçalandığını, kapsamlı ve kişiselleşmiş sağlık hizmeti sunacak genel hekimlere hızlı bir dönüş olması gerektiğini belirtmiştir. 1960'ların başlarında uzmanlaşma eğilimini tersine çevirmek ve genel hekimlerin sayısını arttırmak için birinci basamağa ait bilgi, beceri ve fikirleri içeren yeni bir uzmanlık dalı fikri ortaya atılmıştır (9).

İngiltere’de 1952 yılında Royal College of General Practitioners’in kurulmasının ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) 1966 yılında Milis ve Willard Raporları’nı yayınlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında yeni bir uzmanlık dalı olarak “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur (10).

1972 yılında 18 ülkenin katılımı ile Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) kuruldu (11).

Leeuwenhorst grubu tarafından 1974 yılında hazırlanan “Avrupa’da Genel Pratisyen” başlıklı bildirgede birinci basamak hekimliğinin insan sistemlerinin esas alınarak incelendiği diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanmıştır (12).

1978 yılında Kazakistan'ın Alma Ata kentinde yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferansta dünya ülkeleri, "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefinin hayata geçirilmesine yönelik adımlar atmaya davet edildi.

Dünya Sağlık Örgütü ve WONCA'nın 1994 yılında Kanada Ontario'da düzenledikleri "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak konferansında Aile Hekimliği bir disiplin olarak tanımlanmalı, her ülkede mezuniyet sonrası Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi programları oluşturulmalı önerilerine yer verilmiştir (10).

2.1.2. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

Ülkemizde Cumhuriyet'in ilanı sonrası tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerinde de büyük bir atağa geçilmiş, Aile Hekimliğine giden yol 1947-1955 yılları arasında yapılan 'Genel Sağlık Uzmanlığı' eğitimleri ile devam etmiştir (13).

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un kabulü ile ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri önem kazanmıştır. Bu kanunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocakları ve sevk sistemi üzerine durulmuştur (2). Ülkemizde Aile Hekimliği 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne girerek ayrı bir disiplin olarak tanımlanmış ancak uzmanlık eğitimleri 1985 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde; 1995 yılından bu yana da üniversitelerde verilmeye başlanmıştır (14).

Ülkemizde Aile Hekimliği Kanunu 2004 yılında, ardından Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 2005 yılında yayımlanmıştır (15,16). Bu kapsamda 2005 yılında Aile Hekimliği pilot uygulamasına Düzce ilimizde geçilmiştir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış ve bu yönetmelik ile 2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır (17). 2010 yılı sonunda ise tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

2.1.3. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi; aile hekimliği uygulama eğitimi, ilgili alanlarda rotasyonlar ve uzmanlık eğitimi süresince devam eden düzenli eğitim etkinlikleri olmak üzere üç temel bileşenden oluşur (8). Uzmanlık eğitim süresi olan 3 yıl; ilk dönemlerde yalnızca rotasyonlardan oluşmakta iken, yapılan düzenlemelerle 18 aylık süre Aile Hekimliği uygulamaları için ayrılmıştır. 2017 yılında yapılan değişikliklerle rotasyon süreleri yeniden düzenlenmiştir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Rotasyon Süreleri (TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, 2019)

ROTASYON SÜRESİ	ROTASYON DALI
4 ay	İç Hastalıkları
4 ay	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
3 ay	Kadın Hastalıkları ve Doğum
2 ay	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
1 ay	Acil Tıp
1 ay	Göğüs Hastalıkları
1 ay	Deri ve Zührevi Hastalıkları
1 ay	Kardiyoloji
1 ay	Aşağıdaki dallar arasından uzmanlık öğrencisinin tercihi göz önünde bulundurularak program yöneticisi tarafından seçilen sadece birinde; -Nöroloji, -Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, -Genel Cerrahi

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim süreci:

- Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Aile Hekimliği Klinikleri,
- Aile Hekimliği Anabilim Dalı Poliklinikleri,
- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Aile Hekimliği Poliklinikleri,
- Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (e-ASM),
- Eğitim amaçlı iş birliği yapılan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM),
- Evde Sağlık Hizmetlerinde geçmektedir (8).

2.1.4. Aile Sağlığı Merkezi Nedir?

Aile sağlığı merkezi bir veya birden fazla Aile Hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşudur (18). Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen aile sağlığı merkezleri, Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde rotasyonlarını tamamlayan asistan hekimlere birinci basamak sağlık hizmetlerini eğitici gözetiminde öğretmek ve uygulamak amacıyla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (e-ASM) olarak hizmet vermektedir.

2.2. SOSYAL HİZMET

Sosyal kelimesi Fransızca kökenli olup toplumsal anlamını içermektedir. Hizmet ise; birinin işini görme veya birine yarayan bir işi yapma, görev, iş, bakım, özen, ihtimam anlamlarını taşımaktadır (19).

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (International Federation of Social Workers/IFSW) ve Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği (International Association of Schools of Social Work/IASSW) tarafından 2014 yılında kabul edilen

tanıma göre sosyal hizmet; sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı için temeldir. Sosyal hizmet mesleği, insan ve toplum bilimleri ve yerel bilgiden oluşan eklektik bilgi temeli aracılığıyla insan refahını iyileştirmek için bireyleri ve sistemleri bir araya getirir (20).

Ülkemizde kabul edilen 1983 tarihli Sosyal Hizmetler Kanunu'nda Sosyal Hizmetler; kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözülmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü şeklinde tanımlanmıştır (21).

Sosyal hizmet oldukça geniş kapsamlı bir disiplindir. Müracaatçı sisteminin büyüklüğüne göre mikro, mezzo ve makro düzey sıralamanın bu disiplinin kapsamını sunmadaki en kullanışlı yöntem olduğu söylenebilir. Mikro düzey; bireye ve bireyin en yakınları, yakın arkadaşları ve aile üyeleri ile olan etkileşimine odaklanarak kişilerarası yardım, doğrudan yardım ve klinik uygulamaları kapsamaktadır. Mezzo düzey uygulamada, aile yaşantısıyla ilgili ilişkiden daha uzak kişilerarası ilişkilerle ilgilenilmekle birlikte; topluluk ve kurumsal temsilciler arasındaki ilişkilerden daha kişiseldir. Mezzo düzeydeki ilişkilere örnek olarak, bireysel yardım ya da terapi gruplarındaki bireyler; okul ya da işteki akranlar; komşular arasındaki ilişkiler verilebilir. Makro düzey uygulamada ise kuruluş, topluluk, devlet ya da toplumlarla çalışılmakta, kişilerarası ilişkilerle de ilgilenilmekle birlikte bu kişiler genellikle bir grubu, topluluk ya da kuruluşu temsil etmektedir (22).

2.2.1. Sosyal Hizmet Alanları

Sosyal hizmetlerin çalışma alanı oldukça kapsamlıdır. Sosyal hizmet uygulama alanları kabaca aşağıdaki başlıklar altında incelenebilir;

- Aileye yönelik sosyal hizmetler
- Çocuğa yönelik sosyal hizmetler

- Endüstriyel sosyal hizmetler
- Gençlik sosyal hizmetleri
- Yaşlı refahına yönelik sosyal hizmetler
- Engellilere yönelik sosyal hizmetler
- Tıbbi sosyal hizmetler
- Psikiyatrik sosyal hizmetler
- Suçluluk ve sosyal hizmetler
- Yoksulluk odaklı sosyal hizmetler
- Göçmenler, sığınmacılar, mültecilere yönelik sosyal hizmetler
- Orduda sosyal çalışma uygulaması
- Okul sosyal çalışması ve sosyal rehberlik
- Sosyal belediyecilik (23).

2.2.2. Sosyal Hizmet Uzmanı/Sosyal Çalışmacı

Tanımlanmasında insanların sosyal işlevselliklerini yerine getirebilmeleri, sosyal hayata dâhil edilmeleri, iyilik hallerinin geliştirilmesi, biyolojik ve fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesi, bireylerin kendilerine yetebilecek duruma getirilmesi gibi ifadeler içeren Sosyal Hizmet Uzmanlığı' nın bir meslek olarak kabul edilmesi, sosyal hizmet kavramının ortaya çıkmasıyla aynı döneme denk gelmektedir (24). Sosyal hizmetlerin meslek olarak en önemli amacı yoksulluk içinde yaşayan, ezilen ve incinebilir durumdaki insanları güçlendirmek, iyilik halini artırmak, temel ihtiyaçlarının karşılanması noktasında yardım etmek, refah seviyesini artırmak olarak söylenebilir (25). Sosyal Hizmet Uzmanı üniversitelerin “Sosyal Hizmet” bölümünde en az dört yıllık lisans eğitimini tamamlamış meslek elemanıdır.

Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği'nde yer alan tanıma göre sosyal çalışma görevlisi; psikolojik danışmanlık ve rehberlik, psikoloji, sosyoloji, çocuk

gelişimi, öğretmenlik, aile ve tüketici bilimleri ve sosyal hizmet alanlarında eğitim veren kurumlardan mezun meslek mensuplarını ifade eder (26).

Türkiye’de profesyonel anlamda sosyal hizmet eğitimi 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi’nin kurulmasıyla başlamış olup ilk mezunlar Sosyal Hizmetler Mühassısı unvanını almışlardır. Sosyal Çalışma bölümünün kurulmasıyla 1971 yılından itibaren de Sosyal Çalışmacı unvanıyla mezunlar verilmeye başlanmıştır. Böylece aynı mesleğin 2 farklı unvanıyla mezun olma süreciyle meslekte unvan konusunda başlayan tartışma günümüze kadar canlılığını korumuştur (27).

2.2.3. Dünya’da Sosyal Hizmet Mesleğinin Gelişimi

İnsanoğlu hem yapısı gereği hem de tarihin başından bu yana dini inanışların yönlendirmesi sonucu hayırseverlik, gönüllülük esasıyla yoksul, yaşlı gibi gruplara yardım etme ihtiyacı hissetmektedir. Sosyal hizmet kavramının gelişiminin ise Sanayi Devrimi sonrası toplumsal ihtiyaçların bireysel yardımlarla karşılanamaması ile hız kazandığı söylenebilir.

1877’de New York’ta açılan Yardım İşlerini Düzenleme Derneği (Charity Organization Society) ile yardım işi ilk kez bir sisteme bağlanmıştır. Ancak yerel yönetimlerin yaptığı yardımlar da yetersiz kalmaya başlayınca bu sorunlarla bilimsel ve mesleki bir mücadele için sosyal hizmet alanında özel bir eğitim ihtiyacı duyulmuştur. 1919’a kadar kurulan sosyal hizmet okulları Amerikan Sosyal Hizmet Okulları Birliği (American Association of School of Social Work)’ni oluşturmuştur (28). 1939’da “Toplum Örgütlenmesi Alanı” başlıklı Lane Raporu’nun yayınlanmasının ardından sosyal hizmet mesleği içinde toplum organizasyonunun teorik çerçevesi oluşmuş ve 1946’da Amerikan Toplum Organizasyonu Çalışmaları Derneği kurulmuştur. 1946 yılında hem devlet kurumlarını hem de devlet düzeyinde gönüllü kuruluşları kapsayan Ulusal Sosyal Refah Paktı (National Social Welfare Assembly) içinde Ulusal Sosyal Hizmet Konseyi yapılandırılmıştır. Diğer önemli gelişmelerden biri de 1952 yılında Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyi’nin (Council on

Social Work Education) kurulmasıdır. 1990 ve sonrasında ise çağdaş sosyal hizmetin temel özellikleri tanımlanmıştır (28).

2.2.4. Türkiye’de Sosyal Hizmet Mesleğinin Gelişimi

Türkiye’de sosyal hizmet uygulamalarına yönelik gerçekleştirilen çalışmalar, özellikle 1961 Anayasası’nın kabulünün etkisiyle hızlanmış, 1959 yılında kabul edilen 7533 sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsü Kurulmasına Dair Kanun gereği Ankara’da 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde verilen sosyal hizmete ilişkin görevler ve yetkiler, 1963 yılına gelindiğinde 225 sayılı kanun ile kurulan Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’ne devredilmiştir. Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü 1983 yılına kadar hizmet verdikten sonra 2828 sayılı kanunla birlikte Çocuk Esirgeme Kurumu ile birleştirilerek Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu olarak hizmet vermeye başlamıştır. 1986 yılında Başbakanlığa bağlı olarak kurulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Aile Araştırma Kurumu (1989), Kadının Statüsü ve Sorunları Başkanlığı (1990) ve Özürlüler (Engelliler) İdaresi Başkanlığı (1997) gibi kurumların kurularak birbirinden bağımsız faaliyet göstermesi sonucu tek bir çatı altında toplanılması düşüncesiyle 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuştur (29). Günümüzde devletin sunduğu sosyal hizmetlerin büyük çoğunluğu T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir.

2.2.5. Tıbbi Sosyal Hizmet

Fiziksel sorunların olduğu gibi, psikolojik ve sosyal sorunlar ile çevresel şartların da hastalığı oluşturabileceği anlayışı ortaya çıkmıştır. Bu anlayış ise sağlık-hastalık alanında temel sağlık personeli dışında başka profesyonellerin de yer alması gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Bu anlamda sosyal hizmet mesleği, sağlık alanında önemli bir yer edinmiştir (30).

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'ne göre tıbbi sosyal hizmet; ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın aile ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen uygulamadır (4). Yönergeye göre sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları şunlardır:

- Meslek çalışmalarını ilgili mevzuata uygun olarak yürütür.
- Hastaneden hizmet alan;
 - Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar,
 - Engelli hastalar,
 - Sağlık güvencesiz hastalar,
 - Yoksul hastalar,
 - Aile içi şiddet mağduru hastalar,
 - İhmal ve istismara uğramış çocuk hastalar,
 - Mülteci ve sığınmacı hastalar,
 - İnsan ticareti mağduru hastalar,
 - Yaşlı, dul ve yetim hastalar,
 - Kronik hastalar,
 - Ruh sağlığı bozulmuş hastalar,
 - Alkol ve madde bağımlısı hastalar.
 - Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar
 - İl dışından gelen hastalar öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar için sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.
- Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur.

- Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametine nakillerini koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.
- Afetlerde, gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.
- Tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler yapar.
- Mesleği ile ilgili kongre, sempozyum, eğitim vb. toplantılara katılır, mesleki projeler planlar ve uygular.
- Rapor ve kayıtları gizlilik ilkesine uygun olarak tutar.
- Çalışmalarından birim sorumlusuna karşı sorumludur.
- Tek çalışmacı olması halinde birim sorumlusunun görevlerini yerine getirir.
- Birim sorumlusunca verilen diğer görevleri yerine getirir (4).

2.2.6. Sosyal Yardımlar

Ekonomik ve sosyal durumları nedeniyle korunmaya muhtaç olan kişilere insani ve sosyal amaçlarla herhangi bir karşılık aranmaksızın yapılan yardımları sosyal yardımlar olarak tanımlayabiliriz.

Sosyal yardımlar aile, mesleki kuruluşlar, birçok hayır dernekleri gibi taraflarca da yapılmakla da birlikte, sosyal yardım yapması öngörülen birçok kamu kuruluşu merkezi veya mahalli seviyede faaliyet göstermekte ve kendine has gelir kaynaklarına sahip bulunmaktadır. Kamu kuruluşları tarafından yapılan sosyal yardımlar bir ülkedeki sosyal güvenlik sisteminin bir parçasını teşkil etmekte ve önem taşımaktadırlar. Ülkemizde Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen sosyal yardım programları kapsamı Tablo 2.2' de özetlenmiştir (31).

Tablo 2.2. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü Sosyal Yardım Programları

YARDIM TÜRÜ	YARDIM PROGRAMI	KAPSAMI
Aile Yardımları	Gıda Yardımları	İhtiyaç sahibi ailelerin gıda ve giyim gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla başta Ramazan ayı ve Kurban Bayramı olmak üzere ihtiyaç halinde yapılır.
	Barınma Yardımları	Oturulamayacak derecede eski, bakımsız ve sağlıklı evlerde yaşayan muhtaç vatandaşlara evlerinin bakım-onarımı, betonarme ev yapım yardımı, prefabrik ev yapım yardımı ve ev eşyası alımı için aynı veya nakdi olarak yapılan yardımlardır.
	Sosyal Konut Projesi (1+1, 2+1)	Sosyal güvencesi olmayan, fakir ve muhtaç durumda bulunan vatandaşlara T.C. Başbakanlık Toplu Konut İdaresi aracılığıyla ev yapımını kapsamaktadır.
	Yakacak Yardımları	İhtiyaç sahibi ailelere bedelsiz kömür yardımını içeren yakacak yardımlardır.
	Eşi Vefat Etmiş Kadınlara Yönelik Yardım	Sosyal güvencesi olmayan, fakir ve muhtaç durumda bulunan resmi nikahlı eşini kaybetmiş kadınlara yapılan nakdi yardımlardır.
	Muhtaç Asker Ailelerine Yapılan Yardımlar	Yakını askerde olan, sosyal güvencesi olmayan, fakir ve muhtaç durumda bulunan vatandaşlarımızın desteklenmesi amacıyla yürütülür.
	Öksüz ve Yetim Yardımı	Annesi veya babası vefat etmiş 18 yaşından küçük muhtaç durumda olan çocuklar için yapılan nakdi yardımdır.
	Muhtaç Asker Çocuğu Yardımı	Babası askerde olan 18 yaşından küçük muhtaç durumda olan çocuklar için yapılan nakdi yardımdır.
	Doğum Yardımı	15.05.2015 tarihinde ve sonrasında gerçekleşen canlı doğumları kapsamaktadır.
	Elektrik Tüketim Desteği (ETD)	Düzenli sosyal yardımlardan faydalanan ihtiyaç sahibi haneleri kapsamaktadır.
Eğitim Yardımları	Eğitim Materyali Yardımı	İhtiyaç sahibi ailelere yapılan eğitim materyali yardımlardır.
	Şartlı Eğitim Yardımı	Sosyal güvencesi olmayan, fakir ve muhtaç durumda bulunan ailelere çocuklarını okula göndermeleri şartıyla yapılan yardımlardır.
	Öğle Yemeği Yardımı	MEB ile işbirliği içinde taşınmalı eğitim uygulaması kapsamında, okulların bulunduğu merkezlere taşınan yoksul öğrencilere öğle yemeği verilmektedir.
	Ücretsiz Ders Kitabı	İlk ve orta öğrenim öğrencilerinin ders kitapları ücretsiz verilmektedir.
	Öğrenci Taşıma Barınma ve İaşe Yardımı	Taşınmalı sistem dışında kalan ilköğretim ve ortaöğretim öğrencilerinin ulaşım, barınma vb. ihtiyaçlarına yönelik destek verilmektedir.
	Engelli Öğrencilerin Ücretsiz Taşınması	Özel eğitime gereksinim duyan öğrencilerin okullara erişiminin sağlanması amacıyla MEB ile işbirliği içinde destek sağlanmaktadır.
	Yurt Yapımı	Ortaöğretim öğrencilerine yönelik yurt ihtiyacı bulunan yerlerde 100, 200 ve 300 kapasiteli yurtlar yapılmaktadır.

Tablo 2.2. (Devam) T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü Sosyal Yardım Programları

YARDIM TÜRÜ	YARDIM PROGRAMI	KAPSAMI
Sağlık Yardımları	Şartlı Sağlık Yardımı (Sağlık ve Gebelik)	Sosyal güvencesi olmayan, fakir ve muhtaç durumda bulunan ailelere çocuklarını sağlık kontrolüne göndermeleri, anne adaylarının ise hamilelik süresince sağlık kontrolüne gitmeleri ve doğumlarını hastanede yapmaları şartıyla yapılan yardımlardır.
	Engelli İhtiyaç Yardımı	Yoksul engelli vatandaşların topluma uyumunu kolaylaştıracak her türlü araç gereç ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik yürütülür.
	Genel Sağlık Sigortası (GSS) Prim Ödemeleri	Sosyal güvencesi olmayan tüm vatandaşlar
	Genel Sağlık Sigortası Katılım Payı Ödemesi	5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun, 60/c-1 ve 60/c-3 kapsamındaki genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin hastane, ilaç, reçete, optik katılım payı muhteviyatında ödemiş oldukları tutarın iadesini kapsamaktadır.
	Kronik Hastalara Yönelik Yardım Programı	Tüberküloz ve SSPE hastalığı nedeniyle psiko-sosyal ve mali kayıp yaşayan hastalar için geliştirilmiş düzenli nakdi yardım programıdır.
	Çoklu Doğum Yardımı	Çoklu doğum ile dünyaya gelen 0-2 yaş aralığında çocukların bulunduğu muhtaç hanelerin beslenme ve öz bakım ihtiyaçlarının desteklenmesine yöneliktir.
	Kronik Hastalığı Nedeniyle Cihaza Bağımlı Olan Hastalara Elektrik Fatura Bedeli ve Kesintisiz Güç Kaynağı Desteği	3294 sayılı Kanun kapsamında muhtaç olduğu tespit edilen, 2828 sayılı Evde Bakım Yardımı almayan, kronik hastalığı nedeniyle cihaza bağımlı olan hastaların yaşadığı haneler
Özel Amaçlı Yardımlar	Sağlık Yardımları	-
	Aşevleri	İşsizliğin ve yoksulluğun belirgin olarak yaşandığı yerlerde, yaşlı, engelli, kimsesiz ve muhtaç vatandaşlarımıza günlük sıcak yemek verilmektedir.
	Afet/Acil Durum Yardımları	Deprem, sel, yangın gibi afetlerden zarar gören vatandaşlarımıza destek verilmektedir.
	Terör Zararı Yardımları	Terör olaylarından etkilenen fakir ve muhtaç durumda bulunan kişilerin acil gıda, giyim, yol, eğitim ve barınma gibi ihtiyaçları kapsamında yapılan yardımlardır.
	Yabancılarla Yönelik Sosyal Uyum Yardımı (SUY) Programı	SUY, AB tarafından finanse edilen ve BM Dünya Gıda Programı (WFP), Türk Kızılayı ve ASPB arasında oluşturulan ortaklıkla uygulanan bir yardım programıdır.
	Yabancılarla Yönelik Şartlı Eğitim Yardımı (ŞEY) Programı	Yabancılarla yönelik ŞEY, AB tarafından finanse edilen ve BM Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Türk Kızılayı, MEB ve ASPB arasında oluşturulan ortaklıkla uygulanan bir yardım programıdır.
Yaşlı ve Engelli Yardımları	Yaşlılık Aylığı	Sosyal güvencesi olmayan ve kendisi ile eşinin ortalama geliri net asgari ücretin 1/3'ünden (609,67 TL) az olan kişilere yapılır.
	Engelli Aylığı	Sosyal güvencesi olmayan ve hane içinde kişi başına düşen geliri net asgari ücretin 1/3'ünden (609,67 TL) az olan kişilere yapılır.
	Engelli Yakını Aylığı (18 Yaşından küçük engelliler)	Sosyal güvencesi olmayan ve hane içinde kişi başına düşen geliri net asgari ücretin 1/3'ünden (609,67 TL) az olan kişilere yapılır.
	Silikozis Hastalarına Yapılan Yardımlar	Silikozis hastalarına yapılan ödemelerdir. Mayıs 2011'e kadar 3 aylık sürede başvurular alınmıştır. Yeni başvuru alınmamaktadır.
Yaşlı ve Engelli Yardımları	Evde Bakım Yardımı	Hane içinde kişi başına düşen geliri net asgari ücretin 2/3'ünden (1.219,34 TL) az olan ve başkasının yardımı olmadan günlük hayati aktivitelerini yerine getiremeyen kişilere yapılır.

2.2.7. Kadına ve Aile Bireylerine Yönelik Şiddet

T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü şiddete maruz kalındığında ya da risk altındayken başvurulabilecek kurum ve kuruluşların bazılarını şu şekilde listelemiştir (32):

Şikayet ve İhbar İçin:

- Valilik-Kaymakamlık
- Polis Merkezi
- Jandarma Karakolu
- Adli Makamlar (Cumhuriyet Başsavcılığı ve Aile Mahkemeleri)
- Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri
- Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri
- Sağlık Kuruluşları

Acil telefon hatları

- ALO 155 Polis İmdat
- ALO 156 Jandarma İmdat
- ALO 183 Aile, Kadın, Çocuk ve Özürlü Sosyal Hizmet Danışma Hattı (7 gün 24 saat ücretsiz hizmet verir)
- 112 acil
- Aile İçi Şiddet Acil Yardım Hattı- 0212 656 96 96
- Gelincik hattı 444 43 06

Tedavi ve şiddeti belgeleyen sağlık raporu için: Sağlık Kuruluşları

Danışma, destek, sığınma evi/konukevi ve maddi yardım için:

- Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü (Sığınma evi/Konukevi Hizmeti, Destek ve Danışmanlık)

- Sivil Toplum Örgütleri Sığınma evi/Konukevi Hizmeti, Destek ve Danışmanlık, Ayni-Maddi Yardım)
- ALO 183 Aile, Kadın, Çocuk ve Özürlü Sosyal Hizmet Danışma Hattı (7 gün 24 saat ücretsiz hizmet verir)
- Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri
- Barolar ve Baroya Bağlı Kadın Hakları Merkezleri
- Belediyeler (Sığınma evi/Konukevi Hizmeti, Destek ve Danışmanlık, Ayni-Maddi Yardım)
- Aile Danışma Merkezleri ve Toplum Merkezleri
- Valilik, Kaymakamlık
- ALO 144 Sosyal Yardım Hattı.

2.2.8. Çocuğa Yönelik Şiddet/İstismar

Çocuğa yönelik anlık şiddet/istismar çağrılarında Alo 183 hattı olarak vaka hakkında detaylı bilgiler alınarak emniyet veya jandarma birimlerine telefon ile durum iletilmektedir. Eş zamanlı olarak vakanın bulunduğu ildeki Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerinde görevli acil müdahale ekip sorumluları ile irtibata geçilerek vaka ona da bildirilmektedir. Kolluk birimleri ve acil müdahale ekip sorumluları iş birliği halinde vakaya acil müdahale etmektedir. Sonrasında vaka hakkında detaylı sosyal inceleme yapılarak çocuğun uygun sosyal hizmet modelinden faydalanması sağlanmaktadır. Örneğin 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında aileye danışmanlık, çocuğun kuruluş bakımına alınması, eğitim, sağlık tedbir kararlarının alınması gibi hizmet modelleri uygulanmaktadır. Her vaka kendi özelinde değerlendirilmekte olup, hangi çocuğa hangi tedbirlerin alınacağı sosyal inceleme raporu ile belirlenmektedir (33).

2.2.9. Çocuğa Yönelik İhmal

Çocuğa yönelik ihmal çağrılarında Alo 183 hattı olarak vaka hakkında detaylı bilgileri alarak vakanın bulunduğu ildeki Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerinde görevli acil müdahale ekip sorumluları ile irtibata geçilerek vaka iletilmektedir. Vaka hakkında il müdürlüklerinde görevli meslek elemanları tarafından ailenin ikametgahında detaylı sosyal inceleme yapılarak çocuğun uygun sosyal hizmet modelinden faydalanması sağlanmaktadır. Örneğin 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında aileye danışmanlık, çocuğun kuruluş bakımına alınması, eğitim, sağlık tedbir kararlarının alınması gibi hizmet modelleri uygulanmaktadır. Her vaka kendi özelinde değerlendirilmekte olup, hangi çocuğa hangi tedbirlerin alınacağı sosyal inceleme raporu ile belirlenmektedir (33).

2.2.10. Alkol ve Madde Bağımlılığı

Madde kullanan ve tedavi olmak isteyen kişi ve yakınları hastanelere bağlı Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (AMATEM) ile psikiyatri kliniklerine başvurarak tedavi olabilirler. Hasta ve doktor işbirliğiyle yürütülen tedavi, hastanede yatarak arındırma ve bir yıl süre ile psikososyal tedavi şeklinde gerçekleşmektedir (34). Bağımlı hastalar tedavi aşamasında uzun süre hastanede kalsa bile daha sonra izlenmezse ilk 6 ayda tekrar madde veya alkol almaya başlayabilir (35).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Araştırmamız tanımlayıcı tipte, kesitsel ve analitik bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Klinikleri’nde 01.10.2019 ile 01.11.2019 tarihleri arasında Aile Hekimliği asistanlarının derslerine katılarak yapıldı.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

“Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman” başlığında belirtilen hastanelere bağlı Aile Hekimliği Kliniklerinde çalışan 271 asistan hekimin tamamına ulaşmak hedeflendi ve 129 asistan hekim çalışmamıza katıldı.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Ankara ilindeki eğitim ve araştırma hastanelerinde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi alan tüm Aile Hekimliği asistanlarının çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Herhangi bir dışlama kriteri olmayıp çalışmaya katılmayı istemeyen veya ulaşılabilen hekimler çalışmaya dahil edilmedi.

3.5.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H₀: Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin devletin sunduğu sosyal hizmetler konusunda bilgi, tutum ve davranışları arasında fark yoktur.

H₁: Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin devletin sunduğu sosyal hizmetler konusunda bilgi, tutum ve davranışları arasında fark vardır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket, devletin sunduğu sosyal hizmetler konusunda bilgi, tutum ve davranış durumunu ve sosyodemografik özellikleri sorgulayan 48 sorudan oluşmaktaydı. Sosyal yardımlar ile ilgili 11 soru T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü'nce düzenlenen sosyal yardım programları; tıbbi sosyal hizmet gerekliliği açısından öncelikli grupları belirleyen 16 soru T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetler Genel Müdürlüğü Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi 2011 referans alınarak hazırlanmıştır. Veriler Aile Hekimliği Kliniklerinin derslerine katılarak anket uygulama yöntemi ile toplanmıştır.

Katılımcıların bilgi ve tutum düzeylerini ölçmek amacıyla doldurdıkları 30 anket sorusu 100 puan üzerinden değerlendirildi. Bilgi durumunu ölçmek için 13 soru, tutum durumunu ölçmek için 17 soru mevcuttur. Bilgi ve tutum puanlarının değerlendirilmesinde 3'lü likert ölçeği uygulandı. Hayır yanıtını verenler 1 puan olarak kabul edilmiş, evet yanıtını verenler 3 puan olarak kabul edilmiştir. Davranış soruları ise 5 adet olup açık uçlu sorular şeklinde soruldu.

3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırma sırasında toplanan veriler, SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences, version 25) programına aktarıldı ve bu program kullanılarak istatistiksel analiz yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve kategorik değişkenler

sayı ve yüzde olarak gösterildi. Gruplar arasındaki ortalamaları karşılaştırmak için normal dağılım gösterenler için Student-T testi, normal dağılım göstermeyenler için Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare analizi başlığı altında; beklenen frekansların dağılımına göre Pearson Ki-Kare testi veya Fisher Exact testinden uygun olanı kullanıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya 129 kişi katılmıştır. Katılanların 92'si (%71,3) kadın, 37'si (%28,7) erkektir. Katılımcıların yaşları 25 ile 55 yaş arasında değişmekte olup ortalama $31,06 \pm 6,63$ yıldır. Ankete katılan aile hekimliği asistanlarının 74'ü (%57,4) evli, 52'si (%40,3) bekârdır. Çocuk sahibi asistan sayısı 39'dur (%30,2). Çalışmaya katılanların sosyodemografik verileri Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Verilerin Analizi

Sosyodemografik Veriler		n	%
Cinsiyet	Kadın	92	71,3
	Erkek	37	28,7
Medeni Durum	Evli	74	57,4
	Bekâr	52	40,3
Çocuk Sahibi Olma	Evet	39	30,2
	Hayır	90	69,8
Aile Hekimliği Eğitim Özellikleri			
Unvan	Tam zamanlı Aile Hekimliği Asistanı	101	78,3
	Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı	28	21,7
Uzmanlık Eğitimi Aldıkları Kurumlar	Ankara EAH	43	33,3
	Dışkapı EAH	23	17,8
	Keçiören EAH	35	27,1
	Numune EAH	28	21,7

Çalışmaya katılan asistanların meslekte geçirdikleri yıl 1 ile 31 arasında değişmekte olup %61,2'si 4 yıl ve altında mesleki tecrübeye sahipti. Çalışmaya katılanların numerik sosyodemografik verileri Tablo 4.2'de verildi.

Tablo 4.2. Numerik Sosyodemografik Veriler

Sosyodemografik Veriler	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	31,06	6,63
Meslekteki Yılı	6,46	6,73
Asistanlık Yılı	2,19	1,22

Katılımcıların 12'si (%9,3) mezuniyet öncesi tıp eğitimi esnasında, 10'u (%7,8) uzmanlık eğitimi süresi içerisinde sosyal hizmetler ile ilgili eğitim görmüştür.

Tablo 4.3. Sosyal Hizmetler Hakkında Eğitim Durumunun Analizi

Eğitim Durumu		n	%
Mezuniyet Öncesi Sosyal Hizmetler İle İlgili Eğitim	Alanlar	12	9,3
	Almayanlar	117	90,7
Uzmanlık Eğitimi Esnasında Sosyal Hizmetler İle İlgili Eğitim	Alanlar	10	7,8
	Almayanlar	119	92,2

Katılımcıların T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü'nce düzenlenen sosyal yardım programlarının kapsamı hakkında bilgi durumunun analizi Tablo 4.4'te verildi.

Tablo 4.4. Sosyal Yardım Programlarının Kapsamı Hakkında Bilgi Durumunun Analizi

Sosyal Yardım Programları	Evet		Hayır		Kısmen	
	N	%	n	%	n	%
Doğum yardımı	57	44,2	50	38,8	22	17,1
Çoklu doğum yardımı	28	21,7	80	62	21	16,3
Şartlı sağlık yardımı (sağlık ve gebelik)	18	14	94	72,9	17	13,2
Genel sağlık sigortası (GSS) prim ödemeleri	43	33,3	54	41,9	32	24,8
Genel sağlık sigortası katılım payı ödemesi	32	24,8	62	48,1	35	27,1
Kronik hastalara yönelik yardım programı	21	16,3	83	64,3	25	19,4
Silikozis hastalarına yapılan yardımlar	3	2,3	115	89,1	11	8,5
Engelli evde bakım yardımı	77	59,7	26	20,2	26	20,2
Engelli aylığı	79	61,2	27	20,9	23	17,8
Kronik hastalığı nedeniyle cihaza bağımlı olan hastalara elektrik fatura bedeli ve kesintisiz güç kaynağı desteği	21	16,3	86	66,7	22	17,1
Engelli yakını aylığı	52	40,3	53	41,1	24	18,6

Alo 183 Aile, Kadın, Çocuk, Engelli, Yaşlı Sosyal Hizmet Danışma Hattı hakkında bilgi sahibi olmadığını belirten katılımcı sayısı 108 (%83,7) olarak bulunurken 22 (%17,1) katılımcı daha önce hizmet verdiği bireyleri Alo 183 Hattına yönlendirdiğini belirtmiştir.

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'ne göre hizmet verilen bireylerin gereği halinde sosyal hizmet müdahalesinin planlanması ve uygulanması için sosyal

çalışmacıya yönlendirilebileceği durumlar ve katılımcıların bu konudaki tutumlarının değerlendirilmesi Tablo 4.5'te verildi.

Tablo 4.5. Sosyal Çalışmacıya Yönlendirilebilecek Durumlar Karşısında Katılımcıların Tutumunun Analizi

Sosyal Çalışmacıya Yönlendirilebilecek Durumlar	Evet		Hayır		Bilgim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar	115	89,1	1	0,8	13	10,1
Engelli hastalar	108	83,7	7	5,4	14	10,9
Sağlık güvencesiz hastalar	77	59,7	14	10,9	38	29,5
Yoksul hastalar	83	64,3	12	9,3	34	26,4
Aile içi şiddet mağduru hastalar	116	89,9	4	3,1	9	7
İhmal ve istismara uğramış çocuk hastalar	115	89,1	3	2,3	11	8,5
Mülteci ve sığınmacı hastalar	81	62,8	17	13,2	31	24
İnsan ticareti mağduru hastalar	89	69	12	9,3	28	21,7
Yaşlı, dul ve yetim hastalar	92	71,3	12	9,3	25	19,4
Kronik hastalar	55	42,6	27	20,9	47	36,4
Ruh sağlığı bozulmuş hastalar	58	45	19	14,7	52	40,3
Alkol ve madde bağımlısı hastalar	100	77,5	9	7	20	15,5
Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar	56	43,4	18	14	55	42,6
İl dışından gelen hastalar	26	20,2	56	43,1	47	36,4
Hastalığa ve tedaviye uyumda zorlanan hastalar	45	34,9	33	25,6	51	39,5
Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametini gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastalar	101	78,3	4	3,1	24	18,6

Katılımcıların 24'ü (%18,6) Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'ne göre gerekli gördüğü durumlarda hastalarını sosyal çalışmacıya yönlendirmiştir. Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastaları yönlendiren 11 (%8,5) kişi, engelli hastaları yönlendiren 5 (%3,8) kişi, sağlık güvencesiz hastaları yönlendiren 5 (%3,8) kişi, yoksul hastaları yönlendiren 4 (%3,1) kişi, aile içi şiddet mağduru hastaları yönlendiren 4 (%3,1) kişi, ihmal ve istismara uğramış çocuk hastaları yönlendiren 4 (%3,1) kişi, mülteci ve sığınmacı hastaları yönlendiren 3 (%2,3) kişi, yaşlı, dul ve yetim hastaları yönlendiren 6 (%4,6) kişi, ruh sağlığı bozulmuş hastaları yönlendiren 2 (%1,5) kişi, alkol ve madde bağımlısı hastaları yönlendiren 1 (%0,7) kişi, yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastaları yönlendiren 1 (%0,7) kişi, hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametini gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaları yönlendiren 5 (%3,8) kişidir. Katılımcıların hiçbirisi hizmet sunduğu bireyleri insan ticareti mağduru olma, kronik hastalık, il dışından gelen hasta ya da hastalığa ve tedaviye uyumda zorlanan hasta olma sebepleri ile sosyal çalışmacıya yönlendirmemiştir.

Katılımcılardan 88 (%68,2) kişi sosyal hizmet uzmanına yönlendirilmesi gereken durumla karşılaşmıştır. Bu durumlarla karşılaşanların 34'ü (%26,4) sosyal hizmetlere yönlendirilmesi gereken durumlardan en az birini sosyal hizmetlere yönlendirmiştir. Diğer 54 (%41,9) kişi sosyal hizmetlere yönlendirmemiştir. Bu durum Tablo 4.6'da analiz edilmiştir.

Tablo 4.6. Sosyal Hizmetlere Bildirilmesi Gereken Durumlarda Katılımcıların

Davranışlarının Analizi

Sosyal Hizmetlere Bildirilmesi Gereken Durumla Karşılaşan Sayısı/Yüzde	Sosyal Hizmetlere Bildirmiş		Sosyal Hizmetlere Bildirmemiş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
	34	26,4	54	41,9	88	68,2

Katılımcılardan 57 (%44,2) kişi kadına yönelik şiddet ile karşılaştığını beyan etmiştir. Bu durumda nasıl bir yol izledikleri Tablo 4.7'de analiz edilmiştir. Kadına

yönelik şiddet ile karşılaşan katılımcılardan 10'u (%7,7) nasıl bir yol izlediğini belirtmemiştir.

Tablo 4.7. Kadına Yönelik Şiddet İle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yolların Analizi

Kadına Yönelik Şiddet İle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yollar	Beyaz Kod		Adli Kurumlara Bildirme		Sosyal Hizmetlere Yönlendirme		Şikayet Olmaması Hali		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	3	2,3	37	28,6	6	4,6	1	0,7	47	36,4

Katılımcıların 27'si (%20,9) çocuk ihmal ile karşılaşmıştır. Bu durumda nasıl bir yol izledikleri Tablo 4.8'de analiz edilmiştir. Çocuk ihmal ile karşılaşanların 8'i (%6,2) nasıl bir yol izlediğini belirtmemiştir. Çocuk ihmalini adli kurumlara bildirenlerin 6'sı (%4,6) hastalarını sosyal hizmetlere de yönlendirmiştir.

Tablo 4.8. Çocuk İhmali İle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yolların Analizi

Çocuk İhmali İle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yollar	Adli Kurumlara Bildirme		Sosyal Hizmetlere Yönlendirme		Ailenin Bilgilendirilmesi		Toplam	
	n	%	n	%	N	%	n	%
	11	8,5	11	8,5	3	2,3	27	20,9

Katılımcıların 24'ü (%18,6) çocuk istismarı ile karşılaşmıştır. Bu durumda nasıl bir yol izledikleri Tablo 4.9'da analiz edilmiştir. Çocuk istismarı ile karşılaşanların 6'sı (%4,6) nasıl bir yol izlediğini belirtmemiştir. Katılımcıların 6'sı (%4,6) vakalarını hem adli kurumlara hem de sosyal hizmetlere bildirmiştir.

Tablo 4.9. Çocuk İstismarı İle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yolların Analizi

Çocuk İstismarı İle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yollar	Adli Kurumlara Bildirme		Sosyal Hizmetlere Bildirme		Aile Bilgilendirilmesi		Uzman Konsültasyonu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	13	10	7	5,4	2	1,5	2	1,5	24	18,6

Katılımcıların 66'sı (%51,2) alkol ve madde bağımlılığı (tütün hariç) problemiyle karşılaşmıştır. Bu durumda nasıl bir yol izledikleri Tablo 4.10'da analiz edilmiştir. Alkol ve madde bağımlılığı (tütün hariç) problemiyle karşılaşanların 9'u (%7) nasıl bir yol izlediğini belirtmemiştir. Katılımcıların 2'si (%1,5) vakalarını hem psikiyatri kontrolüne hem de AMATEM'e yönlendirmiştir.

Tablo 4.10. Alkol ve Madde Bağımlılığı (Tütün hariç) Problemiyle Karşılaşan Katılımcıların İzledikleri Yolların Analizi

Katılımcıların İzledikleri Yollar	N	%
Psikiyatri Kontrolü Önerme	15	11,6
AMATEM'e Yönlendirme	27	20,9
Acil Tedavi ve Primer Destek Verme	6	4,6
Üst Merkeze Sevk	5	3,8
Adli Kurumlara Bildirme	3	2,3
Hastane Yönetimi Bilgilendirme	2	1,5
Herhangi Bir İşlem Yapılmayan	1	0,7
Toplam	66	51,2

Katılımcıların 10'u (%7,8) meslek hayatlarının herhangi bir döneminde sosyal çalışmacı ile birlikte çalışmıştır. Sosyal çalışmacının mesleki görevleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen katılımcıların sayısı 13'tür (%10,1). Katılımcıların 116'sı (%89,9) sosyal çalışmacının mesleki görevleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 117'si (%90,7) aile hekimliği uygulamasında sosyal çalışmacıya ihtiyaç olduğunu düşünmektedir.

Katılımcıların uzmanlık eğitimi aldıkları yerde sosyal çalışmacı olup olmadığı konusundaki bilgileri ise Tablo 4.11'de incelenmiştir. Bu konuda katılımcıların 78'i (%60,8) bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Eğitim Aldıkları Kurumlarda Sosyal Çalışmacı Olup Olmadığı Konusundaki Bilgileri

Sosyal çalışmacı var mı?	Evet		Hayır		Bilgin Yok	
	n	%	n	%	n	%
	43	33,3	8	6,2	78	60,5

Katılımcıların bilgi ve tutum durumu 100'lük puan sistemine göre hesaplanmıştır. Cinsiyete göre katılımcıların yaş, asistanlık yılı, meslekteki yılı, bilgi ve tutum puan durumu Tablo 4.12'de değerlendirilmiştir. Cinsiyete göre yaş, asistanlık yılı ve meslekteki yılları, bilgi ve tutum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar içermemektedir.

Tablo 4.12. Cinsiyete Göre Yaş, Asistanlık Yılı, Meslekteki Yılı, Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Değişkenler ve Puan Durumu	Cinsiyet	Numerik	Ortalama	Standart Sapma	p
Yaş	Kadın	92	30,53	6,30	0,166*
	Erkek	37	32,41	7,30	
Asistanlık Yılı	Kadın	92	2,30	1,29	0,285*
	Erkek	37	1,96	0,96	
Meslekteki Yıl	Kadın	92	5,91	6,32	0,155*
	Erkek	37	7,95	7,46	
Bilgi Toplam Puanı	Kadın	92	36,14	20,59	0,625
	Erkek	37	34,12	22,49	
Tutum Toplam Puanı	Kadın	92	60,86	23,98	0,896
	Erkek	37	61,52	29,65	

* Mann-Whitney U testi

Medeni duruma göre katılımcıların yaş, asistanlık yılı, meslekteki yılı, bilgi ve tutum puan durumu Tablo 4.13'te değerlendirilmiştir. Medeni duruma göre yaş, asistanlık yılı ve meslekteki yılları istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar içermektedir. Fakat evli olanların bilgi ve tutum toplam puanları bekâr olan katılımcılara göre yüksek olmasına rağmen iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 4.13. Medeni Duruma Göre Yaş, Asistanlık Yılı, Meslekteki Yıl, Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Değişkenler ve Puan Durumu	Medeni Durum	Numerik	Ortalama	Standart Sapma	p
Yaş	Bekâr	52	28,17	3,70	<0,001*
	Evli	77	33,03	7,43	
Asistanlık Yılı	Bekâr	52	1,89	1,15	0,006*
	Evli	77	2,42	1,21	
Meslekteki Yılı	Bekâr	52	3,83	3,85	<0,001*
	Evli	77	8,30	7,58	
Bilgi Toplam Puanı	Bekâr	52	32,61	19,66	0,193
	Evli	77	37,55	21,90	
Tutum Toplam Puanı	Bekâr	52	57,01	27,28	0,141
	Evli	77	63,78	24,23	

* Mann-Whitney U testi

Unvana göre katılımcıların yaş, asistanlık yılı, meslekteki yıl, bilgi ve tutum puan durumu Tablo 4.14'te değerlendirilmiştir. Unvana göre yaş, asistanlık yılı, meslekteki yıl ve tutum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar içermektedir. Fakat sözleşmeli Aile Hekimliği asistanlarının bilgi puanları tam zamanlı Aile Hekimliği asistanı olan katılımcılara göre daha yüksek olmasına rağmen bilgi toplam puanı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 4.14. Unvana Göre Yaş, Asistanlık Yılı, Meslekteki Yıl, Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Değişkenler ve Puan Durumu	Unvan	Numerik	Ortalama	Standart Sapma	p
Yaş	Tam Zamanlı	101	28,05	1,89	<0,001*
	Sözleşmeli	28	41,96	6,16	
Asistanlık Yılı	Tam Zamanlı	101	1,86	0,84	<0,001*
	Sözleşmeli	28	3,46	1,50	
Meslekteki Yılı	Tam Zamanlı	101	3,46	1,60	<0,001*
	Sözleşmeli	28	17,46	6,65	
Bilgi Toplam Puanı	Tam Zamanlı	101	33,95	20,42	0,100
	Sözleşmeli	28	41,36	22,79	
Tutum Toplam Puanı	Tam Zamanlı	101	58,59	25,77	0,037
	Sözleşmeli	28	69,95	23,38	

* Mann-Whitney U testi

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre yaş, asistanlık yılı, meslekteki yılı, bilgi ve tutum puan durumu Tablo 4.15'te değerlendirilmiştir. Çocuk sahibi olma durumuna göre yaş, asistanlık yılı ve meslekteki yılları istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar içermektedir. Fakat çocuğu olan katılımcıların bilgi ve tutum puanları çocuğu olmayan katılımcılara göre daha yüksek olmasına rağmen iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 4.15. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Yaş, Asistanlık Yılı, Meslekteki Yıl, Bilgi Ve Tutum Puan Durumunun Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Değişkenler ve Puan Durumu	Çocuk Sahibi Olma Durumu	Nümerik	Ortalama	Standart Sapma	p
Yaş	Çocuk sahibi	39	37,21	8,26	<0,001*
	Çocuk sahibi değil	90	28,41	3,22	
Asistanlık Yılı	Çocuk sahibi	39	2,92	1,28	<0,001*
	Çocuk sahibi değil	90	1,89	1,04	
Meslekteki Yıl	Çocuk sahibi	39	12,64	8,48	<0,001*
	Çocuk sahibi değil	90	383	3,19	
Bilgi Toplam Puanı	Çocuk sahibi	39	40,91	22,57	0,057
	Çocuk sahibi değil	90	33,24	20,10	
Tutum Toplam Puanı	Çocuk sahibi	39	67,72	26,30	0,051
	Çocuk sahibi değil	90	58,16	24,91	

* Mann-Whitney U testi

Katılımcıların asistanlık yılı gruplaması 2 yıl ve altı, 3 yıl ve üstü asistanlar olarak yapılmıştır. Asistanlık yılı gruplamasına göre yaş, meslekteki yılı, bilgi ve tutum puan durumu Tablo 4.16’da değerlendirilmiştir. Asistanlık yılı gruplamasına göre yaş, meslekteki yıl ve tutum toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar içermektedir.

Tablo 4.16. Asistanlık Yılı Gruplamasına Göre Yaş, Meslekteki Yıl, Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Değişkenler ve Puan Durumu	Asistanlık Yılı	Numerik	Ortalama	Standart Sapma	p
Yaş	2 yıl ve altı	74	28,84	4,58	<0,001*
	3 yıl ve üstü	55	34,07	7,73	
Meslekteki Yılı	2 yıl ve altı	74	4,28	4,50	<0,001*
	3 yıl ve üstü	55	9,48	7,95	
Bilgi Toplam Puanı	2 yıl ve altı	74	37,74	20,79	0,610
	3 yıl ve üstü	55	36,66	21,62	
Tutum Toplam Puanı	2 yıl ve altı	74	55,40	27,71	0,003
	3 yıl ve üstü	55	68,66	20,37	

* Mann-Whitney U testi

Katılımcıların sosyal hizmetler uzmanına yönlendirmesi gereken hastalarla karşılaşp bunlardan en az birini sosyal hizmetlere yönlendirenler doğru davranış sergilemiş olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların doğru davranış sergileyip sergilemedikleri cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, unvan, uzmanlık eğitimi aldıkları kurum ve asistanlık yılı gruplaması ile karşılaştırmaları aşağıdaki tablolarda değerlendirilmiştir.

Katılımcıların cinsiyete göre doğru davranış sergileme durumları tablo 4.17’de değerlendirilmiştir. Katılımcıların cinsiyete göre doğru davranış sergileme durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.17. Cinsiyete Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi

Cinsiyet	Doğru davranış sergileme						p
	Hayır		Evet		Toplam		
	n	%	N	%	n	%	
Kadın	37	42	23	26,1	60	68,2	0,932
Erkek	17	19,3	11	12,5	28	31,8	
Toplam	54	61,4	34	38,6	88	100	

Katılımcıların medeni duruma göre doğru davranış sergileme durumları tablo 4.18’de değerlendirilmiştir. Evli olan katılımcıların doğru davranış sergileme durumu bekar olanlara göre daha fazla oranda olmasına rağmen doğru davranış sergileme açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.18. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi

Medeni durum	Doğru davranış sergileme						p
	Hayır		Evet		Toplam		
	n	%	N	%	n	%	
Bekâr	21	23,9	13	14,8	34	38,6	0,951
Evli	33	37,5	21	23,9	54	61,4	
Toplam	54	61,4	34	38,6	88	100	

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre doğru davranış sergileme durumları tablo 4.19’da değerlendirilmiştir. Çocuk sahibi olanlar ile olmayanlar arasında doğru davranış sergileme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.19. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Doğru davranış sergileme						p
	Hayır		Evet		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Çocuk sahibi değil	36	40,9	20	22,7	56	63,6	0,456
Çocuk sahibi	18	20,5	14	15,9	32	36,4	
Toplam	54	61,4	34	38,6	88	100	

Katılımcıların unvanlarına göre doğru davranış sergileme durumları tablo 4.20’de değerlendirilmiştir. Unvanlarına göre aile hekimliği asistanları arasında doğru davranış sergileme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.20. Unvanlarına Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi

Unvan	Doğru davranış sergileme						p
	Hayır		Evet		Toplam		
	N	%	n	%	n	%	
Tam zamanlı AHA*	40	45,5	23	26,1	63	71,6	0,515
Sözleşmeli AHA	14	15,9	11	12,5	25	28,4	
Toplam	54	61,4	34	38,6	88	100	

*AHA: Aile Hekimliği Asistanı

Katılımcıların uzmanlık eğitimi aldıkları kuruma göre doğru davranış sergileme durumları tablo 4.21’de değerlendirilmiştir. Asistanların eğitim aldıkları kuruma göre doğru davranış sergileme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 4.21. Uzmanlık Eğitimi Aldıkları Kuruma Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi

Uzmanlık Eğitimi Aldıkları Kurum	Doğru davranış sergileme						p
	Hayır		Evet		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Ankara EAH	21	23,9	11	12,5	32	36,4	0,002
Dışkapı EAH	5	5,7	10	11,4	15	17	
Keçiören EAH	21	23,9	3	3,4	24	27,3	
Numune EAH	7	8	10	11,4	17	19,3	
Toplam	54	61,4	34	38,6	88	100	

Katılımcıların asistanlık yılı gruplamasına göre doğru davranış sergileme durumları tablo 4.22’de değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan asistanlardan 3 yıl ve üstünde olanlar ile 2 yıl ve altında olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.22. Asistanlık Yılına Göre Katılımcıların Doğru Davranış Durumunun Değerlendirilmesi

Asistanlık Yılı	Doğru davranış sergileme						p
	Hayır		Evet		Toplam		
	N	%	n	%	n	%	
2 yıl ve altı asistan	29	33	13	14,8	42	47,7	0,157
3 yıl ve üstü asistan	25	28,4	21	23,9	46	52,3	
Toplam	54	61,4	34	38,6	88	100	

5. TARTIŞMA

Aile hekimleri bireylerin ve ailelerin birçok sağlık sorunuyla karşı karşıyadır. Aile hekimleri ve sosyal hizmet uzmanlarının yakın işbirliğinin hastaların bakımına katkı sağladığı ve sosyal hizmet uzmanlarının bireylere, çiftlere ve ailelere kapsamlı ve maliyet etkin bakım sunma fırsatlarını arttırdığı gösterilmiştir (3).

Biyopsikososyal yaklaşımı esas alan aile hekimlerinin çalışmaları esnasında hastaların birçok sosyal sorunu ile karşılaştığı ancak bunların çözümleri konusunda sorun yaşadığını düşünülerek aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin devletin sunduğu sosyal hizmetler konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Literatürde bu çalışma planına benzer bir çalışma bulunmamakla birlikte, çalışma konumuza en yakın 2007 yılında Aytar'ın Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Sosyal Çalışmacının Rol ve İşlevi adlı çalışma görülmüştür (36).

Çalışmamızda Ankara ilinde eğitim ve araştırma hastanesi Aile Hekimliği kliniklerinde uzmanlık eğitimi alan bütün Aile Hekimliği asistanlarına ulaşmak ve katılımcıların devletin sunduğu sosyal hizmetler konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının; cinsiyet, medeni durum, asistanlık yılı gibi veriler ile karşılaştırılması ve farklılıkların ortaya konması amaçlanmıştır. Çalışmamıza 101'i tam zamanlı aile hekimi asistanı, 28'i sözleşmeli aile hekimi asistanı olmak üzere 129 kişi katılmıştır. Meslekteki yılları ve tutum puanları arasında sözleşmeli aile hekimi asistanlarının lehine iki grup arasında fark olmasına rağmen bilgi ve davranış puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması birinci basamakta aktif çalışan hekimlerin de sosyal yaklaşım yeterliliği konusunda düşündürmektedir. Net sonuca ulaşmak için katılımcı sayısının azlığı göz önünde bulundurulmalı, bu konuda yapılabilecek çalışmalarla desteklenmelidir.

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması $31,06 \pm 6,63$ olmak üzere büyük çoğunluğu genç ve yeni mezunlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %61,2 'si diğer bir ifade ile yarıdan fazlası 4 yıl ve altında mesleki tecrübeye sahiptir. Katılımcıların birbirinden bağımsız olarak cinsiyete, medeni duruma, çocuk sahibi olup olmamaya

göre bilgi, tutum ve davranış arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Asistanlık yılı 3 yıl ve üzerinde olan hekimlerin tutum puanları, 2 yıl ve altı olan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde fazla bulunmuştur. Bu sonuçla birlikte asistanlık eğitiminin sosyal hizmetler konusunda tutuma katkısı olduğunu düşündürmektedir.

Ülkemizde aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 3481 kişidir (37). Aile hekimine düşen nüfusun fazla olması hekimlerin detaylı hasta öyküsünü almalarını, psikososyal problemleri fark etmelerini ve bunlara yönelik çözüm arayışlarına engel olmakta; bu sorunların etkin çözümü için sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamakta yer alması gerektiği düşünülmektedir.

Burbidge ve arkadaşları tarafından 1982’de yapılan Ontario’da yapılan bir çalışmada hekim-sosyal hizmet çalışanı iş birliğinin hem hekim hem de hasta açısından fayda sağladığı gösterilmiştir. Bu çalışmaya katılan her aile hekimine haftanın yarım günü sosyal hizmet verilmiştir. Hekimler 24 ay içinde 630 hastayı çeşitli sebeplerden sevk etmişlerdir (38).

On ülkenin sağlık sistemindeki gelişmeleri inceleyen bir çalışmada; sosyal çalışmacıların sağlık ekibine dahil edilmesi ile ekonomik anlamda gelişme sağlandığı ve hasta bakım kalitesinde iyileşme olduğu gösterilmiş (36). Çalışmamıza katılan asistanlar da birinci basamakta sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sosyal çalışmacıların olmasının ülkemiz sağlık sistemine katkısı olacağını düşünmekteyiz.

Ülkemizde kurulduğu 1920 yılından 1936 yılına kadar Sağlık Bakanlığının ismi, önce Sıhhat ve İçtima-i Muavenet, sonra 1989 yılına kadar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı şeklinde ve pek çok diğer ülkede olduğu gibi sağlık hizmeti ve sosyal hizmetler aynı örgüt içinde olduğundan hem merkezde hem de illerde koruyucu sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri entegre bir şekilde vermek mümkündü. Ancak 1983 yılında çıkarılan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’nün, Çocuk Esirgeme Kurumu ile birleştirilmiş ve ayrı bir katma bütçeli kuruluş olarak ilk başlarda yine Sağlık

Bakanlığı'na, daha sonra ise Başbakanlık'a bağlanması ile Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılmıştır (39).

2011 yılında kabul edilen Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (4) Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsadığından birinci basamakta sosyal hizmetlere ulaşmada sorunlar yaşanmakla birlikte bu konudaki ihtiyacın fark edilmesi uzun sürmemiştir. Örneğin 2013 yılında Özkan ve Kılıç tarafından (40) sunulan yeni bir model önerisine göre aile sağlığı merkezlerinde aile psiko-sosyal destek birimi kurulmalıdır.

2017'de toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet göstermek üzere birçok şehirde hizmete giren Sağlıklı Hayat Merkezleriyle; ülke genelinde aile hekimliği hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek (sağlık danışmanlığı, röntgen, laboratuvar gibi), birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (diyetisyenlik hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, fizyoterapi, çocuk gelişimine yönelik hizmetleri gibi) erişimi kolaylaştırarak hastaneye gereksiz başvurunun önüne geçmek, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmek; hâlihazırda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen, hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadele etmek; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmak amaçlanmaktadır. Bu bağlamda psiko-sosyal destek hizmetlerinin varlığı birinci basamakta sosyal hizmetler açısından olumlu bir gelişme olmakla birlikte Ankara'da 2 tane olmak üzere Türkiye'de henüz 100 adet olan sağlıklı hayat merkezinin sayıca yetersiz olduğu düşünülmektedir (41).

Çalışmamıza katılan 129 aile hekimliği asistanlarından 117 (%90,7) hekim mezuniyet öncesi, 119 hekim (%92,2) ise mezuniyet sonrası dönemde sosyal hizmetler hakkında eğitim almadıklarını belirtmiştir. Buna benzer 2007 yılında Aytar tarafından yapılan (36) Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Sosyal Çalışmacının Rol ve İşlevi adlı çalışmada 33 (%33,7) aile hekimi tıp eğitimi içinde sosyal hizmetle ilgili ders almış, 65 (%66,3) aile hekimi tıp eğitimi içinde sosyal hizmetle ilgili ders almadığını belirtmiştir. Güneş ve Güneş tarafından yapılan (2017) Aile Hekimlerinin Psikososyal Sorunu Olan Birey Ve Ailelere Yönelik Müdahale Yaklaşımları (Bursa Örneği) araştırmasına ise 150 hekim katılmış; lisans ve/veya lisansüstü eğitimlerinde

psikososyal yardım etme sürecine ilişkin eğitim alan aile hekimleri 31 (%20,7) olarak tespit edilmiştir (42). Bu çalışmalardan elde edilen sonuca göre katılımcı hekimlerin yarıdan fazlası tıp eğitimleri sürecinde sosyal hizmetle ilgili eğitim almamıştır. Gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası dönemde hekimlere uzmanlık alanları doğrultusunda sosyal hizmet ile ilgili yeterli eğitim verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Çalışmamıza katılan aile hekimliği asistanlarının 57'si (%44,2) meslek hayatlarında kadına yönelik şiddetle, 27'si (%20,9) çocuk ihmali, 24'ü (%18,6) çocuk istismarı ile, 66'sı (%51,2) alkol ve madde bağımlılığı (tütün hariç) ile karşılaşmış, kadına yönelik şiddetle karşılaşan 6 (%4,6) hekim, çocuk ihmali ile karşılaşan 11 (%8,5) hekim ve çocuk istismarı ile karşılaşan 7 hekim (%5,4) hizmet sunduğu bireyleri sosyal hizmetlere yönlendirmiştir. Güneş ve Güneş'in (42) çalışmasına göre 150 aile hekiminin 77'si (%51,3) aile içi şiddet ile; 31'i (%20,7) ihmal ve istismar ile; 43'ü (28,7) alkol/madde bağımlılığı ile karşılaşırken aile hekimlerinin psikososyal sorunu olan hastalara müdahale yöntemlerinden biri olan Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü (ASPİM)'ne yönlendirme ise oranı ise %34,7 olarak izlenmiştir. Her iki çalışmacının ortak sonucu olarak aile hekimlerinin hizmet sunduğu bireylerin psikososyal sorunları ile azımsanmayacak derecede karşı karşıya kaldıkları, bunların farkında oldukları ancak sosyal hizmet ihtiyacı açısından öncelikli olan bu dezavantajlı grupları yönlendirmede yetersiz kaldıkları sonucuna varılmıştır. Bu sonucun ise aile hekimlerinin devletin sunduğu sosyal hizmetler konusunda bilgi eksikliğinden ve bireyleri nasıl yönlendirebileceklerini bilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (4) ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamasına ve çalışmamıza katılan hekimler üçüncü basamakta eğitim almasına rağmen hekimlerin yarıdan fazlası eğitim aldıkları kurumda sosyal çalışmacı olup olmadığı konusunda bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. İkinci ve üçüncü basamakta yer alan sosyal hizmet birimlerinin yönerge doğrultusunda tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline yönelik eğitim vermesi gerektiği açıktır ancak Sağlık Bakanlığı'nda istihdam eden sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacı sayısı (Merkez 40, Kamu Hastaneleri Kurumu 737, Halk Sağlığı Kurumu 160, İlaç

Eczacılık Kurumu 1 olmak üzere) 938 olduğundan söz konusu eğitim aksaklıklarının göz ardı edildiği düşünülmektedir (43).

Dünya’da ruh sağlığı alanında 100.000 kişi başına düşen sosyal hizmet uzmanı sayısı ortalaması 11.58 ± 44.96 olarak bulunurken (44); Türkiye’de sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacı olarak toplam mezun sayısı yalnızca 6150’dir (43). Bu durumun yalnızca tıbbi alanda değil diğer sosyal hizmet alanlarında da yeterli bakımın sağlanamamasının en önemli nedenlerinden biri olarak düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin 10’u (%7,8) meslek hayatlarının herhangi bir döneminde sosyal çalışmacı ile birlikte çalışmış, 13’ü (%10,1) sosyal çalışmacının mesleki görevleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmektedir. Bu sonuçlara benzer şekilde 2007 yılında Aytar tarafından (36) yapılan çalışmaya göre ise 98 hekimin 8’i (%8,2) çalışma yaşantısında sosyal çalışmacı ile çalışmış; 7’si (%7,1) sosyal çalışmacının yaptığı işi bildiğini belirtmiştir. Aytar’ın (36) çalışmasına göre 32 (%32,7) hekim sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyduğunu, 34’ü (%34,7) kısmen ihtiyaç duyduğunu belirtirken bizim çalışmamızda bu oranın %90,7 olarak bulunması hekimlerin yıllar içinde birinci basamakta sosyal hizmetlerin öneminin farkındalığının arttığını düşündürmektedir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları;

Çalışmamızda Ankara’da bulunan eğitim ve araştırma hastanesi Aile Hekimliği kliniklerinde görev yapan Aile Hekimliği asistanlarının tamamına ulaşmak hedeflenmiş ancak katılımcı sayısı gönüllülük esas alındığından 129 olmuştur. Bu konuda evreni daha iyi yansıtmayı açısından üniversite hastaneleri de dâhil edilerek örnekleme daha geniş bir çalışma yapılabilirdi.

Katılımcı hekimlerin 101’i (%78,3) tam zamanlı, 28’i (%21,7) sözleşmeli aile hekimi asistanıdır. Tam zamanlı aile hekimi asistanları eğitim aile sağlığı merkezlerinde görev alanlar hariç henüz birinci basamak tecrübesi olmadığından iki grubu kıyaslamak açısından sayıca homojen gruplar seçilerek ileri araştırma yapılabilirdi. Böylece birinci basamak ile üçüncü basamak arasında hekimlerin sosyal hizmet yaklaşımları arasında fark araştırılabilirdi.

6. SONUÇ

Çalışmamızda Ankara’da bulunan eğitim ve araştırma hastanesi Aile Hekimliği kliniklerinde görev yapan Aile Hekimliği asistanlarının tamamına ulaşmak hedeflenmiş ve katılımcıların devletin sunduğu sosyal hizmetler konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının; cinsiyet, medeni durum, asistanlık yılı gibi veriler ile karşılaştırılması ve farklılıkların ortaya konması amaçlanmıştır. Çalışmamıza 101’i tam zamanlı aile hekimi asistanı, 28’i sözleşmeli aile hekimi asistanı olmak üzere 129 kişi katılmıştır.

Katılımcı hekimlerin devletin sunduğu sosyal hizmetler hakkında bilgi toplam puanı her biri birbirinden bağımsız olarak cinsiyet, medeni durum, asistanlık yılı, unvan, çocuk sahibi olma durumu açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Katılımcı hekimlerin tutum toplam puanı her biri birbirinden bağımsız olarak cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken; asistanlık yılı 3 ve üzeri olanların tutum puanları ile 2 yıl ve altı olanların tutum puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

Katılımcı hekimlerin davranış toplam puanı her biri birbirinden bağımsız olarak cinsiyet, medeni durum, unvan, asistanlık yılı, çocuk sahibi olma durumu açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken; uzmanlık eğitimi aldıkları kurumlar arasında davranış toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Çalışmaya katılan hekimlerin 12’si mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında, 10’u uzmanlık eğitim süresi içerisinde sosyal hizmetlerle ilgili eğitim almıştır.

Katılımcıların 10’u meslek hayatlarının herhangi bir döneminde sosyal çalışmacı ile birlikte çalışmıştır. Hekimlerin yarıdan fazlası sosyal çalışmacıların görevleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin 43'ü uzmanlık eğitimi aldıkları kurumda sosyal çalışmacı olduğunu bilmekte, 8'i sosyal çalışmacı olmadığını belirtmekte, 78'i ise bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmektedir.

Katılımcıların yarısından fazlası aile hekimliği uygulamasında sosyal çalışmacıya ihtiyaç olduğunu düşünmektedir.

Çalışmamızın bulguları doğrultusunda Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimlerin hizmet sunduğu bireylerin psikososyal sorunları ile azımsanmayacak derecede karşı karşıya kaldıkları, bunların farkında oldukları ancak sosyal hizmet ihtiyacı açısından öncelikli olan bu dezavantajlı grupları yönlendirmede yetersiz kaldıkları sonucuna varılmıştır.

Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sosyal hizmetler konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığını, bu konuda ciddi eğitim eksikliği olduğunu, yeterli sayıda sosyal hizmet çalışanının aktif rol almak üzere birinci basamak ekibine dâhil edilmesinin her iki disiplinin de temeli olan biyopsikososyal yaklaşımı tamamlayabileceğini düşünmekteyiz. Gerek tıp eğitimi sırasında gerekse Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi süreçlerinde sosyal hizmetler ile ilgili konulara yer verilmesini önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Zengin O. Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. Konuralp Tıp Dergisi 2011; 3 (3): 29-34.
2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun: 224, 1961. Resmi Gazete Sayı: 10705.
3. Özcan S. Aile Hekimliği Uygulamalarında Sosyal Hizmetlerin Önemi. Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC) 2013; 7 (4): 65-68.
http://www.tjfmpe.gen.tr/2013_4/2013_4_1.pdf (Erişim Tarihi: 22.08.2019)
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetler Genel Müdürlüğü Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011, Sayı 7465.
5. Aile Hekimliğinin Tanımı. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu, 2013. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı; s.13.
6. WONCA World family doctors. Caring for people. Europe Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, WONCA EUROPE – 2002, Çev: Başak O, Aktürk Z, Topsever P. (Ed. Başak Okay). Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3, 2003; s.10
7. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E, Yıldırım E. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri ile Uyuşmakta mıdır?. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2012; 16 (3): 107-112. http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2014/04/TAHD_2012003002.pdf (Erişim Tarihi: 23.12.2019)
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, 2019.
9. Saatçi E, Bozdemir N, Akpınar E. Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2006; 10 (2): 79-86. <http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2014/07/c10-s02-06.pdf> (Erişim tarihi:23.12.2019)
10. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27: 412-418.
11. WONCA World. <https://www.tahud.org.tr/page/wonca-world> (Erişim Tarihi:21.11.2019)
12. The General Practitioner in Europe A Statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst Netherlands 1974.

13. Öner C, Tıpta Uzmanlık Mevzuatında Aile Hekimliği Uzmanlığının Evrimi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2015; 19 (4): 165-169. <http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2016/01/Tahud-8-Tipta-uzmanlik-mevzuati-aile-hekimligi-uzman-evrimi.pdf> (Erişim Tarihi: 23.12.2019)
14. Uğurlu M, Üstü Y. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Süreci ve Geliştirilmesi Gereken Noktalar. Ankara Medical Journal 2018; (1):123-8. <http://www.ankaramedicaljournal.com/tr/download/article-file/446153> (Erişim Tarihi: 23.12.2019)
15. Aile Hekimliği Kanunu, 2004. Resmi Gazete Sayı: 25665.
16. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 2005. Resmi Gazete Sayı: 25867.
17. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010. Resmi Gazete Sayı: 27591.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013. Resmî Gazete Sayısı: 28539.
19. Türk Dil Kurumu Sözlükleri, Güncel Türkçe Sözlük. <https://sozluk.gov.tr/?kelime=> (Erişim Tarihi: 24.11.2019)
20. Şahin H, Demirel B. Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Yaşlılık Ve Yaşlanmaya İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2018; 11 (59):1114-20. http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt11/sayi59_pdf/6iksisat_kamu_isletme_turizm/sahin_hande_barisdemirel.pdf (Erişim Tarihi:23.12.2019)
21. Sosyal Hizmetler Kanunu, 1983. Resmî Gazete Sayı: 18059.
22. Selcik O, Güzel B. Sosyal Hizmet Mesleğinin Çalışma Alanı Ve Sosyal Hizmet Uygulamasının Türkiye Ölçeğinde Değerlendirilmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2016, 9 (46): 461-469. http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt9/sayi46_pdf/4sosyoloji_psikoloji_felsefe/selcik_ozan_bekirguzel.pdf (Erişim Tarihi:23.12.2019)
23. Şeker A. Sosyal Hizmete Giriş. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, No: 2533. Açık Öğretim Fakültesi Yayını No:1504, 2012; s. 84-140.

24. Güzel B, Selcik O. Sosyal Hizmet Uzmanının Mesleği İle Bütünleşmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2017; 10 (48): 767-771.
http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt10/sayi48_pdf/8diger_sosyalbilimler/guzel_bekir.pdf
(Erişim Tarihi: 23.12.2019)
25. Çifçi EG, Gönen E. Sosyal Hizmet Uygulamalarında Etik Karar Verme Süreci. Toplum ve Sosyal Hizmet 2011;22 (2):149-160. <http://fs.hacettepe.edu.tr/tsh/Dergiler/20112.pdf> (Erişim Tarihi: 23.12.2019)
26. Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği, 2013. Resmi Gazete Sayı: 28554.
27. Karakuş B. Sosyal Hizmet Mezunlarının Kadro Ve Unvanı “Sosyal Hizmet Uzmanı/Sosyal Çalışmacı”. Toplum Ve Sosyal Hizmet, 2015, 26 (2):169-190.
<http://fs.hacettepe.edu.tr/tsh/Dergiler/20152.pdf> (Erişim Tarihi: 16.12.2019)
28. Acar H, Duyan GÇ. Dünya’da Sosyal Hizmet Mesleğinin Ortaya Çıkışı Ve Gelişimi. Toplum Ve Sosyal Hizmet, 2003;14 (1):1-19. <http://fs.hacettepe.edu.tr/tsh/Dergiler/20031.pdf> (Erişim Tarihi: 16.12.2019)
29. Reçber, B. Sosyal Hizmetin Gelişiminde Türkiye’nin Konumu: Teorik Bir Anali. Toplum ve Sosyal Hizmet, 2019; 30 (2), 715-738. <https://dergipark.org.tr/tr/download/issue-full-file/45523>
(Erişim Tarihi:23.12.2019)
30. Özbesler C, Çoban Aİ. Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet, 2010, 21 (2):31-46. <http://fs.hacettepe.edu.tr/tsh/Dergiler/20102.pdf> (Erişim Tarihi: 21.12.2019)
31. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü Sosyal Yardım Programlarımız. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/sygm/programlarimiz/sosyal-yardim-programlarimiz/> (Erişim Tarihi:4.12.2019)
32. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Şiddete Maruz Kalındığında. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/ksgm/siddete-maruz-kalindiginda/> (Erişim Tarihi:4.12.2019)
33. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Koruyucu ve Önleyici Hizmetler. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/sss/cocuk-hizmetleri-genel-mudurlugu/koruyucu-ve-onleyici-hizmetler/> (Erişim Tarihi: 4.12.2019)
34. Yeşilay, Madde Bağımlılığı. <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/madde-bagimliliği> (Erişim tarihi:4.12.2019)

35. Yeşilay, Alkol Bağımlılığı. <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/alkol-bagimliliği> (Erişim Tarihi:4.12.2019)
36. Aytar G. Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Sosyal Çalışmacının Rol ve İşlevi. Yüksek Lisans Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2007.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017;s.140.
38. Burbidge PA, Spasoff PA, Steel KO. Social Work Services In Family Practice. Official Publication Of The College Of Family Physicians Of Canada, 1982 Jul; 28: 1291–1296.
39. Dedeoğlu N. Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmetler. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003 Özel Eki 25 (4);31-33. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/485.pdf> (Erişim Tarihi: 5.12.2019)
40. Özkan Y, Kılıç E. Aile'nin Psiko-sosyal Destek İhtiyacını Karşılamada Yeni Bir Model Önerisi: Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Psiko-sosyal Destek Birimi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, Yıl: 2013,7 (30): 25-44. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/197894> (Erişim Tarihi: 5.12.2019)
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM). <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html> (Erişim Tarihi: 11.12.2019)
42. Güneş T, Güneş N. Aile Hekimlerinin Psikososyal Sorunu Olan Birey Ve Ailelere Yönelik Müdahale Yaklaşımları (Bursa Örneği). Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017, 6 (1): 111 – 120.
43. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Türkiye’de Sosyal Hizmet Uzmanı Sayıları ve İstihdam Açısından Durumları. <https://shuder.org/sosyalhizmet/sh8.html> (Erişim Tarihi:12.12.2019)
44. World Health Organization (2005) Mental Health Atlas: 2005. Revised Edition. Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Geneva,s.33.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Ünzile Tuba SERİN
Doğum yeri ve tarihi : Meram/ 26.03.1990
Medeni durumu : Evli
E-posta : dr.tuba.srn@gmail.com
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2016-2019 Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

2009-2015 Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

2004-2008 Gazi Anadolu Lisesi, Ankara

2002-2004 Kalaba İlköğretim Okulu, Ankara

1996-2002 Talia Yaşar Bakdur İlköğretim Okulu, Ankara

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2015-2016 Pratisyen Hekim

2016-2019 Aile Hekimi Asistanı

IV- Mesleki Deneyimi

2016-2019 Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

2015-2016 Ankara 70 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E.Kurul –E-19

80-no'lu çalışma

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği'nden "Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Devletin Sunduğu Sosyal Hizmetler Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları" konulu çalışma incelenmiş olup, etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

01/10/2019

Prof. Dr. Uğur KOÇER
Etik Kurul Başkanı

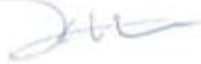
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Devletin Sunduğu Sosyal Hizmetler Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKÖL KODU	-

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Etik Kurul Sekreterliği Sakarya Mah. Uluçanlar Cad.No:89 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 598 36 00
	FAKS	0312 363-33 96
	E-POSTA	Etikkurui05@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACI
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği Kliniği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	Gözlemsel ilac çalışması ☐
		Gözlemsel Çalışma a-)Prospektif Gözlemsel(Olgu Kontrol,Kesinsel) b-)Prospektif Çalışma c-)Retrospektif Çalışma
		FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Tabii cihaz klinik araştırması ☐
		İlac dışı klinik araştırma ☐
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		Diğer işi belirtiniz: Anket
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Devletin Sunduğu Sosyal Hizmetler Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐
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	☒				
	BİYolojik MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 80/2019	Tarih: 26/09/2019				
	Yukarıda bilgileri verilen SBU Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACI'nın sorumlu olduğu ve Dr. Cezile Tuha SERİN'in Tez çalışması olan "Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Devletin Sunduğu Sosyal Hizmetler Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırma/çalışmanın gereği, 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.					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Uğur KOÇER				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Uğur KOÇER	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gazi Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Murat KERİMLİ	Gastroenteroloji	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Barış DUYUR ÇAKIT	Fizik Tıp ve Rehabilitasyon	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Ayhan TEKİNER	Beyin ve Sinir Cerrahisi	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Hülya BAŞAR	Anestezi ve Reanimasyon	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Hatice ÇELİK	Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağız Yüz ve Çene Cerrahisi	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Gökay SOYDAN	Farmakoloji	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Av. Ömer Faruk KURTUL	Avukat	Ankara Barosu/Serbest Avukat	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Öğr. Gör. Dr. Şükri KELEŞ	Tıp Tarihi ve Etik, Anabilim Dalı	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Devletin Sunduğu Sosyal Hizmetler Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-							
Uzm. Dr. Yunus Emre BULUT	Halk Sağlığı	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	<i>Dr.</i>
Muh. Nefi ŞANALIR	Biyomedikal Mühendisi	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	<i>Nefi</i>
Öğr. Mustafa Sıddık ÖZCAN	Öğretmen	Ankara Kız Anadolu İmam-Hatip Lisesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	<i>MUSTAFA</i>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER

İmza:

[Signature]

EK-2: ANKET FORMU

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN DEVLETİN
SUNDUĞU SOSYAL HİZMETLER KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum. ☐

Cinsiyetiniz?

- 1) Kadın
- 2) Erkek

Yaşınız?

Medeni durumunuz?

- 1) Bekar
- 2) Evli
- 3) Boşanmış/ Dul

Çocuk sayısı?.....

Ünvanınız?

- 1) Tam zamanlı Aile Hekimliği Asistanı
- 2) Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı

Asistanlık yılınız?.....

Meslekteki yılınız?.....

Uzmanlık eğitimi aldığınız kurumu belirtiniz.

- 1) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 2) Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 3) Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 4) Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminizde sosyal hizmet ile ilgili ders aldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

Uzmanlık eğitiminiz sürecinde sosyal hizmet ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

11. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü 'nce düzenlenen aşağıda belirtilen sosyal yardım programlarının kapsamı hakkında bilginiz var mı?

	EVET	HAYIR	KISMEN
Doğum yardımı			
Çoklu doğum yardımı			
Şartlı sağlık yardımı (sağlık ve gebelik)			
Engelli ihtiyaç yardımı			
Genel sağlık sigortası (GSS) prim ödemeleri			
Genel sağlık sigortası katılım payı ödemesi			
Kronik hastalara yönelik yardım programı			
Silikozis hastalarına yapılan yardımlar			
Engelli evde bakım yardımı			
Engelli aylığı			
Kronik hastalığı nedeniyle cihaza bağımlı olan hastalara elektrik fatura bedeli ve kesintisiz güç kaynağı desteği			
Engelli yakını aylığı			

12. Çalışma hayatınızda daha önce aşağıda belirtilen sorunlarla karşılaştınız mı? Cevabınız evet ise nasıl bir yol izlediniz? Lütfen açıklayınız.

Kadına yönelik şiddet Evet
Hayır

Çocuk ihmali Evet.....
Hayır

Çocuk istismarı Evet.....
Hayır

Alkol ve/veya madde bağımlılığı (tütün hariç) Evet.....
Hayır

13. Alo 183 hattı hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?

- 1)Evet
- 2)Hayır

14. Hizmet verdiğiniz bireyleri Alo 183 hattı hizmetine yönlendirdiğiniz oldu mu?

- 1)Evet
- 2)Hayır

15. Daha önce herhangi bir kurumda sosyal çalışmacı ile birlikte çalıştınız mı?

- 1) Evet (nerede olduğunu lütfen belirtiniz).....
- 2) Hayır

16. Uzmanlık eğitimi aldığınız kurumda sosyal çalışmacı var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Bilgim yok

17. Sosyal çalışmacının mesleki görevleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- 1)Evet
- 2)Hayır

18. Sizce aile hekimliği uygulamasında sosyal çalışmacıya ihtiyaç var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

19. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'ne göre aşağıda belirtilen hangi durumlarda Hizmet verdiğiniz bireyleri sosyal hizmet müdahalesi planlamak ve uygulamak üzere sosyal çalışmacıya yönlendirebilirsiniz?

	EVET	HAYIR	BİLGİM YOK
a)Kimsesiz,terk ve bakıma muhtaç hastalar			
b)Engelli hastalar			
c)Sağlık güvencesiz hastalar			
d)Yoksul hastalar			
e)Aile içi şiddet mağduru hastalar			
f)İhmal ve istismara uğramış çocuk hastalar			
g)Mülteci ve sığınmacı hastalar			
h)İnsan ticareti mağduru hastalar			
i)Yaşlı, dul ve yetim hastalar			
j)Kronik hastalar			
k)Ruh sağlığı bozulmuş hastalar			
l)Alkol ve madde bağımlısı hastalar			
m)Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar			
n)İl dışından gelen hastalar			
o)Hastalığa ve tedaviye uyumda zorlanan hastalar			
p)Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastalar			

20. Daha önce yukarıda belirtilen herhangi bir durumda hizmet sunduğunuz bireyleri sosyal çalışmacıya yönlendirdi iseniz lütfen hangi durumda ya da durumlarda olduğunu madde başlığındaki ifade ile belirtiniz (örn:a,b,c...).....