

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DÜZCE İLİ AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT
UYGULAMASINDA SOSYAL ÇALIŞMACININ
ROL VE İŞLEVİ

Sosyal Çalışmacı Gülşen Aytar

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Halk Sağlığı Programı İçin Önerdiği
YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Nuray YEŞİLDAL

BOLU
2007

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Halk Sağlığı Programında Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nuray YEşİLDAL

¼ye : Yrd. Doç. Dr. Nuray YEşİLDAL

¼ye : Yrd. Doç. Dr. Atilla Semih MAYDA

¼ye : Doç. Dr. Peri Meram ARBAK

Onay: Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Y¼netim Kurulunun kararı ile kabul edilmiştir.

İmza

Doç. Dr. Serap K¼YBAřI şANAL
Enstit¼ M¼d¼r¼

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DÜZCE İLİ AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT
UYGULAMASINDA SOSYAL ÇALIŞMACININ
ROL VE İŞLEVİ

Sosyal Çalışmacı Gülşen Aytar

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Halk Sağlığı Programı İçin Önerdiği YÜKSEK
LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Nuray YEŞİLDAL

BOLU
2007

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sırasında her açıdan yetişmemde önemli katkıları olan, tezimin hazırlanmasında beni yönlendiren, yardım ve anlayışını esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Nuray YEŞİLDAL'a, her zaman öğretme çabasında olan ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Talat BAHCEBAŞI'a, Yrd. Doç. Dr. Atilla Semih MAYDA'ya, Prof. Dr. İlhan TOBANBAY' a. Her konuda bana destek olan Doç Dr Peri ARBAK' a, Doç. Dr. Kamil ÇAM' a, Doç. Dr. İsmail Özdemir' e, önerileri ve manevi desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Dr. Cem YILDIRIM'a, Dr. Sinemis ÇETİN DAĞLI'ya, Dr. Hicran ÖZSEMİR'e, Dr. Can ÖNAL'a, Dr. Yasemin KAYA'ya, aile hekimliğinde çalışan hekimlere, diğer personele ve babama anneme teşekkür ederim.

ÖZET

Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Sosyal Çalışmacının Rol ve İşlevi

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Bu kesitsel araştırma Düzce ili aile hekimliği uygulamasında çalışan hekimlerin sosyal çalışmacıların rol ve işlevleri hakkındaki düşüncelerini değerlendirmek amacı ile planlanmıştır. Araştırmanın evreni Düzce ili aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerden oluşmaktadır. Otuz bir aile sağlığı merkezinde çalışan 99 hekim, 8 toplum sağlığı merkezinde çalışan 19 hekim toplam 118 hekimden ulaşılabilen 98 (%83) kişidir. Ulaşılan hekimlere 21 soruluk anket formu uygulanarak hekimlerin bazı sosyo-demografik özellikleri, tıp eğitimleri sürecinde sosyal hizmetle ilgili ders alma, çalışma yaşantısında sosyal çalışmacı ile çalışmış olmaları sorgulanmıştır. Hekimlerin hastalarda karşılaştıkları psiko-sosyal sorunlar ve çözüm yolları, sosyal çalışmacıların rol ve işlevi sorgulanmıştır. Hekimlerin yaş, cinsiyet, tıp eğitimi sırasında sosyal hizmetle ilgili ders alma, çalışma süreleri, mezun oldukları yıla göre, sosyal çalışmacının sağlık ekibinin üyesi olma, işbirliği sağlama, sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyma durumları sorgulanmıştır. Hekimlerin 65'i (%66,3) 24-35 yaş gruplarındadır. 65'i (%66,3) erkek ve 46'sı (%46,9) 2001- 2006 yılları arasında mezun olmuştur. Hekimlerin 95'i (%96,9) tıpta uzmanlık eğitimi almamıştır. Hekimlerin (%66,3) 65'i tıp eğitiminde sosyal hizmetle ilgili ders almamış, 54'ü (%55,1) sosyal çalışmacının ne iş yaptığını bilmemekte, ancak 7'si (%7,1) ne iş yaptığını bilmektedir ve 32'si (%32,7) sosyal çalışmacıya ihtiyaç duymaktadır. Hekimlerin 70'ine (%71,4) göre; çocuk yetiştirilmesinde destekleyici eğitim çalışmaları düzenlemek, sosyal ekonomik yetersizlikleri tespit etmek, çocuk ihmali ve istismarını önleyici hizmetler sunmak sosyal çalışmacının rol ve işlevidir. Hekimler arasında yaş, cinsiyet, çalışma süreleri, sosyal hizmetle ilgili ders alma gibi parametreler ile sosyal çalışmacı ile ilgili tüm sonuçlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sonuç olarak aile hekimlerinin sosyal çalışmacıların rol ve işlevleri hakkında yeterli bir bilgiye sahip olmadıkları kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal çalışmacı, birinci basamak sağlık hizmeti, aile hekimliği, sağlık yönetimi.

ABSTRACT

Roles and Activities of the Social Workers in the Pilot Application of Primary Health Care System in Düzce

University of Düzce, Medical School, Department of Public Health

The objective of this cross sectional study was to investigate the perception and beliefs of family practitioners working in Düzce about the place and roles of the social workers in primary health care system.

The study group consisted of physicians working at both primary health care and public health care centers in Düzce. A total of 118 physicians (99 from the 31 primary health care centers and 19 physicians from the 8 public health centers) were included into the study. However we could be able to communicate 98 (%83) physicians out of these 118. A questionnaire with 21 items was administrated to these physicians. According to the results of the questionnaires the demographic properties of the family practitioners were described. The following data particularly regarding the social workers were also obtained: The status regarding the cooperation with social workers in their daily practice, whether they had lectures on social cares during the medical training or not, the psychosocial problems of the patients and the solutions of these handicaps that they experienced during their practice, their thoughts about role of the social workers, the necessity of a social care activity. The differences in the results of items regarding the necessity of a social worker in the health care team and cooperation with the social worker were compared with the age, gender and working years of the physicians including their educational background about social care.

The majority of physicians 65 (66.3%) were at the 24-35 age group. Males were 65 (66.3%) and 46 (46.9%) of the physicians graduated in between 2001 and 2006. 95 (96.9%) of the physicians had no education as residency training in medicine. Also 65 (66.3%) of the physicians did not have lectures on social care in their medical training. Consequently, 54 (55.1%) of the physicians did not know what social workers do instead of 7 (7.1%) did know. 32 (32.7%) of the primary care physicians declared that they need social workers in their practice. The roles of social

workers were defined by the physicians as to provide essential educational support in child growing, to define socioeconomic defects, and to play a role in terms of preventing child abuse. There was no association between the properties of the physicians as age, gender, working years, having previous education on social workers and the results of all items regarding the activities and importance of a social worker.

In conclusion, the results of the current study suggest that family practitioners do not have sufficient information about of functions of the social workers.

Key words: Social worker, primary health care, family practitioner, health care management

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar	x
GİRİŞ	1
1.1. AMAÇLAR	3
GENEL BİLGİLER	4
2.1. SOSYAL HİZMET MESLEĞİNİN TANIMI	4
2.2. TIBBİ SOSYAL HİZMETİN TARİHÇESİ	7
2.3. TIBBİ SOSYAL HİZMETİN TANIMI VE TÜRKİYEDE'Kİ GELİŞİMİ	9
2.4. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİNİN TANIMI SOSYAL ÇALIŞMACININ ROL VE İŞLEVİ	12
2.5. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE SOSYAL HİZMETİN YERİ	17
2.6. SAĞLIK OCAĞINDA SOSYAL HİZMETLER	19
2.7. EKİPTE SOSYAL ÇALIŞMACI	20
GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. ARAŞTIRMANIN BÖLGESİ	25
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	25
3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	25
3.4. ARAŞTIRMANIN TİPİ	25
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	25
3.6. ARAŞTIRMAYA KATILMA KRİTERLERİ	25
3.7. ARAŞTIRMAYA KATILMAMA KRİTERLERİ	25
3.8. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	25

(BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER)	25
3.9. ARAŞTIRMADA KULLANILACAK TERİMLER	26
3.10. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇLER	26
3.11. ÖN DENEME	26
3.12. ARAŞTIRMANIN UYGULAMASI	26
3.13. ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ	27
3.14. ARAŞTIRMANIN ANALİZİ	27
3.15. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	27
BULGULAR	28
TARTIŞMA	38
SONUÇLAR	46
ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	49
EKLER	
EK1. ANKET FORMU	53

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Kazanılmış Bağışıklık Eksikliği Sendromu
DSO	Dünya Sağlık Örgütü
HIV	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
HÜ	Hacettepe Üniversitesi
IASSW	Uluslar Arası Sosyal Hizmet Okullar Birliği
IFSW	Uluslar Arası Sosyal Çalışmacılar Federasyonu
NGO	Hükümet Dışı Kuruluşlar
UNFPA	Birleşmiş Milletler Topluluğu Fonu
UNİCEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
SHÇEK	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
SSYB	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi

TABLÖLAR	Sayfa No
Tablo 4. 1. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri	28
Tablo 4. 2. Hekimlerin tıp eğitimleri içinde sosyal hizmetle ilgili ders alma ve yeterli olma durumu	29
Tablo 4. 3. Hekimlerin çalışma yaşantısında sosyal çalışmacı ile çalışmış olması ve çalışma yeri	29
Tablo 4. 4. Hekimlerin sosyal çalışmacının yaptığı iş hakkındaki düşünceleri	30
Tablo 4. 5. Hekimlerin sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyma durumu ve ihtiyaç duyduğu alanlar	30
Tablo 4. 6. Hekimlerin hastalarda karşılaştığı psiko sosyal sorunları çözüm yolları	30
Tablo 4. 7. Hekimlerin sosyal çalışmacının görev alanları hakkındaki düşünceleri	31
Tablo 4. 8. Hekimlerin sosyal hizmet müdahalesinin etkililiği ve müdahale türüne ilişkin yanıtları	32
Tablo 4. 9. Hekimlerin sosyal çalışmacının sağlık ekibinin üyesi olma durumu ve gerekli işbirliğini sağlama durumuna ilişkin görüşleri	32
Tablo 4.10. Hekimlerin sosyal çalışmacının çalışabileceği birimlere ilişkin görüşleri	33
Tablo 4.11. Hekimlerin paket program içerisindeki sosyoekonomik durum butonunu kullanması	33
Tablo 4.12. Hekimlerin sosyal çalışmacının rol ve işlevi hakkındaki düşünceleri	34
Tablo 4.13. Hekimlerin mezun oldukları yıla göre sosyal çalışmacıların sağlık ekibinin üyesi olmasına ilişkin görüşleri	35
Tablo 4.14. Hekimlerin cinsiyete göre sosyal çalışmacıların sağlık ekibinin üyesi olmasına ilişkin görüşleri	36
Tablo 4.15. Hekimlerin cinsiyete göre sosyal çalışmacı ile işbirliği sağlamasına ilişkin görüşleri	36

TABLÖLAR

Sayfa No

Tablo 4.16. Hekimlerin cinsiyete göre sosyal çalışmacı ile çalışmış olma durumu

36

Tablo 4.17. Hekimlerin cinsiyete göre sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyma durumu

37

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlığın tanımı, kişilerin beden, ruh ve sosyal yönden tam iyilik halinde olmalarını sağlamak amacı ile herkesin ırk, din, cins, yaş, siyasi inanç ve ekonomik fark gözetmeksizin koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri kullanmasını sağlamaktır (1). Pek çok hastalığın temel nedenleri arasında bozuk bir çevrede yaşamak, yanlış inanışlar, eğitim yetersizliği, ekonomik yetersizlikler sonucu iyi beslenememe, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi faktörler yer almaktadır (2).

Her toplumun biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal değişkenlerine göre sosyal hizmet uygulamasına duyulan gereksinim artmaktadır. Buna göre en belirgin sosyal hizmet alanları; aile ve çocuk refahı, ceza ve ıslah, sosyal yardım, yaşlı refahı, okul sosyal hizmeti, tıbbi sosyal hizmet alanı ve psikiyatrik sosyal hizmet alanı olarak belirginleşmiştir (3).

Tıbbi sosyal hizmet, hastaların ayakta ya da yatarak muayene ve tedaviden etkin yararlanması amacıyla sosyal çalışmacılar tarafından yürütülen ekonomik, sosyal, eğitsel, destekleyici ve geliştirici hizmetler olup hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkisinin düzenlenmesi, bireysel ve ailevi sorunların çözülmesi gibi konuların tümü olarak tanımlanmaktadır (4).

Sosyal hizmet mesleği insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan, sosyal değişimi destekleyen, insan ilişkilerini ve sorun çözme yeteneğini güçlendiren ve bireyi özgürleştirmeyi amaçlayan, insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak kişilere çevresi ile etkileşim noktasında yardım eden bir hizmet alanıdır. Günümüzde sağlık hizmetleri bir tek mesleğin baş edemeyeceği kadar geniştir. Çağdaş sağlık anlayışı içerisinde, sosyal çalışmacılar hekimler kadar sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez elemanlarıdır. Tıbbi sosyal hizmet, sosyal çalışmacılar tarafından kişi, grup, aile ve toplumlara sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetin ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutları vardır. Diğer bir deyişle, eğitici, destekleyici ve geliştirici hizmetleri, sosyal hizmet disiplini ve mesleğin yöntem ve felsefesiyle birleştirerek tıp ve koruyucu hizmetler çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür (5).

Birinci basamakta hastaların tedavisini engelleyici psikososyal ve ekonomik faktörler nedeniyle sosyal çalışmacılara gereksinim duyulduğu düşünülmektedir.

Ancak ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde sosyal çalışmacı istihdam edilmemektedir. Ülkemizde pek çok tıp fakóltesinde mezuniyet öncesi eğitim programında sosyal hizmet kavramı yer almadığı için sosyal çalışmacıların görevlerini ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yerini bilmeden tıp öğrencilerinin mezun edildiği düşünölmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlerin sosyal çalışmacının çalışma şekli hakkındaki düşünölerini ve hastaların tedavi ekibine uyumunu sağlamada ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinde gerekli davranış değişikliğinde sosyal hizmet müdahalesinin etkililiği, sosyal çalışmacıların rol ve işlevleri hakkındaki düşünölerini değerlendirmek gereklidir.

Bu nedenle “Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Sosyal alışmacının Rol ve İşlevi” tez konusu seçilerek sosyal çalışmacının rol ve işlevleri hakkındaki aile hekimlerinin düşünölerini değerlendirmek amacıyla kesitsel çalışma yapılmıştır.

1.1. AMAÇLAR

1. Düzce aile hekimliği pilot uygulamasında çalışan hekimlerin sosyal hizmet mesleği hakkındaki düşüncelerini saptamak.
2. Düzce aile hekimliği pilot uygulamasında çalışan hekimlerin sosyal çalışmacıya ihtiyaç duydukları alanları belirlemek.
3. Düzce aile hekimliği pilot uygulamasında sosyal çalışmacının rol ve işlevini belirlemek.

GENEL BİLGİLER

2.1. Sosyal Hizmet Mesleğinin Tanımı:

Sosyal çalışma, insanı ve toplumu konu alan bir meslek ve disiplindir. Sosyal çalışmayı diğer bilim dallarından ayıran nitelik, uygulamaya yönelmiş olmasıdır. Bir başka deyişle, sosyal çalışma insanın ve onun meydana getirdiği toplumların sorunlarına yönelmiştir. Amacı bu sorunları belirlemek ve çözümlerine yardımcı olmaktır. Sosyal çalışma konusundaki ana kaynaklara baktığımızda temel yaklaşımları şöyle sınıflandırılabilir:

- Sosyal çalışmayı kişinin sorunlarının çözülmesine yönelik bir meslek olarak ele alan yaklaşımlar.
- Sosyal çalışmayı sosyal refah alanına bağlı olarak ele alan yaklaşımlar.
- Sosyal çalışmayı bir toplumsal kurum olarak ele alan yaklaşımlar (6).

Sosyal hizmet, insanların, sorunlarının nedenlerini doğru algılamaları ve sorunlarını çözme kapasitelerini artırma yönünde çaba harcar. Sosyal politikaların gelişme ve ilerlemesine katılımda bulunmayı amaçlar ve toplumun katkı ve katılımını sağlayan bir disiplindir (7).

Sosyal hizmet alanı; sosyal yardım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, çocuk ve aile refahı hizmetleri, yaşlı refahı hizmetleri, ıslah hizmetleri, örgün ve yaygın eğitimdeki sosyal hizmetler, yoksullara yönelik sosyal hizmetler, tıbbi ve psikiyatrik hizmetler ve özürlülere yönelik sosyal hizmetlerdir.

“Sosyal Hizmetler” kavramı ile anlatılmak istenilenler üzerinde evrensel bir anlayış birliğinin oluşturulabildiğini ileri sürmek mümkün değildir. Sosyal hizmetler kavramı, her ülkenin sosyal ve ekonomik özellikleri ve gelişmişlik düzeyiyle bağlantılı olarak farklı anlamlar taşımaktadır (8).

Schwartz sosyal hizmet görevini birey-aile ve toplum arasında, karşılıklı olan doyum gereksinimini karşılamakta bir araç olarak, Harriet Bartlette ise sosyal hizmetin işlevsellik odağı bireylerin etkinlikleri ile çevreden gelen istemleri arasındaki ilişki olarak tanımlar. William Gordan’a göre çevreyle birey arasında uyum sağlamaktır (9).

Uluslararası Sosyal Hizmet Okullar Birliği (International Association of

Schools of Social Work-IASSW) ile Uluslararası Sosyal Çalışmacılar Federasyonu (International Federation of Social Workers-IFSW) örgütlerinin katılımıyla 27 Haziran 2001 yılında Kopenhag'da sosyal hizmet tanımı yapılmıştır. Sosyal hizmet mesleği, insanların refahı için, sosyal değişmeyi, insani ilişkilerdeki sorunları çözmeyi, insanın güçlenmesini ve özgürleşmesini sağlar.

Sosyal hizmetin birbiri ile bağlantılı kuramları ve uygulamaları vardır. Sosyal ve kültürel değişmeye yardımcı olmak için insani gelişimi ve davranışı ve sosyal sistemlerle ilgili kuramları kullanır.

Sosyal hizmet uygulaması, toplumda var olan engelleri, eşitsizlikleri ve adaletsizlikleri hedef alır; bireysel, gündelik ve sosyal sorunlar kadar krizler ve acil durumlara yanıt verir; danışma, klinik sosyal hizmet, grup çalışması, sosyal eğitsel çalışma, aile terapisi ve tedavisini kapsar (10).

Sosyal hizmet uygulamasının temel amaçları şunlardır:

1. Toplum yaşamında insanın etkililiğini sağlamak.
2. İnsanın kendi gücünü ve egemenliğini kullanmasına olanak sağlayacak üretkenlik ve yaratıcılığı harekete geçirmek.
3. İnsanın kendi yaşamı ve kaynakları üzerinde denetim sahibi olmasına ve karar vermesine olanak sağlamaktır (11).

Sosyal hizmet makro düzeyde genel strateji, politika, plan, program ve proje geliştirmeyi amaçlar. Mikro düzeyde ise gruplara ve toplumlara yaşadıkları gerçeklik içinde sosyal örgütler aracılığı ile uygun hizmet, program ve projelerle yardımcı olmayı amaçlar (12).

Bu amaçları gerçekleştirmek için sosyal kişisel çalışma, sosyal grup çalışması, toplumla çalışma, sosyal hizmet idaresi, sosyal refah araştırmaları gibi mesleksel yöntemleri kullanır (11).

Türkiye’de, sosyal hizmetler 27.5.1983 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 24.5.1983 tarihli ve 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” ile hukuken tanımlanmıştır. Buna göre; “sosyal hizmetler, kişi ve ailelerin kendi içinde ve koşullarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve gereksinimlerinin karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini

amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü” dür (8).

Dördüncü Ulusal Sosyal Hizmet Konferansı’nda sosyal hizmetlerin çeşitli tanımları yapılmıştır. Buna göre;

1. İnsanların problem çözme kapasitesini artırmak,
2. Kaynak, hizmet ve olanak sağlayacak sistemlere başvuruları sevk etmek,
3. Bu kaynakların etkili insancıl olarak işlev görmesini sağlamak,
4. Sosyal politikaların gelişimi ve ilerlemesi için katılımda bulunmayı amaçlayan bir meslektir (8).

Dünyaya baktığımızda ise sosyal çalışmacılar sosyal politikaların oluşturulmasında, kalkınma süreçlerine katılmada, politikaların sürdürülebilirliği konularında ağırlıklı roller üstlenmektedir. Türkiye’de sosyal politikaların oluşmasında sosyal çalışmacılar görev almamaktadır. Sosyal hizmet mesleğinin yasal tanımı olmaması, mesleğin gelişimi açısından sorun oluşturmaktadır. Sosyal hizmet mesleği sağlık mesleği tanımı içinde olması nedeniyle Sağlık Bakanlığı bünyesinde tanımlanması gerekmektedir. Bu konuda hazırlanan meslek yasa tasarısı Türkiye Büyük Millet Meclisinin (TBMM) gündemine alınması için bekletilmektedir.

Türkiye’de yaklaşık 3000 kişinin sosyal hizmet eğitimi aldığı söylenebilir. Sosyal hizmet mesleğini icra edenlerle ilgili kesin bilgi yoktur. Sağlık Bakanlığı’nda tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanlarında, organ nakli ve değişiminde, madde bağımlılığı merkezlerinde, sağlık ocaklarında SHÇEK (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu) Genel Müdürlüğü merkez teşkilatı ve genel sosyal hizmet alanlarında, yaşlılık, çocuk, özürlülük, toplum sağlığı alanlarında yaklaşık 1,028 kişi çalışmaktadırlar. Adalet Bakanlığı’nda; ceza ve tutuk evleri, ıslah evleri, çocuk mahkemeleri, aile mahkemelerinde 60 kişi çalışmaktadır. Kredi Yurtlar Kurumu’nda gençlik sorunlarına yönelik 37 sosyal çalışmacı görevlidir. İçişleri Bakanlığı bünyesinde; küçükleri koruma şubesi, jandarma çocuk bürosu, belediyelerde yaklaşık 30 sosyal çalışmacı görev almaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı ve Rehberlik Araştırma Merkezlerinde yaklaşık 13 sosyal çalışmacı çalışmaktadır. Üniversitelerde; öğretim üyesi, tıp fakültesi hastaneleri ve mediko sosyal merkezlerinde 80 kişi, özürlü idaresi başkanlığında 7 kişi, Kadın Statüsü Sorunları Genel Müdürlüğü’nde 2 kişi, Aile Araştırma Kurumu Başkanlığına 2 kişi, TBMM’de 3 kişi, Başbakanlıkta 3 kişi çalışmaktadır. Özel sosyal hizmet kuruluşlarında; özel huzurevi, kreş ve gündüz

bakımevi, özürlülük özel rehberlik merkezlerinde 428 kişi, aile danışma ve ergenlik danışma merkezlerinde, fabrikalarda, sendikalarda, sivil toplum örgütlerinde ve çeşitli projelerde yaklaşık 37 kişi olmak üzere 1920 kişinin sosyal çalışmacı olarak çalıştığı düşünülmektedir (13).

2.2.Tıbbi Sosyal Hizmetin Tarihçesi:

19. yüzyılın sonlarında İngiltere’de akıl hastanelerinden taburcu olan hastaların hastalıklarının tekrarlanmasına engel olmak için evlerinde takip edilmesi görüşünün benimsenmesi ile başlamıştır. Daha sonra ‘Lady Almoner’ adı verilen ve yoksulların evine giden kadınların hastanelerde görev almasıyla devam etmiştir. İlk olarak 1890’da Sir Charles tarafından Londra’da başlatılan bu sistem sayesinde ücretli ya da ücretsiz yatacak hastaların hangi kaynaktan ne ölçüde yardım alacaklarına karar verilmesi gibi sosyal durumlar da inceleniyordu. Daha sonra 1893’de ABD (Amerika Birleşik Devletlerinde) hastaneler ve toplum merkezlerince yoksul hastaları tedavi sonrasında takip için bu hastaların evlerine hemşire gönderilmeye başlanmıştır. Yine ABD’de Johns Hopkins Üniversitesi hastalığa yol açan psikolojik ve sosyal sorunların tıp eğitimi içinde ele alınmasına gerek duyarak öğrencilerini söz konusu kurumlarda hastanın sosyal, ekonomik ve mesken sorunlarını incelemekle görevlendirmiştir.

Sağlık çalışanları, eski aile doktorları gibi hastanın yaşam koşulları, alışkanlıkları, aile ilişkileri, geliri ve benzeri gibi konularla ilgilenmiyorlardı. Bu nedenle sosyal durumu ihmal edilen hastaların sorunlarını çözmek için özelleşmiş çalışanların istihdam edilmesine gereksinim duyulmuştur. 1905 yılında ABD’de tıbbi sosyal hizmet Boston Massachusetts General Hospital, New York Bellevue Hospital, Baltimore Johns Hopkins Hospital, Boston Berkeley Infirmary Hospital gibi hastanelerde resmen uygulanmaya başlanmıştır.

Tıbbi sosyal hizmetin tarihçesi açısından Alexander ve Weber kronolojik bir sıralama yapmış ve bu sıralamada yasal düzenlemelerin yanı sıra tıbbi sosyal hizmet açısından önemli olabilecek yayın ve eserlere de yer verilmiştir.

1898 yılında sosyal hizmetlerde ilk uygulama kursları başlatılmış ve aynı yıl içinde, New York Hayır Severler örgütü faaliyete geçmiştir. 1905 yılında yukarıda belirtilen bilginin yanı sıra, aynı hastanede James J. Putmen tarafından ilk psikiyatrik

sosyal hizmet uzmanı görevlendirilmiştir. 1909 yılında akıl sağlığı için Ulusal Komite kurulmuştur. Yine aynı yıl içinde Chicago’da ilk çocuk akıl sağlığı kliniği olan Juvenile Psychopathic Institute kurulmuştur. 1911 yılında New York Akıl Hastaneleri tarafından bakım sonrası hizmet için sosyal hizmet uzmanları istihdam edilmiştir. 1912 yılında Dr. C. Cabot sosyal çalışmacının ve doktorun hastanın tedavisinde tedavi ekibinin birer üyesi olduğu görüşünü ortaya atmıştır. 1913 yılında bir akıl sağlığı kurumu olan Boston Psychopathic Hospital da Mary C. Jarret’in yönetiminde ilk sosyal hizmet bölümü kurulmuştur. 1915 yılında Richard C.Cabot tarafından Sosyal Hizmet ve İyileştirme Sanatı (Social Service and the Art of Healing) adlı eser yazılmıştır. 1918 yılında Amerikan Tıbbi Sosyal Çalışmacılar Derneği kurulmuştur. Ayrıca aynı yıl Amerikan Hastanelerindeki Sosyal Çalışmacılar Derneği kurulmuştur.

Ülkemizde ise tıbbi sosyal hizmetin tarihçesi ve mevzuatı ile ilgili olarak çeşitli kaynaklarda kimi bilgilere rastlanabilmekle birlikte bu bilgiler yeterince kapsamlı ve açık değildir. Sosyal hizmetlerin ilk resmi örgütleniş biçimi, Sağlık Bakanlığı kuruluş yapısı içinde yer almıştır. 1958 yılında başlatılan düzenlemelerde, sosyal hizmetler sadece tıp ve sağlık alanında düşünülmeyip, Bakanlığın o zamanki isminde yer alan ‘sosyal yardım’ organize etmek amacı da göz önünde tutulmuştur.

12.6.1959 tarih ve 7355 sayılı kanun olan Sosyal Hizmetler Enstitüsü’ nün kurulmasına dair kanun kabul edilmiştir. Bu kanunda Sosyal Hizmetler Enstitüsü’nün görevleri; teşkilat yapısı gibi konular yer almış, tıbbi sosyal hizmet açısından yasal bir dayanak oluşturmuştur.

Bu yasa ile bakanlığın kurumsal yapısı içinde Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi kurulmuş ve Kanunun 7. maddesinde bu şubenin görevlerine yer verilmiştir. Buna göre; “Tıbbi Sosyal Hizmetlerin koruyucu, terbiye ve tedavi edici tıbbi sosyal cephelerini (sosyal intibaksızlıklarını giderme, rehabilitasyon gibi) ihtisas bakımından tetkik ve bunların memlekette tatbikine dair olan esasları bildirir” denmektedir.

Sosyal hizmetler ve doğal olarak tıbbi sosyal hizmet alanında da çalışacak elemanları yetiştirmek üzere 1961’de ‘Sosyal Hizmetler Akademisi’ kurulmuştur. 1963 yılında 225 sayılı kanunla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü faaliyete geçmiştir.

İlk sosyal hizmet uygulamaları 1964’de Sosyal Hizmetler Akademisi öğrencilerinin stajları ile başlamış, 1967’de ise Ankara Üniversitesi Hastanesine bir sosyal çalışmacının atanması ile tıbbi sosyal hizmet resmi yapı içinde yer almıştır. Bir başka kaynağa göre Türkiye’de ilk bilimsel ve mesleksi, tıbbi sosyal hizmet uygulaması, 1964’de Miss Violet Bemmels idaresinde bir grup stajyer sosyal çalışmacı ile Hacettepe Hastanesi’nde başlatılmıştır. 1966’da Hacettepe Hastanesi’nde Sosyal Hizmet Bölümü kurulmuştur. Sosyal hizmet bölümünün kuruluşu sırasında Sosyal Hizmetler Akademisi’nden 3 öğrencinin Sosyal Kişisel Çalışma stajını yapmaları için hastaneye gönderildiği ve hocaları Mr. Pillai tarafından denetlendiği vurgulanmaktadır. 1967 yılında Gülveren Ana Çocuk Sağlığı Merkezi’nde Sosyal Hizmet bölümü kurulmuştur. 1967 yılında sosyal hizmet alanına yeni elemanlar yetiştirmek amacıyla Hacettepe Üniversitesi bünyesinde H.Ü. Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmetler ve Sosyal Çalışma Bölümü kurulmuştur (14).

2.3.Tıbbi Sosyal Hizmetin Tanımı ve Türkiye’deki Gelişimi:

Dördüncü Ulusal Sosyal Hizmet Konferansı Sağlık ve Sosyal Hizmetler Komisyonu Raporu’nda tıbbi sosyal hizmetler; ‘kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmalarını amaçlayan bir hizmettir. Sağlık hizmetlerinin ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini ve mesleğin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür’ şeklinde tanımlanmıştır (14).

Tıbbi sosyal hizmetin temel amacı; hastanın tıbbi bakım ve tedaviyi kabul etmesi ve bakımı etkili bir şekilde kullanmasını kolaylaştırmaktır (8).

Fried Lande’e göre tıbbi sosyal hizmet, sosyal ve ekonomik şartlar bakımından hastalığa etki eden duygusal faktörlerini bulup çıkarmaktır (15).

Dr. Charles Emerson’ a göre; Tıbbi sosyal çalışma kapsamlı ve nitelikli sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek için bir silahtır. İnsan akıl ve beden bir bütündür ve beden bozuklukları ayrı değerlendirilemez. Tıbbi sosyal çalışma hastalığı önlemekle, hastalığın bakım sonrasıyla ve sosyal rehabilitasyonla ilgilenir(16). Bütün bu tanımlamalarda görüldüğü gibi tıbbi sosyal hizmet hastalık

dışında hastalığa neden olabilecek psikolojik, sosyal faktörlerle ilgilenmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet uygulamasının çeşitli aşamaları vardır;

İnceleme Aşaması: Hastanın tıbbi bakım almasına neden olan veya olabilecek faktörler hakkında bilgi toplanır. Hastanın içinde bulunduğu durumu nasıl değerlendirdiği ve nasıl tepkide bulunduğu gözlemlenir ve problemin alanı belirlenmeye çalışılır. Bu aşamada hastanın karşılaştığı güçlüklerle ilişkin olarak belli başlı üç sorun grubu belirlenir. Birinci grup sorunlar tıbbi bakım ve tedavi kurumlarına girme ile ilgilidir.

Hastalığa karşı tepkiler ikinci grup sorunları oluşturur. Hastalığa ve içinde bulunan duruma uyum sağlama da önemli bir sorun kaynağıdır. Sağlık bakım sistemine duyulan tepki de üçüncü grup sorunların kaynağını oluşturur.

Planlama Aşaması: Bu aşamada problemlerin çözümlenmesinin gerekli olduğu, bu problemlerin hangilerinin acil olduğu, ne gibi önceliklerin olacağı, neyin yapılacağı ve spesifik görevleri kimin yapacağı planlanmaktadır, hangisinin daha önce çözüleceğine karar verilir.

Hizmet Sunma Aşaması: Sosyal çalışmacıların sunduğu hizmetler çok yönlüdür. Bunlar danışma, duygusal destek sağlama, kaynak sağlama, işbirliği ve konsültasyon ve grup hizmetleridir. Grup hizmetleri dışarıda tutulduğu zaman tıbbi bakım ve tedavi kurumlarında çoğunlukla bu hizmetler verilir.

Değerlendirme ve Sonlandırma Aşaması: Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları genelde hastanın kurumu kullandığı süre ile sınırlıdır. Bu sürede hasta güçlü bir bağ oluşturur. Bu tür güçlü bir bağ kesmek hastalarda kızgınlık, öfke, korku gibi duygular uyandırır. Bu nedenle açık ve anlaşılır bir sonlandırma süreci tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemli bir ögesidir (15).

Türkiye’de tıbbi sosyal çalışmacı ve uygulaması resmi anlamda tanımlanmaya çalışılmıştır. Buna göre; Resmi gazetede 1973 tarihinde yayımlanan tanımına göre tıbbi sosyal hizmet; hastanede yatan her hastanın uygulanan tedaviden en etkili şekilde yararlanması amacıyla, Sosyal Hizmet personeline görülecek ekonomik, sosyal, eğitsel ve destekleyici hizmetler yanında, hastanın ailesi ve çevresiyle ilişkinin düzenlenmesi, hastaneden çıktıktan sonra kişisel ve aile sorunlarının çözümlenmesi gibi hususların tümüdür (17).

Tıbbi sosyal hizmetler kavramı 26 Kasım 1973 tarih ve 14724 sayılı Resmi

Gazete’de yayımlanan Tedavi Kurumları yönetmeliği içinde yerini almıştır. Bu yönetmeliğin 33. , 34. ve 35. maddelerinde Tıbbi Sosyal Hizmetler, 130. maddede sosyal hizmet şefinin görev ve yetkileri ve 131. maddede sosyal çalışmacının görev ve yetkileri konusuna yer verilmiştir. Madde 131- Hastaların kişisel ve ailevi sorunlarının çözümlenmesinde ailesi ve yakın çevresi (hastane, okul vb.) ile işbirliği yapılır, tedaviye yardımcı olmaları sağlanır. Hastaların gerektiğinde sosyo-ekonomik durumlarının tetkikini yaparak hastane harcamalarına katılıp katılmayacaklarını araştırır ve değerlendirir. Yine aynı toplantıda alınan karar gereği, sosyal çalışma kadrosunun, tedavi kurumlarının standart kadrosuna girmesi sağlanmıştır. Buna göre, her yüz yatağa bir sosyal çalışmacı kadrosu konmuştur.

Yukarda belirtilen yönetmelik 13.1.1983 tarih ve 1927 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ve halen yürürlükte bulunan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile yeniden düzenlenmiş ve bu Yönetmeliğin 125. , 126. maddelerinde sosyal hizmetler şefi ve sosyal çalışmacının görev ve yetkileri belirtilmiştir. Ayrıca 159. maddede halkla ilişkiler memurunun görevleri başlığı altında sosyal çalışmacıların halkla ilişkiler görevini de yürütebileceğini belirten bir hüküm konmuştur.

Madde 125- Sosyal Çalışmacı: Sosyal Hizmet Akademisi veya muadili fakültesi mezunu, kişilerle iyi ilişkiler kurabilecek ve kuruluşlar arasında iletişimi sağlayacak yetenekte sağlık personelidir.

Madde 126- Hastaların kişisel ve ailevi sorunlarının çözümlenmesinde ailesi ve yakın çevresi (hastane, okul vb.) ile işbirliği yapar, posta ve halkla ilişkiler hizmetlerini yürütür.

27 Mayıs 1983 tarihinde yürürlüğe giren 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile Sosyal Hizmetler Enstitüsü kapatılmıştır. Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü bünyesinde yürütülen tıbbi hizmetler için örgütsel yapı ortadan kaldırılmıştır. Bunun sonucu olarak Bakanlık bünyesinde doğrudan ve bu hizmetleri yürütmekle görevli bir organizasyon bulunmadığı ifade bulmuş ve bu eksikliği karşılamak üzere 17.04.1992 makam onayı ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmet Koordinatörlüğü kurulmuştur.

Sağlık alanında tıbbi sosyal hizmetlere olan gereksinimin bir başka göstergesi olarak 1 Eylül 1993 tarih ve 21685 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Diyaliz

Merkezleri Yönetmeliği kapsamında sosyal çalışmacılara yer verilmiş olması gösterilebilir. Buna göre cihaz sayısı 10'dan fazla olan her merkezde bir sosyal çalışmacı mutlaka bulunması gerekmektedir. Diğer yandan Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde sosyal çalışmacı istihdamına gerek duyulmakta ve halen çalışan bir sosyal çalışmacı bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Okulu'nda Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile "Sağlık Alanında İnsan Gücünün Geliştirilmesi" adı altında 1976 yılında başlatılan bir projede, sosyal çalışmacı halk sağlığı alanında da sağlık ekibinin bir üyesi olarak kabul edilmiştir. Bu projede seçilen iki sosyal çalışmacı diğer ekip elemanları ile birlikte üç aylık sağlık hizmetleri uyum programından geçirilecektir. Projenin uygulama alanları olan Ankara-Çubuk ve İzmir-Torbalı ilçelerinde Sağlık Grup Başkanlıkları bünyesinde oluşturulan standart kadroda yer alarak çalışmalarına başlamışlardır (18).

Bütün bunlar çerçevesinde tıbbi sosyal çalışmacıların çalıştıkları alanları incelediğimizde tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal çalışmacılar, sağlık ocaklarında, verem savaş dispanserlerinde, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde, ruh sağlığı kliniklerinde, diyaliz merkezlerinde, polikliniklerde, devlet, üniversite ve özel hastanelerde hizmet vermektedirler (15).

2.4.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliğinin Tanımı Sosyal Çalışmacının Rol Ve İşlevi:

R H. Corney 1987 yılında Londra'da Sosyal Çalışmacılar ile birinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sosyal çalışmacılar ve genel pratisyenlere artan bir ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. "Genel pratisyenlerin baktığı ve sosyal servise başvuran hastaların büyük bir çoğunluğunda hastalıklarının yanı sıra psikososyal problemler de vardır". Bunun da sosyal servise ve sosyal çalışmacılara ihtiyacı ispat eden nedenlerden biri olduğunu ve iki meslek grubunu bir araya getirmenin önemli olduğunu belirtmiştir.

Bu nedenle 1977'de İngiltere'de yeniden düzenleme çalışmaları yapılmış ve proje geliştirilmiştir. Buna göre; sosyal çalışmacılar ve diğer sağlık çalışanları arasında ilişkiler düzenlenmiş, sosyal çalışmacıların çalıştığı üç ana bölüm; çocuk refahı, yoksullara yardım, akıl sağlığı birleştirilmiştir. Genel pratisyenlerle sosyal

Çalışmacılar arasında işbirliği güçlendirilmiştir. Buna rağmen pek çok güçlükle karşılaşmıştır. Bunlar, işin rutinleşmiş olması, genel pratisyenlerle sosyal çalışmacıların işbirliği içinde olmamaları, bu servislerin lüks servisler olması ve finansman sorunu ile karşılaşmıştır. Politik değişikliklerin sosyal çalışmaya odaklanmış olmaları ve onların tutum ve davranışlarını engelleyici tutum göstermeleri, sürekli yeni organizasyonlara odaklanmaları da uygulamaları engelleyici sorunlardan olmuştur. Bu nedenle sadece profesyoneller arasında işbirliğini artırmaya yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bunlar, sosyal alışmacıları da içeren birinci basamak bakım takımı kurulması ve farklılıkların tanımlanmasıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde genel pratisyenler ile sosyal çalışmacıların uyum içinde olmaları için üç koşul önerilmiştir; 1) Birimlerin kendi içinde bilgi sahibi olmaları, 2) sistem içinde bilgi sahibi olmaları ve işbirliğini tercih etmeleri ve 3) fikir birliğine varabilmeleri. Kendi alışma farklılıklarını benzerliklerini karşılaştırmaları çok önemlidir (19).

Birinci basamak sağlık hizmetleri ve sosyal çalışmacılar açısından Danimarka ve Hollanda'yı inceleyecek olursak; Danimarka'da sağlık hizmetleri iki şekilde sunulmaktadır. Birinci basamak hizmetler ve hastane hizmetleri. Devletin sağlık hizmetlerini sunmadaki ilk ve en önemli görevi koordine etmek ve tavsiyede bulunmaktır. Esas görevlerinden biri ulusal sağlık politikaları hedeflerini ortaya koymaktır. Sağlık alanında yerel yönetimler; evde hemşirelik, toplum sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri ve çocuk ve diş sağlığı tedavilerinden sorumludur. Aynı zamanda sosyal hizmetlerin (yaşlı bakım evi, yaşlıların barındırılması) büyük bir kısmından sorumludur.

Danimarka'da sağlık sisteminde genel pratisyenler önemli bir konumundadır. Genel pratisyenler, koordinatörlük yapan ve hastaları hastanelere, uzmanlara ve diğer çalışanlara sevk eden kişilerdir (20).

Danimarka'da 1980 öncesi yıllarda kendi bakımını sağlayamayan yaşlıların ve özürölülerin bakım yurtlarına gönderilmesi yaygın bir uygulamaydı. 1987'de yasal düzenlemelerle kurumsal bakım hizmetleri yerine kurumsal olmayan evde bakım hizmetleri geliştirilmiştir. Ulusal düzeyde sosyal bakım hizmetlerinden sorumlu sosyal çalışmacılar ve sağlık ve konut bakanlığının temel gayesi bakıma muhtaç kişilerin mümkün olabildiğince evlerinde kalmalarını desteklemektir. Sağlığın

korunması ve sosyal bakım hizmetleri yerel yönetimlerin sorumluluğunda yerine getirilmektedir. Sosyal bakım hizmetleri kapsamında ev idaresi, tıbbi bakım ve hemşirelik hizmetleri, rehabilite edici meşguliyet terapisi, aktif bakım ve sosyal aktiviteler yer almaktadır. Danimarka’da sağlık ve sosyal bakım hizmetleri bir bütünlük içinde yürütülmektedir. Ayrıca belediyeler tarafından ilgili olarak bakım hizmetinden sorumlu sosyal çalışmacılar gerek evde, gerekse kurumlarda günlük yaşam aktiviteleri ve hemşirelik etkinliklerinin yerine getirilmesi ile ilgili olarak 12 ay boyunca 3/2 uygulama 3/1 teorik olmak üzere eğitilmektedirler. Evde yaşayan bakıma muhtaç kişilere sosyal bakım hizmetleri, bakıma muhtaçlık derecesi ve gereksinime göre verilmektedir. Sosyal çalışmacılar ve sosyal bakım hizmeti için başvuran kişi ile birlikte nasıl bir yardıma ihtiyaç duyulduğu belirlenmektedir.

Hollanda’da sosyal bakım hizmetlerinin finansmanı zorunlu olarak ödenen primlerle karşılanmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin genişletilmesi ve yaygınlaştırılması, ameliyat sonrası hastanın iyileşmesi ve son günlerini evde geçirenler için evde bakım hizmetlerinin artırılması, hiçbir kurumsal hizmetten yararlanamayan ve kendi başına bağımsızlığını sürdürmekte zorlanan kişilere yaşlı, özürlü bakım evlerinde bakım verilmektedir.

Uygulamalı sosyal bakım hizmetleri değişik sebeplerden dolayı bakıma muhtaç hale gelmiş insanlara, bakım hizmetleri ile ilgili olarak sistemli, planlı organize bir biçimde yürütülen, bakıma muhtaç insanın bulunduğu mekana göre kurumsal veya eve yönelik olarak sunulan bütün destek ve yardımlardır. Bir bilim dalı olarak sosyal bakım; teorik metodik (yöntemsel) ve spesifik meslek ağırlıklı modelleri ile sosyal hizmetler, hemşirelik sosyal çalışmacılar, hemşirelik ve sosyal tıp bilimlerinden müteşekkil bir bilim dalıdır. Sosyal bakım biliminin ana teması, uygulamadaki bakım faaliyetlerinin ve hizmetlerin psikososyal çerçevede incelenmesinden ibarettir. Batı’da 1961’li yıllardan beri sosyal bakım bilimi adı altında üniversitelerde ders verilmektedir (21).

Amerika’da sosyal çalışmacılar; sağlık hizmetlerinde klinik vaka tayini, planlama, tedavi, hizmet yönetimi ve hasta takibinin tüm yönlerinde aktif olarak yer alırlar. Sağlık hizmetlerinin psikososyal yönlerinde uzman olarak fonksiyon görürler. Diğer sağlık birimlerinin pratisyenlerine danışman olarak hizmet ederler. Hasta bakımını doğrudan etkileyen karışık psikososyal faktörlerin daha iyi anlaşılması ve

vurgulanmasına yardımcı olmaktadır. Hasta ve ailelerin yatan hasta, ayaktan hasta ve toplumun bazı sağlık merkezleri ile bağlantısını sağlarlar. ABD’de binlerce kurum içinde, hasta ve ailenin onlara uygun sağlıkla ilişkili servislere ulaşmasını kolaylaştırlar. Sosyal alışmacılar sağlık eğitimcileri olarak da fonksiyon görürler. Sosyal alışmacılar yeni sağlık programlarının uygulanmasında, gerek duyulan kaynakları yaratan program geliştirme uzmanları olarak fonksiyon görürler. Pek çok açıdan birinci sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmış sosyal çalışmacılar birinci sağlık hizmetlerinde yürütülen programlara destek olurlar (22).

Birinci basamak sağlık hizmeti, bir toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kolayca erişebilecekleri ve yararlanabilecekleri şekilde oluşturulan bir sağlık hizmetidir. Bu hizmet, ülkenin sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturmalı ve gerek bu sistemin gerekse sosyal ve ekonomik sistemin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Toplumun işbirliğini, katkısını ve toplumun kabul edebileceği yöntemlerin uygulanmasını gerekli kılan bu tür hizmetlerin maliyeti, o ülke ya da toplumun parasal olanaklarıyla karşılanabilir nitelikte olmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti, toplumun belli başlı sağlık sorunlarının çözümüne yönelik olmalı ve buna uygun olarak sağlığın daha iyiye götürülmesini, korunmasını, hastalıkların tedavisini ve hastaların rehabilitasyonunu sağlamalıdır. Birinci basamak sağlık bakımıyla ilişkin hizmetlerin en azından temel sağlık hizmetlerini kapsaması gerekir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz; Uygun beslenme sağlamak, yeterli miktarda temiz su sağlanması ve çevrenin sağlıklı duruma getirilmesi, aile planlamasını da içeren ana ve ocuk sağlığı, önemli bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama, yerel endemik hastalıklarla sık görülen hastalıkların önlenmesi, iyi ve uygun bir şekilde tedavi edilmesi, ilk yardım hizmetleri, belirgin sağlık sorunlarının kontrolü ve önlemeye yönelik sağlık eğitimidir (23).

Birinci basamak hastanın tıbbi tedavisi, bakım, koruyucu tedbirler ve rehabilitasyon ihtiyaçlarını karşılamaya dayalıdır. Birinci basamakta, değişik meslek kategorileri hizmet sunmaktadır. Bunlar, doktor, hemşire, ocuk hemşireleri, yardımcı hemşire, fizyoterapist, mesleki terapistler, sosyal çalışmacılar vb (24).

Aile hekimliğinin temel bilgi alanı klinik tıp olup başlıca odak noktası ise koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici tıbbi bakım ve uygulamalardır (25).

Aile hekimi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak

teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın ön gördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir (26).

Aile hekimleri, bu hizmetleri sunarken sağlık hizmetlerini bir bütün olarak değerlendirir. Kendisinin sunduğu sağlık hizmetleri ile diğer sağlık kurumlarının sağlık hizmeti arasında eş güdümü sağlamak ayrıca diğer kurumlarla işbirliği yaparak toplumun ve kişilerin sağlık düzeyini yükseltmek ve sürdürmek görev ve yetkisindedir (27).

Temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü tarafından 20- 02- 2006, 1853 sayılı talimata göre; toplum sağlığı hizmeti olarak aile hekimliği uygulamalarında gezici sağlık hizmeti yürütülecektir. Gezici sağlık hizmetleri öncelikle koruyucu sağlık hizmeti için yapılır. Bu kapsamda verilecek hizmetler şunlardır; ev ziyaretleri, gebe ziyaretleri, bebek takibi, aşılama hizmetleri. Aile hekimlerinin öngördüğü kronik hastalar için evde takip hizmetleri de yürütülecektir. Bu talimata göre standart muayene hizmetleri ancak yukarıda sayılan hizmetler bittikten sonra verilebilir (28).

Toplum sağlığı merkezlerinin sunduğu hizmetleri şu şekilde sınıflandırabiliriz; idari ve mali hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetlerdir. Bunun yanında aile sağlığı merkezinde yürütülen hizmetler, acil sağlık hizmetleri, adli tıbbi hizmetler, okul sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı ve iş sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırma ve denetimi, afet organizasyonu, kurullara ve komisyonlara katılım, yeşil kart hizmetleri, sağlık müdürlüğünün verdiği diğer görevleri yapmaktır (29).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir açıdan baktığımızda tıp ile sosyal hizmet mesleğinin dayanışma içinde olması gereken disiplinler olduğu görülmektedir.

Toplumu oluşturan bireyler tüm çevre koşullarından etkilenir. En dinamik çevre öğelerinden biri sosyal çevredir. Sosyal hizmet, kendine özgü yöntem, teknik yaklaşımları bulunan bir disiplin olarak, bu alanda yerini almalıdır. Çevrenin fizik ve biyolojik öğeleri daha kolay anlaşılmaktadır. Bedensel sağlık, en azından hastalık

kavramıyla bağlantılı olarak anlaşılmış sayılabilir. Ruhsal sağlık bir dereceye kadar anlaşılmakta ama sosyal sağlık kavramı olarak daha yerleşmemiştir (7).

Ailenin gelir, konut, nüfus durumu, çalışma koşulları, aile sağlığının maddi koşullarını hazırlar. Mahalledeki sağlığa uygun olmayan çöp, kanalizasyon, su, besin maddelerinin üretimi, yapımı ve satılması gibi konular da sağlığın dış çevredeki maddesel koşullarının hazırlayıcısıdır. Bu ortamın sağlığa uygun duruma getirilebilmesi için toplum sağlığı merkezinde çalışan hekimlerle sosyal çalışmacıların çalışma konusu aynı, ancak yaklaşımları, özgün alanları ve yöneldikleri nokta ayrıdır. Toplum sağlığı merkezinde çalışan hekimler daha çok fizik çevreye yönelik çalışır. Sosyal çalışmacılar bu çevre içindeki insanla ilgilidir. Her iki eleman takım çalışması içinde insan sağlığına hizmet ederler.

Halkın sağlık konusunda bilinçlenmesi için yapılan çalışmaların ne denli önemli olduğunu şu örnek göstermektedir: bir gecekondu bölgesinde sağlık ekiplerinin, halkın içme suları ve yemekte kullandıkları suların klorlanması için dağıttıkları klor, yöre halkı tarafından beyazlatıcı olarak çamaşır yıkamada kullanılmıştır. Kontamine sularla yemek yapan, o suyu içen, çocuğuna içiren insanlar resmi makamlarca dağıtılan kloru çamaşırların beyazlatılması için kullanılıyorsa o toplumda klor dağıtmak, aşı yapmaktan başka bir şey yapmak gerekir. Aşı yapılması, klor dağıtılması sağlık hizmetidir. Bunun yanı sıra dağıtılan sağlık gereçlerinin sağlık amacına uygun kullanılabilmesi için halk üzerinde anlayış ve davranış değişikliği yaratmaya yönelik çalışmalar, sosyal çalışmacıların yapacağı çalışmalar sağlık hizmetinin kapsamına girmektedir (30).

2.5. Temel Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Yeri:

Sağlık alanında sosyal hizmetler sağlığın toplumsal boyutlarının görülmesi ile ortaya çıkmıştır. İnsanı içinde yaşadığı toplumdan soyutlayarak tedavi edip, onu hasta eden ortam içine tekrar bırakmanın anlamlı ve sürekli bir yarar sağlamadığı görülmüştür. Bireysel tedavi hizmetlerinin, kişiyi hasta yapan koşullarla uğraşılmadıkça yetersiz kaldığı, hatta kalabalıklaşan toplumlarda bu anlayışla kesin başarıya ulaşılmadığı görülmüştür (30).

Medikal sosyal çalışmanın sağlık alanında iki temel etkinliği vardır. İlki sağlık hizmeti sunan merkezlerde psiko sosyal boyutların doğasının anlaşılmasıdır. İkincisi sosyal gereksinimlere cevap verebilecek uygun hizmetlerin sağlanmasına

aktif katılım oluşturmaktır. Katılım doğrudan hizmetleri verme şeklinde ya da özel programların ve gelecekteki programlar için bir temel oluşturarak sosyal politikaların gelişimini etkileyerek olabilir.

Sağlık alanındaki ekip çalışmasının genel amacı, hizmet sunulan bireylerin, grupların ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu durumda sosyal çalışmacılar sağlık hizmetlerinin tüm alanlarında, sağlık hizmetlerinin etkinliğini bozan birey ve toplum düzeyindeki sorunlar ve çözümleri hakkında sağlık hizmeti sunanlara yol gösterici olabilmektedir (31).

Temel sağlık hizmetlerinde sosyal hizmetin yerinin açıklanmasında aile planlaması uygulamaları örnek verilebilir. Aile planlaması çalışmalarının yürütülmesinde iki önemli aşama vardır. 1. Hedef nüfusa aile planlamasının ne olduğunu anlatmak. 2. Aile planlaması hizmetlerini sağlamak.

Aile Planlaması eğitimi sadece Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün görevi olarak düşünülmemelidir. Bu görev aynı zamanda hükümet dışı kuruluşların (NGO), okulların, hekimlerin, hemşirelerin, ebelerin ve her aydın insanın görevidir. Aile planlamasının gereğine inanmış, toplumda örgütlenmeyi çok iyi planlayabilir bir meslek elemanı olan sosyal çalışmacıların bu konuda yaygın çalışması gerekmektedir. Konularından birisi aile planlaması olmak üzere aile hayatı konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verecek sosyal çalışmacıların çalıştırdığı danışmanlık merkezlerine gereksinim vardır. Sosyal çalışmacılar danışmanlık hizmeti sunarken; aile planlaması hizmetlerinin üç ana aşamasına yerleşir; ön danışmanlık, yönetime özel danışmanlık ve izlem (32).

Sosyal çalışmacılar; çalıştığı kurumun, görevinin niteliği gereği en doğrudan elemanıdır. Onun görevlerinin temel olarak iki yanı vardır. Bunlar kurum içine yönelik ve kurum dışına yönelik görevlerdir. Kurum içine yönelik görevler üçe ayrılır. Yönetimle yönelik hizmetler, başvuranlara yönelik hizmetler, kurum personeline yönelik hizmetlerdir. Kurum dışına yönelik görevleri de; çevreye (yerel topluma) yönelik hizmetler, toplumdaki kurumlarla ilişki kurma hizmetleri olarak ikiye ayrılır. Yönetimle ilgili görevler, kurum yönetiminin yapılanmasını düşündüğü, karar verdiği sosyal hizmetle ilgili etkinlikleri planlamak, programlamak ve yürütülmesinde görev almaktır. Başvurulara yönelik hizmetler çalışmanın belkemiğini oluşturur. Bunlar, mesleğin sunduğu tüm yöntem ve tekniklerle,

başvuranların sorunlarının çözümüne yönelik hizmetlerdir. Kurum personeline yönelik hizmetler personel arasındaki uyumu sağlayıcı programların geliştirilmesinden hizmet içi eğitime uzanan, hizmetler bütünü kapsar. Kurum dışına yönelik çalışmalar toplumla çalışma, sosyal refah araştırması ve sosyal eylem yöntemleri ile gerçekleşir (30).

Türkiye’de temel sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık ocağında, aile hekimliği biriminde, toplum sağlığı merkezlerinde, hastane acil servisinde, özel polikliniklerde vb. verilebilir. Aile hekimliği Düzce’de Eylül 2005 tarihinde uygulamaya konulan bir pre-pilot uygulama olup birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir kısmı aile hekimi tarafından verilmektedir.

2.6.Sağlık Ocağında Sosyal Hizmetler:

Sağlık hizmetleri ile sosyal çalışma ve sosyal hizmetler iç içe girmiş kavramlardır. Sağlık ocağı personeli, bu çalışmalarda ya doğrudan ya dolaylı olarak rol oynar. Bu işler şunlar olabilir:

1. Kronik hastaların ve yaşlıların evde bakımı: Evde bakım hizmetleri ülkemizde henüz yeterince gelişmemiştir. Bu hizmet geleneksel aile yapısı içinde, aile bireyleri ve akrabalar tarafından yürütülmektedir. Ancak toplumsal yapıımızdaki değişme nedeniyle, özellikle kentsel yörelerde, yaşlıların ve kronik hastaların bakımlarında güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu sorunların çözümünde yardımcı olunabilir.

2. Fakir hastalara destek: Yardıma muhtaç hastaların tedavilerinin sağlanması, iş bulma, mesleki eğitim gibi alanlarda gerekli girişimlerde bulunulması, hayır kurumları ile ilişki kurulması gibi konularda ailelerin ihtiyacı olan destek sağlanabilir.

3. Aile danışmanlığı: Evlilik ve aile içi ilişkiler, ergenlik çağındakilerin sorunları ve çocukların ev dışında kreş ve yuvalarda bakımları konularında, başta hekim olmak üzere sağlık personeli danışmanlık görevi üstlenebilir ya da bu hizmetleri nerelerden sağlayabilecekleri konusunda ailelere yol gösterebilirler.

4. Özürlülere destek: Fiziksel ve mental yönden özürlülerin bakımları ve tedavileri konularındaki sosyal danışmanlık hizmetleri görev alabilecekleri

işlerdendir.

5. Kadın sorunlarına yaklaşım: Kadınlara yapılan şiddet konularında da hizmet verebilirler. Bu kadınlara tıbbi ve hukuksal yardımın nerelerden sağlanabileceği konusunda destek verilebileceği gibi, bu konulardaki yerel sivil toplum örgütlerinde görev almaları da önemlidir.

6. Gıda ve ilaç yardımı: Sağlık ocağı tarafından dağıtılacak olan ücretsiz ilaçların kimlere verileceği konusunda önemli görevleri vardır. Ayrıca, gıda desteğine ihtiyacı olan ailelerin belirlenmesinde görüşlerine başvurulmalıdır.

7. Diğer alanlarda: Afetlerde yapılan sosyal hizmetlerde, sağlık ocağı hizmetlerinin kullanımının artırılmasında, hayır kurumlarının bölgedeki çalışmalarının yönlendirilmesi gibi konularda işlevsel olabilirler (33).

Kısaca sağlık ocaklarında sosyal çalışmacıların görevlerini sayacak olursak; Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak, bölge halkının sağlık ölçütlerini değerlendirmek, buna göre sorunları ve öncelikleri saptamaktır. Toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik koşulları saptamak, toplumda saptanan sorunların çözülmesi, katkıda bulunacak kaynakları araştırmak, harekete geçirmek, verimliliğini artırmak ve yeni kaynak oluşturmaktır. Sağlık ocaklarına başvuran birey ve ailelerin sosyal ekonomik sorun ve ihtiyaçlarını değerlendirmek, çözümlerine yardımcı olmak ve sonuçlarını izlemek, sağlık eğitimi hizmetlerinde görev almaktır. Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak, planlanan mesai sonrası çalışmalara katılmak, görev ile ilgili kayıt ve form tutmak, hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmaktır.

Görev tanımlamasından da anlaşıldığı gibi sosyal çalışmacıların toplumun tanınması ve ilişkilerin korunmasında, toplum sorunlarının saptanmasında ve bunlara çözümlerin getirilmesinde hayati işlevleri vardır. Sağlık ocağı hekimi ve sosyal çalışmacılar beraber çalıştığı sağlık ocaklarında bu iki eleman birbirlerini tamamlamış ve toplum sağlığı, toplum kalkınması, toplumun sağlık eğitimi konusunda başarılı olabilmişlerdir (34).

2.7. Ekipte Sosyal Çalışmacı:

Bilindiği gibi hastanın tedavisini bireyin kişilik özellikleri, sosyal destek sistemi, uyum becerileri, savunma mekanizmaları, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu,

sosyo-ekonomik durumu etkiler. Bunun yanında hastalık ve tedaviyi nasıl algıladığı, içinde yaşadığı toplumsal, kültürel ve ekonomik sistemin gelişmişlik düzeyi, mevcut sağlık sisteminin genel görünümü, aile ve arkadaşlık örüntülerinin niteliği gibi çok çeşitli faktörler etkiler. Bu durumda tedavi daha hızlı ve yavaş olabilir. Karşılaşılan bu durum, tedavinin planlanmasını çoklu-disiplinli ekip anlayışı içinde gerçekleştirmeyi gerekli kılar. Bu zorunluluk sosyal çalışmacının tedavi ekibi içinde yer almasına neden olmuştur. Sosyal çalışmacının hasta ve yakın çevresi ile olan ilişkileri, son derece yararlı bilgilerin ekip ortamına getirilmesini sağlamaktadır. Hastalığın sosyal boyutunun ekip tarafından anlaşılmasını sağlar. Hasta ile ekip arasında ilişkinin dengelenmesi, hasta adına ilgili kurum ve kuruluşlarda savunuculuk, uzlaştırmacılık hizmetlerinin yürütülmesi, hastanın birey olarak içinde yer aldığı toplumsal, kültürel ilişkiler sisteminin hastalık üzerindeki etkileri, tedavi sonrası izleme programlarının düzenlenmesi, hizmet içi eğitim programları, çeşitli araştırmaların planlanması sosyal çalışmacının ekip içindeki özgünlüğünü ortaya koymaktadır.

Sosyal çalışmacı ekip içindeki çalışmalarını yalnızca teşhis ve tedavi boyutlarında gerçekleştirmez. Tedavi sonrası izleme boyutunda da artırılması gereken pek çok aşama vardır:

Değerlendirme; Taburcu olmuş hastanın mevcut ve potansiyel güçlü yanlarını, ihtiyaçlarını ve zayıf yanlarını belirlemek.

Planlama; Her hasta için ihtiyaç duyulan günlük etkinliklere yönelik özgün hizmet planı geliştirmek.

Bağlantılandırma; Hastaları formel-informel bakım sistemleri bünyesinde ihtiyaç duyulan tüm hizmetlere göndermek

İzleme; Hastadaki gelişimi sürekli izlemek

Savunma; Gerek birey gerekse bireyin dahil olabileceği grup düzeyinde, gerçek anlamda ‘insanca eşitlik’ sağlamak adına hasta ve hastanın yararına aracılık yapmak dır (35).

Yukarda anlatılan aşamaları bir örnekle anlatılırsa, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde ilk defa 1985 yılında, kronik şizofreni tanısı alan, 1985-1989 yılları arasında hastanede yatarak tedavi edilen hastanın, taburcu edildikten sonra döneceği ev ortamına ve sosyal çevresine uyumunu kolaylaştırmak,

yaşamla olan bağlarını kesmemek amacıyla takip altına alınmasına, ayda bir kez ev ortamında ziyaret edilmesine tedavi ekibi ile karar verilmiştir. Buna göre bir izleme programı oluşturulmuştur. Buna göre; Destekleyici nitelikte haftada bir kişisel görüşme, grup tedavisi, ev ziyaretleri, ev ortamını değerlendirme, aile üyelerinin hasta ve hastalık hakkında bilgilendirilmesi, aile üyeleri ve diğer yakın çevre üyelerine ilişkin güçlüklerin giderilmesi, tarafların birbirini anlama ve iletişimi artırmalarını sağlamayı amaçlayan girişimler gerçekleştirilmelidir. İş bulma konusunda ilgili kurumlarla görüşülerek bazı sosyal manipülasyonlarla olumlu netice alınmasını sağlamak gereklidir (36).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği, Psikiyatrik Sosyal Çalışmacılar Bölümüne göre; psikiyatrik sosyal çalışmacıların psikiyatri tedavi kurumlarındaki rolü hastanın sosyal yaşama adaptasyonu konusunda katkıda bulunmaktadır.

Pawsey'a göre; Psikiyatrik sosyal çalışmacı ekibin bir üyesidir. Ekip toplantılarında, karar vermede, planlamada katkıda bulunur. Genel olarak sosyal çalışmacılar gerginlikleri azaltmaya, kişilerin ve ailelerin çevreleri ile iyi ilişki kurmalarında yardım etmeye çalışır. Kişinin stresini ortadan kaldırmaya ve kişinin çevresi ile iyi ilişkiler kullanmasına yardımcı olur (37).

Yine aynı şekilde rehabilitasyon alanında da sosyal çalışmacıların rol ve işlevleri vardır. Toplum içinde kronik hastaların bakımında ve rehabilitasyonunda sosyal çalışmacı, kronik hastaların değerlendirilmesi, tedavilerin planlanması ve izlenmesi aşamalarında önemli rollere sahiptir. Sosyal çalışmacının bunları gerçekleştirirken eğitici, danışman, aracı ve hasta savunuculuğu olmak üzere dört temel role sahip olduğu belirtilmektedir.

Rehabilitasyon alanında sosyal çalışmacının görevleri ise beş başlık altında özetlenmektedir.

1.Aşama: Hasta ve ailesinin psikososyal ve ekonomik durumunu belirleyerek tanısını gerçekleştirmek.

2.Aşama: Hasta ve ailesine ilişkin olarak hazırlanan psikososyal tanıdan hareketle uygulanabilir sorun çözümleme planı hazırlamak.

3.Aşama: Hasta ve ailesinin tanımlanan sorunlarının her biri için sosyal kişisel çalışma, sosyal grup çalışması ya da toplumla çalışma

yöntemlerini kullanarak daha önce hazırlanan sorun çözümleme planına uygun olarak mesleki müdahalelerde bulunmak.

4.Aşama: Uygulanan mesleki müdahalenin değerlendirilerek yapılacak değişiklikleri belirlemek.

5.Aşama: Yapılan çalışmaları kayıt altına almak (38).

Birinci basamakta verilmesi planlanan hizmetler de mevcuttur. Örneğin genç insanlar için danışmanlık ve sağlık hizmetleri bunlara örnektir.

Türkiye’de halen Sağlık Bakanlığının Birleşmiş Milletler Topluluğu Fonu (UNFPA) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) işbirliği ile 8 ilde 11 adet gençlik ve danışma ve sağlık merkezi hizmet sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından adölesan sağlığını geliştirmek ve korumak amacıyla Ulusal Hizmet Sunum merkezi oluşturulmuştur. Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet biriminde çalışacak personel 2 pratisyen hekim, 2 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 diyetisyendir. Bu program Temel Sağlık Hizmetleri bünyesinde uygulanmaya alınacaktır (39).

DSÖ Genel Direktörü Dr. Gro Harlem Brundlan 2001 Dünya Sağlık Toplantısının ‘da ruh sağlığı konusunda görüşlerini bildirmiştir. Buna göre 450 milyon kişi ruhsal nörolojik bozukluklar, alkol ve ilaç kullanımına bağlı psikososyal problemler nedeni ile sıkıntı çekmektedir. Küresel olarak 70 milyon kişi alkol bağımlısı ,50 milyon epilepsili , 24 milyon şizofrenili hasta bulunmaktadır (40). Bu nedenle Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesinde ve toplumun eğitiminde yapılabilecekler konusunda projeler planlanmıştır. Bunlar Temel Sağlık Hizmetler yoluyla çocuğun gelişiminin desteklenmesi projesi: Bu projenin temel amacı, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yürütülmekte olan fiziksel gelişim ve ev ziyaretleri çalışmalarına gebe, bebek ve çocukların fiziksel sağlıklarının yanı sıra psikolojik ve sosyal gelişimlerine entegre ederek, ruhsal bozuklukların en aza indirilmesi ve erken teşhis ve tedavi hizmetleri verilerek, sağlık hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşım içinde ele alınmasını sağlamaktır. Pilot uygulama Ankara’da 1991’de başlatılmıştır. Bursa ilinde uygulamaya devam edilmektedir (41).

Aynı şekilde birinci basamakta yaşlı sağlığı için dikkat edilmesi gereken etmenler vardır. Bunlar; Günlük yaşam işlevleri, akıl sağlığı, sosyal ve kültürel iyi olma hali,

fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, ekonomik düzey ve barınma olanağıdır (42). Buna göre birinci basamakta ya da hastanelerde geriatri bakımında zorunlu bakım yeleri bir geriatri uzmanı, bir hemşire ve bir sosyal alışmacıdır (43).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma bölgesi: Araştırma Düzce ilinde birinci basamak sağlık hizmetleri veren 8 toplum sağlığı merkezinde çalışan 19 hekim, 31 aile sağlığı merkezinde görev yapan 99 hekimle yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın evreni: Düzce ili aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan toplam 118 hekimden oluşmaktadır.

3.3. Araştırmanın örnekleme: Örneklem seçilmeyecek hekimlerin tamamı ile görüşme yapılmasına karar verilmiştir. Çalışmaya katılan 98 hekimle görüşme yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın tipi: Kesitsel bir araştırma planlanmıştır.

3.5. Araştırmanın hipotezleri: H1: Aile hekimliği alanında çalışan hekimler sosyal çalışmacıya gereksinim duymaktadır.

H0: Aile hekimliği alanında çalışan hekimler sosyal çalışmacıya gereksinim duymamaktadır.

3.6. Araştırmaya katılma kriterleri: Düzce ili aile hekimliği merkezlerinde ya da toplum sağlığı merkezlerinde hekim olarak çalışıyor olmak.

3.7. Araştırmaya katılmama kriterleri: Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

3.8. Araştırmanın değişkenleri: (bağımlı ve bağımsız değişkenler):

Bağımlı değişkenler: Aile hekimliği pilot uygulamasında çalışan hekimlerin sosyal çalışmacılara gereksinim duyması, gereksinim duyulan alanlar, sosyal çalışmacının rol ve işlevleri.

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, bitirdiği okul, çalışma süresi, tıp eğitimlerinde sosyal hizmetle ilgili ders almış olmaları, daha önce sosyal çalışmacı ile çalışmış olma, çalıştığı sağlık kuruluşu, uzmanlık alanı, sosyal çalışmacının işi konusunda bilgi sahibi olmak, aile hekimliği uygulamasında sosyal çalışmacıya duyulan gereksinim. Karşılaşılan sosyoekonomik sorunların çözümünde sosyal çalışmacıya duyulan gereksinim, sağlık düzeyini etkileyen sosyokültürel, ekonomik etkenlerin saptanmasında sosyal çalışmacıya duyulan gereksinim, hastaların olumsuz tutum ve davranışlarını değiştirmede sosyal çalışmacıya duyulan gereksinim.

3.9. Araştırmada kullanılacak terimler:

Aile sağığı merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağığı elemanlarınca aile hekimliğı hizmetlerinin verildiğı sağık kuruluşudur.

Toplum sağığı merkezi: Bölgesinde yaşıyan kişilerin ve toplumun sağık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetleri sunan, birinci basamak sağık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğerkurumlar arasında eşgüdümü sağılayan, idari hizmetler ile sağık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağık merkezidir.

3.10. Araştırmada kullanılacak araç ve gereçler:

Sosyo-demografik özellikler, hekimlerin çalışma süreleri ve uzmanlık eğitimi, çalışma hayatlarında sosyal çalışmacı ile çalışmış olmaları, hekimlerin meslek olarak sosyal çalışmacıyı tanıyor olmaları, hekimlerin sosyal çalışmacıların rol ve işlevleri hakkındaki ve sosyal hizmet mesleğine yönelik düşüncelerini kapsayan 21 soruluk anket formu uygulanacaktır. Anketteki 21.soru hekimlerin, aile hekimliğı uygulamasında sosyal çalışmacıların rol ve işlevlerini içeren düşüncelerini anlamak için hazırlanmış 16 alt başlıktan oluşmaktadır.

3.11. Ön-deneme: Araştırmanın ön denemesi Konuralp aile sağığı merkezinde çalışan hekimlerin üzerinde iki defa yapıldı.

3.12. Araştırmanın uygulanması: Araştırma 8 adet toplum sağığı merkezinde çalışan 19 hekim ve 31 adet aile sağığı merkezinde çalışan 99 hekim toplam 118 hekimde uygulanmıştır. Araştırmanın uygulaması 1 sosyal hizmet uzmanı tarafından yüz yüze görüşme tekniğı kullanılarak yapılmıştır. Öncelikle 21 soruluk anket formu uygulanmıştır.

3.13. Araştırmanın zaman çizelgesi:

Literatür tarama	Literatür takibi tüm araştırma boyunca devam etmiştir.	1- 12 ay
Öneri hazırlama	Literatür taramaya başlandığında öneri hazırlanmaya başlanmıştır	1- 3 ay
Ön deneme	Aile hekimlerine uygulanmıştır.	1-2 ay
	Düzce ve ilçelerdeki tüm aile hekimliği birimlerine ve toplum sağlığı birimlerine gidilmiştir. Özellikle hekimlerin daha az yoğun olduklarından akşam saatleri tercih edilmiştir. Hafta içi her gün gidilmiştir. Yüz yüze görüşme yapılmış ve 8 hafta sürmüştür	4- 5 ay
Analiz	Veri girişi veri toplamayla birlikte başlanmış ve tüm verilerin toplanması bittikten sonra analiz yapılmıştır	6- 7 ay
Rapor yazımı, basımı ve sunumu	Rapor, bir toplantıyla ilgili kurum ve kuruluşlara sunulmuş ve dağıtılmıştır.	8- 9 ay

3.14. Araştırmanın analizi: İstatistik değerlendirmede bir paket program kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin frekanslarına bakılmış, bağımlı ve bağımsız değişkenler Ki kare testi ile karşılaştırılmıştır.

3.15. Araştırmanın bütçesi: Araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

BULGULAR

Araştırmanın bulgularını içeren bu bölümde Düzce ili aile hekimliği uygulamasında aile hekimliği merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerin yaşları 24 ile 53 arasındadır, yaş ortalaması $33,4 \pm 0,05$ ($\pm SH$) dır. Hekimlerin 65'i (%66,3) 24 -35 yaş grubundadır. Grubun 65'i (%66,3) erkeklerden oluşmaktadır (Tablo 4. 1).

Tablo 4. 1. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Sayı (n=98)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	65	66,3
Kadın	33	33,7
Yaş grupları		
24-35	65	66,3
36-45	29	29,6
46-53	4	4,1
Mezun olduğu yıl grup		
1985-1995	30	30,6
1996-2000	22	22,5
2001-2006	46	46,9
Hekimlik yıl grup		
1-5	48	49,0
6-15	19	19,4
16-27	31	31,6
Tıpta uzmanlık eğitimi		
Evet	3	3,1
Hayır	95	96,9
Uzmanlık alanı		
Aile hekimliği	3	3,1
Pratisyen hekim	95	96,9
Çalıştığı birim		
Aile sağlığı merkezi	85	86,7
Toplum sağlığı merkezi	13	13,3

Hekimlerin 85'i (%86,7) aile hekimliği biriminde çalışmaktadır. Hekimlerin

95'i (% 96,9) tıpta uzmanlık eğitimi almamıştır. Gruptaki 46 kişi (%46,9) 2001-2006 yılları arasında mezun olmuştur. Hekimlerin 48'i (%49,0) 1- 5 yıldır hekimlik yapmaktadırlar (Tablo 4. 1.).

Tablo 4. 2. Hekimlerin tıp eğitimi içinde sosyal hizmetle ilgili ders alma ve yeterli olma durumu

Tıp eğitiminde sosyal hizmetle ilgili ders alma durumu	Sayı (n=98)	Yüzde
Evet	33	33,7
Hayır	65	66,3
Ders yeterli olma durumu		
Evet yeterli oldu	18	18,4
Hayır yeterli olmadı	15	15,3
Ders almamış	65	66,3

Tıp eğitimi sırasında sosyal hizmetle ilgili ders alan hekimler; Hacettepe, Düzce, Erciyes, Trakya, Uludağ, On Dokuz Mayıs, Gazi, Ege, Ankara, İstanbul (Cerrahpaşa), Çukurova, Karadeniz Teknik, Marmara Üniversitelerine ait tıp fakültelerinden mezundur.

Araştırma grubundaki doktorların 65'i (%66,3) tıp eğitimleri sırasında sosyal hizmetle ilgili ders alamamıştır. Ders aldım diyen 33 hekimin (%33,7) 18'i (%18,4) dersin yeterli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4. 2).

Tablo 4. 3. Hekimlerin çalışma yaşantısında sosyal çalışmacı ile çalışmış olması ve çalışma yeri

Sosyal çalışmacı ile çalışmış olma durumu	Sayı(n=98)	Yüzde
Evet	8	8,2
Hayır	90	91,8
Çalışma yeri		
Adalet bakanlığı	1	1,0
Sosyal hizmetler İl Müdürlüğü	2	2,1
Çalıştığım hastane	2	2,1
Kızılay toplum merkezi	1	1,0
Okuduğum üniversite	1	1,0
Belediye	1	1,0
Çalışmadım	90	91,8

Araştırma grubundakilerin 90'ı (%91,8) daha önce sosyal çalışmacı ile çalışmamışlardır (Tablo 4. 3).

Tablo 4. 4. Hekimlerin sosyal çalışmacının yaptığı iş hakkındaki düşünceleri

Sosyal çalışmacının yaptığı işi bilme	Sayı(n=98)	Yüzde
Evet	7	7,1
Kısmen	33	33,7
Hayır	54	55,1
Kararsızım	4	4,1

Hekimlerin 54'ü (%55,1) sosyal çalışmacının ne iş yaptığını bilmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4. 4).

Tablo 4. 5. Hekimlerin sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyma durumu ve ihtiyaç duyduğu alanlar

Sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyma durumu	Sayı (n=98)	Yüzde
Evet	32	32,7
Kısmen	34	34,6
Hayır	9	9,2
Kararsızım	23	23,4
İhtiyaç duyduğu alanlar		
Ekonomik	9	9,2
Psikososyal-ekonomik	26	26,5
Eğitim	5	5,1
Aile danışmanlığı	5	5,1
Psikolojik danışmanlık	12	12,2
Sosyoekonomik	9	9,2
Hayır	9	9,2
Kararsızım	23	23,5

Hekimlerin 32' si (%32,7) sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyduklarını ve 34' ü (%34,7) kısmen ihtiyaç duyduklarını, 26'sı (%26,5) psikososyal konularda ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4. 5).

Tablo 4. 6. Hekimlerin hastalarda karşılaştığı psikososyal sorunları çözüm yolları

Psikososyal sorunları çözüm yolları	Sayı (n=98)	Yüzde
Bir şey yapmıyorum	16	16,3
Kendim çözmeye çalışıyorum	50	51,0
Sosyal Kuruluşlara yönlendiriyorum	23	23,5
Psikiyatriste yönlendiriyorum	1	1,0
Sağlık müdürlüğüne yönlendiriyorum	2	2,1
Bir üst basamağa yönlendiriyorum	6	6,1

Hekimlerin 50'si (%51,0) karşılaştıkları psikososyal sorunları kendileri çözmeye çalıştıklarını, 23' ü (%23,5) sosyal kuruluşlara yönlendirdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4. 6).

Tablo 4. 7. Hekimlerin sosyal çalışmacının görev alanları hakkındaki düşünceleri

Psikososyal sorunları saptama rol ve işlevi	Sayı (n=98)	Yüzde
Evet	56	57,1
Kısmen	30	30,6
Hayır	4	4,1
Kararsızım	8	8,2

Sağlık düzeyini yükseltmede sosyokültürel ve ekonomik etmenlerin saptanmasındaki görev alanları

Evet	58	59,2
Kısmen	29	29,6
Hayır	2	2,0
Kararsızım	9	9,2

Hekimlerin 56'sı (%57,1) psikososyal sorunların çözümünde sosyal çalışmacıların rol ve işlevi olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı şekilde 58'i (%59,2) sağlığın yükseltilmesi için sosyokültürel ekonomik sorunların saptanmasının sosyal çalışmacıların görev alanı olduklarını söylemişlerdir (Tablo 4. 7).

Tablo 4. 8. Hekimlerin sosyal hizmet müdahalesinin etkililiği ve müdahale türüne ilişkin yanıtları

Hastaların tutum ve davranışını olumlu yönde değiştirmede sosyal hizmet müdahalesinin etkililiği	Sayı (n=98)	Yüzde
Evet	53	54,1
Kısmen	32	32,7
Hayır	7	7,1
Kararsızım	6	6,1
Müdahale türleri		
Olumlu yönde davranış değişikliği	11	11,2
Eğitim	9	9,3
Psikososyal-ekonomik destek	33	33,7
Sosyoekonomik destek	9	9,3
Psikolojik danışmanlık	17	17,4
Aile danışmanlığı	1	1,0
Ekonomik	6	6,1

Hekimlerin 53'ü (%54,1) hastaların olumlu yönde davranış değişikliğini gerçekleştirmede sosyal hizmet müdahalesinin etkili olduğunu söylemişlerdir. Çalışma grubundakilerin 33'ü (%33,7) bu müdahalenin de psikososyal ekonomik alanlarda olabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 4. 8).

Tablo 4. 9. Hekimlerin sosyal çalışmacının sağlık ekibinin üyesi olma durumu ve gerekli işbirliğini sağlama durumuna ilişkin görüşleri

Sosyal çalışmacının sağlık ekibinin üyesi olma durumu	Sayı (n=98)	Yüzde
Evet	39	39,8
Kısmen	39	39,8
Hayır	11	11,2
Kararsızım	9	9,2
Sosyal çalışmacının işbirliği sağlama durumu		
Evet	48	49,0
Kısmen	34	34,6
Hayır	8	8,2
Kararsızım	8	8,2

Hekimlerin 39' u (%39,8) sosyal çalışmacıların sağlık ekibinin üyesi olduğunu ve 48'i (% 49,0) işbirliği sağlanabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 4. 9).

Tablo 4.10. Hekimlerin sosyal çalışmacının çalışabileceği birimlere ilişkin görüşleri

Sosyal çalışmacının çalışabileceği birimler	Sayı (n=98)	Yüzde
Aile hekimliği birimi	33	33,7
Toplum sağlığı birimi	64	65,3
Bilmiyorum	1	1,0

Hekimlerin 64' ü (%65,3) sosyal çalışmacıların toplum sağlığı merkezlerinde çalışabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 4.10).

Tablo 4. 11. Hekimlerin paket program içerisindeki sosyo ekonomik durum butonunu kullanması

Hekimlerin sosyoekonomik durum butonunu kullanması	Sayı (n=98)	Yüzde
Kullanıyorum	9	9,2
Kullanmıyorum	78	79,6
İleride kullanmayı düşünüyorum	11	11,2

Hekimlerin 78'i (%79,6) paket program içerisinde yer alan hastaların sosyo-ekonomik durumunu tespit butonunu kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Hekimlerin sosyal çalışmacının rol ve işlevi hakkındaki düşünceleri

Aile içi ilişkilerin düzenlenmesi	Sayın (n=98)	Yüzde
Evet	46	46,9
Kısmen	38	38,8
Kararsızım	6	6,1
Hayır	8	8,2
Anne ve çocuk sağlığı hizmeti		
Evet	52	53,1
Kısmen	31	31,6
Kararsızım	9	9,2
Hayır	6	6,1
Çocuk yetiştirilmesinde destekleyici eğitim çalışmaları düzenlemek		
Evet	70	71,4
Kısmen	23	23,5
Kararsızım	3	3,1
Hayır	2	2,0
Sosyoekonomik yetersizlikleri tespit etmek		
Evet	70	71,4
Kısmen	24	24,5
Kararsızım	3	3,1
Hayır	1	1,0
Alkol sigara ve madde bağımlılığını önleyici hizmetler sunmak		
Evet	61	62,2
Kısmen	28	28,6
Kararsızım	5	5,1
Hayır	4	4,1
Çocuk ihmali ve istismarını önleyici hizmetler sunmak		
Evet	70	71,4
Kısmen	22	22,4
Kararsızım	5	5,2
Hayır	1	1,0
Koruyucu psikiyatrik hizmetler sunmak		
Evet	40	40,8
Kısmen	38	38,8
Kararsızım	11	11,2
Hayır	9	9,2
Kronik hastaların takibi ve rehabilitasyon hizmeti sunmak		
Evet	36	36,7
Kısmen	44	44,9
Kararsızım	12	12,2
Hayır	6	6,2
Hastaların tedavileri ile ilgili eğitim çalışması		
Düzenlemek		
Evet	38	38,8
Kısmen	41	41,8
Kararsızım	12	12,2
Hayır	7	7,2
Doğum kontrol yöntemlerinin etkililiğini artırmada eğitim çalışmaları düzenlemek		
Evet	35	35,7
Kısmen	45	45,9
Kararsızım	10	10,2
Hayır	8	8,2

Sosyal kültürel alışkanlıkların yararlı yönde geliştirilmesini sağlamak	Sayı (n=98)	Yüzde
Evet	63	64,3
Kısmen	28	28,6
Kararsızım	5	5,1
Hayır	2	2,0
Koruyucu sağlık hizmetlerine katılmak		
Evet	39	39,8
Kısmen	38	38,8
Kararsızım	12	12,2
Hayır	9	9,2
Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak		
Evet	56	57,1
Kısmen	34	34,7
Kararsızım	5	5,1
Hayır	3	3,1
Toplum kalkınması hizmetleri sunmak		
Evet	51	52,0
Kısmen	34	34,7
Kararsızım	9	9,2
Hayır	4	4,1
Sağlık eğitimi hizmetleri sunmak		
Evet	36	36,7
Kısmen	36	36,7
Kararsızım	11	11,3
Hayır	15	15,3
Bölge sağlık koşullarını değerlendirmek		
Evet	49	50,0
Kısmen	37	37,7
Kararsızım	8	8,2
Hayır	4	4,1

Hekimlerin 70'i (%71,4) sosyal ekonomik yetersizlikleri tespit etmek, çocuk yetiştirilmesinde destekleyici eğitim çalışmaları yapmak ve çocuk istismarını ve ihmalini önleyici çalışmalar sunmanın sosyal çalışmacıların rol ve işlevi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

Tablo 4. 13. Hekimlerin mezun olduğu yıla göre sosyal çalışmacıların sağlık ekibinin üyesi olma durumuna ilişkin görüşleri

Yıl	Evet		Kısmen		Hayır		Kararsızım		Toplam		x ² , P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
1985-1995	13	43,3	9	30,0	5	16,7	3	10,0	30	100,0	x ² =4,28 P=0,63
1996-2000	7	31,8	11	50,0	3	13,6	1	4,5	22	100,0	
2001-2006	19	41,3	19	41,3	3	6,5	5	10,9	46	100,0	
Toplam	39	39,8	39	39,8	11	11,2	9	9,2	98	100,0	

Hekimlerin mezun oldukları yıllar ile “sosyal çalışmacılar sağlık ekibinin üyesi mi ?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Her üç

grup ta sosyal çalışmacıların sağlık ekibinin üyesi olduğuna tam ve/veya kısmen katılıyordu ($\chi^2=4,28$; $P=0,63$; Tablo 4.13).

Tablo 4. 14. Hekimlerin cinsiyetine göre sosyal çalışmacının sağlık ekibinin üyesi olma durumuna ilişkin görüşleri

Cinsiyet	Evet		Kısmen		Hayır		Kararsızım		Toplam		χ^2, P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kadın	11	33,3	15	45,5	3	9,1	4	12,1	33	100,0	$\chi^2=1,59$ $P=0,66$
Erkek	28	43,1	24	36,9	8	12,3	5	7,7	65	100,0	
Toplam	39	39,8	39	39,8	11	11,2	9	9,2	98	100,0	

Hekimlerin cinsiyeti ile “sosyal çalışmacıların sağlık ekibinin üyesi mi?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Her iki grup (cinsiyete göre) ta sosyal çalışmacıların sağlık ekibinin üyesi olduğuna tam ve/veya kısmen katılıyordu ($\chi^2=1,09$; $P=0,57$; Tablo 4.14).

Tablo 4. 15. Hekimlerin cinsiyetine göre sosyal çalışmacı ile işbirliği sağlamasına ilişkin görüşleri

Cinsiyet	Evet		Kısmen		Hayır		Kararsızım		Toplam		χ^2, P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kadın	9	57,6	7	21,2	3	9,1	4	12,1	33	100,0	$\chi^2=4,36$ $P=0,22$
Erkek	29	44,6	27	41,5	5	7,7	4	6,2	65	100,0	
Toplam	48	49,0	34	34,7	8	8,2	8	8,2	98	100,0	

Hekimlerin cinsiyeti ile “sağlık hizmeti sunarken sosyal çalışmacılarla gerekli olan işbirliğini sağlayabiliyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Her iki (cinsiyete göre) sağlık hizmeti sunarken sosyal çalışmacılarla gerekli işbirliğini tam ve/veya kısmen sağladığını belirtmiştir ($\chi^2=1,59$; $P=0,66$; Tablo 4.15).

Tablo 4. 16. Hekimlerin cinsiyete göre sosyal çalışmacı ile çalışmış olma durumu

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam		χ^2, P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kadın	4	12,1	29	87,9	33	100,0	$\chi^2=1,04$ $P=0,25$
Erkek	4	6,2	61	93,8	65	100,0	
Toplam	8	8,2	90	91,8	98	100,0	

Hekimlerin cinsiyeti ile “çalışma yaşantısında sosyal çalışmacı ile çalıştınız

mı?”sorusuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kadın hekimlerle erkek hekimlerin sosyal çalışmacı ile çalışma sıklığı arasında bir fark yoktur. ($\chi^2=1,04$; $P=0,25$; Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Hekimlerin cinsiyete göre sosyal çalışmaya ihtiyaç duyma durumu

Cinsiyet	Evet		Kısmen		Hayır		Kararsızım		Toplam		χ^2, P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kadın	11	33,3	13	39,4	1	3,0	8	24,2	33	100,0	$\chi^2=2,38$ $P=0,49$
Erkek	21	32,3	21	32,3	8	12,3	15	23,1	65	100,0	
Toplam	32	32,7	34	34,7	9	9,2	23	33,5	98	100,0	

Hekimlerin cinsiyeti ile “aile hekimliği uygulamasında sosyal çalışmacıya ihtiyaç var mı?”sorusuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Her iki grup(cinsiyete göre) tarafından aile hekimliği uygulamasında sosyal çalışmacıya ihtiyacın tam ve/ veya kısmen yanıtları ile olduğu belirtildi ($\chi^2=2,38$; $P=0,49$; Tablo 4.17).

TARTIŞMA

Aile hekimliği ilk başvuru ve başlangıç değerlendirmesinden kronik hastalık takibine dek uzanan tüm sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu vurgular. Aile hekimliği geniş anlamda biyolojik bilimleri, klinik bilimleri ve davranış bilimlerini entegre eden bir uzmanlık alanıdır. Aile hekimliği aile dinamikleri, kişiler arası ilişkiler, danışmanlık ve erken tanı gibi alanlarla da ilişkilidir (44).

Dolayısıyla aile hekimi bireyin sağlığı ile ilgili tüm sorunları ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir (45).

Bu nedenle Düzce ili aile hekimliği pilot uygulamasında hekimlerin sosyal çalışmacının rol ve işlevine ilişkin bilgi ve düşüncelerini değerlendirmek için bu çalışma planlanmıştır. Literatürde bu çalışma planına benzer bir çalışma bulunmamıştır. Dolayısı ile birinci basamakta hekim gözü ile sosyal çalışma mesleğinin rol ve işlevini ortaya koyması açısından önemli bir çalışma olabilir.

Aile hekimliğinde sorunlar bireysel ve toplumsal örüntüleri içinde bir bütün içinde ele alınır. Aile hekimliğini tüm bu açılardan ele aldığımızda bu sistem içersinde bir sosyal çalışmacı ile çalışılmasının daha doğru bir yaklaşım olduğu görülmektedir. Nitekim birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim sosyal çalışmacı işbirliğinin kaçınılmaz bir zorunluluk olduğu düşünülmektedir. Bu işbirliğinin özellikle Batı ülkelerinde uygulanmakta olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

Peter Hookey'in 10 ülkenin sağlık sistemindeki gelişmeleri inceleyen bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmasına göre; Danimarka'da 1972 yılından beri sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir çatı altında toplanmıştır. Fakat ilk önce ön uygulama olarak başlatılan bu çalışma sonucunda hizmetin ulaşılabilirliği ve kalitesinde gözlenebilir bir fayda sağlandığı için daha sonra genel bir uygulamaya dönüştürülmüştür. Keza İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde kurulan ekipler doktor, sosyal çalışmacı ve hemşireden oluşmaktadır. Hollanda'da sosyal çalışmacı birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. İsrail'de ise sosyal çalışmacıların sağlık ekonomisine katkısını araştırmak için bir çalışma planlanmıştır. Buna göre dört doktorlu Nektan kliniğinde bir sosyal çalışmacı işe başlatılmış sonuçlar, sosyal çalışmacı çalıştırılmayan Nektan kliniğine benzer özelliklere sahip bir başka klinikle karşılaştırılmıştır. Bir yıl sonra sosyal çalışmacıların sağlık

ekonomisine katkısı değerlendirilmiştir. Bir yıl sonunda Nektan kliniğinde hastaların sürekli doktora gelme, sık reçete yazdırma ve enjeksiyon olma oranlarında anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür. Yine aynı şekilde Avusturya’da birinci basamak sağlık hizmetlerinde bir çalışma yapılmıştır. Beş doktorlu bir sağlık merkezine 1 sosyal çalışmacı yerleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve ulaşılabilirliği açısından gözlenebilir bir gelişme kaydedilmiştir. Ülke genelinde uygulamaya koymak için çalışmalar sürmektedir. Amerika’da son on yılda aile hekimliği uygulamasında gelişme sağlanmıştır. Bu uygulamanın içindeki sosyal çalışmacılar; davranış bilimi eğitimcisi ve klinik sosyal çalışmacılar olarak yer almaktadır. Kanada’da en erken gelişen kurumlar sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerdir. Bu hizmetler birinci basamağa entegre bir biçimde sunulmaktadır. Sonuç olarak Peter Hokey incelemede bulunduğu 10 ülkede sosyal çalışmacıların sağlık ekibine dahil edilmesi ile ekonomik anlamda gelişme sağlandığını, hasta bakım kalitesinde iyileşme gösterdiğini belirtmiştir (46).

Benzeri şekilde olmasa da Türkiye’de sağlık reformu hareketi sonucunda Düzce ilinde aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmıştır. Fakat bu pilot uygulama içinde, sosyal çalışmacılara yer verilmemiştir. Peter hookey’in çalışmasında yer verilen ülkelere benzeri uygulamalara Düzce ilinde başlatılan aile hekimliği uygulamasında da denenebilirdi (46). Bu ekiplerin içine sosyal çalışmacılar yerleştirilip sağlık hizmetlerinin kalitesi, etkililiği, maliyeti ve ekibin işbirliği sağlaması açısından yararları incelenip ülkemiz koşullarında uygulanabilirliği değerlendirilebilirdi.

Çalışmaya katılan hekimlerin genel özellikleri değerlendirildiğinde büyük çoğunluğu genç ve yeni mezun hekimlerden oluşmaktadır. Nitekim araştırmaya katılan toplam 98 hekimin yaş ortalaması $33,4 \pm 0,05$ ($\pm$ SH) olarak bulunmuştur. Hekimlerin 46’sı (%46,9) başka ifade ile yarıya yakını 2001–2006 yıllarında mezun olduğunu bildirmiştir. Diğer önemli bir konu da aile hekimlerinin hemen hemen tamamının tıpta uzmanlık eğitimi almamış olmasıdır. Bunun nedeni Düzce ilinde yeni başlayan aile hekimliği uygulamasının genç hekimlere gelir açısından daha cazip geliyor olmasından kaynaklanabilir. Bu çalışmada da sadece 3 tane aile hekimi uzmanı olduğu görülmektedir. Bu durum Sağlık Bakanlığı’nca yeterli sayıda aile hekimi uzmanı istihdam edilemediğini ve çok kısa süreli bir eğitimle pratisyen

hekimlerin görevlendirilmek zorunda kalındığını göstermektedir.

Tıp fakültesi bulunan üniversitelerin internette yazılı ders programları incelendiğinde Türkiye’de tıp fakültelerinde sosyal hizmetle ilgili ders verilmeye 2000’li yıllarda başlandığı ve halk sağlığı ana bilim dalı ders programı içinde 1 saatlik ders olarak verildiği görülmektedir (47).

Bu çalışmada hekimlerin yarıdan çoğunun tüm tıp eğitimleri sırasında sosyal hizmetle ilgili ders almamış olduğu görülmektedir. Tıp eğitimi sırasında ders aldığını söyleyen 33 hekimden sosyal hizmetle ilgili dersin yeterli olduğunu söyleyen 18 kişi bulunmuştur. Bu durumda tıp fakültelerinde sosyal hizmetle ilgili verilen dersin yeterli olmadığı söylenebilir. Oysa batı ülkelerini incelediğimizde durumun daha farklı olduğunu görmekteyiz.

İngiltere Colombia Üniversitesinde 1965’den buyana pediatri ve koruyucu tıp ünitesinde öğrencilere sosyal çalışmanın sağlık ekibi içindeki rolü, çocuğun gelişmesi ve büyümesine etki eden faktörler, genç ailelere danışmanlık gibi konuları içeren bir program sunulacaktır. Buna benzer çalışmalar ilk olarak Kanada’da başlatılmış ve şu anda tıp, hemşirelik ve sosyal çalışma eğitiminin bir parçası olarak uygulanmaktadır (48).

Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçları batıdaki örneklerle karşılaştırdığımızda tıp fakültelerinde sosyal hizmetle ilgili dersin süre ve içerik açısından yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmaya katılanlardan tıp eğitimi sırasında sosyal hizmetle ilgili ders alan hekimler; Hacettepe, Düzce, Erciyes, Trakya, Uludağ, On Dokuz Mayıs, Gazi, Ege, Ankara, İstanbul (Cerrahpaşa), Çukurova, Karadeniz Teknik, Marmara Üniversitelerine ait tıp fakültelerinden mezundur. Bu sonuçlara göre Türkiye’deki tüm tıp fakültelerinde yaygın olarak sosyal hizmetle ilgili ders verilmediği söylenebilir. Tıp fakültesi eğitiminde ders aldığını söyleyen hekimlerin yeni mezun olması da bu uygulamaya son yıllarda geçildiğini göstermektedir. Aynı zamanda aile hekimliği pilot uygulamasında sosyal hizmet mesleğinin rol ve işlevinin Sağlık Bakanlığınca da göz ardı edildiği düşünülmektedir. Oysa Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık Bakanlığının 2004 verilerine göre; aile ve okullarda 272.000, akıl sağlığı ve cinsel istismar alanında 116.000, tıp ve halk sağlığı alanında 110.000, diğer alanlarda 64.000 sosyal çalışmacı çalışmaktadır (49).

Bu çalışmaya katılan hekimlerin sadece ikisi çalıştıkları hastanede sosyal çalışmacı ile çalışmıştır. Bu sonuçları ABD Sağlık Bakanlığı verileri ile karşılaştırdığımızda Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinde çalışan sosyal çalışmacı sayısının çok az olduğu görülmektedir. Aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sosyal çalışmacı olmadığı da söylenebilir. Çalışmadan elde ettiğimiz veriler de bu gerçeği doğrular niteliktedir. Çünkü çalışmaya katılan hekimlerin sadece 7’si (%7,1) sosyal çalışmacının ne iş yaptığını bildiklerini ifade etmiştir. Aynı şekilde hekimlerin çoğu sosyal çalışmacı ile daha önce hiç çalışmamış olup görev ve fonksiyonlarını da bilmediklerini belirtmişlerdir. Bunun nedeni Türkiye’de sosyal çalışma mesleğinin yasal bir tanımlamasının olmaması, sağlık hizmetlerinde ki rol ve işlevinin net bir şekilde belirlenmemesinden de kaynaklanıyor olabilir. Yine ABD Sağlık Bakanlığı sosyal çalışmacıları; ailelere, savunmasız kişilere, kronik akut veya terminal dönemdeki hastalara, Alzheimer, kanser, AIDS gibi kronik hastalarla başa çıkmada psikososyal-ekonomik destek sunan tıp ve halk sağlığı alanında olması zorunlu olan sağlık elemanı şeklinde tanımlamıştır (49). Türkiye’de sosyal çalışmacılar için tıp ve halk sağlığı alanında olması zorunlu olan elemanlar şeklinde bir tanımlama mevcut değildir. Fakat Sağlık bakanlığının 100 yataklı hastanelerde sosyal çalışma kadrosu vardır. Buna rağmen çalışmaya katılan hekimlerin üçte biri net olarak aile hekimliği uygulamasında sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Aynı soruya 9 kişi hiç ihtiyaç duymadığını, 34’ü (%34,7) kısmen ihtiyaç duyduğunu, 23’ü (%23,5) kararsız kaldığını belirtmiştir. Bu sonuçlar mesleki anlamda sağlık hizmetlerinde net olarak tanımlanmasa da aile hekimlerinin sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan hekimlere sosyal çalışmacıya ihtiyaç duydukları alanlar sorulduğunda sırası ile psikososyal-ekonomik hizmetler, psikolojik danışmanlık, yalnızca sosyo-ekonomik hizmetler, eğitim ve aile danışmanlığı hizmetleri olarak belirtmişlerdir. Hekimlerin 26’sı (%26,5) psikososyal-ekonomik hizmetlerde, 12’si (%12,2) psikolojik danışmanlık hizmetlerinde sosyal çalışmacıya ihtiyaç duymaktadır. Bu sonuçlara göre hekimlerin bu mesleğe ihtiyaç duyduklarını belirttikleri alanlar tam da sosyal çalışma mesleğinin rol ve işlevlerine işaret etmektedir. Aslında sosyal hizmet mesleğinin Türkiye’de karşılaştığı sorunlara pek çok ülkede de rastlanılmaktadır. Hem ihtiyaç duyulan ama sağlık hizmetlerindeki rol

ve işlevi net olarak tanımlanmayan bir meslek olmasını İsrail’de yapılan bir çalışma ile de görmekteyiz. İsrail’deki sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet pratiğinin yerini anlamak için sosyal çalışmacılarla bir çalışma yapılmıştır. Çalışma Avrupa, Kuzey Amerika, Avusturya, Güney Pasifik ve Asya’dan toplam 31 sosyal çalışmacı ile Delphi tekniği kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaya katılanlara 2 tane soru sorulmuştur. Her soruya beş farklı cevap vermeleri istenmiştir. İlk soru sosyal çalışmacıların kendi ülkelerinde başardıkları ve ulaşmak istedikleri hedefler; ikinci soru ise karşılaştıkları sorunlardır. İlk sorudan elde edilen en önemli sonuç tıbbi bakım hizmetlerinde bütüncül bir yaklaşımla biyo-psikososyal alanlarda bir birleşme önerilmiştir. Yani hekimler sağlık hizmetlerinin sunumunda psikolojik-sosyal-ekonomik anlamda sosyal çalışmacılara ihtiyaç duyarken bu konularda sosyal çalışmacıları kaynak bir disiplin olarak da görmeleri gerekmektedir. İkinci sorudan elde edilen en önemli sonuç ise sistem sosyal çalışmacılara psiko-sosyo-ekonomik rol ve işlevi nedeni ile ihtiyaç duyarken rol ve işlevine ilişkin resmi bir tanımlama bulunmamaktadır (50).

Benzeri sonuçlar bu çalışmada da elde edilmiştir. Düzce’de çalışmaya katılan hekimlere “psikososyal-ekonomik sorunların çözümü sosyal çalışmacıların rol ve işlevlerinin içinde midir ?” sorusu sorulduğunda hekimlerin yaklaşık yarısı bu sorunları çözmek sosyal çalışmacının rol ve işlevidir yanıtını vermişlerdir. Dört kişi rol ve işlevi olmadığını, 30’u (%36’6) kısmen rol ve işlevi olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin yaklaşık yarısı sağlığın yükseltilmesinde sosyo-ekonomik etmenlerin saptanmasının sosyal çalışmacıların görev alanı olduğunu, 9’u (%29,6) kısmen görev alanı olduğunu, sadece ikisi görev alanı olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin yarıya yakını hastaların tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirmede sosyal hizmet müdahalesinin etkili olacağını belirtmişlerdir. Aynı zamanda en çok ihtiyaç duydukları sosyal hizmet müdahale türleri sorulduğunda sırası ile psikososyal ekonomik destek, psikolojik danışmanlık, olumlu yönde davranış değişikliği, eğitim, ekonomik destek ve aile danışmanlığı olarak belirtmişlerdir. Bu çalışmada İsrail’deki çalışmaya benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir (50).

Çünkü hekimler sosyal hizmet mesleğini bir disiplin olarak tam olarak tanımlayamamaları bile sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet mesleğinin rol ve

işlevlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durum aslında hekimlerin ya da sağlık hizmetinde çalışan başka meslek gruplarının her ne kadar önemi tam olarak anlaşılmasa da sağlığın sosyal bir boyutu olduğunu algıladıklarını da ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerinin gerçekten bütüncül bir yaklaşım içinde ele alınması gerektiğini de düşündürmektedir. Bu durum çalışmadan elde edilen şu sonuçlarla da desteklenebilir. Hekimlere hastalarda karşılaştıkları psikososyal sorunlarda ne yaptıkları sorulduğunda yaklaşık yarısı kendileri çözmeye çalıştıklarını, 23'ü (%23, 5) sosyal kuruluşlara yönlendirdiklerini, 16'sı (%16,3) bir şey yapmadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlara göre aile hekimliği hizmetlerinde gerçekten sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuçlar bu sistem içerisinde sosyal çalışmacı istihdam edilmesi durumunda hekimlerin kendi başına çözmeye çalıştıkları psikososyal sorunların ekip anlayışı içerisinde daha etkili şekilde çözülebileceğini düşündürmektedir. Belki de pek çok batı ülkesinde yapıldığı gibi aile hekimliği pilot uygulamasına sosyal çalışmacılar da dahil edilip ekip hizmeti ve etkililik açısından değerlendirilip sonuçlara göre genel uygulamalar ülkemizde de düşünülebilir. Kuzey İrlanda'da benzeri bir uygulama 1972 yıllarında yapılmıştır. Burada sağlık ve sosyal hizmet servislerini birleşik uygulama haline geçirmek için pilot bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla birinci basamak sağlık hizmetlerinde bir komisyon kurulmuş ve sosyal çalışmacılar, hekimler ve diş hekimleri bu komisyonun üyeleri olmuşlardır. Yerel bölgelerde pilot bir uygulama ile sosyal çalışmacılar ve birinci basamak sağlık çalışanlarının birbirilerinin sorumluluklarını, organizasyon içindeki yerlerini ve takım çalışmasını geliştirmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Bu pilot uygulama sonucunda işleyiş hızlanmış ve yönetimin öncelikleri belirlemesi açısından oldukça faydalı olmuştur. Ayrıca bu uygulama için yeni bir bütçeye ve sağlık sisteminde radikal bir değişikliğe gerek duyulmamıştır. Bu pilot uygulamadan elde edilen olumlu sonuçlar nedeni ile İrlanda'da 1990'dan beri sağlık ve sosyal hizmetler birleşik uygulama haline dönüştürülmüştür (51).

Düzce çalışmasında elde edilen verilere göre hekimlerin 39'u (%39,8) sosyal çalışmacıları sağlık ekibinin üyesi olarak görmekte, aynı şekilde diğer 39'u ise kısmen üyesi olarak da görmektedir. Sadece 11 (%11,2) hekim sosyal çalışmacıları sağlık ekibinin üyesi olarak görmemektedir. Ayrıca hekimlerin yarıdan fazlası sosyal çalışmacıların toplum sağlığı merkezlerinde, üçte biri ise aile sağlığı merkezlerinde

çalışması gerektiğini belirtmişlerdir. Aslında açıkça görüldüğü gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler meslek elemanı olarak sosyal çalışmacıyı tanımamakta ve ortak bir çalışma alanında sıklıkla bulunmamaktadırlar. Bu durumda sosyal çalışmacıyı sağlık ekibinin bir üyesi olarak görmemeleri oldukça normal karşılanabilir. O nedenle 1972’li yıllarda İrlanda’da uygulanan bu Pilot uygulamanın Düzce aile hekimliği uygulamasında da denenebileceği düşünülebilir. Çünkü hekimlerin toplum sağlığı merkezlerinde sosyal çalışmacılar olmalıdır düşüncesi farklı profesyonelleri bir araya getiren uygulamaların Türkiye’de de yapılması gerektiği düşüncesini ortaya koymaktadır.

Çalışmaya katılan hekimlere sosyal çalışmacıların rol ve işlevleri seçenekler halinde verilir katılıp katılmadıkları sorulduğunda; yaklaşık üç hekimden ikisi sosyo-ekonomik yetersizlikleri tespit etmede, çocuk ihmalini ve istismarını önleyici hizmetler sunmada, çocuk yetiştirmede destekleyici eğitim çalışmaları sunmada görev almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Öte yandan 63 hekim (%64,3) sosyal kültürel alışkanlıkları olumlu yönde gelişme sağlamada, 61’i (%62,2) alkol sigara ve madde bağımlılığını önleyici hizmetler sunmada, 56’sı (%57,1) hizmet götürülecek bölgeyi tanımakta, 36’sı (%36,7) kronik hastalıkları tanıma ve rehabilitasyon hizmetleri ve eğitim hizmetleri sunmada, 39’u (%39,8) koruyucu sağlık hizmetleri ve koruyucu psikiyatrik hizmetler sunmada sosyal çalışmacının rol ve işlevi olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle kronik hastalara rehabilitasyon hizmeti sunmak, hastaların tedavileri ile ilgili eğitim çalışmaları sunmak, doğum kontrol yöntemlerinin etkililiğini artırma çalışmaları yapmak gibi alanların sosyal çalışmacıların daha az oranda sorumluluk taşıdığı alanlar olmasının nedeni hekimlerin bu alanları tıbbi tedavi verilebilecek alanlar olarak görmelerinin yanı sıra sağlık hizmetleri planlanırken ve uygulanırken farklı disiplinlerin birbirilerini destekleyici ve tamamlayıcı şekilde planlanmamış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çünkü yapılan bu çalışmada doğum kontrol yöntemlerinin etkililiğini artırmada sosyal çalışmacılarca eğitim çalışmaları düzenlenmesine 35 hekim katıldığını belirtmiştir. Sonuç olarak sosyal çalışma mesleği aile planlaması, doğum kontrol yöntemleri gibi konularda rol ve işlevi olan bir meslek olarak tanımlanmamıştır. Oysa Amerika’da sosyal çalışmacılar aile planlaması hizmetlerinde yasal olarak tanımlanmaktadırlar. Amerika’da 1963 yılından beri aile planlaması hizmetleri anne ve çocuk bakımı

hizmetlerine dahil edilmektedirler. Bu tip hizmet veren klinikler mutlaka kendi sosyal alışmacısına, sahip olmayan klinikler de hastalarını sosyal çalışmacı bulunan kliniklere yönlendirmektedirler. Sağlık hizmetlerinin uygulanması bu şekilde yapılırken sosyal hizmet eğitimine de yeni dersler eklenmiştir. Cinsel eğitim, ana sağlığı, aile planlaması, tıp, kamu sağlığı, hemşirelik siyaset bilimi gibi konularda uzman olan kişilerce özel dersler verilmektedir (52).

Sonuç olarak aile hekimliği pilot uygulamasında çalışan hekimlerin sosyal çalışmacının rol ve işlevi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı, bu konuda ciddi bir eğitim eksikliği olduğu, sağlık hizmetlerinde yeterince sosyal çalışmacı bulunmamasına ve mesleki anlamda rol ve işlevlerinin açıkça tanımlanmamış olmasına bağlı olabilir.

SONUÇLAR

Aile hekimliğinde çalışan 118 hekim vardır. Araştırma grubundaki 98 kişiye (%83) ulaşılmıştır. Ulaşılamayan 20 hekimdir. Ulaşılamayan iki hekim doğum iznine ayrılmış, 1 tanesi sağlık problemleri nedeni ile rapor almıştır. Çalışmayı yaptığımız dönemlerde 3 hekim izne ayrılmıştır. 13 hekim çalışmaya katılmak istemediklerini belirtmişlerdir.

Hekimlerin yaş ortalaması $33,4 \pm 0,05$ ($\pm SH$)'dır. Araştırmaya katılan hekimlerin 46'sı (%46,9) 2001–2006 yıllarında mezun olmuşlar ve 48'i (%49,0) 1–5 yıl hekimlik yapmıştır.

Hekimlerin 95'i (%96,9) tıpta uzmanlık eğitimi almamıştır, uzmanlık eğitimi alan 3 (%3,1) kişidir.

Hekimlerin 65'i (%66,3) tıp eğitimi sırasında sosyal hizmetle ilgili ders almamıştır. Hekimlerin, 33'ü (%33,7) tıp eğitimlerinde sosyal hizmetle ilgili ders almıştır

Tıp eğitimi sırasında ders aldığını söyleyen 33 (%33,7) hekimin 18'i (%18,4) sosyal hizmetle ilgili aldığı dersi yeterli bulmuştur.

. Hekimlerin 7'si (%7,1) sosyal çalışmacının ne iş yaptığını bilmekte, 33(%33,7)'si kısmen bilmektedir. Hekimlerin 54'ü (%55,1) sosyal çalışmacının ne iş yaptığını bilmemekte iken 4'ü (%4,1) kararsız olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin 32'si (%32,7) aile hekimliği uygulamasında sosyal çalışmacılara ihtiyaç duyarken (%9,2) ,9'u ihtiyaç duymamaktadır. Hekimlerin 34'ü (%34,7) kısmen ihtiyaç duymaktadır, 23'ü (%23,5) bu konuda kararsızdır.

Hekimler sosyal çalışmacıya ihtiyaç duyulan alanları sırası ile psikososyal, ekonomik, psikolojik danışmanlık, sosyoekonomik, eğitim, aile danışmanlığı olarak belirtmiştir. Hekimlerin 26'sı (%26,5) psikososyal ekonomik konularda, 12'si (%12,2) psikolojik danışmanlık konularında sosyal çalışmacıya ihtiyaç duymaktadır.

Hekimlerden 50'si (%51,0) hastalarda karşılaştıkları sorunları kendi olanaklarıyla ile çözmeye çalışmakta, 23'ü (%23,5) sosyal kuruluşlara yönlendirmekte, 16'sı (%16,3) bir şey yapmamaktadır.

Hekimlerin (%57,1) 50'si psiko sosyal ekonomik sorunları çözmenin sosyal çalışmacıların rol ve işlevi olduğunu, 58'i (%59,2) sağlığın yükseltilmesinde

sosyokültürel ve ekonomik etmenlerin saptanmasında sosyal çalışmacıların rolü olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin 53'ü (%54,1) hastaların tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirmede sosyal çalışmacıların müdahalesinin etkili olacağını ve bu müdahalelerin türlerini 33'ü (%33,7) psikososyal ekonomik, 17'si (%17,3) psikolojik danışmanlık 9'u (%9,2), eğitim ve sosyoekonomik, 11'i (%11,2) olumlu yönde davranış değişikliğine destek çalışmaları olarak belirtmişlerdir.

Hekimlerin 39'u (%39,8) sosyal çalışmacıyı sağlık ekibinin üyesi ve kısmen sağlık ekibinin üyesi olarak görmektedir, 11'ine (%11,2) göre sosyal çalışmacı sağlık ekibinin üyesi değildir.

Hekimlerin 48'i (%49,0) sosyal çalışmacıların sağlık ekibi ile işbirliği sağlayabileceğini 34'ü (%34,6) kısmen işbirliği sağlayabileceğini, 8'i (%8,2) işbirliği sağlayamayacağını düşünmektedir.

Hekimlerin 64'ü (%65,3) sosyal çalışmacıların toplum sağlığı merkezlerinde, 33'ü (%33,7) aile sağlığı merkezlerinde çalışması gerektiğini düşünmektedir. Hekimlerin cinsiyetine göre sosyal çalışmacının sağlık ekibinin üyesi olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($\chi^2=1,56$, $p=0,66$).

Sosyal çalışmacının rol ve işlevleri hakkındaki düşüncelerini açıklarken hekimlerin 70'i (%71,4) sosyo-ekonomik yetersizlikleri tespit etmek, çocuk ihmal ve istismarını önleyici hizmetler sunmak, çocuk yetiştirmede destekleyici eğitim çalışmaları sunmak, 63'ü (%64,3) sosyal kültürel alışkanlıkların olumlu yönde geliştirilmesini sağlamak, 61'i (%62,2) alkol, sigara ve madde bağımlılığını önleyici hizmetler sunmak, 56'sı (%57,1) hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak, 49'u (%50,0) bölge sağlık koşullarını tanımak, 36'sı (%36,7) kronik hastaların takibi ve rehabilitasyon hizmeti sunmak, 38'i (%38,8) koruyucu psikiyatrik hizmetler sunmak, 36'sı (%36,7) sağlık eğitimi hizmetleri sunmak, 39'u (%39,8) koruyucu sağlık hizmetlerine katılmak olarak belirtmişlerdir.

ÖNERİLER

Tıp fakülteleri eğitim programı içerisinde sosyal hizmetle ilgili dersler yaygınlaştırılabilir.

Ders programlarının içeriği daha kapsamlı hale getirilebilir. Özellikle sağlık ekibinin bir parçası olan sosyal çalışmacıların bu alandaki rol ve işlevleri üzerinde durulabilir.

Sosyal çalışmacıların kendi mesleki yöntem ve becerilerini sağlık hizmetlerinde nasıl uyguladıkları anlatılabilir.

Tıp fakülteleri bu konuda geliştirilecek programlarda, sosyal hizmetler yüksek okulu öğretim üyelerinin de görüşlerini alabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sosyal çalışmacı kadrosu açılabilir. Özellikle Türkiye’de yeni geçilen aile hekimliği uygulamasında toplum sağlığı merkezlerinde sosyal çalışmacı istihdam edilebilir.

Sağlık Bakanlığı özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere bu konularda hizmet içi eğitim programları düzenleyebilir.

Çalışma aile hekimliğinin Türkiye’de ilk pilot uygulama olarak gerçekleştiği Düzce’de yapılmıştır. Bu konu ile ilgili daha ayrıntılı bilgi sahibi olmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha büyük örneklemlerle çalışmalar yapılması uygun olabilir.

Çalışma sadece Düzce ilini temsil ettiği için bu konuda Türkiye’nin aile hekimliği uygulanan diğer illerinde yapılmış çalışmalara da gereksinim vardır. İleride bu konuyla ilgili analitik ve niteliksel çalışmalar yapılması konuyla ilgili bilgi düzeyini arttıracaktır.

KAYNAKÇA

1. Fişek N. Kitaplaşmamış yazılar- 1. Sağlık Yönetimi, Türkiye’de Sağlık Politikaları. [http:// www.ttb.org.tr/ n-fisek/](http://www.ttb.org.tr/n-fisek/) kitap 20. 02. 2007’de ulaşıldı
2. Öztekin Z. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. [http:// www.bilkent.edu.tr](http://www.bilkent.edu.tr) 24. 02. 2006’da ulaşıldı
3. Özerkulkul D. Yatarak Tedavi Gören Tüberküloz Hastalarının Hastane Hizmetlerinin Kalitesine İlişkin Beklentileri ve Algıları Üzerine Bir Araştırma. Yüksek lisans programı, H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler ABD. Ankara . 2005 : 72
4. Özdemir U. Bir Sosyal Hizmet Alanı Olarak Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişim Süreci. Karataş K, Arıkan Ç. İnsan Gelişimi ve Sosyal Hizmet. ISBN 975-491-113-4 Ankara : 2001:1, 272, 273
Hizmetler Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı; Ankara 2005: 72
5. Duyan V. Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Sorun Odağında Sosyal Hizmet [http:// www.cumhuriyet.edu.tr](http://www.cumhuriyet.edu.tr).
6. Kongar E. Sosyal Çalışmaya Giriş. Sosyal Bilimler Derneği Yayınları G- 2, Ankara : Ay yıldız Matbaası , 1972 : 100 – 10029
7. Güler Ç. Temel Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet.4.Ulusal Sosyal Hizmet Konferansı Bildiriler. Ankara, 26- 28 Mayıs 1994: 191-193
8. Türkmen B. Meslek Eğitim Esasları Bağlamında Sosyal Hizmet Eğitime Yeni Model Önerisi. Kastamonu Eğitim Dergisi, Ekim 2003; 11(2) : 269- 276
9. Kut S. Sosyal Hizmet Mesleği Nitelikleri Temel Unsurları Müdahale. Ankara 1998: 14- 16
10. Ünlü E.Türkiye’de Sosyal Hizmet Uygulamaları, İhtiyaçları ve Sorunlar Sosyal Hizmet Sempozyumu. Antalya, 3- 6 Kasım 2004: 2- 3
11. Dilek L. Sağlık Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları. ISBN 975-288-132-7, Ankara: Aydınlar Matbaacılık, 2003:68-70
12. Cılga İ. Bilim ve Meslek Olarak Türkiye’de Sosyal Hizmet. ISBN 975-491-176-2, Ankara: Özbay Ofset, 2004: 32- 34
13. Uğurluoğlu H. Düünden Bugüne Sosyal Hizmet Mesleği. [http:// www.shudernegi.org](http://www.shudernegi.org) 23-02-2006’da ulaşıldı.

14. Duyan V. Sağlıkta Psiko- Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet) ISBN 975-948550- 8, Ankara : 72 TDFO Ltd. Şti, 1996:2-7-20
15. Duyan V. Tıbbi Sosyal Hizmet. Sağlık Ve Toplum Dergisi, Ocak Mart 200; 10(1): 43-48
16. www.publichealth.pitt.edu. 24- 03 2007'de ulaşıldı
17. Resmi Gazete, 26 Kasım 1973 ve 14724 sayı, 1973
18. Çevikbilen T, Duyan V. Sağlık Alanında Sosyal Hizmet Uygulamalarında Tarihsel Süreç ve Yasal Düzenlemelere Bir Bakış. 4.Ulusal Sosyal Hizmet Konferansı Bildiriler. Ankara, 26-28 Mayıs 1994:168-176
19. Corney RH. Social Work and Primary Care the Need For Increased Collaboration: Discussion Paper. Journal of the Royal Society of Medicine, January 1988, 81: 29-30
20. Toker E, Serdar E, Levent K. İskandinav Ülkelerinde Sağlık Sistemleri.(İsveç, Danimarka, Finlandiya ve Norveç) <http://www.spgk.saglik.gov.tr>. 17-11-2006'da ulaşıldı
21. Soyer A, Oğlak S. Danimarka ve Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Bakım Hizmetleri (Mukayeseli bir değerlendirme) <http://www.ozida.gov.tr> 17-112006'da ulaşıldı
22. Estes RJ. Social Workers in Health. Taylor S, Field D. Sociology of Health and Health Care. ISBN 0-87527-266-5, USA: Missouri, 1984: 4
23. Dirican R. Toplum Hekimliği Halk Sağlığı Dersleri. Ankara: Hatipoğlu Matbaacılık, 1990:324
24. Health and Medical of Care in Sweden Fact Sheet Ministry of Health and Social Affairs. No:15 June 2005 www.sweden.gov.se/ contet 2-02-2007'de ulaşıldı.
25. Robert E. Texbook of Family Practice Philadelphia: W.B Sounders Company, 1990: 21
26. Resmi Gazete. 12 Ağustos- 2005, sayı:25904
27. Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalışmalarına Dair Yönerge
28. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 20-02-2006 Talimatı.
29. Aile Hekimliğinin Pilot Uygulaması İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri

Kurulması Ve Çalıştırmasına Dair Yönerge

30. Tobanbay İ. Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut. ISBN 975-553-032-0, Ankara: Doruk yayıncılık, 1992 : 99-100

31. Beltan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: 1997:490- 491- 493

32. Pekcan H. Aile Planlamasında Sosyal Hizmet Uzmanının Yeri. 4.Ulusal Sosyal Hizmet Konferansı-Bildiriler. Ankara, 26-28 Mayıs 1994: 202- 203

33. Öztekin Z. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Ve Sağlık Ocağı Yönetmeliği El Kitabı. S:186- 187

34. Dedeoğlu N. Halk Sağlığı Ve Sosyal Hizmetler. Ç.Ü.Tıp Dergisi 2003; 25(4): www.cumhuriyet.edu.tr/edergi. 24.03.2006'da ulaşıldı

35. Arıkan Ç. Tedavi Kurumlarında Çok Disiplinli Ekiplerde Yer Alan Sosyal Uzmanına İlişkin Genel Bir Değerlendirme. Karataş K, Arıkan Ç. İnsan Gelişimi Ve Sosyal Hizmet. ISBN 975-491-113-4 Ankara: 2001:1-27-29

36. Dilek L. Tedavi Sonrası Bakım Süreci İçinde Bir İzleme Çalışması. Karataş K, Arıkan Ç. İnsan Gelişimi Ve Sosyal Hizmet. ISBN 975-491-113-4 Ankara: 2001:83-85

37. Özdemir U. Türkiye de Psikiyatrik Sosyal Hizmet. ISBN 975 9340- 1-9 Ankara: Aydınlar Matbaası, 2000 :24-27

38. Demirel S. Rehabilitasyon Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevi. Toplum ve Sosyal Hizmet, Ekim 2001;12(3) :73-75

39. [http:// www.tusp.saglik.gov.tr/mudahale](http://www.tusp.saglik.gov.tr/mudahale). Gençlik İçin Danışmanlık Ve Sağlık Hizmetleri.12.05.2006'da ulaşıldı

40. [http:// www.un.org.tr/Dunya](http://www.un.org.tr/Dunya) Sağlığı Raporu. 31 Ocak 2006'da ulaşıldı

41. [http:// www.un.org.tr](http://www.un.org.tr). Temel Sağlık Hizmetleri 31 05 2006'da ulaşıldı.

42. Aydın Z. Yaşlanan Dünya Ve Geriatri Eğitimi. Turkish Journal of Geriatri, 1992; (4): 179- 187 [http:// www.geriatri.dergisi.org/pdf](http://www.geriatri.dergisi.org/pdf) 1- 05-2006'da ulaşıldı.

43. Turaman C. Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamakta Planlanması. Turkish Journal of Geriatri , 2001; 4(1): 22-25

44. Gata Aile hekimliği ABD. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler> 20 Temmuz 2007'de ulaşıldı.

45. Ünal P. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri. <http://www.ailehekimirehberi.com> 15 Temmuz 2007'de ulaşıldı.

46. Hookey P. Social Work in Group Medical Practice: an introduction to Developments in Ten Countries. International Social Work,. 1977; 20(24): 24-27
[http:// isw.sagepub. com](http://isw.sagepub.com) 27- 07 – 2007’de ulaşıldı
47. www.dtip.edu.tr
48. Bradley .E. The Social Worker’s Expanding Role in Prevention. International Social Work, 1965; 8(1): 1-3
49. U.S. Department of Labor. Bureaus of labor statistics.
<http://www.bls.gov/home.htm> 20 Temmuz 2007’de ulaşıldı
50. Auslander G. Social Work in Health Care. Journal of social work, 2001; 1(2): 201-222
- 51, Rummery K. From Collaboration to Commissioning: developing relationships between primary health and social service. BMJ, 1998; 317 (7151): 122- 125
52. String K. Social Work as an integral Part of Families: an Example of U.S. Experience. International Social Work, 1978; 21(23): 24- 32

Düzce İli
Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Sosyal Çalışmacının Rol ve İşlevi
Anket Formu

Sayın katılımcı,

Sizin, aslında, nitelikli bir tıp öğrenimi görmüş biri olarak aşağıdaki sorulara mutlaka her hangi bir şekilde yeterli ve yetkin yanıtlar verebileceğinize inanıyorum. Ancak bu sorularla ulaşmak istediğim sizin samimi düşünce ve yaklaşımlarınızdır. Bu sorulara vereceğiniz en içten yanıtlar araştırmanın gerçekleri yakalamasını ve güvenilirliğini arttıracaktır. Bilimsel bir araştırmaya vereceğiniz içten yanıt ve katkılarınız için önceden çok teşekkür ederim.

Doğum yılı:

Cinsiyet:

1. Mezun olduğunuz tıp fakültesi hangisidir? Yanıt:

2. Mezun olduğunuz yıl? Yanıt:

3. Tıpta uzmanlık eğitimi aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

4. Yanıtınız evet ise uzmanlık alanınızı belirtir misiniz? Yanıt:

5. Kaç yıldır hekimlik yapmaktasınız? Yanıt:

6. Aile hekimliği pilot uygulamasında nerede çalışmaktasınız?

a) Aile hekimliğinde b) Toplum sağlığı merkezi hekimliğinde

7. Tıp eğitimi içerisinde sosyal hizmetle ilgili herhangi bir ders aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

Yanıtınız evet ise bu bilgiler meslek hayatınızda yeterli oldu mu?

a) Evet b) Hayır

8. Çalışma yaşamınızda hiç sosyal çalışmacı ile birlikte çalıştınız mı?

a) Evet (Nerede belirtiniz)

b) Hayır

9. Sosyal çalışmacının meslek olarak ne iş yaptığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır d) Kararsızım

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

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır d) Kararsızım

11. Yanıtınız evet ve bir ölçüde ise sizce ne tür soysal hizmetler söz konusu olabilir, belirtir misiniz?

Yanıt:

12. Hizmet sunduğunuz birey ve ailelerde psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarla karşılaştığınızda ne yapıyorsunuz? Açıklar mısınız?

Yanıt:

13. Sizce psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümlemesinde sosyal çalışmacının rol ve işlevi olabilir mi?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır d) Kararsızım

14. Sizce toplum sağlığı düzeyini yükseltmek için gerekli sosyokültürel ve ekonomik etkenlerin saptanması sosyal çalışmacıların görev alanlarına girer mi?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır d) Kararsızım

15. Sizce sosyal çalışmacılar tıpta sağlık hizmetleri sunan ekibin bir üyesi midir?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır d) Kararsızım

16. Sunduğunuz sağlık hizmetinin etkililiğini artırmak için sosyal çalışmacının gerekli işbirliğini sağlayabileceğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır d) Kararsızım

17. Sizce sosyal çalışmacılar aile hekimli hizmetlerinde nerede çalışırlar

- a) Aile hekimliği birimi b) Toplum sağlığı birimi c)Bilmiyorum

18. Sosyal ve ekonomik durumu uygun olmayan hastalar için paket programdaki soyo ekonomik yetersizlik butonunu kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır c) İlerde düşünüyorum

19. Hastaların hastalıklarına karşı tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirmelerinde sosyal hizmet müdahalesi etkili olabilir mi?

a) Evet b) Kısmen c) Hayır d) Kararsızım

20. Yanıtınız evetse sizce bu müdahaleler ne tür müdahale olmalıdır?

Yanıt:

21. Aşağıdaki hizmet alanlarının sizce hangisinde ya da hangilerinde sosyal çalışmacının rol ve işlevi vardır?

Görüşler	Evet	Kısmen Evet	Kararsızım	Hayır
Aile içi ilişkilerini düzenlenmek				
Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerine katılmak				
Çocuk yetiştirilmesinde destekleyici eğitim çalışmaları düzenlemek				
Sosyo-ekonomik yeter-sizlikleri tespit etmek				
Alkol sigara ve madde bağımlılığını önleyici hizmetler sunmak				
Çocuk ihmali ve istismarı önleyici hizmet sunmak				
Koruyucu psikiyatrik hizmetlere katılmak				
Kronik hastaların takibi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmak				
Hastaların tedavileri ile ilgili eğitim çalışmaları düzenlemek				
Doğum kontrol yöntemlerini kullanmanın etkinliğini artırma çalışmaları düzenlemek				
Sosyal kültürel alışkanlıkların yararlı yönde geliştirilmesini sağlamak				
Koruyucu sağlık hizmetlerine katılmak				
Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak				
Toplum kalkınması hizmetleri sunmak				
Sağlık eğitimi hizmetleri sunmak				
Bölge sağlık koşul ve olanaklarını değerlendirmek				

Teşekkür ederim.