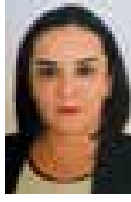


Tıbbi sosyal hizmet

Dr. Öğr. Üyesi Sayra Lotfi



Tebriz Azad Üniversitesi Psikoloji Bölümünde lisans eğitimi tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde doktorasını tamamladı. Ankara'da Altın Çatı Bakım Evinde psikolog olarak çalıştı. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde görev yaptı. 2018 yılından bu yana İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sosyal Hizmet Bölümü Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlığın tanımı, geçtiğimiz 150 yıl boyunca kültüre ve döneme göre değişiklik göstermiştir. Sağlıklı bireyi tanımlarken temel kriterler; insanların yaşamlarını sürdürebilmelerinden hasta olmamalarına, günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerinden mutluluk duygusuna sahip olmalarına ve iyilik halinin sağlanmasına kadar değişiklikler göstermiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı olma halini; “yalnızca hastalığın olmaması durumu olarak değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamaktadır. Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına en yakın kullanım, Slee (1996) ve diğerleri tarafından yapılmıştır. Slee, sağlığın “iyilik halinin yanı sıra günlük hayatın kaynağı” olduğunu belirtmektedir. Sağlıklı olmak, toplumsal olarak kabul gören çeşitli kriterin yanında bireysel talepleri de içermektedir. Öte yandan sağlıklı olmanın bir kriteri olan iyilik haline ilişkin çeşitli eleştiriler mevcuttur. İyilik halinin kişiden kişiye değişiklik göstermesi ve ölçülmesinin zor olması bunlardan bazılarıdır. Bireyin iyilik halini belirleyen şahsi yaşam alanıdır. Bu, birileri için iş doyumu iken başka birileri için ilişkileri olabilir. İyilik halini olumsuz etkileyen yoksulluk, işsizlik, kültürel normlar, ailevi ilişkiler, politik rejimler ve savaşlar gibi birçok faktör sağlığı etkileyen ortak unsurlar olarak sayılabilir. Ani hastalanmalar, aşık olmak veya haksızlığa uğramak gibi durumlar, iyilik halini birdenbire ve tamamıyla değiştirebilmektedir (2). Tüm bu durumlar göz önüne alındığında bireyin sağlıklı olma halinin biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenlerinin olduğu görülür.

Sağlık alanında geçmişten bugüne yaşanan değişime paralel olarak çeşitli sağlık modelleri ortaya konmuştur. Bunlar tıbbi (medikal) model, sosyal model ve biyopsikososyal modeldir. Medikal modele göre

belirtiler bozukluğa (hastalığa) sebep olur ve bu bozukluk ilaçlarla tedavi edilmelidir. “Hastalık her zaman vardır” prensibini benimseyen medikal model, hastalığın nedenlerini araştırmada ve tedaviyi belirlemede önemli bir ilk adım olarak hastalığın teşhisini ve etiketlenmesini vurgular. Geleneksel tıp yaklaşımı adıyla da ifade edilen medikal model; hastalıkları genetik durumlara, virüslere ya da diğer biyomedikal nedenlere dayandırır.

Sosyal model ise hastalıkların nedeni konusunda sosyal ve çevresel faktörlere bakmaktadır. Bu ikinci yaklaşım; iktidar, baskı ve toplumsal dışlanma konularını gündeme getirmektedir. Sosyal model, sosyal hizmetin genel bütüncül yaklaşımıyla iyi uyumla birlikte ruh sağlığı alanında sosyal çalışmanın temel mantığıdır. Ancak tıbbi model kadar etkili değildir (3). “Sadece hastalığın kaynakları üzerinde durulmaz” prensibini benimseyen sosyal yaklaşıma göre hastalığın önlenmesi de önemlidir. Önleme konusunda iki olası yaklaşım mevcuttur: Bunlar savunmasızlık faktörlerini azaltmak veya insanların daha olumlu tepkiler geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Böylece bireyin stresli durumlara daha iyi dayanma konusunda direncini artırmak için çalışılır. Bu yaklaşımlar; sosyal dışlanmanın, ırkçılığın ve yoksulluğun etkilerini içeren sosyal faktörlerin çoğunun sosyopolitik boyutunu içerir (4). Biyopsikososyal yaklaşıma göre fiziksel ve psikolojik şartlarla sosyal çevrenin şartları birbirlerini etkilemektedir. Bu şartlar, müracaatçı ve ailelerini anlamak ile onlara yardım etmek için dikkate alınmalıdır (5).

Engel’e göre biyopsikososyal model; hastalığın biyolojik, sosyal, çevresel, psikolojik ve davranışsal yönlerini ele almaktadır. Bu model; temelde hastalığın biyolojik nedenlerine odaklanan, medikal modelin kapsamını genişletmektedir. Biyopsikososyal model, hastalığın tıbbi

olmayan nedenleriyle biyolojik nedenlerini beraber ele alır (6). Sosyal hizmet, temelde birey ve sosyal çevresi arasındaki etkileşime odaklanır; psikososyal ve ekonomik eksenli sorunların ortadan kaldırılması sorumluluğunu taşır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, hasta ve ailesine yönelik psikososyal açıdan desteklemek; birey, aile ve toplumsal düzeylerde refah düzeyini yükseltmek; bireylerin hayatları üzerindeki gücü ve kontrolü artırmak ile sosyal adalet ilkelerini geliştirmektir (7).

Sağlık elamanlarının hastanın sosyal durumu, alışkanlıkları, aile ilişkileri, geliri vb. konularla ilgilenmemeleri üzerine tıbbi sosyal hizmet ortaya çıkmıştır. Sosyal durumu ihmal edilen hastalar ve aileleriyle ilişki kuracak, sorunlarının çözümlenmesine yardımcı olacak bir meslek elemanının istihdam edilmesinin gereği ortaya çıkmıştır. Tıbbi sosyal hizmet ilk kez 1905 yılında ABD’de Boston Massachusetts General Hospital, New York Bellevue Hospital, Baltimore John Hopkins Hospital, Boston Berkeley Infirmary Hospital gibi hastanelerde resmen uygulanmaya başlanmıştır (8).

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi’ne göre tıbbi sosyal hizmet; “ayakta ya da yatakta tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözülerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması”dır.

Sağlık merkezlerinde psikososyal hizmet sunan tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastalık hakkında, hastalığın sebebi ile ortaya çıkan psikososyal sorunlar ve bu sorunları ele almada kullanılan müdahale becerileri



konusunda bilgi sahibidir. Öğrenimleri süresince aldıkları eğitim ve beceriler, onları hastalarla çalışmak için yetkinleştirir. Çevresi içinde birey yaklaşımını kullanan sosyal hizmet mesleği, çalışmalarında öncelikle, birey ve çevresi arasında karşılıklı ilişkiyi inceler ve bireyin çevresi ile bu etkileşimden nasıl etkilendiğini ele alır. Sosyal hizmet uzmanları; bireylerin aile, arkadaş, iş, sosyal hizmet kuruluşları, sağlık, eğitim, din, kültür, hükümet gibi unsurlarla dinamik bir ilişki içinde olduğunu kabul eder. Çevresi içinde birey, ilişki kümesi içinde hem neden hem sonuç olarak bir bütündür. Sosyal hizmet uzmanı, önce bireyi sonra çevresini değerlendirmez; aksine bireyin çevresi içinde tedavi görmesi gerektiğini savunur. Müracaatçının psikososyal ihtiyaçlarını ele alırken ilk müdahalesi kişi ve çevresi arasındaki etkileşimi geliştirmektir.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının yaklaşımı; hastanın ilişkileri, kaynakları, tanıyı kabullenme ve tedavinin gerektirdiklerini yapma konusundaki yerini daha geniş bir çerçevede değerlendirmesine katkıda bulunur. Hastayla değerli bir insan olarak iletişime geçer; hastalığın

teşhisini kabullenmesine yardım eder ve çevrenin bireyin ihtiyaçlarına cevap verme düzeyini güçlendirecek müdahalelerde bulunur. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hem müracaatçı hem de ailesini bakım konusunda hazırlar. Araştırmalara göre yaşamının sonunda olan ve sevilen bir bireye verilen destek, hem duygusal hem fiziksel anlamda zorlayıcıdır. Bu nedenle aile üyelerinin ihtiyaçlarını bilmek ve bunlara karşı hassas olmak çok önemlidir.

Savunuculuk ile kaynak sağlama, sosyal hizmet uzmanlarının sahip olduğu becerilerdir ve hastalarla çalışırken doğrudan kullanılmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, aile üyeleri ve sağlık çalışanları ile hasta haklarını savunuculuk görevi üstlenmekte ve aile üyelerinin ihtiyaçlarını da savunmaktadır. Buna ek olarak hastanın savunuculuğunu üstlenmek için sosyal hizmet uzmanlarının talep edilen ve ihtiyaç duyulan kaynakları sağlama konusunda becerisi olması gerekmektedir. Çevresi içinde birey yaklaşımı, sosyal hizmet uzmanının hastayı ilk değerlendirmesi sırasında başlar ve içinde yaşadığı çevreyi de içerir. Ailenin, yaşanılan çevrenin, devletin ve refah sistemlerinin tanınması,

Tıp alanında, hastalıkların tanısı ve tedavisi sürecinde uzun süre sosyal alan dikkate alınmamıştır. Bu nedenle yirminci yüzyılda ortaya çıkan sosyal hizmet disiplini, en başından itibaren sağlık alanındaki uygulama çerçevesinde bireyin sosyal çevresinin önemini vurgulamıştır. Sosyal hizmet bireyi yalnızca bedensel ve ruhsal bir varlık olarak değil, aynı zamanda sosyal bir varlık olarak görmüş; bireyin sağlık sorunlarının çözümü sürecine bütüncül bir çerçeve ile bakılmasını savunmuştur.



sosyal hizmet uzmanına mevcut kaynaklar ve bu kaynakların nasıl elde edileceği konusunda bilgi verir.

Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) tarafından hastalara, ailelere ve bakım elemanlarına sunulan sağlık bakım sisteminde karşılaşılan engelleri aşmaya, ön tanıdan başlamak üzere kanser aşamalarının tümünde kaliteli sağlık ve psikososyal hizmetlere erişmeyi kolaylaştırmaya yönelik bireysel yardımlar tanımlanmaktadır. Yönlendirme süreçleri, hemşirelik ve sosyal çalışma için büyük öneme sahiptir. Hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarının hasta yönlendirme süresince mesleki bilgi ve becerileri artmaktadır. Mevcut araştırma sonuçları ve ampirik raporlara göre yönlendirme hizmetlerinden elde edilebilecek en iyi sonuç; yönlendiren kişinin bilgi ve becerisinin temel mesleki eğitimin çok ötesinde olması, toplumsal değerlendirme yapma becerisine sahip olması ve ihtiyaç duyulan bakım ve hizmetlere zamanında erişmeyi engelleyen sistemin engellerini aşmak için müdahaleler geliştirmesi ile alınmaktadır (9).

Hasta yönlendirme hizmetlerinin değişmesi ve gelişmesi nedeniyle tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastaları, aileleri, sağlık çalışanlarını ve halkı hasta yönlendirme konusunda bilgilendirme rolüne sahiptir. Hastalar, aileler ve hasta yönlendirme rolünü üstlenen bireyler için en iyi ve istenen sonuçlara ulaşma konusunda zorluklar bulunmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları tarafından doğrudan yürütülen hizmetler şunlardır:

- Araştırma ve psikososyal değerlendirme
- Hastalığın kolaylaştırılmasını sağlamak

- Bireyin, ailenin psikolojik danışmanlığı ve grup psikoterapisinin sağlanması
- Taburculuk organizasyonu yapmak
- Öneriler vermek
- Savunmak

Tıbbi sosyal hizmetin sunulması ve etkili uygulanması sanatta ve bilimde olduğu gibi önemlidir. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, insanların sorun çözme ve sorunlarla başa çıkma kapasitesini artırma; insanları kaynak, hizmet ve fırsat verebilecek sistemlerle ilişkiye geçirme; bu sistemlerin etkili ve insanca işleyişini sağlama; sosyal politikanın gelişmesi ve ilerlemesine katkıda bulunmadır. Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ise hastanın tıbbi bakımı ve tedaviyi kabul etmesi, sağlık problemleri nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresin azaltılması ve hastanın hastalığı ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan problemlerini çözme amacına yönelmiştir. Tüm bu amaçlar; başlangıç, planlama, hizmetin verilmesi, değerlendirme, sonlandırma ve takip aşamalarını kapsayan bir dizi mesleki müdahale sonucunda gerçekleştirilir (10).

Tıbbi sosyal hizmetin odağı hasta bakım etkinlikleri ile ilgilidir. Tıbbi sosyal hizmet, hastanın tedavisi sırasında, hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümü ile uğraşır. Sosyal hizmet mesleği, bireyle çalışma ve grup çalışması yönteminin kullanıldığı bir uygulama alanıdır. Onkoloji hastasına yapılan tedaviler bir ekip işidir ve bu ekip içinde sosyal hizmet uzmanları önemli mesleki işlevler üstlenirler (11).

Tıp alanında, hastalıkların tanısı ve tedavisi sürecinde uzun süre sosyal alan dikkate alınmamıştır. Bu nedenle yirminci yüzyılda ortaya çıkan sosyal hizmet disiplini, en başından itibaren sağlık alanındaki

uygulama çerçevesinde bireyin sosyal çevresinin önemini vurgulamıştır. Sosyal hizmet bireyi yalnızca bedensel ve ruhsal bir varlık olarak değil, aynı zamanda sosyal bir varlık olarak görmüş; bireyin sağlık sorunlarının çözümü sürecine bütüncül bir çerçeve ile bakılmasını savunmuştur. Sosyal hizmet uygulamasında, gerek mikro düzeyde bilişsel, psikolojik ve duygusal; gerekse makro düzeyde kültürel, ekonomik ve sosyopolitik uzantıları olan çok yönlü sosyal sorunların çözümünde grup dinamiklerinden yararlanılması ön görülmektedir (12).

Kaynaklar

- 1) Somunoğlu, S. (1999). *Kavramsal Açıdan Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4: 1.
- 2) Top, M.Ş., Özden, S.Y., Efe Sevim, M. (2003). *Psikiyatride Yaşam Kalitesi. Düşünen Adam*. 16:1. 18-23.
- 3) Hothersall, S., Maas-Lowit, M., & Golightley, M. (2008). *Social Work and Mental Health in Scotland*.
- 4) Platt, L (2007) *Poverty and Ethnicity in the UK*. Bristol: Policy Press.
- 5) Cowles, LAF. (2000). *Social Work in the Health Field, a Care Perspective*. New York: The Haworth Press.
- 6) Gehlert, S., Browne, T.A. (2006). *Handbook of Health Social Work*. New Jersey: John Wiley & Sons Publishing.
- 7) Oral, M. & Tuncay, T. (2012). *Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23: 2.
- 8) <https://slideplayer.biz.tr/slide/2935531/> (Erişim Tarihi: 16.07.2019).
- 9) *Oncology Nursing Society, the Association of Oncology Social Work, and the National Association of Social Workers Joint Position on the Role of Oncology Nursing and Oncology Social Workin Patient Navigation*. (2010). *Oncology Nursing Forum*, 37(3).
- 10) Mutlu, E. (2007). *Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları VE Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi*.
- 11) Yıldırım, B., Acar, M. ve Tuncay, T. (2013). *Onkoloji Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri ve Kanıtı Dayalı Değerlendirme. Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24, 1.
- 12) Tuncay, T. (2010). *Kanserle Baş Etmede Destek Grupları. Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21 (1).