

# DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

## TIBBİ SOSYAL HİZMET

Halil Şengül - Arzu Bulut

### ÖZET

Sağlık, bir kişinin refahının önemli bir parçasıdır ve insanların yaşamları boyunca önem verdikleri bir kavram olmuştur. İnsanlar sağlıklarını korumak için uğraş vermekte ve hastalandıkları zamanda eski sağlıklarına geri kavuşmak için tedavi yollarını aramaktadırlar. Sağlığın tanımı ve sağlığa bakış açısı tarihsel süreç içinde birçok değişikliğe uğramıştır. Uzun yıllar boyunca sağlığın fiziksel yönü üzerinden yapılan tanımlar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan ve sağlığın sadece fiziksel sağlık olmadığı aynı zamanda psikolojik ve sosyal sağlığın da bu tanım içinde yer aldığı belirtilmesi ile genişletilmiştir. Bu tanım sağlık hizmetlerinin sosyal yönüne de dikkat çekmiş, tedavi hizmetlerinin verildiği hastanelerde, hastaların sadece fiziksel bakıma değil, sosyal desteğe de ihtiyaç duyacağı gerçeğini açığa çıkarmıştır. Türkiye’de ilk kez 1967 yılında sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet ya da tıbbi sosyal hizmet uygulamaları başlamış olsa dahi dünyada bu hizmet yüz yılı aşkın bir süredir verilmekte ve sosyal hizmet uzmanları için en geniş uygulama alanlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Uzun yıllar boyunca, hastanede yatan hastalara hekimler ve hemşireler tarafından verilmeye çalışılan sosyal desteğin aslında bu iş için profesyonel eğitim almış kişiler tarafından verilmesi gerektiği söylenmeye başlanmış ve “tıbbi sosyal hizmet” kavramı ayrı bir disiplin hâline gelmiştir. Tüm dünyada, ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşlanan nüfustaki demografik değişiklikler ve buna bağlı olarak kronik hastalık oranlarındaki artış hastaneye yatışları artmasına neden olmuştur. Bu durum hekimlerin iş yükünü oldukça arttırmış, hekimler artık hastaların sosyal şartları, çevreleri, gelirleri, kişilikleri ve inançları üzerinde duramamış, bu işi tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına bırakmışlardır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastayla ve hastanın ailesi ile yaptığı kişisel görüşmelerle onların sosyal ve kişisel durumları hakkında bilgi edinip bu bilgileri hastanın hekimi ile paylaşmaya başlamışlardır. Bu bilgiler teşhis ve tedavinin yönetilmesinde hekime faydalı olacak bilgilerdir. Bu durum hastanelerde verilecek olan tıbbi sosyal hizmetin önemini artırmıştır. Aynı zamanda

hastane sosyal hizmet uzmanları için de çok ciddi zorluklar ve giderek artan bir iş yükü yaratmıştır. Bu tarihsel alt yapıya rağmen tıbbi sosyal hizmetin kapasitesinin ne olduğu, varlığının ya da yokluğunun getireceği maliyetlerin neler olduğu konusunda net bilgiler yoktur ve belki de önemi yeterince anlaşılammıştır. Sonuç olarak sağlık hizmet sunumunda, insanların biyopsikosozal varlıklar olduğu unutulmadan bir yapılanmaya gidilmesi ve tıbbi sosyal hizmete bu yapılanma içerisinde yer verilmesi gerekmektedir. Tıbbi sosyal hizmetin, verilen sağlık hizmetlerinin tamamlayıcısı ve destekleyicisi olduğu unutulmamalıdır.

## GİRİŞ

Sosyal hizmet uzmanları, sağlık hizmetlerinin önemli üyeleridir ve etkili sağlık hizmetlerinin sunumunun ayrılmaz bir parçasıdır (Saleh, 2002; Lymbery & Bulter, 2018). Van Der Laan, sosyal hizmet uygulayıcılarının toplumda ikili bir role sahip olduğunu belirtmektedir: “Bir yandan danışanları hayatın getirdiği koşulları yönetebilecekleri şekilde donatmak, diğer yandan da kendi içlerindeki koşulları etkilemek. Aslında yapılan işlem kişilerin hayatına değer katmak olarak tanımlanabilir. Bu ikili odak sayesinde, sosyal hizmet uzmanının danışman olarak işlevi, toplumdaki adaletsizliğe dikkat çekme görevini destekleyen önemli arka plan materyalleri sağlamak.” olacaktır (Van der Laan, G., 1998). Sosyal hizmet uzmanlarının bu ikili rolleri özellikle sağlıkları bozulmuş kişilerde daha önem kazanmaktadır. Hastalık insanların hayatında birtakım olumsuz değişikliklere neden olma potansiyeline sahiptir. Bu olumsuz değişiklikler sosyal hayatı etkilemekte ve burada sosyal hizmet uzmanlarının rolleri başlamaktadır. Bu rolün ilk basamağı hastanın kendini en savunmasız hissettiği yerler olan hastanelerdir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının kişilerin bu yeni duruma adaptasyonuna ve onların kendi kendilerini yönetmelerine yönelik destekleri ile bu süreçler en az hasarla atlatılacaktır.

Tıbbi sosyal hizmetin bu önemli misyonu aslında ilk zamanlar hastane sosyal hizmeti şeklinde, hastaların taburculuk işlemleri ile başlamış ve bu hizmet günümüzdeki çağdaş sosyal hizmet uygulamasının kökeni olmuştur. Değişen ve gelişen roller tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına bugünkü misyonu olan, hastaların sosyoekonomik, ailevi ve duygusal konularını daha iyi tanınmasına ve dolayısıyla insanların sağlık ve esenliğinin anlaşılma biçimini yeniden tanımlanmasını sağlamalarına olanak tanımıştır. Bu durum tıbbi sosyal hizmetin sadece önemini değil en iyi nasıl organize edilmesi, geliştirilmesi ve eklenmesi gerektiğini bilmeyi önemli kılmaktadır. Sağlık ve sosyal bakım sistemlerinde meydana gelen birçok değişiklikte yaşlılar ve

hastaların göz ardı edilmesi mümkündür. Paradoksal olarak yaşlı insanlarla ve hastalarla ilgilenmek tıbbi sosyal hizmetin bir amacı olduğu düşünülebilir ancak bu durum genellikle dar bir şekilde ele alınır ve genellikle hastaneden taburculuğu hızlandırmak şeklinde anlaşılır. Oysa sosyal hizmet uzmanlarının dezavantajlı gruplara verdiği önem düşünülduğünde hastaların da dezavantajlı gruba dâhil edilmesi gerektiği unutulmamalı, onların yaşamlarını iyileştirmeye çok daha fazla katkıda bulunulması gerektiği göz ardı edilmemelidir. Tabii bir başka açıdan bakacak olursak aslında tıbbi sosyal hizmetin gerekliliğini savunacaksa, mesleğin değerlerini tanımlamak, aynı zamanda halkın ihtiyaçlarını yansıtmak için kanıtlara dayalı uygulamaları tasarlamak önem arz etmektedir. Bu kitap bölümü, tıbbi sosyal hizmetlerin önemine vurgu yapmak için tasarlanmıştır. Bu nedenle konu akışı daha çok kanıta dayalı bir önem vurgusu yapmaya çalışacaktır.

## **1. TIBBİ SOSYAL HİZMET**

### **1.1. Sağlık Tanımı, Sağlık Hizmetleri ve Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Tıbbi sosyal hizmet kavramına girmeden sağlığın ne olduğu ve sağlığın sosyal yönünün ne olduğu anlaşılmalıdır. Çünkü tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının hastayı eski refah seviyesine geri döndürme yönünde uğraşları olacaktır. Oysa terminolojiye hâkim olmadan ya da sağlığın tanımını bilmeden verilecek sosyal desteğin sağlığın hangi parametreleri üzerinde yoğunlaşması gerektiğini tespit etmek zordur. Buradan yola çıkarak sağlığın ne anlama geldiğine, onu nelerin etkilediğine ve nasıl tanımlandığına kısaca göz atmak gerekmektedir.

#### **1.1.1. Sağlık Tanımı**

Sağlıkla ilgili çok çeşitli tanımlar ve çok çeşitli yaklaşımlar olmasına rağmen sağlık, tanımlanması oldukça zor ve karmaşık kavramlardan biridir. Birçok bilim dalı kendi perspektifinden sağlık tanımı yapmak için uğraş vermiştir. Tıp bilimleri, sosyologlar, psikologlar, politikacılar ve ekonomistler sağlığın tanımı konusunda çalışmalar yapan disiplinlerdir. Sağlığın ve hastalığın ne anlama geldiğinin ortaya konulması ile sağlık problemlerinin çözülmesi daha kolaylaşacaktır. Bu eylemlerin temelinde sağlık ihtiyaçlarının tespitinin daha objektif olarak yapılabilmesi ve sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında oluşturulacak sağlık politikalarının ve sağlığın geliştirilmesi

çalışmalarının gerekliliğidir (Badura, Kickbusch 1991). Aggleton'a (1990) göre, sağlığı birçok şekilde tanımlamak mümkündür. Ancak genel olarak sağlığın tanımlanması resmi tanımlar ve resmi olmayan tanımlar şeklinde ikiye ayrılabilir. Sağlık profesyonellerinin yaptığı tanımlar resmî tanımlar olarak kabul edilir. Resmî tanımları da pozitif ve negatif tanımlar diye ikiye ayrılmak mümkündür. Sağlıkla ilgili konularda profesyonel yetkinliği olmayan kişilerin sağlığa ilişkin algılamaları ise sağlığın resmî olmayan tanımları olarak adlandırılır. Sağlık tanımlarının ya da sağlık algılarının kişiden kişiye ve ülkeden ülkeye değişebileceğini söylemek mümkündür (Aggleton 1990). Robinson & Elkan'a (1996) göre de sağlık, tanımlanması zor olan bir kavramdır. Sağlık kavramındaki bu zorluk nedeniyle genellikle sağlığın pozitif bir biçimde tanımlanması değil negatif bir tanım yapılarak hastalığın yokluğu şeklinde tanımlama yapılmıştır. Negatif bir tanımda da karşılaşılan problem negatifliğin yani hastalık durumunun, bireyin hasta olup olmadığını saptayacak evrensel ölçütlerin olmamasıdır (Robinson J. & Elkan R. 1996). Sağlığın pozitif tanımlarına baktığımızda genellikle pozitif öğelerle birlikte negatif öğelerinde kullanıldığını görmekteyiz. Herkesin üzerinde uzlaştığı pozitif yönden yapılmış bir tanımlama bulunmamaktadır (Robinson J, Elkan R, 1996). Pozitif sağlık tanımı olarak bir başka tanımda, belirli özelliklerin var olması, bulunması ya da bu özelliklere sahip olma üzerinde durulmuştur. Bu özellikler, bir mal olarak sağlık, kişisel potansiyel olarak sağlık, fiziksel ve ruhsal uyum olarak sağlık, kişisel güç ve yetenek olarak sağlık şeklinde tanımlanmıştır (Hafen, M., 2016).

Batı tıbbının ilk olarak 19. yüzyılda ve 20. yüzyılın başlarında, hastalık veya sakatlığın olmamasına dayanan ve fiziksel parametrelerle tanımlanan indirgemeci bir sağlık kavramına odaklanarak geliştirdiği bu sağlık tanımlarından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yeni bir sağlık tanımı yapmıştır (Larson JS, 1999; Tinetti ME ve Fried T., 2004). Bu tanıma göre sağlık, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli” olarak tanımlanmıştır sonra (WHO, 1946). Geçen yüzyılda bu tanım tüm dünyaya yayılmış ve ülkeleri, bireylerin fiziksel koşulları tarafından belirlenen geleneksel sağlık hizmetlerinin sınırlarının ötesine iterek ulusal sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır (Jadad AR ve O’Grady L., 2008). Bununla birlikte, birçok kritik analiz, DSÖ sağlık tanımının günümüzde yeterli olmadığı yönündedir (Bok S. 2004; Goodle F, 2011; Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, vd., 2016). Yaşlanma hızının artmasından ve buna bağlı olarak da kronik hastalığı olan insan sayısının artmasından kaynaklanan zorluklar sağlıkta yeni bir bakış açısı

yeni bir paradigmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu yeni paradigmaya göre sağlığı artık tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu olarak düşünemeyiz. DSÖ'nün sağlık tanımında eleştirilen yönleri şu şekilde sınıflayabiliriz;

- Birinci eleştiri “tam refah” kelimesi ile ilgilidir. Bu hedef, ulaşılması neredeyse imkânsız olan çok uç bir durum anlamına gelmektedir (Jadad AR & O’Grady L., 2008). Kuşkusuz, giderek yaşlı nüfusun arttığı ve kronik hastalıklardan etkilenen yaşlı insanlar olduğu bir dünyada, tam refah hastalar için asla elde edilebilecek bir durum değildir. Bu tanıma göre değerlendirirsek, toplumda giderek daha büyük bir yüzdeyi oluşturan yaşlıların olması, o toplumu sağlıksız bir toplum olarak nitelememiz anlamına gelecektir. Bununla birlikte, tam bir iyilik hâli diğer insanlar için de bir sorundur çünkü yaşamdaki ortak deneyimler, fiziksel ve zihinsel semptomlardan uzak uzun bir sürenin son derece ihtimal dışı olduğunu göstermektedir. Başka bir deyişle bu tanım hemen hemen tüm insanları çoğu zaman sağlıksız hâle getiren, ulaşılamaz bir sağlık standardını önermektedir (Huber M, Knottnerus JA, Green L vd., 2011). Aslında tam bir iyilik hâli, herhangi bir hastalık için herhangi bir risk faktörünün olmamasını da içerecektir ki bu, herhangi bir hastalık için kesinlikle imkânsız bir durumdur çünkü en iyimser sağlık savunucusu bile risksiz hayatın ve esenliğin imkânsızlığını kesinlikle kabul etmek zorundadır.
- İkinci kritik yön, DSÖ tanımının somut uygulamaya ne kadar uygun olduğuyula ilgilidir çünkü ne operasyonel ne de ölçülebilir ve hiçbir zaman somut, faydalı sağlık standartları oluşturulamamıştır (Saracci R, 1997; Habersack M, Luschin G., 2013). DSÖ'nün bu ütopyik sağlık tanımını ölçmenin mümkün olmadığını kabul etmenin zamanı gelmiştir.
- Üçüncüsü, DSÖ'nün sağlık tanımının geniş kapsamıyla ilgilidir. Bunu biraz açmak gerekirse bu sağlık kavramının potansiyel olarak çok geniş olduğu ve bilimsel değerlendirmeleri ahlaki ve politik argümanlarla birleştirdiği söylenebilir. Tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu, kişilerin, yoksulluktan, ahlaksızlıklardan, kötülüklerden arınmış bir yaşam sürmesi olarak değerlendirilebilir. Oysa bunlar esasen yaşam sorunlarıdır ve tıbbi sorunlar olarak kabul edilmemesi gerekir. Günümüzde adaletsizliğin, ayrımcılığın, şiddetin, baskı ve savaşın dünyanın birçok ülkesinde olduğu düşünülürse tam bir iyilik

hâlinin olabileceğini söylemek mümkün değildir (Manwell L, Barbic SP, Roberts K. vd., 2015). Bu sağlık tanımı, örtük olarak varoluşsal sorunları, ahlaki argümanları, etik seçimleri ve politik boyutları içeren bir tanımdır (Boddington, P., & Räisänen, U., 2009). Bu nedenle bilimsel olmaktan çok politik bir ifade olduğunu söylemek mümkündür.

- Dördüncü kritik yön, toplumun tıbbileşmesinin artmasıdır. Bu tanımın geniş kapsamı ve pozitif sağlık anlayışı, yaşamın tüm yönlerinin tıbbileştirilmesine yol açar ve sonuç olarak bir sosyal alana veya diğer alanlara ait sorunların tıbbi alana ait olarak görülmesi riski yüksektir (Smith, R., 2002). Bu etki kasıtsız bir etki olsa bile ciddi pratik sonuçlara neden olabilir. Sorunun doğası tıbbi olarak görülürse başka bir çözüm türü aramak yerine tıbbi bir çözüm aranacaktır. Bu durum da insanların sağlık hizmetlerine olan taleplerini artırmaya yönlendirecektir.
- Beşincisi önemli bir istisnadır: DSÖ tanımı, refahın her zaman sağlıklı bağlantılı olduğunu varsayar ancak bu varsayımın her durumda düzeltilemeyeceğini düşünmez. Bireyler olumsuz bir olayla baş ederken kendilerini iyi hissetmezler, üzüntü duyarlar: Bu tepki sağlık kaybı olarak değerlendirilemez, aksi takdirde hemen hemen her gün herkes sağlığını kaybeder. Bu yaygın durumlarda iyi olma hâlinin olmaması, uygun bir gerçeklik duygusunun nesnel bir işareti olarak düşünülmelidir ve paradoksal olarak benzer durumlarda tam bir iyilik hâli, öznel gerçeklik deneyiminde bir değişiklik ve dolayısıyla bir kayıp olduğunu gösterebilir.

Ayrıca hâlsizliğin sağlık tanımından dışlanması, nüfusun önemli bir bölümünü sağlıklı olma olasılığından dışlar: Gerçekten de yaşlılar ve kronik hastalar sağlıklarını yalnızca bir hastalık ve kısıtlamalarla yaşama yeteneği, fiziksel durumu kabul etme yeteneği olarak düşünebilirler. Oysa tanımda tam bir iyilik hâlinde bahsedilmesi onların kendilerini sağlıklı bireyler olarak değerlendirmelerine yol açacaktır (Flick U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW, Walter U, 2003).

DSÖ tanımı, fiziksel, psikolojik ve sosyal refahın birbirleri arasında her zaman pozitif bir korelasyona sahip olduğunu varsaymaktadır (Prince M, Patel V, Saxena S, 2007). Fiziksel iyilik hâli, psikolojik veya sosyal iyilik hâlinin artmasıyla bağlantılı olabilir veya bunun tam İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesiyle yapılmış bir tanımdır. Oysa günümüzde, sosyal, kültürel, ekonomik ve epidemiyolojik koşullar inkâr edilemez şekilde değişmiştir ve sağlık

tanımının değiştirilmesi gerektiği aşıkârdır. Sağlığın bu karışık ve aslında ne olduğu tam olarak tarihlenemeyen tanımlarından sonra insanlara verilen sağlık hizmetlerinin sınıflandırmasının yapılması sağlık sistemlerini anlamaya yardımcı olacaktır.

### **1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Sağlık sistemlerinde, sağlık hizmetlerinin dört kategoriye ayrıldığını görmekteyiz. Bunlar öncelikle koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi şeklinde sınıflandırılır. Bu sınıflama sosyal hizmet uzmanlarının her seviyede sosyal destek vermesi gerektiğini göstermek için önemlidir. Tıbbi sosyal hizmet kavramı genellikle hastane sosyal hizmet kavramına sıkıştırılmış durumdadır. Oysa sağlık hizmetlerinin ilk basamağı olan sağlığı koruyucu sağlık hizmetlerinden, son basamak olan sağlığın geliştirilmesi aşamasına kadar her aşamada sağlığın temel bileşenlerinden biri olan sosyal desteğin uygulanması gerekmektedir.

#### **1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların taranması ve önlenmesi amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçasını oluşturur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, önlenabilir hastalıkların önlenmesi ve erken tespiti yoluyla morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (DSÖ, 1998). Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin ve toplumun, kısa ya da uzun vadede karşılaşabileceği hastalık risklerini erkenden tespit ederek ya da önlem olarak minimum seviyeye indirgeyebilmeyi ve sağlıklı bir yaşam potansiyeli oluşturmayı amaçlamıştır (Akdur, 2006). Koruyucu sağlık hizmetleri bireye yönelik ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler şeklinde sunulur. Çevreye yönelik olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri, toplumun sağlıklı yaşamına olumsuz yönde etki edebilecek, birtakım biyolojik, fiziki ve kimyevi unsurların insan yaşamına zarar vermeyecek şekilde etkisizleştirilmesini kapsamaktadır (Akdur, 2006). Sağlığın korunmasında şüphesiz insan davranışları çok önemlidir. Sosyal hizmet uzmanlarının, davranışsal sağlık sorunları yaşayan insanlarla etkileşim ve motivasyon stratejilerini anlamaları yoluyla birinci basamak sağlık hizmetlerine ya da koruyucu sağlık hizmetlerine katkıda bulunacakları çok şey vardır. Birinci basamakta görev alan sosyal hizmet uzmanları bunun yanı sıra hastalıklardan kaynaklanan damgalanmayı önleyici

faaliyetler gösterirler ve bu da hastaların sağlık davranışlarını etkileyerek onların iyileşme yönelimini artırır.

Toplum sağlığı merkezlerinin faaliyetleri de daha fazla ekip tabanlı bakıma dönüştükçe ve yetersiz hizmet alan nüfuslar için davranışsal sağlık hizmetlerini genişlettikçe sosyal hizmet uzmanlarına da bu alanda katkı yapabilecekleri fırsatlar sağlayacaktır. Değişen sağlık sistemlerinde toplumun sağlığını korumak için birçok roller mevcuttur. Bu roller arasında geleneksel sosyal hizmet rolleri, sağlığı geliştirmenin anahtarı olarak tanımlanan, topluluk düzenleyicisi, bakım koordinatörü ve vaka yöneticisidir. Ayrıca hasta yönlendiricisi, aile yönlendiricisi, topluluk düzenleyicisi ve akran danışman olarak da toplum sağlığı üzerinde etkin rolleri bulunmaktadır (National Association of Social Workers, 2012). Bu rollerin her biri, karmaşık sağlık bakımı ihtiyaçları ve sosyal durumları (zihinsel sağlık engelleri, bağımlılıklar ve evsizlik gibi) olan bireylerin bakımının yönetimini hedefler. Vaka yönetimi hem sağlık hizmetlerinde hem de sosyal hizmetlerde onlarca yıldır tanımlanmış bir roldür. Vaka yönetimi tipik olarak bireylere ve koordineli olmayan ortamlarda sosyal ve tıbbi bakım hizmetlerini koordine etmeye odaklanmıştır. Bakım koordinatörleri ayrıca evsiz aileler gibi yüksek ihtiyaç sahibi topluluklarla çalışır ve nüfus için sağlık ve sosyal hizmetleri hasta ve sistem düzeyinde entegre etmek için çalışır (Bodenheimer, T. & Berry-Millett, R., 2009).

Sosyal hizmet uzmanlarının davranışsal sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri arasında ilişki kurabilmeleri için edinmeleri gereken bilgi ve becerilerinde olması gerektiği unutulmamalıdır. Bu eğitimler öncelikle sağlık sisteminin ne olduğu ve nasıl bir yapıya sahip olduğunun bilinmesiyle başlar. Bunun yanı sıra; kişiler arası iletişim (özellikle sağlık personelleri olan hekim ve hemşireler ile iyi bir iletişim kurulması şarttır), iş birliği ve takım çalışmasına yatkınlık, insanların hangi ortamda bulunursa bulunsun davranışsal ve fiziksel sağlık bozukluklarının teşhis edilmesini sağlamak için doğru bir tarama ve değerlendirme, sağlık bakım planları geliştirilirken planların kişi merkezli ve iyileşme odaklı olmasını sağlamak, kültürel yetkinlik ve uyum konularında eğitim ya da bilgi ihtiyaçları vardır.

### ***1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ve Sosyal Hizmet Uygulamaları***

Sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri ve kişilerin sağlık davranışları ne kadar üst düzey olursa olsun gene de hastalıkların sıfırlanması mümkün değildir. Bireyin hastalanması sonucu yapılması gereken birtakım

tetkikler, muayene ve girişimler tedavi amaçlı sağlık hizmetleri olarak adlandırılır (Yıldırım, 1994). Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine nispeten oldukça yüksek maliyetler içeren hizmetlerdir. Bu hizmetler, kompleks bir şekilde organize olan, çok fazla teknolojik yatırım ve ekipman gerektiren, birçok uzman personele sahip hastaneler tarafından verilmektedir (Altay, 2007). Tedavi edici sağlık hizmetleri kişisel yararın daha ön planda olduğu hizmetlerdir. Bu hizmetlerin sunulmasında ortaya çıkan sosyal fayda dolaylı bir fayda şeklindedir. Dolaylı fayda kişilerin bir an önce sosyal rollerine döndürülmesi ve üretime katılarak ekonomiye ve topluma katkı yapması şeklindedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerini; ayaktan poliklinik hizmetleri, yatarak tedavi hizmetleri ve evde bakım hizmetleri olarak sınıflandırmak mümkündür. Tedavi edici sağlık hizmetlerinden ayaktan poliklinik hizmetleri en az maliyetli ve verilmesi en kolay tedavi hizmet çeşididir. Bu aşamada hastalık henüz çok fazla ilerlemediğinden genellikle bir hastane yatışı gerektirmeden ilaç tedavisi ya da destekleyici tedaviler önlenebilmektedir. Ayaktan hizmetlerin gerek kişisel ve gerekse sosyal maliyetlerinin göreceli olarak diğer tedavi edici hizmetlerden daha düşük olduğunu söylemek mümkündür. Tedavi edici hizmetler içerisinde, yataklı tedavi hizmetleri, maliyeti en yüksek olan hizmet çeşididir (Akdur, 2006).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin en önemli figürü olan hastaneler sosyal hizmet uygulamalarının uygulandığı en yaygın ve önemli kurumlardır. Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının ilk hastane örneklerini ABD’de görmekteyiz. İlk olarak 1905 yılında başlayan tıbbi sosyal hizmet uygulaması, 1994 yılında 6374 hastaneye çıkmıştır (Cowles, 1999). Türkiye’de ilk sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerde görevlendirilmesi 1965 yılında başlamıştır (Özbesler & Çoban, 2010).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hasta ile sağlık çalışanları arasında bir iletişim köprüsü kurma görevini üstlenmiştir. Bu görev çerçevesinde, hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili birtakım sosyal, duygusal ve ekonomik faktörleri sorgularlar ve elde ettikleri bu bilgileri önemine göre sağlık ekibine iletirler. Aynı zamanda hasta ve ailesinin moralini arttıracak faaliyetler yapıp onlara güven duygusu verirler. Hastanın ve ailesinin ihtiyaçları çerçevesinde toplum kaynaklarını harekete geçirirler. Bütün bu faaliyetlerin yanı sıra sosyal hizmet uzmanlarının yaptığı faaliyetler hastane işleyişini hasta lehine kolaylaştırmakta ve hastaneye de bu yönüyle katkıda bulunmaktadır. İlk kez 1965 yılında büyük devlet hastanelerinde görevlendirilen sosyal hizmet uzmanlarının sayısı giderek artmış ve 2012 yılı

itibarı ile sağlık bakanlığına bağlı olarak çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 605 olmuştur (Topuz & Öz, 2014). Hastanelerde verilen sosyal hizmet uygulamaları için genellikle sosyal hizmet birimleri oluşturulmuştur. Sosyal hizmet birimlerinin olmadığı hastanelerde ise başhekimliğe veya kliniklere bağlı olarak hizmet verilmektedir. Hasta görüşmeleri mülakat odasında, doktor odasında hemşire odasında, toplantı odasında veya hasta odasında yapılmaktadır (Aydemir, 2003, s. 17).

### **1.1.2.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri ve Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Rehabilitasyon, Latince bir kelime olup habilitasyon kelimesinden gelmektedir. Habilitasyon bilinmeyen bir şeyin öğrenilmesi rehabilitasyon ise yeniden o yeteneğin kazandırılmasıdır (Akdemir & Birol, 2003). Doğuştan ya da sonradan kaza, yaralanma ya da hastalık, nedeniyle birtakım yeteneklerini yitirmiş olan kişilere, tıbbi, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan mümkün olabilecek en üst düzeye ulaştırmak için yapılan tedavi edici faaliyetlere rehabilitate edici sağlık hizmetleri adı verilir. Rehabilitasyonda amaç kişinin kendisine, ailesine ve topluma daha fayda sağlayacak bir düzeye çıkartarak kalıcı sakatlıkların oluşmasını engellemek ya da en aza indirmektir (DSÖ, 2004; Özcan. 2000). DSÖ (2004), rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili 3 madde bildirmiştir. Bu maddeler;

1. Sakatlık ve engelliğin etkisini azaltacak, sakat ve kişilerin çevreye uyumunu sağlayacak girişimler, azaltmayı amaçlayan tüm yöntemler,
2. Sakat ve engelli kişileri çevreye uyum için eğitmenin yanı sıra, toplumsal bütünleşmeyi sağlamak için yaşadığı çevre ve toplumla ilgili düzenlemeler yapmak,
3. Rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinin, sadece sakat ve engelli kişilerle değil aynı zamanda onlarla birlikte yaşayan aileleri ve toplumlarla birlikte yapılması.

DSÖ (1995), özürülülük sürecini yetersizlik, sakatlık ve engellilik şeklinde sınıflandırmıştır. Yetersizlik; geçici bir yeti kaybı, sakatlık; bir aktiviteyi normal kabul edilen sınırlar içinde gerçekleştirmedeki kısıtlılık, engellilik; toplumsal ya da kültürel olarak kişiye biçilen rollerin kısıtlı bir şekilde yapılması ya da hiç yapılamamasıdır. 2017 yılında, DSÖ “Rehabilitasyon 2030: Eylem Çağrısı” yayınladı. Bu çağrıda, sağlığı ve işlevselliği optimize etmek için “rehabilitasyon ve sağlık sistemlerini güçlendirmeye yönelik ortak bir küresel eylemin” gerekli olduğunu belirtilmiştir. Bu belge, erişilebilir ve uygun fiyatlı rehabilitasyon sağlanmasının, “sağlıklı yaşamları sağlamak ve herkes için her

yaşta esenliği teşvik etmek” için sürdürülebilir bir üçüncü bin yıl hedefine ulaşmada hayati önem taşıdığını vurgulamaktadır (Gimigliano, Francesca & Stefano Negrini, 2017). Ayrıca DSÖ rehabilitasyonu, bireyin tüm tıbbi temas noktalarında (hastaneler ve klinikler) sağlanan ve aynı zamanda topluma entegre edilen bir bakım sürekliliği olarak öngörür. Rehabilitasyona yönelik bu yaklaşım, hasta için en iyi sonucu sağlamak için hasta eğitimi ve hizmet sunumuna yardımcı olmak için disiplinlerarası ve meslekler arası iş birliğine izin verir (DSÖ, 2011).

Rehabilitasyon hizmetleri bireyi bağımlı hâle getiren yetersizliklerin azaltılması ya da tamamen giderilmesine yönelik olarak verilen hizmetleri anlatan bir kavramdır. Rehabilitasyon hizmetlerinde, bireyin mevcut kapasitesinin devamı, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri tek bir meslek grubunun yapmasının mümkün olmadığı hizmetlerdir. O yüzden bu hizmetler bir ekip ruhu ile yapılmalı, ekip üyeleri arasında güçlü bir iletişim, koordinasyon, iş birliği ve birlikte durum değerlendirmesi yapılması önemlidir. Rehabilitasyon ekibinde profesyoneller yanı sıra hasta ve hastanın ailesi de yer alır (Akdemir & Birol, 2003; Özcan, 2000). Bu ekipte profesyonel olarak yer alacaklar; fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı bir hekim, fizyoterapist, fizik tedavi teknisyenleri, iş ve uğraşı terapisti, konuşma terapisti, hastanın tedavi dışındaki boş zamanlarını değerlendirmede çalışan rekreasyon uzmanı, hastanın protez ve ortez gereksinimini değerlendirip buna yönelik eğitim veren prostetist-ortotist, hastanın mesleki yeteneklerini değerlendiren ve bu konuda eğitim veren meslek danışmanı, diyetisyenler, psikolog, rehabilitasyon hemşiresi ve sosyal hizmet uzmanından oluşmaktadır. Bu ekipler engelliliğin çeşidine ve rehabilitasyon ihtiyaçlarına göre değişmektedir. Ama engellilik çeşidi ne olursa olsun tüm ekiplerde sosyal hizmet uzmanı muhakkak yer almalıdır.

Sosyal hizmet, bireylerin, ailelerin, grupların, kuruluşların ve toplulukların refahını teşvik ederek kişi/çevre uyumunu artırma çabası olarak tanımlanmaktadır (Greene, 2005). Somatik sağlık hizmetleri kapsamında tıbbi sosyal hizmet, optimal refahı sağlamak için bireye, onların önemli değerlerine ve topluma paralel olarak odaklanarak hedeflere ulaşmada engelliliğin sosyal ve psikososyal boyutlarını ele alan hizmetlerdir. Somatik sağlık açısından sağlıklı bir kişi, amaçlarını destekleyecek şekilde hareket etme veya tepki verme konusunda psikofizyolojik kapasiteye sahip olan veya sahip olduğuna güvenen kişidir. Teorik olarak eylem perspektifinden bakıldığında kişi bir nesne değil bir özne olarak kabul edilir ve öznenin eylem potansiyelini anlaması ve değerlendirmesi, birey ve rehabilitasyon ekibi tarafından ortak

bir problem çözme yöntemi olarak kullanılmalıdır. Yapılacak müdahaleler, kişinin hastalık öncesine dönmesini desteklemeyi veya hastanın kendisi için anlamlı hedefleri gerçekleştirmesini desteklemeyi amaçlayabilir. Bu bağlamda, hastalığın sonucunun genellikle sorunlu karmaşık bir biyopsikososyal etkileşim olduğu kabul edilmelidir.

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları bu çerçeveden bakıldığında engellerin nasıl yönetileceğine ilişkin olarak, hastanın ve diğer kişilerin gelecekteki sosyal refahı için belirleyici olabilir (Pockett R & Beddoe, 2015). Çok sayıda klinik analitik çalışma, tıbbi bir teşhisin konması sırasında ve sonrasında tıbbi sosyal hizmetin bütünlük rolünün, akut ve rehabilite edici müdahaleleri kapsayabileceğini göstermiştir ve sosyal hizmetin hastane bakımındaki değeri gösterilmiştir (Aurbach, Mason & Laporte, 2007). Sosyal hizmet uzmanları, STK'lar ve devlet kurumları tarafından sunulan engelli hizmetlerinde hayati bir rol oynamaktadır. Bunun nedeni, destek ve motivasyonun hem kişisel hem de mantıksal boyutlarını belirlemede geniş bilgiye sahip olmaları ve her türlü hizmet sunumunda değerlendirme, vaka yönetimi ve planlamada önemli bir rol oynamalarıdır (Wilkinson, 2015). Sosyal hizmetin temel misyonu, rehabilitasyona ihtiyacı olan kişilerin tam potansiyellerini geliştirmek, yaşam standartlarını iyileştirmek ve topluluklardaki arızaları önlemektir (Hossain & Mathbor, 2014).

Sosyal hizmet uzmanlarının rehabilitasyon hizmetleri çerçevesinde şu şekilde sınıflandırılabilir;

**Savunuculuk hizmetleri;** engellilik sadece bireyleri değil aynı zamanda aileyi ve onları çevreleyen toplumu da etkiler. Sosyal hizmet uzmanları, engelliler ve aileleri için değerlendirme, müdahale ve savunma sağladıkları için engellilerin ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir rol oynamaktadır. Ancak engelliler ve yaşlılar gibi diğer dezavantajlı gruplara bakan sosyal hizmet uzmanlarında ciddi bir eksiklik vardır (Robinson ve ark., 2012). Sosyal hizmet uzmanları sosyal planlama, politika geliştirme ile ilgilenir, sosyal politikayı etkilemek ve engellilerin finansal gelişimini etkilemek için toplumu sosyal eylemde bulunmaya teşvik eder (Hossain & Mathbor, 2014). Sosyal hizmet uzmanları ayrıca çeşitli adaletsizliklerle karşı karşıya kalan insanları savunmak için sosyal adalete dâhil olmalıdır.

**Tıbbi sosyal hizmet;** tıbbi sosyal hizmet uzmanları, ilaç sağlamaktan, hastaları hastane ortamına alıştırmaktan, yoksullar için sağlıklı gıda ve diğer sağlık hizmetleri sağlamaktan, engellilerin rehabilitasyonundan sorumludur. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, engellilerin teşhis ve tedavi planlama

sürecinde hekimler hemşireler ve diğer terapistlerle iş birliği yapmaktadır (Hossain & Mathbor, 2014). Hastanede yatan ya da ayakta tedavi gören disiplinlerarası ekibin bir üyesi olarak sosyal hizmet uzmanları, engellilerin kendi işleyişinin çeşitli alanlarında en yüksek özgürlüğe ve kendi kendine yeterliliğe sahip olması için rehabilitasyon sürecini desteklemekten sorumludur (CASW, 2015). Sosyal hizmet uzmanları, engellilerin durumlarını öğrenmeye ve hastanelerden uygun tedavi almaya teşvik eder. Bu ortamlarda, tıbbi sosyal hizmet uzmanları engellileri ve ailelerini evlerinde ziyaret edebilir ve uygun bilgi, tedavi veya eğitim sağlamaktan sorumludur (Chiterika, 2010).

**Danışmanlık hizmetleri;** sosyal hizmet uzmanları, engellilerin topluma dâhil edilmesini desteklemek ve teşvik etmek için engellilere danışmanlık sağlar. Danışmanlık oturumları, engellilerin eğitimini güçlendirmek ve ekonomik fırsatlarını artırmak için bireyleri, aileleri ve kişiler arası sorunları ele alabilir. Rehabilitasyon ortamlarında, sosyal hizmet uzmanları, rehabilitasyon ve diğer temel hizmetler ve planlarla ilgili konuları tartışmak için aile ve kurum arasında bir arabulucu görevi görebilir (Zastrow, 2009). Bu prosedür aileyi, danışanları ve toplumu içerir. Sosyal hizmet uzmanı müracaatçılara yardım eder ve psikososyal işlevsellik alanlarında teşhis ve müdahaleler yoluyla, ailelerinin hassas durumlarla, endişelerle ve artan özgüven ve umutlardan birine güvenerek başa çıkmalarını sağlar (CASW, 2015). Bu aynı zamanda sosyal hizmet uzmanlarının engelli kişileri özel olarak hedefleyen yasaları uygun şekilde uygulamak için hükûmete lobi yapabilecekleri savunuculuk rolüyle de bağlantılı olabilir. Sosyal hizmet uzmanları, engelliliğin tüm yasalara, politikalara ve programlara dâhil edilmesi konusunda hükûmete etkili bir şekilde rehberlik edebilir (Yeo & Moore, 2003). Bu bağlamda, sosyal hizmetin etik kuralları, makro düzeyde sosyal hizmet uzmanlarını, sosyal ihtiyaçları karşılamak, engelliler için sosyal adaleti geliştirmek, sosyal ortamları iyileştirmek için politika ve yasadaki değişiklikleri savunmaya çağırır (NASW, 2006).

**Mali destek ve ekipman desteği;** sosyal hizmet uzmanları, bireylere yapılacak çeşitli yardımlar için çeşitli sosyal hizmet kuruluşları ile bağlantıya geçmelerini sağlarlar. Bunun yanı sıra ihtiyaç durumlarına göre, tekerlekli sandalyeler, özel koltuklar, ayakta durma ve yürüme cihazları ve ortez ve protezler gibi yardımcı cihazların teminde yardım ederler. Ayrıca işitme cihazları, günlük yaşam aktiviteleri için ekipmanlar ve basit cihazlar sağlarlar.

**Mesleki eğitim ve güçlendirme;** hâlihazırda engelli bireyler için çalışan birçok paydaş vardır. Ancak bu paydaşların ve toplumun engelli bireyleri dışlama, izolasyon ve alçaltıcı birtakım yardım programları yapması engelli

bireyleri rencide etmektedir (Yeo & Moore, 2003). Bu çerçeveden bakılınca finansal destek sağlamak, engellilerin sorunlarını ele almak ve engellilerin toplumda daha aşağı bir rol üstlendiği fikrini değiştirmek konusunda faydalı olmamaktadır. Hayır kurumları ve sosyal destek kurumları, engellilerin kendilerini geliştirme sürecinin bir parçası olmamaktadır. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları güçlendirme perspektifinden olayı ele alarak ezilen engelliler ile iş birliği yapıp onların kendilerini geliştirmeye teşvik etmesi ve engelli bireyleri güçlendirerek onların toplumsal rollerini değiştirmekten sorumludurlar (Beaulaurier & Taylor, 2001). Bu nedenle rehabilitasyon programlarının bir destek grubu olarak karşılıklı tartışma yoluyla öz güvenlerini ve öz motivasyonlarını artırmaları için engellileri güçlendirmesi gerekir (Suharto, 2006). Rehabilitasyon programlarının temel hedefleri, kendine güven ve özgürlük için istihdam fırsatlarını arttırırken engellilik engelini kaldırmayı amaçlamalıdır (Suharto, 2006). Engelliler, eğitime, temel ihtiyaçlara, istihdam fırsatlarına, becerilere veya mesleki eğitime erişimleri olmadığı veya sınırlı olduğu için en dezavantajlı ve çaresiz gruplardan biridir. Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanları istihdama girişmek için gerekli beceri ve niteliklere sahip olmayan özürülüler için eğitim sağlayabilir ve nitelikli özürülüler için istihdam fırsatları sağlayabilirler.

#### **1.1.2.4. Sağlıkın Geliştirilmesi ve Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Değişen ve gelişen bir dünyada insanların sağlıklarını etkileyen faktörlerin sayısı oldukça artmıştır. Küresel seyahat kolaylığı, ülkeler arasında ticaretin artışı ve teknolojik ilerlemeler gibi birçok faktörün sağlık üzerinde olumlu ve olumsuz etkilerini görmek mümkündür. Özellikle şehirleşme arttıkça artan stres düzeyleri, fast food beslenmeden kaynaklanan sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivitenin azalması yani yaşam tarzının değişmesi gibi faktörler sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Tıp teknolojilerinde ve ilaç sektöründeki gelişmeler, teşhis ve tedavi imkânlarını arttırırken yerini bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bırakmıştır. Kronik hastalıkların artmasının bir diğer sebebi ise ortalama yaşam süresinin uzamasıdır. Bu durum toplumdaki hastalık yükünü çok arttırmıştır. İnsan ve toplum sağlığı, birçok faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle klasik bir sağlık sistemi yapılanmasında yer alan paydaşlardan daha ötesinde ve daha kapsamlı bir düşünceye ihtiyaç vardır. Bu anlayış sağlık hizmetlerinde bütünleşik yaklaşım olarak kabul edilmiştir. Bu yaklaşım içerisinde “sağlığın teşviki ve geliştirilmesi” kavramı da yer almış DSÖ, sağlıklı yaşamı ve insanların refah

düzeylerini arttırmak için sağlığın teşviki ve geliştirilmesini desteklemiştir (DSÖ, 2018).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir (DSÖ, 2022). Bu süreç, hastalığa değil sağlığa odaklanmayı, danışanların güçlendirilmesini, sağlığın çok boyutlu olduğunun kabulünü ve sağlığın kişinin kontrolü dışındaki faktörlerden etkilendiğinin kabulünü içerir (Naidoo & Wills, 1998). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bireysel davranışa odaklanmanın ötesine geçerek çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahaleleri de kapsayan bir kavramdır ve yıllar içinde popülaritesi artmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çerçevesinde ana strateji olarak sağlığı riske atacak davranışlarda değişimi sağlamak için yapılan uygulamalar ve toplum temelli olarak çoklu müdahaleleri kullanan programlardan oluşmaktadır. Topluma ve bireye dayalı bir yaklaşım olan bu odaklanma, son birkaç on yılda, sağlık davranışının bireysel odaklı açıklamalarından, ekolojik sağlık modellerinde yansıtıldığı gibi sosyal ve çevresel etkileri de kapsayan açıklamalara doğru bir kaymaya dönüşerek istikrarlı bir şekilde gelişmiştir. Bu model sağlığın geliştirilmesinde ekolojik bir modeldir ve ekolojik modeller, bir bireyin davranışının, kişiler arası, örgütsel, topluluk ve politika düzeylerindeki etkileri içeren sosyal çevre ile dinamik bir etkileşim tarafından şekillendirildiği fikrine dayanmaktadır (Mc Leroy ve ark., 1988). Sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinde toplum katılımı ve sahiplenme kavramı oldukça önemlidir. Bu durum toplumun desteğinin alınması ve önleme faaliyetlerine katılım kapasitesi oluşturmak için gerekli görülen toplum temelli sağlığı geliştirme modellerinin ayrılmaz bir parçasıdır (Goodman, 1998; Parker, 1998). Toplum temelli model, yapılacak müdahaleler için tüm toplulukları hedef alan hem kamuya bağlı sağlık kurumları hem de özel kurum ve kuruluşlar tarafından finanse edilen çok sayıda önleme programının yapılmasıdır (Kreuter, 2000).

Temel bir anlayış olarak sosyal hizmet, sosyal açıdan dezavantajlı kişiler arasında yerel sağlığın teşvik edilmesinde ve ayrıca etkilenen hedef gruplar için sağlıkla ilgili kurumların geliştirilmesinde kilit bir rol oynar. Bu iyi bilinen ve çok incelenmiş bir konudur. Birçok çalışmanın kanıtları ve geleneksel bilgiler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesinin aslında önleyici uygulamalara yönelen sağlık hizmetleri sistemleri tarafından şekillendirildiğini göstermektedir. Neoliberal toplumlarda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı alışılmış bir şekilde kişilerin kapasitelerine bağlıdır. Sorumluluk bireye aittir ve bireyler sağlıklarını aktif olarak korumalı ve

toplum için değerli hâle gelebilmelidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile risk önleme, aktif ve kendi kendinden sorumlu insanlar için kullanılan kavramlardır ve bu nedenle refah devleti, belirli bir neoliberal çerçevede sağlıklı davrananlar için birtakım faydalar sunmaktadır. Sağlık sistemlerinin sağlıkta eşitliği sağlamak için yapacağı girişimler sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerindeki aktörlerin güçlü bir iş birliği ile mümkün olacaktır (Mielck ve ark, 2018). Bu iş birliğinin oluşumu, sosyal hizmetin hem bilinçli hem de profesyonel olarak bu disiplinlerarası diyaloga dâhil olması için hem bir meydan okuma hem de bir şans sunar. Bu durum, toplumda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için geniş bir sosyal hizmet perspektifiyle bakmayı ve sistem sınırlarının üstesinden gelmek için bir fırsattır. Yaşam dünyasında sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin bu sosyal hizmet perspektifi, sağlık hizmeti bakış açısından farklıdır. Sosyal hizmet uygulayıcıları, yaşam odaklı sağlığı geliştirmeyi gerçekleştirmek için desteğe ihtiyaç duyar. Ancak bu tür bir profesyonel desteği kim sunabilir? Bu nedenle toplum temelli yaklaşımlar sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için verimli bir yol sunmaktadır. İnsanların yerel topluluk gelişimine aktif olarak katkıda bulduklarında fayda sağladığına dair güçlü kanıtlar vardır. Öte yandan, yerel profesyoneller, topluluk bağlamını anlarsa bir toplulukta değişiklik yaratmaktan yararlanırlar. Her topluluk, sağlığı geliştirmek için üzerine inşa edilebilecek niteliklere sahiptir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde sosyal hizmet perspektifinden bakıldığında, daha çok toplumda eşitlik sorununa odaklanan ve buna yönelik profesyonel uygulamaların hayata geçirilmesi için çalışan bir temel çerçeve vardır. Sağlığın teorik olarak elde edilebilmesi için, insanların içinde yaşadıkları yapısal sınırlar ve belirli ince sınırlar ile günlük yaşamda sağlık için gerçek fırsatlara ilişkin seçenek alanlarının nasıl sınırlı olduğu bilinmelidir. Bu konu aslında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarının temel odak noktası hâline gelmelidir. Sosyal adaletin bu kavramsallaştırması, sağlığın teşviki ve geliştirilmesini savunan bir yaklaşımdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, toplumun sosyal açıdan dezavantajlı katmanlarına ulaşması için ilgili tüm aktörlerin yapısal olarak sabitlenmiş bir iş birliği ve katılım içinde olmasını gerektirir. Bilim insanları, araştırmacılar, uygulayıcılar ve politikacılar ile iş birliği içinde sosyal hizmet, yaşam dünyası odaklı sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin oluşumunu çevreleyen tartışmalarda önemli bir etki yaratmayı başarabilir ve bakış açısını uzman konferanslarında ve yayınlarında da iletebilir. Ayrıca sosyal hizmet, gündem belirleme bağlamında kendi konu alanlarını belirleyebilir ve politika uygulaması bağlamında politika

şekillendirici bir meslek olarak rolünü kabul ettirebilir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde sosyal hizmetlerin rolü daha çok, bu hizmetlerin sosyal adalet bağlamında ele alınarak dezavantajlı gruplarda dâhil olmak üzere toplumun her kesimince kabul görmesi ve yaygınlaştırılması için çalışmalar yapmak ve bunu bir halk sağlığı politikası hâline getirebilmek için uğraş vermek şeklinde özetlemek mümkündür.

## 2. BİR MESLEK OLARAK TIBBİ SOSYAL HİZMET

Sosyal hizmet mesleği, sosyal değişimi, insanların ve toplulukların güçlendirilmesini ve farklı popülasyonların kabulünü ve anlaşılmasını teşvik eden uygulamaya dayalı ve akademik bir disiplindir. Sosyal adalet ilkeleri, insan hakları, toplumsal sorumluluk ve çeşitliliğe saygı, sosyal hizmet uygulamasının merkezinde yer alır (Hepworth ve ark., 2017). Sosyal hizmet uygulamasının kökleri, insanların zorluklarının tek bir nedensel faktör tarafından izole edildiği inancına meydan okuyan ve toplumun acı ve ıstırabının çoğunun tarihsel bağlarla ilgili sistemik ve yapısal sorunlardan kaynaklandığını iddia eden eleştirel sosyal teoriye dayanmaktadır (Neuman, 1997). Eleştirel teori, sosyal hizmet uzmanlarının baskıyı sürdüren daha geniş makro düzeydeki yapıları anlamalarına yardımcı olur. Sosyal hizmet uzmanlarının sosyal eşitsizlikleri belirleme ve bunlara yanıt verme konusunda profesyonel bir sorumluluğu vardır. Diğer mesleklere benzer şekilde, sosyal hizmet uzmanları, uygulamalarına amaç ve yön veren bir değer sistemi tarafından şekillendirilir. Sosyal hizmet uzmanları, sosyal kurumları daha insancıl ve insan ihtiyaçlarına duyarlı hâle getirmek için çabalar ve danışanların ihtiyaç duydukları kaynakları elde etmelerine yardımcı olur (Hepworth ve ark., 2017). Sosyal hizmet uygulamasının kapsamı, insanların kendi kaderini tayin etme haklarına ve her bireyin bağımsız kararlar alma ve kendi yardım süreçlerine aktif olarak katılma hakkına sahip olduğuna dair güçlü inançlara sahiptir. Sosyal hizmet uygulamaları, teorik çerçevelerin kullanımı ve uygulanması üzerine kuruludur. Sosyal hizmet uygulamalarında teori, uygulamanın tanımlarından veya uygulamaya rehberlik eden ilke ve kavramların ifadesinden oluşur (Neuman, 1997). Teori, gerçekleri anlamlı bir şekilde sıralamaktan doğar (Hepworth ve ark., 2017).

Sosyal hizmet uygulaması aynı zamanda karmaşık sosyal sorunlara etkili bir şekilde yanıt vermekle yükümlüdür bu nedenle sosyal, kültürel, tarihî ve ekonomik faktörlerin insanları ve toplulukları nasıl etkilediğini tanımak için uygulamalarına başka yaklaşımlara sahip olma ihtiyacı (Davis, 2007). Yapısal

sosyal hizmet teorisi, uygulayıcılara inşa etmemiz gereken sosyal düzen hakkında bir anlayış sunar. Sosyal sorunları bireysel patolojiler olarak tanımlamak yerine, sosyal hizmetin geniş olarak yapılandırılmış eşitsizlikler olan toplumsal hastalıkları ele almasına yardımcı olur. Sosyal adaleti geliştirmek, uygulamalı sosyal hizmet bilimine yön sağlamak için stratejileri savunur. Bu şekilde sosyal hizmet uygulayıcılarının sosyal sınıf, cinsiyet, engellilik, etnik köken ve ırk yoluyla pekiştirilen eşitsizlikleri anlamaları ve tanımlamaları için daha tanımlanmış bir çerçeve sağlar (Davis, 2007). Sosyal hizmet mesleği genel olarak gönüllü çalışmalara dayanan yardımsever kişilerin kentin yoksul bölgelerindeki bireylere yönelik çeşitli sosyal yardımlar yapması ile başlamıştır. Bu çalışmalar ülkelerin sosyal ve ekonomik, politik ve ve kültürel koşullarıyla biçimlenmiş ve gelişmiştir. Daha sonraki yıllarda yardımseverlik esasına dayalı bu çalışmaların bir mesleki anlayış ve disiplin içerisinde yapılması zorunluluğu doğmuştur. Mesleğin gelişim sürecinde sosyal bilimler alanındaki gelişmeler de son derece önemli bir işleve sahip olmuştur. Örneğin; sosyal hizmet mesleği, meslekleşme sürecinin ilk dönemlerinde psikoanalitik kuramdan ve tıbbi uygulamalardan, zaman içerisinde ülkelerin genel sosyoekonomik, kültürel yapısı çeşitli gelişmeler ve değişmelerle birlikte farklı bir görünüm kazanmış ve içinde bulunulan ülkeye göre sosyal hizmet uygulamaları da şekillenmiştir (Fleit, 2008). Mesleğin ilk yıllarında müdahale odağı ve mesleki ilgi daha çok birey ve geçmiş yaşantısı üzerindeyken özellikle 1960'lardan sonra "çevresi içinde birey" yaklaşımı mesleğe tamamen hâkim olmuştur. Bugün mesleki ilgi ve çalışmalar son derece çeşitlenmiş, yaklaşık yüzyıllık süreçte sosyal hizmete ilişkin sayısız çalışma alanı ve tekniği ortaya çıkmıştır.

Sosyal hizmet yöntem ve felsefesinin sağlık ve tedavi hizmetlerine uyarlanması, tıp ve halk sağlığı programları çerçevesinde uygulanması olarak tanımlanan tıbbi sosyal hizmet, hasta ve ailelerine yardımcı olmayı, psikososyal sorunların önlenmesi ve çözümlenmesini hedefler.

Bu kadar geniş bir uygulama alanı olan sosyal hizmetlerin sağlık hizmetlerinde yer alması da yüz yıl kadar öncesine dayanır. Richard Cabot ve Ida Cannon, 1914'te Massachusetts General Hospital' da ilk organize sosyal hizmet departmanını kurduklarında, sosyal hizmet uzmanları becerilerinin ve tıbbi uzmanlıklarının bir kombinasyonunu zührevi hastalıklar, genç gebelikler ve tüberküloz gibi günün önemli halk sağlığı sorunlarını ele almak için kullandılar. Bu erken dönem sosyal hizmet uzmanları, hastalığın hasta ve aile üzerindeki etkisini değerlendirerek hekimlerin hastalığın yayılmasına katkıda

bulunan sosyal ve çevresel koşulları anlamalarına ve takdir etmelerine yardımcı oldu. Doktorları ve hemşireleri, hasta ve ailenin hastalığa tepkisine göre uyarlanmış tedavi planları geliştirmeye teşvik ettiler. Zamanla sağlık ekibi, hastanın tıbbi hastalığının teşhis ve tedavisi ile ilişkili psikososyal faktörleri netleştirmek ve ele almak için sosyal hizmet uzmanlarına güvenmeye başladı. Sosyal hizmet uzmanlarının tıbbi ortama ilk kez dâhil edilmesinden yaklaşık doksan yıl sonra, bir hasta ve ailesinin sunumunun karmaşık psikososyal faktörlerini ele almak, bugün tıbbi sosyal hizmet uygulamasının en temel bileşeni olmaya devam eder hâle gelmiştir (Maxhakana, 2021).

## 2.1. Tıbbi Sosyal Hizmet ve Değişim

Tıp teknolojisindeki dikkate değer gelişmeler, çığır açan ilaçlar ve yeni tedaviler hasta bakımında, yaşam sürelerinde ve yaşam kalitesinde muazzam bir fark yaratmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen değişiklikler ve bunun ardından hastane sosyal hizmet uzmanları üzerindeki etkileri aynı derecede dramatik ve kapsamlıdır. Artan sağlık bakım maliyetlerini kontrol altına almak amacıyla hastanede, kalış süreleri kısaltılması bu değişikliklerden biridir. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının daha kısa sürede daha çok iş yapması, daha hızlı, daha tempolu ve maliyet bilincine sahip bir kültür geliştirmelerine neden olmuştur (Cleak & Turczynski, 2014). Sosyal hizmetlerin yeniden yapılandırılması, onların rolleri, işlevleri, performans beklentileri hakkında bir tartışmanın ortaya çıkmasına yol açtı. Sosyal hizmet uzmanları bu değişikliklere direnmek zorunda kaldılar. Yine de bütün bu koşullara rağmen hastane sosyal hizmet uzmanlarının öneminin hiçbir zaman göz ardı edilmesi mümkün olmayacaktır.

Hastanelerin yeniden yapılanmasının bir sonucu olarak sosyal hizmet uzmanları için genellikle kafa karıştırıcı rol değişiklikleri olmuştur. Bazı hastanelerde, sosyal hizmet uzmanları taburculuk planlamasında birincil sorumluluğu üstlenmeye devam etmekte iken bazı kurumlarda ise taburculuk işlemleri hemşire ve sekreterlere bırakılmış, sosyal hizmet uzmanlarının hastanın psikososyal bakımına odaklanması istenmiştir (Mizrahi & Berger, 2001). Birçok hastanede sosyal hizmet uzmanları, hastalara ve ailelere hem taburculuk planlaması hem de duygusal destek sağlama konusunda zorlu bir göreve sahiptir. Görüldüğü üzere tıbbi sosyal hizmet ya da hastane sosyal hizmetleri farklı farklı rollerde faaliyetlerini sürdürmektedirler. Bu farklara dikkat çekmek için daha spesifik bir alan üzerinden, örneğin eğitim araştırma

hastanelerinde klinik rolde faaliyet gösteren sosyal hizmet uzmanlarının rollerine bakacak olursak diğer tıbbi sosyal hizmet uygulamalarından bazı farklar olduğunu görmemiz mümkün olacaktır. Akademik bir hastane ortamında klinik sosyal hizmet uzmanlarının temel işlevlerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Steils, Moriarty & Manthorpe, 2021):

1. Ailenin sosyal durumunu, dinamiklerini ve hastalık ve tedaviyle başa çıkma kapasitesini değerlendirmek ve hastaneye yatış işlemlerini organize etmek.
2. Hasta ve ailesiyle en etkili şekilde nasıl etkileşime girileceği konusunda multidisipliner bir yaklaşımı ile diğer ekip üyelerine danışmak.
3. Tedaviyi, olumlu sonuçları veya taburculuk planlamasını engelleyen psikolojik, duygusal veya sosyal engelleri belirlemek veya teşhis etmek.
4. Hizmet sağlayıcılar ve hasta arasında ortaya çıkabilecek çatışmaları ortaya çıkarmak, bunları ele almak. Hastalar ve aileleri için savunuculuk görevi üstlenmek.
5. Hastalara ve ailelere tıbbi kriz danışmanlığı ve duygusal destek sağlamak.
6. Yaşam sonu, yas ve yas sorunları hakkında danışmanlık yapmak.
7. Şüpheli çocuk istismarı, yaşlı istismarı ve aile içi şiddet konusunda danışmanlık yapmak.

## **2.2. Hastane Ortamında Sosyal Çalışma**

Hastaneler, personelin birimler arasında koşturduğu, çağrı cihazlarının çaldığı, alarmların çaldığı ve ziyaretçilerin gelip gittiği aktif, gürültülü yerlerdir. Sosyal hizmet uzmanları nadiren sessiz ofislerde bulunur; bunun yerine zamanlarının çoğunu hastalarla, klinik ziyaretlerinde veya ekip toplantılarında geçirirler. Sürekli bir aciliyet ve heyecan duygusu vardır. Hastane ortamı hem uyarıcı ama aynı zamanda korkutucu da olabilir. Basitçe söylemek gerekirse çeşitli seviyelerde çok fazla aktivite var. Hastalar, personel ve hastane yönetimi, sosyal hizmet uzmanından onun zamanını alacak ve yeteneklerini kullanacak çok sayıda talepte bulunabilir. Hastane sosyal hizmet uzmanlarının hızlı, verimli ve bağımsız çalışma beklentisi vardır. Sosyal hizmet uzmanları, bu talepleri, haftalık hatta günlük olarak meydana gelebilecek değişiklikleri yönetebilmek için yerine getirmelidirler.

Hastanelerdeki değişim ivmesi ve sürekli aksiyonların olması sosyal hizmet uzmanlarının da buna ayak uydurma konusunda zorlayan bir durumdur (Guo, 2007). Örneğin, kurum içindeki organizasyonel ve raporlama yapılarının değişmesi, bir bütün olarak sosyal hizmet uzmanının odağını veya duruşunu etkileyebilir. Sosyal hizmet uzmanlarının, iş yükünde artışlar ve değişiklikler ortaya çıkabilir. Eğitim araştırma hastanelerinde özellikle asistan doktorlar sürekli değiştiiğinden, çok disiplinli bir ekip işi olan sosyal hizmet uygulamaları da yeni bir ekip anlayışı ortaya çıkana kadar kesintiye uğrayacaktır. Sosyal hizmet uzmanına sevk nedenleri ve tedavi planların da sosyal hizmet uzmanının görüşlerine göre bir yapılanmaya gidilmesi de doktorlar arasında farklılık gösterebilir. Bunlar değişen tıbbi sosyal hizmetin sıklıkla karşılaştığı zorluklardır.

Hastane sosyal hizmet uzmanları tarafından görülen vaka türlerinde ve çalışma hızında önemli bir çeşitlilik vardır. Genellikle önceden belirlenmiş bir çalışma programının olması oldukça zordur. İş yükü, beklenmedik bir durum acil müdahale gerektiren ve günün geri kalanını tüketene kadar yönetilebilir olabilir. Hiçbir gün birbirinin aynısı olmasa da tipik olarak planlı bir günde bir hastane sosyal hizmet uzmanı, yaşam desteğini geri çekme, çocuk istismarı değerlendirmesi, rahatsız edici bir hastaya kriz müdahalesi veya bir aile destek grubunu yönlendirme gibi planlı faaliyetlerde yapabilir. Bu tür bir ortamda başarılı olmak için sosyal hizmet uzmanı, işi öncelik sırasına koyma ve bir anda odağı değiştirme yeteneğı ile son derece esnek olmalıdır. Örneğin, bir hasta ve karısıyla uzun süreli ve karmaşık hastanede yatışı hakkında konuşurken, başka bir bölgeden bir hemşire, tıbbi tavsiyeye rağmen hastaneyi terk etmekle tehdit eden ajite bir adamla başa çıkmak için yardım isteyebilir. Yoğun bir günde, her biri anında sosyal hizmet girişimi gerektiren veya talep edilen iki veya üç vaka ile karşılaşmak her zaman mümkündür. Birkaç vaka ya da birkaç talep aynı anda geldiğinde sürekli olarak yeniden önceliklendirme ihtiyacı oldukça stresli olabilir. Bu alışılmadık bir senaryo değildir ve sosyal hizmet uzmanının hızlı kararlar almasını ve aynı anda birden fazla talebin baskısıyla başa çıkmasını gerektirir. Örneğin, sosyal hizmet uzmanının haftalardır takip ettiğı bir hasta aniden ölür. Ölen hastanın ailesini görmeye giderken, sosyal hizmet görevlisine başka bir çağrı yapılır ve evde taciz edici bir durum hakkında bilgi veren başka bir hastayı değerlendirmesi istenebilir. Bu durum onları karar verirken etik ikilemde bırakabilir.

Etik kararlar alırken meslektaşlar, amirler ve/veya diğer yetkin profesyonellerle istişare yapılması tavsiye edilir. Sosyal hizmet uzmanlarından

genellikle kararlarını gerekçelendirmeleri istenir ve bu kararlara varmayla ilgili faktörleri açıkça gösterebilmelidirler. Sosyal hizmet uzmanı, hangi vakanın en kritik olduğuna karar vermeli ve belki de yardım için bir meslektaşını ne zaman araması gerektiğini de fark etmelidir (McAuliffe & Sudbery, 2005). Klinik etkileşimin yoğunluğu gibi sosyal hizmet uzmanının hastalarla geçirdiği zaman da bir başka değişkendir. Bazı hastaların sadece bir kez görülmesi gerekirken, diğer hastaların, bakımın akut veya kritik bir aşamasında günlük olarak ve daha sonra kriz azaldıkça daha seyrek olarak görülmesi mümkün olmaktadır. Bu ortama özgü olmasa da hastane sosyal hizmet uygulamasının ayırt edici özelliklerinden biri, kısa bir karşılaşmada bile bir fark yaratma fırsatı ve yeteneğidir. Otuz dakikalık bir etkileşim bile bu süre içinde sosyal hizmet uzmanı, hasta ve tedavi ekibi arasındaki bir yanlış anlaşılmayı çözebilir, yaklaşan test sonuçlarıyla ilgili endişeyi giderebilir veya yaşam desteği geri çekildikten sonra bir aileye rahatlık ve güvence sağlayarak etkili olabilir. Bazen sosyal hizmet uzmanının tek başına varlığı, hastaları ve aileleri ekibin duygusal sıkıntılarını tanıdığına dair güvence vermek için yeterlidir.

Bu kadar karmaşık ve yoğun bir çalışma temposu içinde etkili bir hizmet verebilmek için sosyal hizmet uzmanının birtakım becerilere sahip olması gerektiği unutulmamalıdır.

### **2.2.1. Mesleki Beceriler**

Sosyal hizmetin karmaşık doğası, kısmen, sınıf, ırk, cinsiyet, yaş, engellilik, cinsel yönelim, din, kültür, sağlık, coğrafya, beklentiler ve hayata bakış farklılıkları üzerinde çalışmayı içermesinden kaynaklanmaktadır. Farklılıklar, sorunların sunulmasında, iletilmesinde, bireyler tarafından algılanmasında ve çözüm arama şeklinde görülebilir. Yardım arayan insanlar için, özellikle kafa karışıklığı, korku, aşağılanma, öfke ve umutsuzluk duyguları arasında dolaşan duygu ve düşüncelerini ifade etmek veya düşüncelerini ve duygularını dile getirmek her zaman kolay değildir. Sosyal hizmet uzmanlarının uygulayıcı olarak, insanlarla net bir şekilde nasıl çalışılacağı hakkında öğrenecek daha çok şeyleri vardır. Sosyal hizmet uzmanları açık ve dürüst yanıtlar alma konusunda en büyük şansı sunan şekillerde soru sormayı öğrenmeli, ya da söylenenler ile söylenmeyenleri yaratıcı bir şekilde dinlemeyi öğrenmelidir (Trevithick, 2005).

Hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanları, çalışmalarının değerlendirme ve tedavi aşamasında benzersiz koşullarla karşı karşıyadır. Bilinmeyenlerle

başa çıkmakta, hızlı çalışmakta ve sabırlı ipuçlarına uyum sağlamakta rahat olmalıdırlar. Örneğin, hasta odasına girdiklerinde hasta veya acı çeken biriyle karşılaşabilirler. Hastalar şaşırmış, kafası karışmış veya ajite olabilir. Belki de hastanın hastalığı, aile üyelerini uzun süredir devam eden çatışmalarla bir araya getirmiştir ve hastanın etrafındaki atmosfer sessiz ama gergin olabilir. Çoğu hasta kendi kendine başvurmadığı için bazen sosyal hizmet uzmanının varlığından şaşırırlar. Sosyal hizmet uzmanlarını mali yardım veya çocuk koruma hizmetleriyle ilişkilendirirlerse, şüpheli veya korunaklı olabilirler. Ayrıca sosyal hizmete sevkini nedeni genellikle belirsizdir ve hasta hakkında mevcut olan psikososyal bilgi miktarının sınırlı olması muhtemeldir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanı bilinmeyenlerle dolu bir odaya girer. Hastane sosyal hizmet uzmanları, tüm bu değişkenleri hızlı bir şekilde değerlendirme konusunda sonsuz beceriye sahip olmalıdır. Hastanın zihinsel durumu, duygusal durumu, aile dinamikleri, hastaların ihtiyaçları ve sosyal hizmet danışmanlığı arayan sağlık personelinin beklentileri hızlı bir şekilde anlaşılmalıdır. Aynı zamanda hasta ve ailesinde hızlı bir yakınlık ve güvenilirlik oluşturmalıdırlar. Aynı anda durumu değerlendirmeleri, kontrol etmeleri ve yeniden değerlendirmeleri, “ayakları üzerinde düşünürken” bir tedavi planı geliştirmeleri, iyileştirmeleri ve uygulamaları gerekir.

Hastaların ihtiyaçları her zaman bir müdahalenin ilk ve birincil odak noktası olsa da hastane sosyal hizmet uzmanları genellikle aynı anda birden fazla gündemi ele almaya çağrılır. “Savunma ve iş birliği”, “hastaya ve kuruma bağlılık” arasındaki gerilim, hastane sosyal hizmet uzmanlarının her zaman karşılaştıkları bir ikilemdir (Mizrahi & Berger, 2001). Hastayı görmeye gitmeden önce, tedavi ekibinin sosyal hizmet görevlisini arayarak sosyal hizmet uzmanından beklentilerini anlatması, sosyal hizmet uzmanının mevcut durum hakkında iyi bir fikir sahibi olmasına yardımcı olur. Bir hastanın, bir ailenin, bir ekibin veya bir hastanenin sıklıkla çatışan ve rekabet eden ihtiyaçlarını dengelemeye yönelik karmaşık görevi yönetmek, incelik ve eleştirel düşünme gerektirir. Örneğin, bir aile, yaşamı sürdürebilecek beyin aktivitesi olmayan birinden desteği geri çekmeyi tartışmayı reddettiğinde personel, sanki boşuna ve istilacı bir bakım sağlamaya zorlandıklarını hissederek sinirlenebilir ve hüsrana uğrayabilir. Sosyal hizmet uzmanının buradaki görevi üç yönlüdür: Ailenin davranışına katkıda bulunan psikolojik, duygusal ve kültürel faktörleri değerlendirmek, aileyi desteklemek ve sağlık personeline danışmanlık yapmak. Bir danışman olarak sosyal hizmet uzmanı, ailenin korkularını ve endişelerini açıklarken aynı zamanda sağlık personelinin duygularını onaylar ve destekler.

Başarılı hastane sosyal hizmet uzmanları, personelin de bir “müşteri” olduğunun farkındadır. Hasta bakımıyla ilgili streslerle başa çıkmalarına yardımcı olarak, kurum için kendi değerlerini artırdıklarını ve ekibin tam olarak entegre üyeleri olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu anlatırlar. Bazen sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaları hastanenin dışındaki bir dünyada var olduklarını unutarak bir boşlukta görme eğilimindedir. Sosyal hizmet uzmanı, sosyal destek ekibine ve tedavi ekibine sıklıkla hastanın mevcuttaki güçlü ve zayıf yönleri ile hastaneye geldiğini ve tedavi veya takip bakımı için planlar geliştirilirken dikkate alınması gerektiğini hatırlatacaktır. Bu nedenle hastane sosyal hizmet uzmanlarının temel işleyiş, aile sistem teorileri ve aile sistemlerine müdahalede yüksek derecede bir bilgi ve iyi bir anlayışa sahip olmaları gerekir (Berkman vd., 1996).

Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamasının bir başka yönü, bir hastanın hastalığının temellerini, hastalığın seyrini ve sunulan tedavi türlerini anlama ihtiyacıdır. Hastane sosyal hizmet uzmanları sadece hastalıkla ilişkili psikososyal konularda uzman olmakla kalmamalı, aynı zamanda hastalığın fizyolojisi hakkında daha geniş bir bilgi tabanını geliştirmeli ve sürekli güncellemelidir. Örneğin psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının nörokimyanın temellerini ve ayrıca atipik antipsikotiklerle ilişkili yan etki profilini anlamaları gerekmektedir. Kardiyoloji bölümündeki bir sosyal hizmet uzmanının ise ablasyon tedavisi ve robotik kalp cerrahisi gibi uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmaları önemlidir. Aynı zamanda anjina pectoris ve panik atak semptomları arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri ve bu ikisi arasındaki farkı hastaneler, yönetsel olarak eski moda olabilir ve bugün bile büyük ölçüde ataerkil ve erkek egemen kurumlardır. Aslında bu ortamda sosyal hizmet uzmanları, uzun süredir karmaşık ve değişen otorite sistemleriyle karşı karşıyadırlar (Berkman vd., 1996).

### **2.2.2. Kişisel Beceriler**

Hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının birtakım kişisel özelliklerinin de olması gerekmektedir. Bunlara da kısaca değinilecektir.

#### **2.2.2.1. İletişim**

Hastanelerde görev yapan çok sayıda meslek grupları vardır ve sosyal hizmet uzmanları bu değişik meslek grupları ile iletişime girmek ve zaman zaman çeşitli disiplinlere rapor vermek zorunda kalmaktadırlar. Bu farklı disiplinlerin, sosyal hizmet mesleğine ilişkin bilgilerinde farklılıklar olabilir ve

genellikle sosyal hizmet uzmanlarının rolleri üzerine kendi tanımlarını dayatmak isterler. Sağlık sistemleri ve hastaneler hekim ağırlıklı sistemler ve organizasyonlardır ve hekimler karşılıklı iletişim ve iş birliğinde genellikle paternalist bir yaklaşım sergilerler. Bu, hastane ortamının doğasında bulunan ve programları planlarken veya protokollerde değişiklik önerirken kabul edilmesi gereken zorluklardan biridir. Kaldı ki bu zorluk sadece hekim bazında karşılaşılan bir zorluk değil diğer sağlık meslek grupları ile olan ilişkilerde de karşılaşılabilecek bir durumdur. Örneğin, bir birimde bir destek grubu kurmayı umut eden bir sosyal hizmet uzmanı, öncelikle bölgedeki kilit hemşirelik personelinin desteğini almadan bunu başaramayabilir.

Hiyerarşik güç yapılarıyla uğraşmanın verdiği hüsrana rağmen sisteme karşı olmak yerine sistem içinde çalışabilen sosyal hizmet uzmanlarının başarı ve memnuniyet elde etme olasılıkları daha yüksektir. Aslında sosyal hizmet uzmanları sistemin politikasını düşünemedikleri zaman, öfke, hayal kırıklığı ve yetkilerini kaybetmeleri muhtemeldir. İşlerin nasıl yapıldığını, neyin işe yarayıp neyin yaramadığını anlamak, sosyal hizmet uzmanına sistemle ilgili gerçekçi bir beklenti verir ve hayal kırıklıklarını en aza indirir. Bir sosyal hizmet uzmanının başarısı için eşit derecede önemli olan, sistem içindeki tüm seviyelerde ilişkileri geliştirme ihtiyacını tanıma yeteneğidir. Aslında sosyal hizmet personeli ile kilit hekimler veya hemşireler arasındaki veya sosyal hizmet yöneticileri ile hastane yöneticileri arasındaki bireysel ilişkiler, tüm departman ve hastane arasındaki ilişkinin gidişatını belirler ve genellikle kurum içindeki sosyal hizmet uygulamasının statüsünü ve kapsamını ortaya koyar.

Sosyal hizmet departmanı ve hastane yönetimi arasındaki ilişki karşılıklı saygı ve tanıma ile karakterize edildiğinde kurum genellikle departmanın hedeflerini daha fazla destekler, pozisyonları korumak veya eklemek için daha istekli ve sosyal hizmetin rolünü yenilikçi yollarla genişletmeye daha açık bir hâle gelir. Başarılı hastane sosyal hizmet uzmanları ve yöneticileri, ister bireysel vakalar isterse sistem sorunları olsun, zor durumları üstlenerek değerlerini ve çok yönlülüklerini gösterme fırsatlarını yakalar. Kendilerini yönetim konusunda eğitmek ve sistemin gelişmesine nasıl yardımcı olabilecekleri hakkında konuşmak, bireysel sosyal hizmet uzmanları için güçlendirici ve faydalı olabilir (Globerman & Bogo, 2002).

#### **2.2.2.2. İş Birliği**

Sosyal hizmet uzmanlarının personel ve idari yapıda baskın meslek olabileceği diğer insani hizmet kurumlarının aksine, hastane sosyal hizmet

uzmanları her gün birçok disiplinle etkileşime girerek ve iş birliği yaparak daha danışman bir rol oynamaktadır. Çoğu zaman diğer çalışanlar, sosyal hizmet uzmanlarının ne yaptığını tam olarak anlamaz veya takdir etmez. Sosyal hizmet müdahalelerinin hasta bakımı için kritik olmadığını veya sosyal hizmet uzmanlarının “sonuç” a katkıda bulunmadığını düşünebilirler. Aslında sosyal hizmet uygulamalarının hastaneye katkılarının yeterince anlatılamaması ve anlaşılabilmesi nedeniyle eleştirilmiştir (Mizrahi & Berger, 2001). Bu nedenle hastanelerde bazen güvenilirlik sağlamak için mücadele edilmesi gerekmektedir. Bazı ekipler sosyal hizmet uzmanlarının birimlerine katılımını memnuniyetle karşılayarak, onları hızla birim faaliyetlerine entegre ederken, bazen de sosyal hizmet uzmanları önemli bir direniş ve hatta belki de düşmanlıkla karşılaşabilir. Klinik sosyal hizmet rolünün iyi anlaşılmadığı bir alanda sosyal hizmet uzmanına “Hastalarımızın herhangi bir sorunu olmadığı için sizin gelmenize ihtiyacımız yok.” denilmesi mümkündür. Böyle bir ortamda bir şekilde profesyonel kalabilmek için önemli ölçüde özdenetim ve dayanıklılık gerekir. Bu tür açık direnişin üstesinden gelmek, ilişki becerileri ile iyi “müşteri ilişkileri” becerilerinin bir kombinasyonunu gerektirir. Kendisine çağrı yapıldığında bu taleplere hızlı bir şekilde yanıt vermek, en karmaşık vakaları almak için gönüllü olmak, elde ettiği bulguları hızlı bir şekilde hasta bakımından sorumlu olan ekip üyelerine iletmek ve proaktif bir yaklaşım benimsemek, sosyal hizmet uzmanının ekip tarafından kabulüne ve ekip ruhunun oluşmasına yardımcı olabilir.

### **2.2.2.3. Mücadele Ruhü**

Bazı sağlık hizmeti sağlayıcıları tıbbi ihtiyaçlara odaklanmaya devam etmektedir ve hastanede yatış sürecinde hastaların psikososyal sorunlarını ele almak konusunda isteksizdirler. Örneğin, ortopedi servisinde kalça kırığı sebebiyle yatan bir hastanın depresif ruh hâlini ve sosyal desteğe ihtiyacını tespit eden bir sosyal hizmet uzmanı hastanın hekimine hastanın bu durumunu ifade ettiğinde ortopedist hastanın ameliyatının yapıp taburcu olduktan sonra psikiyatrik problemlerinin ve bunun ile ilgili gerekli tedavinin yapılabileceğini söyleyerek iş birliğinden kaçabilir. Oysa depresif ruh hâlinin hastanın iyileşme sürecinde etkili bir faktör olduğunu bilen bir sosyal hizmet uzmanı hastanın savunuculuğunu bırakmamalı ve bu konuda mücadele etmelidir. Hastane sosyal hizmet uzmanları, psikososyal bakım sağlamak için kendileriyle rekabet eden diğer sağlık profesyonelleri ile sürekli bir savaş hâli ve güç mücadelesi içinde olabilirler. Bu durum özellikle sosyal hizmet uzmanı ya da uzmanlarının o kurumda ilk kez göreve başlamaları ile de ilgilidir.

Hastane sosyal hizmet uygulamalarının bu kadar gelişmediği dönemlerde hastanın psikososyal ihtiyaçları da hekimler ve hemşirler tarafından sağlanmaya çalışılıyordu. Özellikle hemşirelik mesleğinin bir parçası hâline gelen bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının hastaneler gelmesi ile hemşireler kendilerine ait olan işlevlerin ellerinden alındığını düşünebilirler (Mizarhi ve Berger, 2001). Sosyal hizmet uzmanları, bu saha savaşlarını çözerken, bazen geri adım atarken, bazen de dışlanmamak uğruna esneklik gösterebilirler. Burada yine sosyal hizmet uzmanları, aşırı agresif görünmekten kaçınılmalı mesleklerini savunurken hassas bir dengeleme eylemi gösterme konusunda da ustalaşmalıdır.

Hastane sosyal hizmet uzmanı olarak “başarılı olanlar” genellikle güçlü kişisel ve profesyonel bir davranış biçimi geliştirmişlerdir. Sosyal hizmet uzmanları, etkin olmak için kendi duygularını yönetmeyi öğrenmek zorundadırlar ya da hastaların acılarını absorbe etme ve gördükleri ıstıraptan bitkin düşme riskini göze almak zorundadırlar (Nelson & Merighi, 2003). İyi bir profesyonel öz değer ve öz saygı duygusu, sosyal hizmet uzmanının hastane ortamının bir parçası olan kaçınılmaz bölge savaşlarını atlatmasına da yardımcı olur.

## SONUÇ

Tıbbi sosyal hizmet sosyal hizmet uzmanlarının ya da bir diğer tanımla sosyal çalışmacıların mesleklerinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bu mesleğin sağlık sistemi içerisinde profesyonel olarak kendilerini kabul ettirebilmesi için ciddi bir desteğe ve mücadele ruhuna ihtiyaç vardır. Sağlık sistemleri içerisinde en önemli yapılardan olan hastaneler dinamik, çoğu zaman kaotik ve karmaşık ortamlardır. Belki de böyle bir ortamda başarılı olmak için bu alanda uzmanlaşmış sosyal çalışmacılara ihtiyaç vardır. Hastanelerde güç savaşlarına girecek bir sosyal çalışmacının kullanabileceği en etkin güç uzmanlık gücü olacaktır. Ayrıca liderlik yeteneklerini geliştirmek de oldukça önemlidir. Sürekli değişen bir sistemde tüm teşhis ve tedavi becerilerini bilmek, hâkim olmak ve kullanmak en etkin güç sembolü olacak ayrıca, hastane sosyal çalışmacısı, kendini bilen, kendine güvenen ve sürekli yeni bilgi arayışında olan bir kişi olmalıdır. Ayrıca hastane sosyal hizmet uzmanlarının diğer sağlık hizmeti ortamlarındakilerle birlikte proaktif bir duruş sergilemeleri ve sundukları hizmetler için kanıta dayalı uygulamanın temeline katkıda bulunacak sonuç değerlendirmeleri yapmaları hayati önem taşımaktadır.

Sosyal hizmet uygulamalarının hastane ortam içinde konumlandırma çabaları, onun hasta bakımına benzersiz katkısını tanımlama, ölçme ve ifade etme kapasitesine bağlıdır. Sağlık ortamlarında sosyal hizmet araştırması sınırlıdır. Hastalara sağlanan hizmetler ve bu hizmetlerin etkinliği hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Hastane sosyal hizmet uzmanına, özellikle iletişim ve pratik becerilerle ilgili olarak daha fazla eğitim/öğretim fırsatı sunulmalıdır çünkü bunun yapılması, özellikle hastanedeki diğer meslek grupları arasında etkili ortaklıkların geliştirilmesi için bir fırsat sunabilir. Son olarak profesyonel bir bakış açısı ile çalışan hastaların klinikteki bakım planlarına sosyal hizmet uygulamalarını da entegre etmeyi başaran, bıkmadan yorulmadan hasta savunuculuğunu yapan sosyal hizmet uzmanları bireyler, aileler ve sistemlerle çok yönlü çalışmanın getirdiği kişisel ve profesyonel tatmin ile ödüllendirilir.

## KAYNAKÇA

- Aggleton P. (1990) Health. JveL Composition Ltd., London
- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, SANERC, 2003. s. 71-80
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, Yayın No: 2.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, 64, 33-58.
- Aurbach C, Mason S, Laporte HH. Evidence that supports the value of social work in hospitals. *Social Work Health Care* 2007; 44: 17-32.
- Aydemir, İ. (2003) Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana bilim Dalı, Ankara.
- Beaulaurier, R. L., ve Taylor, S. H. (2001). Social Work Practice with People with Disabilities in the Era of Disability Rights. *Social Work in Health Care*, 32(4), 66-91.
- Berkman, B., Bonander, E., Kemler, B., Rubinger, MJ., Ruthchick, I., ve Silverman P. (1996). Social work in the academic medical center: Advanced training-a necessity. *Social Work in Health Care*, 24(1/2), 115-135.
- Boddington, P., ve Räsänen, U. (2009, February). Theoretical and practical issues in the definition of health: Insights from Aboriginal Australia. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 34, No. 1, pp. 49-67). Oxford University Press.
- Bodenheimer, T., ve Berry-Millett, R. (2009). Care management of patients with complex health care needs. *Policy*, 1(6).
- Badura B. and Kickbusch I. (1991) Health Promotion Research: Towards A New Social Epidemiology. WHO Regional Publications. European Series No:37.
- Bok S. (2004) Rethinking the WHO Definition of Health. Cambridge, MA: Harvard Centre for Population and Development studies; 2004. Working Paper, Volume 14, No. 7

- Canadian Association of Social Work (CASW). (2015). The Role of Social Work in Mental Health. [https://www.casw-acts.ca/Erişim\\_Tarihi;\\_15/08/2022](https://www.casw-acts.ca/Erişim_Tarihi;_15/08/2022)
- Chiterika, C. (2010). People with Disabilities and the Role of Social Workers in Lesotho. *International Journal of Social Work and Society*, 8(1), 82-93.
- Cleak, H. M., ve Turczynski, M. (2014). Hospital social work in Australia: Emerging trends or more of the same?. *Social work in health care*, 53(3), 199-213.
- Cowles, Lois A. Ford. *Social Work in The Health Field*, 1999.
- Davis, Ann. (2007). Structural Approaches to Social Work. In J. Lishman (Ed), *Handbook for practice learning in social work and social care: Knowledge and theory* (2nd ed., pp. 27 - 38). London: Jessica Kingsley.
- Fleit, S. A. (2008). The influence of organizational structure on hospital social work practice and professional identity. State University of New York at Stony Brook. ProQuest Dissertations and Theses, 236.
- Flick U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW, Walter U. Health in the context of growing old: social representations of health. *J Health Psychol*. 2003;8:539-556.
- Gimigliano, Francesca, and Stefano Negrini. "The World Health Organization" rehabilitation 2030: a call for action". (2017): 155-168.
- Globerman, J., and Bogo, M., (2002). The impact of hospital restructuring on social work field education. *Health and Social Work*, 27(1), 7-16.
- Goodle F. What is health? *BMJ*. 2011;343:1
- Goodman, R. M. (1998). Principles and tools for evaluating community-based prevention and health promotion programs. *Journal of Public Health Management and Practice*, 37-47.
- Greene R. Redefining social work for the new millennium. *J Human Behav Soc Environment* 2005; 11: 37-54
- Guo, K. L. (2007). Leaders in hospital-based social work: The roles and functions of directors of social work in the case management model. *Leadership in Health Services*.
- Habersack M, Luschin G. WHO definition of health must be enforced by National law: a debate. *BMC Med Ethics*. 2013;14:24
- Hafen, M. (2016). Of what use (or harm) is a positive health definition?. *Journal of public health*, 24(5), 437-441.
- Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Rooney, G. D., and Strom-Gottfried, K. (2017). *Direct social work practice: Theory and skills* (10th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Hossain, M. I., ve Mathbor, G. M. (2014). Social Work Practice for Social Development in Bangladesh: Issues and Challenges. *Asian Social Work and Policy Review*, 8(2), 123-137.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:235-237.
- Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6:1-11
- Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ*. 2008;337:1361-1364.
- Kreuter, M. W., Lezin, N. A., ve Young, L. A. (2000). Evaluating community-based collaborative mechanisms: Implications for practitioners. *Health Promotion Practice*, 1(1), 49-63.
- Larson JS. The conceptualization of health. *Med Care Res Rev*. 1999;56:123-136.
- Lymbery, M., ve Butler, S. (Eds.). (2018). *Social work ideals and practice realities*. Bloomsbury Publishing.

- Manwell L, Barbic SP, Roberts K, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015;5:1–11.
- Maxhakana, Z. I. (2021). Exploring health social work practitioners' experiences in working with health practitioners within a multidisciplinary healthcare setting (Doctoral dissertation).
- McAuliffe, D., & Sudbery, J. (2005). 'Who Do I Tell?' Support and Consultation in Cases of Ethical Conflict. *Journal of Social Work*, 5(1), 21-43.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., ve Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351-377.
- Mielck, A., Kilian, H., Lehmann, F., Richter-Kornweitz, A., ve Kaba-Schönstein, L. (2018). German cooperation-network 'equity in health'—health promotion in settings. *Health Promotion International*, 33(2), 318-324.
- Mizrahi, T., and Berger, C. (2001). Effect of a changing health care environment on social work leaders: Obstacles and opportunities in hospital social work. *Social Work*, 46(2), 170-182
- Naidoo, J., Wills, J., ve Sc, M. (1998). *Practising health promotion: dilemmas and challenges*. London: Bailliere Tindall.
- National Association of Social Workers. (2012). *Social Work in Health and Behavioral Health Care: Visioning the Future*. Washington, DC
- National Association of Social Workers (NASW). (2006). How Do Social Workers Help the Families of Children with Disabilities. [http:// www.nasw.org](http://www.nasw.org) Erişim Tarihi;15/08/2022
- Nelson, K., and Merghi, J. (2003) Emotional dissonance in medical social work practice. *Social Work in Health Care*, 36(3), 63-79.
- Neuman, W. L. (1997). The Meanings of methodology. In Neuman, W. L. (Ed.), *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Allyn and Bacon– Pearson Education.
- Nolte, A. (1978). A brief historical summary of health and the nature of humans. *Health Education*, 9(1), 6-7.
- Özbesler, C., ve Çoban, A. İ. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-46.
- Özcan O. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ed. Beyazova M. Kutsal YG. Cilt I. Ankara: Güneş Kitabevi. 2000.s.12-52
- Parker, E. A., Eng, E., Laraia, B., Ammerman, A., Dodds, J., Margolis, L., ve Cross, A. (1998). Coalition building for prevention: Lessons learned from the North Carolina community-based public health initiative. *Journal of Public Health Management and Practice*, 25-36.
- Pockett R, Beddoe L. Social work in health care: an international perspective. *Int Social Work* 2015, p. 1–14.
- Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370:801–908.
- Robinson J. and Elkan R. (1996) *Health Needs Assessment*. Pearson Professional Limited. New York
- Robinson, L. M., Dauenhauer, J., Bishop, K. M., ve Baxter, J. (2012). Growing Health Disparities for Persons Who Are Aging with Intellectual and Developmental Disabilities: Te Social Work Linchpin. *Journal of Gerontological Social Work*, 55(2), 175–190.
- Saleh, A. (2002). *Social work and fields of practice*. Alexandria, Egypt: Darul-Ma'arefah Al Jamaih.
- Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ*. 1997;314:1409–1410.

- Seedhouse, D. (1986.) *Health: The Foundations for Achievement*. John Wiley ve Sons Ltd
- Smith, R. (2002). Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. *BMJ*, 324(7342), 923.
- Steils, N., Moriarty, J., & Manthorpe, J. (2021). The clarity and contribution of the hospital social work role: Observations on its professional identity. *Practice*, 33(4), 271-288.
- Suharto, E. (2006). Role of Social Workers in Indonesia: Issues and Challenges in Rehabilitation People with Disabilities. Retrieved July 16, 2019, [www.policy.hu/suharto/Naskah%20PDF/CibinongDifableSocialWork.pdf](http://www.policy.hu/suharto/Naskah%20PDF/CibinongDifableSocialWork.pdf) Erişim Tarihi;15/09/2022
- Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med*. 2004;116:179-185
- Topuz, S., ve Murat, Ö. Z. (2014). Türkiye’de Sosyal Hizmet Uzmanlarının İstihdam Durumu. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 25(1), 149-158.
- Trevithick, P. (2005). *Social work skills. A practice handbook*.
- Van der Laan, G. (1998). The professional role of social work in a market environment. *European Journal of Social Work*, 1(1), 31-40.
- Wilkinson, G. (2015). Social Work Practice Statement: Te Contribution Social Work Can Make to the National Disability Insurance Scheme (NDIS). <https://www.aasw.asn.au/document/item/7420>. Erişim Tarihi;15/09/2022
- World Health Organization. Preamble to the Constitution of World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, NY: World Health Organization; 1946.
- World Health Organization. Health promotion glossary. 1998. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>. Erişim Tarihi;15/09/2022
- World Health Organization. (2004). CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities: joint position paper2004. In *CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities: joint position paper2004* (pp. 27-27).
- World Health Organization. (1995). *Disability prevention and rehabilitation: a guide for strengthening the basic nursing curriculum*.
- World Health Organization. Chapter 4: Rehabilitation. In: *World report on disability*. Geneva (Switzerland): WHO Press, World Health Organization; 2011. p. 93-134. [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/chapter4.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4.pdf) Erişim Tarihi; 15/08/2022
- World Health Organization (WHO). 2018. Health promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/en> Erişim Tarihi; 15/08/2022
- World Health Organization. Health topics: Health promotion. Available from: [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/) Erişim Tarihi; 15/08/2022
- Yeo, R., ve Moore, K. (2003). Including Disabled People in Poverty Reduction Work: “Nothing About Us, Without Us”. *World Development*, 31(3), 571-590.
- Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi.
- Zastrow, C. (2009). *Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People* (10th ed.). Baltimore, MD: CENGAGE Learning.