

## **Tıbbi Sosyal Hizmetin Farklı Alanlarına Genel Bir Bakış** *A General Overview of the Different Areas of Medical Social Work*

Fikri KELEŞOĞLU<sup>1</sup>

### **Yayın geçmişi:**

Makale gelişi:

11.04.2022

Revizyon:

15.05.2022

Kabul tarihi:

05.06.2022

Yayımlanma tarihi:

30.06.2022

### **Anahtar kelimeler:**

Tıbbi sosyal hizmet,  
Onkolojik sosyal hizmet,  
Evde bakım,  
Palyatif bakım,  
Nefrolojik sosyal  
hizmet,

### **Keywords:**

Medical social work,  
Oncology social work,  
Home care,  
Palliative care,  
Nephrology social work,

**Özet:** Sosyal hizmetin, meslek ve disiplin olarak çok boyutlu olması farklı pek çok düzeyde mesleki müdahalelerde bulunmasını mümkün kılmaktadır. Özellikle sağlık alanında sosyal hizmetin görünür şekli olan tıbbi sosyal hizmet, hastaların sosyal sağlığını odağına alarak *yüksek yararı*, tam bir iyilik hali üzerinden sunmaya çalışmaktadır. Bu çalışmada özellikle tıbbi sosyal hizmet alanında öne çıkan seçili bazı alt disiplinlerin genel karakteristiği ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu amaçla çalışma onkolojik sosyal hizmet, evde sağlık ve bakım hizmetleri, palyatif bakım ve nefrolojik sosyal hizmet ile sınırlanarak hem hizmetlerin ortaya çıkışı ve genel çerçevesi verilmiş hem de yer yer ilgili alana dair yasal çerçeveler üzerinden bazı tartışmalar odağa alınmıştır. Bu ve benzeri hizmet alanlarına dair oluşturulacak farkındalık, tıbbi sosyal hizmetin bilinirliğine katkı sunacağı gibi sosyal hizmet mesleği ve disiplininin çatı olarak güçlenmesine de hizmet edeceği düşüncesi bu çalışmanın varsayımını oluşturmaktadır. Sosyal hizmetin sağlık alanındaki temsilcileri olan sosyal çalışmacılar, tıbbi sosyal hizmetin uygulama alanlarında daha görünür oldukça müracaatçıların sosyal işlevselliği bundan olumlu etkilenerek, sağlık hizmetlerinin çıktısı olarak beklenen yüksek yarar daha gerçekçi ve sürdürülebilir olacaktır. Bu açıdan tıbbi sosyal hizmetin diğer alanlarının da dahil edildiği farklı çalışmaların sayısının artmasının kritik bir öneme sahip olduğu söylenebilir.

**Abstract:** Multidimensional nature of social work as a profession and discipline makes professional interventions possible at many different levels. Medical social work which is the visible form of social work, especially in the field of health, focuses on the social health of patients and tries to present the *highest benefit* through a state of complete well-being. In this study, it has been aimed to reveal the general characteristics of some selected sub-disciplines, especially in the field of medical social work. For this purpose, the study was limited to oncology social work, home care services, palliative care and nephrology social work. Both the emergence and general framework of the services are given and some discussions on legal frameworks are focused. The awareness to be created about this and similar service areas will contribute to the awareness of medical social work. The assumption of this study is that this awareness will serve to strengthen position the of social work profession and discipline as an umbrella. As social workers who are the representatives of social work in the field of health become more visible in the application areas of medical social work, the social functionality of the clients will be positively affected. Thus, the expected high benefit as an output of health services will be more realistic and sustainable. In this respect, it can be said that the increase in the number of different studies including other fields of medical social work has a critical importance.

## **Giriş**

Biyopsikososyal bir varlık olarak insanın *biricikliği*, söylemden ziyade eylemlerin bir aradığı şeklinde öne çıkan mesleki müdahalelerde görünür hale gelmektedir. Müracaatçının iyilik halinin bütün olarak yükseltilmesini önemseyerek odağına müracaatçının *sosyal sağlığını* alan sosyal çalışmacılar (Tuncay ve Tekin, 2021, s. 345) sosyal hizmetin sağlık alanındaki şemsiye kavramı olan tıbbi sosyal hizmetler alanında istendik değişime ve dönüşüme hizmet etmektedirler. İstendik değişim ve dönüşüm ise müracaatçının sadece *tedavi* edilmediği, *bakım ve rehabilitasyon* hizmetlerine dahil edilmesi ile mümkündür (Dikmen Özarslan, 2014, s. 248). Bu sebeple beklenen yüksek fayda, medikal modelin yanında sosyal model ile de şekillenmiş ekip çalışmasıyla mümkün görünmektedir. Zira doktor veya sağlık ekibinin hastanın tedavi koşullarını

<sup>1</sup>Dr. Öğretim Üyesi, Bandırma Onyeddi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü Balıkesir, Türkiye, fkelesoglu@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3736-0179.

yapılandırırken diğer tüm sosyal koşulların dikkate alınmasını gerekli kılan bakım ve rehabilitasyon sürecini de tek başına götürmeye çalışması gerçekçi olmayacağı gibi değişen tedavi pratikleriyle de uyuşmamaktadır. Thomas Szasz'ın (2007) *tbbileştirme* kavramı ile dikkat çekmeye çalıştığı tıbbi sosyal kontrole yönelik eleştirileri de bu bağlamda okumak mümkündür. Adli sosyal hizmet alanında suçlunun dahi rehabilitasyon sürecinde bireysel ıslahı konusunda suç habitatu ile olan ilişkisine (Duman, 2019, s. 108) vurgu yapılırken tıbbi sosyal hizmet alanında tedavinin sadece bir meslek grubu ile sınırlandırılması hastanın/müracaatçının yüksek yararı ile örtüşmemektedir.

Sosyal hizmet mesleğinin temel değerlerinin ortak noktası, insan varlığının öncelenerek onun niteliği üzerine temel çabaların bütüncül olarak ortaya konmasıdır (Özateş, 2010, s. 94; Gedik, 2020, s. 44). İnsanın en temel hakkının sağlıklı bir yaşam sürebilmesi olduğu hatırlanacak olursa tıbbi sosyal hizmet insana değer katan işlevsel bir alan olarak temel bir misyonu yerine getirmektedir. Sosyal hizmetin mesleki pratiğinin ilk kullanıldığı alan olan sağlık alanı gelişmiş ülkelerde yoğun çalışma alanları arasında yer almaktadır (Auslander, 2001, s. 201). Amerika Birleşik Devletleri'nde çalışan yaklaşık 600 bin sosyal çalışmacıdan 110 bini ruh sağlığı alanında, 155 bini ise sağlık bakım alanında istihdam edilmiş durumdadır (Zubaroglu Yanardağ ve Özmete, 2017, s. 208). Türkiye'de ise mezun sayısı 20 binleri geçerken (SHUDER, 2022) kamu ve özel kuruluşlarda tıbbi sosyal hizmet alanında istihdam edilmiş toplam sosyal çalışmacı sayısının 2016 yılında 1007 olarak kayıtlara geçmesi (Bekiroğlu, 2016) mezun sayısı ve istihdam oranlarındaki çarpıklığın yanında, sağlık alanında sosyal sağaltıma yönelik görmezden gelinemeyecek bütüncül bir bakışa ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu ihtiyacın giderilmesi ise ilgili hizmet alanında istihdam edilecek sosyal hizmet profesyonelleri ile mümkün görünmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet, bireysel koşulların dikkate alındığı *çevresi içinde birey* anlayışıyla tüm hastaların iyilik hallerinin yükseltilmesinde biyo-psiko-sosyal modeli esas alır. Böylece sağlık refahında biyolojik ve tıbbi yön (biyo), öz-değer ve öz-saygı gibi bireysel düşünceler (psiko), hastayı kuşatan sosyal çevre unsurlar (sosyal) tüm bileşenleriyle dikkate alınır (Tuncay ve Tekin, 2021, s. 346). Tüm bu bileşenler dikkate alındığında müracaatçı için “hastalık, hayatın gece karanlığı” (Sontag, 2005, s. 3) olmaktan çıkarak daha kabul edilebilir ve özne gerçekliğe daha uygun bir hal alacaktır.

Sosyal sağlığın, sağlık refahındaki öneminin bir çıktısı olarak tıbbi sosyal hizmet uygulamaları günümüzde çeşitlenmiş, kronik hastalıklar, travma ve acil servisler, halk sağlığı, onkolojik sosyal hizmet, geriatrik sosyal hizmet, kardiyak sosyal hizmet, organ nakli, nefrolojik sosyal hizmet, evde bakım, palyatif bakım gibi farklı birçok uygulama alanı tıbbi sosyal hizmetin bünyesine dahil olmuştur (Oral, 2019). Değişen sağlık sistemleri ve imkanları bağlamında tıbbi sosyal hizmetin bu yönüne katkı sunmak ve bilinirliğini artırmak amacıyla çalışma, onkolojik sosyal hizmet, evde sağlık ve bakım hizmetleri, palyatif bakım ile nefrolojik sosyal hizmet alanları ile sınırlandırılmıştır. Çalışmada bu alanların temel karakteristik ortaya konmuş ayrıca zaman zaman yasal çerçevelere atıflar yapılarak farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır.

## 1. Onkolojik Sosyal Hizmet / Hizmetler

Dünyada olduğu gibi Türkiye için de önemli bir hastalık ve ölüm sebebi olan kanser, beklenmeyen zamanda ortaya çıkması ve etkileri açısından travmatik bir deneyimdir (Tuncay ve Oral, 2012). 2025 yılı için öngörülen kanser vakası sayısı 20 milyondan fazladır (WHO, 2014). Kanserle yüzleşen bireyin gerek kendisi gerekse ailesi için bir anlamda *kriz süreci* deneyimlenmektedir. İnsanın yaşamını tehdit eden bu sürece korku, kaygı, umutsuzluk, öfke, huzursuzluk vb. gibi birçok duygusal tepki eşlik eder (Yıldırım, Acar ve Tuncay, 2013). Durum böyle olunca sadece kemoterapi, radyoterapi veya cerrahi müdahale gibi süreçlerin yeterli olması mümkün görünmemektedir. Bu bağlamda kişinin kendisi ve çevresi için beklenen psiko-sosyal esenlik halinin temini hatta sürdürülebilir kılınması tedavinin görmezden gelinemeyecek diğer noktalarıdır (Tuncay, 2010). Tıbbi sosyal hizmetin içinde yaklaşık 50 yıllık bir geçmişle kanser tedavi merkezlerinde sosyal çalışmacıların istihdamı ile başlamış olan onkolojik sosyal hizmet

(Zebrack, Walsh, Burg, Maramldi ve Lim, 2008), özellikle 21. yüzyılın başlarına doğru tıpta görülen iyileşmeler ile kanserden kurtulanların çoğalmas ve sonrasındaki ruh hali, aile iletişimi, enerji kaybı, cinsel sorunlar gibi uzun vadede etkisini sürdüren destek hizmetleri gündeme gelmiştir (Fobair vd., 2009). Tam da bu noktada tanı ile başlayan, tedavi sürecini ve sonrasını (terminal dönem, yas süreci vb.) içine alan onkolojik sosyal hizmet gerek hastalara gerekse ailelere psiko-sosyal açıdan profesyonel destek sunacak disiplin olarak öne çıkmıştır (Zebrack, Burg ve Vaitones, 2012). Bu alanda aktif görev yapan sosyal çalışmacılar tarafından 1984 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulan "Onkolojik Sosyal Hizmet Derneği" bu hizmetlerin yaygınlaşmasında öncü kuruluş olmuş ve onkolojik sosyal hizmetin hangi amaçla tasarlandığını şu 3 noktaya vurgu yaparak özetlemiştir:

- Hastanın sağlık sisteminden en iyi şekilde faydayı görmesini sağlamak
- Baş etme becerilerini ve stratejilerini geliştirmek
- Toplumsal kaynakların işlevselliği destekler şekilde aktif kılınması (Fobair vd., 2009).

Bu alanda hizmet sunan meslek elemanları için disiplinlerarası işbirliği ayrıca vurgulanmaktadır. Bakım ekipleri içinde yer alan hekim, sosyal çalışmacı ve diğer personeller holistik bir bakış açısı ile hizmet sunumunda birbirine destek olur. Sevilen birine yönelik de olsa yaşamın sonunda bireye sunulacak bakım ve desteğin çevresindekiler için hem fiziksel hem duygusal açıdan zorlayıcı olduğunu gösteren araştırmalar (Schroepfer, 2011), psiko-sosyal sorunların dikkate alınmasının gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır. Bu bağlamda sosyal çalışmacıların hasta ve yakınları ile çalışırken, çevresi içinde birey ilkesinin gözetildiği, yaşam döngülerine yönelik uygun mesleki müdahale planlarının geliştirildiği onkolojik sosyal hizmet, psiko-sosyal sağaltımın olmazsa olmazıdır (Acar, 2013).

Onkolojik sosyal hizmete dair çalışmalar, tarama, psikososyal hizmetler, hastanın tedaviye katılımı, hasta ve yakınının sosyal işlevselliğinin korunması, güçlendirme uygulamaları, psikoterapi, danışmanlık, taburcu sürecinin planlanması ve izlenmesi, kayıp ve kriz durumuna yönelik çalışmalar şeklinde çeşitlenirken (Zebrack vd., 2008; Acar, 2013), grup dinamiğinin kullanıldığı ve yaşantılarına daha açık hale geldiği, kendini daha gerçekçi algılayabildiği grupla sosyal hizmet çalışmaları burada ayrıca belirtilebilir (Duyan, 2007; Yıldırım, 2017).

Onkolojik sosyal hizmetler dünyada genel çerçevede benzerlik gösterse de etik ilkeler açısından bazı konular Türkiye'de uygulanabilir değildir. Müracaatçıya bağlılık, özerklik, mahremiyet, zarar vermeme, yararlılık gibi etik ilkeler evrensel olarak kabul edilen ilkeler arasında sayılabilir olsa da "yardımlı intihar" ve "ötenazi" gibi konular dünyada tartışılır olmakla birlikte Türkiye'de henüz yasal mevzuatta bulunmamaktadır. Böyle bir ilke tartışılır olduğunda ise bu sadece hekimin verebileceği bir karar olmaktan çok uzaktır. Aralarında sosyal çalışmacılarında bulunduğu ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan bir ekibin, öncesi ve sonrası açısından kanıta dayalı psikososyal bir değerlendirme ile kritik edebileceği bir süreçtir (Ersoy, 2001; Yıldırım, Acar ve Tuncay, 2013).

## 2. Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

Engellilik, yaşlılık, kronik hastalıklar gibi birçok unsur sebebiyle, evde sağlık hizmetlerine her geçen gün daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle bu konuda ihtiyaç sahibi olan insanların taleplerindeki artış, modern dünyayı daha yeni çözüm ve alternatif arayışlarına itmiştir. Refah anlayışının da bir yansıması olarak sağlık hizmetlerinde arz odaklı çözümler ve hizmetin erişemeyenlere götürülmesi gündeme gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, bakımı tanımlarken, sağlık ve sosyal sistemlerin birbirini tamamlayan unsurlar olduğunu ayrıca bu sistemin resmi olmayan bakıcılar (aile, akraba, arkadaş, gönüllüler vb.) ile sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarından oluştuğunu vurgulamaktadır (WHO, 2000). Sağlıkın korunması ve geliştirilmesi amacıyla bakım hizmetlerinde hemşirelik bakımı, rehabilite edici terapiler, sosyal hizmetler, kişisel bakım ile ev hizmetlerini kapsayan destekler yer alır (NASW, 1987). Sağlık Bakanlığı ise, evde sağlık hizmetlerini, sağlık açısından bakım gereksinimi duyan bireylerin evinde ve aile ortamında

psikososyal açıdan da desteklenerek muayene, tahlil, teşhis, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine erişebilmesi olarak tanımlamaktadır (SB Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2010).

Evde bakım hizmetleri, tarihsel açıdan ele alındığında geleneksel bir model olarak değerlendirilse de, bu alanda sistematik ve kurumsal bir hizmetten bahsetmek zordur. Sanayileşme, kentleşme, savaşlar, göçler gibi sosyal sorunlar bu hizmet modelinin daha planlı ve kurumsal olarak değerlendirilmesini gerekli kılmıştır. 1880 yılında İngiltere’de akıl ve ruh sağlığı alanında tedavi gören hastaların taburcu olmaları sonrasında aynı hastalığa tekrar yakalanmamaları adına evlerinde takip edilmeleri ve bu amaçla hastaneden görevlilerin evlere gönderilerek takiplerinin yapılması evde bakım hizmetlerinde ilkleri temsil eder. 1893 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde toplum merkezleri ve sağlık kuruluşları aracılığıyla tedavi sonrası hastaların takibi, hemşireler aracılığıyla yapılmıştır (Duyan, 1996). Evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmeti ve sosyal hizmetler olarak iki boyutu olup, Avrupa’daki evde bakım hizmetlerine, psikososyal sorunlar ve sosyal hizmetler açısından ABD’ye göre daha fazla önem verilmiştir. Özellikle Danimarka’da ileri seviyede gelişmiş evde bakım sisteminin, 19. yüzyıl sonlarına dayanır. Danimarka’nın 1937 yılında başlattığı ve 4 coğrafi bölgede uyguladığı 6 yıllık pilot çalışma, bebek ölümleri ve hastalanma oranlarını belirgin ölçüde azaltarak, evde bakım ve ev ziyaretlerinin önemini ortaya çıkarmıştır (Şener, 2017).

Türkiye’deki evde bakım hizmetlerinin tarihçesinde, 15. yüzyılda Osmanlı’da gezici hekimlik uygulamasının olduğu, hastalara da aile bireylerinin ev içinde bakım hizmeti sunduğu görülmektedir. Cumhuriyet’in ilk yıllarında ise daha çok bulaşıcı hastalıklar ile anne-çocuk sağlığı ön planda tutulurken, 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile evde hasta muayenesi ve bulaşıcı hastalıkların teşhis ve tedavisi gibi hükümlere yer verilmiştir. Bu kapsamda doktor ve hemşireler ev ziyaretleri gerçekleştirmişlerdir. Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılında yayımlanmış olduğu 3895 sayılı Yönerge ile bugün, Bakanlığa bağlı hastane, toplum sağlığı merkezi ve aile hekimlikleri evde bakım hizmetleri sunmaktadır. Evde sağlık ve evde bakım hizmetleri birbirini tamamlar şekilde ve iki ayrı bakanlık düzeyinde planlanırken, evde sağlık hizmetlerinin sunumundan Sağlık Bakanlığı, evde bakım hizmetlerinin sunumundan ise Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı sorumludur (Şener, 2017; Zengin, 2019).

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) (1995) sosyal çalışmacıların evde bakım hizmetlerine dair rollerini şu şekilde sıralamaktadır:

- Hasta ve yakınlarının hastalık durumuna uyum sürecinde psiko-sosyal, çevresel ve ekonomik unsurları belirlemek,
- Hasta ve ailesine sunulabilecek sosyal hizmetler hakkında bilgi vermek,
- Hasta ve ailesinin ulaşmak istediği hedefler ile ilgili anlaşma yapmak,
- Hasta ve ailesiyle birlikte bakım planı hazırlamak ve uygulamak,
- Uzun süreli bakım konusunda hasta ve ailesine daha rahat karar verebilmeleri konusunda danışmanlık yapmak,
- Hastalara yönelik, hastalık ve bakım konusunda danışmanlık ve destek hizmeti sunmak,
- Hasta ve aile bireylerini hastalık ve bakımın beraberinde getirdiği sağlık koşulları ile uyumlu hale getirmek,
- Hasta ve aile bireylerinin ihtiyaçları doğrultusunda kaynak tespiti yaparak, kaynaklarla kişilerin ilişkilendirilmesini sağlamak,
- Fiziksel ve zihinsel engeli olan hastaların hizmetlere ulaşmaları için hak savunuculuğu yapmak,
- Kısa süreli terapiler uygulamak,

- Ekip çalışması kapsamında diğer meslek elemanları ile işbirliği yaparak, bakım sonrası süreci planlamak (NASW, 1995).

Bu roller dikkatle incelendiğinde müracaatçıların hizmet ve kurumlara erişimi, bakımı ve tedavilerinin sosyal çalışmacılar tarafından da planlandığı, takibi yapıldığı görülmektedir. Ayrıca hastaların iyilik haline katkı sunan tıbbi sürecin *insancillaştırılması* ve hasta *onurunun korunması* adına sağlık alanında çalışan sosyal hizmet profesyonelleri aktif görev almaktadır (Aydemir ve Işıkhani, 2013, s. 23-24).

### 3. Palyatif Bakım Hizmetleri

Sağlık alanındaki ilerlemelere rağmen bazı hastalıklar için henüz çare ve tedavi bulunabilmiş değildir. Bu da bazı ölümcül hastalıkların varlığı demektir ki, bu süreç gerek sağlık ekibi gerekse hasta ve yakını için oldukça zorlayıcı olmaktadır. Tedaviye yanıt alınamayan bu süreçte hasta, *terminal döneme* girdiğinden tedavi edici uygulamalara son verilmektedir. Yaşam beklentisinin düştüğü ve ölüm sürecine girildiği bu dönem, hasta ve yakınları için oldukça hassas ve kırılğan bir dönemdir. Bu dönemde tüm sağlık profesyonellerinin önceliği, hastanın yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmak ve palyatif bakım hizmetlerini sunmaktır (Elçigil, 2006).

Sosyal hizmet mesleğinin 20. yüzyılda ortaya çıkışından itibaren tıbbi sosyal hizmet, palyatif bakım alanında önemini korumuş ve bütüncül bir bakışla meslek elemanları olarak hasta ve yakınlarına yönelik bakım ekibi içinde yerini almıştır (Payne, 2007). Dünyada palyatif bakımın kurucuları arasında kabul edilen Dame Cicely Saunders'ın kendisi de bir sosyal çalışmacı olup, ölümün daha başka türlü olabileceği, daha insanca ve daha onurlu olması gerektiği yönündeki duyarlılıkları ile 1967 yılında Londra'da St. Christopher Hospisi adıyla ilk modern hospisin kurulmasında rol oynamıştır. Hospislerin kuruluşundaki temel felsefe, tedavinin anlamını yitirdiği durumlarda dayanılmaz acılara katlanmanın, yaşamın sonuna bu şekilde yaklaşmanın zorunlu olmadığı görüşüne dayanmaktadır (Bağ, 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da oldukça yaygın olan hospislerde hasta için artık radikal denebilecek tedaviler sürdürülmez ve gereksiz müdahalelerden kaçınılır. Hospislerde, günlerce oksijen verilmesi, sürekli kan alınması, serum verilmesi gibi kişiyi zorunlu olarak yatağa bağımlı kılan uygulamalardan arındırılmış bir bakım anlayışı hakimdir (Gültekin, Özgül, Olcayto ve Tuncer, 2010). Palyatif bakımda doktor, hemşire, sosyal çalışmacı ve din görevlisi gibi çekirdek bir ekip ile destek yaklaşımı hakimdir. Hasta ve ailenin gereksinimlerine göre uğraşı terapistleri, beslenme uzmanları gibi farklı profesyonellere de yer verilebilmektedir. Yaşam sonu bakımda ölüm normal bir süreç olup, ölümün ne hızlandırılması ne de yavaşlatılması söz konusudur. Yaşam ve geride kalanlar palyatif bakımın odağındadır (WHO, 2007). Türkiye'de palyatif bakımın sağlık sistemine dahil edilmesi ve bütünleştirilmesi sürecinin Batı ülkelerine kıyasla gecikmiş olduğu söylenebilir. İlk olarak 09.10.2014 tarihli, 640 sayılı "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile gündeme alınmış sonrasında 2015 yılında güncellemeler yapılmıştır. 27.02.2015 tarihli "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" diğer bir yasal çerçeve olarak değerlendirilebilir. İlgili mevzuatta, ihtiyaç halinde sosyal çalışmacının ekip içinde yer alacağı belirtilmektedir (Tuncay, 2019).

Hastalar, terminal dönemde ailelerine yük olma, fiziksel ve duygusal yetilerini kaybetme, dayanılmaz ağrılar yaşama, yaşamsal hedeflerini gerçekleştiremeden ölme gibi korkular yaşayabilmektedir (Allison, Gripton ve Rodway, 1983). Bu dönemde hastalara etkili bakım hizmetlerinin sunulması kapsamında geride kalanların yaşamlarının düzenlenmesinin önemi de günümüzde daha fark edilir olmuştur. Bu bağlamda hastanın ve yakınlarının psikososyal iyilik hallerinin sürdürülmesinde sosyal hizmet profesyonelleri rol üstlenmekte ve geride bırakacağı yaşam(lar)ın düzenlenmesine yardımcı olmaktadır (Taylor-Brown ve Mary, 2004). Sosyal çalışmacıların bu alandaki katkılarını güçlendirmek için Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (2003) uygulama standartlarını belirleyerek temel aşamaları bu belgede düzenlemiştir (NASW, 2003a).

#### 4. Nefrolojik Sosyal Hizmet

Tıbbi sosyal hizmetin öne çıkan diğer bir uygulama alanı nefroloji üniteleridir. Sosyal hizmetin bu alan kapsamında yaptığı çalışmalar ise nefrolojik sosyal hizmet olarak kavramsallaştırılmıştır. Özellikle bu yüzyılda medikal teknolojinin yaygın ve başarılı kullanımı, kronik rahatsızlığı olan yaşlı popülasyonun yaşam sürelerinin uzamasına olumlu katkı sunmaktadır (Levendoğlu, Altıntepe ve Uğurlu, 2004). Ancak yaşlılar için kronik böbrek rahatsızlığı sadece medikal yönü olan bir hastalık değil aynı zamanda fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik durumları etkileyen bir sorundur (Yıldırım, 2017; Zengin, 2016). Bireyin yaşam kalitesinin doğrudan etkilendiği bu gibi durumlarda sosyal çalışmacının, hastaların gereksinimlerine uygun biyopsikososyal bir bakış ile yapacağı değerlendirmeler ve müdahaleler bireyi ve çevresini güçlü kılmaktadır. Bu yaklaşım, bireyin güç kaynaklarını görmeyi kolaylaştırırken, hastanın sağlık sistemi ile olan etkileşimini daha doğru görmeyi de sağlamaktadır (NASW, 2003b). Nefroloji alanında çalışan bir sosyal çalışmacının temel görevi, bireyin yaşam kalitesini artırarak, tıbbi tedaviden en iyi şekilde faydalanmasını sağlayıp iyilik haline katkı sunmaktır (Callahan, 2011).

Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları Kurulu (CNSW), bu alanda çalışan her bir sosyal çalışmacı başına 75 hastanın düşmesi gerektiğini vurgulamaktadır (CNSW, 2003). Ancak alanda bu hedefin sadece %13'ünün gerçekleşebildiği görülmektedir (Merighi ve Ehlebracht, 2004). Vaka yükünün daha az olduğu sosyal çalışmacıların danışmanlık hizmetlerini daha yüksek oranlarda verdiği de görülmektedir (Merighi ve Ehlebracht, 2005).

Nefrolojik sosyal hizmet açısından gelişmiş bir ülke olan Amerika Birleşik Devletleri'nde 1976 yılı itibariyle diyaliz merkezlerinin/ünitelerinin hepsinde yüksek lisans düzeyinde eğitim almış sosyal çalışmacının istihdamı zorunlu kılınmıştır (Beder, Mason, Johnstone, Callahan ve LeSage, 2003). Türkiye'de ise 23 Haziran 1995 tarihli Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği'nde istihdam edilecek personel ile ilgili olarak "cihaz sayısı 10'dan fazla olan her merkezde bir sosyal hizmet uzmanının bulunması gerekir" ibaresi yer alırken, 8 Mayıs 2005 tarihli Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği'nde bu durum, diyaliz merkezindeki sorumlu olan hekimin gerek görmesine veya hastanın talep etmesine bağlanmıştır. Bunun yanında aynı yönetmelikte ifade değişikliğine gidilerek sosyal çalışmacının ihtiyaç duyulduğunda merkezde kısmi zamanlı görev yapmasının önü açılmış ve istihdamdaki zorunluluk böylece kaldırılmıştır. Sonrasında 18 Ağustos 2007 tarihli yönetmelikte "sorumlu tabibin gerek görmesi halinde bir sosyal hizmet uzmanından danışmanlık hizmeti alınır" ifadesi yer almış, 18 Haziran 2010 tarihli yönetmeliğin kendisinde ise sosyal hizmet uzmanı ifadesi hiç geçmemiştir. 14 Şubat 2012 tarihli halen yürürlükteki yönetmelikte "diyaliz merkezleri, ihtiyaç duymaları halinde psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı unvanına haiz personeli, mesleklerine uygun görevlerde istihdam edebilir veya bunlardan hizmet satın alabilir" ifadesi ile tasarruf yetkisi merkez sahiplerine bırakılmıştır. Bu durum, hastalık halinde hastaya ve yakınlarına sunulacak psiko-sosyal desteğin çekilmesiyle bireyin yaşam kalitesi ve iyilik halinden tasarruf etmek şeklinde yorumlanabilir. Böyle bir yetki tasarrufu ise modern sosyal hizmet anlayışı ile örtüşmemektedir.

#### Sonuç ve Öneriler

Sosyal çalışmacıların sağlık alanında profesyonel meslek elemanı olarak bulunmaları ve müracaatçıların iyilik hallerine esenlik sunmaları, esasında mesleki rol ve sorumluluklarının bir gereğidir. Bu bağlamda onkolojik sosyal hizmet, evde bakım, palyatif bakım, nefrolojik sosyal hizmet gibi tıbbi sosyal hizmetin farklı uygulama alanları bu çalışmada genel çerçevesiyle ulusal ve uluslararası düzeyde ele alınmıştır. Çalışmanın öncelenen amacı ilgili alanlardaki temel karakteristiği ortaya koymak olduğu için çalışmanın amacını aşan detaylara girilmemiştir. Sağlık alanında yaşanan tüm gelişmeler tıbbi sosyal hizmetin gelişimini de etkilerken yeni fırsatlar ve/veya riskler doğurabilmektedir. Nefrolojik sosyal hizmet başlığında tartışıldığı gibi sosyal çalışmacıların tıbbi sosyal hizmet alanlarında sağlık profesyonelleriyle birlikte yerini alması mesleğin gelişimiyle de doğrudan ilişkilidir.

Sosyal hizmet meslek ve disiplininin, alanın ihtiyacına göre kendini güncellemesi ve müracaatçının gerçekliğinden kopmaması, tıbbi sosyal hizmet için de öncelikli bir konu olmakla birlikte yeterli bir dinamik değildir. Zira disiplinlerarası yaklaşımın kabul görmediği ve uygulanabilir olmadığı bir sağlık sisteminde müracaatçıların/hastaların iyilik halinin yükseltilmesi ve/veya sürdürülebilir olması mümkün görünmemektedir. Buradan hareketle tüm sağlık profesyonellerinin *duygusallıktan uzak, etkin ve yetkin tavırlar takınmaları* sadece profesyonelliğin bir gereği değil aynı zamanda müracaatçıların yüksek yararı ve yaşam kalitesi adına bir zorunluluktur.

Tıbbi sosyal hizmetin farklı uygulama alanlarında, yeterli düzeyde sosyal çalışmacının istihdam edilemediğinin görüldüğü bu çalışmadan hareketle müracaatçıların sosyal gerçekliklerinin, tıbbi müdahale süreçlerine dahil edilmesinin zorlaşacağı söylenebilir. Bu sebeple sosyal çalışmacıların hızlı bir şekilde alanda istihdamının sağlanarak sağlık sorunlarında tedavi edici hizmetlerden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi sağlık refahı adına öncelikli bir gündemdir. Çevresi içinde birey anlayışından hareketle şekillenen tıbbi sosyal hizmet, müracaatçı özelinde ilerleyecek mesleki müdahaleleri mümkün ve uygulanabilir kılacaktır. Aksi durumlardaki sağlık hizmetlerinde ise sosyal çalışmacıların müracaatçıya yönelik kolaylaştırıcı, savunucu, aracı, bakım sağlayıcı vb. birçok rol ve sorumluluğu gerçekleştirilebilir olmaktan uzaklaşacaktır. Sosyal hizmetin sağlık alanındaki temsilcileri olan sosyal çalışmacılar, tıbbi sosyal hizmetin uygulama alanlarında daha görünür oldukça müracaatçıların sosyal işlevsellikleri bundan olumlu etkilenerek, sağlık hizmetlerinin çıktısı olarak beklenen yüksek yarar daha gerçekçi ve sürdürülebilir olacaktır.

### Kaynakça

- Acar, M. (2013). Onkolojide sosyal hizmet: vaka örnekleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 231-252.
- Allison, H., Gripton, J., ve Rodway, M. (1983). Social work services as a component of palliative care with terminal cancer patients. *Social Work in Health Care*, 8(4), 29-44.
- Auslander, G. (2001). Social work in health care: What have we achieved?. *Journal of Social Work*, 1(2), 201-222.
- Aydemir, İ. & Işıksan, V. (2013). Hasta hakları birim sorumlularının karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1), 7-24.
- Bağ, B. (2012). Hospis ve hospiste ölüme hazırlanma. *Akademik Geriatri*, 4, 120-125.
- Beder J, Mason S, Johnstone S, Callahan MB, LeSage L. (2003). Effectiveness of a social work psychoeducational program in improving adherence behavior associated with risk of CVD in ESRD patients. *Journal of Nephrology Social Work*, 23,12-22.
- Bekiroğlu, S. (2016). *Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet alanında sosyal çalışmacı istihdamı*. Sosyal Hizmet Sempozyumu, 26-28.
- Callahan, M.B. (2011). The role of the nephrology social worker in optimizing treatment outcomes for end-stage renal disease patients. *Dialysis & Transplantation*, 40(10), 444-450.
- CNSW. (2003): *Standards of practice for nephrology social work* (5th ed). New York: National Kidney Foundation, 2003, 7-9.
- Dikmen Özarslan, A. (2014). Sağlık alanında sosyal hizmet. P. Akkuş ve Ö. Başpınar Aktütün (Ed), *Sosyal hizmet ve öteki* içinde (ss. 246-271). Ankara: Bağlam Yayıncılık.
- Duman, M. F. (2019). Suç habitattının gençlerin özerkliğine etki eden nitelikleri: İzmir ili örneği. *Gençlik Araştırmaları Dergisi*, 7(18), 79-116.
- Duyan, V. (1996). *Tıbbi Sosyal Hizmet*, Ankara: 72TDFO Bilgisayar Yayıncılık.

- Duyan, V. (2007). *Grupla sosyal hizmet*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Elçigil, A. (2006). Pediatrik palyatif bakım ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yükseokulu Dergisi*, 9(4), 75-81.
- Ersoy, N. (2001). *Kanserde Etik, Onkoloji Sempozyumu–2000’li Yıllarda Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Son Gelişmeler*. Bursa: Uludağ Onkoloji Dayanışma Derneği Yayını.
- Fobair, P., Stearns, N. N., Christ, G., Dozier-Hall, D., Newman, N. W., Zabora, J., ... & Hedlund, S. (2009). Historical threads in the development of oncology social work. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(2), 155-215.
- Gedik, M. (2020). Sosyal hizmetlerde “hak temelli” yaklaşım. *Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 28-57.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., ve Tuncer, M. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1, 1-6.
- Levendoğlu, F., Altıntepe, L. ve Uğurlu, H. (2004). Yaşlı hemodiyaliz hastalarında disabilite, depresyon ve yaşam kalitesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4), 195-198.
- Merighi, J. R. ve Ehlebracht, K. (2005). Emotional exhaustion and workload demands in renal social work practice. *Journal of Nephrology Social Work*, 24, 14-20.
- Merighi, J. R., ve Ehlebracht, K. (2004). Workplace resources, patient caseloads, and job satisfaction of renal social workers in the United States. *Nephrology News & Issues*, 18(5), 58-68.
- National Association of Social Workers. (1987). *Standards for social work in health care settings*. Silver Springs, Maryland: NASW Press.
- National Association of Social Workers. (1995). *NASW clinical indicators for social work and psychosocial services in home health care*. Washington: NASW Press.
- National Association of Social Workers. (2003a). *NASW Standarts for Palliative & End of Life Care*. Washington, DC: NASW Press.
- National Association of Social Workers. (2003b). *Standards of practice for nephrology social work* (5th ed.). New York: National Kidney Foundation.
- Oral, M. (2019). Tıbbi Sosyal Hizmet. M. Oral (Ed.), Erzurum: Atatürk Üniversitesi AÖF Yayını.
- Özateş, Ö. S. (2010). Sosyal hizmet etiğinin felsefi temelleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1), 85-97.
- Payne, M. (2007). Know your colleagues: Role of social work in end-of-life care. *End of Life Care*, 1(1), 69-73.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. (2010, 27 Şubat). Resmî Gazete (Sayı: 29280). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> (Erişim tarihi: 25.02.2022).
- Schroepfer, T. (2011). Oncology social work in palliative care. *Current Problems in Cancer*, 6(35), 357-364. doi:10.1016/j.currproblcancer.2011.10.010.
- Sontag, S. (2005). *Metafor olarak hastalık*. (O. Akinhay, Çev.). İstanbul: Agora Kitaplığı.
- Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (SHUDER), 2022, <http://shuder.org/Sayfa/sosyal-hizmet-uzmanlari-derneğinin-tarihcesi1656>. (Erişim tarihi: 20.02.2022).
- Szasz, T. (2007) *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*. Syracuse NY: Syracuse University Press.

- Şener, M. M. (2017). Evde Sağlık, Bakım Hizmetleri ve Sosyal Hizmet. Şeker, M. ve Y. Bulduklu (Ed.), *Tıbbi ve psiko-sosyal hizmet içinde* (ss. 132-153). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF Yayını.
- Taylor-Brown, S. ve Mary, S. (2004). End-of-life care. *Health & Social Work*, 29(1), 3-5.
- Tuncay, T & Tekin, H. H. (2021). *Sosyal hizmet mesleğinin ABC'si*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Tuncay, T. (2010). Kanserle başetmede destek grupları, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(1), 59-71.
- Tuncay, T. (2019). Palyatif bakımda sosyal hizmet uygulamaları. Şeker, M. ve Y. Bulduklu (Ed.), *Tıbbi ve psiko-sosyal hizmet içinde* (ss. 262-285). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF Yayını.
- Tuncay, T. ve Oral, M. (2012). Onkoloji çalışmalarında dolaylı travmatizasyon üzerine bir gözden geçirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(1), 161-172.
- World Health Organisation (2000). Home-based long-term care. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_898.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf) (Erişim tarihi: 31.02.2022).
- World Health Organization. (2007). WHO definition of palliative care. Erişim adresi: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (Erişim tarihi: 25.02.2022).
- World Health Organization. (2014). *World cancer report 2014*. Lyon: World Health Organization International Agency for Research on Cancer.
- Yıldırım, B. (2017). Bir tıbbi sosyal hizmet uygulaması: hemodiyaliz hastaları üzerine etkileşim grubu planlama. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1 (2), 64-73.
- Yıldırım, B., Acar, M., ve Tuncay, T. (2013). Onkoloji alanında sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve kanıta dayalı değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 24(1), 169-189.
- Zebrack, B., Burg, M. A., ve Vaitones, V. (2012). Distress screening: an opportunity for enhancing quality cancer care and promoting the oncology social work profession. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(6), 615-624.
- Zebrack, B., Walsh, K., Burg, A. M., Maramldi, P. ve Lim, J. (2008). Oncology social worker competencies and implications for education and training. *Social Work in Health Care*, 47(4), 355-375.
- Zengin, O. (2016). Nefrolojik sosyal hizmet: Kronik böbrek yetmezliğinde sosyal hizmet müdahalesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 25(3), 221-226.
- Zengin, O. (2019). Evde Bakım Hizmetleri, Tıbbi Sosyal Hizmet içinde (224-243). Erzurum: Atatürk Üniversitesi AÖF Yayını.
- Zubaroglu Yanardağ, M. ve Özmete, E. (2017). Bir mesleki uygulama alanı olarak geçmişten geleceğe klinik sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 203-226.

#### ETİK ve BİLİMSEL İLKELER SORUMLULUK BEYANI

Bu çalışmanın tüm hazırlanma süreçlerinde etik kurallara ve bilimsel atıf gösterme ilkelerine riayet edildiğini yazar(lar) beyan eder. Aksi bir durumun tespiti halinde Toplumsal Politika Dergisi'nin hiçbir sorumluluğu olmayıp, tüm sorumluluk makale yazarlarına aittir.