

Derleme

Makale Geliş Tarihi:19.02.2018

Makale Kabul Tarihi:08.08.2018

HASTANE SOSYAL HİZMETİNİN İŞLEVİ VE BAKIM VEREN EBEVEYLERDE PEDIATRİK ASTIM YÖNETİMİ¹

Function of Hospital Social Work and Pediatric Asthma Management in Caregiver Parents

Buğra Yıldırım*

*Dr. Öğr. Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bil. Fak. Sosyal Hizmet Bölümü, e-posta: bugrayildirim58@gmail.com

ÖZET

Günümüzde sağlık alanında önemli gelişmeler olmasına ve çoğu hastalığın kökünün kazanmasına rağmen kronik hastalıkların sosyal ve duygusal bileşenlerinin tedavisi henüz tam anlamıyla gerçekleştirilememektedir. Hasta ve ailesinin hastalıkla birlikte ortaya çıkan psikososyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesi amacıyla hastanelerde ve sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet uygulamaları hastalığın psikososyal yönleri hakkında diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarını duyarlı hale getirir. Hastane sosyal hizmet uzmanları bireysel, aile ve grup danışmanlığı aracılığıyla hasta ve ailesini; bilişsel, duygusal, kişiler arası iletişimin güçlenmesi ve sosyal işlevsellik açılarından değerlendirir. Diğer taraftan çocuklarının ciddi bir sağlık durumuna sahip olduğu gerçekliği ailede hastalık yönetimi anlayışının ortaya çıkmasına neden olur. Özel olarak astım farkındalığı astım yönetimini zorunlu kılmaya başlar ve astımın nasıl yönetileceği konusu bilhassa bakım veren ebeveynlerin en önemli gündemini oluşturur. Kronik hastalığın uzun vadeli olmasından dolayı astımlı çocuk akut ve kronik dönemler arasında sağlık açısından dalgalanmalar gösterebilir, bu nedenle hastalar ve bakım verenler özenli bir astım yönetimi anlayışı benimsemelidir. Etkin pediatrik astım yönetiminde aile duygusal iklimi önemli rol oynamakta ve sosyal hizmet uzmanının müdahalesinin yönünü şekillendirmektedir. Dolayısıyla bu derleme çalışması çocukluk çağı astımı ile mücadelede tıbbi tedavi ekibi içinde yer alan sosyal hizmet uzmanlarının sorumluluklarını, hastane sosyal hizmeti ve pediatrik astım yönetiminin etkin biçimde hizmet vermesine zemin hazırlayan

¹ Bu çalışma yazarın doktora tezinden (2017) türetilmiştir.

koşulları, sosyal hizmetin pediatrik astım yönetimine özgü işlev ve rollerini bakım veren ebeveynler odağında gözden geçirme amacı taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: *Hastane sosyal hizmet uzmanları, astım yönetimi, bakım veren ebeveynler, pediatrik astım yönetimi, hastane sosyal hizmeti.*

ABSTRACT

Although there are significant developments in the healthcare field and various diseases have been eradicated nowadays, the treatment of social and emotional components of chronic diseases has not been able to be fully realized yet. Social work practices carried out in hospitals and healthcare institutions to prevent and solve the psychosocial problems of the patient and his/her family occurring with the disease make other healthcare providers sensitive about the psychosocial aspects of the disease. Hospital social workers assess the patient and his/her family via individual, family, and group counseling in terms of strengthening the cognitive, emotional, interpersonal communication and social functioning. On the other hand, the fact that their child has a serious health condition leads to the occurrence of disease management in the family. Especially asthma awareness starts necessitating asthma management, and the issue of how to manage asthma constitutes the most significant agenda of caregiver parents in particular. Since the chronic disease is long-term, asthmatic children may exhibit fluctuation in terms of health between the acute and chronic periods; therefore, patients and caregivers should adopt a careful understanding of asthma management. In effective pediatric asthma management, the family emotional climate plays an important role and shapes the direction of intervention of a social worker. Thus, this review study aims to review the responsibilities of social workers in the medical treatment team in fighting childhood asthma, the conditions laying the groundwork for the hospital social work and pediatric asthma management to serve effectively, and the function and roles of social work peculiar to asthma management in the eyes of caregiver parents.

Keywords: *Hospital social workers, asthma management, caregiver parents, pediatric asthma management, hospital social work.*

GİRİŞ

Astımlı çocuk olma deneyimi, astım ataklarında çocukların akut veya subakut dönemde, öksürük, nefes darlığı veya hışıltı gibi semptomlarının ortaya çıkması, bu belirtilerin artması, sosyal ve çevresel değişkenlerin aynı belirtileri tetiklemesi ve solunum fonksiyonlarının bozulması ile meydana gelen bir süreçtir (İnal ve Altıntaş, 2005). Astım atağının şiddetinin sosyal göstergeleri acil servis başvuruları ve hastaneye yatış sıklığı ile ölçülebilir. Çocuklar; büyüyen, gelişen bir vücuda sahiptir ve çocukluk çağında astım erişkinlerden birçok yönü ile ayrılarak (Güler, 2005) genellikle psikososyal şikâyetlerle karşımıza çıkar. Pediatrik astıma özgü durumlarda

ailelerin endişe gibi ciddi stres ve talepleri, günlük aktivitelerin kısıtlanması ve aile rutinlerinin engellenmesi sorunları alternatif, iyimser başa çıkma stratejileri geliştirilmesiyle çözülebilir (Garro, 2011). Astımlı çocukların ebeveynlerinde bakım verme rolü, bakım verme deneyimi adına önemli bir kazanç olarak kabul edilebilir (Gates ve Akabas, 2012). Çünkü ebeveynlerin pediatrik koşullara uyumu üzerine yapılan psikososyal araştırmaların ortak görüşü uyum süreçlerine ilişkin olumlu boyutların göz ardı edildiği yönündedir (Barlow ve Ellard, 2006).

Pediatrik astımın getirdiği yükün etkili bir şekilde tedavisi sadece birinci basamak sağlık bakım hizmetleri ile zordur. Astımı kontrol altına alabilmek için sağlık personelinin çabalarının tek başına yetersiz kalacağı da açıktır (Wall-Haas ve diğ., 2012). Psikososyal müdahalelerle çocukların genel sağlık durumunu iyileştirmeye, hasta, bakım veren ebeveyn ve aile üzerindeki bakım yükünü azaltmaya yardımcı olmak için toplumun; çocukların ve bakım veren ebeveynlerin kişisel özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak gerekir (Tibosch ve diğ., 2011). Ayrıca uygun astım tedavisi hasta çocuğun ailesi tarafından belirtilerin tanınması ve raporlanmasına, tıbbi tedavi ekibi tarafından atakların şiddetinin sınıflandırılmasına dayanmaktadır (Yoos ve diğ., 2005). Bu nedenle hastalar ve bakım verenlerin kendi astım düzeylerini tanımalarına ve bu koşula göre hareket kabiliyeti kazanmalarına yani bakım veren ebeveynin hastalığı, aileyi, üyelerini ve işlevlerini değerlendirmesine imkân verilmelidir.

Günümüzde sağlık alanında önemli gelişmeler olmasına ve çoğu hastalığın kökünün kazanmasına rağmen kronik hastalıkların sosyal ve duygusal bileşenlerinin tedavisi henüz tam anlamıyla gerçekleştirilememektedir (Duyan, 2000). Sosyal hizmet sağlık alanına katkı veren meslek ve disiplinlerden sadece biridir. Sosyal hizmet profesyonelleri tarafından sağlık kurumlarında yürütülen mesleki uygulamalara tıbbi sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet kapsamında bir alt başlık olarak ele alınan ve sosyal hizmet uzmanları tarafından sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi amacıyla sunulan hizmetlere ise hastane sosyal hizmeti adı verilir.

Hastane sosyal hizmeti, hastane ve benzeri sağlık merkezlerinde sıklıkla sosyal hizmet bölümleri ya da sosyal servisler aracılığıyla sosyal hizmet sunumu yapar. Sunulan hizmetler; taburculuk planı, bilgi toplama ve bilgi sağlamanın yanı sıra önleme, rehabilitasyon ve izleme faaliyetlerini de içerir. Hastane sosyal hizmetinin sağladığı diğer hizmetler ise hasta ve ailelerine danışmanlık ile hastaların kendi

bakımlarına sosyal ve finansal açıdan yardımcı olmaktır. Hasta ve ailesinin hastalıkla birlikte ortaya çıkan psikososyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesi amacıyla hastanelerde ve sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet uygulamaları, hastalığın psikososyal yönleri hakkında da diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarını duyarlı hale getirir (Barker, 1995). Bu tarihsel alışkanlık aslında sosyal hizmet uzmanının üzerine yapışmış önemli bir roldür. Sosyal hizmet uzmanı hastaların, ailelerin ve bakım veren ebeveynlerin yaşadıkları zorlukları mesleki eğitiminin sağladığı empatik düşünebilme ve tepki verebilme becerisini devreye sokarak içgörü ile analiz eder. Analizlerini ise diğer sağlık personelleriyle paylaşır ve onların hassasiyetlerine vurgu yapar.

Tuncay ve İl (2009) empatinin zihinsel bir eylem olarak incelenmesi gerektiğini, bilgi toplamaya yardımcı olduğunu, insanlar arasında güçlü bir duygusal bağlantı aracı olarak görev yaptığını, tek başına terapötik bir araç olmasa da bireylerin sorunlarının çözümünde destekleyici olabileceğini açıklar. Empatiyi kullanan ve hastanede görev yapan sosyal hizmet uzmanları bilinmeyenlerle dolu bir odaya girerken aile dinamiklerindeki değişimi dostça ve güvenilir bir şekilde bilişsel süzgeçlerinden geçirir. Kendi ayakları üzerinde hasta ve ailesi ile birlikte ne yapabileceklerini düşünürken hastane dışında bir dünyanın da var olduğunu unutmamaya çalışır (Gregorian, 2005). Çünkü aileler hastanelere ve kronik hastalıkların dünyasına girdiklerinde çoğunlukla psikososyal haritalarından yoksun hareket ederler (Rolland, 2012). Kısaca hastane ortamında yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının, tıbbi bakım ve tedavi sisteminin daha insancıl ve etkin şekilde hizmet vermesine yardımcı olduğunu iddia edebiliriz (Duyan, 1996). Bu yönüyle çalışma çocukluk çağı astımı ile mücadelede tıbbi tedavi ekibi içinde yer alan sosyal hizmet uzmanlarının sorumluluklarını, hastane sosyal hizmeti ve pediatrik astım yönetiminin etkin biçimde hizmet vermesine zemin hazırlayan koşulları, sosyal hizmetin pediatrik astım yönetimine özgü işlev ve rollerini bakım veren ebeveynler odağında gözden geçirme amacı taşımaktadır. Hastalık sürecinde bakım veren ebeveynlerin yaşadığı dışsal baskılarla içsel tepkileri arasında bir ilişki olabilir. Bu ilişki sosyal hizmet açısından bireylerin sosyal işlevsellik düzeyi göz önüne alınarak çözümlenir.

ÇEVRESİ İÇİNDE BİREY – SOSYAL İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ

Sosyal hizmet profesyonelleri sistemler ile birey ve çevresinin karşılıklı etkileşiminin insan davranışı üzerine olan etkilerini göz önünde bulundurmaya karakterizedir (Andrae, 1996). Çevresi içinde değerlendirilen bireyler stresli yaşam geçişleri, ilişki güçlükleri ve çevresel duyarsızlık gibi formlar nedeniyle sosyal işlevsellik sorunu

yaşayabilirler (Gitterman ve Germain, 2008). Sosyal hizmet uzmanları çevresi içinde bireyin devam eden işlem sürecinde sosyal işlevselliğini arttırabilmesi için çabalar. Bireyin sosyal işlevsellik kalitesi kendi yaşamındaki biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerle bağlantılıdır (Corcoran ve Walsh, 2006).

Bireye özgü faktörlerin değerlendirilmesi ise sosyal hizmetin doğrudan uygulama alanına girer ve bireyler, aileler ve gruplarla çalışmayı odağına alır. İstendik davranış değişiminin tasarlanması, duygusal, sosyal ya da psikolojik sorunların çözümü doğrudan uygulamada yüz yüze çalışma stratejileri gerektirir (Sands, 2001; Dewees, 2006). Yüz yüze çalışma stratejileri, sosyal hizmetin temel görevlerinin ayrılmaz bir parçası olarak, insanlara özgürlüklerini sürdürebilmelerinde ve sosyal işlevselliklerini geliştirmelerinde yardımcı olmaktadır. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları insanlar arasındaki eşitsizliklerin azaltılması gereken birçok alanda dünyanın her yerinde aktif olarak çalışırlar (Tuncay, 2013a).

İnsanlar sorunlar karşısında zayıf kaldığında ya da insanların sosyal işlevsellikleri kısıtlandığı zaman, sosyal tedavi hizmetleri verilir. Sınırlı kapasite ve olanaklar çerçevesinde sosyal bakım sağlanmaya çalışılır (Duyan, 2010). Sosyal hizmet uzmanları bir taraftan sosyal bakım sağlamak için uğraşırken diğer taraftan müracaatçıların sosyal işlevselliğini geliştirmek ya da geliştirmekte olan sosyal sorunlardan onları korumaya yardım etmek için kişisel niteliklerini, yaratıcı yeteneklerini ve sosyal bağlantılarını mesleğin bilgisi ile birleştirir (Sheafor ve Horejsi, 2014). Mesleğin bilgi temelini kullanan sosyal hizmet profesyonellerinin müracaatçılarına ulaşabilmesi, sosyal hizmetin işlev ve rollerini kullanması ile mümkündür.

Sosyal Hizmetin İşlev Ve Roller

Sosyal hizmetin teorik yapısını ve uygulama odağını ele alan pek çok bilgi kaynağı incelendiğinde farklı rol ve işlevlere tanıklık etmek mümkündür (Dewees, 2006; Duyan, 2010; Thompson, 2014; Sheafor ve Horejsi, 2014; Zastrow, 2015). Kimi kaynaklar sosyal hizmet uzmanı ile hizmet almaya gelen bireyler arasında bir ilişkinin olduğu ve bu ilişkinin sosyal hizmet uzmanının rollerini ortaya çıkardığını, müracaatçının ihtiyaçları ile toplumun ihtiyaçları arasında denge kurması beklenen kişinin sosyal hizmet uzmanı olduğunu, bu nedenle iki ateş arasında kaldığını açıklar (Dewees, 2006; Thompson, 2014). Kimi kaynaklarda ise sosyal hizmet uzmanının destekleyici, aktivist, öncü, sözcü, görüşmeci, eğitici, klinisyen ve profesyonel olma

gibi işlev ve rollerinin bulunduğu belirtilir (Sheafor ve Horejsi, 2014; Zastrow, 2015). Kimisi ise sosyal hizmet uzmanının işlev ve rollerini eğitimde kabul edilen güncel eğilim açısından değerlendirir ve bilgi kümesini bütünleştirir (Duyan, 2010). Şu anda ülkemizde sosyal hizmet eğitiminde ve uygulamasındaki güncel eğilim genelci sosyal hizmet yaklaşımıdır. Tıptaki genel pratişyene eşdeğer olan genelci sosyal hizmet uzmanı ise temel durumları ele almada geniş bir yetenek repertuarına sahiptir (Zastrow, 2015).

Genelci sosyal hizmetin danışmanlık, kaynak yönetimi ve eğitim olmak üzere birbiriyle bağlantılı üç işlevi söz konusudur. Bu üç işleve ise karşılık gelen bir takım rolleri bulunur. Duyan (2003)'a göre genelci sosyal hizmetin her bir işlevi çerçevesindeki rolleri; çeşitli düzeylerdeki sistemlerde müracaatçı ve sosyal hizmet uzmanı arasındaki etkileşimin yapısını açık hale getirir, müracaatçı sistemi ve uygulayıcıları için gerekli olan sorumlulukları tanımlar. Günlük işlerde genelci sosyal hizmet uzmanları birden fazla rolle ve daha geniş kapsamlı eylemlerle uğraşmaktadır. Her mesleki rolde birden çok belirli işlevin gerçekleşmesi, benzer şekilde her işlevde farklı rollerin hatta farklı işlevlere karşılık gelen rollerinde kullanılabileceği unutulmamalıdır (Sheafor ve Horejsi, 2014). Sosyal hizmetin genelci yaklaşımına özgü işlev ve roller Şekil 1.'de özetlenmeye çalışılmıştır.

Şekil 1. Sosyal Hizmetin İşlev ve Bu İşlevlerine Karşılık Gelen Roller²

İşlevler	Düzy	Rol	Strateji
DANIŞMANLIK	Birey ve aileler (Mikro)	Muktedir kılıcı	Çözümler bulmada müracaatçıyı güçlendirir.
	Formal gruplar ve organizasyonlar (Mezzo)	Kolaylaştırıcı	Örgütsel gelişmeyi destekler.
	Topluluk ve Toplum (Makro)	Planlayıcı	Araştırma ve planlama yapmak suretiyle program ve politika geliştirmeyi koordine eder.
	Sosyal hizmet sistemi	Meslektaşlık/izleme	Mesleki kültürün yayılması konusunda hocalık yapar, rehberlik yapar ve meslektaşları destekler.
KAYNAK YÖNETİMİ	Birey ve aileler (Mikro)	Bağlantı kurucu/Savunucu	Vaka yönetimi yoluyla müracaatçıları

² Şekil-2., Duyan (2010) tarafından bu dipnotta kaynakçası verilmiş olan kitabın 15, 18 ve 20. sayfalarındaki tablolar birleştirilerek elde edilmiştir. (Bkz. kaynakça: Miley, K. K., O'Melia, M. ve DuBois, M. (1998). *Generalist social work practice empowering approach*. Boston: Allyn Bacon.)

			kaynaklarla bağlantılandırır.
	Formal gruplar ve organizasyonlar (Mezzo)	Uygun hale getirici/Aracı	Kaynak geliştirmek için gruplar ve organizasyonlar arasında ilişki ağı oluşturur.
	Topluluk ve Toplum (Makro)	Harekete geçirci	Sosyal aksiyon yoluyla değişimi başlatır ve sürdürür.
	Sosyal hizmet sistemi	Hızlandırıcı	Disiplinler arası aktiviteler yoluyla toplum hizmetlerini uyarır.
EĞİTİM	Birey ve aileler (Mikro)	Öğretici	Bilgi işleme sürecini kolaylaştırır ve eğitsel program sağlar.
	Formal gruplar ve organizasyonlar (Mezzo)	Eğitim	Personeli geliştirme yoluyla yönlendirir.
	Topluluk ve Toplum (Makro)	Toplumu bilgilendirme	Toplum eğitimi yoluyla sosyal sorunlar ve sosyal hizmetler hakkında kamuoyunu bilgilendirir.
	Sosyal hizmet sistemi	Araştırmacı/Mesleki bilgilendirici	Bilgiler oluşturmak için araştırma keşif sürecine katılır.

Kaynak: Duyan, 2010: 22'den alıntıdır.

Kendi bireylerine yeterli ölçüde psikososyal ve ekonomik gelişme olanakları sağlayan toplumlar, kendisini oluşturan bireylerin işlevselliklerine büyük bir katkı ve insani gelişme çerçevesi sunmuş olur (Yolcuoğlu, 2012). Bu büyük katkıyı sağlayacak olan araç ise işlev ve rolleri ile sosyal hizmettir. Sosyal hizmet uzmanı sosyal uzlaşmaların olmadığı, belirsizliklerin kesiştiği noktada yaşarken ortak bir toplumsal misyona hizmet etmektedir. Karmaşık deneyimleri ve uygulamadan elde ettiği bilgelik ile mesleğinin ruhunu yansıtır (Nsonwu ve diğ., 2013). Küreselleşen, her gün ayrı bir teknolojik yenilikle güne başladığımız, ortalama yaşam süresinin uzadığı ancak kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasıyla muhtemelen kronik hastalığa sahip bir birey olarak yaşlanacağımız dünyada artık sosyal hizmet mesleğine günlük rutin bakış açısından sıyrılarak zaman ayırmak gerekir.

Sosyal hizmet mesleğinin derinlik ve genişliği ile kullanılan çeşitli ve yaratıcı yaklaşımları gerçek anlamda değerlendirebilmek mesleğin yeni bir ivme kazanmasına yardımcı olabilir (Duyan, 2003). Mesleğe yeni bir ivme kazandırabilmek aynı zamanda özel uygulama alanlarının kapsamının sosyal hizmet araştırma ve müdahaleleriyle

geniştirilmesini kolaylaştırır. Geniştirilmesi gereken özel uygulama alanlarından biri hastane sosyal hizmeti ve müdahalesidir.

HASTANE SOSYAL HİZMETİ VE MÜDAHALESİ

Hastane sosyal hizmeti uygulayıcılarının sahip olduğu rollerin bir kısmı sosyal hizmetin genel rolleri içerisinde yer alırken bir kısmı da tıbbi sosyal hizmete özgü rolleridir. Çoğu araştırmacı hastane ortamında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hastanın tıbbi tedavisine destek olacak mesleki çalışmaları yürütürken yönetici, planlamacı, kaynak bulucu, eğitimci, savunucu, sosyal yardım sağlayıcı, kriz müdahalesi uygulayıcısı, kolaylaştırıcı olma gibi mesleki rolleri de üstlendiğini vurgular (Cowles ve Lefcowitz, 1995; Duyan, 1996; Herbert ve Levin, 1996). İlaveten, sosyal hizmet uzmanları etik komite gibi hastanenin hizmet sunumu ile alakalı eylemlere de katılabilir (Csikai ve Sales, 1998).

Hastane sosyal hizmet uzmanları bireysel, aile ve grup danışmanlığı aracılığıyla hasta ve ailesini bilişsel, duygusal, kişiler arası iletişimin güçlenmesi ve sosyal işlevsellik açılarından değerlendirir. Bu değerlendirmenin amacı hekim, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile uyum içinde çalışabilme becerilerini, tedaviyi ve taburculuk planını geliştirmektir (Davis ve diğ., 2004; Sangu, 2009). Değerlendirmenin başlıca aşamaları ise kısaca şu şekilde özetlenebilir: a) Müracaatçının sorun alanlarını ve seçeneklerini geliştirebilecek olanakları tanımlamak, b) Tedavi planı içine bu bilgileri yerleştirmek, c) Değişim sürecinin aktif bir ajanı olan müracaatçının katılımını ön planda tutan ortak bir çalışma ortamına uygun zemin hazırlamaktır (Berlin, 2002).

Başka bir değerlendirme şekli ise sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin müracaatçılara, diğer meslektaşlara, uygulayıcılara, akademisyenlere iletilmesidir. Judd ve Sheffield (2010)'a göre hastane sosyal hizmet uzmanlarının sağlık bakım alanında proaktif bir tavır takınarak sundukları hizmetlerin değerlendirme çıktılarını paylaşımları kanıta dayalı uygulamanın gelişimine katkı sağlamak açısından hayatidir. Nitekim başarılı sosyal hizmet uzmanları, çalışmaları konusunda sorgulayıcı bir yaklaşım benimserler (Adams ve diğ., 2015).

Sosyal hizmet uzmanının rollerinden biri hasta ve ailelerine yönelik toplumsal kaynaklar ve kullanabilecekleri seçenekler ile ilgili bilgi ve eğitim sağlamaktır. Bilgi ve eğitim sunumunun yanı sıra sosyal hizmet uzmanı hastaya en uygun bakım seviyesine göre bakımın sürekliliğini sağlamak için toplumsal kuruluşlara ulaşmada

sevk kolaylığı sağlar (Sangu, 2009). Öte yandan, taburculuk planı hastane uygulamalarının merkezinde yer alır ve sosyal hizmet uzmanının temel görevidir. Sosyal hizmet beceri, değer ve kaynakları, bir nevi taburculuk planlamacısı olarak hareket etmeyi mümkün kılar çünkü hastane sosyal hizmet uzmanları müracaatçıları için savunuculuk yapar, politik kısıtlamaları ve örgüt etiğini anlar (Hammer ve Kerson, 1997).

Hastane sosyal hizmet uzmanının günlük aktivitelerinde ne yaptığına, yaptığı işin yapısına dikkat etmek gerekir. Eğer hastane sosyal hizmet uzmanı hastane ortamında kendi mesleğinin uygulamalarını yerine getiremez, aile-grup çalışmaları ya da kriz yönetimi gibi müdahale becerilerini gösteremez ve sadece hastane yönetimine yardım eden görevler üstlenirse mesleki açıdan güçlükler yaşar. Mesleğini layıkıyla uygulayamamanın yarattığı baskı ile yüzleşir. Hastane sosyal hizmet uzmanı adına bu baskının ortadan kaldırılması gerekir. Her şeye rağmen hastanede görev yapan sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirilmeye çalışılan çeşitli roller hem savunmasız, muhtaç hastalar hem de sağlık hizmetlerinin sunumunda zorlukların arttığı kritik bir dönemde önem taşımaktadır (Craig ve Muskat, 2013).

Sosyal hizmet müdahaleleri kişi ve çevreye odaklanabilir. Ancak hastane sosyal hizmeti psikososyal yelpazedeki müracaatçı grubuyla mikro düzeyde çalışır ve bu çalışma bir psikososyal bağlam ile insani gelişim teorilerinin ele alınmasına dayanır (Corcoran ve Walsh, 2006). İlâveten, sosyal hizmet uzmanları bireysel görüşme, aile ve bireysel müdahale, havale ve hastane içi resmi yazışmalara yardımcı da içeren yazılı iletişimin kullanılması, topluluk ve ev ziyaretleri, değerlendirme, danışmanlık, bilgilendirme, iletişim sağlama, savunuculuk, yas ve kriz müdahalesi gibi görevleri yerine getirirken hiçbir sosyal hizmet uzmanı herhangi bir hastaya ya da aile üyesine kritik olayın stresine yönelik bilgi ve yardım sağlayamamaktadır (Davis ve diğ., 2004). Sosyal hizmet uzmanları, hastalar ve bakım verenlerine yönelik doğrudan müdahaleler, yeni bilgi üretimi ile kültürel açıdan uygun müdahalelerin geliştirilmesi konusunda ise hemfikirdir (Auslander, 2001). Bu tarz müdahaleleri en azından pediatrik astım ekseninde benimseyebilmek için astım yönetimi anlayışını tartışmak gerekir.

ASTIM YÖNETİMİ

Webb ve Barton (2012) astımın kısa dönem etkili rahatlatıcılar, uzun soluklu yardımcı solunum cihazları, çevresel kontrol ve klinik denemeler ile tedavi edilebileceğini ifade

ederken astım yönetiminin önemine de atıfta bulunur. Öyle ki, ebeveynler sıklıkla bir çocuğun sorunlarından sorumlu tutulur ve ortaya çıkan zorlukları çözemedikleri için utanç hissederler (Walsh, 2011). Bazen aileler astımlı çocuğun hastalık belirtilerini göz ardı edebilir ve çocuğun şikâyetlerinin muhtemel öneminden haberdar olmayabilir. Ancak astım, ebeveynlere ve çocuğa şikâyetlerinin sebebi ile ilgili bir neden sağlar. Aynı zamanda astım, ailenin ve çocuğun yaşam biçiminde uzun yıllar hatta ömür boyu önemli değişiklikler yapılması gereken bir gerçeklik kazandırır (Webb ve Bartone, 2012). Çocuklarının ciddi bir sağlık sorununa sahip olduğu gerçekliği ailede hastalık yönetimi anlayışının ortaya çıkmasına neden olur. Özel olarak astım farkındalığı astım yönetimini zorunlu kılmaya başlar ve astımın nasıl yönetileceği konusu bilhassa bakım veren ebeveynlerin en önemli gündemini oluşturur. Artık konu astımlı çocuğun sağlığı olmuştur.

Astımlı çocukta akut belirtiler ortaya çıktığında bakım verenler kısıtlı soluma ve hışıltılı solunumu hafifletmek için acil müdahalede bulunarak çocuklarının durumunu takip ederler (Egan, 2010). Diğer taraftan kronik hastalık ve bakım veren ilişkileri arasındaki bağlantılar, hastanın en yakın aile bireyini veya hem hasta hem de aile bireyini hedef alan psikososyal müdahalelere yol açmıştır (Martire ve diğ., 2004). Astım yönetiminin merkezinde astımlı çocuğun hastalık nedeniyle yaşadığı stres ve bakım verenin astım yönetiminde yaşadığı stres bulunur. Astım yönetiminde ailenin psikososyal stres faktörleri; çevresel tetikleyicilerin varlığı, tıbbi tedavinin sürdürülmesi, astım ataklarının önlenmesi ve astımın nasıl yönetileceği konularıdır (Egan, 2010). Bütün benzer konuları aşmak için bakım verenlere sosyal aktörler şeklinde yaklaşmak yerinde olacaktır. Bu yaklaşım kronik koşullardan acı çeken hastaların bakım verenlerinin hastalık ve bakım verme süreci ile nasıl başedebileceğini açıklamalıdır (Skovdal ve Ogutu, 2011). Astım yönetim becerilerinin bakım veren ebeveynlerde yükseliş göstermesi söz konusu başetme seferberliğinin kolaylaştırıcı yapı taşı olacaktır. Astımı yönetebilen bakım veren ebeveynler çocuğunun sağlıklı olmasına yarayan uygulamaları rahatlıkla tanımlayabilecek ve psikososyal tedavi bütünlüğünün sağlanmasına yardımcı olacaktır.

Kronik hastalığın uzun vadeli olmasından dolayı astımlı çocuk akut ve kronik dönemler arasında sağlık açısından dalgalanmalar gösterebilir. Bu nedenle hastalar ve bakım verenler özenli bir astım yönetimi anlayışı benimsemelidir. Astımlı çocukların bakım verenleri aynı zamanda çocuklarının sağlıklarını koruyabilmek için de dikkatli bir astım yönetimi algısına ihtiyaç duyarlar. Diyete ve katı tedavi planlarına uyum, hastalığın ve psikososyal iyilik halinin yönetimi, sorumlulukların birincil bakım

verenler ile paylaşılması astım yönetim sürecini kolaylaştıracak unsurlar olarak göze çarpmaktadır. Bakım verenlerin ve hastanın psikososyal iyilik haline odaklanmak astımın yönetimi konusunda onları cesaretlendirir çünkü bakım verme eyleminin nitelikli bir şekilde sürdürülmesi doğası gereği genellikle genç insanlar adına zihinsel sağlığı da korur (Skovdal ve Ogutu, 2011). Astımı yönetebilen bakım veren ebeveynler çocuğunun sağlığı hakkındaki endişelerini en aza indirgeyecek, hastalık sürecinde rahatlayacak ve çocuğuyla ilgili zihnini meşgul eden kötü düşüncelerden uzaklaşacaktır.

Dahası; astıma bağlı ölümlerin çoğu, evde, yeterli bakım veya tedavinin alınmadığı durumlarda olduğu için astım yönetimine erken ve doğru şekilde başlamanın önemi ortaya çıkacaktır (İnal ve Altıntaş, 2005). Bakım veren ebeveynleri sayesinde toplulukları ve evrensel hizmetleri bir araya getirerek çoğu çocuğun gereksinimleri giderilebilir ancak bazı çocukların bakım verenleri astım yönetimini de kapsayan desteğe ihtiyaç duyabilir. Ek ihtiyaçları olan çocuklar erken tespit edildiğinde, onlara ve bakım verenlerine sunulacak kombine astım yönetim desteğinin anlaşılması önemlidir (Spray ve Jowett, 2012). Bakım veren ebeveynlere sunulan hizmetler ve destek sınırlı olduğunda aileleri koruyan kayda değer kaynakların genişletilememesi (Ippen ve Lewis, 2011) ve astım yönetim sürecinde uygulamaya dökülen angajmanların başarısızlıkla sonuçlanması ailelere duygusal maliyet de getirecektir.

Astım yönetimi üzerine başka bir boyut pediatrik astım odaklı aile merkezli müdahaleler ile ortaya konur. Çocuk ve ailede stres ile kaygıyı azaltmayı hedefleyen ve bakım verenlere destek veren güçlendirme eğilimli aile müdahaleleri; çoklu aile gruplarını, eğitim, problem çözme ile bireysel aile terapisi gibi yöntemleri içermektedir (Egan, 2010). Bakım veren ebeveynler ve astımlı çocukları kapsayan eş güdümlü bir astım yönetimi yaklaşımı ile astımlı çocukların diğer çocuklarla aynı derece okula devam etmeleri ve katılımı sağlanır (Boyd, 2010). Yaşam olaylarının çocuğun gelişimini şekillendirmesi ve onların bu olaylara uyumu (Levy ve Frank, 2011) ise astım yönetim sürecinde bakım veren ebeveynin güçlenmesine katkıda bulunur.

Nihayetinde hasta ve ebeveynler, eğitim ile astım yönetim sürecinin birer partneri olurlar (İnal ve Altıntaş, 2005). Eğitilmiş ebeveynler ile beraber astım yönetimde atakları önlemek; ailelerin tetikleyici faktörler hakkında bilgili olması, hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin yönetilmesi ile sağlanabilir (İnal ve Altıntaş, 2005; Tekin ve Suskan, 2007). Astım yönetiminin iyileştirilmesi için sürmekte olan çabaları

desteklemek adına yerel astım bakımı sistemi içerisinde ilave değişiklikler yapılmalıdır. Astım yönetim programları pediatrik yönden etkili, sürdürülebilir bir şekilde çocuklar ile bakım verenlerin sosyal ve tıbbi ihtiyaçlarını hedeflemelidir (Thyne ve diğ., 2006). Bilhassa bakım veren ebeveynlerin astım yönetim becerilerini geliştirmek için bu yöntemler ile yoğun emek harcanmalıdır. Astım yönetimi ile bakım veren ebeveynler astımı, çocuğunun sağlık durumunu ve aile içindeki krizi idare edebilir konuma gelmelidir. Bu sebepten ötürü astım yönetimi hassas çocukları hakkında endişelerini gidermek için mücadele yürüten bakım veren ebeveynleri bir nevi psikososyal açıdan destekleme stratejisi olarak tanımlanır.

PEDİATRİK ASTIM YÖNETİMİNDE SOSYAL HİZMETİN İŞLEVİ

Sosyal hizmet her gün pek çok disiplin ile etkileşim ve işbirliği içinde olmasına rağmen genellikle diğer sağlık profesyonelleri sosyal hizmet uzmanlarının tam anlamıyla ne yaptıklarını kavrayamazlar (Gregorian, 2005). Oysa kronik hastalıklarda tedavi ve bakım disiplinler arası ekip çalışması gerektirir. Dölek (2013); ekip çalışmasının işbirliği esasına dayandığını, işbirliğinin ise karmaşık ve dinamik bir süreç olduğunu vurgular. Kronik hasta ve bakım verenine yönelik mesleki bilgi ve becerilerin çeşitlendirilmesi birlikte uyum ve eşgüdüm ile mümkündür. Astımlı çocuklara daha iyi bir astım yönetimi anlayışı sunmak için ise hastalar, bakım veren ebeveynler, sağlık personeli ve hekimler arasında ortak bir eylemin güvence altına alınması şarttır (McLeod ve Bywaters, 2000). Hastalığın fiziksel açıdan tanı ve tedavisinde bu ekibin lideri hekimdir. Hekim, tedavi ekibini yönetir ve işbirliği ortamına uygun zemin hazırlar.

Zengin ve diğerleri (2012) başarılı bir kronik hastalık yönetimi için hastalığın klinik ve davranışsal tedavisinde deneyimli ve eğitilmiş bir hemşirenin ekip için zorunlu olduğunu ifade eder. Ekip hemşiresinin kronik hastanın rahatsızlıklarını önleme, iyileşmeyi hızlandırma, sakatlıklarını azaltma ve hastaya kendi kendini yönetme davranışını kazandırmak için eğitimler verme sorumluluğu bulunur (Frich, 2003; Rothman ve Wagner, 2003; Warsi ve diğ., 2004; Coster ve Norman, 2009). Hastanın psikolojik esenliğini sağlama görevi ekip içinde psikoloğa düşerken, hastanın fiziksel kısıtlılık halinde yatma, kalkma, yürüme gibi temel gereksinimlerine yardım ise hasta bakıcının görevidir.

Akalın ve diğerleri (2012), kronik hastalığın yönetiminden sorumlu ekibin içerisinde yer alması gereken tıbbi personeli çeşitlendirerek sadece hekimlerin değil hemşireler, diyetisyenler, eczacılar, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanları ile sosyal hizmet

uzmanlarının büyük katkılarının olacağını vurgulamıştır. Dolayısıyla bu ekibin vazgeçilmez öğelerinden biri de sosyal hizmet uzmanıdır.

Nispeten az sayıda ampirik veri sosyal hizmet uzmanlarının hasta bakım ekibine katılımının faydalarını tanımlar. 1966 yılından 2000 yılının başlarına kadar bir Medline taramasında İngilizce yayımlanan tıbbi bakım içerikli beşten az randomize sosyal hizmet çalışması bulunmuştur. Sosyal hizmet uzmanları toplumsal kaynakların edinimi, tedavi süreci ve sonrasında hastanın toplumla bütünleşebilmesinin sağlanması gibi yönetim planının merkezi özelliklerine atıf yaparak tedavi ekibi için gerekli üyeler şeklinde kabul edilirler. Açıkçası, kronik hastalık yönetiminde sosyal hizmetin potansiyel katkılarını ortaya koymak için daha fazla araştırma gereklidir (Wagner, 2000). Hastane sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanında önem açısından diğer sağlık çalışanlarına denk ancak bir o kadar da farklı rolleri bulunur. Sosyal hizmet uzmanlarının uygulamadaki yetkinliği tıbbi alanda çalışan diğer meslektaşların tedavi ekibi içinde onların özerkliğine ihtiyaç duymasından kaynaklanır (Crabtree, 2005).

Sosyal hizmet uzmanları hasta ve ailesine yönelik verilen tedaviden ve tedaviyi sunan ekipten müracaatçıların ne düzeyde yararlandıklarını, ekibin üyesi olarak kendi uygulamalarından müracaatçıların ne kadar memnun olduklarını sorgulamalıdır. Çünkü sosyal hizmet uzmanları, hastaların ve ailelerin psikolojik, sosyal, ruhsal/varoluşsal ve pratik kaygılarına karşı duyarlıdır. Sosyal hizmet uzmanı ekip içinde hasta ve ailesinin sosyal sağlığının iyileşmesi amacıyla tedavisini destekler ve sunduğu hizmetlerden bakım verenlerin ne derece memnun olduklarını değerlendirir. Bakım veren ebeveynleri yaşam deneyimleri ve çevresi içinde ele alarak onların bakım yükünü hafifletebilmek için pediatrik astım yönetim modelini uygulamaya koyar. Sosyal hizmet uzmanı tıbbi tedavi ekibine ve sağaltıma olumlu katkı yaparak sosyal bakım verme amacı taşır.

Hastanede yöneticileri tarafından her işi yapabilecekleri ifade edilen sosyal hizmet uzmanları genel pediatri alanında çocuklar ve aileleri ile çalışır. Sosyal hizmet uzmanı hastaneye gelen bir vakada çocuk ihmal ve istismarından şüpheleniyorsa durumu hastane polisine bildirmek zorundadır. Ayrıca beklenmedik bir durumda hastaneye getirilen çocuklar, sosyal hizmet uzmanlarının yaptığı işin kriz boyutunu da oluşturmaktadır. Örneğin beklenmedik bir anda astım atağına yakalanan ve hastaneye kabul edilen çocuğun durumu hem kendisi hem de ailesi için bir kriz olarak

nitelendirilebilir. Bu durumda sosyal hizmet uzmanı hastane sistemi ve aile arasındaki müzakerelerde aileye yardımcı olmaya çalışır. Çoğu ebeveyn böyle bir olay karşısında ne olduğunu anlayamaz ve bazen sınırlarına hâkim olamaz. Aileler için tanıtım işlevi görmek ve tanıcı roller üstlenerek hastane sisteminin işleyişini ve sosyal hizmetin yapabileceklerini onlara açıklamak bireylerin karşılaştığı rutin koşulları oldukça konforlu hale getirir (Beder, 2006). Dahası, sosyal hizmet uzmanları sağlık sistemi içinde yol alan hasta ve ailesine yardımcı olurken hastaların ve ailelerin itibar kaybetmemelerine ve kendi yaşamları üzerindeki kontrolü ellerinde tutabilmelerine olanak tanır (Snow ve diğ., 2008). Sosyal hizmet uzmanının neden orada var olduğunu ve hastane sistemini müracaatçıya açıklaması yani müracaatçıları hastane sistemine karşı desteklemesi aynı zamanda krizin çözümünü de desteklemesi anlamına gelir.

Pediyatrik Astım Yönetimine Özgü Rol Ve Stratejiler

Tuncay (2013b) sosyal hizmet uzmanının sosyal sağlığın temininde etkin ve karar verici konumda olduğunu, ruhsal ve bedensel sağlığın temininde karar verici olan uzman hekimi destekleyici rollerinin bulunduğunu açıklamaktadır. Böylece sosyal hizmet uzmanının sağlık alanına yönelik bilimsel donanımı arttıkça sağaltımda üstlendiği işlev ve roller çeşitlenmektedir (Tuncay, 2013b). Bu işlev ve rollerden birisi ise kronik hastalık yönetimidir.

Kronik hastalık yönetimi genelde, hasta çocuğun sahip olduğu psikososyal ve çevresel faktörlerin kriz anında çaresizlik duygusu yaratarak ebeveynlerde kritik güvenlik açıklarına neden olmasıyla ortaya çıkar. Hastalığın bakım veren üzerinde yarattığı duygusal etki ve ebeveynlerin benlik saygısındaki yaralanmalar yıkıcı olabilir ve bazen anlam veremedikleri durumdan mantıklı bir çıkış yolu bulmalarını zorlaştırır. Hastalıkla birlikte ev ve rutin işlere yetişememe, işten ayrılma, aileden kopma, varsa diğer çocuklardan uzaklaşma gibi tutumlar sık sık ebeveynler için aşılabilir engeller olarak nitelendirilir (Beder, 2006). Bu ve benzeri durumlar ebeveynler arasında sıklıkla pediyatrik astım hastasına bakım verenin bölünmesine, üzülmeye ve tükenmesine yol açar. Sosyal hizmet uzmanı kronik hastaya ve bakım verenine başarılı bir yaşamın önündeki engelleri kaldırma konusunda destek vererek kronik hastalık yönetimine yardımcı olur.

Etkin pediyatrik astım yönetiminde aile duygusal iklimi, önemli rol oynamakta ve sosyal hizmet uzmanının müdahalesinin yönünü şekillendirmektedir (Egan, 2010). Sosyal hizmet uzmanı eliyle pediyatrik astım yönetimi tıbbi ortam dışında da hastanın ve

bakım vereninin yaşam dokusuna ulaşabilmeyi hedefler (Boyd, 2010) çünkü sosyal hizmet uzmanları astım hususunda aile istikrarını değerlendirme ve aileler için uygun kaynaklar bulmada etkili rol oynarlar (Zuckerman ve diğ., 2004). Yalnızca biyolojik veya kişisel özelliklere odaklanarak sosyopolitik ve çevresel faktörlerin bireylerin sorunlarına nasıl katkıda bulunduğunu analiz etmemek (Martinez, 2014) pediatrik astım yönetimini eksik dinamikler üzerine inşa eder. Bakım veren ebeveynlerin çevre ile olan bağlarını ve çevrenin bakım veren ebeveyn üzerine olan etkilerini ise böyle bir algı, anlayış sadece inkâr eder. Walsh (2011) sosyal hizmetin çevresi içinde birey yaklaşımı ile aile ve daha büyük toplumsal güçlerin bireysel işlevsellikte etkili olduğunun anlaşıldığını açıklamıştır. Pediatrik astım yönetim sürecinde bakım veren ebeveynlerin sosyal konumlarını ve tecrübe ettikleri güç ilişkilerini anlamamanın yolları sosyal hizmetin sosyal, ekonomik, ruhsal, politik ve psikolojik programlar geliştirmesiyle olur (Swenson, 1998). Böylelikle bakım veren ebeveyne ekolojik bakış açısı sağlamak ailede yaşanan sıkıntıları astım bağlamında ele almayı kolaylaştırır.

Sosyal hizmet uzmanları astım gibi çocukları ve bakım veren ebeveynleri medikal ve çevresel koşullarla birlikte kuşatan bir hastalıkla ilgilendikleri vakit hastalığın yönetimi ve halk sağlığı açısından kişisel deneyimlerin ne kadar gerekli olduğunun da farkında olmalıdır (Huegel ve Verdick, 1998). İlerleyen yıllarda nüfusun yaşlanması ile birlikte astım ve diyabet gibi büyüyen kronik sağlık sorunları yeni formları ile halk sağlığını ve toplum sağlığı hizmetlerinin sunumunu tehlikeye atabilir. Bu olumsuz durum karşısında sosyal hizmet mesleği uygulamada yeni rollerini tanımlama şansı yakalar (Darnell ve Lawlor, 2012). Diğer taraftan astımlı çocuklarına bakım veren ebeveynler; aşırı korumacılık, sürekli çocuklarını takip etme, çocuklarının sağlığı hakkında kılık değiştiren kaygı yoğunlukları gibi çeşitli duyguları nedeniyle haklı olarak narsistik özellikler de sergilemektedirler. Sosyal hizmet mesleği halk sağlığının yanı sıra bakım veren bireylerin de sağlığını göz ardı etmeme noktasında uyanık olmalıdır ve bu farkındalık müdahale planlarına yansımalıdır.

Sosyal hizmet uzmanı, astım ve akciğer hastalıklarına yönelik uygulanabilir bir sosyal hizmet müdahale planı hazırlar. Bu planda tıbbi tedavi, hastalık, hastaneye yatırılma veya taburculuk, şu anda ya da geçmişte var olan stres yaratıcı etmenlerin duygusal ve toplumsal sonuçlarına ilişkin müdahaleler yer alır. Bakım veren ebeveynin ev işlerinin düzenlenmesine yardım, evde oksijen temini, mesleki izleme çalışmaları gibi hasta ve ebeveynin gereksinimlerine uygun hastane kaynaklarına ulaşım amaçlanır. Başka bir açıdan pek çok araştırmacının fikirlerini derleyen Gehlert (2012) klinik

karşılaşmada bakım veren ebeveyn ve sosyal hizmet uzmanı arasında bir takım etkileşimlerin olmasını doğal karşılar. Bu noktada hastane sosyal hizmeti uygulamasının başka bir özelliği gündeme gelir. Hastane sosyal hizmeti hasta ile şöyle bir kısa karşılaşma anında fark yaratacak fırsat ve yeteneğe sahiptir. Ayaküstü kısa bir etkileşimde dahi sosyal hizmet uzmanı hasta ve tedavi ekibi arasındaki yanlış anlaşılımları, klinik testlerin aile üzerinde yarattığı stresi çözebilir. Müdahalelerinin her zaman kayda değer ya da sofistike olması gerekmez. Sosyal hizmet uzmanının hastanedeki görüşmeler dışında hastane ortamında hasta ve ailesi ile geçirdiği süre başka bir şeydir, buna klinik etkileşim yoğunluğu denir (Gregorian, 2005).

Klinik etkileşim yoğunluğu; tedavi/müdahale planına uyma, astım krizlerinin veya ataklarının azalması gibi sağlık sonuçlarının değerlendirilmesi, çocuğun okula veya sosyal çevresine geri dönme ve bakım veren ebeveynin rahatlatılması gibi sosyal sonuçları ele alan bütün konuları içerir. Yapılan her iki değerlendirme de bir yönüyle hastaların, eşlerin, ailelerin işlevsellik düzeyini ele alır. Diğer yönüyle ise farkındalık kazandırma amacı taşır. Sosyal hizmet uzmanı yaptığı müdahale ve değerlendirme sayesinde kronik hastalıkların ve sosyal sorunların önemini anlayarak hastane yöneticilerini, politika yapıcıları ve toplumu uyarır.

Özdemir ve Taşçı (2013) sorun çözme becerileri, kaygı ile baş etme teknikleri gibi amaç-yönelimli ve kısa-sürelili özel beceri gerektiren uygulamaların sosyal hizmet uzmanları tarafından doğrudan ya da danışmanlık yoluyla dolaylı olarak verilebileceğini açıklamıştır. Sosyal hizmet uzmanı danışmanlık hizmetini bakım veren ebeveynlere uygun bir yöntemle sunabilir. Son olarak, sosyal hizmet uzmanı ve bakım veren ebeveyn arasındaki işbirliği astımın ev içi yönetiminin ilkelerini belirlemede ve evde bakımı kolaylaştırmada aileye yardımcı olabilir. Sosyal hizmet uzmanının yapacağı ev ziyaretleri ve sağlayacağı sosyal destek ile sağaltım hastalığının sosyal boyutunu hedef alacaktır. Dolayısıyla hastane sosyal hizmetinin sosyal bakım verme ve sağaltım adı altında kronik hastalıklar ve pediatrik astıma yönelik özel bir işlevi bulunur. Özetle hastane sosyal hizmeti, kronik hastalık ve pediatrik astım yönetimine katkı sağlamak amacıyla bakım veren ebeveynlere yönelik sosyal bakım verme ve sağaltım işlevini yerine getirirken kronik hastalık yönetimi, ekip üyesi, farkında ve tanıtıcı olma rollerinden yararlanır. Şekil 2.'de hastane sosyal hizmeti adına kullanılacak işlev, düzey, rol ve stratejiler kısaca gösterilmiştir.

Şekil 2. Sosyal Hizmetin Pediatrik Astım Yönetimine Özgü İşlev ve Roller

İşlev	Düzy	Rol	Strateji
SOSYAL BAKIM VERME ve SAĞALTIM	Birey ve aileler (Mikro)	Kronik hastalık yönetimi	Kronik hastaya ve bakım verenine başarılı bir yaşamın önündeki engelleri kaldırma konusunda destek vererek kronik hastalık yönetimine yardımcı olur.
	Formal gruplar ve organizasyonlar (Mezzo)	Ekip üyesi	Tıbbi tedavi ekibine ve sağaltıma olumlu katkı yaparak sosyal bakım verme amacı taşır.
	Topluluk ve Toplum (Makro)	Farkında olma	Kronik hastalıkların ve sosyal sorunların önemini anlayarak politika yapıcıları ve toplumu uyandır.
	Sosyal hizmet sistemi	Tanıttıcı	Sosyal hizmeti ve hastane sistemini müracaatçıya açıklar ve onları hastane sistemine karşı destekler.

SONUÇ

Pediatrik astım yönetimi sağlık sistemi ile toplumsal kaynaklar arasındaki ilişkileri ifade eder. Hastane sosyal hizmet uzmanı hem toplumsal kaynakları kullanabilir hem de pediatrik astım yönetiminin önemini kavrayarak sağlık sistemini, bakım verenleri ve tıbbi tedavi ekibini uyarabilir. Kronik hastalık yönetimi, ekip üyesi, farkında olma ve tanıtıcı rolleri ile hastane sosyal hizmet uzmanı bakım verenler ve tıbbi tedavi ekibi

arasında köprü konumundadır. Sosyal hizmet; pediatrik astım hastasının, bakım veren ebeveynin ve ailenin, tıbbi sorun ve yapılan müdahalenin doğurgularına ilişkin anlayışlarını, yaşam koşullarını, para ve çalışma durumlarını, stres yaratan koşullar karşısında verdikleri duygusal tepkileri ve destek sistemlerini belirlemelidir. Söz konusu kapsam aslında astımın psikososyal boyutuna işaret etmektedir.

KAYNAKLAR

- Adams, R., Dominelli, L. ve Payne, M. (2015). *Sosyal hizmet: Temel alanlar ve eleştirel tartışmalar*. (Birinci basım, Çev. Ed. T. Tuncay), Ankara: Nika Yayınevi.
- Akalın, E., Durusu Tanrıöver, M. ve Sayran, F. (2012). *Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü*. İstanbul: Sis Matbaacılık Prom. Tanıtım Hiz. Tic. Ltd. Şti.
- Andrae, D. (1996). Systems theory and social work treatment. İçinde: F. J. Turner (Ed.), *Social work treatment* (4th ed., ss. 601- 616). New York: Free Press.
- Auslander, G. (2001). Social work in health care what have we achieved?. *Journal of Social Work*, 1(2), 201-222.
- Barker, R. L. (1995). *Social work dictionary*. (3rd Edition), USA: NASW Press.
- Barlow, J. H. ve Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 32(1), 19-31.
- Beder, J. (2006). *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. New York: Routledge.
- Berlin, S. B. (2002). *Clinical social work practice: A cognitive-integrative perspective*. New York: Oxford University Press.
- Boyd, L. (2010). Managing asthma from a social worker perspective in a center for children with special health needs. İçinde: T. S. Kerson ve J. L. M. McCoyd (Eds.), *Social work in health settings: Practice in context* (3rd ed., ss. 75-84). New York: Routledge.
- Corcoran, J. ve Walsh, J. (2006). *Clinical assesment and diagnosis in social work practice*. New York: Oxford University Press.
- Coster, S. ve Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 508-528.
- Cowles, L. ve Lefcowitz, M. J. (1995). Interdisciplinary expectations of the medical social work in the hospital setting: Part 2, *Health & Social Work*, 20(4): 279-287.

- Crabtree, S. A. (2005). Medical social work in Malaysia: Issues in practice. *International Social Work*, 48(6), 732-741.
- Craig, S. L. ve Muskat, B. (2013). Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work*, 38(1), 7-16.
- Csikai, E. L. ve Sales, E. (1998). The emerging social work role on hospital ethics committees: A comparison of social worker and chair perspectives. *Social Work*, 43(3), 233-242.
- Darnell, J. S. ve Lawlor, E. F. (2012). Health policy and social work. İçinde: S. Gehlert ve T. Browne (Eds.), *Handbook of health social work* (2nd ed., ss. 100-125). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Davis, C., Baldry, E., Milosevic, B. ve Walsh, A. (2004). Defining the role of hospital social worker in Australia. *International Social Work*, 47(3), 346-358.
- Deweese, M. (2006). *Contemporary social work practice*. New York: McGraw-Hill.
- Dölek, B. Ö. (2013). Geriatrik hizmetlerde ekip çalışması ve geriatrik ekipte sosyal çalışmacı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1), 191-198.
- Duyan, V. (1996). *Tıbbi sosyal hizmet: Sağlıkta psikososyal boyut*. Ankara: 72 TDFO Bilgisayar Yayıncılık Ltd. Şti.
- Duyan, V. (2000). Tıbbi sosyal hizmet. *Sağlık ve Toplum*, 1(10), 42-49.
- Duyan, V. (2003). Sosyal hizmetin işlev ve rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 14(2), 1-22.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal hizmet: Temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri*. (Birinci basım), Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları.
- Egan, M. (2010). *Evidence-based interventions for social work in health care*. (First published), New York: Routledge.
- Frich, L. M. H. (2003). Nursing interventions for patients with chronic conditions. *JAN: Journal of Advanced Nursing*, 44(2), 137-153.
- Gates, L. B. ve Akabas, S. H. (2012). Meeting the demands of work and responsibilities of caring for a child with asthma: Consequences for caregiver well-being. *Journal of Social Service Research*, 38(5), 656-671.
- Garro, A. (2011). Coping patterns in Latino families of children with asthma. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(6), 347-354.
- Gehlert, S. (2012). Communication in health care. İçinde: S. Gehlert ve T. Browne (Eds.), *Handbook of health social work* (2nd ed., ss. 237-263). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Gitterman, A. ve Germain, C. B. (2008). *The life model of social work practice: Advances in theory and practice*. (3rd ed.), New York: Columbia University Press.
- Gregorian, C. (2005). A career in hospital social work: Do you have what it takes?. *Social Work in Health Care*, 40(3), 1-14.
- Güler, N. (2005). Çocukluk çağı astımının özellikleri. *Dâhili Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(41), 46-55.
- Hammer, D. ve Kerson, T. S. (1997). Discharge planning in a community hospital: A patient whose symptoms of the system could not manage. İçinde: T. S. Kerson (Ed.), *Social work in health setting: Practice in context* (ss. 227-241). New York: Haworth Press.
- Herbert, M. ve Levin, R. (1996). The advocacy role in hospital social work. *Social Work in Health Care*, 22(3), 71-83.
- Huegel, K. ve Verdick, E. (1998). *Young people and chronic illness: True stories, help, and hope*. Minneapolis, MN: Free Spirit Publication.
- Ippen, C. G. ve Lewis, M. L. (2011). "They just don't get it": A diversity-informed approach to understanding engagement. İçinde: J. D. Osofsky (Ed.), *Clinical work with traumatized young children* (First published, ss. 31-52). New York: Guilford Press.
- İnal, A. ve Altıntaş, D. U. (2005). Çocukluk çağı astımında atak tedavisi ve tedavideki yenilikler. *Pediatrik Bilimler Dergisi*, 1(9), 67-73.
- Judd, R. G. ve Sheffield, S. (2010). Hospital social work: Contemporary roles and professional activities. *Social Work in Health Care*, 49(9), 856-871.
- Levy, A. J. ve Frank, M. G. (2011). Clinical practice with children. İçinde: J. R. Brandell (Ed.), *Theory and practice in clinical social work* (2nd ed., ss. 101-121). USA: SAGE Publication.
- Martinez, D. B. (2014). Liberation health in the hospital. İçinde: D. B. Martinez ve A. Fleck-Henderson (Eds.), *Social justice in clinical practice: A liberation health framework for social work* (First published, ss. 168-183). London: Routledge.
- Martire, L. M., Lustig, A. P., Schulz, R., Miller, G. E. ve Helgeson, V. S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*, 23(6), 599-611.
- McLeod, E. ve Bywaters, P. (2000). *Social work, health and equality*. (First published), London: Routledge.
- Nsonwu, M. B., Casey, K., Cook, S. W. ve Armendariz, N. B. (2013). Embodying social work as a profession. *SAGE Open*, 3(3), 1-8.
- Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

- Rolland, J. S. (2012). Families, health and illness. İçinde: S. Gehlert ve T. Browne (Eds.), *Handbook of health and social work* (2nd ed., ss. 318-342). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Rothman, A. A. ve Wagner, E. H. (2003). Chronic illness management: what is the role of primary care?. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 256-261.
- Sands, R. G. (2001). *Clinical social work practice in behavioral mental health: A postmodern approach to practice with adults*. Boston: Allyn & Bacon.
- Sangu, A. H. M. (2009). *Work experiences of medical social workers in a Sarawak general hospital*, A Mini Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for Bachelor of Social Work Degree, Sarawak University: Malaysia.
- Swenson, C. R. (1998). Clinical social work's contribution to a social justice perspective. *Social Work*, 43(6), 527-537.
- Sheafor, B. W. ve Horejsi, C. J. (2014). *Sosyal hizmet uygulaması: Temel teknikler ve ilkeler*. (Birinci basım, Çev. Ed. D. B. Çifci), Ankara: Nika Yayınevi.
- Skovdal, M. ve Ogotu, V. O. (2011). "I washed and fed my mother before going to school": Understanding the psychosocial well-being of children providing chronic care for adults affected by Hiv/Aids in Western Kenya. İçinde: S. D. Palmer (Ed.), *Social work in public health and hospitals* (First published, ss. 147-167). Canada: Apple Academic Press.
- Snow, A., Warner, J. ve Zilberfein, F. (2008). The increase of treatment options at the end of life: Impact on the social work role in an inpatient hospital setting. *Social Work in Health Care*, 47(4), 376-391.
- Spray, C. ve Jowett, B. (2012). *Social work practice with children and families*. (First published), USA: SAGE Publication.
- Tekin, D. ve Suskan, E. (2007). Çocuklarda astım atak tedavisi. *Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(50), 126-131.
- Thompson, N. (2014). *Kuram ve uygulamada sosyal hizmeti anlamak*. (2.Baskı, Çev. Eds. B. H. Eren ve Ö. C. Öntaş), Ankara: Dipnot Yayınları.
- Tibosch, M. M., Verhaak, C. M. ve Merkus, P. J. (2011). Psychological characteristics associated with the onset and course of asthma in children and adolescents: A systematic review of longitudinal effects. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 11-19.
- Tuncay, T. ve İl, S. (2009). Sosyal hizmet uygulamasında empatiyi yeniden düşünmek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 39-56.

- Tuncay, T. (2013a). Yaşam sonu bakımında sosyal hizmet uzmanının rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 145-153.
- Tuncay, T. (2013b). Sağlık alanında sosyal hizmet ile ilgili mevzuat. İçinde: İ. Tomanbay ve A. İ. Oral (Eds.), *Sosyal hizmet mevzuatı* (Birinci basım, ss. 120-156). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Thyne, S. M., Rising, J. P., Legion, V. ve Love, M. B. (2006). The yes we can urban asthma partnership: A medical/social model for childhood asthma management. *Journal of Asthma*, 43(9), 667-673.
- Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7234), 569-572.
- Wall-Haas, C. L., Kulbok, P., Kirchgessner, J. ve Rovnyak, V. (2012). Shared medical appointments: Facilitating care for children with asthma and their caregivers. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(1), 37-44.
- Walsh, F. (2011). Family Therapy: Systemic approaches to practice. İçinde: J. R. Brandell (Ed.), *Theory and practice in clinical social work* (2nd ed., ss. 153-178). USA: SAGE Publication.
- Warsi, A., Wang, P. S., LaValley, M. P., Avorn, J. ve Solomon, D. H. (2004). Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 164(15), 1641-1649.
- Webb, N. B. ve Bartone, R. A. (2012). Social work with children and adolescents with medical conditions. İçinde: S. Gehlert ve T. Browne (Eds.), *Handbook of health and social work* (2nd ed., ss. 373-391). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2012). *Sosyal hizmete giriş*. Ankara: SABEV Yayınları.
- Yoos, H. L., Kitzman, H., McMullen, A., Sidora-Arcoleo, K. ve Anson, E. (2005). The language of breathlessness: Do families and health care providers speak the same language when describing asthma symptoms?. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 197-205.
- Zastrow, C. (2015). *Sosyal hizmete giriş*. (Üçüncü basım, Çev. Ed. Çiftci, D. B.), Ankara: Nika Yayınevi.
- Zengin, N., Yıldız, H. ve Akıncı, A. Ç. (2012). Öğrenci hemşirelerin kronik hastalıkların bakımı konusunda düşünceleri. *EJOVOC: Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2(2), 105-110.
- Zuckerman, B., Sandel, M., Smith, L. ve Lawton, E. (2004). Why pediatricians need lawyers to keep children healthy. *Pediatrics*, 114(1), 224-228.