

Yıldırım, B. ve Başer, A.O. (2019). Acil Servis Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahaleleri, Müracaatçı Profili ve Sosyal Hizmet Mülakatında Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 286-308.

Derleme

Makale Geliş Tarihi: 03.09.2018

Makale Kabul Tarihi: 27.11.2018

ACİL SERVİS TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİ, MÜRACAATÇI PROFİLİ VE SOSYAL HİZMET MÜLAKATINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR

Emergency Service Medical Social Work Interventions, Client Profile and The Points to Take Into Consideration in Social Work Interview

Buğra YILDIRIM*

Ali Osman BAŞER**

*Dr. Öğr. Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bil. Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, e-posta: bugrayildirim58@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-2840-3624

**Bilim Uzmanı, Sosyal Hizmet Uzmanı, İstanbul Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, ORCID ID: 0000-0002-3477-8609

ÖZET

Acil bakım ve müdahale, insanların olağan bir şekilde devam eden hayatlarında aniden meydana gelen fiziksel ve ruhsal hastalıkların, kaza, travma vb. durumların sosyal iyilik hallerinde meydana getirdiği sorunlarda rutinlerine ve gündelik yaşantılarına dönebilmeleri için sunulan sağlık hizmetlerinin bütünüdür. Acil servis birimlerine başvuran bireyler çoğunlukla bir kriz durumunun içindedir. Kriz süreci öznel bir algıyı ifade eder ve bir insan için kriz olan durum başka biri için ufak bir sorun olarak açıklanabilir. Müracaatçı profili, bireysel sorunlarını çözerken başarısız olduğunu hissettiğinde ve güçlü yanları ile sahip olduğu destek kaynakları yetersiz kaldığında kendi durumuna özgü krizi algılar, acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyar. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı da bu noktada devreye girer, krize müdahale etmeye çalışır ve müracaatçı ile birlikte sorununu çözmek için uğraşır. İlaveeten acil servislerde tıbbi sosyal hizmetin müracaatçı grupları ölüm, travma, kayıp, şiddet, terk ve istismar yaşantılarına maruz kalan insanlardan oluşmaktadır. Acil servislerde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yerleşmesinin ve önem kazanmasının ilk koşulu; müracaatçıların durumunun öznel olduğunun bilinmesi, hassas yönlerinin yoğunluğunun vurgulanması ve tıbbi tedavi ekibine hissettirilmesidir. Nitekim bu makalenin amacı acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesini ele alırken Türkiye'deki acil servislerde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını hatırlatmak, müracaatçı profilini betimlemek ve acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi esnasında gerçekleştirilen acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatında dikkat edilmesi gereken noktaları kısaca açıklamaktır. Unutulmamalıdır ki, acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi ve mülakatı, müracaatçıları güçlendirmeye yönelik tasarlanan profesyonel uygulamalar arasındadır.

Anahtar sözcükler: *Acil servis, müracaatçı profili, acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi, tıbbi sosyal hizmet uzmanı, acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatı.*

ABSTRACT

Emergency care and intervention is the whole of the health services offered to people to return to their routine and daily life when there are problems in their social welfare caused by the physical and mental illnesses that occur suddenly in people's normal lives, such as accidents, trauma. Individuals who apply to emergency service units are mostly in a crisis situation. The crisis process refers to a subjective perception and the crisis for a man described as a minor problem for someone else. Client profile perceives its own situation-specific crisis when it feels unsuccessful in solving individual problems and has insufficient resources to support it, and it needs emergency service medical social work intervention. The medical social worker also steps at this point and tries to intervene in the crisis and tries to solve the problem together with the client. In addition to this, the client groups of medical social work in emergency departments consist of people exposed to death, trauma, loss, violence, abandonment and abuse. The first condition for medical social work practices in emergency services to become established and gain importance is to know that the client's situation is subjective, to emphasize the intensity of the sensitive aspects and to have it felt by the medical treatment team. Thus, the aim of this article is to review medical social work practices in emergency services in Turkey, to describe the client profile and to briefly describe the points to be considered in emergency medical social work interview carried out during the emergency medical social work intervention. It should not be forgotten that the emergency medical social work intervention and interview are among the professional practices designed to strengthen the clients.

Keywords: *Emergency service, client profile, emergency service medical social work intervention, medical social worker, emergency service medical social work interview*

1.GİRİŞ

Acil bakım ve müdahale, insanların olağan bir şekilde devam eden hayatlarında aniden meydana gelen fiziksel ve ruhsal hastalıkların, kaza, travma vb. durumların sosyal iyilik hallerinde meydana getirdiği sorunlarda rutinlerine ve gündelik yaşantılarına dönebilmeleri için sunulan sağlık hizmetlerinin bütünüdür. Acil bakım ve müdahale hizmetlerinde temel amaç ortaya çıkan hastalık vb. sağlık sorununu tam anlamıyla tedavi etmek değil, hızlı bir şekilde semptomların etkisini azaltmaktır. Acil bakım ve müdahalenin ilk ayağını acil servis ortamında sunulması gereken biyopsikososyal tedavi oluşturmalıdır. Biyopsikososyal tedavinin benimsenmesi öncelikle multidisipliner bir çalışma ortamının oluşturulmasını gerekli kılmaktadır. Bu anlamda acil servislerde hekimler, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve hasta bakım personellerinin bir arada çalışması beklenmektedir.

Acil servislere başvuran bireyler çoğunlukla bir kriz durumunun içindedir. Kriz durumu bir travmanın etkisini ve mücadeleyi ifade eder. Bireyde ruhsal dengenin bozulması ile ruhsal bunalımın meydana gelmesi arasında kalan dönemdir. Başka bir deyişle kriz; bireyin; üzücü, benliğini zedeleyici bir durum karşısındaki tepkisi biçiminde tanımlanabilir. Kriz bir süreçtir, zamanla sınırlıdır (1-6 hafta) ve şiddeti giderek azalır. Müdahalede bu süre zarfı içinde yapıldığında etkili olur. Bir kriz süresince bir şeyler yapmak krizin ardından verilen desteğe göre her zaman daha etkilidir (Teater, 2014; Turan, 2012: 297-299).

Bir kriz durumunda bireyin önceden kullandığı baş etme mekanizmaları yetersiz kalır ya da tümüyle işe yaramaz hale gelir. Başka bir deyişle birey; fiziksel, sosyal ve ruhsal bütünlüğünü koruyacak stratejiler geliştirmekte iken oluşan yeni duruma uyum sağlamakta güçlük

çekmektedir. Bu nedenle kriz durumuna acil müdahale büyük önem taşımaktadır (Çoban, 2017). Öte yandan gerek bireysel gerekse kitlesel herhangi bir kriz durumu bireyleri farklı biçimlerde etkileyebilmektedir. Ekonomik ve sosyal kayıplar, fiziksel belirtiler ve sorunlar, sağlığın kaybı ve çekilen acılar, günlük yaşamın kesintiye uğraması gibi etkiler ilk fark edilenlerdir.

Müracaatçı, bireysel sorunlarını çözerken başarısız olduğunu hissettiğinde ve güçlü yanları ile sahip olduğu destek kaynakları yetersiz kaldığında kendi durumuna özgü krizi algılar; acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyar. Sağlık kuruluşlarında korumacı sağlık hizmetlerinin yerini almaya başlayan katılımcı sağlık hizmetleri sayesinde hastaya yönelik farkındalığın gelişmesi (Şeker, 2017) ile acil servislerde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları önemli bir hal almaktadır. Acil servislerde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yerleşmesinin ve önem kazanmasının ilk koşulu; müracaatçıların durumunun öznel olduğunun bilinmesi, hassas yönlerinin yoğunluğunun vurgulanması ve tıbbi tedavi ekibine hissettirilmesidir.

Tehlikeli bir olay, yaşam hedeflerine karşı bir tehdit, tehlikeli olaya atfedilen anlam ve tepki vermede yetersizlik krize zemin hazırlayan faktörlerdir. Kriz süreci öznel bir algıyı ifade eder ve bir insan için kriz olan durum başka biri için ufak bir sorun olarak açıklanabilir. Her krizin nedenleri ve aldığı görünüm, her bireyin durumuna göre farklılık gösterir. Aynı olayla karşı karşıya kalan iki insan farklı başatma ve çözüm stratejileri sergileyebilir (Teater, 2014). Bu yüzden kriz süreci öznel ve her krizde bir tetikleyici olayın etkisi görülür. Tetikleyici olaylar başatma mekanizmalarını bozar. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı da bu noktada devreye girer, krize müdahale etmeye çalışır ve müracaatçı ile birlikte sorununu çözmek için uğraşır.

Ek olarak, acil servislerde tıbbi sosyal hizmetin müracaatçı grupları ölüm, travma, kayıp, şiddet, terk ve istismar yaşantılarına maruz kalan insanlardan oluşmaktadır. Dolayısıyla tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının ağır kriz vakaları ile yüzleşmesi olasıdır. Dahası, ağır kriz vakaları ile yüzleşen tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının da travmatize olma ihtimali bulunur. İkincil travma da dediğimiz bu olgularda travmatik olaylardan (tecavüz, kaza, doğal afetler, işkence, savaş vb.) sonra travma mağduruna fiziksel ve psikolojik destek veren profesyonellerin yaşadıkları travmatik deneyimler kendilerini rahatsız edebilir.

Etkileşimde bulunulan travma mağdurunun travmatik yaşantısı ile ilişkili olan ikincil travmada etkilenen profesyonel günlük hayatını sürdürmekte zorluk yaşayabilir. Örseleyici olay ile dolaylı yoldan ilişki kuran birey, en az birincil travma mağduru kadar travmatik olaydan etkilenebilir (Kâhil ve Palabıyıköğlü, 2018). Müracaatçıların, aile üyelerinin veya travmatik olayın tanıklarının anlattıkları neticesinde yaşananlara şahit olma, gözlemlenen travma izleri, iş yoğunluğu, yardım verenin bireysel yatkınlığı ikincil travmayı ortaya çıkarabilir. Bu nedenle

krize müdahale yöntemini deneyimli sosyal hizmet uzmanlarının süpervizyon desteği altında kullanması gerekir.

Süpervizyon desteğinin sağlanabilmesinin alt yapısı ise, mutlaka, sosyal hizmet uzmanlarının, uygulayıcılarının ve akademisyenlerinin acil servislerde tıbbi sosyal hizmet müdahalesine yönelik sosyal hizmet bilgi repertuarını güçlendirmeleriyle şekillenir. Nitekim bu makalenin amacı acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesini ele alırken Türkiye'deki acil servislerde sosyal hizmet uygulamalarını hatırlatmak, müracaatçı profilini betimlemek ve acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi esnasında gerçekleştirilen acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatında dikkat edilmesi gereken noktaları kısaca açıklamaktır.

2.TÜRKİYE'DEKİ ACİL SERVİSLERDE TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİ

Türkiye'de acil servisler hastanelerin en yoğun birimleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Öyle ki ülkemizde yıllık acil servislere müracaat oranı 110 milyondan fazladır (Acil Hizmetler Raporu, 2015). Acil servislerde çalışan profesyoneller ağır iş yükü ve mesleki tükenmişliği deneyimler. Ayrıca travmatik vakaların sıklıkla bu birime gelmesi de profesyonellerin iş yükünü ve tükenmişliğini yükseltir. Ancak travmatik vakaların yanı sıra tekrarlayıcı acil servis ziyaretleri de hastane acil servisleri üzerinde önemli bir yüküdür. Hastalar tarafından tekrar tekrar yapılan acil servis ziyaretlerinde birçok faktörün etkili olduğu sonucunu ortaya koyan çalışmalar (Yorulmaz ve diğ., 2017; İncesu ve diğ., 2016; Bıçakçı, 2014; Malone, 1995; Andren ve Rosenqvist, 1985) bulunmaktadır.

1980'lerde Stockholm de orta ölçekli bir genel hastanenin acil servisine tekrar tekrar başvuru yapan bir grup hastanın davranışları incelenmiştir. Tekrar tekrar acil servise müracaat eden bu grup diğer müracaatçılara oranla daha ağır psikososyal sorun yüküne sahiptir. Bu grubun tekrarlayıcı davranış profili şunları içermektedir: Yalnızlık hissi, ölüm düşüncesi, sosyal kurumlarla ilişki kurma isteği, sosyalleşme ortamı sağlama, malulen emeklilik maaşı, hastalıklar sebebiyle işe devam edememe ve alkolizm (Andren ve Rosenqvist, 1985). Tekrarlayıcı sağlık hizmeti arama ve müracaat davranışı gösteren bu grubun acil servis dışı sağlık hizmeti sağlayıcıları ve diğer klinikler ile de çok sayıda irtibatı bulunmaktadır. Bu grupta bulunanlardan bazıları bir hastane sosyal hizmet uzmanından acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi yardımı almıştır. Yardım alanların %80'i acil servis ziyaretlerini önemli oranda azaltmıştır (Andren ve Rosenqvist, 1985).

Bu açıdan bakıldığından acil servislere yoğun talep olması ve personelin ağır yük altında çalışmak zorunda kalması aslında sistemi kötüye kullananlarla ilgili değil sistemin kendisinde bir bozulmanın olmasıyla ilgilidir (Bıçakçı 2014; Malone, 1995). Yani tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının acil servislere gelen başvurularda etkin olması; tıbbi sosyal hizmet birimlerinde acil vakaların daha çok değerlendirilme olanağının sağlanması, tıbbi sosyal hizmet

uzmanlarına acil servislerle ilgili daha çok rol verilmesi, acil servislerde tıbbi sosyal hizmet müdahalesinin önünün açılması gerekir.

Tekrarlayıcı acil servis ziyaretleri yapan hastalar, acil servise müracaat ettiklerinde aciliyet gerektiren tıbbi müdahale dışında bir duruma sahip değiller ise yine sosyal hizmet uzmanının müdahalesiyle tanışmalıdır. Dünyada acil servislere başvuru nedenleri ve başvuru sıklıkları sürekli gözden geçirilip sosyal hizmet uzmanının müdahalesi ile gereksiz başvuruların önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Böyle bir müdahale yönteminin henüz Türkiye’de uygulanması söz konusu değildir.

Sağlık kuruluşunda çalışan sosyal hizmet uzmanı, görev alanı içinde yer alan tüm müracaatçı gruplarına yönelik gerekli sosyal hizmet müdahalelerini planlamaktadır (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011). Bu tanım, acil servislerde de sosyal hizmet uzmanlarının yükümlülüklerinin bulunduğunu açıklığa kavuşturmuştur. Türkiye’de acil servislerde uygulanan sosyal hizmet müdahaleleri genellikle, kimsesiz ve bimekan müracaatçılara yönelik kurum bakımına yerleştirme işlemleri, tedavileri tamamlanan bakıma muhtaç ve engelli müracaatçıların nakil işlemlerinin gerçekleştirilmesi, kadına yönelik şiddet, çocuk ihmali, istismar, intihar vb. kriz durumlarına yönelik sosyal hizmet uygulamalarıdır. Bu noktada alanda yaşanan sıkıntıların en başında sağlık kuruluşlarında birincil meslek elemanı olan hekimlerin tıbbi tedaviye paralel olarak gerçekleştirilmesi gereken psikososyal destek hizmetleri konusunda bilgi eksikliği, yeterli farkındalığın oluşmaması gibi sebepler gelir. Bu sebepler nedeniyle multidisipliner ekip çalışması, istenilen ölçütlere Türkiye’deki acil servislerde gerçekleştirilememektedir.

Diğer taraftan acil servislerde karşılaşılan kadına yönelik şiddet, çocuk ihmali ve istismarı ile intihar vakalarında da tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ve acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri hakkında bilgi vermek gerekir. İlgili hekim tarafından yukarıda belirtilen durumların tespit edilmesi veya bir şüphenin bulunması halinde vaka tıbbi sosyal hizmet birimine konsülte edilir. Tıbbi sosyal hizmet birimince müracaatçı ve var ise aile üyeleriyle ayrı ayrı ön mülakatlar gerçekleştirilir. Mülakatlardan sonra gerekli ve uygun olan acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi planlanır. Acil servislerde tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının söz konusu durumlarda izlediği yollar aşağıda detaylandırılmıştır.

2.1.Acil Servislerde Kadına Yönelik Şiddet Vakaları

Kadına yönelik şiddet vakalarında şiddet mağduru kadın bireysel olarak acil servislere müracaat edebildiği gibi, kolluk kuvvetleri aracılığıyla da getirilebilmektedir. Kolluk kuvvetleri aracılığıyla getirilen şiddet mağduru kadınların iş ve işlemleri kolluk kuvvetleri tarafından yürütülmektedir. Aynı zamanda kolluk kuvvetlerinin acil servislerde görev yapan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarıyla koordineli çalışması beklenmektedir. Kolluk kuvvetleri tarafından acil

servise getirilen vakalarda tıbbi sosyal hizmet uzmanı müracaatçının örselenmesini engeller. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı müracaatçının gizlilik ve mahremiyetine yönelik önlemlerin alınmasını ve müracaatçıya sunulan sağlık hizmetlerinin hızlı bir şekilde verilmesini sağlamalıdır.

Şiddet mağduru kadının acil servise bireysel müracaat etmesi halinde ise hekim tarafından anemnez alınır. Bireysel müracaatta bulunan kadının muayene ve tetkik işlemleri neticesinde şiddete maruz kaldığı tespit edilir veya kadına yönelik şiddet şüphesi oluşur ise hekim tarafından adli muayene raporu hazırlanır. Adli muayene raporu hazırlanan vakanın hastane kolluk birimi ve tıbbi sosyal hizmet birimine de bildirilmesi gerekmektedir. Kadına yönelik şiddet vakalarında sosyal hizmet müdahaleleri kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde ilk olarak şiddet mağduru kadının güvenlik açısından hayati tehlikesinin bulunabileceği ön görülmelidir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı bu gibi durumlarda acil olarak kolluk kuvvetlerinden müracaatçı adına koruma talep etmelidir.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanının atacağı diğer adımlar ile müracaatçının hastane içerisinde güvenli bir ortamda tedavi hizmetlerinden yararlanması sağlanmalıdır. Bu işleme paralel biçimde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi (ŞÖNİM) ile iletişime geçilerek tedavi sonrası müracaatçının ihtiyacına yönelik acil korunma kararı, hukuki destek, psikososyal destek gibi gerekli destek hizmetlerden yararlanmasına yardım edilmelidir. Bu aşamanın ardından mağdur kadının, şiddeti uygulayandan şikâyetçi olup olmayacağı analiz edilir. Hekim tarafından şiddet mağduru kadının şikâyetçi olup olmadığına bakılmaksızın hazırlanan adli muayene raporu ile tıbbi tanı ve tedavi süreci başlar. Daha sonra sosyal hizmet uzmanı, müracaatçının şikâyetçi olması halinde hastane kolluk birimi ile birlikte koordineli şekilde konu ile ilgili bildirimde bulunarak adli sürecin başlatılmasını sağlar. Şiddet mağduru kadının şikâyetçi olmaması ya da şikâyetinden vazgeçmesi durumunda hayati bir tehlikenin olup olmadığı ve vazgeçme nedenleri sosyal hizmet uzmanınca araştırılır. Aynı durumun tekrarlanma ihtimaline karşın hakları, yasal düzenlemeler ve ALO 183 gibi başvurabileceği kaynaklar hakkında şiddet mağduru kadın bilgilendirilir (Saruç, 2017).

2.2.Çocuk İhmal Ve İstismarı: İstenmeyen Gebelikler, Terk Bebekler, Adölesan Gebeler

Çocuk ihmali ve istismarı vakalarında ihmal ve istismar durumunun tespit edilmesi veya şüphe duyulmasının ardından vaka tıbbi sosyal hizmet birimine bildirilmeli ve tıbbi sosyal hizmet uzmanının ön değerlendirmesi sonucunda çocuk büro amirlikleri ile iletişime geçilmelidir. Ayrıca savcılık talimatı ve Çocuk Koruma Kanunu kapsamında acil koruma kararı çıkartılarak çocuğun hastane sonrası devlet koruması altına alınması sağlanmalıdır. Gerekli durumlarda sosyal inceleme raporu hazırlanarak çocuk hakkında danışmanlık, sağlık ve eğitim tedbiri talep

edilir. Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi kapsamında çocuk ihmal ve istismarına yönelik yürütülen çalışmalara bakıldığında; istenmeyen gebelik ve terk bebek vakaları, adölesan gebeler ve adölesan doğumları ile ilgili sosyal hizmet müdahaleleri gerçekleştirilir ve bu müdahaleler ayrıca önemlidir. Dolayısıyla acil servislerde; tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri kapsamında kimsesiz, bimekan, sağlık güvencesi olmayan, aile içi şiddete uğramış kadınlar, adölesan gebeler, istenmeyen ve terk bebekler ile kronik hastalıklı kadınlar özel ilgi gösterilmesi gereken müracaatçı gruplarıdır.

2.2.1.İstenmeyen Gebelikler ve Terk Bebekler

Saruç (2017) kadın sağlığını hem biyolojik hem de psikolojik açıdan olumsuz etkileyen bir başka durumun istenmeyen gebelikler olduğunu vurgular. İstemedenden gebe kalan kadınlar arasında bir yandan isteyerek düşük yapma hızı artarken diğer yandan istenmeyen bebeklerin terk edilme oranı yükselmektedir. İstenmeyen gebeliği sonlandırma kararı, stres yaratan bir durumdur. Suçluluk, pişmanlık ve kayıp duygusu yaşayan kadının ruh sağlığı olumsuz etkilenmektedir (Saruç, 2017). Özellikle istenmeyen gebelikler sonucu ortaya çıkan istenmeyen bebekler ile ilgili acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesinde, evlilik dışı ya da evlilik birlikteliği içerisinde doğum yapan fakat ekonomik, sosyal ve ailevi koşullarının uygun olmaması nedeniyle bebeklerini kurum bakımına bırakmak isteyen müracaatçıların talepleri sonucunda terk bebek olarak tanımlanan işlemler yapılmaktadır (Saruç, 2017).

İstenmeyen ve terk bebekler konusunda süreç tıbbi sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülmektedir. İstenmeyen ve terk bebek vakalarındaki sosyal hizmet müdahaleleri iki farklı şekilde tasarlanmaktadır. Bunlardan ilki herhangi bir nedenle doğum sonrasında annesi ve bakmakla yükümlü olan yakınları tarafından istenmeyen bebeklere yönelik sosyal hizmet müdahaleleridir. İstenmeyen bebek vakalarında, tıbbi sosyal hizmet uzmanı, bebeğin annesi ve var ise bebeğe bakmakla yükümlü olan yakınları ile ön görüşme gerçekleştirerek süreç hakkında ayrıntılı bilgilendirme işlemi yaparak müdahaleyi başlatmış olur. Tıbbi sosyal hizmet uzmanının ön görüşme neticesinde annenin bebeğin kurum bakımına verilmesi için yeterli bedensel, zihinsel, sosyal ve ekonomik kapasiteye sahip olduğuna dair kanaat getirmesi halinde, anne tarafından bebeğe kimlik çıkartma işlemi gerçekleştirilir. Bu işlemin ardından bebek, anne ve bakmakla yükümlü olan aile üyelerine teslim edilerek Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü Korunmaya Muhtaç Çocuk Birimi'ne ailenin yönlendirme işlemi gerçekleştirilmektedir. Türkiye'de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yürütülen korunmaya muhtaç çocuklara yönelik hizmetler kapsamında, istenmeyen bebek vakalarında korunmaya muhtaç çocuk biriminde görevli meslek elemanları tarafından anne ile ayrıntılı görüşme yapılması ve gerekli onamların alınması gerekmektedir.

İstenmeyen ve terk bebek vakalarının bir diğer boyutunu da terk bebek vakalarına yönelik yürütülen tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri oluşturmaktadır. Bu durumda tıbbi sosyal hizmet uzmanı öncelikle terk bebeğin ailesine ulaşmaya yönelik işlemleri yürütür. Terk bebeğin ailesine ulaşıldığı takdirde bu kişilerin bebeklerini terk etme sebepleri üzerine acil servis sosyal hizmet mülakatı sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılır. Genelde bu mülakatlar hastane tıbbi sosyal hizmet biriminde gerçekleştirilir. Mülakatın ana odağı bebeğin terk nedeninin araştırılmasıdır. Gerçekleştirilen mülakat neticesinde anne veya bakmakla yükümlü aile üyelerinin bebeği terk etmeye sebep olan sorunlarını çözüme kavuşturulabilecek müdahaleler var ise tıbbi sosyal hizmet uzmanları gerekli müdahaleleri planlar ve uygular. Çocuk ihmali ve istismarı şüphesi ile çocuk hakkında ayrıntılı sosyal inceleme raporu hazırlanarak çocuğun evde de takibinin yapılması amacıyla çocuğun ikamet bölgesi olan il/ilçe sosyal hizmet merkezine durum bildirimini yapılır. Terk bebek vakalarında aileye ulaşılamaması durumunda tıbbi sosyal hizmet birimi aracılığıyla vaka hastanenin bağlı bulunduğu ilçe emniyet müdürlüğü çocuk büro amirliğine çocuk hakkında hazırlanan sosyal inceleme raporu ile bildirilir. Kolluk kuvvetleri tarafından yapılan tahkikatlar ve aile araştırması sonucunda savcılık makamından alınan talimatlarla çocuğun devlet koruması altına alınma işlemleri gerçekleştirilir.

2.2.2. Adölesan Gebeler

Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri kapsamında çocuk ihmali ve istismarı vakalarının bir alt boyutu olarak adölesan gebelikler karşımıza çıkmaktadır. Son yapılan çalışmalarda (Melekoğlu ve diğ., 2013; TNSA, 2013; Çolak, 2012; Demirgöz ve Canbulat, 2008, Gökçe ve diğ., 2007) Türkiye'deki adölesan gebelik oranının bölgesel düzeyde %35-46 arasında değiştiği ortaya konmuştur. Gelişmiş ülkelerdeki adölesan gebeliklerin çoğu evlilik dışı, istenmeyen ve planlanmamış gebelikler iken Türkiye'de adölesan gebeliklerin erken yaşlarda evlenme kaynaklı ve istenilen gebelikler olduğu göze çarpmaktadır. Dahası, ülkemizde 18 yaş altı evlilikler bile sıkça görülmektedir (Saruç, 2017). Türkiye'de 2017 yılı rakamlarına göre 16-19 yaş gurubunda ilk defa evlenen kadın sayısı 88739'tur (TÜİK, 2018a).

Diğer taraftan Türkiye'de 2017 yılında ikametgâh yerine göre 15-19 yaş aralığında kayıtlı 69003 doğum gerçekleşmiş, ikametgâh yerine göre 15 yaş altı 227 doğum olmuştur (TÜİK, 2018b; TÜİK, 2018c). Yasal olarak 18 yaş altı gebeliklerin her ne suretle olursa olsun bildirim zorunludur (5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu, md. 278-280). Bazı durumlarda da 18 yaş altı gebeliklerde tecavüz, istismar vakaları söz konusudur. Acil servislere gebelik teşhisiyle başvuran ve acil servis üzerinden yatış işlemi gerçekleştirilen adölesan gebeler hem bilgi sistemi hem de ilgili servis çalışanları tarafından tıbbi sosyal hizmet birimine bildirilir. Sosyal hizmet uzmanı, adölesan gebe ile görüşme yapar ve adölesan gebelik ihbar formu ya da

değerlendirme formu hazırlayarak İl Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şubesi'ne durumu bildirir (Saruç, 2017).

Adölesanın gebelik durumu, birinci derece yakınlarına ve hastane polisine de bildirilir. Kolluk kuvvetleri hastaneye gelerek adölesan gebe ve yakınları ile görüşür; tutanaklarını hazırlar ve adölesan gebenin ikamet ettiği yerde bulunan Cumhuriyet Savcılığı'na resmi yazı ile bildirimde bulunurlar. Daha sonra yetkili savcılık ve baronun tayin ettiği bir avukat, adölesan gebe ile görüşme yapar. Bu görüşmede 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'na binayen bir sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog çocuğun yüksek yararı için görev almalıdır.

Aile adölesanı reddetmiş ya da riskli durumlar söz konusu ise savcılık tedbir kararı uygulayarak çocuğu koruma altına alır. Diğer yandan polis tutanağı, ihbar bilgileri, değerlendirme formları ve adölesanın kişisel bilgileri sosyal hizmet uzmanı tarafından arşivlenir (Dede, 2018; Saruç, 2017). Genellikle 15 yaş altı adölesan gebelerde şikâyete bakılmaksızın cinsel istismar şüphesi olduğu için, adölesan ve ailenin Çocuk İzlem Merkezi'ne (ÇİM) sevki yapılır. Burada aile ve çocuğa psikososyal destek sağlanarak, adli süreç başlatılır. Adölesan gebenin ailesi yanında kalmasında hiçbir risk ya da sakınca yok ise taburculuk işlemleri tamamlanınca adölesan gebe tutanak ile birinci derece yakınlarına teslim edilir.

Yine acil tıbbi sosyal hizmet müdahalesi kapsamında çocuk ihmali ve istismarı vakalarının çocuğun örselenmeden gerekli tedavi hizmetlerinin gerçekleştirilmesi ve adli işlemlerin başlatılması amacıyla ÇİM'lere yönlendirilmesi doğru bir tercih olacaktır. ÇİM'lerde belirli eğitime sahip sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar adli görüşmeci ve aile görüşmecisi olarak görev yapmaktadır. Adli ve aile görüşmecisi profesyoneller istismar mağduru çocuk adına gerekli işlemlerin ve sürecin takibini yapmaktadır. Bu durumun aksine acil sosyal hizmet müdahalesinde, sosyal hizmet uzmanının eğitiminden, sağlık sisteminin hizmet sunma ve tedavi politikası sorunlarından kaynaklı eksiliği hissedilen noktalar da bulunmaktadır. Oysa profesyonel olarak sosyal hizmet uzmanları eksik olduğu yönlerini güçlendirirse daha nitelikli müdahaleler sergileyebilir.

2.3.Kayıp, Yas, İntihar Üzerine Çalışma Ve Eksikliği Hissedilen Noktalar

Acil servise müracaat eden intihar ve ilaç intoksu vakalarının hekim tarafından yapılan muayene işlemleri neticesinde intihar ve ilaç intoksu olduğuna karar verilmesi veya şüphe duyulması halinde vakanın tıbbi sosyal hizmet birimine konsülte edilmesi gerekmektedir. Ancak günümüzde acil servis hasta yoğunluğu, vakanın sosyal endikasyonlarının tıbbi endikasyonların geri planında kalması gibi durumlar nedeniyle acil servise müracaat eden intihar ve ilaç intoksu vakalarının tıbbi sosyal hizmet birimine konsülte edilmesi konusunda sorunlar yaşanmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet birimine konsülte edilen vaka ile ön görüşme gerçekleştirilerek müracaatçının ihtiyacı olduğunun tespit edilmesi halinde psikiyatri konsültasyonu sosyal hizmet uzmanı tarafından istenmektedir. Bu vakalarda taburculuk sonrası izleme işlemleri ise müracaatçıların yeniden kuruluşa getirilmesi sağlanamadığı için yapılamamaktadır. Özellikle intihar vakalarında en temel sorun yukarıda da belirtildiği gibi hekimlerin intiharı tespit etmesinin ardından sadece medikal tedaviye odaklanması, vakanın sosyal endikasyonlarını yok saymasıdır. Böylece multidisipliner ekip çalışması acil servis ortamında sosyal hizmet uzmanlarının eksikliğini hissettiği önemli bir bileşen haline gelmektedir.

Öte yandan ölüm şüphesi ile acil servise getirilen vakalarda yakınlar ya da kaza, yaralama, intihar gibi ölüme bağlı bir kaybı acil servis ortamında tecrübe eden bireylere yardımcı olmak, sosyal hizmet uzmanlarının olağan işlerinden olsa da bu tür çalışmalar profesyonelleri zorlayan ağır konulardır. Modern toplumlarda ölümden kaçmak genel bir eğilimdir ancak ölüm, insan yaşamının kaçınılmaz bir olayı şeklinde varlığını korumaktadır. Ölüm olayı ortadan kalkmadığı gibi savaşlar, terör saldırıları, trafik kazaları, intiharlar, cinayetler ve doğal afetler nedeniyle ölenlerin sayısı günden güne artmaktadır. Travmatik kayıpların kurbanlarına yardım etme gereksinimi de aynı ölçüde artış göstermektedir. Kayıp ve yas terapisi ölmekle ve ölümlle ilgili olduğu kadar genel olarak ölüm korkusu, kendi ölümünden korkma, sevdiklerinin ölümünden korkma, kriz gibi konuları içerir (Malkinson, 2007).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı acil serviste kayıp ve yas sürecinin yönetimi ile ilgili görevler üstlenir. En azında matem tutmaya başlar iken insanların kendilerini suçlamalarına izin vermez ve gerekli görüşmeleri yapar. Kayıp ve yas ile çalışmanın acil servis ortamına göre daha uzun soluklu bir çabayı içermesi nedeniyle tıbbi sosyal hizmet uzmanı, bu krizlerin başlangıç aşamasına müdahalede bulunup özel çalışma alanı ve uzmanlık gerektiren konular için müracaatçı adına başka kaynaklarla bağlantı kurar. Müracaatçısını hem ilgili terapistle havale eder hem de onun işlemlerini takip eder.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanının acil serviste hastaları ve aileleri değerlendirebilmek için zamanı oldukça kısıtlıdır. Bu nedenle uzmanın değerlendirme için erişebileceği tüm kaynaklara ulaşması, bağlantı kurucu rolünü kullanması, analiz becerisinin gelişmiş olması ve toplumda var olan kaynaklardan özellikle de yas süreci bilgisi ve yasal prosedürlerden haberdar olması gereklidir (Çoban, 2017; Auerbach ve Mason, 2010). Acil servis birimlerinden sorumlu olan sosyal hizmet uzmanları hastanenin diğer birimleri ve servislerine göre acil servislerde daha farklı konularda değerlendirme yapmak durumunda kalabilirler.

Araştırmalar (Malkinson, 2007; Feldman ve Freedenthal, 2006; Joe ve Niedermeier, 2006.), sosyal hizmet lisansüstü programlarının; kayıp, yas ve intiharın önlenmesi ile bu konulardaki sosyal hizmet müdahalesine yönelik çok az eğitim sunduğunu, sosyal hizmet uzmanlarının

intihar eğitimine ilişkin deneyimlerinin ve tutumlarının bilinmediğini göstermektedir. Sosyal hizmet eğitimi kayıp, yas ve intiharın önlenmesi ile müdahalede de sosyal hizmet uzmanları tarafından yetersiz görülmektedir (Feldman ve Freedenthal, 2006). Türkiye'deki sosyal hizmet eğitimine yönelik de benzer eleştiriler sunulabilir ancak bu noktada en çarpıcı örnek ABD'den verilmektedir.

ABD'de sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı profesyonellerinin en büyük meslek grubudur. Kayıp, yas ve intihar gibi konulara müdahale etmek için önemli rol oynarlar. ABD'de sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı alanında önemli rollere sahip iken sosyal hizmetin bu alandaki uygulama için ampirik bilgi tabanına katkısı ya da sosyal hizmet araştırmacılarının bu konuya odaklanması ölçüsünde çok az şey bilinir (Joe ve Niedermeier, 2006). Özellikle sosyal hizmet uzmanları arasında intihar risk faktörleri ve intihar için etkili tedavi yaklaşımlarına ilişkin sosyal hizmet bilgisinin gözden geçirilmesi önemlidir. Çoğu profesyonel temel bilgi kaynağı olarak kendi mesleğinin literatürüne güvenir. Bu nedenle sosyal hizmet araştırmacılarının öncelikle intihar bilgi tabanına, sonrasında ise kayıp ve yas literatürüne ne ölçüde katkıda bulunduğunu tespit etmek gerekir.

Diğer disiplinlerden kayıp, yas ve intihar hakkında elde edilen araştırmaların fazla olmasına rağmen, sosyal hizmette bu kavramlara yönelik araştırma sayısı azdır. Sosyal hizmet araştırmacıları; intihar istemcileri ve kayıp, yas mağdurlarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının müdahalelerini araştırmalarında biraz daha betimlemelidir. Sosyal hizmet araştırmacıları tarafından bir intihar vakası; "Gelecekteki acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalelerini, intihar risk değerlendirmesini ve yönetimini nasıl etkiler?" açıklanmalıdır (Joe ve Niedermeier, 2006). Bu açıklamaya ek olarak, acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi kapsamında karşılaşılan diğer müracaatçı profilleri ve sosyal hizmet uygulamaları da kısaca özetlenmeye çalışılmıştır.

2.4.Diğer Müracaatçı Profilleri

Acil servislerde tıbbi sosyal hizmet uzmanının yaşlı ihmal ve istismarına yönelik tespit edilen ve kendisine bildirilen vakaları, ilgili kurum ve kuruluşlara bildirme sorumluluğu bulunur. Hem bir istismar durumu söz konusu hem de bir adli vaka mevcut ise şiddet, ihmal ve istismar ile ilgili yasal prosedürleri bilme, bireyi ve varsa ailesini koruma, psikososyal destek verme, sonrasında bireylerin yaşayabileceği sorunlar açısından aileyi bilgilendirme, kurbanların hakları ve başvuracakları kaynakları araştırma ve o kaynaklara yönlendirme gibi önemli görevleri bulunmaktadır (Çoban, 2017). Diğer taraftan bimekan bireylerin sıcak bir yer, yiyecek ve tıbbi bakım ihtiyaçları için acil servis birimlerini kullandıkları bilinmektedir. Bu durumda sosyal hizmet uzmanının başvuruları değerlendirerek bimekan bireyleri uygun olan diğer hizmetlere yönlendirme işlevini yerine getirmesi gerekmektedir (Çoban, 2017; Fusenig, 2012).

Kronik hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım verme yükünün yüksek olması sebebiyle yaşam doyumlarının azaldığı bilinir. Bakım verenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi, yardım alabilecekleri, soru sorabilecekleri dernekler ve topluluklar oluşturulmasının önemli olduğu ifade edilmiştir (Çoban, 2017). Acil servislerde sosyal hizmet uzmanları; kronik hastalara ve yakınlarına yönelik sosyal hizmet müdahaleleri gerçekleştirirken, bakım verenlerin soru, öneri ve isteklerini iletebilecekleri bir profesyonel konumunda olmalı, acil müdahale ve hastane sistemi ile bakım verenler arasında bağlantı kurucu bir rol üstlenmelidir.

Eğer hasta acil servisten hastanenin başka bir birimine sevk edilecekse, sosyal hizmet uzmanı, hastane kuralları ve protokolleri hakkında aileyi bilgilendirir. Kimi zaman da hastanın başka bir sağlık birimine sevki ya da başka bir hizmetten yararlanma durumu olabilir. Böyle durumlarda da uzman sevk zinciri hakkında aileyi bilgilendirmelidir (Çoban, 2017; Bristow ve Herrick, 2002). Acil servislerde tedavi gören hastaların tedavi sonrası işlemlerinin düzenlenmesi de sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirilen önemli bir iştir (Çoban, 2017). Sosyal hizmet uzmanlarının taburculuk sürecinde değerlendirme yapmak, gereken durumlarda eğitim vermek, ev yaşantısını düzenlemek, hastanın ve ailenin ihtiyaç duyduğu kaynaklara erişimlerini sağlamak için araştırma yapmak, sigorta işlemlerini düzenlemek gibi konularda görev yaptıkları ifade edilmiştir (Çoban, 2017; Auerbach ve Mason, 2010; Auerbach ve diğ., 2007).

Görüldüğü üzere acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi aslında acil servis ortamında pek çok riskli, travmatik ve zorlayıcı olaya taraf olmayı zorunlu kılar. Toplumda kimsenin bulaşmak istemediği, çoğunluğun görmezden geldiği durumlara müdahale sosyal hizmet mesleki felsefesi ile aşılar çünkü sosyal hizmet mesleki felsefesinin temelinde insan hayatına dokunma ihtiyacı yatar. Bu felsefi yaklaşım sosyal hizmet uygulamalarında insan ilişkileri özel örneğinde ele alınır ve sosyal hizmet profesyonelleri bireylere, ailelere, gruplara, örgütlere ve topluma yardım etmeyi amaçlar. İyi ve kaliteli bir yardım ilişkisinin oluşturulmasında mülakat sürecine katılanların uyumu, sınırların açık biçimde ifade edilmesi, uygulayıcı ve müracaatçı dinamiği yani görüşmenin katılımcıları arasındaki sosyal mesafenin azalması tercih edilir.

Dahası yardım ilişkisinin kurulmasını sağlayan etkili bir mülakatta empatik anlayışın ve saygının önemi büyüktür. Serpen ve Hasgöl (2015) sosyal hizmet uzmanının sorumluluk duygusunun yüksek olduğunu, eleştirel ve yansıtıcı düşünebildiğini, sözlü iletişim becerilerine sahip olduğunu diğer taraftan sözsüz iletişim tekniklerini kullanabildiğini, farklılıklara ve insan onuruna saygı duyduğunu, müracaatçısının içinde bulunduğu koşulları ve duygu dünyasını anlayabildiğini, empati kurabilme yeteneğinin yüksek olduğunu açıkça vurgular.

Sosyal hizmet uzmanının mesleki becerilerine dair yapılan vurgu mülakat sürecinde müracaatçının tecrübelerine, hislerine, beklentilerine ve ihtiyaçlarına uzak olunmaması gerektiğinin göstergesidir. Sosyal hizmet uzmanının müracaatçının dünyasına girebilmesi bu şekilde bir güven ilişkisi kurabilmesiyle bağlantılıdır. Güven ilişkisi geliştirdikçe tıbbi sosyal hizmet uzmanının acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahale ortamlarında müracaatçısı ile yakaladığı çalışma bağı güçlenecektir. Güçlü bir çalışma bağı samimiyet, ilgi, olumlu bakış, içtenlik gibi niteliklerin yanı sıra empati ve koşulsuz kabulü, saygı duymayı, kendi kaderini tayin hakkının önceliğini ve doğru zamanda mülakatı sonlandırmayı gerektirir. Sosyal hizmet uzmanı acil servisler kanalıyla gerçekleştirdiği mülakatlarda özellikle empati ve saygıyı diğer mesleki becerileriyle birleştirip etkili bir şekilde kullanırsa tedavi edici bir yaklaşım sergilemiş olacaktır.

3.DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR-I: SEMPATİ, EMPATİ, KOŞULSUZ KABUL VE SAYGI

Genellikle pek çok insan gündelik yaşamında empati yaptığını düşünür ancak insanların uygulamaları aksini gösterir. İnsanlar diğer insanlarla aralarında empatik bağ kurduklarını iddia etse de aslında sempati kavramına yönelirler. Empati kavram olarak; bir bireyin kendini diğer birey yerine koyması, karşısındakinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak algılamasıdır. Birey empatiyi kullandığında kendi düşüncelerini bir kenara iterek ilgisini karşısındaki insanı anlamaya yöneltir. Empati kuran birey, karşısındaki insanı ne toplumun değerlerine ne de kendi kültürel motiflerine göre değerlendirir (Özbek, 2005). Empatiyi kuran birey sosyal hizmet uzmanı olunca sadece müracaatçının yaşam deneyimlerini ve içinde bulunduğu koşulları anlar. Müracaatçıyı çevresi içinde değerlendirir.

Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların neler yaşadığını anlamak istedikleri için empati kurarlar. Empati kurulurken anlama, sempati duyulurken yandaş olma esastır. Yandaş olduğu vakit müracaatçının neler yaşadığını anlamadan ona hak verme söz konusu olacağı için sosyal hizmet uzmanları mülakat sürecinde empati kurma ve empatik tepki verme becerilerini kullanırlar. Acil servise başvuran ve acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan bir müracaatçıya koşulsuz hak vermek yerine onun yaşadığı olayın nedenlerini ve sonuçlarını anlamak, psikososyal risk faktörlerini belirlemek, onu çevresi içinde değerlendirmek profesyonel yaklaşımın koşuludur. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı acil servise gelen müracaatçının başına ne geldiğini, onun yaşadığı olay sonucunda hissettiklerini anladığı an profesyonel destek sağlayabilir, müracaatçısına hak verdiği zaman farklı bir yaklaşım sergilemesi veya bakış açısı geliştirmesi mümkün olamaz. Bu tercih aynı zamanda mülakat sürecinde sosyal hizmet uzmanının müracaatçıya duyduğu saygıyı nasıl şekillendirdiğini açıklar.

Etkili bir iletişim için karşıdaki kişiye saygı duymak, onun varlığını kabul etmek, önemli ve değerli olduğunu hissettirmek, onu olduğu gibi benimsemek ve onunla empati kurmak gerekir. Acil servise gelen müracaatçıyla mülakat süreci sırasında sosyal hizmet uzmanı, müracaatçının kişisel bütünlüğüne saygı gösterir ve onunla empati kurar. Böylelikle müracaatçısının iyiliği ve huzuru için çalışır. Saygı ve empati arasındaki bağı kavrayan sosyal hizmet uzmanı müracaatçıları mülakat sürecinde oluşabilecek psikososyal incinmelerden korur.

Acil servisin ve hastanelerin kasvetli havası düşünülürken müracaatçının duygularına saygı duyulması ve müracaatçıya duyulan saygının anında iletilmesi müracaatçının mülakata başlamadan önce rahatlamasını sağlar. Koşulsuz kabul ile müracaatçıyı olduğu gibi tüm yönleriyle kabul etmek, yargılamamak gerekir çünkü saygının başlangıcı koşulsuz kabuldür. Koşulsuz kabul edilmeyen müracaatçıyla acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatı gerçekleştirilmemelidir. Müracaatçı acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatında sosyal hizmet uzmanı tarafından kabul görmezse saygı kavramından bahsedilemez, saygı olmadan empati yapılamaz.

Doğru empatik tepki veren bir profesyonelin mülakat sürecine mesleki bilgi ve becerilerini (etkili kullandığı beden dili, mimikleri, jestleri ve ses tonuyla) tiyatral bir ustalıklarla yansıtmaları beklenir (Tuncay ve İl, 2009). Travma veya kriz yaşayan insanlarla mülakat sürecinde amaca uygun olarak kendinden örnekler vermek, baş ve yüz hareketlerini uygun bir şekilde kullanmak ya da ses tonunu uygun bir şekilde ayarlamak, dinleyerek ilgili olduğunu göstermek, gülümsemek, takdir etmek ve sıcak olmak sosyal hizmet uzmanının empatik tepki vermesine olanak sağlar. Sempatiden uzak duran empati ve saygı temelli bir acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatı; sosyal hizmet uzmanı-müracaatçı etkileşiminin güvenini kaliteli şekilde tesis eder.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı olarak acil servise başvuran bireylerin yaşadığı travmaları, tecrübe ettikleri kriz ortamını görmezden gelemeyiz. Sadece bu profesyonel hassasiyet için bile müracaatçıyı koşulsuz kabul etmek önemlidir ancak müracaatçıyı kabul etmek onun olumsuz davranışlarına onay vermek anlamına gelmez. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı müracaatçısının antisosyal davranışlarının üstünü çizerek gerçek kabullenme sergilemeli ve olumlu bir yaklaşım göstermelidir. Örneğin acil serviste fark edilen bir adölesan gebe ya da istismar vakasında sosyal hizmet uzmanı, mağdur/mağdurenin güvenliğine yönelik tedbirleri aldıktan sonra birey olarak onun ne kadar değerli ve önemli olduğunu vurgulayan açıklamalar yapmalıdır. Onun yanında olduğunu, ona saygı duyduğunu hissettirmelidir. Daha sonra sosyal hizmet uzmanı amaç oluşturarak müracaatçıda değişimi sağlamalı, müracaatçının kendine olan saygısını geliştirmesine ve kendi gücünü ortaya çıkarmasına yardımcı olmalıdır.

Mülakat sürecinde müracaatçıyı kabul edemeyen sosyal hizmet uzmanının kendisine de saygı duyması beklenemez. Saygıyı iletebilmek için sosyal hizmet uzmanı empati kurar. Saygı; müracaatçının ayrı bir birey olarak, düşünce, duygu ve eylemlerinde özgür olduğunun kabul edilmesi ve bu durumun müracaatçıya iletilmesi ile ilgilidir. İlaveten saygı müracaatçının gizil güçlerine ve değerlerine inanma olarak açıklanabilir.

Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahale sürecinde anahtar bileşenlerden olan empati ve saygı, yardım ilişkisinde müracaatçının güçsüzlüğünü engeller, sorular karşısında direncini kırar. Dolayısıyla acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesinde ve mülakatında dikkat edilmesi gereken durumların başında yer alan empati ile saygı, sosyal sorunların çözümlenmesinde ve kişiler arası ilişkilerin düzenlenmesinde, olumlu terapötik veya olumlu kişilerarası ilişkilerde bulunması gereken temel koşullardandır. Empati ve saygı kavramları tüm insani yardım sunan mesleklerde hayati öneme sahiptir (Keefe, 1976).

4.DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR-II: KENDİ KADERİNİ TAYİN HAKKI

Sosyal hizmetin etkinlik odağı birey ve çevresi arasındaki etkileşimdir. Bu etkileşimin seviyesi bireylerin toplum içindeki işlevsellik yeteneğini belirler. Sosyal hizmet uzmanları, bireylerin sosyal işlevselliklerini geliştirmek için yardım ilişkisi kurarlar. Ayrıca birey, aile, grup, örgüt ve toplumların sosyal refahını yükseltmek amacıyla mesleki müdahaleler tasarlarlar. Sosyal hizmet uzmanının bireylerle kurduğu yardım ilişkisinde ve tasarladığı mesleki müdahalelerde bir takım ana nitelikler mevcuttur. Yardım ilişkisinde başvuru ve mesleki müdahalede kullanılan ana niteliklerden birisi de kendi kaderini tayin hakkıdır.

Kendi kaderini tayin hakkı, sosyal hizmet profesyonelleri tarafından sosyal hizmet değeri olarak öne sürülmektedir. Müracaatçının kendi kararlarını oluşturmasını, yardım ilişkisinde rol oynamasını ve yaşam tercihlerini belirlemesini içerir (Weick ve Pope, 1988). Kendi kaderini tayin hakkı profesyonel bir şifre ve sosyal hizmet uzmanının her türlü gayretinin hedefi olarak mülakat sürecinde müracaatçıya hizmet eder.

Acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatlarında karar verici konumda sosyal hizmet uzmanı varmış gibi gözükse de, karar vericinin kişisel, sosyal, ekonomik ve kültürel özelliklerinin mülakat sürecinin tamamını doğrudan veya dolaylı olarak etkileme riskinin müracaatçının kendi kaderini tayin hakkını ihlal etmesi tercih edilmez. Mesleki mülakat bir teknik ve klinik sosyal hizmet uygulamasında tıbbi sosyal hizmet uzmanının sahip olması gereken temel bir beceridir. Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesinde tıbbi sosyal hizmet uzmanı bu becerisini kullanırken muhtemelen örseleyici bir yaşam deneyimi ile sarsılan müracaatçıya da kendi yaşamı hakkında seçenekler oluşturmalıdır.

Acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatında müracaatçı kendi kaderini tayin etmesi konusunda cesaretlendirilmelidir. Müracaatçının mülakata katılımı sağlanmalıdır. Müracaatçının girişimlerine saygı duyulmalıdır. Tüm mesleki ilişki sürecinde olduğu gibi sorunun çözümünde de müracaatçı aktif olmalıdır. Zorunlu durumlarda bile sosyal hizmet uzmanının müracaatçının davranışlarını ve kararlarını kontrol etme yetkisi sınırlıdır. Şöyle ki, bireyle çalışma yönteminin amacı başvuruları en kısa zamanda bağımsız, yani kendisini yönetebilecek duruma getirmektir. Diğer bir anlatımla, birey kendi kendine yeterli düzeye geldiği zaman geçici olarak sosyal hizmet uzmanına tanınmış olan bazı yetkiler hemen müracaatçıya iade edilmelidir.

Bu bağlamda sosyal hizmet mülakatlarında kendi kaderini tayin hakkının etkinliğine yöneltilen eleştiriler de söz konusudur (Şahin, 2009; Rothman ve diğ., 1996) ve bu eleştiriler kendi kaderini tayin hakkının kullanımı noktasında acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi için de geçerliliğini korumaktadır:

- Bazı bireyler kendi kaderini tayin ve verdiği kararlarının sorumluluğunu alma noktasında yetersiz olabilirler. Yine bazı bireyler, seçenekler oluşturma konusunda kararsız kalabilirler.
- Aile statüsü, yasalar, bürokratik yönergeler, ekonomik koşullar gibi çevresel faktörler müracaatçının tercihlerini kısıtlayabilir.
- Bir insan ve uygulayıcı olarak sosyal hizmet uzmanlarının bakış açıları, olayları ele alış biçimleri ve sosyokültürel değerleri birbirinden farklı olabilir. Dahası bireysel nitelikte daha etkili değerler kendi kaderini tayin hakkının önüne geçebilir. Sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilemelerinden biri müracaatçı hakkında biri tarafından kararların verilmesi veya müracaatçıya kendi kaderini tayin hakkının kullanımı ile ilgili sosyal hizmet uzmanınca çelişki yaşatılmasıdır (Çifci ve Gönen, 2011).
- Bazı müracaatçılar (çocuklar, akıl sağlığı yerinde olmayan bireyler vb.) bir eylemin yaptırımını anlamayabilirler ya da sağlam yargılama yapmak için gerekli zihinsel kapasiteden yoksun olabilirler. Bu yüzden kendileri ve çevresindeki bireyler için zararlı olabilecek tercihlerde bulunabilirler. Bu gibi durumlarda sosyal hizmet uzmanının vereceği karar müracaatçının kendi kaderini tayin hakkının önüne geçebilir (Sheafor ve Horejsi, 2014: 99).
- Hakları savunuculuğu gerektiren durumlarda, kendi kaderini tayin hakkını sosyal hizmetin diğer ilkelerinden daha üstün görmek sınırlı sosyal hizmet müdahalesinin ortaya çıkmasına neden olur (Şahin, 2009; Rothman ve diğ., 1996).

Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesinde sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçının kimi zaman düşüncelerinin, algılarının, ihtiyaçlarının ve rollerinin farklı olması, karşılıklı olmayan bir

ilişkiyi beraberinde getirir. Örneğin sosyal hizmet uzmanı müracaatçısını korumak isterken müracaatçı içinde bulunduğu durumdan utanabilir ya da ortamdan uzaklaşmak isteyebilir. Özellikle tıbbi sosyal hizmet uzmanının belli görevleri yerine getirme konusundaki sorumluluğu, kendisine birtakım ayrıcalıklar sağlar iken müracaatçının kendi kaderini tayin hakkını da sıkıntıya sokabilir. Acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatında bazı konularda sosyal hizmet uzmanının görüşme içeriğini belirleme hakkı daha fazla olabilir ve müracaatçının seçim hakkının olmadığı sorular sorabilir.

Bütün sosyal hizmet mülakatlarının doğası gereği bu durum yardım ilişkisinde insiyatif almanın bir getirisidir. Ayrıca sosyal hizmet mülakatını normal bir sohbetten ayıran yegâne farktır. Öte yandan bir sohbet, tarafların benzer soruları sorma fırsatı vardır ve sohbetin konusuna eşit şekilde karar verme yetkileri söz konusudur. Bilhassa acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatında ise krize müdahale ve hızlı tedbirler alma kaygısı mevcuttur.

Kendi kaderini tayin hakkı, özgürlük ve özerklikle aynı ölçüde olmayan ancak yoğunlukla onlarla ilgisi bulunan ilginç bir kavramdır. Mesleki açıdan etik bir ilke ve değerli bir araç olsa da acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakat sürecinde tıbbi sosyal hizmet uzmanının davranış biçimleri ile ilişki içindedir. Kendi kaderini tayin hakkı müracaatçının bağımsız bir seçim yapmasına izin verirken müracaatçıya sunulan sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar genellikle bir hastane aracılığı ve tıbbi sosyal hizmet birimi desteği ile şekillendirildiği için otorite yapısı içinde düşünülür. Otoritenin konumu müracaatçıları baskı altına alır (Spicker, 1990).

Kendi kaderini tayin hakkı birbiri ile bağlantılı değerler ve fikirler dizisi şeklinde mesleki bir ideoloji olarak görülebilir. Aynı zamanda bireysel ve çevresel faktörlerin kendi kaderini tayin hakkındaki rolü de göz ardı edilmemelidir (Wehmeyer ve Bolding, 2001). Yaşam kalitesinin artmasıyla bireylerin kendi kaderini tayin hakkının kullanımına daha çok başvurduğu bilinir. Dolayısıyla yaşam kalitesi ile kendi kaderini tayin hakkının kullanımına başvurma arasında pozitif korelasyon bulunur (Nota ve diğ., 2007). Yoğun bir biyopsikososyal kaygı ile acil servise gelen müracaatçının en azından kendi kaderini tayin hakkının kullanımına başvurması yaşam kalitesinde bir ölçüde artışı tetikleyecek ve müracaatçının toparlanmasına imkân sağlayacaktır.

Kendi kaderini tayin hakkının örgütsel davranış ile ilişkisi de bulunmaktadır. Örgüt kültürüne uygun davranışta dışsal motivasyonların içsel motivasyon üzerinde etkileri bulunur (Gagne ve Deci, 2005). Bireyin bağımsız kararlar vermesi, iş ve sosyal yaşamda dâhil olduğu organizasyonlar ya da kuruluşların genel eğilimi ile paralellik gösterebilir. İlaveten bir örgüt veya sosyal organizasyona dâhil olsun ya da olmasın bireylerin kendisine ait olan bilginin ve kararların nasıl, ne zaman ve ne kadarını diğer insanların öğrenmesi gerektiğine de karar verme hakkı olmalıdır. Bu bakış açısı acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatında travmayı veya krizi tecrübe eden bireyler için işlevsel bir detaydır.

Sosyal güçten ve kendi başına karar verme alışkanlığından yoksun olan bireyler için kendi kaderini tayin hakkı ayrıca önemli bir konudur. Bilhassa sağlık alanında bu bireyler adına hasta hakları bildirgesi ile kendi kaderini tayin hakkı ayrıntılı olarak düzenlenmiş ve Ekim 2005'te Santiago bildirgesi ile hastaların kendi kaderini tayin hakkı olduğu açıkça belirtilmiştir (Önal, 2012). Tıbbi sosyal hizmet uzmanı acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatında zorlansa dahi mesleki yaklaşımıyla müracaatçının kendi kaderini tayin hakkına saygı duyduğunu sezdirmeli, onun bu hakkını desteklemelidir. Sosyal hizmet uzmanının böylesi bir yaklaşım sergilemesi müracaatçının kendi, ailesi, sorunları ve yaşamı ile ilgili karar verme gücünü artıracak, dolayısıyla verdiği kararın sorumluluğunu da müracaatçıya yükleyecektir.

Müracaatçının sorumluluk alması; istedik, beklenen, arzulanan değişimin içsel güdülenmeye dayanması nedeniyle daha kalıcı olacağı anlamına gelmektedir (Sheafor ve Horejsi, 2014: 99). Zaten kendi yaşamının sorumluluğunu almak istemeyen, aktif katılım sunmayan bir müracaatçı ile yapılan acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatının amaçları ve hedefleri bakımından sekteye uğraması da pek muhtemel gözükmektedir. Bu mülakatlar sadece dayatma mesleki planlardan öteye gitmemektedir. Aksi bir durum ise şu noktada ortaya çıkmaktadır. Kendi kaderini tayin hakkı, pek çok eylem yolu arasında müracaatçının alternatiflerinin olduğunu fark etmesidir ama acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahale ortamında bazen pek çok eylem yolu bulunmayabilir. Eğer tek bir eylem yolu var ise bir tercihten ve kendi kaderini tayin hakkından bahsetmek de zaten yersiz olacaktır (Zastrow, 2015: 141). Acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatında alternatiflerin olmaması ve yasal mecburiyetin bulunması ile kendi kaderini tayin hakkının kullanımını karıştırmamak gerekir.

Sosyal hizmet mesleği pek çok açıdan diğer meslekler ile farklılık gösterir. Avukatlık, hekimlik, mühendislik gibi mesleklerde profesyonel kendisine başvurana ne yapması gerektiğini söylemektedir. Başvuranın karar verme süreci genelde karşısındaki profesyonelin tavsiyesi ile şekillenir (Zastrow, 2015: 141). Sosyal hizmette ise, sosyal hizmet uzmanları ast-üst ilişkisinden çok eşitlikçi bir ilişkiyi, daha doğrusu bakış açısını tercih ederler. Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi söz konusu olsa bile sosyal hizmet uzmanının yetkinliği; müracaatçı için neyin iyi olup olmadığını bilmesinde değil bireylerin kararlar alması ve onları yürürlüğe koymasında sunduğu destek ile şekillenir.

5.DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR-III: ACİL SERVİS TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜLAKATINI SONLANDIRMA

Sosyal hizmet uzmanlarının büyük çoğunluğu kamu ya da özel kurumlarda zamanlarının önemli bir bölümünü bireysel müdahaleler gerçekleştirerek sürdürürler. Pek çok insan bazen kendi başına çözemediği sorunlarla karşılar. Bazen bu sorunların çözümünde diğer aile

üyeleri, akrabalar, arkadaşlar, eş dost yardım edebilir. Bazen insanlara yardım etmesi için işini çok daha iyi bilen profesyonellere ihtiyaç duyulur (Zastrow, 2015: 104).

Bu profesyoneller, sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıların kişisel ve sosyal sorunlarının çözümü için ortak bir düzlemde onlarla yüz yüze gelerek yine ortak eylemlerle mücadele verirler. Acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatları, sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıları ile birlikte deneyimlediği travmaların, krizlerin, ortak eylemlerin, yüz yüze ve anında sorun çözme etkileşiminin kısa bir tanımıdır. Tanımın kısa olması acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatlarında sosyal hizmet uzmanı-müracaatçı ilişkisinin, diğer sosyal hizmet mülakatlarına oranla daha hızlı bir sonlandırma becerisine ihtiyacı olabileceği görüşünü de gerekli kılmaktadır.

Belirli sayıda seansı içeren planlı kısa süreli sosyal hizmet müdahaleleri dışında çoğu sosyal hizmet uzmanı mülakatlarında yardım temasının beklenen uzunluğu hakkında fikir sahibi değildir. Ek olarak, acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatlarında da yardım temasının beklenen uzunluğu sadece planlanan krize müdahale uygulamasında bellidir. Diğer taraftan müdahalenin aciliyeti, yardım temasının beklenen uzunluğunu kestirmeye engeldir. Sıklıkla acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatları ilerledikçe müracaatçının belirgin olmayan ilave sorunları yüzeye çıkar. İnsan yaşamının öngörülemez seyri ele alındığında müracaatçının belirgin olmayan sorunlarının yüzeye çıkması, yeni stresler, müracaatçının isteği ve tıbbi sosyal hizmet uzmanının hizmet sunumuna devamı mülakatların süresini ve sayısını, kısacası uzunluğunu etkileyebilir.

Acil servislerde tıbbi sosyal hizmet uzmanının kendi duyguları kendi kararını belirleyebileceği için müracaatçının bulunduğu yerden başlama ilkesi eğer müracaatçı ile sonlandırmaya karar verilmez ise gerçekleştirilememiş olur. Bu ihtimal acil servis ortamlarında yoğunlukla tecrübe edilse de “Ne kadar gelişme ve değişim yeterlidir?” sorusu sosyal hizmet uzmanının aklını kurcalar. Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalelerinde müracaatçı mülakat sürecini sonlandırmak istiyorsa ve bir miktar ilerleme kaydetmişse, o zaman sonlandırma kararını almak kolaydır. Bununla birlikte müracaatçı sonlandırmaya hazır olmadığında, travma ve krizin şiddeti yüksek ise sonlandırma kararının verilmesi objektif düşünebilme becerisi gerektirir (Webb, 1985).

6.SONUÇ

İnsan hayatı bir travma ile krize dönüşebilir. Bu krizin tetiklemesiyle de insanın olağan düzeni bozulabilir. Düzenin bozulması belirli bir süre devam eder ve yeni başatma araçları bularak insan travma sonrası atlattığı kriz sayesinde yaşamını yeniden düzenler. Sosyal hizmet uzmanlarının acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi bu döngü sonunda bireylerin yeni duruma uyum sürecinin güçlendirilmesine yönelik çalışmaları içerir. Nitekim acil servis tıbbi

sosyal hizmet müdahalesi ve mülakatı, müracaatçıları güçlendirmeye yönelik tasarlanan profesyonel uygulamalar arasındadır.

Türkiye’de tam anlamıyla acil servislerde tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailesi lehine savunuculuk yaparak müracaatçıların gereksinimlerine uygun hastane ile toplum kaynaklarına erişebilme savaşı verir. Duyan (1996: 133) acil servislerde sosyal hizmet uzmanlarının tedavi planı ve iyileşme konuları ile ilgili karar verme süreçlerine hasta ve ailesinin katılımını sağladığını özellikle vurgulamaktadır. Acil servislerde sosyal hizmet uzmanlarının üzerinde bulunan bu misyon aslında acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesinin sınırlarını çizmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları acil servis ortamında çocuk, engelli, kadın, yaşlılara yönelik fiziksel ya da cinsel istismar vakaları, intihar girişimi, kayıp ve yas süreci deneyimleme gibi durumlarla sıklıkla yüzleşir. Bu durumlarda hastanın ve ailesinin karşılaşabileceği riskler acilen değerlendirilir. Hasta ve ailenin güvenliğini, gizliliğini korumak, kolluk kuvvetleri ve yargı dışında diğer kişilerle bilgi paylaşılmamasına özen göstermek önemlidir. Yasal bildirimlere, tutanakların kaydedilmesine, krizin hasta ve aile üzerindeki etkisine dikkat edilmelidir.

Acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatlarında gereğinden fazla duygusallık, müracaatçıyı kabul etmemek, müracaatçıya saygı duymamak, sempatiye kaymak, empati kavramından uzaklaşmak ve müracaatçının kendi kaderini tayin hakkının kullanımını engellemek beraberinde birçok tehlikeyi getirmekte ve sosyal hizmet uzmanının yeterli düzeyde yardım sağlama kabiliyetini azaltmaktadır. Ne var ki acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatlarında esas olan müracaatçı için değil müracaatçı ile birlikte bir duygusal deneyim yaşanmasıdır.

Sosyal hizmet uzmanlarının önemli görevlerinden biri de sosyal hizmet mülakatlarında bireylerin karar verme güçlüklerinin giderilmesine yardımcı olmaktır. Onlar, müracaatçıların kendi kaderini tayin etmelerini teşvik ederler ancak konu acil müdahale olduğu vakit bu amaçlarda esnemeler söz konusu olabilmektedir. Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahalesi esnasında müracaatçının yaşadığı travmanın veya krizin şiddetine göre sosyal hizmet mesleki becerileri ya berraklaşır ya da uygulamada muğlak bir kullanım ortaya konabilir. Yine de acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatlarında tıbbi sosyal hizmet uzmanı müracaatçının kendi kaderini tayin hakkı ile ilgili en önemli işlevinin bireyin yerine karar vermek değil, bireyin kendisi için en doğru kararı vermesine yardımcı olmak kisvesiyle şekillendiğini unutmamalıdır.

Müracaatçı ve sosyal hizmet uzmanı, aralarındaki temasın sona ereceği konusunda bazı anlayışlara ulaştığında ise sonlandırma kavramı, acil servis tıbbi sosyal hizmet mülakatının ve müdahale sürecinin bir aşaması haline gelir. Bu noktada, terapötik etkileşimin niteliği ve içeriği, artan aktivite varlığı, mülakat sürecinin yorucu etkilerini ve mülakat ilişkileri dışında yaşamın yeniden yönlendirilmesi değerlendirilebilir. Acil servislerde tıbbi sosyal hizmet uzmanları mülakat sürecinde müracaatçıları için beklenen değişimleri sağlamaya yardımcı olduklarında

mesleki becerilerini kurumsallaştırmış, haliyle görüşmeyi sonlandırma için de hazırlığını eksiksiz tamamlamış olur.

KAYNAKÇA

- Andren, K. G. ve Rosenqvist, U. (1985). Heavy users of an emergency department: Psycho-social and medical characteristics, other health care contacts and the effect of a hospital social worker intervention. *Social Science & Medicine*, 21(7), 761-770.
- Auerbach, C. ve Mason, S. E. (2010). The value of the presence of social work in emergency departments. *Social Work in Health Care*, 49(4), 314-326.
- Auerbach, C., Mason, S. E. ve Laporte, H. H. (2007). Evidence that supports the value of social work in hospitals. *Social Work in Health Care*, 44(4), 17-32.
- Bıçakçı, S. (2014). *Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesi erişkin acil servisine 72 saat içerisinde aynı/ilişkili şikâyetle yapılan tekrar başvuruların özellikleri*. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Bristow, D. ve Herrick, C. (2002). Emergency department: The roles of the nurse case manager and the social worker. *Continuing Care*, 21(2), 28-29.
- Çıfci, G. E. ve Gönen, E. (2011). Sosyal hizmet uygulamalarında etik karar verme süreci. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 22(2), 149-160.
- Çoban, A. İ. (2017). Acil servis birimlerinde sosyal hizmet uygulamaları. İçinde: S. Attepe Özden ve E. Özcan (Eds.), *Tıbbi sosyal hizmet* (ss. 159-170). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Çolak, Ü. (2012). Türkiye'deki adölesan gebelikler. *Eğitim Dergisi*, 33(1), 1-6.
- Dede, E. (2018). *Hastanede genel sosyal hizmet uygulamaları*. 1 Temmuz 2018 tarihinde http://www.manevisosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2009/09/hastane_sosyal_hizmet.pdf web adresinden erişildi.
- Demirgöz, M. ve Canbulat, N. (2008). Adölesan gebelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(6), 947-952.
- Duyan, V. (1996). *Tıbbi sosyal hizmet: Sağlıkta psiko-sosyal boyut*. Ankara: 72TDFO Yayıncılık.
- Feldman, B. N. ve Freedenthal, S. (2006). Social work education in suicide intervention and prevention: An unmet need?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 467-480.
- Fusenig, E. (2012). *The role of emergency room social worker: An exploratory study*. Master of social work research paper, St. Catherine University, Minnesota.
- Gagne, M. ve Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362.

- Gökçe, B., Özşahin, A. ve Zencir, M. (2007). Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: A population-based case-control study. *Journal of Biosocial Science*, 39(2), 301-311.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2013). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA / 2013 - Yayın No: NEE-HÜ.14.01)*. 23 Ekim 2018 tarihinde http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf web adresinden erişildi.
- İncesu, E., Beylik, U. ve Küçükkendirci, H. (2016) Acil servis sağlık hizmetlerinde başvuru tekrarı sorunu: Türkiye de bir devlet hastanesi acil servis araştırması. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, 53, 1-13.
- Joe, S. ve Niedermeier, D. (2006). Preventing suicide: A neglected social work research agenda. *British Journal of Social Work*, 38(3), 507-530.
- Kâhil, A. ve Palabıyıkoglu, N. R. (2018). İkincil travmatik stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 59-70.
- Keefe, T. (1976). Empathy: The critical skill. *Social Work*, 21(1), 10-14.
- Malkinson, R. (2007). *Cognitive grief therapy*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Malone, R. E. (1995). Heavy users of emergency services: Social construction of a policy problem. *Social Science & Medicine*, 40(4), 469-477.
- Melekoğlu, R., Evrûke, C., Kafadar, T., Mısırlıoğlu, S., Büyükkurt, S. ve Özgünen, F. T. (2013). Adölesan gebeliklerin perinatal sonuçları. *Journal of Turkish Society of Obstetrics & Gynecology*, 10(4), 213-219.
- Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S. ve Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 850-865.
- Önal, G. (2012). Hasta haklarının anatomisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 7-14.
- Özbek, M. (2005). İnsan ilişkilerinde empatinin yeri ve önemi. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 49, 568-587.
- Rothman, J., Smith, W., Nakashima, J., Paterson, M. A. ve Mustin, J. (1996). Client self-determination and professional intervention: Striking a balance. *Social Work*, 41(4), 396-405.
- Saruç, S. (2017). Kadın doğum hastanelerinde sosyal hizmet uygulamaları. İçinde: S. Attepe Özden ve E. Özcan (Eds.), *Tıbbi sosyal hizmet* (ss. 147-158). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Serpen, A. S. ve Hasgül, E. (2015). Sosyal hizmet uygulamalarında empatinin önemi ve yardım ilişkisi üzerindeki etkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 35(1), 37-52.
- Sheafor, B. ve Horejsi, C. (2014). *Sosyal hizmet uygulaması: Temel teknikler ve ilkeler* (Birinci basım). Ankara: Nika Yayınevi.
- Spicker, P. (1990). Social work and self-determination. *The British Journal of Social Work*, 20(3), 221-236.
- Şahin, F. (2009). Sosyal hizmette kendi kaderini tayin hakkı. *Aile ve Toplum*, 5(19), 87-98.

- Şeker, A. (2017). Etik bağlamda tıbbi sosyal hizmet ve hasta hakları. İçinde: S. Attepe Özden ve E. Özcan (Eds.), *Tıbbi sosyal hizmet* (ss. 15-32). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Tıbbi sosyal hizmet uygulama yönergesi*. 25 Temmuz 2018 tarihinde <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0> web adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Acil hizmetler raporu*. 23 Ekim 2018 tarihinde <http://www.eajem.com/sayilar/244/buyuk/EAJEM-Ozel-Sayi.pdf> web adresinden erişildi.
- Teater, B. (2014). *An introduction to applying social work theories and methods* (Second edition). Berkshire: Open Universtiy Press.
- TUİK / Türkiye İstatistik Kurumu. (2018a). *Yaş grubuna göre ilk defa evlenen sayısı: Kadın yaş gurubu 16-19*. 14 Kasım 2018 tarihinde <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr> web adresinden erişildi.
- TUİK / Türkiye İstatistik Kurumu. (2018b). *İkametgâh yerine göre doğum sayısı: Annenin yaş grubu 15-19*. 14 Kasım 2018 tarihinde <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr> web adresinden erişildi.
- TUİK / Türkiye İstatistik Kurumu. (2018c). *Anne yaş grubuna göre doğumlar*. 14 Kasım 2018 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060# web adresinden erişildi.
- Tuncay, T. ve İl, S. (2009). Sosyal hizmet uygulamasında empatiyi yeniden düşünmek, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 39-56.
- Turan, N. (2012). *Birey ve ailelerle sosyal hizmet* (Birinci baskı). Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Genel Merkezi.
- Webb, N. B. (1985). A crisis intervention perspective on the termination process. *Clinical Social Work Journal*, 13(4), 329-340.
- Wehmeyer, M. L. ve Bolding, N. (2001). Enhanced self-determination of adults with intellectual disability as an outcome of moving to community-based work or living environments. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(5), 371-383.
- Weick, A. ve Pope, L. (1988). Knowing what's best: A new look at self-determination. *Social Casework*, 69(1), 10-16.
- Yorulmaz, M., Karaalp, F., Bükecik, N. ve Özyılmaz, A. F. (2017). Acil servise tekrar başvuru oranı değerlendirmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 14, 92-99.
- Zastrow, C. (2015). *Sosyal hizmete giriş* (3. Baskı). Ankara: Nika Yayınevi.
- (2004). 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu. 23 Ekim 2018 tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> web adresinden erişildi.