

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SOSYAL  
HİZMET UYGULAMALARI**

**Emre KOL  
(Yüksek Lisans Tezi)**

**Eskişehir-2009**

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SOSYAL HİZMET  
UYGULAMALARI**

**Emre KOL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı**

**Danışman: Prof. Dr. Ömer Zühtü ALTAN**

**Eskişehir**

**Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**Haziran 2009**

**YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZÜ****TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞLETMELERİN’DE SOSYAL HİZMET  
UYGULAMALARI****Emre Kol****Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı  
Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haziran 2009****Danışman: Prof. Dr. Ömer Zühtü Altan**

Sosyal hizmet mesleği temelde insanı ve onun refahını merkez almaktadır. Sosyal hizmet insanlığın var oluşundan beri varlığını sürdürmektedir. Ancak bugünkü anlamıyla sosyal hizmet uygulamasına 19. yüzyılda başlanmıştır. Sosyal hizmetin en önemli alanlarından tıbbi sosyal hizmet ise, sağlık alanında geçen yüzyılın başından itibaren uygulanmaya başlamıştır. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, sağlık hizmetlerinin tamamlayıcısı ve destekleyicisi olmuşlardır.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmete ilişkin temel kavramlara yer verilmiştir. İkinci bölümde genelci sosyal hizmet yaklaşımı ve bu yaklaşımın kuramsal temelleri vaka örnekleri ile birlikte irdelenmiştir. Üçüncü bölümde ise, tıbbi sosyal hizmet konusunda alan yazında yer alan bilgilerin Türkiye’de sağlık kuruluşlarındaki uygulamalara ne ölçüde yansıdığını irdelenmek amacı ile Ankara ve Eskişehir’deki devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerdeki sosyal hizmet uygulamalarına yönelik görüşlerinin incelendiği bir araştırmaya yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sosyal Hizmet, Tıbbi Sosyal Hizmet, Genelci Sosyal Hizmet.

**ABSTRACT****SOCIAL WORK PRACTICES IN HEALTH CARE INSTITUTIONS  
OPERATING IN TURKEY****Emre Kol****Labor Economics and Industrial Relations Major****Anadolu University Social Sciences Institute, June 2009****Advisor: Prof. Dr. Ömer Zühtü Altan**

Social work mainly focus on human beings and their welfare. However the history of social work dates back to the existence of humankind, the contemporary meaning of this profession was composed during the 19th century. As being one of the major branches of social work; medical social work practices begun at the beginning of the last century.

This study is consisting of three main parts. In the first part; fundamentals of social work and medical social work has been identified. The second part mainly focused on generic social work approach and the theoretical foundations of this concept. The discussion has been supported with relevant case studies. An exploratory qualitative analysis conducted in order to compare the literature-based knowledge on social work with the social work practices conducted in the health care institutions located in Ankara and Eskişehir, Turkey.

**Key Words:** Social Work, Medical Social Work, Generic Social Work.

## JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Emre KOL'un, "Türkiye'de Sağlık İşletmelerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları" başlıklı tezi **22 Haziran 2009** tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, **Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri** Anabilim Dalında, **yüksek lisans tezi** olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Ömer Zühtü ALTAN

Üye : Prof.Dr.H.Nüvit GEREK

Üye : Prof.Dr.Enver ÖZKALP

imza  
.....  
.....  
.....

  
Prof.Dr.Ramazan GEYLAN  
Anadolu Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

## ÖZGEÇMİŞ

Emre Kol

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

Yüksek Lisans

### Eğitim

Lisans 2004 Kocaeli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma  
Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri  
Lise 1997 Lafarge Aslan Çimento Endüstri Meslek Lisesi

### İş

2005- Araştırma Görevlisi, Anadolu Üniversitesi

### Kişisel Bilgiler

Doğum Yeri ve Yılı: Gebze/1980 Cinsiyet: Erkek Yabancı Dil: İngilizce

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZ</b> .....	ii
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI</b> .....	iv
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	v
<b>GİRİŞ</b> .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SOSYAL HİZMET KAVRAMI VE TIBBİ SOSYAL HİZMET

<b>1. SOSYAL HİZMET KAVRAMI</b> .....	3
1.1. Sosyal Hizmetin Tanımı.....	3
1.2. Sosyal Hizmetin İlkeleri.....	6
1.3. Sosyal Hizmetin Amacı.....	7
1.4. Sosyal Hizmetin Kapsamı.....	8
1.5. Sosyal Hizmetin Dünyadaki Tarihsel Gelişimi.....	8
1.6. Sosyal Hizmetin Türkiye’deki Gelişimi.....	13
1.7. Sosyal Refah ve Sosyal Hizmet İlişkisi.....	17
1.8. Sosyal Hizmetin Diğer Sosyal Bilim Dalları İle İlişkisi.....	20
1.8.1. Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet İlişkisi.....	20
1.8.2. Sosyal Güvenlik ve Sosyal Hizmet İlişkisi.....	22
1.8.3. Sosyoloji ve Sosyal Hizmet İlişkisi.....	23
1.8.4. Psikiyatri ve Sosyal Hizmet İlişkisi.....	24
1.8.5. Psikoloji ve Sosyal Hizmet İlişkisi.....	25
<b>2. SOSYAL HİZMETİN TEMEL ALAN OLARAK TIBBİ</b>	
<b>SOSYAL HİZMET</b> .....	26
2.1. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tanımı.....	26
2.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Kapsamı ve Önemi.....	28
2.3. Tıbbi Sosyal Hizmetin Dünyadaki Tarihsel Gelişimi.....	29

2.4. Tıbbi Sosyal Hizmetin Türkiye’deki Gelişimi .....	32
2.5. Tıbbi Sosyal Hizmetin Rolü .....	34
2.5.1. Hastanelerde Sosyal Hizmet .....	34
2.5.2. Sosyal Hizmet ve Aile Sağlığı .....	36
2.5.3. Temel Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Sosyal Hizmet .....	37
2.5.4. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Geleceği .....	38

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENELCİ SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI

1. GENELCİ SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMININ TANIMI .....	39
2. GENELCİ SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMININ ORTAYA ÇIKIŞI .....	41
3. GENELCİ SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMININ KURAMSAL TEMELLERİ .....	41
3.1. Sistem Yaklaşımı .....	42
3.2. Ekosistem Yaklaşımı .....	44
3.3. Güçler Yaklaşımı .....	46
4. SOSYAL HİZMET UYGULAMA DÜZEYLERİ .....	48
4.1. Bireylerle Sosyal Çalışma .....	49
4.2. Ailelerle Sosyal Çalışma .....	50
4.3. Gruplarla Sosyal Çalışma .....	52
4.4. Toplumla Sosyal Çalışma .....	54
5. SOSYAL VAKA ÇALIŞMASI .....	56
5.1. Sosyal Vaka Çalışmasının Tanımı .....	56
5.2. Sosyal Vaka Çalışmasının Tarihi .....	57
5.3. Uygulama Çerçevesi .....	59
5.3.1. Amaç .....	59
5.3.2. Sosyal Hizmet Değerleri .....	59
5.3.3. Onaylar .....	60
5.3.4. Bilgi .....	61



<b>5.4. Sosyal Vaka Çalışması Yöntemleri</b> .....	<b>61</b>
5.4.1. Psiko-Sosyal Model.....	62
5.4.2. Fonksiyonel Model.....	64
5.4.3. Problem Çözme Modeli.....	66
5.4.4. Davranış Değişirme Modeli.....	67
5.4.5. Görev Odaklı Model.....	69
<b>5.5. Sosyal Vaka Çalışmasında Sorunlar</b> .....	<b>71</b>
5.5.1. Sorun Çözme Süreci.....	72
5.5.2. Sorun Çözme Sürecinin Aşamaları.....	73
5.5.3. Sorun Çözme Sürecinin Psiko-Sosyal Yönü.....	74
5.5.4. Aile İlişkilerinin Geliştirme.....	75
5.5.5. Aile Üyeleri Arasındaki Etkileşimi Geliştirme.....	78
<b>5.6. Sosyal Vaka Çalışması Süreci</b> .....	<b>78</b>
5.6.1. İnceleme.....	79
5.6.2. Değerlendirme.....	79
5.6.3. Müdahale.....	80
5.6.4. Sonuç.....	82
<b>5.7. Vaka Örnekleri</b> .....	<b>82</b>
5.7.1. Psiko-Sosyal Model.....	83
5.7.2. Görev Merkezli Vaka İncelemesi.....	84
5.7.3. Davranış Değişirme.....	86

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

<b>1. ARAŞTIRMANIN AMACI</b> .....	<b>88</b>
<b>2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ</b> .....	<b>89</b>
<b>3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI</b> .....	<b>89</b>
<b>4. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ</b> .....	<b>90</b>

<b>5. ARAŞTIRMAYA KATILAN SOSYAL HİZMET UZMANLARI</b> .....	<b>90</b>
<b>6. BULGULAR</b> .....	<b>91</b>
<b>6.1. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Faaliyetleri</b> .....	<b>92</b>
<b>6.1.1. Sosyal İnceleme Raporu</b> .....	<b>93</b>
<b>6.1.2. Sosyal Faaliyetler</b> .....	<b>94</b>
<b>6.1.3. Yeşil Kart Çalışmaları</b> .....	<b>95</b>
<b>6.2. Sosyal Hizmet Uygulamasının Başlangıcı</b> .....	<b>95</b>
<b>6.3. Bilgi Kaynakları</b> .....	<b>99</b>
<b>6.4. Tıbbi Sorunlar Dışında Karşılaşılan Sorunlar</b> .....	<b>101</b>
<b>6.4.1. Ekonomik Sorunlar</b> .....	<b>101</b>
<b>6.4.2. Sosyal Sorunlar</b> .....	<b>102</b>
<b>6.4.3. Psikolojik Sorunlar</b> .....	<b>102</b>
<b>6.5. Hastaneye Yatış Aşamasında Karşılaşılan Sorunlar</b> .....	<b>103</b>
<b>6.6. Hastanede Yattıkları Süre İçerisinde Karşılaştıkları Sorunlar</b> .....	<b>106</b>
<b>6.7. Hastaneden Çıkış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunlar</b> .....	<b>109</b>
<b>6.8. Hastaların Hastaneden Çıkıştan Sonra İzlenmesi</b> .....	<b>112</b>
<b>6.9. Sosyal Grup Çalışması Uygulamaları</b> .....	<b>114</b>
<b>SONUÇ</b> .....	<b>118</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>125</b>
<b>KAYNAKÇA</b> .....	<b>128</b>

## GİRİŞ

Günümüzde büyük bir hızla ortaya çıkan teknolojik ve sosyal değişimler yaşamın her alanını etkilemektedir. Bu değişim sanayileşme ve kentleşmeye bağlı olarak toplumsal yaşamı daha karmaşık ve güç bir duruma getirmiştir. Toplumsal yapının oluşumundaki bu değişim ilk insanla birlikte vahşi doğada tek başına ya da sürüler halinde yaşayarak yiyecek bulma, barınma eş deyişle insanların hayatlarını sürdürme mücadeleleri ile başladığı görülmektedir. İlk insanla birlikte başlayan doğayı denetim altına alma, ona egemen olma arzusu bu çabanın bir sonucudur. Bu çaba insanın kendi ihtiyaçlarından daha fazlasını üretmesiyle sonuçlanmış ve teknolojik gelişmeyi de beraberinde getirmiştir.

Sosyal hizmetlerin teknolojik gelişmeyi hedefleyen hizmetlerinin yanı sıra bireylerin gelişmelerine ve toplumun değişen koşullarına uyum sağlamak ve sosyal gelişmeyi etkilemek, bireyin sosyal işlevselliğini arttırmak, birey toplum etkileşimini güçlendirmek, sosyal bilinci geliştirmek, insan haklarını güvence altına almak, toplumsal refah ve kaynakları dengelemek gibi amaçları da bulunmaktadır.

Sosyal hizmet mesleği temelde insanı ve onun refahını merkez almaktadır. Sosyal hizmet insanlığın var oluşundan beri varlığını sürdürmektedir. Ancak bugünkü anlamıyla sosyal hizmet uygulamasına 19. yüzyılda başlanmıştır. Sosyal hizmetin ilk uygulama alanı ve bugün de temel alanlarından birisi olan tıbbi sosyal hizmet ise, sağlık alanında geçen yüzyılın başından itibaren uygulanmaya başlamıştır. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, sağlık hizmetlerinin tamamlayıcısı ve destekleyicisi olmuşlardır.

Bu çalışmada öncelikle sosyal hizmet kavramı ve sosyal hizmetin önemli bir uygulama alanı olan tıbbi sosyal hizmet konularında genel bilgiler verilmiştir. Bu bağlamda sosyal hizmetin tarihsel gelişimi, sosyal refah ve sosyal hizmet ilişkisi ile sosyal hizmetin diğer sosyal bilim dalları ile olan ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde genelci sosyal hizmet yaklaşımı uygulama yöntemleri ile birlikte irdelenmiştir. Üçüncü bölümde ise, tıbbi sosyal hizmet konusunda alan yazında yer alan

bilgilerin Türkiye’de sağlık kuruluşlarındaki uygulamalara ne ölçüde yansıdığını irdelemek amacı ile Ankara ve Eskişehir’deki devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerdeki sosyal hizmet uygulamalarına yönelik görüşlerinin incelendiği bir araştırmaya yer verilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SOSYAL HİZMET KAVRAMI VE TIBBİ SOSYAL HİZMET

#### 1. SOSYAL HİZMET KAVRAMI

III. Milli Sosyal Hizmetler Konferansına (1968) göre sosyal hizmet, kendi kendine yardım ve işbirliği ilkesine göre; değişmekte olan toplum yapısı içerisinde kişi, aile, grup ve toplulukların ihtiyaçlarının karşılanması, sorunlarının çözümlenmesi ve çevreleriyle karşılıklı uyumlarına yardım etmek ve insan kaynaklarıyla sosyal ve ekonomik koşulların korunmasını ve geliştirilmesini sağlamak amacıyla; kendine özgü bilimsel teknik ve yöntemlerle insan ilişkilerindeki becerilere dayanan düzenli çalışmaları kapsayan bir meslektir (III. Milli Sosyal Hizmetler Konferansı, 1968, s.9).

##### 1.1. Sosyal Hizmetin Tanımı

Sosyal hizmete yönelik birçok tanım yapılabilir. Örneğin Pincus ve Minahan'a göre sosyal hizmet; insanların yaşam amaçlarını, stres ile mücadele etmelerini, özlem ve değerlerini gerçekleştirme becerilerini etkileyen insan ve çevresi arasındaki etkileşim ile ilgilidir (Pincus ve Minahan, 1973, s.9). Bu anlamda sosyal hizmetin hedefi;

1. İnsanların sorun çözme ve sorunlarla baş etme kapasitelerini geliştirmek,
2. İnsanlara kaynak, hizmet ve şans tanıyan sistemler ile insanları bir araya getirmek,
3. Bu sistemlerin etkili çalışmasını sağlamak,
4. Sosyal politikanın geliştirilmesine ve ilerletilmesine katkı sağlamak olarak belirtilebilir (Aydemir, 2003, s.3).

Tomanbay'a göre sosyal hizmet, endüstri toplumunda özel gereksinim gruplarının bakım ve korunmalarının toplumun sorumluluğu ve görevi olduğundan hareketle resmi, yarı resmi ve gönüllü etkinliklerle bu tür nüfus gruplarının bakımlarını korunmalarını iş edinen, insanların yardımsız çözemedikleri bireysel ve toplumsal sorunların çözümü için geliştirilen sistemli, düzenli ve sürekli faaliyetlerdir (Tomanbay, 1999, s.237).

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) kuruluş yasasında sosyal hizmetler; “kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunlukların giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünüdür” şeklinde tanımlanmaktadır (SHÇEK Kanunu, 1983, m.3).

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW, International Federation of Social Workers) sosyal hizmeti, “insanların daha iyi yaşam koşullarına ve refaha ulaşmaları için güçlendirilmeleri ve özgürleştirilmelerini amaçlayan, insan ilişkilerinde sorun çözmeye ve toplumsal değişimi oluşturmaya çalışan bir meslek olarak tanımlamaktadır (IFSW, 2008, s.9).

Kut’a göre ise sosyal hizmet mesleği, bireyin karar verme özgürlüğünü kendi yararına kullanması açısından bilinçlenmesinde ve yaşadığı çevrenin değişen sosyo-ekonomik koşullarına ve normatif sistemine uyum sağlayarak toplumda verimli bir unsur olması yönünde gerekli olan değişimin yaratılmasında müdahale edebilecek bilgi, yöntem ve becerilere sahip ve bu tür bir müdahale yetkisi olan bir meslektir (Kut, 1988, s.12).

Cılga’ya göre sosyal hizmetin tanımı ise; insanın ve toplumun özgürleşmesine yardımcı olarak, özgür birey, örgütlü toplum ve demokratik sosyal hukuk devletinin gelişmesine çaba gösteren, bilimsel ve teknolojik gelişmeler doğrultusunda demokratik toplum düzeninin oluşması için insan haklarına dayalı anlayışlarla hareket eden gelişme, barış ve katılım ilkeleri çerçevesinde bireyin ve toplumun gelişip değişmesi için eşitsizliklerin, adaletsizliklerin ve çelişkilerin giderilmesi, ekonomik gelişmelerle sosyal gelişmelerin uyum içerisinde olması, toplumun ve insanların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için çaba gösteren, insancıl gelişme olanaklarını sürdürülebilir kalkınma anlayışı doğrultusunda iyileştiren, insan, toplum ile gelişme ve değişme hareketleri konularında, disiplinler arası ve sorun alanları çeşitliliğinde politika, plan ve program geliştirme ile çözüm stratejilerini uygulama alanlarında bilgi üreten bir bilim dalı, belirtilen bu konularda mesleki felsefe, ahlak ve uygulama ilkeleri çerçevesinde

topluma ve insana yardımcı olmak için gerekli kuramsal ve uygulamalı bilgiye sahip, araştırmacı, sosyal bilimci niteliklerine sahip ilişki ve etkileşim odağında yetişmiş kişiler yoluyla hizmet üreten bir meslektir (Cılga, 2001, s.49-50).

Başka bir tanıma göre sosyal hizmetler, yoksulluktan kaynaklı veya kaynaklanmasın toplumdaki mevcut ortalama yaşayış ve algılayış seviyesine, ellerinde olmayan sebeplerle süreli veya süresiz olarak ulaşamayıp sosyal veya ekonomik yönlerden desteklenme ihtiyacı olan kişilere karşılıklı veya karşılıksız şekilde sunulan parasal veya ayni (mal, malzeme yardımı, rehberlik, yönlendirme, psikolojik destekleme gibi) hizmetler (Çengelci, 1996, s.4) olarak ele alınmıştır.

Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Ulusal Derneği (NASW, 1973), sosyal hizmeti bireylerin, ailelerin, grupların ya da toplumların sosyal fonksiyonelliği için yetkinliklerinin artırılması ya da düzeltilmesi veya bu amaca uygun olarak sosyal koşullar yaratılmasına yardım eden profesyonel bir faaliyet olarak tanımlanırken, Barker (1999) bütün insanların daha iyi yaşam koşulları için psikolojik fonksiyonelliğin etkili bir seviyeye ulaşması ve etkili sosyal değişimleri gerçekleştirmeleri için insanlara yardım eden uygulamalı bir bilim olarak tanımlamıştır.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) ve Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Derneği (IASSW) 'in 2001 yılında ortak olarak yaptıkları sosyal hizmet tanıma göre: Sosyal hizmet insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan; sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik halinin geliştirilmesi için insan ilişkilerinde sorun çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışına ve sosyal sistemlere yönelik teorilerden yararlanarak insanların çevreleriyle etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir (IFSW/IASSW, 2001, s.6).

Sosyal hizmet toplumda var olan engeller, eşitsizlikler ve adaletsizliklere hitap etmektedir. Her günkü kişisel ve sosyal sorunlar kadar acil durumlara ve krizlere de yanıt vermektedir. Sosyal Hizmetin bu tanımı, Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Derneği (IASSW) tarafından 2001 yılının Haziran ayında Kopenhag da resmi olarak kabul edilmiştir, Sosyal Hizmetin rolünü ve amaçlarını açıkça özetlemektedir (Campanini ve Frost, 2004, s.7).

Bu tanımlara genel olarak bakıldığında toplum ve bireyin yaşadığı sorunlar, bireyin özgür iradesinin desteklenmesi gerekliliği ve sosyal devlet anlayışı, insan hakları, adalet, demokrasi, gelişme, barış, katılımcılık, bilimsel anlayış ve uygulama açısından insan ve topluma bakış açısı, felsefesi ve ahlak ön plana çıkmaktadır (Küçükkaraca, 2002, s.84).

## 1.2. Sosyal Hizmetin İlkeleri

Friedlander'a göre "sosyal hizmetin temel değerleri yol kenarındaki yabani çiçekler gibi birden bire ortaya çıkmaz, kökenlerini medeniyetleri besleyen bereketli inançlarından alır" (Friedlander, 1965, s.1). Bu ilkeler:

1. Kişinin doğuştan var olan bütünlük ve haysiyetine inanç. Bu ilke sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıya yaklaşım tarzını ve onların karşılıklı ilgilerini ifade eder. Bu müracaatçının sosyal koşullarında ve kişisel sorunlarına karşı olan tutumunda ulaşılabilecek değişikliklerin özüdür. Bu ilke ile insana insan olduğu için değer verilmesi gerektiği ifade edilmektedir.

2. Ekonomik, kişisel ve sosyal ihtiyaç içerisinde bulunan kişinin, ihtiyaçlarının ne olduğunu ve bunların nasıl karşılanması gerektiğini kendisinin belirlemeye hakkı olduğu düşüncesi. Bu, kişinin kendi kararını kendisinin vermesi hakkıdır. Kişinin "kendi kendine yardım etmek" isteği bir insan hakkıdır. Sosyal hizmet mesleği, insanların davranış ve tutumlarını değiştirme kapasitesine sahip olduklarına, istedikleri takdirde değişme ve gelişmelerine yardımcı olacak tekniklerin anlatılabileceğine ve öğretilabileceğine inanır. Müracaatçının çözüm yollarını kendisinin bulması ve izleyeceği yolu kendisinin seçmesi, kendine olan güvenini yeniden kazanmasını sağlayacaktır. Müracaatçının sorununun çözümünde kendisinin sorumluluk alması, başarı olasılığını arttırır. Sosyal hizmet uzmanı kişiye yardımcı olur; fakat kendisi ile ilgili son kararı müracaatçının vermesini sağlar.

3. Herkesin, ancak doğal yetenekleriyle sınırlanan, eşit haklara sahip olması gereğine duyulan inanç. Sosyal hizmet ırk, dil, din, siyaset, sınıf, zümre farkı gözetmeksizin tüm topluma hizmet sunar. Bu ilke ile insanlara adaletli ve eşit hizmetin verilmesini sağlamayı amaçlamaktadır.



4. Kişinin kendi kendine saygı, kendi kararını kendisinin vermesi, haysiyet ve eşit fırsatlar konularındaki kişisel haklarının onun kendine, ailesine ve topluma karşı olan sosyal sorumlulukları ile bağlı olduğu inancı (Friedlander, 1965, s. 2-6).

### **1.3. Sosyal Hizmetin Amacı**

Sosyal hizmetin amaçları:

1. Toplumsal yaşam içerisinde bireyin etkinliğini sağlamak,
2. İnsanın kendi yaşamı ve kaynakları üzerinde denetim sahibi olmasına ve karar vermesine olanak sağlamak,
3. İnsanın kendi gücünü ve egemenliğini kullanmasına olanak sağlayarak üretkenliğini ve yaratıcılığını harekete geçirmek,
4. Çoğulcu ve katılımcı demokratik toplum yapısı içerisinde insanca yaşama ve gelişme koşullarını geliştirmek ve
5. Çoğulcu etkileşim dinamiği içerisinde; insanın ve toplumun gelişme düzeyini, ihtiyaçlarını karşılama olanaklarını ve sorun çözme yeteneklerini arttırarak yaşam kalitelerini yükseltmek, özgür ve mutlu bir yaşam sürmelerine yardımcı olmak şeklinde sıralanabilir (Cılga, 2004, s.32).

İnsanların birbirlerine bağlı ve karşılıklı dayanışma içerisinde olması ve sosyal ilişkilerin gücü, insanların bu etkileşim ve ilişkilerin nitelik ve etkinliğini geliştirmelerine ve sonuç olarak sosyal işlevselliklerini arttırmalarına yardımcı olur. Sosyal hizmet tüm insanların sosyal işlevselliği ile ilgilenmesine rağmen, önceliği toplumun en hassas kesimlerinin ihtiyaçlarını karşılamaya vermiştir (Duyan, 2003a, s.4-6). Toplumlar da içinde buldukları özel koşullar nedeniyle korunması gereken gruplar da bulunmaktadır. Sığınmacılar, mülteciler, sakatlar, eski hükümlüler, göçmenler bu gruplara örnek olarak verilebilir (Altan, 2006, s.6).

Barışçıl bir ortamda ve eşitlik içinde yaşaması için insanın ve toplumun yaşam kalitesini yükselterek, adalet, eşitlik ve özgürlük ilkelerini temel alarak; ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal gelişmelerle sağlanan olanakların bilimsel ve mesleki çabalarla insanın ve toplumun yararına dönüştürülmesi sosyal hizmetin temel hedefidir (Cılga, 2004, s.32-33).

#### **1.4. Sosyal Hizmetin Kapsamı**

Sosyal hizmetin kapsamı ve faaliyet alanı oldukça geniştir. Sosyal hizmet uzmanları ‘sosyal hizmet uzmanları ne yapar?’ sorusuna tam olarak yanıt verememenin sürekli sıkıntısını yaşamışlardır. Sosyal hizmet uygulamasının üç farklı seviyesi bulunmaktadır. Bunlar; mikro, orta ve makro düzeylerdir. Mikro düzeydeki uygulama karı-koca, ebeveyn-çocuk ile yakın arkadaş-aile fertleri arasındaki karşılıklı etkileşim gibi birey ve onun en yakın ilişkileri üzerine odaklanır. Makro düzeydeki uygulama ise bir örgüt, toplum, devlet ve hatta bir bütün olarak toplumla çalışmayı kapsayabilir. Mikro ve makro düzeyleri arasında orta düzey uygulama da vardır. Bu düzeydeki uygulama aile yaşamındakinden daha az samimi olan fakat, örgütsel ve kuramsal temsilcilikler arasında gerçekleşen ilişkilerden, kişisel olarak daha anlamlı olan kişilerarası ilişkilerle ilgilidir. Okul ya da işyerindeki arkadaşlar, komşular ve kendi kendine yardım ya da terapi grubundaki bireyler arasındaki ilişkilerde bu seviyeye dahil edilebilir. Bazı uygulama yaklaşımları bir müdahale düzeyinden daha fazlasını gerektirir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanının mikro, orta ve makro düzeylerde yetkin bir uygulama becerisine sahip olması gerekir (Sheafor ve Horesji, 2003, s.41).

#### **1.5. Sosyal Hizmetin Dünyadaki Tarihsel Gelişimi**

Hayırseverlik kavramı çok eski dönemlere dayanmaktadır ve yoksullara yardım etme düşüncesinin bütün dinlerde temelleri bulunmaktadır. Tarihsel sürece bakıldığında sosyal hizmetin de bireyin refahını geliştirmeyi amaçlayan bir meslek olduğu görülmektedir. Ancak meslek olarak sosyal hizmetin modern ve bilimsel bir temelden geldiği belirtilmelidir. Bu nedenle hayırseverlik olgusu insanlık tarihi kadar eski iken sosyal hizmet biliminin ortaya çıkışı çok daha yenidir (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.11).

Yaşamın var olduğu andan beri birey, grup ve toplumlardan bazıları yaşama ve yaşamın olanaklarını kullanmada daha şanslı iken, geri kalan bir kısmı ise kendinden, çevreden ya da içinde bulunduğu zaman ve koşullardan ötürü bu şansa sahip olamamıştır (Özdemir, 2000, s.3).

Tarihin çoğu dönemlerinde görülen bir başka durum ise şanslı olan birey, grup, toplum ya da bunların oluşturduğu örgütlerin, farklı amaç ve farklı çıkış noktaları ile işlevselliğini yerine getiremeyen, çevresiyle etkileşim konusunda sorunlar yaşayan birey, grup ve toplumlara yardım etmeleridir. En basit haliyle özetlemeye çalıştığımız bu durum, sosyal hizmet mesleğinin önemli bir çıkış noktasını oluşturmuştur (Özdemir, 2000, s.3).

İlk sosyal refah kurumları, 1800'lerin başında kentte yaşayan insanların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulmuştur. Bu kurumlar din adamlarının veya dini grupların desteklediği özel kurumlardır. 1900'lerin başına kadar bu hizmetler mesleki bir eğitimi olmayan ve insan davranışlarıyla ilgili çok az bilgiye sahip din adamları veya zengin hayırseverler tarafından sağlanmaktadır. Burada amaç, insanların yiyecek, barınak gibi fiziksel ihtiyaçlarını dini temellerden yola çıkarak karşılamaktır. Sosyal hizmetin ilk uygulanış şekli olarak adlandırılabilir girişim, 1820'de John Griscom tarafından kurulan Yoksulluğu Önleme Topluluğu'dur. Bu topluluğun amacı yoksulların koşullarını araştırmak, yoksulların kendi kendilerine yardım edebilmelerine yönelik planlar hazırlamak ve yoksulları tutumlu olma, para biriktirme konularında teşvik etmektir. Bunun için yoksullar evlerinde ziyaret edilmiştir (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.12).

İngiltere'de 14 Ağustos 1834 tarihinde yoksulluk sorununun çözümüne yönelik olarak "Yoksullar Yasası" adında yeni bir kanun çıkarılmıştır. Bu kanun ile fakirlik yardımının mümkün olduğu kadar az olmasını sağlamak ve toplumdaki en az ücret alan işçinin durumunu tercih edilebilir bir hale getirmek amaçlanmıştır. Halk muhtaç kişilerin devletten yardım görmekle çalışmaktan vazgeçeceğinden korkuyordu; bu nedenle bu yardımın en düşük ücretli bir işçinin kazancından daha az olması ve dürüst bir şekilde çalışması halinde, daha fazla kazanabileceğini muhtaç kişinin anlaması gerekiyordu. Diğer taraftan çocuk sayısı fazla olan ailelerde yapılan yardım tutarı düşük ücretli işçilerin kazancından daha fazla olduğundan, daha az olma ilkesine yine uyulmamaktaydı (Friedlander, 1966, s.29-30).

Bu yasa ile İngiltere'de en basit işi yapıp, en az ücreti alan bir işçinin hayat seviyesinin ne kadar düşük olabileceği göz önüne alınmıyor ve yardım alan bir fakir

hiçbir zaman böyle bir işçiden daha iyi bir durumda olamaz deniliyordu. Bunun dışında, devlet her zaman fakiri işverene göndermek yetkisine de sahipti. Çalışma gücüne sahip bir fakir işverenden yardım talep edebiliyor fakat sağlanan yatacak yeri ve ücreti kabul etmemesi durumunda yardıma da hak kazanamıyordu. Böylece para yardımı en alt düzeye indirilmiş oluyordu (Fink, 1963, s.29).

İngiltere’de Sanayi Devrimi, ilk önce dokuma ve demir sanayinde gerçekleşmiştir. Tarihsel olarak, geniş otlaklarda hayvan yetiştiriciliği ve ona bağlı yün ile pamuğa dayalı dokuma imalatı, İngiltere’de gelişmişti. Üretim tüm aile bireylerinin katıldığı ev içi sanayisine dayanmaktaydı. 18. yüzyıl ortalarına kadar İngiltere’de, büyük sömürgelere sahip olunmasına ve ticaretin çok canlı olmasına rağmen, hem iç pazar hem de geniş sömürge pazarları için yeteri kadar üretim yapılamamaktaydı (Aydın ve Diğerleri, 2008, s.308).

19. yüzyılın başlarına kadar, gerekli üretim artışlarını sağlama konusunda, arayış çabasında olanların çoğu, makineler ve sanayi uygulamaları hakkında gerekli bilgilere sahip zanaatkarlardı. Bu nedenle üretim artışlarına yönelik ilk buluşlar da onlar tarafından yapılmıştır. Dokuma sanayi açısından ilk önemli buluş, John Kay isminde bir dokumacı tarafından 1730’da “uçan mekik” adı verilen, yeni bir mekik bulunmasıydı. Dokumacılar için gerekli ipliği hızla büküp, hazırlayacak makineyi 1764’te James Hargreaves adında bir başka dokumacı icat etti. (Aydın ve Diğerleri, 2008, s.308).

Sanayi Devrimi’ni başlatan teknolojik gelişmelerle üretim süreci, ilk kez yeterli, sürekli ve düzenli bir güç kaynağına kavuşmuştur. Buna bağlı olarak o döneme kadar üretimin temelinde bulunan insan ve hayvanın kas gücünün, doğa gücünün ya da bu güçlere dayalı mekanik düzenlemelerin yerini, buhar ve elektrik gücüyle çalışan makineler almıştır. Sanayileşmenin yaygınlaşıp gelişmesiyle birlikte önce dokuma, daha sonra da başka kesimlerde makinelerin kullanıldığı fabrikaların sayılarının giderek çoğaldığı görülmektedir (Altan, 2008, s.48).

Buna paralel olarak İngiltere’de ilk dokuma fabrikası 1771’de kuruldu. Dokuma tezgâhları su dolapları ile çalıştığı için sadece ırmak boylarına kurulabilmekteydi. 1785’e gelindiğinde ise James Watt’ın yaptığı buhar gücü ile çalışan motor, bir fabrikadaki bütün tezgâhları çalıştırabilmekteydi. Çeyrek yüzyıl içinde İngiltere’de

dokuma sanayi, fabrikalaşma ile birlikte büyük bir sıçrama gösterdi. İngiltere'nin ihracat hacmi 1780'lerde, Hargreaves Tezgâhı'nın bulunmasından önceki, yani 1760'lardaki hacminin dört katına çıkmıştı. 1760'larda İngiltere'nin dış satımında, yıllık 250.000 sterlinlik bir paya sahip olan dokuma sanayi, 1780'lerde yıllık beş milyon sterlini aşan bir paya sahip duruma geliyordu (Aydın ve Diğerleri, 2008, s.308).

Bu koşullar altında fabrikalarda çalışmaya başlayanlarla, fabrika sahipleri arasında yeni bir iş ilişkisi ve bu ilişkinin dayandığı yeni bir çalışma biçimi de ortaya çıkmıştır. Fabrika sahiplerinin ad ve hesabına onlara bağlı olarak, sürekli ve düzenli bir ücret geliri karşılığında çalışan bu kişiler işçi olarak adlandırılmışlardır. Sanayileşmenin gelişip, yaygınlaşmasıyla birlikte fabrikalarda çalışan işçilerin sayıları da hızla artmıştır. Kırsal bölgelerde yaşayan ve o döneme kadar büyük çoğunluğu tarım ve hayvancılıkla uğraşan birçok kişi, bu fabrikaların vasıfsız işçi yapısını oluşturmuştur. Fabrika üretimi ile rekabet edemeyen küçük zanaat kollarının kalfa ve ustaları ise bu fabrikaların yarı vasıflı ya da vasıflı işçileri haline gelmişlerdir. Buna bağlı olarak fabrikalarda çalışan işçiler ile onların aile üyeleri ve fabrikalarda iş arayanların oluşturduğu giderek çoğalan nüfusla birlikte sosyal tarihin daha önceki dönemlerinde var olmayan yeni bir toplumsal sınıf, yani işçi sınıfı doğmuştur. Nüfusun daha önceki dönemlere göre hızla artması ile birlikte 18. yüzyıl sonlarında büyük yerleşim merkezleri ve kentler ortaya çıkmaya başlamıştır (Altan, 2008, s.48).

19. yüzyılın ikinci yarısında New York' da Yardım İşlerini Düzenleme Derneği (Charity Organization Society) kurulmuştur. Bu girişim, benzer girişimlere örnek olmuş, böylece yardım çalışmaları ilk kez bir sisteme bağlanmış ve yardımlar gerçekten yoksul olan kişilere verilebilmiştir. İlk yardım evi (settlement house) Toynbee Hall, 1884'de Londra'da kurulmuştur. Bu hareket kentleşme ve sanayileşmede insani ve dini değerleri sunma girişiminin bir parçasıdır. Daha sonraki yıllarda ABD'de de benzer yardım evlerinin kurulduğu görülmektedir. Yardım evleri hareketinden sonra yardım kurumlarında daha sistematik çalışılmaya başlanmış, bazı standartlar belirlenmiş ve eğitim kursları düzenlenmiştir (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.12-13).

Sanayileşme sonrası yeni toplumsal düzende kente göçenlerin uyumları, kentsel yoğunlaşma, konut açığı, imar sorunu, işsizlik, fiziksel ve ruhsal hastalıklar, yetişkin ve

çocuk suçluluğunda artış, aile çözümleri gibi sorunlar sanayi ve kent yaşamının sonucu olmuştur. Buna bağlı olarak değişen sosyal düzende belli başlı sorunların bazıları ile yeni karşılaşılmış bazıları ise eski sorunlar olup biçim ve yoğunluk değiştirmiştir. İşsizlik, yaşlılık, kırdan kente göç, boş zamanların değerlendirilmesi sanayileşme ile birlikte sorun olarak ortaya çıkmıştır. Eski sorunlara bakıldığında ise; aile çözümleri, suçluluk, akıl hastalığı, yoksulluk, sakatlık ve hastalıklar bu grup içinde yer almaktadır. Bu sorun grupları sorun olma özelliklerini arttırarak sürdürürken nitelik olarak da kendi içlerinden yeni sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Koşar, 1989, s.12).

Sosyal hizmetin meslekleşmesinin en belirgin başlangıç noktası profesyonel anlamda eğitilmiş elemanlara duyulan ihtiyaç olmuştur. Bu ihtiyacın karşılanması için atılan ilk adım 1873’de Londra’da hayır derneklerinde çalışanlar için düzenlenen konferanslar olmuş, bunu 1898’de New York’ da açılan yaz okulu izlemiş ve 1899’da Amsterdam’da ilk sosyal hizmet okulu açılmıştır. Daha sonra, eğitim kurumlarının ülkeden ülkeye, kıtadan kıtaya yaygınlık kazanmasıyla sosyal hizmet mesleği evrensel bir nitelik kazanmıştır (Özdemir, 2000, s.5).

Richard Cabot 1905 yılında Massachussets General Hospital’da tıbbi sosyal hizmeti tanıtmıştır. Bu durum, sosyal hizmetin ilk uygulandığı açısından tarihi ve önemli bir noktadır. Sosyal hizmet uzmanları bundan sonra, okullarda, mahkemelerde, çocuk rehberlik kliniklerinde ve diğer alanlarda görev almaya başlamıştır (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.14).

Sosyal hizmet ilk yıllarında, hem çevresel reform çabalarına hem de bireyin topluma uyum sağlamasına odaklanmıştır. 1917 yılında Mary Richmond’un “Sosyal Teşhis” adlı kitabı yayımlanmıştır. Bu kitap, sosyal hizmetin kuram ve uygulaması için atılan ilk adımdır. Kitap, sosyal hizmet uzmanının bireylere nasıl müdahale edebileceğine odaklanan ve bugün hala kullanılan bireyle sosyal çalışma sürecini açıklamıştır (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.13-14).

Faaliyet alanı olan sosyal gelişme ve değişim ile birlikte içinde buldukları koşullar nedeniyle sosyal ve psikolojik sorunlar ve ihtiyaçlar içerisinde olan ya da olması ihtimali bulunan birey, aile, grup ve topluma bu durumlarından uzaklaşmalarına

yönelik mesleki yardımı; araştıran, planlayan, olası çözüm yollarını belirleyen ve bu sorunlardan kurtulmalarına yönelik mesleki teknik ve yöntemleri uygulayan sosyal hizmet, aynı sistemlere müdahale eden diğer mesleki ve bilimsel uygulamalardan farklı olması sebebi ile özel bir uzmanlık alanını meydana getirmektedir (Özdemir, 2000, s.5).

I. Dünya Savaşı'nın sonuna kadar sosyal hizmet ayrı bir disiplin olarak görülmemiştir. 1929'daki büyük bunalım ve 1935'deki Amerika daki Sosyal Güvenlik Yasası, topluma yönelik sosyal hizmetlerin genişlemesinde ve sosyal hizmet uzmanlarının istihdam alanlarının açılmasında çok önemli bir yere sahiptir. 20. yüzyıl boyunca sosyal hizmetlere ilgi devam etmiş ve mesleki eğitim almış sosyal hizmet uzmanlarının yetkin çalışmalarına ihtiyaç duyulmuştur. 1955'de Amerika'da Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) kurulmuştur. Bu birliğin amacı toplumdaki sosyal koşulları iyileştirmek ve sosyal hizmet uygulamasının etkili ve nitelikli yürütülmesini sağlamaktır (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.15).

### **1.6. Sosyal Hizmetin Türkiye'deki Gelişimi**

Anadolu'nun Türkleşmesi ve İslamlaşması ile başlayan dönemle birlikte insanı korumaya yönelik yasal ve kurumsal önlemler Anadolu'ya yerleşmeye başlamıştır. Selçuklularla birlikte sosyal hizmetler daha yaygın bir örgütlülük kazanmıştır. Selçuklu Devleti yıkılmaya başladıktan sonra, Osmanlı devletinin kuruluşunda pay sahibi olan "Ahilik" örgütü, sosyal düzeni kurmada da önceleri dinsel temelli olmakla birlikte, sonraları bir sosyal yardım kurumu olarak gelişmiştir. Bu dönemde dinsel vakıflar ile yardımlar örgütlenmeye başlamıştır. Vakıflarla dul, yetim, yoksul, düşkün ve sakatlara yardımlar yapılmış, hayratlar oluşturulmuştur. Bu vakıfların en önemlileri "Avarız" ve "Müessesatı Hayriye" vakıflarıdır. Doğu ve gelişimlerini İslam dininin hayır, iyilik ve yardım çağrısına borçlu olan bu kurumlar köprü, çeşme, kütüphane, mescit, misafirhane gibi bazı kamu hizmetlerini görmekte, yoksullara hastalık ve diğer olaylar nedeniyle yardım yapmaktaydılar. İmparatorluğun son dönemlerinde dolaylı ya da dolaysız olarak "Darülaceze", "Darüleytamlar" ve "Kızılay" gibi kurumlar da sosyal yardım açısından önem kazanmışlardır (Gerek ve Oral, 2008, s.70).

Gençleri işsiz kalmaktan ve çeşitli kötü akımların etkisinden kurtarmak, aynı zamanda o dönemde devletin çok ihtiyacı bulunan askeri güce katkı sağlamak için

düşünülmüş olan ahi kuruluşu, çok yönlü bir sosyal yapıya sahiptir. Ahi kuruluşu içerisinde, belli bir süre bir kademedede kalınarak yamak-çırak-kalfa-usta ilişkisi kurulması ve bu kademelerdekileri, baba oğul ilişkisi gibi sağlam bağlarla bağlamak sanatı, güçlü ahlaki ve mesleki temellere oturtmuştur. Esnaf ve sanatkârlıkta önemli bir sorun olan üretici-tüketici çıkar ve ilişkilerini, birbirleriyle bir çatışmaya düşmeyecek şekilde düzenlemiştir. Ahi kuruluşu ile şehirlerden köylere, ülkenin en ücra köşelerine kadar yayılan bir zaviye yani, toplantı ve konuk evleri örgütü kurulmuştur. Orta Asya'dan Anadolu'nun en uzak köşelerine dek yüzyıllar boyu süren Türk göçü ile gelenlere ve her türlü konuğa sıkıntılı günlerinde ev sahipliği yapan bu konuk evlerinin, yolların güvensiz, taşıma araçlarının ilkel, han ve başka konaklama yerlerinin nadir bulunduğu bir dönemde ne kadar büyük bir sosyal fonksiyon yerine getirdiği görülmektedir (Çağatay, 1989, s.90-91).

18. yüzyılda Osmanlılarla sosyal kurumlaşmalar daha fazla önem kazanmaktadır. İlk kez 18. yüzyılda sosyal yardım amaçlı vergi toplanmaya başlanıyordu. 1839 Tanzimat-i Hayriye Fermanıyla sosyal hizmetlerde de örf ve adetlere dayalı düzenlemelerden yasal düzenlemelere ve devletin kurumsal düzenlemelerine doğru bir yönelim başlamıştır (Tomanbay, 1991, s.210).

19. yüzyıl'ın ortalarında ilk kez sakatlara yardımcı özellikleri olan Kızılay ve Darülaceze gibi sosyal yardım derneklerinin kurulduğu görülmektedir. 1895 yılında dilencilik yasaklayan "Men-i Teseül Nizamnamesi"nin çıkarılması ile sosyal hizmetlerde özel şahısların hayırseverlikleri dışında devletin denetim ve önlemleri aşamasına geçilmiştir (Altan, 1976, s.169-170).

Darülaceze yardıma muhtaç çocukların, sakat kadın ve erkeklerin bu durumdan kurtulması amacıyla kurulan bir kurumdur. Sultan II. Abdülhamit döneminde İstanbul'da kurulması planlanmış ve Sadrazam Halil Paşa'nın çabaları ve padişahın maddi desteği sonucunda gerçekleştirilmiştir. Darülacezenin yapımı dört yıl sürmüş ve 2 Şubat 1896 tarihinde hizmete başlamıştır (Özkan, 2006, s.213).

Osmanlı Devleti, 19. yüzyılın sonlarında hem siyaseten hem de sosyo- ekonomik bakımdan sonunu hazırlayacak olaylar yaşamıştır. Bu dönemde girdiği savaşlardan yenilgiyle çıkması devleti ekonomik ve sosyal yönden etkilemiştir. Bu savaşlarda şehit



olanların çocuklarının barındırılması devlet için büyük sorun olmuştur (İpek, 1994, s.232).

Balkan Savaşları sırasında da Balkanlardaki Türk nüfusunun önemli bir bölümünün Anadolu'ya göç ettiği görülmektedir. Yine bu savaş sonucunda yetim sayısında önemli bir artış olmuştur. Bu savaşlar sonrasında göç eden Türkler, Anadolu'nun bazı bölgelerinden araziler verilerek yerleştirilirlerken sakat, muhtaç ve yetimler ise Darülacezeye yerleştirilmişlerdir. Ancak devletin iradesi dışında gerçekleşen göçler ve şehit yetimlerinin artması, bunların barındırılması konusunda ortaya çıkan ihtiyaç, devleti yeni arayışlara yöneltmiştir (Özkan, 2006, s.215).

Sonuç olarak Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinde yaptığı savaşlarda çok sayıda şehit verip, Birinci Dünya Savaşı'nda zor durumda kalınması, düşmanın girdiği yerlerde öksüz ve yetim sayısını arttırıp, bu konularda hizmet veren Darülaceze'nin yetersiz kalması, özellikle şehit eş ve çocuklarının barındırılması için devlet yeni çözüm yolları arayışına girmiştir. Bu nedenle, sadece şehit çocuklarını barındırmak, eğitmek ve zanaat öğretmek üzere Darüleytamlar kurulmuştur. Ancak yetimler şehit çocuklarıyla sınırlı olmadığından ve diğer yetimlerin sayısının da fazla olması sebebiyle bir düzenlemeye gidilmiştir. Buna bağlı olarak, öncelikle şehit çocukları, ikinci aşamada da Balkan Savaşı sonrasında kimsesiz kalan çocuklar Darüleytamlara kabul edilmişlerdir (Özkan, 2006, s.216). Darüleytam kelime anlamı olarak yetimhane, yetimler evi ya da öksüzler yurdu anlamına gelmektedir. Daha kapsamlı bir anlatımla, darüleytamlar, ülkenin kimsesiz ve çaresiz çocuklarını meslek hayatına hazırlamak amacıyla devlet tarafından açılmış sefkat ve terbiye kurumlarıdır. Darüleytamların kuruluşunda Kastamonu Milletvekili İsmail Mahir Efendi'nin büyük etkisi olmuştur. İsmail Mahir Efendi, şehit çocuklarını korumak amacıyla zorlu bir mücadele vermiştir. Bu mücadelesi sonucunda Osmanlı Meclis-i Mebusanı, Maarif Nezareti (Eğitim Bakanlığı)'ne bağlı olarak darüleytamların kurulmasını kabul etmiş ve 13 Kasım 1914'de darüleytamlar kurulmaya başlamıştır. İlk darüleytam Sait Halim Paşa tarafından kuruma armağan edilen Bebek Yalısı'nda hizmete başlamıştır. Daha sonraki yıllarda darüleytam sayısı altmış ikiye yükselmiştir. I. Dünya Savaşı sonlarına doğru bir yasa ile, tüm darüleytamlar Maarif Nezareti'ne bağlı bir genel müdürlük halinde birleştirilmiştir (Erkan ve Erkan, 1987, s.61-62).

Darüleytamlar bir süre için ihtiyacı karşılamış fakat her yeni açılan şubenin kapasitesi kısa sürede dolmuştur. Darüleytamların ihtiyaçları karşılayamayacak hale gelmesi sonucunda yeni, daha düzenli ve daha az çocuğa daha kaliteli hizmet vermesi düşünülen bir kuruma ihtiyaç duyulmuş, bu ihtiyaç bir Himaye-i Etfal Cemiyeti fikrini ve girişimini ortaya çıkarmıştır (Okay, 1999, s.13).

30.06.1921 tarihinde Himaye-i Etfal Cemiyeti, dernek statüsü içinde kurulmuştur (Çengelci, 1996, s.6). Himaye-i Etfal Cemiyetinin çalışmalarına hemen başlayamadığı, Kurum'un 1 Ekim 1921 tarihinden itibaren asıl çalışmalarına başladığı görülmektedir (Çavuşoğlu, 2005, s.4). Kuruluş yıllarındaki amacı; Kurtuluş Savaşı sırasında, cephe gerisinde bakacak kimsesi olmayan çocuklara ve şehitlerin çocuklarına bakmak olmuştur (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.16).

Himaye-i Etfal Cemiyeti, nizamnamesinde amaç ve görevlerini ayrıntılı bir şekilde belirtmiştir. Cemiyet himaye edeceği çocuklar için on üç yaş sınırını koymuştur. Bununla birlikte Merkez Heyeti gerekli gördüğü takdirde daha yüksek yaştaki çocukların da korunması kararı alabilirdi. Cemiyet, çocuklara işkence edilmemesini, sağlıklarının korunarak iyi beslenip büyütülmesini gerekli görmektedir. Cemiyet çocukların ahlaki yönden de iyi yetişmelerini arzu etmektedir. Özürlü çocukların da bakımını sağlamayı amaçlayan ve çocuklar için oyun alanları inşa etmeyi planlayan Cemiyet ayrıca kız çocuklara parasız ev ve el işi öğretecek kurumların kurulmasını, zorunlu eğitime dair kanunun uygulanmasını sağlayarak öğrenim yaşı geldiği halde okula gidemeyenlerin eğitime başlamalarının sağlanmasını, fakir çocuklar için belirli okullarda sıcak öğle yemeklerinin verilmesini, sağlıklı çocuklar yetişmesi için evliliklerde yaş ve benzeri faktörlerin etkisi konusunda yayınlar yapılmasını, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında yapılması gerekenler hakkında basın ve yayın yolu ile bilgilendirmeyi, çalışan kadınlar için gündüz bakım evleri yapılmasını öngörmektedir (Okay, 1999, s.16-17).

1935 yılında, "Himaye'i Etfal Cemiyeti" adı "Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu" olarak değiştirilmiştir (Çavuşoğlu, 2005, s.18). Kurum, 26.11.1937 tarihli ve 1223 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile kamu yararına çalışan derneklerden sayılmıştır. Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu, açtığı kreş ve gündüz bakım evleri, çocuk yuvaları,

hemşire kolejleri, poliklinikler gibi kuruluşlarda amacına uygun hizmetleri yürütmüş, ayrıca; merkez ve ilçe teşkilatları ile fakir çocuklara yemek, giyecek, okul malzemeleri vermek şeklindeki sosyal yardımlarını 1983 yılına kadar sürdürmüştür (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.16-17).

1949 yılında korunmaya muhtaç çocuklar hakkında çıkarılan 5387 sayılı Kanun, 1957 yılında 6972 sayılı “Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Kanun” ile yeniden düzenlenmiştir. Bu Kanun gereği, illerde kurulan “Korunmaya Muhtaç Çocukları Koruma Birlikleri” de kimsesiz, korunmasız kalmış çocuklara yönelik hizmetleri yürütmeye devam etmiştir. 1963 yılında, 225 sayılı Kanunla; “her türlü sosyal yardım ve sosyal güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korunmaya muhtaç çocuklarla, sakatların ve yaşlıların bakım, yetiştirilme ve rehabilitasyonunu, çalışma gücünden yoksun fakir kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak” amacı ile görevlendirilen Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı olarak kurulmuştur. (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.17).

Milli Güvenlik Konseyi’nin 04.05.1981 tarih ve 51 sayılı kararı ile Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu’nun yeniden düzenlenmesi ve faaliyetlerinin geliştirilmesi görevi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na verilmiştir. 24.05.1983 tarihli 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile Anayasanın sosyal hizmetlerle ilgili hükümlerinin yerine getirilmesi yönünde önemli bir adım atılmış olup, 1991 yılında da Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinden ayrılarak, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü adı altında, Başbakanlığa bağlı bir kurum olarak faaliyet göstermeye başlamıştır (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.17).

### **1.7. Sosyal Refah ve Sosyal Hizmet İlişkisi**

İlk olarak alan yazında yer alan kavramlardan “sosyal devlet” ve “refah devleti” (veya “sosyal refah devleti”) kavramlarının birbirlerinden farklı olmadıklarını belirtmek gerekir (Özdemir, 2004, s.29). Sosyal devlet ilkesi; herkese, içinde yaşamakta olduğu toplumun olanaklarına uygun bir yaşam düzeyini sağlamakla kendini görevli sayan devlet anlayışını ifade eder. Sosyal devlet, devletin sosyal barışı ve sosyal adaleti sağlamak amacıyla, sosyal ve ekonomik yaşama müdahalesini haklı ve gerekli görür.

Bu ilkeyi benimseyen ülkeler, vatandaşlarının sosyal durumlarını iyileştirmek, onlara insan onuruna yaraşır bir yaşam düzeyi sağlamak, sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılamak konusunda kendilerini yükümlü görürler. Ülkeler bu alandaki yükümlülüklerini yerine getirebildikleri ölçüde sosyal bir nitelik kazanabilirler (Altan, 2008, s.13).

Sosyal devlet ilkesini benimseyen ülkeler, tüm bireylerin korunması, toplum hayatı ile bütünleştirilmesi ve uyumlaştırılması, kalkınmanın faydalarından, gelişmeden yararlandırılması görevlerini üstlenmelidir, bu görev aynı zamanda devlet olmanın da bir gereğidir (Şişman, 1999, s.117).

Sosyal hizmetler diğer sosyal refah alanlarının birçoğundan daha sonra gelişmiştir ve bu nedenle modern refah devleti kurumlarının tarihsel özüne sahip değildir. Bu gecikmeli gelişimin bir nedeni kişisel sosyal hizmetlerin genellikle aile ve diğer kişisel kuruluşlar tarafından sağlanması gerçeğidir (Bahle, 2003, s.1).

Sosyal refah ve sosyal hizmet birbirleriyle ilişkili ve bağlantılı kavramlardır. Sosyal refahı Barker (2003) şu şekilde tanımlamaktadır:

“Bir devletin, toplumun devamı için esas olan, bireylerin sosyal, ekonomik, eğitim ve sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamalarına yardım eden programlar, yardımlar ve hizmetlerdir” (Barker, 2003, s.25).

Bu tanıma göre sosyal refah, sosyal hizmetlerden daha kapsamlı bir kavramdır. Sosyal refah ve sosyal hizmetler öncelikle uygulama düzeyinde ilişkilidir. Sosyal refah sunumunda önemli olan bazı kavramlar sosyal sorun, sosyal politika ve sosyal programlardır.

**Sosyal Sorun:** Toplumsal sınıfların gerek birbirleriyle, gerekse tüm toplumla ilişkilerinde ortaya çıkan ya da toplumdaki değişimlerden kaynaklanan uyuşmazlık, gerginlik ve çatışmalar sosyal sorun olarak adlandırılır. İnsanlık tarihi, müdahale gerektiren büyük sosyal sorunlarla doludur. Yüzyıllar boyunca sosyal sorunlar büyük halk kitleleri için hep var olmuş, hatta sosyal yapı içinde doğal kabul edilmişlerdir (Şişman, 1999, s.115).

İnsan doğduğu andan itibaren çeşitli kuruluşlar içerisinde yer alır, bunlara bağlı olarak yaşar, gelişimini bu kuruluşlar (aile, mesleki kuruluşlar gibi) içerisinde tamamlar. Bu da sosyal yapı sorunlarını ortaya çıkarır. İnsan tek başına yaşayabilen bir varlık olmadığına ve doğduğu andan itibaren çeşitli ve değişik kuruluşlar arasında yaşamak zorunda olduğuna göre, bireyin sosyal sorunlarının çözümü, onun içinde yaşamak zorunda kaldığı sosyal yapı sorunlarının çözümüne bağlıdır (Göze, 2000, s.21).

İlk olarak, bir sorun olarak sosyal durum bireyler, sosyal dünyamız, ya da fiziksel dünyamız için olumsuz sonuçlar doğurabilir. Eğer sadece olumlu sonuçlar var ise, herhangi bir sorun bulunmamaktadır. İşsizlik, alkolizm, ya da uyuşturucu kullanımı gibi bir sosyal sorun kişinin hayatı ve sağlığı ile birlikte ailesi ve arkadaşlarının mutluluğunu da olumsuz şekilde etkileyebilir. Sorunlar sosyal kurumlarımızı da tehdit edebilir, örnek olarak, aile (eşler arasında kötü davranma), eğitim (okul ücretinin artması), ya da ekonomi (işsizlik ve eksik istihdam). Fiziksel ve sosyal yaşamımız kentleşme ve çevre ile ilgili sorunlar tarafından tehdit edilebilir (Guerrero, 2005, s.3).

**Sosyal Politika:** Sosyal nitelikli politikaları konu alan bir bilim dalıdır. Sosyal politika; toplumun tüm bireyelerine yönelik kamusal sosyal koruma rejimini konu alan bir sosyal bilim dalı olarak ifade edilebilir (Altan, 2008, s.3). Titmuss'a göre ise; sosyal politika, çalışan sınıflar, emekliler, kadın ve çocuklar gibi zayıf gruplar için, fayda veya refah amaçlı bir yaklaşımla, daha fazla refahın ve daha fazla faydanın sağlanmasında bir araçtır. Bu bağlamda, sosyal politikaya kaynakları yeniden dağıtıcı bir görev yüklenmekte, sosyal politika zenginden fakire bir gelir transferi olarak ifade edilmektedir (Özdemir, 2004, s.32).

Sosyal politika sosyal rahatsızlıkların hafifletilmesi ile ilgili olarak görülmekte; onun hedeflerinin değerini karşıladığı kabul edilmekte ve bu gibi hedefleri gerçekleştirmedeki başarısı bakımından incelenmektedir (Hill, 1980, s.9).

**Sosyal Program:** Sosyal program, sosyal politikaya bağlı bir uygulamadır. Her sosyal politika ve sosyal program, amaçları ve araçlarıyla toplumsal değerler bağlamında şekillenir. Bir çözüm her zaman en iyisi olmayabilir. Ancak içinde bulunduğu dönemin tarihsel koşulları ve değerleri içerisinde insanların işe yarayacağını düşündüğü çözüm yoludur. Her politika ve programın açık ve gizli amaçları vardır. Esas

olarak sosyal politika ve programların geliştirilmesinin nedeni “sosyal sorunların” ortaya çıkmasıdır (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.5-6).

Diğer taraftan, refah devletinin görev alanına bakıldığında, oldukça geniş olduğu ve her ülkenin kendi sosyal refah modeline göre farklı uygulamalarla karşılaştığı görülmektedir. Ancak, genel olarak bu kapsam içerisinde şu alanları ifade edebiliriz: Ailenin, çocukların, gençlerin, kadınların, yaşlıların korunması, iş bulma, mesleki eğitim, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, sosyal güvenlik, yoksullara, sakatlara ve yaşlılara yardım. Devlet, vatandaşlarına tanıdığı bu sosyal haklarla, yaşam yarışına gerilerden başlayanlarla, yarışta varış noktasına kendi gayretleriyle ulaşamayacak olanların durumundaki eşitsizlikleri düzeltmeye çalışmaktadır (Özdemir, 2004, s.38).

### **1.8. Sosyal Hizmetin Diğer Sosyal Bilim Dalları İle İlişkisi**

Sosyal Hizmete en yakın sosyal bilim dalları; Sosyal Politika, Sosyal Güvenlik, Sosyoloji, Psikiyatri ve Psikolojidir. Bu kısımda Sosyal Hizmetin bu sosyal bilim dalları ile olan ilişkisi irdelenmiştir.

#### **1.8.1. Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet İlişkisi**

Sosyal Politika kavramının kullanılmaya başlanması ve bu alanın diğer bilim dallarına göre bir bilim dalı olarak kabul edilmesi görece olarak daha yenidir. Kavramın ortaya çıkışı, 19. yüzyılda gerçekleşen ekonomik ve sosyal gelişmelerin bir sonucudur. Kavram, ilk kez 19. yüzyılın ikinci yarısında Almanya’da Prof. Dr. Wilhelm Heinrich Riehl tarafından kullanılmış (sozialpolitik), sanayileşme sürecinin meydana getirdiği işçi sorunlarının artmasıyla daha da önem kazanmıştır (Özdemir, 2004, s.30-31).

Sosyal ve politika sözcüklerinin anlamları bir araya getirilirse, devletin topluma yönelik aldığı tüm kararlar ile bu kararlar doğrultusunda sürdürdüğü uygulamaların sosyal politikalar kapsamında değerlendirileceği ifade edilebilir. Bu açıdan Sosyal Politika’nın topluma yönelik tüm kamusal politikaları konu alan bir bilim dalı olduğu, bireylerin ilişkilerinden yönetilmelerine, güvenliklerinden haklarına kadar uzanan çok geniş bir uygulama alanının bulunduğu söylenebilir (Altan, 2008, s.3).

Kavramın bir bilim dalı haline gelişi, 1911 yılında Alman Otto v. Zwiedineck-Südenhorst'un yazdığı "Sosyal Politika" adlı eserle birlikte gerçekleşmiştir. Ülkemizde ise, kavramın 1917 yılında Ziya Gökalp'in başında bulunduğu "İktisadiyet" dergisi tarafından kullanıldığı görülmektedir. Ancak, terimin Türk terminolojisine girişi, 1933-1934 yılında gerçekleştirilen Üniversite Reformu ile ülkemize gelen Alman profesörler, özellikle Prof. Dr. Gerhard Kessler sayesinde olmuştur (Özdemir, 2004, s.31).

Alan yazında birbirleriyle yakın anlamlarda kullanılan üç kavram bulunmaktadır. Bu kavramlar; Sosyal Politika, kamu politikası ve sosyal refah politikasıdır. Sosyal hizmet sözlüğüne göre, Sosyal Politika; toplumun bireyler, gruplar ve sosyal kurumlar arası ilişkileri düzenlemekte ve bu ilişkilere müdahale etmekte kullandığı faaliyet ve ilkeler rehberidir. Bu faaliyet ve ilkeler; toplumun değer ve geleneklerinin bir ürünü olup geniş ölçüde kaynakların dağılımını ve insanların mutluluğunu belirler. Sonuç olarak sosyal politika, eğitim, sağlık bakımı, suç ve ıslah, ekonomik, güvenlik ve sosyal refah alanlarındaki hükümetin plan ve programlarını içerir (The Social Work Dictionary, 1987, s.153).

Altan, Sosyal Politika'yı, toplumun bağımlı çalışan, ekonomik yönden güçsüz ve özel olarak bakım, gözetim gereksinimi duyan gruplarının karşılaştıkları ya da karşılaşılabilecekleri olumsuzluklara karşı korunmalarını öngören kamusal politikaları konu alan bir sosyal bilim dalı olarak tanımlamaktadır (Altan, 2008, s.9).

Başka bir deyişle Sosyal Politika, gerek iş gerekse toplumsal yaşam içerisinde bireylerin karşılaştıkları ya da karşılaşılabilecekleri tüm olumsuzluklara karşı korunup, gerektiğinde ise bakılıp, gözetilmelerini amaçlayan kamusal politikaları üreten, sorgulayan ve uygulayan sosyal bilim dalı olarak da tanımlanabilir (Altan, 2008, s.9).

Sosyal politikalar dar ve geniş anlamda olmak üzere iki farklı şekilde tanımlanabilir. Sosyal politikaların; devletlerin sosyal nitelikli politikalar izlemeye başladıkları dönemlerdeki düşünceleri ifade eden ve günümüzde dar olarak nitelendirilen tanımına göre; sosyal politika işçi statüsü altında çalışanların, işverene ve olumsuz çalışma koşullarına karşı korunmasını öngören kamusal karar ve uygulamaları konu alan sosyal bilim dalıdır. Sosyal politikaların; yaşadığımız dönemde geçerli modern düşünceleri yansıtan ve günümüzde geniş olarak ifade edilen tanımı, sosyal

politikayı toplumda bağımlı çalışan, sosyal ve ekonomik yönden güçsüz, özel olarak bakım ve gözetim ihtiyacı duyan kesimlerin karşılaştıkları ya da karşılaşılabilecekleri olumsuzluklara karşı korunmasını hedefleyen bir sosyal bilim dalı olarak tanımlar (Altan, 2008, s.9).

Talas (1992, s.15-16) sosyal politikayı, topluma bir bütün olarak bakan, toplum içerisindeki bütün sınıfları ilgilendiren, çok çeşitli konuları sınıf farkı gözetmeksizin ele alan bir disiplin olarak tanımlamaktadır. En geniş anlamda sosyal politika, toplumun yapısında bazı değişiklikler yapmaya yönelik tüm politikaları içerir; çünkü tüm politikalar özde buna yönelmektedir (Boulding, 1967, s.3).

Sosyal politika denildiğinde akla gelenler, amaçlar, değerler, seçenekler, reformlar ve sosyal gelişmedir. Chillman'a göre Sosyal Politika, toplumdaki bireylerin refahı ve toplumun yapısal dinamiklerini etkileyen ve hükümet programlarının altında yatan teori ve felsefeyi oluşturan genel politikanın bir boyutudur. Sosyal politikanın amacı, yaşamın tüm boyutlarının kalitesinin artırılmasıdır. Genelde sosyal politika, sosyal iyileştirme gerektiren koşullara karşı gösterilen kolektif bir eylemin ifadesidir (Pangalangan, 1977, s.2).

### **1.8.2. Sosyal Güvenlik ve Sosyal Hizmet İlişkisi**

Sosyal güvenlik kavramı geniş ve dar anlamlarda tanımlanabilmektedir. Geniş anlamda sosyal güvenlik, dar anlamdaki sosyal güvenliğin kapsamına giren riskler dışında, ayrıca aile, konut, şehircilik, eğitim, meslek seçmede yardım, yönetime katılma, istihdam, konjonktür, verimliliğin artırılması, sağlık ve hijyen politikalarına yönelik önlemleri de kapsamaktadır.

Ancak teori ve uygulamada genel olarak sosyal güvenlikten söz edildiğinde, başka bir şey söylenmediği sürece, dar anlamdaki sosyal güvenlik anlaşılmaktadır.

Dar anlamda sosyal güvenlik, hastalık, kazalar, analık, sakatlık, yaşlılık, ölüm ve işsizlikten doğan her türlü gelir kayıpları ile gider artışlarını karşılama amacını taşımaktadır (Dilik, 1991, s.5).



Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1944 yılında Philadelphia Konferansında yaptığı tanımlamaya göre de sosyal güvenlik, “halkın a) hastalık, işsizlik, yaşlılık, ölüm sebebiyle geçici veya sürekli olarak kazançtan yoksun kalması durumunda düşeceği yoksulluğa karşı; b) tıbbi bakımdan dolayı; c) çocuk sayısının artması ve analık halinde korunmasına yönelik genel tedbirler sistemidir (Dilik, 1991, s.6).

Başka bir tanıma göre sosyal güvenlik, hastalık, kaza, analık, yaşlılık, sakatlık, işsizlik, ölüm ve çocuk yetiştirme gibi sosyal risklerin yol açabilecekleri gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanmasıdır (Dilik, 1996, s.10).

Sosyal hizmet ise Tomanbay 'a göre; Toplumdaki insan kaynaklarının korunması ve geliştirilmesi ile doğrudan ilgili, toplumun sosyal refahı yönünde devletçe örgütlenmesi, düzenlenmesi ve yürütülmesi gerekli görülen, eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleridir (Tomanbay, 1999, s.238).

Sosyal güvenlik ve sosyal hizmet arasındaki ilişkiye baktığımızda; sosyal hizmet alanında çalışanlara göre, sosyal güvenlik sosyal hizmetin bir alanı olarak görülmekteyken (Kongar, 1972, s.34), sosyal güvenlik açısından sosyal hizmet; sosyal yardımlarla birlikte sosyal güvenlik sisteminin primsiz rejimler kısmını oluşturmaktadır. Bu bağlamda, sosyal hizmet sosyal güvenliğin bir aracıdır. Her iki alanın kesiştiği noktalar bulunduğu gibi farklı konularda da faaliyet göstermektedirler. (Gerek ve Oral, 2008, s.91-94).

### **1.8.3. Sosyoloji ve Sosyal Hizmet İlişkisi**

Sosyoloji ve sosyal hizmet birbiriyle ilişkili alanlardır. Bu alanların birçok ortak yönü olmakla birlikte, birçok yönden farklı özellikler taşıdıkları da kabul edilmektedir. Sosyoloji ilk dönem Amerikan sosyologları tarafından şu şekilde ifade edilmektedir: L. F. Wand tarafından “toplum bilimi” olarak ve F. H. Giddens tarafından “bilimsel toplum çalışması” olarak tanımlanmıştır. A. W. Small ise sosyolojiyi toplumu etkileyen ve toplum tarafından etkilendiği düşünülen insanlığın çalışması olarak kavramsallaştırmaktadır (Yıldırım, 2007, s.21). Paul Lazarsfeld ve Jeffrey Reitz sosyolojinin Amerika'da üç aşamadan geçtiğini ileri sürmüşlerdir. İlk dönem sosyologlarının temel ilgi alanı dünyayı daha iyi yaşanabilir hale getirmektir. İkinci

dönemde sosyologların amacı sosyolojiyi saygı duyulan bir bilim yapmaktır. İçinde yaşadığımız üçüncü dönemde ise sosyoloji, sorunları çözmeye bilgi ve uygulamayı birleştirmeye çalışan bir disiplin haline gelmiştir (Özkalp, 2007, s.23-24).

Sosyoloji ve Sosyal hizmetin her ikisi de insanlar, onların etkileşimleri ve bu etkileşimlerin anlaşılması ile ilgilidir. Sosyolog özellikle nasıl, ne zaman ve niçin insanlar diğerleriyle birlik olarak hareket ederler sorusuyla ilgilidir. O sosyal sorunları ortaya çıkarmayı, araştırma yürütmeyi ve insana ait birlikteliklerinin etkileşimlerini anlamaya yönelik olası her durumu saptamayı amaçlamaktadır. Sosyolog özellikle insana ait etkileşimin nedeni ile ilgilenmektedir.

Sosyal hizmet uzmanı ise insanları anlama ve diğerleriyle ilişkilerinde nasıl davrandıkları ile ilgilidir; fakat o özel olarak sahip oldukları sorunları çözmeye ve onların sosyal fonksiyonelliklerini geliştirmek için bu insanlara yardımcı olma ile ilgilidir. Oysa sosyolog genel olarak zamanının çoğunda gerçekleri ortaya çıkarmaya çalışır, sosyal hizmet uzmanı uygun teşhisi koyabilmek, tedaviyi ilerletmek, problemleri çözmeye ve daha iyi düzenleme oluşturmak için durumları değiştirerek yararlı olmaya çalışır (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.13).

#### **1.8.4. Psikiyatri ve Sosyal Hizmet İlişkisi**

Sosyal hizmet uzmanının ve psikiyatrisin görevleri farklıdır, fakat birbirleriyle eşgüdümlü olarak çalışmaktadırlar. Sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatrist genellikle hem aynı mesleki birliğin üyesidirler hem de her birinin yapacakları katkı aynıdır (Yıldırım, 2007, s.21).

Bir psikiyatrist ve sosyal hizmet uzmanı arasındaki temel farklılık ise şöyle ifade edilmektedir: Psikiyatrist hastalığın tedavisi ve tıbbi model ile ilgilenmektedir, oysa sosyal hizmet uzmanı insan ilişkilerindeki güçlükler ve sorunlar üzerine odaklanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı çevresel ve topluluk kaynaklarından yararlanmakta, genellikle bilinçli davranış seviyesi içerisinde faaliyet göstermektedir (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.13).

Psikiyatri ve sosyal hizmet birçok ortak özelliğe sahiptir. Her iki meslekte kişisel ve sosyal sorunları olan insanlar ile çalışır. Her ikisi de kişilerin diğerleriyle ilişkilerini geliştirmelerine yardım eder ve her ikisi de duygular, hisler, anlama yeteneği ve duyarlılıkla ilgilenir (Yıldırım, 2007, s.22).

Buna karşın, Sosyal hizmet ve psikiyatri arasında birçok farklılık da göze çarpmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı tüm toplum kaynaklarından faydalanma eğilimindedir, bazen sosyal ilişkileri geliştirmek için ekonomik ve diğer birçok önemli kaynağı kullanmaktadır. Psikiyatrist ise hastalar ile tıbbi temelde ilgilenmekte, eğer gerekliyse, tıbbi tedavi öngörmekte, hastaneye yatırmakta ve bireysel kişisel yeniden düzenleme ile özellikle düşünsel unsurlar, bilinçsizlikler üzerine odaklanma eğilimindedir. Yeni ilaçların bulunuşu ile ilaç terapisi ve ruhsal hastalıkların tedavisinde psikiyatrik uygulamalar yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Sosyal hizmet uzmanı genellikle sadece bireysel kişilerden çok, bütün olarak aile ile veya evlilik ile ilgili konularda çalışmaktadır. Genellikle, ciddi ruhsal bozukluklar psikiyatrist tarafından yönetilmektedir; oysa sosyal hizmet uzmanları teşhis ve tedavide psikiyatrik yaklaşımı kullanmakta ve bazen doğrudan ciddi ruhsal hastalıkları olan bireyler ve ailelerle çalışmaktadır (Yıldırım, 2007, s.22).

### **1.8.5. Psikoloji ve Sosyal Hizmet İlişkisi**

Psikoloji ve sosyal hizmet alanında çalışanlar genellikle tedavi klinikleri ve ilgili bölümlerde, aynı mesleki örgütün üyesidirler. Yine de, bu iki alan arasındaki benzerlik ve farklılıklar birçok kişi tarafından sorgulanmaktadır. (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.14).

Psikoloji ve sosyal hizmet bazı ortak alanlarda çalışmaktadır. Psikoloji bireysel davranışlar üzerine ve sosyal hizmet ise sosyal fonksiyonlar üzerine odaklanmasına rağmen her ikisi de insan davranışıyla ilgilenmektedir. Her ikisi de insanın düşünme ve hissetme sürecini araştırmaktadır.

Farklılıklar bakımından ise, psikoloji tamamen ölçme ve test araçlarına sahiptir. Psikoloji, bireysel davranışlarla ilgili biyolojik faktörler kadar sosyal faktörleri de dikkate alır. Psikoloji özellikle insanların bireysel özellikleriyle ilgilenmektedir. Diğer

taraftan, psikoloji alanında çalışanlar, özellikle klinik psikologlar araştırma aşamasının ilerisine geçmekte ve yardım sürecinde doğrudan bireylerle çalışmaktadırlar. Bu faaliyetler bazı sosyal hizmet faaliyetleri ile örtüşmekte, fakat bütün olarak göz önünde bulundurulduğunda odağının farklı olduğu görülmektedir. Psikolog genellikle büyük bir yoğunluk temelinde bireysel olarak çalışır ve bazen bir psikoterapist gibi davranır. Diğer taraftan, sosyal hizmet uzmanı özellikle müracaatçısının ilişkileri ve sosyal işlevselliği ile ilgilenmekte ve toplum kaynaklarını onların kişisel ve sosyal sorunlarını karşılamak için kullanmaktadır (Yıldırım, 2007, s.22).

## **2. SOSYAL HİZMETİN TEMEL ALANI OLARAK TIBBİ SOSYAL HİZMET**

Fiziksel hastalıkların neden olduğu sosyal ve duygusal sorunlarla ilgilenen ve sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet alanına tıbbi sosyal hizmet denilmektedir. Tıbbi sosyal hizmet, sosyal ve ekonomik şartlar bakımından hastanın ve ailesinin durumunu belirlediği kadar hastalığın duygusal unsurlarını da bulup ortaya çıkarır (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.182).

### **2.1. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tanımı**

Tıbbi sosyal hizmet kavramına yönelik farklı tanımlamalar bulunmakla birlikte bu tanımlamaların temel noktası hasta bakım faaliyetleri ile ilgilidir. Bu tanımlardan bazıları aşağıda verilmiştir:

Tıbbi sosyal hizmet; hastalığı ve tedavisi sırasında hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümü amacı ile bireyle sosyal çalışma ve bazen de grup çalışması kullanılan sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanıdır (Friedlander, 1963, s.156).

Bu alana yönelik bir başka tanıma göre tıbbi sosyal hizmet; sosyal hizmet yöntem ve felsefesinin sağlık ve tedavi hizmetlerine adapte edilmesi, tıp ve halk sağlığı programları çerçevesinde uygulanmasıdır (Turan, 1979, s.15).

Tıbbi sosyal hizmet; hastanede ayakta veya yatarak muayene, inceleme ve tedavisi yapılan hastaların tıbbi tedaviden etkin bir şekilde yararlanmaları amacı ile sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik, eğitici, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin yanı sıra hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin

düzenlenmesi, hastaneden çıktıktan sonra kişisel ve ailevi sorunların çözümlenmesi gibi hizmetlerin bütünüdür (Öztürk ve diğerleri, 1982, s.42).

Tıbbi sosyal hizmet hastanın ihtiyaçlarını ve onu çevreleyen koşulları anlayan ve bunların hastalığını nasıl etkilediğini değerlendiren bir hizmet türüdür (Rubinow, 1943, s.59).

Barker 'a göre tıbbi sosyal hizmet: Sağlık ile ilgili kuruluşlarda uygulanan hastalığı önleme, sağlığı geliştirme, özrürlük ve hastalık konularında hasta ve ailelerin yaşadığı psiko-sosyal sorunlarının çözümünde yardımcı olan bir sosyal hizmet alanıdır (Barker, 1999, s.85).

ABD'de sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerde görev almaları ve diğer tıbbi düzenlemeler yavaş fakat istikrarlı bir şekilde gelişmiştir, bugün birçok hastanede sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır. 1984 yılında Amerikan Hastaneler Birliğinin 6,302 hastane üyesinin 5,209 'unda ya da % 82.7 ' sinde sosyal hizmet uygulamalarında yer alan psikolog, pedagoğ ve çocuk gelişimcisi gibi uzmanların olduğu bildirilmektedir (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.161).

Tıbbi sosyal hizmetin başlangıcını oluşturan çalışmalar 1) örgütlenmemiş hizmetler, 2) ilk tıbbi sosyal hizmet uzmanları olan "lady almoner"lerin çalışmaları, 3) hastaların taburcu olduktan sonra izlenmesi, 4) ziyaretçi hemşireler ve 5) tıp öğrencilerinin eğitimi, şeklinde sıralanabilir (Duyan, 2000, s.42).

Genel olarak önleyici, tedavi edici ve izleyici fonksiyonu olan tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmetin sağlık kuruluşlarında uygulanan bir alanıdır. Türkiye'de farklı statüye sahip olan tedavi kurumlarında (Üniversite eğitim hastaneleri, devlet hastaneleri ve vakıf hastaneleri gibi) sosyal hizmet birimlerinin kurulması, sosyal hizmetin bu alanda yaygınlaşmasında önemli bir rol oynamıştır. Tıbbi sosyal hizmetin mesleki ve teknik yönden örgütlü bir şekilde yürütülmesi Sağlık Bakanlığında, Tıbbi Sosyal Hizmetler Bölümünün faaliyete başlamasından sonra olmuştur. Bu tür kurumlarda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetleri, daha çok ekonomik sorunlara çözüm aramakla sınırlı kalmıştır. Ancak hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısının yetersizliği, alanın göreceli olarak yeni tanınıyor olması ve mezuniyet sonrasında bir

uzmanlaşmaya gidilememesi, bu alanda çalışan kişilerin etkinlik alanını sınırlamıştır (Atauz, 1991, s.187).

## 2.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Kapsamı ve Önemi

Toplumsal değişme ile birlikte ortaya çıkan yeni ihtiyaçlara cevap verebilmek amacıyla yeni hizmet alanları oluşmuştur. Aile ve çocuk refahı alanı, ceza ve ıslah, yaşlılık refahı, endüstriyel sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet gibi sosyal hizmet mesleği ve disiplininin belirgin alanları bu değişimlerden etkilenmiştir. Bu değişimden etkilenen alanlardan biri de “Tıbbi Sosyal Hizmet”tir.

Geçmişten günümüze kadar hastanelerin birincil meslek elemanları doktor ve hemşire olarak görülmektedir. Hastalar öncelikle fiziksel sağlık sorunlarına teşhis koyup, tedaviye hazırlayan doktorları ve bu tedaviyi uygulayan hemşireleri yanlarında görmek isterler. Doktorlar tedaviyi hazırlar ve hemşireler bu tedaviyi uygularlar. Genellikle doktor ve hemşirelerin hastaların psiko-sosyal ve ekonomik sorunları ile ilgilenecek vakitleri olmamaktadır. Bu noktada, genel konusu hastalığın oluşması ve tedavisinde etkili psiko-sosyal faktörler olan, temel ilkesi tıbbi tedavinin etkinliğini arttırmak, hastalığın psiko-sosyal ve ekonomik şiddetini ve bırakacağı izleri en aza indirmek olan “tıbbi sosyal hizmet” müdahalesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Aydemir, 2003, s.11).

Bütün bu değişim ve gelişmelere rağmen Küçükkaraca (1987)’nin belirttiği gibi hastalığa yol açan psiko-sosyal faktörlerin belirlenmesinde, hastalık sonucunda ortaya çıkan sorunların çözümlenmesinde tıbbi sosyal hizmetin yeri ve müdahalesi önem taşımaktadır (Küçükkaraca, 1987, s.3).

Hastalıkları doğru teşhis ve tedavi etmek amacıyla yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar, tıp görevlilerinin hastalığa yol açan fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik faktörler arasındaki ilişki üzerinde durmalarını zorunlu hale getirmiştir. Bu nedenle tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetleri de bu yönde bir gelişim göstermiştir (Duyan, 2003b, s.41).

Tıbbi bakım kurumlarının ve bu kurumlardan taburcu olduktan sonra doğrudan sosyal hizmet uzmanlarının sunduğu hizmetler, sosyal hizmet uzmanlarının, hastaların ve ailelerinin sorun çözme kapasitelerini destekleme ve onları kaynaklara yönlendirme çabaları oldukça önemlidir (Duyan, 1996, s.4).

Tıbbi sosyal hizmetin odağında birey, ailesi ve çevresi yer almaktadır. Bu alanda yaklaşım genellikle hastalık açısından olmaktadır; ancak, konuya sağlık açısından da yaklaşılmasında yarar vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımda sağlık “fiziksel, sosyal ve ruhsal yönlerden tam bir iyilik hali durumudur” (Öztürk ve diğerleri, 1982, s.45).

Sağlık alanında faaliyet gösteren farklı disiplinler içerisinde tıbbi sosyal hizmet bu denli uzmanlaşmış bir alanda insan unsurunu odak alan az sayıdaki disiplinlerden birisidir. Mesleğin yapısı gereği tıbbi sosyal hizmet uzmanı çok karmaşık bir araç kullanamaz. Sosyal hizmet uzmanının başlıca araçları; duyarlılık, algılama ve kavrama becerileri ile iletişim kurma yeteneği, toplumda var olan kaynaklar hakkındaki bilgisidir (Turan, 1979, s.16).

Tıbbi sosyal hizmet, doktorların hastalara verdiği bireyselleştirilmiş bir hizmetin parçasıdır. Sosyal kişisel çalışma ilkeleri ve tekniklerini kullanarak hastaya kapasitesinin en üst düzeyinde tıbbi bakımdan yararlanmasına yardımcı olur ve fiziksel sınırlılıklarıyla birlikte ve yaşamdan zevk almasını sağlayamaya çalışır (Rubinow, 1943, s.61).

### **2.3. Tıbbi Sosyal Hizmetin Dünyadaki Tarihsel Gelişimi**

Tıbbi sosyal hizmetin gelişimi dört temel unsura bağlı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, İngiltere’de 1880 yılında kabul edilmiş ve ağır hastalıklardan dolayı evlerinden uzakta kalan ve duygusal açıdan ileri derecede bir bakım gereksinimi duyan hastalar için nekahat devresi ihtiyaçlarını karşılamak üzere hasta, özellikle akıl hastanesinden çıktuktan sonra uygulanmıştır. “Ziyaretçiler” hastaların evlerine giderek ailelerine ve yakınlarına, hastanın eve döndükten sonra bakımı için gerekli olan tavsiyeleri vermekteydiler (Friedlander, 1966, s.415).

İkinci faktör ise, muhtaç aileleri saptayarak yardımda bulunmak üzere “Lady Almoner” adı verilen ve yoksulların evine giden gönüllü kadınların hastanelerde görev almasıdır. İlk kez 1890’da Sir Charles tarafından Londra’da başlatılan bu sistem sayesinde ücretli ya da ücretsiz yatacak hastaların hangi kaynaktan ne ölçüde yardım alacaklarına karar verildiği gibi sosyal durumları da inceleniyordu.

Ziyaretçi hemşireler tıbbi sosyal hizmetin üçüncü kaynağı oldular. 1893 yılında Lillian Wald ve Mary Brewster adlarında iki öncü New York’ta Henry Street Toplum Merkezinde çalışarak, çevrelerindeki fakir hastaların evlerine giderek hem tıbbi bakım yardımında bulunmuşlar hem de hemşirelik bakımı sağlamışlardır. Böylece fakir hastaların evlerinde, hastanede anlaşılması mümkün olmayan birçok sosyal ve kişisel sorunları da bulup çıkarmışlardır. New York’taki bazı hastaneler Henry Street Toplum Merkezinin ziyaretçi hemşirelerini örnek almışlar ve böylece diğer hastanelere yayılan bu yöntem ile tıbbi tedavinin etkisi geliştirilmiştir. Tıbbi sosyal hizmetin dördüncü unsuru ise, sosyal kuruluşlarda yetiştirilmiş tıp öğrencileri idi (Friedlander, 1966, s.415).

Tıbbi sosyal hizmet 1905 yılında aynı anda dört yerde birden kuruldu. Sosyal hizmet uzmanları, Boston’daki Genel Hastanesinin, New York’taki Bellevue Hastanesinin, Baltimore’daki Johns Hopkins Hastanesinin, Boston’daki Berkeley Hastanesinin sürekli elemanları haline geldiler. Uzman doktorlar artık hastaların sosyal şartları, gelirleri, çevreleri, gelenekleri ve kişilikleri üzerinde durmamakta, bu işi sosyal hizmet uzmanlarına bırakmaktaydılar. Bundan dolayı tıbbi sosyal hizmet uzmanları hem hasta hem de ailesi ile kişisel ilişkilerde bulunarak onların sosyal ve kişisel durumunu incelemek ve doktora teşhis ve tedavi açısından faydalı olacak bilgileri toplamakla görevliydi. Massachusetts (Boston) Genel Hastanesinde çalışan Doktor Richard C. Cabot, sosyal hizmet uzmanının, hastaneden taburcu edilen kişileri gidip ziyaret ederek, onların durumu hakkında doktoru bilgilendirmeleri gerektiğini öne süren ilk bilim adamıdır. Böylelikle sosyal hizmet uzmanı aynı zamanda hastanın hastalığını aileye anlatmakta ve gerekli olan tedavi sonrası bakımın, aile üyeleri tarafından yürütülmesini sağlamakta idi (Friedlander, 1966, s.416).



Tıbbi sosyal hizmetin tarihçesi açısından Alexander ve Weber (Alexander ve Weber, 1977) kronolojik bir sıralama yapmış ve bu sıralamada yasal düzenlemelerin yanı sıra tıbbi sosyal hizmet açısından önemli olabilecek yayın ve eserlere de yer verilmiştir.

1898 yılında sosyal hizmetlerde ilk uygulama kursları başlatılmıştır ve aynı yıl içinde, New York Flantropi Akımı'nın temelini oluşturan New York Hayırseverler Örgütü faaliyete geçmiştir.

1905 yılında yukarıda belirtilen bilginin yanı sıra, aynı hastanede James J. Putman tarafından ilk psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı görevlendirilmiştir.

1911 yılında New York Akıl Hastaneleri tarafından bakım sonrası hizmet için sosyal hizmet uzmanları istihdam edilmiştir.

1912 yılında Dr. C. Cabot sosyal hizmet uzmanı ve doktorun hastanın tedavisinde tedavi ekibinin bir üyesi olduğu görüşünü ortaya atmıştır.

1913 yılında bir akıl sağlığı kurumu olan Boston Psychopathic Hospital'da Mary C. Jarret'in yönetiminde ilk sosyal hizmet bölümü kurulmuştur. Yine aynı yıl içinde Phipps kliniğinde, John Hopkins Hospital 'da sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmiştir.

1917 yılında Mary Richmond tarafından sosyal teşhis (Social Diagnosis) adlı eser yazılmıştır. Ayrıca sosyal hizmet üzerine Ulusal Konferans düzenlenmiştir.

1918 yılında Amerikan Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kurulmuştur. Ayrıca aynı yıl içinde Amerikan Hastanede Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kurulmuştur.

1920 yılında şu anda "The Family" olarak bilinen Social Casework adlı dergi yayın hayatına başlamıştır.

1921 yılında Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği ve 1926 yılında Amerikan Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kurulmuştur.

1931 yılında ünlü sosyal hizmet uzmanı Jane Addams'a Nobel Barış Ödülü verilmiştir.

1955 yılında 1921 yılında kurulan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, 1918 ve 1926 yıllarında kurulan Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği ile diğer dört dernek birleşerek Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kurulmuştur.

1965 yılında Sosyal Güvenlik Yasasınının 18. ve 19. maddeleri ile bakım hizmetlerinin masraflarını karşılayamayanlara yönelik olarak Medicare ve Medicaid yardım kurumları kurulmuştur.

1970 yılında Hastaneler Birleşik Komisyonu tarafından hastalara ve ailelerine sosyal hizmetin mutlaka sağlanması gerektiği ortaya konmuştur.

Sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında uygulanmaya başlaması bu alanın birincil sorumluluğunu taşıyan tıp elemanlarınca sağlanmıştır.

Sonuç olarak hastalığın fiziksel kökenli olmasının yanında psiko-sosyal yönlü olduğu sağlık personeli tarafından kabul edilmiş ve bu tür sorunların çözülmesi amacıyla sosyal hizmet mesleğinin hastanelerde uygulanması onaylanmış ve sağlanmıştır (Alexander ve Weber, 1977; Akt: Duyan, 1996, s.9-10).

Tıbbi sosyal hizmet uygulaması daha sonraki yıllarda duyulan ihtiyaç doğrultusunda gelişmiş ve ülkemizde bu gelişimden etkilenmiştir.

#### **2.4. Tıbbi Sosyal Hizmetin Türkiye'deki Gelişimi**

Sosyal hizmetlerin ilk resmi örgütleniş şekli, Sağlık Bakanlığı kuruluş yapısı içinde yer almıştır. 1958 yılında başlatılan düzenlemelerde, sosyal hizmetler sadece tıp ve sağlık alanında düşünülmeyp, Bakanlığın o zamanki isminde yer alan "sosyal yardım" hizmetlerini organize etmek amacı da göz önünde tutulmuştur.

Konu tıbbi sosyal hizmet açısından ele alındığında bu çalışmaların önemli kilometre taşlarının başlangıcı olarak 12.06.1959 tarihli nüshasında yayımlanmıştır. Bu kanunda Sosyal Hizmetler Enstitüsü'nün görevleri; teşkilat yapısı gibi konular yer

almış, tıbbi sosyal hizmet açısından yasal bir dayanak oluşturmuştur. Bu yasa ile Bakanlığın teşkilat yapısı içinde Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi kurulmuş ve Kanununun 7. maddesinde bu şubenin görevlerine yer verilmiştir. Buna göre: “Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi, sosyal hizmetlerin koruyucu, terbiye ve tedavi edici tıbbi sosyal yönlerini (sosyal uyumsuzluklarını giderme, rehabilitasyon gibi) ihtisas bakımından tetkik ve bunların memlekette tatbikine dair olan esasları vaz’eder” denmektedir (Duyan, 1996, s.10-11).

Ülkemizde tıbbi sosyal hizmetlerin bir ihtiyaç olarak ortaya çıkması yanında, sağlık alanında sosyal hizmetin ilk uygulamalarına Akıcı ve diğerlerinin (1986) belirttiği gibi 1964’de Sosyal Hizmetler Akademisi öğrencilerinin stajları ile başlamış, 1967 yılında ise Ankara Üniversitesi Hastanesine bir sosyal hizmet uzmanının atanması ile tıbbi sosyal hizmet resmi yapı içinde yer almıştır. Başka bir kaynağa göre Türkiye’de ilk bilimsel ve mesleki tıbbi sosyal hizmet uygulaması, 1964 yılında Miss Violet Bemmels idaresinde bir grup stajyer sosyal hizmet uzmanı ile Hacettepe Hastanesi’nde başlatılmıştır (Çakmaklı, 1976, s.94).

1967 yılında sosyal hizmet alanına yeni elemanlar yetiştirmek amacıyla Hacettepe Üniversitesi bünyesinde Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmetler ve Sosyal Çalışma Bölümü kurulmuştur (Aydemir, 2003, s.9).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili olabilecek sosyal, ekonomik ve duygusal faktörlerin önemini sağlık ekibine iletmek; hasta ve ailesinin bu faktörleri anlamasına yardımcı olmak, hastanın ve ailesinin moralini arttırmak, onlara güven duygusu vermek, hastanın ve ailenin yararına toplum kaynaklarını harekete geçirmek, hastane işleyişine mesleki açıdan katkıda bulunmak yoluyla hastanenin daha iyi hizmet vermesine çalışmak gibi görevler üstlenmiş ve 1973 yılına kadar çok yataklı devlet hastanelerinde görev alan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı 20 civarında iken artan ihtiyaçları karşılamak üzere ve kapsamlı tıp anlayışının gittikçe yerleşmesi nedeniyle hastanelere atanan sosyal hizmet uzmanı sayısında büyük artış olmuştur. Sağlık Bakanlığı’nın 1989 istatistiklerine göre Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan 94 sosyal hizmet uzmanı bulunurken

(Sağlık Bakanlığı, 1989) bu sayı günümüzde Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü'nden alınan bilgiye göre 1994 yılında 162'ye çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları 2002 yılı istatistiklerine göre 2002 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanı sayısı 168 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2002).

## **2.5. Tıbbi Sosyal Hizmetin Rolü**

Tıbbi sosyal hizmet, tıbbi sorunların dışındaki diğer yaşam koşullarının da göz önünde bulundurulmasıyla daha etkin bir tedavi verilebileceği inancını taşımaktadır.

Sosyal hizmetin bir alanı olan tıbbi sosyal hizmet, günümüzde genellikle hastaneler olmak üzere dispanser, sağlık merkezi, ana-çocuk sağlığı merkezi gibi kuruluşlarda tıbbi tedavi, rehabilitasyon ve halk sağlığı programlarına paralel olarak uygulanmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet, (Turan, 1985, s.49) 'ın ifade ettiği gibi sosyal hizmet felsefesi ve yöntemlerinin tıp ve halk sağlığı alanlarına uyarlanarak sağlık programları kapsamında uygulanmasıdır. Bu uygulamalarda temel amaç; hasta, ailesi ve toplum sağlığı için tehlike oluşturabilen, hastalıklara neden olan ya da hastaların tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden en verimli biçimde yararlanmalarını engelleyen psiko-sosyal sorunları çözmektir.

### **2.5.1. Hastanelerde Sosyal Hizmet**

Daha öncede belirtildiği gibi ABD'de 1905 yılında bir hastanede başlayan tıbbi sosyal hizmet uygulaması 1913 yılına kadar 100, 1923 yılına kadar ise 400 hastanede uygulanmaya başlanmıştır. Amerikan Hastaneler Birliğinin verilerine göre, 1984 yılında hastanelerin % 83'ünde sosyal hizmet birimi bulunmakta ve bu hastanelerde sosyal hizmet uygulamaları görülmektedir. 1994 yılında ise 6374 hastanenin 5387'si Amerikan Hastaneler Birliğinin yaptığı yıllık çalışmalara katılmış ve bu hastanelerin % 87'sinde sosyal hizmet faaliyetleri yürütülmektedir (Cowles, 1999, s.3).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin kaçında sosyal hizmet biriminin olduğu bilinmemektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki

sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarına yönelik yeterli veriye rastlanılmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nda tıbbi sosyal hizmet uygulamaları genel, eğitim ve araştırma, çocuk, kadın hastalıkları ve doğum, rehabilitasyon merkezi gibi hastanelerde uygulanmaktadır.

Hastanelerde sosyal hizmet uygulamaları genellikle sosyal hizmet birimlerinde veya bu birimlerin olmadığı hastanelerde ise doğrudan başhekimliğe ya da kliniklere bağlı olarak gerçekleştirilmektedir. Hastanelerde sosyal hizmet ile ilgili çalışmalar mülakat odasında, toplantı odasında, doktor odasında, hemşire odasında ve hasta odasında da yapılmaktadır (Aydemir, 2003, s.17).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları sağlık ocaklarında, verem savaş dispanserlerinde, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde, ruh sağlığı kliniklerinde, diyaliz merkezlerinde, polikliniklerde, devlete, üniversitelere ve özel şahıslara ait hastanelerde; hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili olabilecek, sosyal, ekonomik ve duygusal faktörleri anlamasına yardımcı olmak, hastanın ve ailesinin moralini desteklemek, onlara güven duygusu vermek, hastanın ve ailenin yararına toplum kaynaklarını harekete geçirmek amacıyla hizmet verirler (Duyan, 2000, s.43).

Sosyal hizmet birimleri, hastalar ile bireysel olarak çalışan, yönlendiren, kaynak sağlayan, hastalıkları ile ilgili danışmanlık hizmeti veren, onların hastalıkları ve kusurları ile ilgili olarak çevresel, duygusal ve sosyal sorunlarını aileleri ile birlikte ele alan, hasta ve ailesine yönelik psiko-sosyal hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan birimlerdir (Cowles, 1999, s.130).

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları; hastaların psiko-sosyal ve fiziksel iyilik hallerinin artırılmasını, hastaların bakım hizmetlerinden uzun veya kısa sürede en yüksek düzeyde yardım almalarının sağlanması ve temel koşullarının iyileştirilmesini, hastaların ruhsal veya fiziksel hastalıklardan korunmasını, hastaların psiko-sosyal ve fiziksel fonksiyonlarının artırılmasını, kusur veya hastalığın duygusal sosyal etkilerinin azaltılması ve etik sorumluluğun geliştirilmesi ve yerleştirilmesini amaçlamaktadır (Duyan, 2003b, s.43).

### 2.5.2. Sosyal Hizmet ve Aile Sağlığı

Aile sosyal hizmeti alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, çocukların ve ailelerin sosyal ve psikolojik fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olmak, ailenin iyilik halinin en üst düzeyde gerçekleşmesini sağlamak için çalışmalar yaparlar. Sosyal hizmet uzmanları bunu gerçekleştirmek için tek ebeveynli aileleri daha güçlü hale getirmeye çalışırlar. Ailelerle ilgili olarak çalışan sosyal hizmet uzmanları konut sorunları, ailelerdeki yaşlı bireylerin bakımı gibi birçok konuda ailelere destek olarak, bu hizmetleri koordine edebilir, hizmetlere yönlendirebilir ve izlemeyi gerçekleştirebilirler.

Daha öncede var olan aile çözümleri günümüzde aile sorunu olmaktan öte toplum sorunu olmuştur. Bir aile boşanma, eşlerden birinin aniden ölümü gibi nedenlerle parçalanabilir. Akrabaların uzakta olması, hareketlilik dolayısıyla yaşam boyu sürecek ilişkilerin kurulamaması nedeniyle bu gibi durumlarda bütün yük bu küçük ailenin üzerine kalmıştır. Oysa, geleneksel aile düzeninde ölüm ve ayrılık gibi nedenlerle aile parçalandığında geride kalanlar kendi aile sistemleri içinde fazla bir sarsıntıya uğramadan yaşamlarını sürdürmekteydiler. Annesini ya da babasını kaybeden bir çocuk yakınında kendisini sahiplenecek bir babaanne, dede, teyze, hala bulabiliyordu. Dolayısıyla anne ya da babasını kaybeden çocuk onların yerine kolaylıkla koyabileceği sevdiği bir başka kişiyi bulabiliyordu. Küçük ailede ise çocuğun anne babası gibi yakınlık duyabileceği alıştığı, eş değerinde sevgi bağı ve ilişki kuracağı başka bir kişiyi bulması zorlaşmıştır. Balsa bile bu tür bir sorumluluğu bir diğer küçük ailenin yüklenmesi olasılığı azalmıştır. Sonuçta sorunu ailenin ötesinde toplumun ele alması kaçınılmaz hale gelmiştir (Koşar, 1992, s.9).

Ailenin bir üyesinin hastalanması tüm ailenin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir ve çoğunlukla hastalık nedeniyle ailenin olağan işlevlerinde önemli derecede bozukluklar oluşabilir (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.168).

Ülkemizde aile ve çocuk alanındaki sosyal hizmetler esas olarak SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu) tarafından sağlanmaktadır. SHÇEK tarafından ailelere yönelik olarak aile danışma merkezleri, kadın konuk evleri ve toplum merkezleri aracılığıyla hizmet verilmektedir (Duyan, Sayar ve Özbek, 2008, s.171).

Bu kuruluşlar, genellikle; 1) aile tedavi ve danışmanı, 2) aile devamı açısından eğitim ve ailenin sosyal kurumlarla ilişkisini düzenleme ve 3) savunuculuk olmak üzere üç yönde oluşturulan hizmet programlarıyla fayda sağlamaktadırlar (Yıldırım, 2007, s.85).

### **2.5.3. Temel Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Sosyal Hizmet**

Temel sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 toplantısında şu şekilde ifade edilmiştir. Temel sağlık, sağlığı korumak, hastalıklardan korunmak, ruhsal ve fiziki sağlık hizmetlerine uyum, sağlığı etkileyen ruhsal, sosyal ve fiziki nedenlere yönelik bütüncül bir yaklaşımı savunma üzerine odaklanan bir hizmet olarak tanımlanmaktadır (Cowles, 1999, s.95).

Sağlık hizmetleri, 5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2. maddesinde şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”. Buna göre sağlık hizmetleri, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve iyileştirilmesi olarak ifade edilebilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik bir başka tanım ise şöyledir: “Kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür” (Oral, 2002, s.37).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani onları hastalıklardan korumaktır. Sağlık hizmetlerinin bir diğer amacı ise her türlü korumaya rağmen hastalananların tedavisini yapmaktır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü bir amacı ise sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, başka bir deyişle rehabilite etmektir (Oral, 2002, s.37-38).

Temel sağlık hizmetlerinde tıbbi sosyal hizmet, yeni bir kavram olarak gelişmekte ve bu gelişim temel sağlık hizmetlerinde çalışan doktorların hastalığın çevresel ve psiko-sosyal yönlerinin kavranmasında sosyal hizmet uzmanlarına duydukları ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır (Cooper ve Rock, 2000, s.3).

#### 2.5.4. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Geleceği

ABD’de 1965 yılına kadar kamunun sağlık alanında bir yapılanması yer almamaktadır. Kamu sağlık sigortaları ABD’de Medicare ve Medicaid ile başlamıştır. 1965 yılında Sosyal Güvenlik Kanunundaki düzenlemeden sonra iki ayrı ancak koordineli çalışan sağlık sigorta planları kurulmuştur. Medicare programı 65 ve yukarı yaşta kişiler için geçerli olup Medicare A ve Medicare B olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Medicare A zorunlu hastalık sigortası kısmı Medicare B ise gönüllü ek sağlık sigortasıdır (Oral, 2002, s.100-101).

Medicare bir sigorta olduğu halde aynı kanunla yürürlüğe girmiş olan Medicaid diğer programları destekleyen bir yardım programıdır. Ülkedeki yoksul kesime yardım etmek amacıyla kurulmuştur. Her eyalet federal hükümetin çizdiği çerçeve içinde kendi sağlık programlarını düzenlemektedir (Oral, 2002, s.104).

ABD’de 1965 yılından beri sağlık bakım alanındaki büyüme devam etmektedir. 1986 yılında yalnızca Medicare programı için fatura 34.31 milyar dolar; Medicaid programı için ise 24.9 milyar dolardır. 1982 yılında Gayri Safi Milli Hasıla’nın % 10.5’inin sağlık bakımının finansmanı için harcadığı hesaplanmaktadır, bu miktar ABD’de kişi başına 1,365 dolarlık sağlık bakımı harcaması anlamına gelmektedir. Hükümet sağlık bakımı ile ilgili tüm harcamaların yarısına yakınına karşılıklaştırmaktadır. Toplam nüfusun yaklaşık % 11’ini oluşturan yaşlı insanlar, sağlık bakım harcamalarının üçte birinden fazlasını kullanmaktadırlar (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.172).

Sağlık bakımında sosyal hizmetlerin rolünün gelecek yıllarda artacağı görülmektedir. Kişisel ve sosyal sağlık sorunları sosyal hizmet uygulamalarını gerekli kılmaktadır. Doktorlar ve hemşireler sosyal-sağlık çözümleri geliştirmek için eğitim almamışlardır. ABD’de yapılan bir çalışma yaşlı hastaların % 38’inin kısa süreli olarak hastanede yatanlardan oluştuğunu göstermektedir. Yaşlı hastalar genellikle birden fazla yeniden kabul edilme ile karşı karşıya kalmakta ve tıbbi, psikolojik ve sosyal unsurlardan kolay etkilenmektedirler. Sosyal hizmet uzmanları yaşlıların gereksiz yere hastaneye yatırımlarının önlenmesi, sağlık planlamasının koordinasyonu ve taburcu olma süreci planlamasının yapılması yoluyla uygun tıbbi hizmetlerin sağlanmasında önemli bir role sahip olabilmektedirler (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.172).



## İKİNCİ BÖLÜM

### GENELCİ SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI

#### 1. GENELCİ SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMININ TANIMI

Genelci sosyal hizmet yaklaşımı ile ilgili olarak üzerinde fikir birliğine varılmış tek bir tanım yoktur. Ancak yaklaşımın üç özelliği, konu üzerinde çalışanların tümü tarafından benimsenmiştir:

1. Çoklu müdahale düzeyi (birey, aile, grup, toplum)
2. İlgili teorilerden seçilmiş bilgi temeli
3. Sosyal adaleti sağlama yönündeki çaba (Thomas, Pierson, 1999).

Schatz, Jenkins ve Sheafor (1990) ise genelci yaklaşımı tanımlayan dört özelliği belirtmektedir. Bunlar:

1. İnsani sorunlar, yaşam durumları ve sosyal koşullar arasındaki ilişkiyi ele alan çok yönlü bir inceleme. Bu yaklaşımın en önemli özelliği yeterli inceleme ve değerlendirme yapılmadan müdahalenin türü ve düzeyine karar verilmemesi gereğidir.

2. Ön değerlendirme ve müdahalede müracaatçıya yardımı olabilecek tüm faaliyetleri kapsayacak geniş bir bakış açısı.

3. Müdahale stratejisinin ve uzmanın rol ve fonksiyonunun belirlenmesinde müracaatçının sorununu, durumunu, hedeflerini ve değişecek sistemin büyüklüğünü dikkate alan bir yaklaşım. Tüm süreç müracaatçının özelliğine göre düzenlenir.

4. Bilgi, beceri ve değerlerin yer, sorun ve bölgeye göre yönlendirildiği bir uygulama biçimi. Kuruluşların getirdiği sınırlar göz önünde bulundurulmak koşuluyla sosyal hizmet uzmanı sosyal ve kültürel çevre faktörünü dikkate alarak uygulamalarını gerçekleştirir (Bradford, Sheafor ve Horejsi, 2002, s.43-44).

Kirst-Ashman ve Hull (1999) ise geneli sosyal hizmetin tanımında aşağıdaki özellikleri vurgulamaktadırlar:

1. Sosyal hizmet ekletik bilgi temeline ve profesyonel değerlere dayanan bir meslektir

2. Sosyal hizmet uzmanı mikro, orta ve makro düzeydeki müracaatçı sisteminde kullanabileceğı becerilere sahiptir.

3. Bu bilgi, beceri ve değerlere sahip sosyal hizmet uzmanı, uygulamalarını bir kuruluş ortamında gerçekleştirir.

4. Hedef sistem, sosyal hizmete ihtiyaç duyan mikro, orta ve makro düzeydeki müracaatçılardır.

5. Müracaatçının ihtiyaçlarını karşılamak için sosyal hizmet uzmanı mesleki rolünü yerine getirir, eleştirel düşünciyi kullanır, planlı değişim sürecini izler, müracaatçının gücünü ortaya çıkarır.

‘Genelci’ kavramı, uygulandığı alan veya kullanıldığı yöntemden bağımsız olarak bütün sosyal hizmet uygulamalarının benzerliklerini, ortak yönlerini ifade etmektedir. Genelci anlayış açısından sosyal hizmet, sosyal sorunları bir bütün olarak görür, birbirinden farklı sorunlar olarak görmez. Örnek olarak bir çocuğun okuldan kaçma sorununun oluşmasına, eğitim sistemi, aile yapısı, çevre ya da çocuğun psikolojik durumu gibi çeşitli faktörler katkıda bulunmuş olabilir. Bu nedenle genelci anlayış içerisinde sosyal hizmet, sorunun oluşmasına neden olabilecek her düzeydeki sorun sahibi sistemiyle, yani birey, aile, küçük grup, örgüt veya topluluk sistemleriyle işbirliği içerisinde. Eş deyişle sadece sorun sahibinin o anki sorunu ile değil, bu soruna neden olan toplumsal koşullarla da ilgilenir. Hem sorun sahibine kendi sorununu çözebilecek beceri ve özgüveni kazandırmaya, hem de soruna neden olan dış faktörleri, yani sorun sahibine güçlük yaratan koşulları değiştirmeye çabalar. Yani, özel ve bireysel sorunlarla ilgilendiğı kadar, sosyal ve kamusal sorunlarla da ilgilenir. Bu nedenle sorun sahiplerini içinde buldukları fiziksel ve sosyal çevreden ayırmaz, bir bütün olarak ele alır ve bu bütün içindeki ilişkileri inceler (Gönç, 2009a, s.3-4).

Genelci sosyal hizmet uygulamasının esası; sorunu çevresi içerisinde birey çerçevesinde ele almak ve gerekli olduğunda birçok farklı düzeyde, bu düzeylerin gerektirdiği rolleri gözeterek, uygulama yapmaya istekli ve yetenekli olmaktır. Bunun yanında, tüm bu süreçleri gerçekleştirirken, müracaatçı gruplarının güçlendirilmesi ve sosyal adaletin gerçekleştirilmesi, genelci sosyal hizmetin en temel unsurlarıdır (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.49).

## **2. GENELCİ SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMININ ORTAYA ÇIKIŞI**

Genelci yaklaşım kabul edilmeden önce yapılan çalışmalarda bireyci görüşe sahip olan, sosyal sorunların bireylerin güdülenme ya da kapasite eksikliklerinden kaynaklandığını kabul eden ve sorunları bir hastalık gibi ele alma eğilimi gösteren uygulamalar görülmüştür. Eş deyişle bu çalışmalarda, sorunların ortaya çıkmasında bireyin etkisinin olduğu kabul edilmiş, bu nedenle sunulan değişim çözümleri de bireysel temelli çözümler olmuştur (Gönç, 2009a, s.2-3).

Bireylerin sorunları genellikle bireyi aşan, daha geniş sorunların yansımalarıdır, birçok bireysel uyumsuzluğun altında, aslında sosyo-ekonomik yapının nitelikleri gizlidir. Çocuk suçluluğu, alkolizm, işsizlik, yoksulluk gibi sosyal sorunlar, bireylerin suçu değil, içinde buldukları toplumsal yapının özelliklerinden kaynaklanan sorunlardır. Bu nedenle sosyal hizmet açısından bu sorunların çözümü, tek başına bireyin değil, bireyin içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal çevrenin de bir bütün olarak birlikte düşünülmesi ile mümkündür (Kongar, 1972, s.9-10).

1970'li yıllardan itibaren dünya çapında sosyal refah devleti anlayışının zayıflaması ile birlikte, sosyal adaletsizliklere uğrayan insanların sayısı hızlı bir şekilde artmıştır. Böylelikle sağlık, eğitim ve istihdam başta olmak üzere birçok alandaki sosyal sorunun birbiriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu gelişmeler, sosyal hizmet alanında genelci anlayışın benimsenmesi sonucunu doğurmuştur.

## **3. GENELCİ SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMININ KURAMSAL TEMELLERİ**

Bu kısımda genelci sosyal hizmet yaklaşımının kuramsal temellerine, eş deyişle yöntemlerine yer verilmiştir. Bu yöntemleri sosyal hizmetin beslediği kökler ya da

üzerine kurulduğu temel olarak görmek mümkündür. Bu yaklaşımlar; sistem yaklaşımı, ekosistem yaklaşımı ve güçler yaklaşımıdır.

### 3.1. Sistem Yaklaşımı

1920'li yıllardan 1960'lı yıllara kadar sosyal hizmet uygulamalarının birçoğunda insan davranışını değerlendirmede ve değiştirmede tıbbi model kullanılmıştır. Bu model esas olarak Sigmund Freud tarafından geliştirilmiştir ve müracaatçıyı “hasta” olarak kabul etmektedir. Hizmet sunanın görevi öncelikli olarak hastanın sorunlarının nedenlerini belirlemek ve uygun tedaviyi vermektir. Hastanın sorunlarının ise hastanın kendisinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.56).

Tıbbi modelde davranışsal ya da duygusal sorunları olan kişiler tıbbi etiketler (şizofren gibi) almaktadır. Bu yaklaşımın izleyicileri, kişinin sorunlarının nedenlerini yine kişideki bozuklukta aramaktadır. Bu bozuklukların ise farklı sebepleri vardır. Bu sebepler; kalıtım, hastalıklar, kimyasal dengesizlikler, savunma mekanizmalarının bilinçsiz kullanımı veya duygusal saplantılara neden olan ve gelecekteki psikolojik gelişimi engelleyen travmatik deneyimler olabilmektedir. Bu yaklaşıma dayanan sosyal hizmet uygulamalarında, çözülecek sorun ya da bireyler üzerinde durulmaktadır, bu nedenle değiştirilecek olan bireyin kendisidir (Erkan, 2004, s.32).

Sistem yaklaşımının iki genel varsayımı bulunmaktadır. Birincisi, bir sistemin herhangi bir zamanki durumu, bu sistemle, bu sistemin içinde işlediği çevre arasındaki etkileşimin bir sonucudur. Örneğin, ailenin yapısı, hem aile kurumunun, hem ailenin ekonomi, politika, din gibi diğer kurumlarla olan ilişkisinin hem de toplumun genel durumunun bir sonucu olarak şekillenir. İkincisi, her sistemde, her zaman değişim ve çatışma bulunmaktadır, bireyler hem çevrelerinden etkilenir, hem de çevrelerini etkilerler. Değişimi ve ilerlemeyi oluşturan, bu karşılıklı etkileşim sürecidir. Bu noktadan hareketle sosyal hizmet uzmanları ailenin, toplumun, sosyal, ekonomik ve politik unsurların bireyleri ve sorun sahiplerini nasıl etkilediğini ve onlar tarafından nasıl etkilendiğini görebilirler. Böylece sistem kuramı, insanlarla çevreleri arasındaki ilişkiyi görmemizi kolaylaştırır (Gönç, 2009a, s.5).

Sistem kuramına göre bireyler, çok sayıda sistemin parçası olarak faaliyet gösterir, bu sistemler tarafından etkilenir ve kendileri de bu sistemleri etkilerler. Genelci bakış açısında sosyal hizmet, aileler, gruplar, örgütler gibi sorun sahiplerini sistemler olarak değerlendirir. Sistemler dinamik olarak karşılıklı etkileşim içinde oldukları için, bir sistemde değişim meydana gelmesi, diğer sistemlerde de değişim meydana gelmesine yol açar. Ayrıca bir sistemin değişmesi, bu sistemin içindeki alt sistemlerinde değişmesine, benzer şekilde alt sistemlerinde bir değişiklikte sistemin bütününe etkilenmesine yol açar. Çünkü çevresinde bir değişiklik meydana geldiğinde, sistemin kendini yeni şartlara uydurması gerekir. Çeşitli sistemler arasında uyumsuzluk olduğu, yani sistemlerin talepleri birbirinden farklı olduğunda, sosyal sorunlar ortaya çıkar. Başka bir ifadeyle, sistem kuramı sosyal sorunları hastalıklar ya da eksiklikler olarak görmez, bu kurama göre bireysel sorunların kaynağı, bireylerin çıkar ve talepleri ile etkileşimde buldukları sistemlerin çıkar ve taleplerinin farklılaşmasıdır.

Sosyal hizmet uzmanının rolü, bireylerle bireyleri etkileyen bu sistemler arasındaki uyumu arttırmaktır. Bu amaca yönelik olarak sosyal hizmet uzmanı destekleyici müdahaleler geliştirmeye, baskı yaratan sistemleri ortadan kaldırmaya ya da baskıyı azaltmaya çalışır. Sosyal sorunları tek boyutlu olarak ele almadığı için sistem kuramının uygulanmasıyla sadece var olan sorun değil, bu sorunla uzaktan ilişkili olan diğer sorunlar da ifade edilebilir (Gönç, 2009b, s.6).

Sistem yaklaşımını sosyal hizmete uygulama fikri 1950'li yılların sonları ile 1960'lı yıllarda hız kazanmıştır. 1960'lı yıllardan bu yana sosyal hizmet insan davranışlarını kavramada öncelikli olarak sistem yaklaşımından yararlanmaktadır.

Sosyal hizmetin temelde beş tür sistemle etkileşimde bulunduğu ifade edilmektedir. Bunlar; 1) Değişim ajanı sistemi, 2) Müracaatçı sistemi, 3) Hedef sistemi 4) Eylem sistemi (Pincus ve Minahan, 1973) ve 5) Meslek sistemi (Compton ve diğerleri, 2005, s.37) dir. Bu sistemleri şu şekilde açıklayabiliriz; değişim ajanı sistemi sosyal hizmet uzmanlarının içinde bulunduğu sistemdir ve sosyal hizmet uzmanlarının mesleki davranışlarını politikalar, sınırlamalar ve kaynaklar yoluyla etkilerler. Müracaatçı sistemi sosyal hizmet için başvuran, hizmet arayan ya da hizmeti kabul eden insanlardır. Hedef sistemi değişim ajanlarının kendi amaçlarına ulaşmaları için

değiştirme ya da etkileme ihtiyacı duyduğu sistemlerdir. Eylem sistemi, sosyal hizmet uzmanının birlikte eylemde bulunduğu toplumsal gruplar, komşular, aileler, yardım grupları ya da disiplinler arası ekipler gibi sistemlerdir. Meslek sistemi ise sosyal hizmet dernekleri, sosyal hizmet bölümleri, okulları, lisans birimleri, değerler, etik, kanunlar gibi sosyal hizmet mesleğini güçlü ve doğrudan belirleyen sistemlerdir (Compton ve diğerleri, 2005, s.38).

### **3.2. Ekosistem Yaklaşımı**

Ekosistem yaklaşımı genelci anlayış bakımından sosyal hizmet tarafından temel yaklaşım olarak kabul edilir.

Ekosistem yaklaşımı;

1. İnsanı çevresinden soyutlamaz, insanları ve davranışlarını, içinde buldukları çevresel bağlam içerisinde değerlendirir.
2. İnsan davranışının karşı taraftan yanıt gerektiren, etkileşimci bir yapısı olduğunu ve insan gelişiminin evrimci bir yapısı olduğunu, yani değişerek gelişim gösterdiğini belirtir. Çevrenin değişiminin insanların değişimini sağladığını, insanların çevrelerini nasıl etkileyeceklerinin de insanlardaki değişime bağlı olduğunu savunur.
3. İnsan davranışlarına yönelik çeşitli kurumlarla uyum içindedir.
4. Karşılıklı etkileşimler sonucunda sistemlerin dengesi bozulduğunda, bu dengelerin yeniden kurulmasına çalışır.
5. Sosyal sorunların insanlarla çevreleri arasındaki karşılıklı etkileşimin bir sonucu olduğunu ve kaynak sistemleriyle çevrenin talepleri arasındaki farklılıklardan kaynaklandığını kabul eder, be nedenle sorun sahibini suçlamaz (Cummins, 2003: Akt: Gönç, 2009b, s.7).

Ekosistem yaklaşımına göre bütün sistemler kendilerinden daha küçük alt sistemlerden oluşur ve kendileri de daha büyük sistemler tarafından kapsanırlar. Günlük yaşamlarında insanlar kendilerini çevreleyen pek çok sistemle ve alt sistemle etkileşim içerisindeyler. Örneğin toplumda ekonomi sistemi, eğitim sistemi, politika sistemi, kültür sistemi, değerler sistemi gibi çeşitli sistemler bulunur. Bunlar toplumun alt

sistemleridir. Bu alt sistemlerinde içinde kendi alt sistemleri vardır ve hepsi hem alt sistemlerle hem de kendilerini kapsayan sistemlerle etkileşim içerisindedirler.

Toplumdaki temel insan sistemleri bireyler, gruplar, aileler ve topluluklardır. Bu yaklaşıma göre insan sistemlerinin temel özellikleri şu şekilde ifade edilebilir:

1. Her sistemin kendisini çevreden ayıran sınırları ve özellikleri vardır.
2. Her sistem içerisinde statüler, ayrıcalıklar ve güç açısından bir hiyerarşi bulunmaktadır.
3. Bütün sistemler kendi içlerinde bir dengeye ulaşmaya ve bu dengeyi sürdürmeye çalışırlar.
4. Bütün sistemler, karşılıklı etkileşim sonucunda geri bildirim üretirler.
5. Bütün sistemlerde karşılıklı nedensellik vardır, yani davranışlar, diğerleriyle kurulan karşılıklı etkileşim sonucunda belirlenir.
6. Bir sistemin bir kısmında meydana gelen değişiklik, bütünün kendisinde de değişiklik yaratır.
7. Bütün sistem düzeylerinde değişim olabilir (Gönç, 2009b, s.7-8).

Sosyal hizmette bu yaklaşım, bireyler ve onların fiziksel ve sosyal çevreleriyle işlevsel olmayan etkileşimlerini vurguladığından ve kavramsallaştırdığından hem tedavi hem de reform yaklaşımlarını bütünleştiren bir yaklaşımdır. Germain ve Gitterman (1996) ekosistem yaklaşımının genelci sosyal hizmet uygulamasında kullanılmasının üç önemli nedeni olduğunu vurgulamaktadır. Bunlardan ilki, bütüncül doğası gereği ekosistem yaklaşımı, insan davranışını tanımlamada kullanılan diğer yaklaşımların güçlü yönlerini belirginleştirmektedir. İkinci olarak, yaklaşım, bireylerin, ailelerin, grupların, örgütlerin ve toplumların davranışlarını ve birbirleriyle bağlantılı ilişkilerini dikkate almaktadır. Üçüncü olarak ise, birey ve çevre arasındaki uyuma baktığından uygulayıcının bir tarafı suçlamasının önüne geçmektedir, bu da sosyal hizmet değerleriyle uyuşan bir özelliktir. Genelci uygulamada ekosistem yaklaşımı, bireyleri bir bağlam içerisinde etkileşime giren dinamik özneler olarak gördüğünden, sistemlerin etkileşimlerinin önemini vurguladığından, bireyin davranışını tanımlamada “durum içinde birey” yaklaşımını kullandığından, tüm etkileşimleri içinde bulunulan duruma göre uyumsal ya da mantıksal olarak değerlendirdiğinden ve sistemlerin değişiminde

çoklu seçenekleri gündeme getirmeyi vurguladığından geneli yaklaşımı güçlendirmektedir (Duyan, Sayar ve Özbek, 2008, s.51-52).

Ekosistem yaklaşımı açısından sosyal hizmetin üç amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, hem sorun sahibinde hem de çevresel sistemlerde değişim yaratmaya çalışmaktır. İkincisi güçler yaklaşımını kullanarak insanların güçlerini ve becerilerini arttırmaya çalışmaktır. Üçüncü amacı ise, etkileşime katılan herhangi bir öğeyi değiştirerek etkileşimde bulunan diğer öğeleri değiştirmeye çalışmaktır. (Cummins, 2003: Akt: Gönç, 2009b, s.7).

Yaklaşımın temelinde sosyal hizmetin başarıya ulaşması için müdahalenin bireye değil bütün ekosistem birimine yöneltilmesi gerektiği düşüncesi yatmaktadır. Diğer özelliklerinin yanı sıra ekosistem yaklaşımı; uygulamada insancıl bakışı, sorunların etkileşimsel ifadesini, yeterli bir değerlendirme sürecini, müracaatçıyı kaynak ve sosyal hizmet uzmanlarını kolaylaştırıcılar olarak görmeyi ve başa çıkma yollarını geliştirmek için çevrenin kullanılması gerekliliğini vurgular (Duyan, Sayar ve Özbek, 2008, s.52).

### **3.3. Güçler Yaklaşımı**

Saleebey (1992) tarafından geliştirilen Güçler (Strengths) yaklaşımı, insanları sahip olmadıkları şeyler yüzünden suçlamak yerine sahip oldukları beceri ve değerleri geliştirmemiz gerektiği düşüncesine dayanmaktadır. Güçler yaklaşımı üç unsuru vurgular. Bunlardan ilki, insanların fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal, ilişkisel ve ruhsal birçok gücü vardır. Bu güçler, bireylerin ve grupların enerjileri, kaynakları ve becerileridir ve değişim olasılıklarını arttırmak için son derece değerlidirler (Saleebey, 1992, s.6: Akt: Gönç, 2009b, s.8).

Bu nedenle sorun sahiplerinin zayıf yönleri değil, güçlü yönleri, mevcut kaynakları ve becerileri vurgulanmalı ve bu güçler geliştirilerek sorunun çözümü için kullanılmalıdır. İkincisi, sosyal hizmet uzmanı, sorun sahibi üzerinde çalışan bir kişi değil, sorun sahibiyile işbirliği yapan kişidir. Nasıl sosyal hizmet uzmanı sosyal hizmet alanında uzmanı, sorun sahibi de kendi durumu hakkında uzmandır, eğer aralarında işbirliği olmazsa hiçbir ilerleme kaydedilemez. Üçüncüsü ise, sorun sahibini



suçlamamak gerektiğidir. Sosyal hizmet uzmanı sorun sahibini suçlarsa sorun sahibi de sorun nedeniyle kendini suçlayabilir ve sorun çözme becerilerini geliştirecek özgüvenden yoksun kalır. Ayrıca sorun sahibinin suçlanması, sorunun oluşmasına katkıda bulunan çeşitli sistemlerin gözden kaçırılmasına neden olur (Gönç, 2009b, s.8).

Güçler yaklaşımını kullanmak, sorun sahibinin amaçlarına ulaşmasına yardım etmek için sosyal hizmet yapacağı her şeyin, sorun sahibinin sahip olduğu güçlerin ve kaynaklarının keşfine, geliştirilmesine ve kullanılmasına dayalı olacağını ifade eder. Güçler yaklaşımının sağladığı faydaları şu şekilde özetlenebilir:

1. Yardım ilişkisinde kullanılan dilin ve terminolojinin suçlayıcı olmamasını sağlar, böylece sorun sahiplerinin kendilerini çaresiz hissetmelerini ve çaresizliği kabullenmelerini engeller.
2. Sorun sahibinin, çevresinde değişim için kullanılabilecek mevcut kaynakları fark etmesini sağlar ve geçmişlerinde kendilerine faydalı olmuş olan güçlü yönlerini ön plana çıkararak örnek olarak gösterir. Böylece hem sorun sahiplerine özgüven kazandırır, hem de sorun sahiplerinin beklentilerinin gerçekçi olmasını sağlar.
3. Sosyal hizmet uzmanına rehber görevi vererek ve sorun sahibini kendi sorunu hakkında uzman kabul ederek sorun sahibiyle sosyal hizmet uzmanı arasındaki güç ve otorite engellerini aşar. Böylece sorun sahiplerinin kendilerini çözüm sürecinin bir parçası olarak görmelerini, bu sayede de çözüm sürecine katılımlarının artmasını sağlar (Gönç, 2009b, s.8-9).

Değerlendirme sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıların güçlerini dikkate alması son derece önemlidir. Müracaatçılarla çalışmada sosyal hizmet uzmanı, müracaatçıların güçlerine ve kaynaklarına odaklanarak kendi zorluklarının üstesinden gelmelerine yardımcı olur. Müracaatçının güçlerini etkili bir şekilde harekete geçirmek için sosyal hizmet uzmanları öncelikle bu güçleri tanımlamalıdır. Bu açıdan güçleri odak alan bir değerlendirmenin yapılması son derece önemlidir. Müracaatçının güçlerini öne çıkarmak onların benlik saygısının da yükselmesini sağlayacaktır. Müracaatçıların kendilerini daha olumlu değerlendirebilmesi için öncelikle güçlü yanlarının ve yeterliliklerinin ön plana çıkarılması gerekmektedir. Güçler yaklaşımı yaşam döngüsü

boyunca ve yardım sürecinin değerlendirme, müdahale ve son değerlendirme aşamalarında kullanılabilir. Yaklaşım, insanların yeteneklerine, değerlerine, ilgilerine, inançlarına, kaynaklarına ve isteklerine önem verir. Güçler yaklaşımı, insanları belirtilere göre gruplara ayırırken çevresel durumun önemli unsurlarını göz ardı eden ve böylelikle müracaatçıyı suçlayan şu anki teşhisçi modele alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Bunun aksine, güçler yaklaşımında, müracaatçının ve çevresinin güçleri ortaya konarak müracaatçıyı suçlamanın önüne geçilir, müracaatçının motivasyonunun güçler üzerinde odaklanmaktan kaynaklandığı göz önüne alınır ve müracaatçı ile sosyal hizmet uzmanı arasında işbirliğine dayanan bir ilişki geliştirilir (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.62).

Güçler yaklaşımının kullanılması, sorun sahibinin amaçlarına ulaşmasına yardım etmek için sosyal hizmet uzmanının tüm faaliyetlerinin, sorun sahibinin sahip olduğu güçlerin ve kaynakların ortaya çıkarılmasına, geliştirilmesine ve kullanılmasına dayalı olacağı anlamına gelir (Gönç, 2009b, s.8-9).

Saleebey (1997; s.12-15)'e göre güçler yaklaşımının beş temel ilkesi vardır. Bunlar:

1. Her bireyin, ailenin, grubun ve toplumun güçleri vardır.
2. Travma ve istismar, hastalık ve çatışmalar yıkıcı olabilir, ama bunlar aynı zamanda mücadele ve fırsatların kaynağı da olabilir.
3. Değişme ve gelişme kapasitesinin üst sınırlarını bilmediğinizi varsayın ve bireyin, grubun ve toplumun isteklerini dikkate alın.
4. Bizler müracaatçıya en iyi olanlarla işbirliği yaparak yardımcı olabiliriz.
5. Bütün sosyal çevreler kaynaklarla doludur (Saaleebey, 1997, s.12-15. Akt. Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.63).

#### **4. SOSYAL HİZMET UYGULAMA DÜZEYLERİ**

Bu başlık altında farklı düzeylerde (birey, aile, grup ve toplum) kullanılacak temel yaklaşımlar ifade edilmiştir.

#### 4.1. Bireylerle Sosyal Çalışma

Bireylerle sosyal çalışma, evden kaçan ergenlere danışmanlık, işsiz bireylere mesleki eğitim veya istihdam konularında yardımcı olmak, evsiz bir çocuğu kurum bakımına almak, hastalara danışmanlık gibi birçok faaliyeti kapsamaktadır.

Bir yöntem olarak bireylerle sosyal çalışma, sosyal hizmetin birey düzeyindeki uygulama yöntemidir. Tarihsel gelişimde sosyal hizmetin en eski tekniğidir (Kongar, 1972, s.74). Bireylerle sosyal çalışma, “insan ilişkileri konusundaki bilgiler ile ilişkilerin yönetilmesindeki beceriyi kullanarak, kişideki yetenekleri ve toplumdaki kaynakları, yardım isteyen kişi ile onun tüm çevresi ya da çevresinin bir parçası arasında daha iyi bir uyum yaratmak amacıyla harekete geçirme sanatıdır” (Bowers, 1949. Akt: Kongar, 1972, s.74).

Bu tanımın unsurlarına bakıldığında şunlar görülmektedir: 1) Araç olarak kullanılan bilgi ve beceriler insan ilişkilerinin niteliğine ve bu ilişkilerin yönetilmesine ilişkindir. 2) Amaca varmak için kullanılan ikinci araç toplumdaki kaynaklardır. 3) Amaç kişi ile çevresi arasında uyum sağlamaktır (Kongar, 1972, s.74-75).

Perlman’a göre bireylerle sosyal çalışma, “insanların, toplumsal fonksiyonları sırasında ortaya çıkan sorunlarıyla daha etkili bir şekilde uğraşabilmelerine yardım etmek için, insan refahına yönelmiş hizmet yapan belli bazı örgütler tarafından kullanılan süreçtir” (Perlman, 1957, s.4. Akt: Kongar, 1972, s.75). Bu tanım dört unsuru kapsamaktadır. Bunlar bireylerle sosyal hizmetin öğeleridir: 1) İnsan, 2) Sorun, 3) Mekân, 4) Süreç. Bir sorunu olan insana bir mekân içinde ve bir süreç çerçevesinde yardım edilmektedir (Kongar, 1972, s.75).

Bireylerle sosyal çalışma tanımları incelendiğinde bir kısmının yöntemi bir sanat olarak, bir kısmının süreç, diğerlerinin ise tedavi biçimi, disiplin ya da yöntem şeklinde ele aldığı görülmektedir. Ancak bütün tanımlarda bazı ortak özellikler bulunmaktadır. Bunlar (Turan, 1999)’a göre şu şekilde ifade edilmektedir;

1. Odak noktası, çevresiyle çeşitli ilişkileri olan aile bireyleridir. Birey ve aile kendine özgü ihtiyaç ve güçlükleri nedeniyle sorumluluklarını tam anlamıyla

yerine getirmediği için sorunlarla karşılaşır. Bunların bir kısmı birey ve ailenin içyapısından, diğer kısmı toplumsal yapıdan kaynaklanır.

2. Sorunların çözümlenmesi bireyin kendi yetenek ve becerileri yanında çevresindeki olanak ve kaynakların kullanılmasını gerektirir.
3. Sosyal hizmet uzmanı mesleki bilgi ve deneyimini kullanarak sorunlarının çözülebilecek düzeye gelebilmesi için birey ve aileye yardım eder. Buna göre uzman ve başvuran sorun çözme sorumluluğunu birlikte paylaşır (Turan, 1999,s.18-19).

#### **4.2. Ailelerle Sosyal Çalışma**

Toplumun güçlenmesi ve varlığını sürdürebilmesi, ailenin her türlü tehlikeden korunması ve aile birliğinin sağlıklı bir şekilde devam etmesi için çeşitli önlemlerin alınmasıyla ilişkilidir. Sosyal hizmet alanında aile hizmetleri olarak tanımlanan aile tedavisi, aile danışmanlığı, aile eğitimi ve savunuculuk faaliyetleri toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek için, sürekli değişen ve gelişen sosyal politikalara ve çevre koşullarına uyum sağlamakta zorlanan aileye, sorunlarının çözümüne destek olmak amacıyla sunulmaktadır (Koşar, 1989, s.68).

Sosyal hizmet genellikle aile üzerine odaklanmaktadır. Aile, etkileşime giren bağımsız bir sistemdir. Bireyin karşılaştığı sorunlar genellikle aile içindeki dinamiklerden etkilenir ve bunları etkiler. Aile, etkileşime giren bir sistem olduğundan aile üyelerinden birinin değişimi diğer aile üyelerini de etkilemektedir. Aileye odaklanmanın bir başka nedeni de müdahale sürecinde çoğunlukla diğer aile üyelerinin de katılımının gerekmesidir. Örnek olarak alkol sorunu yaşayan bir aile üyesinin olduğu ailede aile üyelerinin tümünün danışmanlığa ihtiyacı vardır. Aile üyeleri alkol sorunu yaşayan bireye nasıl davranması gerektiği konusunda danışmanlığa ihtiyaç duyabileceği gibi bireyin bağımlılıktan kurtulması için ihtiyaç duyduğu duygusal destek konusunda da danışmanlık alabilir (Zastrow, 2004. Akt: Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.86).

Aile sorunları; boşanma, ölüm, yoksulluk, hastalık, çocuk istismarı, suç yönelme, cinsel istismar, istenmeyen gebelik, davranışsal sorunlar gibi çok çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilir. Ailelerin karşılaştığı sorunların çözümü için aileye yönelik planlı müdahale süreci; tanışma, ön değerlendirme, planlama, uygulama, son

değerlendirme, sonlandırma ve izleme olmak üzere yedi aşamada gerçekleştirilmektedir (Duyan, 2003a, s.4).

Ailelere sunulan önemli hizmetlerden biri de, aile danışmanlığı olarak da ifade edilebilecek olan aile terapisi. Aile terapisi konusundaki literatürün önemli bir kısmı sosyal hizmet alanında üretilmiştir. Bu yaklaşımların en önemlilerinden biri, Virginia Satir'in aile terapisi yaklaşımıdır (Zastrow, 2004. Akt: Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.87).

Satir (1967), aile içi iletişim kalıplarına odaklanmıştır. Özellikle sorun yaşayan ailelerdeki iletişim kalıplarının doğrudan değil dolaylı olduğunu vurgulamıştır. Örneğin eşlerin istekleri ve ihtiyaçları hakkında birbirleriyle konuşmak yerine bunu çocuğu kullanarak yapmaları gibi (Satir, 1967. Akt: Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.87).

Satir'in yöntemleri, insanların içlerinde büyüme ve olgunlaşma potansiyeli taşıdığına inanma varsayımına dayalıdır. Satir, hepimizin kendi yaşamımızın sorumluluğunu alabileceğine inanır ve insanı olgunlaştıracak eylemleri şu şekilde tanımlar (Satir, 1967);

1. Kendini başkalarına karşı açık şekilde ortaya koyma
2. Ne düşündüğünü ve ne hissettiğini söyleyen kendi iç benliğinin işaretleriyle ilişkide olma
3. Kendi dışındaki, tanıdık başka bir şeye benzemeyen farklılıkları görebilme ve duyabilme
4. Başka birine ayrı ve özel kişi olarak davranabilme
5. Farklılıkları tehdit ya da çatışma nedeni olarak değil öğrenme ve keşfetme için bir fırsat olarak görme.

Aile içi iletişim, ailelerle çalışmada kilit bir niteliğe sahiptir ve sosyal hizmet uzmanları için geniş uygulama alanı sağlamaktadır (Satir, 1967. Akt: Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.88-89).

Turan (1999, s.126)'a göre aile içindeki iletişimin yapıcı, geliştirici olduğu şu nitelikleriyle anlaşılır:

1. Üyeler birbirlerinin konuşmasına ilgi gösterirler. Bu ilgi bakışlar, mimikler ve beden hareketleri ile ifade edilir,
2. Üyeler birbirlerinin sözünü dinler ve anladıklarını belli ederler,
3. Söylenenleri daha iyi kavramak için konu ile ilgili soru sorarlar,
4. Konuşmacıyı izlediklerini belli eden kısa karşılıklar verirler (Turan, 199, s.126).

Ailelerle sosyal çalışmada sorun çözme yaklaşımı kullanılmakta ve bu yaklaşımda dört aşamalı bir süreç izlenmektedir. Bu aşamalar; sorunun varlığını kabul etmek, sorunu çok yönlü analiz etmek, sorun çözme ile ilgili seçenekleri belirleme sürecine aile üyelerinin aktif katılımını sağlamak ve belirlenen seçenekleri inceleyip uygun olanı seçmektir (Turan, 1999, s.154-156).

### **4.3. Gruplarla Sosyal Çalışma**

Gruplarla sosyal çalışma bir grup etrafında gerçekleşmektedir. Tek bir kişinin üzerinde durmayan bu sosyal çalışma uygulaması, grup üyelerinin eğitimine, gelişmelerine ve kültürel ortamlarına önem verir. Gruplarla sosyal çalışma, kişinin gelişmesi ve sosyal çevreye uyum sağlaması olanakları üzerinde durarak bunu, gönüllü grup faaliyeti ve grup içinde diğer kişiler ile birlikte çalışma yolları ile gerçekleştirir (Friedlander, 1966, s.178).

Gruplarla sosyal çalışma bireylerin toplumsal fonksiyonlarının amaçlı grup etkilenmesi yoluyla geliştirilmesidir (Murpy, 1959, Akt: Kongar, 1972, s.86). Başka bir tanıma göre “grup çalışması, kişilere yüz yüze etkileşim içinde buldukları küçük gruplar halinde ve bu gruplar yoluyla yardım ederek onlarda istenilen değişikliği meydana getirme tekniğidir” (Vinter, 1965, Akt: Kongar, 1972, s.86).

Gruplarla çalışma yöntemleri beş kısımda incelenebilir:

1. Diktatörlük veya otorite yöntemi: Grup lideri emreder, üyeler de uyarlar.
2. Taklit yöntemi: Üyeler grup sosyal hizmet uzmanının taklit ederek onun gibi olmaya çalışırken, kendi yeteneklerini incelediklerini anlamazlar.

3. Sezme yöntemi: Sosyal hizmet uzmanı bir takım şeyler öğretir, grup üyeleri bunları uygularlar; ancak kendi kaynak ve yeteneklerinin derecesinin farkında değildirler.
4. İşletme (Manipulation) yöntemi: Grup sosyal hizmet uzmanı grupla birlikte çalışarak planlama ve karar verme işlemini uygular. Gerçek grup sadece grup liderinin daha önce kararlaştırmış olduğu bir programı uygulamaktadır; görünüşte bu programın grup tarafından hazırlanıp kararlaştırıldığına inanılır.
5. İmkan verme yöntemi: Grup sosyal hizmet uzmanı, grup üyelerine tam bir sorumluluk vererek, grup yaşamının planlanması ve bir programa bağlanmasıdır (Friedlander, 1966, s.180).

Grup şu şekilde tanımlanabilir: “Yüz yüze etkileşimde bulunan, her birinin grup üyeliğinin farkında olduğu, her birinin başkalarının grup üyesi olduğunun farkında olduğu ve ortaklaşa amaçlara ulaşmak için bir arada olduğundan, her bir grup üyesinin gruptaki olumlu bağımlılığın farkında olduğu, iki veya daha fazla kişiden oluşan bireyler topluluğudur” (Johnson ve Johnson, 1994, s.13. Akt: Duyan, Sayar ve Özbek, 2008, s.91).

Grupla çalışmanın bazı olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Olumlu yönleri;

1. Sosyal öğrenmelerin çoğu gruplarda gerçekleşir, bu yüzden grup çalışması sosyal yetenekleri geliştirmek için iyi bir ortam sağlar.
2. Benzer gereksinimleri olan kişiler birbirlerine destek olabilir ve karşılıklı sorun çözmede yardımcı olabilir.
3. Gruplar ait olma duygusunu sağlayabilir.
4. Yapılandırılmış bir grup, üyelerine bazı sorunlara farklı bakış açılarıyla bakma imkânı sunabilir.
5. Gruplar gücü ve sorumluluğu paylaşmada daha demokratik olabilir.
6. Bazı terapistler grup çalışmasını bireyselle oranla daha tatmin edici bulabilir.
7. Daha çok kişiye daha az zamanda ulaşmak açısından ekonomik olabilir.

Bunun yanı sıra bazı olumsuz yönleri de bulunmaktadır:

1. Gizlilik ilkesi ihlal edilebilir.
2. Grupların ihtiyaç ve kaynakları daha karmaşık olabilir bu nedenle bireysel çalışmadan daha pahalıya da mal olabilir.
3. Grup üyelerinin her birine daha az bireysel dikkat verilir.
4. Gruplar “damgalanabilir”.
5. Süpervizyon gereklidir (Liebman, 2003. Akt: Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s.91-92).

#### 4.4. Toplumla Sosyal Çalışma

Toplumla Sosyal Çalışma yöntemleri olarak; Toplum Örgütlenmesi, Toplum Geliştirme, Sosyal Eylem, Sosyal Hizmet Araştırması ve Sosyal Hizmet Yönetimi sayılabilir (Yaylacı, 2009, s.3). Burada bu yöntemler önce Toplum Örgütlenmesi dışarıda bırakılarak kısaca ifade edilmiş, ardından da önemi dolayısıyla Toplum Örgütlenmesi en son olarak incelenmiştir.

**Toplum Geliştirme:** Toplum geliştirme canlı ve demokratik bir toplumda insanların kendi hayatlarını kontrol etme yeteneklerini güçlendirmeyi eş deyişle insanlara sorun çözme kapasitelerini arttırmak için yardım etmeyi amaçlayan bir uygulamadır (Shragge ve Fisher, 2001. Akt: Yaylacı, 2009, s.4). Toplum Geliştirme, aynı zamanda uzlaşma yoluyla değişimin gerçekleştirilmesini amaçlayan bir süreçtir. Müracaatçı odaklıdır ve toplum gruplarının kendi belirledikleri hedeflere dayanır.

Toplum geliştirme paylaşılmış bir toplumsal çıkarlar bütününe kabul eder, sosyal adalet ve saygı temelinde etkin ve kalıcı topluluklar geliştirmeyi hedefler. İnsanların yaşamlarını etkileyen konulardaki katılımları konusunda engelleri kaldırmak için güç yapılarını etkilemeye çalışır. Sosyal hizmet uzmanları bu süreçte insanların katılımını kolaylaştırırlar, daha geniş politikalar ve programların geliştirilmesiyle topluluklar arasında ilişkiler kurmaya çalışırlar (Yaylacı, 2009, s.4).

Birleşmiş Milletler tarafından yapılan tanıma göre Toplum Geliştirmenin temel amacı, toplumların ekonomik, sosyal ve kültürel koşullarını iyileştirmek, ulusal kalkınmaya küçük toplumların katılımını sağlamak ve toplumsal bütünlüşmeyi gerçekleştirmektir (Kongar, 1972, s.127).



**Sosyal Eylem:** Sosyal Eylem, çevreyi değiştirmeyi hedefleyen kısa süreli somut değişiklikler yaratma çabalarıdır. Sosyal eylem, sosyal eylemciler tarafından toplumsal amaçlara ulaşmak için eğitim, propaganda, ikna ya da baskı yollarıyla toplumsal durumda değişiklik yaratmak için girişilen çabalardır (Dunham, 1958. Akt: Kongar, 1972, s.136).

**Sosyal Hizmet Araştırması:** Toplumsal araştırmalardan elde edilen veriler Toplumla Sosyal Hizmet açısından oldukça önemlidir. Birey, grup ve toplum düzeyinde değişimin dinamikleri, Sosyal Hizmetlerin ve sosyal refah hizmetlerinin kapsam ve verimliliklerini ölçmeye yönelik araştırmalar, bireysel ve toplumsal sorunlar hakkındaki araştırmalar, Sosyal hizmet mesleği ve bu meslek mensuplarına ilişkin araştırmalar gibi sosyal hizmet araştırmaları uygulamada katkılar sağlamaktadır ( Yaylacı, 2009, s.5).

**Sosyal Hizmet Yönetimi:** Bir sosyal refah kurumunun etkili ve verimli olması için bütün kaynakların harekete geçirilmesi süreci olarak tanımlanabilir. Bu süreçte ilk olarak politik kararlar uygulamaya dönüştürülür. İkinci aşamada da uygulama sonuçları izlenir ve elde edilen deneyimlerle politik kararlar gözden geçirilerek güncellenir ( Yaylacı, 2009, s.5).

**Toplum Örgütlenmesi:** İnsanların bazı değerlerin farkına varmalarını sağlamak, sağlıklı bir çevre ve yaşam için farkında oluşlarını sürekli kılmak amacıyla toplum örgütlenmesine başvurulmaktadır. Sosyal Çalışmanın diğer süreçlerinde olduğu gibi toplum örgütlenmesi de Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmıştır. 1843 yılında New York'ta kurulan Yoksulların Durumlarını İyileştirme Örgütü ile başlayan süreç I. Dünya Savaşı sonrasında sosyal hizmet alanında farklı ve özgün bir yöntem olarak gelişmiştir ( Yaylacı, 2009, s.6).

İlk dönemlerinde Sosyal Hizmetten bağımsız bir gelişme gösteren Toplum Örgütlenmesi, 1939'daki I. Lane Raporu ile yazında yer almış ve bu Raporla birlikte Toplum Örgütlenmesi ve Sosyal Hizmetin birleştirilmesi çabaları ilk kez ortaya koyulmuştur (Kongar, 1972, s.104). Toplum Örgütlenmesi, I. Lane Raporu'na göre (Lane, 1940);

1. Bir süreci ifade eder,

2. Toplum ya da toplumun bir parçasının örgütlenmesi sürecidir,
3. Sosyal hizmet alanı içerisinde toplum örgütlenmesi bazı organizasyonlarda birincil bazılarında ikincil işleve sahip olabilir,
4. Yerel, bölgesel, ulusal düzeylerde uygulanabilir,
5. Toplum örgütlenmesi içerisinde yer alan faaliyetler ilke olarak doğrudan müracaatçılara yardım yapmayabilir.

Toplum örgütlenmesine yönelik tanımlarda büyük bir çeşitlilik görülmektedir. Bu kavram, toplumun kendi işlerini demokratik süreçlerle çözdüğü ve bu anlamda müdahalenin hiç olmadığı bir uçtan, topluma ortak ihtiyaçları belirlemede ve karşılamakta yardım etmeye eş deyişle yardım ilişkisinin tam anlamıyla kurulduğu diğer uca kadar uzanan farklılıkta tanımlanmaktadır ( Yaylacı, 2009, s.7-8).

## **5. SOSYAL VAKA ÇALIŞMASI**

Sosyal vaka çalışması sosyal hizmet uzmanları tarafından sosyal hizmetler ve diğer kuruluşların farklı alanlarında kullanılan bir sosyal hizmet yöntemidir. Bireyler ve aileler ile çalışma sosyal hizmet uygulamasında yaygın olarak kullanılmaktadır Sosyal vaka çalışmasından elde edilen bilgi ve beceri sosyal hizmet yöntemlerinin birçoğunda geniş ölçüde uygulanmaktadır. (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.53).

Hızlı değişim ve şoklar altındaki bir toplumda, vaka çalışması insan vasıf ve özelliklerinden yoksun bırakılmış bireyler için hafifletici bir etki yaratmaktadır (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.53).

### **5.1. Sosyal Vaka Çalışmasının Tanımı**

Sosyal vaka çalışmasının öncüsü Mary Richmond, “sosyal vaka çalışmasının kişi ve onun sosyal çevresi arasında, birey ile etkilenen bilinçli düzenlemeler yoluyla bireyin kişiliğinin geliştirilmesi süreçlerinden oluştuğunu belirtmiştir” (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.53).

Richmond’ un öncü olduğu günlerden beri zamanla sosyal vaka çalışmasının farklı tanımlarından birçok unsur ortaya çıkmıştır. Yazarlar izleyen kendi tanımları içerisinde bu unsurları birleştirmişlerdir: Sosyal vaka çalışması bilgi, anlayış ve

insanlara yardımcı olan sorun çözme uygulamalarının beceri tekniklerinin kullanılmasıdır. Sosyal vaka çalışması bireyselleştirilmiş ve bilimsel olmasına rağmen, bilim disiplinlerinden anlayış almakta, onun yöntemi sanatsal çabaları da içermektedir. Bireylere dışsal ve çevresel sorunlar kadar kişisel olarak da yardımcı olur. Sorunlar ile başa çıkmak için kişisel ve diğer kaynaklara dokunarak bir ilişki kurma yolu ile yardımcı olma yöntemidir. Görüşme yapma vaka çalışmasının temel amacıdır. Tavırlar ve davranışlardaki değişiklikler vaka çalışması ilişkisinin dinamikleri tarafından etkilenir. Bir kişinin bir ya da daha çok toplum hizmetlerinden olası yardım elde etme gereksinimi, açıklanarak ve yorumlanarak vaka çalışması tarafından kolaylaştırılır. Sosyal vaka çalışması ne çevresel manipülasyon nede tümüyle subjektif düşünce ile ilgili bir sorundur; o psikolojik ve sosyal unsurları birleştirmektedir ve psiko-sosyal bir çalışmadır (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.54).

Sosyal vaka çalışması şu ilkelere uymak zorundadır:

Müracaatçı kimliklerine ve dünya görüşlerine saygı gösterilmeli, bu konuda bir değerlendirme yapılmamalıdır,

Müracaatçıların ihtiyaçlarını, ilgilerini ve sorunlarını etkileyen önceki ve sonraki unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır,

Müracaatçıların ilk kuşkuları veya güven eksikliği duymaları anlayışla karşılanmalıdır (Yıldırım, 2007, s.36-37).

## **5.2. Sosyal Vaka Çalışmasının Tarihi**

Bireyler ve durumlar hakkında genelleştirmeler yapma, sosyal vaka çalışmasının karşıtıdır. Çünkü geçmiş bireyleri uygun sınıflara ayırmak için gruplara bölme çabalarıyla sonlanmışır. İngiliz Yoksullar Kanununun “darülaceze testi” ve “daha az uygunluk” hükümleri genel varsayımlarında, bütün fakirlerin bilgisizlikleri, gönüllü olarak çalışmayı reddetmeleri, tembellikleri ve ahlaksızlıkları yüzünden fakir olduklarını ve onların tümüne yardım etmenin olumlu sonuçlar doğurmayacağını ileri sürmektedir (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.54).

1843 yılında ABD’de kurulan Fakirlerin Durumlarını İyileştirme Derneği (AICP), yoksulluk sorununa bireysel olarak yaklaşmıştır. Bu derneğin amaçları “fakirleri evlerinde ziyaret etmek, onlarla görüşmeler yapmak, iş bulmalarına yardımcı olmak, kendine saygı ve özgüven konularında onları bilinçlendirmek, tasarruf alışkanlıklarını öğretmek” olmuştur (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.54-55). Ayrıca, derneğin bir diğer görevi gerekli olduğunda, bu tür yardımları fakirlerin isteklerine uygun şekilde hazırlamaktır (Yıldırım, 2007, s.37).

ABD’de 1877 yılında kurulan Yardım İşlerini Düzenleme Derneği (COS) bireyselleştirme ve vaka çalışmasına güç verdi. Bu örgütün ana planı ihtiyaçların belirlenmesi için müracaatçıların incelenmesi, merkezi kayıt, kayda geçme, yardım verme ve gönüllü aile ziyaretçilerinin kullanılmasını içermektedir. (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.55).

Belki de aile ziyaretçilerinin çabaları sayesinde bilimsel yardımseverlik kavramı gelişti ve sosyal vaka çalışmasının tohumları ekildi. Ziyaretçiler tüm yoksul insanların benzer olmadığını ve onlara aynı şekilde davranılmaması gerektiğini keşfettiler. Onlar Yardım İşlerini Düzenleme Derneği’nin amacının bireylere ulaşmak ve onun genel amacının yardımlar üzerindeki sahtekârlıkları bulma değil, işlevselliğini iyileştirme olduğunu vurguladılar. Yoksul ve yoksulluktan daha kötü sıkıntısı olanlar, onları bir sınıf olarak gruplandırma girişimlerini sağlayacak, fiziksel, düşünsel, ya da ahlaki gelişme türünün herhangi birinde ortak özelliklere sahip değillerdir (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.55).

Birey dışındaki sosyal koşullar ile ilgilenme yirminci yüzyılın ilk kısmı boyunca sosyal vaka çalışmasının özelliğiydi. Aileler için çalışma da üzüntü, tüm çocukları okula alma, suistimal edildikleri, ihmal edildikleri ve terk edildikleri zaman onları bulma bu tür manipülatif tedavinin doğal sonuçlarıydı. Çevre değiştirilemediğinde düşünce, aileden ayrılma anlamına bile gelse, bireyin ortamdan uzaklaştırılmasıydı (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.55).

Bireylerin bilinçli sosyal davranışları dış sosyolojik faktörlerin şiddetindeki değişim sosyal vaka çalışmasının gelişimindeki önemli bir aşama olarak belirtilmiştir. İhmal etme ve reddetme ve bilinçli düzeyde ele alma gibi, gerçek yaşam deneyimlerinin

doğal bir sonucu olarak sorunlar değerlendirilmiştir. Bu durum birey hakkında yeni bilgi için duruşun şiddetini değiştirme ihtiyaı ve o şimdi dinamik psikoloji ve psikanalizin etkisini hissettirmiştir. (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.56).

### **5.3. Uygulama erevesi**

Amaç, değerler, onaylar, bilgi ve yöntemler bireyler ve aileler ile sosyal hizmet uygulamasının odağındadır. Amaç uygulamanın var olma nedenidir. Değerler alışanların tutum ve yaklaşımlarını belirlemektedir. Yaptırımlar toplumun kanun ve politika, yapısal düzenlemelerde ifade edilen sosyal hizmet hüküm ve buyruklarıdır. Bilgi uygulama için ilkeler, kavramlar ve gerçekleri sağlamaktadır. (Yıldırım, 2007, s.38).

#### **5.3.1. Amaç**

Sosyal hizmet uygulamasının amacı birey ya da ailesi ya da diğer arkadaşlıkları arasında sağlıklı bir ilişkinin bozulmasının engellenmesidir. O insanlara ilişkilerindeki sorunları çözmeleri ve tanınmaları ya da, en azından, onların etkilerini azaltmak için yardım eder. Ayrıca, sosyal hizmet bireyler, gruplar ve toplulukların en yüksek potansiyellerini gclendirmeye çalışır (Yıldırım, 2007, s.38-39).

#### **5.3.2. Sosyal Hizmet Değerleri**

Sosyal hizmet birey ve toplum arasındaki bağlılığı ve bireyin önemini ve doğuştan var olan değerini kabul etmektedir. Demokratik gelenekte, g yetkilendirilmemiştir bireylere ve insanlara ayrılmıştır. Sosyal kuruluşlar insanlardan yaratılmıştır, bireyler olarak hareket eden, ya da diğerleriyle birlikte ve onların arzuları ve isteklerine bağlıdır. Bu kuruluşlar bireyler tarafından oluşturulmuştur ve bireylere hizmet etmek için var olmaktadır. Onlar değeristirilebilir, sürekli olarak yenilenebilir, bozulmasına izin verilmiştir ya da hatta yürürlükten kaldırılabilir; fakat birey aynı durumda kalmaktadır ve mutlak üstünlük yeteneğine sahiptir.

Vurgulama bireyin değerini için saygı gösterilmesinin önemi ve onun önemli kararlar alma yeteneği üzerine yapılmıştır. Sosyal hizmet uygulamasının tanımı şu unsurları içermektedir.:

Bireyin değeri ve kıymeti en üstte gelmektedir.

İnsan ve toplum birbirlerine bağımlıdır ve birbirleri için sosyal sorumluluğa sahiptirler.

Aslında herkesin farklı ve kendine özgü özellikleri olmasına rağmen, her bireyin ortak ihtiyaçları bulunmaktadır.

Demokratik bir toplumda her bir kişinin potansiyeli gerçekleştirilmiştir ve onun topluma aktif olarak katılarak sosyal sorumluluğu kabul edeceği varsayılmaktadır.

Birey işlevini yerine getiremediğinde, toplum başarıyı engelleyen unsurları kaldırmak için sorumluluk alır (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.57-58).

### **5.3.3. Onaylar**

Özel uygulamanın dışında, bireyler ve aileler ile çalışma, yetkilerini insanlardan alan çeşitli hükümete ait ve özel mercilerin koruması altındadır. Hükümete ait bürolar insanların isteklerini ifade etmeyi amaçlamaktadır. Özel gönüllü kuruluşlar da insanlığın ihtiyaçlarına hizmet etmek için insanlar tarafından yetkilendirilmiştir. Büroların hizmetlerini destekleyen insanların isteklerini yansıtan büroların tüzükleri ve içtüzüklerinde politika oluşturma kurumları ya da kanun tarafından sağlanan hizmetler için yetkilendirilmiştir. Sosyal hizmet uygulamasının işleyen tanımı şu şekilde ifade edilmektedir:

Sosyal hizmet temel ihtiyaçları karşılamak için hizmetleri sağlama gereksiniminin topluluğun kabulünün dışında, hizmetleri anlamak için eğitilmiş uygulayıcıların müdahalesini gerektirmekte, kendileri, bireyler ve tümünü bir araya getirmek için geliştirilmiştir. Hizmetlerin açıklanma yöntemi için uygulayıcının rolünün doğasında var olan bir sosyal sorumluluk bulunmaktadır. Uygulayıcının yetki ve gücü ve müracaatçılara ve grup üyelerine temsil ettikleri bir ya da üç kaynağın birleşiminden gelmektedir:

Hükümet temsilcilikleri ya da onların şubeleri (kanun ile yetkilendirilmiş)

Gönüllü tüzel kişiliği olan bürolar, bireyler ve grup refahı için gerekli hizmetlerin sağlanması ya da belirli ihtiyaçların karşılanması için sorumluluk alınması.

Örgütlenmiş meslek, sosyal hizmet uygulaması için bireylere sıra ile onay verebilme ve örgütsel koruma altında gerçekleştirilsin ya da gerçekleştirilmesin, girişilen uygulama koşulları altında ve uygulama için diğer gereksinimler ve eğitim (Skidmore, Thackeray, Farley, 1988, s.57).

#### **5.3.4. Bilgi**

Sosyal vaka çalışmasını destekleyen kuram aslında sosyal hizmet mesleğinden ve vaka çalışması uygulamasından türetilmiştir. Meslek davranışsal ve doğal bilimlerden katkı sağlamaya devam etmektedir. Daha önemli katkı sağlayan bilimler arasında, kişilik psikolojisi ve sosyoloji, sosyal psikoloji, psikiyatri ve kültürel antropoloji deki çeşitli kuramsal gelişmeler bulunmaktadır (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.60).

Topluluğun çeşitli hizmetlerinin bilgisi sosyal vaka çalışması uygulamasının temelidir. Topluluk tarafından kabul edilen yasal olarak zorunlu bürolar, onların örgüt ve işlevleri – sosyal hizmet büroları hakkında sosyal hizmetten alınan bilgi sosyal vaka çalışmasının temelini oluşturan bilginin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bürolar ve havale süreçlerinin amacı, işlevi ve artan ölçüde yasama süreci, sosyal vaka çalışması süreci için gerekli desteği sağlamaktadır (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.62).

Hizmetler topluluk kabulünü ve desteğini gerektirmektedir. Kanunlar yönetim politikası tarafından uygulandığında belirli bir program halinde yürütülmekte olan çerçeve haline gelmektedir. Gönüllü kuruluşların iç tüzük ve tüzüklerinin bilgisi ve şube politikası düzenlemeleri, bu kuruluşlar için benzer amaçlara hizmet etmektedir. (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.62).

#### **5.4. Sosyal Vaka Çalışması Yöntemleri**

1950'li yıllarda teşhis ile ilgili ve işlevsel vaka çalışması yöntemleri üzerinde çok tartışılmıştır. Psiko-sosyal model, fonksiyonel model, problem çözme modeli, davranış değiştirme modeli, aile grup tedavisi, kriz odaklı kısa tedavi ve yetişkin

sosyalleşmesi gibi birçok sosyal vaka çalışması modeli belirlenmiştir. Daha yeni modellerden birisi ise görev-odaklı vaka çalışmasıdır (Yıldırım, 2007, s.41).

Sosyal hizmet uzmanları model kuramları tarafından uygulamada rehber olarak gösterilme eğilimindedirler. Yeni kuramlar ve yeni uygulama modelleri uygulayıcıların birçok durumda karşılaştıkları uygulama deneyimlerine yanıt olarak geliştirilmiştir. (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.62).

1980’li yıllarda ortaya çıkan eğilim; farklı kuramlardan uygulama unsurlarının daha fazla kullanımı ve modellerin karışımı, deneysel temelli seçmeli müdahaleler, ruhsal vakalar üzerine daha az odaklanan beceri yönelimi, vaka çalışmasını daha fazla kapsayan doğrudan uygulama, ölçülmüş ve onaylanmış müdahaleci yaklaşımların daha fazla kullanılması yönündedir (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.62).

Sosyal vaka çalışması uygulamasının birçok farklı modelinden söz edilebilir. Psiko-sosyal model sosyal vaka çalışması uygulamasının uygulanan ve geliştirilen ilk modellerinden biridir. Psiko-sosyal modelin psiko-sosyal kökenleri 1920’li yıllardan öncelere psikanalitik ilkeler ve kuramın sosyal vaka çalışmasına sosyolojik yaklaşımın birleştirildiği döneme rastlamaktadır (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.62).

#### **5.4.1. Psiko-Sosyal Model**

Bu modelin temel ilkeleri, 1930’lu yılların başlarında belirlenmiş ve 1937’de Gordon Hamilton tarafından sistematik biçimde formüle edilmiştir. Sorunların teşhisine verdiği önem nedeniyle diğer yaklaşımlardan ayrılır ve alan yazında “teşhis ekolü” olarak da tanımlanmaktadır. Modelin dayanağı, Mary Richmond’un insanların yoksul olmasına yol açan nedenleri bulmak, sosyal teşhis ve tedavi süreçlerini kavramsallaştırmak amacıyla yaptığı çalışmalardır (Turan, 1999, s.247). Psiko-sosyal model, sosyal vaka çalışmasında ilk uygulanan ve benimsenen modellerden birisidir. Başlangıç noktası psiko-analitik ilkelerin ve teorinin birleştiği ve daha sonra da vaka çalışmasına sosyolojik yaklaşımın büyük ölçüde katıldığı 1920’li yıllara kadar gider (Yıldırım, 2007, s.42).



Psiko-sosyal model, sorunları olan bireyi iç dünyası, yani içsel psikolojik özellikleri ve yaşadığı sosyal çevrenin gerçekleri ile birlikte ele alır; “kişi ve içinde bulunduğu durum” ifadesi kişinin etkileşimde bulunduğu ailesi, arkadaşları, komşuları, öğretmeni, işvereni gibi yakın çevresindeki insanlardan oluşan bir bütünü tanımlar (Turan, 1999, s.247).

Bu model, yardım almak üzere başvuran kişinin sosyal refahına önem verir; her türlü ihtiyacının karşılanmasını, önüne çıkan çeşitli engellerle baş edebilmesi yönünde desteklenmesini ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi için kendine güven duygusunun güçlendirilmesini hedef alır. Temeldeki amaç, kişinin içinde bulunduğu durumu, koşulları değiştirme sorumluluğunu bizzat duyması ve bunu gerçekleştirmesidir (Turan, 1999, s.249).

Bu modelde, sorunun teşhisi ve değerlendirilmesi, mesleki çalışmanın odağıdır. Sorun çeşitli açılardan incelenerek çözümü için nelere ihtiyaç olduğu belirlenmelidir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanı, kişiyi ve yaşadığı çevreyi çok iyi tanımalı, konu ile ilgili bazı analizler yapabilmek için ayrıntılı bilgiye sahip olmalıdır. Sosyal inceleme denilen bu sürecin kapsamını, başvuran kişinin istekleri, sorunun niteliği, çalışma için gereken süre gibi unsurlar belirler. Bazen sorunun çözümü için tek bir görüşme yeterli olur. Değerlendirme süreci, birkaç görüşme sonunda tamamlanarak çözüme, yani tedaviye geçilir. Bu aşamada önce müracaatçının kişiliği ile ilgili ihtiyaçları ele alınmalıdır (Turan, 1999, s.249).

Psiko-sosyal modele göre kişisel çalışma, sosyal hizmet uzmanının müracaatçı ile işbirliği yaparak, birlikte uyguladığı bir yöntemdir. Bunun için uzman ile müracaat sahibi arasındaki mesleki ilişki aşağıda belirtilen nitelikleri taşımalıdır:

1. Destekleyici, cesaretlendirici, hoşgörülü ve güven verici bir iletişime dayanmalıdır.
2. Kişinin duygularını rahat bir şekilde anlatmasını sağlamalıdır.
3. Kişiden içinde bulunduğu durumu açıkça ortaya koymaya yarayacak, ayrıntılı bilgi alınmasını kolaylaştırmalıdır,
4. Kişinin şimdiki davranışları ile geçmişteki yaşantısı arasındaki ilişkiyi görebilmesine yardımcı olmalıdır,
5. Kişiye tercih edebileceği çeşitli alternatifler sunabilmelidir,

6. Tedavi aşamasında, uygun tedavi tekniklerinin kullanılmasına uygun olmalıdır (Turan, 1999, s.251).

#### 5.4.2. Fonksiyonel Model

Fonksiyonel model, 1930'larda ABD'de, Pennsylvania Sosyal Hizmet Okulu öğretim üyeleri tarafından, kişisel çalışma yöntemi uygulamalarına, bilimsel nitelik kazandırmak amacıyla geliştirilmiş, daha sonra sosyal hizmetin diğer yöntemlerinde de kullanılmaya başlanmıştır. Gerek bireysel, gerekse aile yaşamıyla ilgili sorunların çözümünde kullanılan bu yaklaşım başlıca üç özelliği ile psiko-sosyal modelden ayrılır. Bunlar aşağıda belirtilmektedir.

İnsanın doğasını anlama yönünden: Fonksiyonel model de önemli ölçüde gelişim psikolojisi ile ilgili teorik görüşlerden yararlanılmıştır. Modelin ağırlık noktasını kişinin sahip olduğu kendini geliştirme gücünü fark ederek değişmesi oluşturur. Sorunları olan birey sosyal hizmet uzmanı ile arasındaki uygulama aracılığıyla tüm kapasitelerini, yani enerjisini kendini geliştirmek ve geleceğiyle ilgili kararlar almak üzere kullanabilecek düzeye getirilmelidir. Kişiden beklenen, kendi özelliklerini, çevresiyle ilişkilerini ve bulunduğu ortamdaki koşulları değerlendirip gerekli kararları vermesi ve kendini sürekli olarak yenilemesidir. Sosyal hizmet uzmanı ile müracaatçı arasında kurulan ilişki sayesinde gerçekleştirilebilen bu amaçlar "yardım süreci" olarak adlandırılan yöntem uygulamalarının ağırlık merkezini oluşturur.

Kişisel çalışmanın amacını kavrama yönünden: Bu modele göre sosyal hizmet uygulamasının amacı, yönü ve kapsamı, kişi ve/veya aile ve toplumun hizmet götüren sosyal hizmet kurumlarınca belirlenmelidir. Bunun yanı sıra kurumun sağladığı hizmetler kişi, aile ve toplumun refahı için en verimli ve uygun olan şekilde kullanılmalıdır. Bu modele göre uygulamanın biçim ve yönünü kurum fonksiyonu belirler.

Kişisel çalışma uygulamasını değerlendirme yönünden: Fonksiyonel model kişisel çalışmayı "yardım süreci" olarak tanımlamaktadır. Bu süreç, sosyal hizmetin öngördüğü ilkelere uygun olarak başlatılır, sürdürülür ve sonlandırılır. Müracaatçı ile sosyal hizmet uzmanı, kişisel çalışmanın uygulandığı kurumda sağlanan hizmetleri

dikkate alarak yardım süreci içerisinde neleri gerçekleştirebileceklerini, birlikte araştırıp, kararlaştırırlar. Bu etkinliklerin “kurum fonksiyonu” olarak tanımlanması nedeniyle söz konusu uygulamalara “fonksiyonel yaklaşım” adı verilmiştir. Bu yaklaşımın önde gelen isimlerinden Smalley’in “Sosyal kişisel çalışma, yardım için başvuran kişiyi, genellikle teke-teke ilişki aracılığıyla sosyal hizmetlerden yararlandırmayı ve böylece hem onun, hem de toplumun refahını gerçekleştirmeyi amaçlayan bir yöntemdir” şeklindeki tanımı, değinilen bu özelliği vurgulamaktadır (Turan, 1999, s.255).

Fonksiyonel modelin uygulanması sırasında göz önüne alınması gereken beş temel ilke bulunmaktadır:

1. Sorun, ancak çözümü için hangi hizmetlerden yararlanılacağı belirlendiği zaman teşhis edilmiş olur,
2. Hizmetin verilişi aşamasında, müracaatçı yardım sürecine katılmaya özendirilmeli ve süreç içerisinde değişen koşullara göre, yardım planında gerekli değişiklikler hemen yapılmalıdır. Böylece zaman en iyi şekilde değerlendirilmiş olur,
3. Sosyal hizmet uzmanı sorumluluklarını, mesleki rolüne uygun olarak, yerine getirmeli ve kurum hizmetlerini en iyi şekilde kullanarak, yardım sürecinin amacına ulaşmasını sağlamalıdır,
4. Sosyal hizmet uzmanı, yardım süreci kapsamındaki mesleki rolünü, çalıştığı kurumun yapısını, sağladığı hizmetleri ve kurumun bulunduğu toplumun özelliklerini çok iyi bilmelidir,
5. Mesleki ilişki, sosyal hizmet kurumunun amaçlarına uygun olarak, müracaat sahibi ile birlikte kararlaştırılan hedeflere ulaşmak üzere kullanılmalıdır

Fonksiyonel uygulama modeline temel olan ilkeler ise şunlardır:

1. Her insan onurlu ve saygıya değer bir varlıktır,
2. Her insana sahip olduğu kapasiteleri kullanmak ve geliştirmek suretiyle topluma katkı sağlama fırsatı verilmelidir,
3. Toplum, benimsediği sosyal politika ve sosyal refah kurumları aracılığıyla, bireyin sahip olduğu bu potansiyeli kullanmasına destek olmalıdır (Turan, 1999, s.255-257).

### 5.4.3. Problem Çözme Modeli

Bu model kişisel çalışma uygulamalarında 1950'lerden itibaren kullanılmaya başlanan ve "teşhis ekolü" nün etkisinde kalınarak geliştirilen bir uygulama modelidir. Problem çözme yaklaşımı, insan hayatının tümüyle problem çözme faaliyetlerini içerdiği görüşüne dayanır. İnsanlar doğumdan itibaren, ölünceye kadar, kendileri ile diğer insanlar, objeler ve durumlar arasındaki ilişkilerde ortaya çıkan sorunları hallederek düzenli bir yaşam sürmeye çalışırlar. Yaşamın düzen içinde sürdürülebilmesi ise bireyin ego yeteneklerini bu amaçla kullanabilmesine bağlıdır. Birey bilinçli olduğu bu yeteneklerini öğrenme yoluyla geliştirme olanağına sahiptir. Problem çözme yaklaşımının öngördüğü eğitim ve mesleki yardım süreçleri ise kişinin başarılı ve tatminkâr bir yaşam sürmesi için problem çözme yeteneğini arttırmayı amaçlar. (Yıldırım, 2007, s.42).

Yaklaşımın öncüsü Helen Perlman' a göre, bir yardım süreci olan kişisel çalışma uygulamasının "aktif ajan" ı olarak tanımlanan sosyal hizmet uzmanı ile kuruma başvurarak yardım talebinde bulunan kişi ya da aile arasında, yine sosyal çevreyi oluşturan insanlar ve objeler arasında, "transaksiyon" denilen çeşitli etkileşimler yer alır. Bu etkileşimlerin yapıcı ve doyurucu düzeye çıkarılması halinde, kişi ve aileyi rahatsız eden sorunların çözümü mümkün olur. (Yıldırım, 2007, s.42).

Bu yaklaşıma göre, kişisel çalışma yönteminin başarıya ulaşması aşağıdaki koşullara bağlıdır:

1. Kişi ve/veya aile üyelerinin sorun çözme ile ilgili motivasyonu arttırılmalıdır;
2. Kişi ve/veya aile üyeleri ego yetenekleri, duygu ve davranışları ile problem çözme sürecine katılmalıdırlar,
3. Kişi ve/veya aile üyeleri ihtiyaç duydukları hizmet ve kaynakları kullanacak güçte olmalıdırlar.

Kişi ve aile üyelerinin motivasyonu, ancak endişe ve korkularını mümkün olduğunca azaltmak, cesaretlerini ve kendine güvenlerini arttırmak için onlara destek olmak, belirli savunma mekanizmalarına sığınmalarını önlemek ve psişik enerjileri

kendilerini geliştirmek için yapıcı biçimde kullanabilmelerine imkan veren koşullar sağlamakla arttırılabilir (Turan, 1999, s.261-262).

#### **5.4.4. Davranış Değiştirme Modeli**

Sosyal kişisel çalışma uygulamalarında davranışsal yaklaşımın kullanılması sosyal hizmet uzmanlarınca ileriye dönük bir adım olarak nitelendirilmiştir. Davranış teorisine dayanan yaklaşımlar, davranışların öğrenme yoluyla da kazanıldığını kabul ederler. Buna göre uyumlu ve uyumsuz davranışlar arasında herhangi bir fark yoktur, her iki tür davranış da öğrenme yoluyla kazanılmıştır. (Yıldırım, 2007, s.42-43).

Tedavi süreci kişinin uyumlu davranışlarının devamını, uyumsuz davranışlarının da önlenmesini, düzeltilmesini yani değiştirilip, istenilen şekle getirilmesini amaçlar. İstenmeyen bir davranış, ona yol açaan unsurlar ortadan kaldırılarak, bireyin çevresindeki diğer insanların davranışları değiştirilerek düzeltilir. Eş deyişle, tedavinin amacı bireye yeni ve arzu edilen bir davranış kazandırmak, uyumlu davranışlarını güçlendirip yerleşik duruma getirmektir.

Davranışçı yaklaşım, davranış değiştirme özelliği bakımından, sosyal hizmet çevrelerince eleştirilmiştir. Bu konuda sosyal hizmet uzmanlarının, başvuranların davranışlarını kontrol altına alacakları, kendi isteklerini onlara benimsetecekleri, diğer yandan da, uygulama sonuçlarının en iyi şekilde bu yaklaşım ile ifade edilebildiği ve başarıya ulaşmak için başvuranla aynı görüşleri paylaşmak gerektiği gibi karşıt görüşler ileri sürülmüştür. Ancak sosyal hizmet uygulaması, başvuranın özgür iradesiyle değişme kararı vermesinden sonra yaptığı müracaatla başlamakta ve davranış değiştirme tekniklerinin kullanılması ancak bundan sonra mümkün olmaktadır.

Ele alınan bir davranışın olumlu ya da olumsuz olduğuna karar verebilmek için bazı göstergelere gerek duyulmaktadır. Toplumsal değerler bu konuda sosyal hizmet uzmanına yol gösterirler. Ullman ve Krasner' e göre, belli davranışlar farklı toplumlarda o topluma özgü biçimde değerlendirilirler. Bunların her sosyal çevrede mutlaka onaylanması söz konusu olmayıp, içinde bulunulan toplum tarafından kabul edilip edilmemesi önemlidir. Bu gibi davranışlar cezalandırma yoluyla veya o davranışa neden olan uyaranların ortadan kaldırılması ile yok edilebilirler. Bu nedenle öncelikle sosyal

çevredeki, istenmeyen davranışları devam ettiren faktörlerin kontrol altına alınması gerekmektedir.

Bir davranışın değerlendirilmesinde şu üç nokta göz önünde bulundurulmalıdır:

1. Davranışın analiz edilmesinde kullanılacak kriterler önceden belirlenmelidir,
2. Değişmesi düşünülen davranış hakkında görüş birliği olmalıdır (Farklı çevreler davranışı değişik değerlendirebildikleri gibi aile bireyleri de aynı davranışı birbirinden değişik şekilde algılayıp yorumlayabilirler).
3. İstenmeyen davranışa zemin hazırlayan ve neden olan unsurlar ile davranışın yol açtığı sonuçların ne olduğu hakkında yeterli bilgi toplanmalıdır. Ullman ve Krasner uyumsuz davranışların üç değişken açısından incelenmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir.

Bunlar;

1. İstenmeyen, şikâyet konusu davranışın ne olduğu,
2. Hangi sosyal ortamda yapıldığı,
3. Kime karşı yapıldığıdır.

Davranışçı yaklaşım, gözlenebilen davranışlar üzerinde odaklanır. Açıkça ifade edilmeyen, bilinçaltına itilmiş duygu ve düşünceler hakkındaki bazı varsayımlara dayanılarak yapılan davranış tanımlarını geçerli kabul etmez. İstenmeyen davranışın uygun teknikler kullanılmadan önce ve sonra ölçülmek suretiyle değişip değişmediği belirlenmelidir. Kişiyi yeni davranışına alışması ve yeterince deneyim kazanması için zaman tanınmalıdır; çünkü atılan ileri adımlardan sonra geri dönüşler gözlenebilir.

Davranışsal yaklaşım, davranışların yapıldığı sosyal çevre içinde, onunla birlikte değerlendirilmesini öngörür. Tedavi sürecinin amacı da onaylanmayan bir hareketin çevrede neden olduğu olumsuz sonuçları kontrol etmektir. Davranışın hangi koşullarda yapıldığı ve ne gibi sonuçlara yol açtığı gözlemlendiğinde davranış ve çevre arasındaki ilişki belirlenebilmektedir.

Davranışsal yaklaşımın dayandığı başlıca ilkeler şunlardır:

1. Davranışlar, öğrenme yoluyla kazanılır ve insan organizmasını etkileyen pekiştirici uyaranların ürünüdür,
2. Davranışın değişmesi veya kontrol edilmesi için uyarıcı faktörlerle, davranışı izleyen sonuçları belirlemek gerekir,
3. Aynı zaman dilimi içerisinde ya da çok az zaman farkı ile meydana gelen bir olay veya karşılaşılan bir durum kişiyi aynı şekilde etkiler,
4. Davranış, insan organizmasının genetik yapısından etkilenir,
5. Bir uyarana verilen cevap veya gösterilen tepki, kişinin onun hakkındaki olumlu ya da olumsuz duygularının etkisi altındadır. Bireyin korku, öfke, nefret, kaygı gibi duygusal tepkilerinin yerleşik duruma gelmesinde aynı kural geçerlidir (Turan, 1999, s.266-268).

#### 5.4.5. Görev Odaklı Model

Kısa süreli bir uygulama modeli olup, ayırt edici özelliği sorunların nedenleri yerine yol açtığı sonuçlar ve uygulama yoluyla ulaşılabilecek hedefler üzerine odaklanmasıdır. Yaklaşımın kişisel çalışma ve aile tedavisi çalışmalarında uzun süreli uygulamalar kadar başarılı sonuçlar verdiği görülmüştür. Perlman'ın geliştirdiği problem çözme yaklaşımı ile benzerlikleri olduğu ve büyük ölçüde onun yerine kullanıldığı belirtilmektedir. Var olan, gözle görülür sorunları ele alıp, uygulaması kolay görevleri yerine getirerek çözümlenmeyi amaçladığı için davranışsal yaklaşımla ortak yönleri bulunmaktadır. (Yıldırım, 2007, s.43).

Bu yaklaşımda sosyal hizmet uzmanı ilk görüşmeden itibaren başvuranın sorunlarını araştırıp açıklamaya çalışır, başvuranın göremediği, farkında olmadığı sorunlarına ve bunların yol açtığı sonuçlara dikkatini çeker. Buna bağlı olarak her ikisi hangi sorunların ele alınacağına birlikte karar verirler. Çalışmanın yaklaşık olarak ne kadar süreceğini ve neler yapılacağını birlikte anlaşarak belirlerler. Bu süre genellikle 2 ile 4 ay arasında olup, 6 ile 12 görüşmeyi kapsar. Görev odaklı yaklaşımda;

1. Başvuranın sorun olarak kabul ettiği konular ele alınır,
2. Sorunlar açık olarak tanımlanırlar,

3. Sorunlar başvuranın yaşamının değişmesini istediği yönleriyle ilgilidir,
4. Sorunların sosyal çevredeki çeşitli sistemlerle yapılacak temaslar yoluyla çözümleneceği kabul edilir,
5. Sorunlar başvuranın tatmin edilmemiş istekleriyle ilgili olabilirler. Başvuran kendisinin kabul ettiği sorunların çözümü için belli oranda uzmanla işbirliği yapar. Sosyal çevredeki sistemlerden kaynaklanan baskılarda sorun nedeni olabilirler.

Müracaatçının yaşamını etkileyen sorunlarını başkasıyla paylaşması, sorunların çözüleceğinin garantisi değildir. Örneğin sosyal hizmet uzmanı ile işe girip çalışmaya başlaması konusunda anlaşılan genç kızın birlikte yaşadığı anne-babası, evin işleriyle ilgilenip, onlara bakmasını isteyebilirler; ya da kültürel özelliklerin etkisiyle kadın olarak çalışmasını doğru bulmayabilirler. Bu durumda sosyal hizmet uzmanının önce anne-babanın düşünce yapısı üzerinde durması gerekecektir.

W. Reid görev merkezli yaklaşım yoluyla çözümlenebilen sorunları aşağıdaki şekilde sınıflandırmaktadır: (Turan, 1999, s.304-306).

1. İnsanlar arası çatışmalar,
2. Sosyal ilişkilerdeki doyumsuzluklar,
3. Resmi kuruluşlardan kaynaklanan sorunlar,
4. Sosyal rolleri yerine getirmedeki güçlükler,
5. Karar vermeye ilişkin sorunlar,
6. Zaman zaman yaşanan duygusal stresler,
7. Kaynakların yetersizliği,
8. Diğer psikolojik ve davranışsal sorunlar.

Sorunların çözümü için sosyal hizmet uzmanın öncelikle başvuranın sorun çözme davranışını anlamaya çalışması önemlidir; eş deyişle, başvuranın hangi isteklerinin ne ölçüde ve ne yönde gerçekleşmesini istediği belirlenmelidir. Bu isteklerden bir kısmı birbiriyle ilişkili iken, bazıları birbiriyle uyuşmayabilir. Başvuranın inanç sistemi isteklerini ve bunların gerçekleşme şeklini belirler. Bu nedenle kişi ve/veya ailenin hemen bu yönde harekete geçmesini beklememek gerekir. Örnekte görüldüğü gibi, çalışmak isteyen genç kız ile ailesinin istekleri farklı yönlerdedir; çalışmak istediği yer



ile ilgili tercihini değiştirdiği zaman ailesinin anlayış göstermesi sağlanabilir (evde çocuk bakmak gibi). Bu amaçla bazı inceliklerden yararlanılmalıdır. Bunlar:

1. Doğruluk: sosyal hizmet uzmanı başvurana inançlarının doğru olup olmadığını anlaması için yardım etmelidir.
2. Kapsam: sosyal hizmet uzmanı, başvurana önemsiz gördüğü inançların ne gibi sonuçlara yol açabileceğini kavraması yönünde yardımcı olmalıdır.
3. Tutarlılık: sosyal hizmet uzmanı inançlar arasındaki uyumsuzluğa bağlı bozuklukları gidermede başvurana yardım etmelidir.

Duygular, inançlar ve istekler arasındaki etkileşimin ürünüdür. Birey isteğinin engellenmesi veya gerçekleşmemesinden rahatsız olur, korku ve endişeye kapılır. Bilinçaltı güdüler istek veya inançları etkileyebilir, fakat davranışlara doğrudan etki etmezler.

Görev odaklı modelde yapılacak uygulamanın amaçları şunlardır:

1. Başvurayı ilgilendiren sorunların çözümüne yardım etmek,
2. Başvurana ileride karşılaşılabileceği sorunlarla baş edebilecek kapasiteye ulaşmasını ve mesleki yardıma açık olmasını sağlamaktır.
3. Bu aşamada uzman ve başvuran çözümlenmesi gereken sorunları belirleyip kurum dışında yapılacak iş ve görevleri saptayarak bunların nasıl çözüleceği konusunda hazırlık yaparlar. Bu görevler daha çok başvuranın girişimlerini yönlendirme, alınacak olası sonuçları gözden geçirme türündendir (Turan, 1999, s.306-308).

### **5.5. Sosyal Vaka Çalışmasında Sorunlar**

Sosyal hizmet, kişinin farklı rollerinin bir kısmını ya da tamamını etkileyen sorunlara çözüm aramaktadır. Bireyin veya ailenin sosyal ya da ekonomik ihtiyaçlarını karşılamalarını engelleyen farklı boyutlardaki sorunlar vaka çalışmacısını ilgilendirmektedir. Okul tarafından sunulan fırsatların en iyi biçimde kullanılmasını engelleyen sorunlar, okul sosyal hizmet uzmanı tarafından ortaya çıkarılır. Klinik veya hastanede vaka çalışmacılarının ilgi alanları, tedavinin etkinliğini engelleyen, hastaların

aileleriyle ve doktorlarıyla ilişkileri, tedavi hakkındaki duyguları, topluluk kaynaklarına erişim ve gelir gibi sorunlardır.

Sorunların sınıflandırılmasındaki zorluklar, bireylerin farklı ihtiyaçları birlikte değerlendirildiğinde açıkça görülmektedir. Gelir ihtiyacı ve sosyal değişim ile ilgili sorunlar, bireyin kontrolünde değildir ve dış kaynaklı olabilir. Kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar, kolayca tanınabilir ve belirlenebilir. Örnek olarak, ilişkinin merkezinde olan baskıya yol açan ilişki sorunları genel örnektir. Bazı sorunlar çevreye yönelik ve sosyolojik; bazıları kişilerarası ve aile içi; bazıları biyolojik, bazıları tamamıyla kişisel ve ruhsal ve birçoğu biyolojik, sosyal ve psikolojik unsurlardan oluşur. (Yıldırım, 2007, s.42-43).

### 5.5.1. Sorun Çözme Süreci

Başvuran kişi ve/veya aile üyeleri, sorunları çözme gereğine inanıp bu yönde karar verdikten sonra, sorun çözme yolları uzman tarafından kendilerine anlatılmalı ve bunları nasıl kullanacakları konusunda yardım edilmelidir. Başvuran kişi/aile ile yapılan görüşme/görüşmeler sonunda elde edilen yeterli bilginin uygulamaya aktarılması bu aşamanın temel amacıdır. Başvuranın sorun çözme sürecini benimsemesi iki koşula bağlı bulunmaktadır:

1. Kişi ve/veya aile sorun çözme sürecinin etkili bir yol olduğuna inanmalıdır.
2. Elde edilecek başarının kendisine ait olacağına inanmalıdır (Turan, 1999, s.152).

Sorun çözme sürecinde üyeler arasındaki iletişimin etkili biçimde yönlendirilmesi aşağıdaki koşullara bağlıdır:

1. Sorun veya sorunlar tanımlanırken, kişi ve/veya aile üyelerinin her birinin istek ve ihtiyaçları, açık bir şekilde ifade edilmiş olmalıdır,
2. Geçmişteki olumsuzluklar üzerinde durulmayıp, bugün şikayet edilen sorunlar ele alınmalıdır. Sosyal hizmet uzmanının kişi ve/veya aile ile aynı görüşü paylaşması önemlidir,
3. Sorunlar üzerinde tek tek durulmalıdır. Görüşme sırasında başvuran önce bir sorunundan söz edip hemen başka bir sorununu ifade etmeyi tercih eder. Bu durum

- sorun çözüme sürecini engellemektedir. Çünkü belli bir sorun üzerinde odaklanmaya engel olur. Bu açıdan kişi ve/veya aileye bu durum kibar bir şekilde belirtilmeli ve ele alınan belirli bir sorun üzerine odaklanmanın gerektiği vurgulanmalıdır.
4. Görüşme sırasında, sorundan etkilenen aile üyelerinin konuşmaları anlayış içerisinde, dikkatle izlenmelidir. Böyle bir uygulamaya, aile sisteminin, her bir üyenin duygu ve endişeleri hakkında düşünmelerini sağlama açısından gerek duyulmaktadır. Aile üyeleri birbirlerinin ne söylediğini duymalı ve anlamını kavramalıdır. Bu nedenle, üyelere belirli bir üyenin sözlerinden ne anladıkları sorularak, tüm ailenin sorunu birbirleriyle paylaşması sağlanmalıdır. Üyelere, bir an için kendilerini belirli üyenin (sorun sahibi veya sorunu yaratan kişi olarak tanımlanan üye) yerine koyarak söylediklerini anlamaya çalışmaları ve ona kendisini doğru anlayıp anlamadıklarını sorarak kontrol etmeleri önerilmelidir.
  5. Sorun üzerinde görüşürken, üyeler birbirlerinin sözlerine suçlama, eleştirme biçiminde karşılık vermemeye özen göstermelidirler. Sorundan şikayet etmekte olan üye, diğerlerinden beklentilerini ve bu konudaki duygularını ifade etmeli ancak bunu, diğer üyelerin kusurlarına veya hatalı davranışlarına değinmeden yapmalıdır. Diğer bir aile üyesi ile ilgili ifadede, onun iyi, beğenilen yönüne yer verilmelidir: “Senin eve geldiğinde çocuklar ile oyun oynamanı, dersleriyle ilgilenmeni memnuniyetle karşılıyorum, ama geç saatlere kadar işyerindeki çalışmaların nedeniyle kendimi çok yalnız hissediyor, daha fazla beraber olmamızı istiyorum” gibi).

Görüşme sırasında aile üyeleri arasındaki konuşmalar karşılıklı suçlama, eleştirmeye dönüştüğünde, uzman hemen araya girerek, bunların diğer üyeler üzerinde olumlu olmayan, rahatsız edici etki yapacağını, karşılık verme isteği uyandıracığını ve bununda yapıcı iletişime zarar vereceğini hatırlatmalıdır (Turan, 1999, s.153).

### **5.5.2. Sorun Çözme Sürecinin Aşamaları**

Mesleki çalışmaya başlarken sorun çözme sürecinde yer alan aşamaların yazılı bir listesi başvuran kişi ve/veya aileye verilmeli ve bunların gerçekleşmesinin sorunun mutlaka çözüleceği anlamını taşımadığı, ancak çözüm olasılığını arttırdığı ifade edilmelidir. Bilindiği gibi, çözümü etkileyen çok sayıda unsur vardır ve bunların

tümünü önceden öngörebilmek mümkün değildir. Uzmanın karşısına ileride hangi durumların çıkacağı önceden bilinemez. Her zaman hata yapma olasılığı bulunmaktadır ve başvuran bu gerçeği önceden bilmelidir (Turan, 1999, s. 153-154).

Sorun çözme sürecinin aşamaları aşağıda ifade edilmiştir:

1. Sorunun varlığını kabullenmek: Sorun çözme sürecinin ilk aşamasıdır. İnsanlar çoğu kez sorunlarının kendiliğinden çözüleceğine inanarak durumu doğal akışına bırakırlar. Bazı sorunların çözümlenemeyecek bir boyuta gelmeden önce, mesleki yardım alınması, kronikleşmesini önler.
2. Sorunu çok yönlü olarak analiz etmek: İyi analiz edilmeden çözülmeye çalışılan sorunlar çoğu kez varlığını sürdürürler. Bu durumda başvuran kişi ve/veya aile hem zaman ve enerji kaybına hem de hayal kırıklığına uğrar. Bu durumda en uygun yöntem, aile üyelerinin önce sorunlarını belirlemesi ve daha sonra bunların çözümüne değinmesidir.
3. Sorun çözme seçeneklerini belirleme sürecine aile üyelerinin katılımını sağlamak: Müracaatçıların karar verebilmesi için seçebilecekleri bazı alternatifler olmalıdır. Üyelerden zihinlerini zorlayarak bazı çözüm önerileri düşünmeleri istenir. Cesaret vermek amacıyla sosyal hizmet uzmanı da bazı önerilerde bulunabilir.
4. Belirlenen seçenekler arasından uygun olanı seçmek: Her alternatifin olumlu ve olumsuz yönleriyle üyeler tarafından değerlendirilmesi herkesin kabul ettiği seçeneğin belirlenmesi önem taşır. Aile tarafından oybirliğiyle seçilen alternatifin başarı ile uygulanabilmesinin üyelerin istekli olmalarına ve birbirlerine güvenmelerine bağlı olduğu vurgulanmalıdır (Turan, 1999, s.154-156).

### **5.5.3. Sorun Çözme Sürecinin Psiko-Sosyal Yönü**

Kişisel sosyal çalışma yönteminin önemli bir özelliği, belirli bir soruna yol açabilecek nedenler hakkında farklı bilgilerin ve çözüm yollarının uygulanabilmesidir. Bu ifadeden her sorunun kişisel çalışma ile çözülebileceği anlamı çıkarılmamalıdır. Psiko- sosyal sorunların çözümü çok yönlü bilgi toplama ve değerlendirmeyi gerektirir. Başvuran kişi/aileye, yeterli hizmetin verilebilmesi bazı temel kurallara uymakla mümkün olmaktadır. Sorun hakkında elde edilen bilgiler değerlendirildikten sonra, çözüm sürecine hangi kişi ve kuruluşların katılacağına ve

çalışmanın nasıl sonuçlandırılacağına karar verilmelidir. Aslında, sorun belirleme ve sorun çözme süreçleri arasında kesin bir sınır çizmek kolay değildir. Alınan yeni bilgiler doğrultusunda, uzman yeni değerlendirmeler yapmak zorundadır. Hazırlanan planın başarısından emin olunmadıkça, uygulamaya geçmek de doğru olmayacaktır. Başarısızlıkla karşılaşmak başvuruları ümitsizliğe düşüreceği için, değişmeye engel olacak bir konu olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, başvuranın yararlanabileceği hizmetlerin belirlenmesi, başvuruları destekleyecek, kendine güven duygusunu arttıracak bir ortamın yaratılması, başvuranın kabul edeceği ve gerekliliğine inanacağı davranış değişiklikleri ile ilgili önerilerde bulunulması gerekmektedir.

Sorun çözme planının hazırlanması sırasında yapılması muhtemel hatalar aşağıdakiler olabilmektedir:

1. Açık olmayan, belirsiz hedefler seçmek,
2. Kişi ve/veya ailenin yakınlarından sağlanabilecek yardımları dikkate almamak,
3. Yapıcı ve ilişkileri düzeltecek davranışları arttırmaktan çok yıkıcı davranışları yok etme üzerinde odaklanmak,
4. Fiziksel çevre koşullarını düzenlerken var olan bazı olanakları göz ardı etmek,
5. Yetersiz çevre koşullarının sorunun çözümü üzerindeki olumsuz etkisini önemsememek,
6. Bu noktaların önemini görmemezlikten gelmek.

Başvuranın kendisi ve yakın çevresi hakkında olumsuz düşünceler taşıması, tedavi planında, kişi ve/veya ailenin düşünce yapısını düzene sokacak önlemlere yer verilmesini gerektirir (Turan, 1999, s.156-157).

#### **5.5.4. Aile İlişkilerini Geliştirme**

Bireysel ihtiyaçların çoğunluğu günlük yaşamdaki ilişkiler ve kişiler arası etkileşimler yoluyla sağlanır. Kişinin tatmin olup olmamasında bu ilişkilerin duygusal niteliği önemli rol oynamaktadır. Anne-babanın çocuğa karşı itici, reddedici, aşağılayıcı tutumu onun kendisi ve etrafındaki nesnelere hakkında olumsuz duygu ve düşünceler taşımasına yol açar. Çocuğun kardeşleri, yaşlıları ve diğer insanlarla ilişkilerinin bu duygu ve düşüncelerinin pekişmesinde ya da değişmesinde büyük payı

bulunmaktadır ve psiko-sosyal gelişimi üzerinde etkili olurlar. Eşler arasındaki çatışmalarda, aile içi anlaşmazlıklarda, arkadaş sahibi olmada, iş yaşamında başarısızlığa uğramada bu gibi olumsuz unsurların etkisi tahminlerden fazladır. Sosyal hizmet uzmanı, mesleki uygulama sırasında, böyle olumsuz etkileşimlerin değişmesine ve insanların birbirleriyle yapıcı ilişkiler kurmasına yardım etme sorumluluğuna sahiptir. Bunu;

1. Kişi ve aile üyelerini değişim sürecine katarak,
2. Kişi, ailesi ve sosyal çevre arasındaki etkileşimlerin yapıcı yönde gelişmesini sağlayarak,
3. Yapıcı etkileşimi engelleyen faktörleri ortadan kaldırarak,
4. Bireyin kendisi ve çevresi hakkındaki olumsuz düşüncelerini yumuşatarak,
5. Aile içindeki kutuplaşma ve zıtlaşmaları gidererek yerine getirmelidir.

Aile sisteminin sağlıklı işlemlerini engelleyen unsurların ortadan kaldırılması için öncelikli olarak mesleki çalışmanın aile sistemi üzerine odaklanması gerekmektedir. Böyle durumlarda aile üyeleri ile ayrı ayrı görüşmek yerine, hepsi ile birlikte konuşmak sistemin bir bütün olduğu yönünde üyelere mesaj vermek açısından da önemlidir. Kuruma yapılan müracaat sırasında ileri sürülen sorun ailedeki ana baba ve çocukları, hatta aile ile birlikte yaşayan yakınlarını ilgilendiriyorsa, aile ile çalışmakta yarar bulunmaktadır. Başvuran tek başına yaşayan biri ise, uzaktaki yakınlarının veya işyerindeki amirin tedavi sürecine katılmaları gerekmeyebilir. Telefonla veya bizzat kuruma gelerek yapılan başvuru sırasında ilk görüşmeye kimlerin katılacağı konusunda başvuran ile birlikte karar verilmelidir. İlk görüşmenin mümkün olduğunca kısa olmasına, aile üyelerini sıkımsamasına ve kişisel sorunlara fazla girmemeye dikkat edilmelidir. Aile üyeleriyle yapılacak ilk görüşmede dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda açıklanmaktadır:

Aile üyelerinin her birinden sorunun ne olduğunu kısaca ifade etmesi istenmelidir.

Görüşme sırasında elde edilen bilgiler, sorunun aile üyelerini ilgilendirdiğine ilişkin bilgiler veriyorsa, aile üyeleriyle hep birlikte görüşme gereği bildirilerek, nedeni açıklanmalıdır.

Başvuran aileye, ilk görüşmelerde özellikle hangi üyelerin bulunmasının istendiği belirtilmelidir.

Kuruma başvuran kişinin, ailedeki diğer üyelerin görüşmeye gelmesine karşı olması ya da kendi istediği üyelerin katılması için ısrar etmesi ve bu konuda bazı gerekçeler ileri sürmesi mümkün olmaktadır. Genellikle başvuruyu yapan aile üyesi görüşmelere tek başına gelmek istemektedir. Bunun nedeni, diğer üyeler tarafından suçlanma olasılığını ortadan kaldırmak ve bazen de bilinçsiz olarak terapi sürecini engellemektir.

Görüşmenin başında, başvuruyu yapan kişinin bu isteği, aile üleriyle bir arada görüşmenin avantajlarına rağmen, göz önüne alınmalı ve anlayışla karşılanmalıdır. Aile üleriyle yapılacak görüşmenin ardından gerçekleştirilecek aşamalar şöyledir:

1. Aile üyeleri ile yakınlaşma sağlamak,
2. Yardım süreci hakkında aile üyelerinin düşünce ve beklentilerini öğrenmek,
3. Aile üyelerinin yardım süreci içerisindeki rollerini ve yardım sürecinin içeriğini açıklamak,
4. Ailenin sorun hakkındaki düşüncelerini açıklığa kavuşturmak,
5. Aile üyelerinin ihtiyaç ve isteklerini belirlemek,
6. Sorunun belli bir üyeye değil, aileye ait olduğunu vurgulamak,
7. Ailedeki üyelerin ve aile sisteminin sorunun çözümüne yarayacak güçlü yönlerini ortaya koymak:
8. Aile ilişkilerini olumsuz şekilde etkileyen ve tekrarlanan, üyeler arasındaki etkileşim biçimine dikkat çekerek bu durumun değişmesini isteyip istemediklerini sormak,
9. Aile üyelerinin birbirlerine, daha anlayışlı, sevecen, olumlu yaklaşımlarına yardım etmek,
10. Aile üyelerinin değişebileceklerine olan güvenimizi kendilerine ifade etmek,
11. Ailenin ve üyelerinin ileriye dönük amaçlarını tanımlamak,
12. Sorun çözme sürecinin koşulları, yürütülme biçimi ve uzman ile aile üyelerinin süreçle ilgili sorumlulukları üzerinde görüş birliği, anlaşma sağlamak,

13. Bir sonraki görüşmeye kadar geçecek zaman içinde aile üyelerinin yapacağı işleri aile ile görüşerek birlikte karara bağlamak,
14. Görüşmenin sonunda üzerinde durulan sorunlar, ulaşılmak istenen hedefler ve kaydedilen gelişmeleri özetlemek (Turan, 1999, s.169-178).

#### **5.5.5. Aile Üyeleri Arasındaki Etkileşimi Geliştirme**

İnsan için hayatında önem taşıyan kişilerden, yakınlarından sevgi, ilgi ve destek görmek, onların beğenisini kazanmak veya onlar tarafından takdir edilmek çok önemlidir. Kişinin benlik saygısının güçlenmesi, kendine güvenmesi ve kendini değerli bulması açılarından böyle duyguların çok büyük önemi bulunmaktadır. Buna hem çocukların hem de yetişkinlerin ihtiyaç duyduğu bir gerçektir. Aile içerisindeki yıkıcı, zararlı etkileşimlerin temelinde, genellikle bu türden iletişim eksikliği ya da yetersizliği olduğu görülür. Yapıcı iletişim becerisini geliştirmek için kullanılacak teknikler şu şekilde ifade edilebilir:

1. Aile üyelerinden aralarındaki yapıcı mesaj alışverişini değerlendirmeleri istenmelidir,
2. Yapıcı konuşmaların aile yaşamına katkısı hakkında, üyeler bilgilendirilmelidir,
3. Aile üyelerine ihtiyaçlarını birbirlerine yapıcı şekilde nasıl ifade edecekleri öğretilmelidir,
4. Aile üyeleri bir kimsenin yapıcı iletişim ihtiyacını nasıl anlayabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir,
5. Kişi ve/veya ailenin başkaları hakkında yapıcı düşünce geliştirmelerine yardım edilmelidir,
6. Kişi ve/veya ailenin çevre ile yapıcı iletişimde bulunma becerileri güçlendirilmelidir,
7. Kişi ve/veya ailenin iletişim kurma düzeyleri geliştirilmelidir (Turan, 1999, s.179-184).

#### **5.6. Sosyal Vaka Çalışması Süreci**

İnceleme, değerlendirme, müdahale ve sonuç sosyal vaka çalışması sürecinin temel bölümleridir.



### 5.6.1. İnceleme

İnceleme aşamasında, müracaatçı vakayı ifade etmektedir. Anahtar kavram ise müracaatçı ile sosyal hizmet uzmanı arasında yapılan sözleşmedir. Genellikle, yardım arayışında olan müracaatçı sosyal hizmet kurumunun ya da vaka çalışmacısının ona yardım edeceği beklentisine sahiptir. Bu vaka çalışması sürecinin yanlış anlaşılmasıdır ve müracaatçının geçmiş yaşam deneyimlerinden kaynaklanmaktadır. Müracaatçıyı anlama inceleme aşaması ile başlamaktadır. (Yıldırım, 2007, s.44).

İnceleme aşamasında, müracaatçı tedaviye katılıp katılmama konusunda önemli bir karar vermektedir. Karar hizmeti kabul etmeme şeklinde ise, ilk temaslar zayıflatma deneyimleri değil ve yapıcı olmalıdır. Vaka çalışmacısının davranışı müracaatçının kararının ne olacağını belirleyen önemli bir unsurdur. Müracaatçının değerine, itibarına ve onun hür irade hakkına saygı duyulmalıdır. Sosyal hizmet değerleri tarafından rehberlik edilen sürecin her bir aşamasında, vaka çalışmacısı vakaya yönelik ve görevleri ile birleştirilmiş destek ve işbirliği yoluyla yardım etme ilişkisine uygun olarak faaliyet gösterecektir (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.65).

İlk aşamada sunulan, ya vaka için yardım ya da müracaatçının şu anda üzerine odaklanmak istediklerinin bir bölümüdür. Daha sonraki aşamalarda, ilişki müracaatçı tarafından test edildiği ve sürdürülebilir olduğunu kanıtladığı için, vakanın diğer yönlerine ve olası diğer sorunlara odaklanılacaktır. Müracaatçının görüşü ve vaka çalışmacısının görüşü inceleme aşamasında değişmektedir (Yıldırım, 2007, s.45).

### 5.6.2. Değerlendirme

Değerlendirme tedaviye bireysel farklılıklar ve ihtiyaçlara dayalı olarak farklı bir yaklaşım sağlar. Her bir durumun farklılığı, belirli vakalarla ilişkili tedavi planlamasının önemi, aile fonksiyon bozukluğu alanı, ya da hayat düzeni içerisindeki sıkıntı açıkça kabul edilmektedir. Vakayı tanımlamak kişiyi bireyselleştirmenin açık bir yoludur (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.67).

Değerlendirme akıcı ve dinamik bir süreçtir. Değerlendirme aşaması sürekli değişen, girişte başlayan ve sonuçlanana kadar devam eden bir süreçtir. Vakayı anlamak için vaka çalışmacısı ve müracaatçı çabalarını vurgulamak gerekmektedir. Değerlendirme aşaması müracaatçı tarafından vakanın ifade edilmesi ile başlamaktadır. Değerlendirme vakanın anlaşılması ile sonuçlanmaktadır. Değerlendirme süreci hakkında dolaylı bir özellik vardır. Değerlendirme vaka çalışması süreci boyunca asla sona ermemektedir. Bu süreç bireylerin durum ile baş edebilme sınırlılıkları ve güçlülükleri hakkında karar vermeyi içermektedir. Değerlendirmenin kendisi güçler, kapasiteler, sınırlılıklar, güdü ve fırsata hitap etmektedir. Tedavi planlaması ve tedavinin kendisine değerlendirme süreci tarafından rehberlik edilmektedir (Yıldırım, 2007, s.45-46).

### **5.6.3. Müdahale**

Müdahale veya tedavi ilk temas ile başlamaktadır. İnceleme süreci müracaatçıya kendisi için vakayı açıklamaya yardım ettiği ve bu anlayışın sonucu olarak onun hayat koşullarında değişiklik yarattığı zaman bir tedavi sürecine dönüşmektedir. Müdahale edici hedefler müracaatçı ve uzmanın birlikte çalışması ile belirlenir. Müdahale müracaatçının ihtiyaçları tarafından belirlenir ve büro istenilen hizmeti sağlayamadığında uzman müracaatçıya diğer kaynaklar ile yardım etme sorumluluğundadır (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.67-68).

Davranışçı değişim modelini izleyenler dışında, sosyal hizmetin bireylerle ve ailelerle temel amacı ilişki kurmaktır. Uzmanın ilişkiye getirmesi gereken önemli özellikler sıcaklık, samimiyet ve uygunluk olarak tanımlanır. Uzman, tedaviye kısmi bir yaklaşım yapmak ve daha sonraki süreci yoğunlaştırmamak için mülakat becerileriyle birleştirerek, müracaatçının hikâyesini anlatmasına yardımcı olur (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.68).

Müdahale edici beceriler, mülakat, kaydetme, mektup yazma, diğer büro ve servislere başvurma ve müracaatçıya kişisel ve diğer kaynakları kullanmaya yardım etmeyi kapsar. Müdahaleci çabalar duygusal işlemler boyunca müracaatçının benliğini, yeniden güven vermeyi, vakanın açıklanmasını ve sempatik dinlemeyi destekler ve

güçlendirir. Uzman-müracaatçı ilişkisi ile düzenlenmiş müdahalede, aşağıdaki temel ilkeler rehber alınır:

1. Müracaatçının kapasitesi sınırları içerisinde anlamlı seçimler yapmak için kendi eylem planına karar verme hakkı. Müracaatçı bir gömlek veya bluzu düğmelemekten daha fazla yeteneğe sahip olmayabilir; yine de, uzman küçük bir başarının, başarmak için kapasitenin genişlemesine temel olabileceği bilgisinden hareket ederek, müracaatçının kendi kapasitesi sınırları içerisinde iş yapma kararına veya gömlek veya bluzu düğmelemesine saygı göstermeli ve cesaretlendirmelidir.
2. Bir müracaatçının kabulü, kapasitesinin değişeceğinin ima edilerek kabulü ve onun kendi kaynaklarını geliştirmek için kullanabileceği ve kullanacağıdır. Yargısız bir yöntemle, sosyal hizmet bireyi ve aileyi anlamayı, onların davranışlarının sebeplerini ve onlara daha çok tatmin edici sosyal ve kişisel uyumlarla yardım etme arayışıdır.
3. Sosyal hizmet geleneksel olarak patolojiden çok güçlendirme ile ilgilidir. Sınırlar tanımlanır ve olduğu gibi muamele edilir, fakat uzman bireysel veya kişinin ailesi ile ilgili güçleri geliştirmeyi ve belirlemeyi amaçlar.
4. Sosyal hizmet uzmanı, kişiyi anlamayı araştırır ve ona yapısal değişiklik planlaması için yardımcı olur. Uzman hedef belirleme ve takdir etmede müracaatçı ile birlikte çalışır ve toplumun değerlerini destekler.
5. Müracaatçının ailesi ve durumları hakkındaki bilgiler toplumun ve ailenin refahı için güvenli bir şekilde kullanılır. Bu, nerede mümkün ve uygun ise, ilgili bilgiyi müracaatçının bilgisi ve rızası ile paylaşmaya izin verir.
6. Aile ile çalışan sosyal hizmet uzmanı, tüm ailenin refahı için mesleki bir sorumluluğa sahiptir. Sosyal hizmet her zaman ailedeki bir üyenin tedavisinin diğer üyeler üzerindeki etkisini değerlendirir. Aile merkezli odaklanma, ailenin bir veya birkaç üyesi ile müdahalede bulunduğu sürece, çalışma bireysel veya birleştirilmiş mülakatlar ile sürdürülür.
7. Aile ile çalışan sosyal hizmet uzmanı sadece müracaatçıya karşı değil, aynı zamanda kendisine, kuruma, topluluğa ve mesleğe karşı da sorumludur.
8. Çeşitli ilkeler ve kavramlarca uzman tarafından belirlenmiş mesleki faaliyetler vaka incelemesi hedefleri ile uygun olmalıdır.

9. Çevresel ve psikolojik kaynaklar, materyal harekete geçiricileri olarak, sosyal hizmet uzmanlarının geliştirme, ilerletme, değiştirme ve güçlendirme hizmetlerinin çabalarıyla ve ihtiyaç halinde müracaatçı tarafından onların etkin kullanımını kolaylaştırmak için düzenlenirler (Yıldırım, 2007, s.47-48).

#### **5.6.4. Sonuç**

Bir “vaka” ya mesleki olarak müdahale etme kararı, yardım ihtiyacı olan bir müracaatçıya (birey veya aileye) yardım sağlama, sürecin herhangi bir noktasında müdahalenin sona ereceği varsayımını beraberinde getirir. Sosyal hizmette kullanıldığı anlamıyla sonuç, sorunlu bir müracaatçıya hizmet etmeyi amaçlayan sosyal hizmet uzmanının müdahale edici sürece girme kararı aldığı zaman başlayan bir sürecin bitişi veya sınırlanışı anlamına gelir. İnceleme, değerlendirme ve müdahale süreçleri sürekli olarak devam etmemektedir. Sonuç planları hem uzman, hem de müracaatçı tarafından aynı şekilde anlaşılmalı ve üzerinde düşünülmalıdır (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.69).

Sonuç, müracaatçının geriye dönüp neyin üstesinden geldiğine tatmin olmuş bir şekilde baktığında, değişim ve büyümenin bir dinamiği olabilir. Genellikle uzman tarafından kabul edildiği şekliyle gerçekçi hedeflerin taslağını belirleyen sonuç, müracaatçının ne yapabileceğinin önemini doğrular ve problem çözmede ve hedefleri başarmada yararlı olacağı beklenir. Etkili bir sonuç, uzmanın, müracaatçının şartlarla başa çıkmayı öğrenme yeteneğindeki yeterliliğine ve gelişmesine işaret eder. Var olan durumda uzman, müracaatçı için bir kaynak olarak hizmet edecektir (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.69).

#### **5.7. Vaka Örnekleri**

Aşağıda verilen üç vaka örneği, vaka inceleme sürecinin üç görünümünü göstermektedir. Bunlar; inceleme aşamalarının işlenmesi, değerlendirme ve psiko-sosyal modellerle ilgili olarak müdahale; görev merkezli vaka incelemesi ve davranış değiştirme modelidir.

### 5.7.1. Psiko-Sosyal Model

**İnceleme:** İlk mülakatta farkına varılan aşağıdaki gibi unsurlar not edilir ve değerlendirme ve müdahale için kayda alınır:

Altı çocuklu bir ailenin tek kızı olan M, ailesinin her zaman onu koruması, faaliyetlerinin kontrol ve sınırlanması ve sık sık onun adına düşünceleri ile büyüdü. Üç çocuklu evli bir kadın olmasına karşın, ailesi ile ilişkilerinde çocukluğundan beri fazla bir şey değişmedi. Ailesi onun geleceği hakkında fazlasıyla endişelenmeye devam ettiler, “hiçbir şeysiz hayata atılmasın” diye ona para ve hediyeler verdiler (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.69-70).

M hediye almaktan hoşlandı ve para her zaman işe yaradı, fakat ailesinin bitmeyen isteklerinden hiç hoşlanmadı. Annesi, hasta ise veya bir yere birisini göndermesi gerekiyorsa, her zaman M’ den yardım istedi. Anne, kendi ütüsünü ve haftalık temizliğini de M’ in yapmasını istedi. Baba küçük işletmesi için M’ in muhasebeciliğini yapmaktan büyük zevk duyacağından emindi. M ailesine hizmet etmekte gönüllü olmadığı zaman, ailesi ona ondan ne isterlerse yapmak zorunda olduğunu söyledi (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.70).

**Değerlendirme:** M aşırı derecede ailesine bağlıdır, bu bağlılıktan dolayı gücenmiş, içerlemiş ve içinde bulunduğu durumdan kurtulmak istemiştir. Aynı zamanda kendi çocuklarının isteklerinden de bıkmıştır. Zamanının büyük bir bölümünde eşine kırgındır. Çünkü eşi çocukların sorumluluğunu üstlenmemiş bunları M’ in işi olarak görmüştür. M, eşinin, karısının kendisini nasıl hissettiğini, ne sevdiği ne de sevmediğini düşünmediğinden şikâyet etti ve bir karara vardı. (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.70).

**Müdahale:** Bu süreçte amaç, M’ i kendisine güven duyması için desteklemek ve onun başkalarına daha az bağımlı olmasına yardımcı olmaktır. Bu nedenle kendi hayatını etkileyecek kararlar alması konusunda cesaretlendirildi. Annesi ile ilişkilerini sorgulamasına yardımcı olundu. Çocuklarının bağımlılığına içerlemesinin nedenlerini anlamasına yardım edildi ve çocuklarının kendilerine olan güvenlerini kazanmaları için bununla nasıl başa çıkabileceği gösterildi. Örneğin, beş yaşındaki çocuğunun ayakkabı

bağlarını bağlamaya devam etmesinin gerekli olmadığını öğrendi, çünkü bu beceriyi çocuğuna öğretebilirdi (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.70).

Bağımlılığını anlamasına ve diğer insanlar ile ilişkilerini nasıl sürdürmesi gerektiğini kavramasına yardım edildi. Ailesi ile karşılaştığı durumlarda vaka incelemecisi tarafından desteklendi. Örnek olarak, ailesi verdikleri para karşılığında kendilerine iyilik yapmasını istediğinde “hayır” demesine ve hediye vermek M’ in kendi başına bir kişilik olamayacağı anlamına geliyorsa, hediyeleri reddetmesine yardım edildi (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.70).

### 5.7.2. Görev-Merkezli Vaka İncelemesi

**İnceleme:** 17 yaşında hamile bir kız olan B, çocuk yerleştirme ve evlat verme bürosu olan Çocuk Hizmet Toplumu’ndan yardım istedi.

Sosyal hizmet uzmanına 3 aylık hamile olduğunu, korktuğunu ve ne yapmak istediğini bilmediğini söyledi. Ailesi tamamen altüst olmasına rağmen, B ile ilgilendiler ve onu sosyal hizmet kurumuna gitmeye zorladılar.

B ve annesi ile yapılan bir mülakat sonucunda aşağıdaki önemli seçenekler ifade edildi. B seçenekleri önem derecesine göre şu şekilde sıraladı:

1. Bebeği dünyaya getir ve evlatlık ver. Hamileliği devam ettirmek istedi ama kendisinin anne olmaya hazır olmadığını farkına vardı.
2. Bebeği dünyaya getir, büyüt ve babası iki yıl sonra askerden döndüğünde evlen. Evlenmeye istekli görünüyordu fakat gayrimeşru baba istekli değildi ve birçok nedenden dolayı B’ nin ailesi evliliğe kesinlikle karşıydı.
3. Hamile iken liseye devam et ve mezuniyete hazırlan. Liseyi bitirmesine bir yıl vardı. “A” derecede başarılı bir öğrenci olarak akademik çalışmalarda ve ders dışı faaliyetlerde bulunmak için istekliydi.
4. Kürtaj yaptırmak. Dini inançlarından dolayı annesi kürtaja karşıydı. Annesi kadar kesin olmamakla birlikte B de kürtaja karşıydı. Bu nedenle kürtaj listenin en son sırasında yer almaktaydı (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.70-71).

**Değerlendirme:** İstenmeyen bir hamilelik için vaka planlanmaktaydı. Vaka incelemecisinin görüşü açısından vaka, genç, yetişkin olmayan bir kadına doğmamış bir çocuk hakkında karar vermesine yardımcı olmak ve ayrıca ailesinin, kızın kararını kabul etmelerini sağlamaktı. Ne yapılması gerektiği konusunda B' in duyguları çok karıştı. Hamileliği sürdürebilirdi, fakat bir çocuğa bakmak için hazır olup olmadığını sorguluyordu. İlk önce evlenmeyi düşündü fakat babanın henüz evlilik aşamasına hazır olmadığını fark etti. Nerede oturacağı, nerede bir iş bulacağı, hastane dâhil tıbbi bakım masrafları ve liseyi bitirme fırsatları gibi konularda yardıma ihtiyaç duymaktaydı. (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.71).

**Müdahale:** Belirtilebilecek çok özel müdahale görevleri:

1. B' e bebeğe sahip olma kararını vermesi için yardım edildi.
2. Düzenlemeler onun kendi okulunun sınırları içerisinde hamile gençlerin liseye gitmesi şeklinde yapıldı.
3. Düzenli klinik kontrolleri olması için toplum adına çalışan bir doğum uzmanı ile program yapıldı.
4. Bakım evinde yaptığı hafif ev işlerine karşılık ücret ödendi.
5. Bebekle ilgili planlarını vaka incelemecisi ile tartışması sağlandı. B, sosyal hizmet kuruluşunun izlediği politikayı öğrendi ve mümkün olduğu ölçüde bebekle ilgili isteklerinin saygı ile karşılanacağı konusunda güvence verildi.
6. Gayri meşru baba duruma katıldı ve B' e maddi olarak ve bebekle ilgili diğer planlarında ve kararlarında yardım etti.
7. Altı ayın sonunda, B' in durumu sonuçlandırıldı. Eğitimine devam etti ve lise diplomasını aldı. Okul ücretinin kendisine hibe olarak verilmesi hakkını kazanarak koleje devam etme planları yaptı (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.71).

Yukarıdaki görev listesi sadece psiko-sosyal bir problemi çözmek için çok özel olarak “ne yapılabilirdi” bunu göstermek için verilmiştir. Bu taslak, bu ve ilgili görevleri tamamlamak için kullanılacak beceri ve teknikleri göstermede yeterli değildir. Müracaatçı ve uzman arasındaki ilişkinin önemini ve destekleyici yapısını göstermede başarısızdır. Bir sosyal hizmet kurumu ve onun uzmanları tarafından B ve ailesine makul kararlar verme ve seçenekler yapması için sağlanan desteği önermeyi bile

başlatamamaktadır. Vaka inceleme yaklaşımının doğasını daha basitleştirilmiş, yani süre sınırlı, problem odaklı ve tamamlanacak çok özel bir görev üzerine odaklanma şeklinde düzenlenmiş bir biçimde göstermek için bu kurgu oluşturulmuştur. Kurgu da zaman ve kararın hızlı verilmesi ön planda tutulmuştur (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.71-72).

### 5.7.3. Davranış Değiştirme

**İnceleme:** Davranış değiştirmede, vaka inceleme sürecinin bir boyutu olarak inceleme, vaka odaklıdır ve değiştirilmesi istenilen davranışın gözlenmesini içermektedir. J' in bir davranış sorunu vardır bunun en karşı çıkılabilecek tarafları diğer çocuklara vurma, sınıfta çeşitli nesnelere tekmeleme ve diğer çocuklar ona karşılık verdikleri veya öğretmen kendisini düzeltmek istediği zaman onlara küfür etmektir (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.72).

**Değerlendirme:** Vaka çalışmacısı J' in davranışlarının altında yatan sebepleri aramadı ya da bu sebeplerin nedenleri üzerinde durmadı. Onun “sosyal hikâyesini” almak vaka çalışmacısının çabalarının konusunu oluşturmamaktaydı. Daha da önemlisi, J' in davranışının sıklığı ve şiddeti ile ilgili karara varmaktı. Gözlem ve davranış değerlendirmesi döneminde, öğretmenlerinin ve sınıf arkadaşlarının dikkat ve tepkileri sonucunda J' in davranışlarının devam ettiği fark edildi. (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.72).

**Müdahale:** Vaka çalışmacısının aşağıdaki cümleleri onun J' de davranış değişikliği oluşması için gösterdiği çabaları anlatmaktadır:

Hastanın bu tür davranış göstermesini engellemek için ne yapılması gerektiği ile ilgili en yakın yanıt belki de “dikkat etmeyin, önemsemeyin” ifadesidir. “Bir davranışı güçlendirmeyin” denildiğinde, bu aslında “davranışı görmemezlikten gelin” demektir. Benim yaptığım da budur. J kaba davrandığında, etrafındaki nesnelere tekmelediğinde veya herhangi bir saldırgan tutum gösterdiğinde, o davranışını görmemezlikten geliyordum. J' in davranışını değiştirmede sosyal güçlendirmenin çok önemli olacağını fark ettim. Çocuklar, davranış ödüllendirildiğinde, davranışları tekrar ederler ve davranış



cezalandırılırsa ya da görmezlikten gelinirse, o davranışı yapmaktan vazgeçerler (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.72).

J' in saldırgan davranışının yerini alan her takdir edilen faaliyetinde ona verilen sosyal destek sürekli olarak devam etti. Örneğin, tedavi öncesinde, J bina kalıplarını tekmelemekte ve fırlatmaktaydı. Bunları temizlemesi istendiğinde ve öğretmen onu azarladığında arkadaşlarının gülüşleriyle bu davranışı güçlendirildi. Tedavi başladıktan sonra, J' in saldırgan davranışlarını görmezden geldim ve “B bu kadar iyi bir yardımcı olduğun için teşekkür ederim; senin taşların çok düzgün ve iyi görünüyorlar” diyerek J' in dağıttığı taşları toplayan diğer çocukları sosyal olarak ödüllendirdim. Kısa bir süre içerisinde tüm çocuklar kendi taşlarını yerleştirerek övgü almak için çaba gösterdiler. Bir süre sonra kimse J' i önemsemedi ve o da taşları toplama işine katılmaya başladı. Diğer çocukları yaptığım gibi J' i de sözle takdir etmeye, güçlendirmeye başladım (Skidmore, Thackeray ve Farley, 1988, s.72).

Davranış değiştirme modelini kullanarak, şartlandırma ilkelerini ve tekniklerini bunlar istenmeyen çok özel, uyum göstermeyen veya normal olmayan davranışları değiştirmekte veya yok etmekte kullanılabilirler (Skidmore, Thackeray, Farley, 1988, s.72).

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞLETMELERİN’DE SOSYAL HİZMET**  
**UYGULAMALARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

**1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırmanın genel amacı, Türkiye’de sağlık işletmelerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sosyal hizmet uygulamalarına yönelik görüşlerini almaktır. Bu amaçla aşağıdaki sorulara yanıtlar aranmıştır:

Alt amaçlar:

1. Hastanedeki faaliyetlerinizi açıklar mısınız? Sizce iş yükünüzün ne kadarı sosyal hizmet faaliyetlerini içermektedir?
2. Hasta ile çalışmaya hangi aşamada başlamaktasınız? Sosyal hizmet uygulaması nasıl başlamaktadır? Nasıl bir süreç izlemektesiniz?
3. Hasta ile ilgili bilgi toplamada nasıl bir yöntem izlemektesiniz ve hangi kaynaklardan bilgi toplamaktasınız?
4. Hastalar ile iletişim kurmada ne tür bir yol izlemektesiniz?
5. Hastalar tıbbi sorunlar dışında ne tür sorunlarla karşılaşmaktadırlar? Bu sorunların çözümü için neler yapılmaktadır?
6. Hastaneye yatan hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için neler yapılmaktadır?
7. Hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde karşılaştıkları sorunların çözümüne yönelik olarak neler yapılmaktadır?
8. Hastaneye yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümüne yönelik olarak neler yapılmaktadır?
9. Hastalar hastaneden çıkıştan sonra izlenmekte midir? Hastalar hastaneden çıkıştan sonra ne tür sorunlarla karşılaşmaktadır?
10. Sosyal Grup Çalışması Uygulamaları yapılmakta mı? Hangi tür gruplar kullanılmaktadır?

## 2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Araştırma bu konuda nitel araştırma yöntemleri kullanılarak yapılan bir araştırma olması bakımından önemlidir. Hastanede sosyal hizmet uygulamalarını gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanları ile görüşme yapılarak, sosyal hizmet uygulamaları konusunda ayrıntılı bilgiler elde edilmiştir. Böylece hastanelerdeki sosyal hizmet uygulamalarının neler olduğu ve bu uygulamaların eksiklikleri hakkında bilgi edinilebilecektir. Ayrıca araştırma bulgularının yapılacak olan diğer araştırmalara temel oluşturabileceği de düşünülmektedir.

## 3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma incelenirken aşağıdaki sınırlılıkların dikkate alınması gerekmektedir.

1. Niteliksel araştırmalarda verilerin; görüşme, katılımcı gözlem, yazılı doküman toplama yöntemleri arasından, birden fazla veri toplama yöntemiyle toplanması, verilerin doğrulanması ve zenginleşmesi açısından çok önemlidir. Bu nedenle, bu araştırmanın verilerinin yalnızca yarı-yapılandırılmış görüşmeler kullanılarak toplanmış olması, araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir. Yani, araştırma sosyal hizmet uzmanlarının söyledikleri ile sınırlıdır.

2. Görüşülen kişiler Eskişehir ve Ankara'daki sosyal hizmet uzmanlarının bulunduğu ve sosyal hizmet çalışmalarının kapsamlı olarak uygulandığı düşünülen ve görüşme için izin alınabilen hastanelerden seçilmiştir. Görüşülen sosyal hizmet uzmanlarının Eskişehir ve Ankara'daki hastanelerden seçilmiş olması araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir. Bu kişilerin işlerinin yoğunluğu sebebiyle tekrar kendileriyle görüşülüp eksik kalan bilgileri alma imkânının olmaması, araştırmanın diğer bir sınırlılığı olabilir

3. Görüşmeler yapılırken ses kaydı yapılmasının, sosyal hizmet uzmanlarının düşüncelerini açıkça ifade etmelerini engellemiş olabileceğinden söz edilebilir.

4. Araştırmaya katılanların sayısının düşük olduğu düşünülebilir.

#### **4. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ**

Araştırmanın modeli, niteliksel araştırma yöntemlerinden görüşmeye dayalı tümevarım analizi modelidir. Model, araştırma kapsamında kendisiyle görüşülen kişilerin gerçek düşüncelerinin irdelenmesine olanak sağlamıştır. Veriler yarı-yapılandırılmış görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Tüm görüşmelerde kullanılmak üzere bir dizi soru formu hazırlanmıştır. Sorular alan yazında yapılan incelemeler sonrasında sosyal hizmet uygulamalarının neler olduğu ve hangi aşamalarda gerçekleştiğine yönelik ayrıntılı bilgi elde edilmesine olanak sağlayacak şekilde hazırlanmıştır. Görüşmelerden önce her bir katılımcıya ön bilgi ve fikir vermek üzere bir soru formu verilmiştir. Görüşme sırasında sorular katılımcılara okunarak gerekli açıklamalar yapılmıştır. Görüşmeler kayıt cihazı ile kaydedilmiş ve daha sonra transkript edilerek analiz edilmiştir.

Verilerin analizinde betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yaklaşıma göre, elde edilen veriler, daha önceden belirlenen temalara göre özetlenir ve yorumlanır (Yıldırım ve Şimşek, 2008, s.224).

#### **5. ARAŞTIRMAYA KATILAN SOSYAL HİZMET UZMANLARI**

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları Ankara ve Eskişehir'deki araştırma için izin alınabilen devlet ve üniversite hastanelerinin sosyal hizmet birimi ya da sosyal hizmet bölümünde çalışan sosyal hizmet uzmanları arasından seçilmiştir. Görüşme yapılmadan önce kendileri ile telefon görüşmesi yapılarak randevu alınmıştır. Belirlenen gün ve saatte görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Kendilerine elde edilen bilgilerin sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacağı, ayrıca kurum isimlerinin ve sosyal hizmet uzmanlarının isimlerinin araştırmada yer almayacağı açıklanmıştır. Bu nedenle katılımcılar; K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8 şeklinde ifade edilmişlerdir. Görüşmeler 05.05.2009 – 12.05.2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme 45 ile 75 dakika arasında sürmüştür. Ancak, görüşme yapılan yere biri girmişse veya telefon çalmışsa, görüşmeye ara verilerek ses kayıt cihazı kapatılmıştır. Sorun giderildikten sonra kalınan yerden görüşmeye devam edilmiştir. Bu nedenle ara verilen zaman görüşme süresine dâhil edilmemiştir.

K1: Eskişehir'deki bir devlet hastanesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı.

K2: Eskişehir'deki bir devlet hastanesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı.

K3: Eskişehir'deki bir üniversite araştırma hastanesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı.

K4: Eskişehir'deki bir üniversite araştırma hastanesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı.

K5: Eskişehir'deki bir üniversite araştırma hastanesinin psikiyatri servisinde çalışan sosyal hizmet uzmanı.

K6: Ankara'daki bir üniversitenin çocuk hastanesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı.

K7: Ankara'daki bir üniversitenin onkoloji hastanesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı.

K8: Ankara'daki bir üniversitenin erişkin hastanesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde kendileriyle görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanlarının verdikleri bilgilerden elde edilen ve araştırmanın bulgularını oluşturan 9 tema yer almaktadır. Araştırmanın bulgularını oluşturan 9 tema şu şekilde sıralanmaktadır:

- 1) Sosyal Hizmet Uzmanlarının faaliyetleri
  - 1.1. Sosyal faaliyetler
  - 1.2. Sosyal inceleme raporu
  - 1.3. Yeşil kart çalışmaları
- 2) Sosyal Hizmet Uygulamasının başlangıcı
- 3) Bilgi Kaynakları
- 4) Tıbbi sorunlar dışında karşılaşılan sorunlar
  - 4.1. Ekonomik sorunlar
  - 4.2. Sosyal sorunlar
  - 4.3. Psikolojik sorunlar
- 5) Hastaneye yatış aşamasında karşılaşılan sorunlar
- 6) Hastanede yattıkları süre içerisinde karşılaştıkları sorunlar
- 7) Hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunlar

8) Hastaların hastaneden çıkıştan sonra izlenmesi

9) Sosyal Grup Çalışması Uygulamaları

### **6.1 Sosyal Hizmet Uzmanlarının Faaliyetleri**

Kendileri ile görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetleri ile ilgili farklı görüşleri bulunmaktadır:

K1'e göre; "genel anlamda yaşlılara, özürlülere, şiddete uğramış kişilere verilen hizmetler, kimsesiz hastaların bakım kurumuna yerleştirilmesi sosyal hizmet mesleğinin faaliyetleri çerçevesinde yapılmaktadır".

K2'ye göre, "Yürüyen Hastane Projesi Türkiye'de ilk kez kendi hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamada yardıma muhtaç kişiler muhtarlar aracılığıyla tespit ediliyor. Yürüyen Hastane içerisinde bir doktor, bir hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı olmak üzere üç kişi yer almaktadır."

K1'de ayrıca [Eskişehir] Sağlık Müdürlüğü'nün yürüttüğü MUYAP (Muhtaç Ailelere Yardım Programı) projesinin hastanedeki temsilcisi olduklarını belirtmektedir.

K3 ise birimlerinin henüz yeni olduğunu ve görev tanımlarının bulunmasına rağmen görev tanımlarında yazan görevlerinin tümünü henüz yaşamadıklarını ifade etmiştir. Hastanedeki faaliyetleri K3'ün şu cümlelerinden anlaşılmaktadır: "kimsesiz ya da yardıma muhtaç hastalarla ilgili daha çok taburculuk işlemleriyle ilgili olarak bize başvuruyorlar. Kimsesiz hastaların yatak koruyucusu, bez, iç çamaşırı gibi ihtiyaçları için bize başvuruluyor. Ya da sosyal güvencesi olmayan hastalarla ilgili olarak hastane içerisinden bize başvuruyorlar."

K5 ise psikiyatri servisinde çalışmakta olduğu için haftanın dört günü psikiyatri servisinde bulunduğunu, bir gün ise poliklinikte çalıştığını belirtmiştir. Poliklinikte bulunduğu günlerde daha önceden gelen ve doktorlarıyla görüşen hastalardan sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan hastaların kendisine yönlendirildiğini ifade etmektedir. Kendisi o gün içinde bu vakaları değerlendirmektedir. Faaliyetlerini genel olarak hasta ziyaretlerine katılarak, hastalarla tanışmış olmak şeklinde özetlemektedir.

K6 ise çalıştığı hastanenin çocuk hastanesi olması sebebiyle çocuklarla çalıştığını belirtmiştir. Çalışmalarını şu cümlelerle ifade etmektedir: "Hastanın yatışından taburcu olmasına, taburculuk sonrası izlenmesine kadar süren bir çalışma sistemimiz var. Özellikle hastanemiz içerisindeki ihmal, istismar komitesine gelen

çocukların hastaneye geldikten sonra varsa aile görüşmelerinin yapılması, evlerine gidilip evlerinde sosyal inceleme yapıp raporunun düzenlenmesi gerekli olduğu takdirde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna ya da ilgili mahkemeye haber verilmesi ve daha sonrasında takibinin yapılması konusunda çalışmalarımız var”.

K7 faaliyetlerini “hastalarla görüşmek ve onların sorunlarına çözüm bulmalarına yardımcı olmaktır. Hastalar bize yönlendiriliyor ya da servis ziyaretlerimiz sırasında hastalarla tanışıyoruz” şeklinde ifade etmektedir.

K8 ise faaliyetlerini “sosyo-ekonomik değerlendirme çalışmaları, sosyal yardımlar ile ilgili çalışmalar, ekonomik kökenli yardımlar, boş zaman değerlendirme faaliyetleri, psikolojik yardımlarla ilgili faaliyetler, yeşil kart çalışmaları ve özürlü hastalarla ilgili çalışmalar” şeklinde yedi başlık altında toplandığını belirtmiştir.

Katılımcıların bu değerlendirmeleri ışığında sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetlerinin korunma ve desteklenme gereksinimi duyan kimselere yönelik olduğu, ihtiyaçlar çerçevesinde hastanın ve hastanenin taleplerine yönelik olarak şekillendiği ifade edilebilir. Ayrıca sosyal hizmet uygulamaları hastaneler arasında hastanenin niteliğine göre farklılık gösterdiği gibi farklı illerdeki hastanelerdeki sosyal hizmet uygulamaları da farklılık göstermektedir.

### **6.1.1. Sosyal İnceleme Raporu**

Sosyal inceleme raporu, sosyal hizmet uzmanları tarafından yazılan hastanın durumu ile ilgili bilgileri içermekte olan bir rapordur. Hastanın başka bir sosyal hizmet kuruluşundan hizmet alması gerektiğinde, bu rapor ilgili sosyal hizmet kuruluşuna gönderilir.

K1 ve K6 sosyal inceleme raporu konusundaki görüşlerini şu şekilde ifade etmişlerdir: “Bu rapor sosyal hizmet mesleğinin bir görev ve zorunluluğudur. Sadece sosyal hizmet uzmanı bu raporu yazabilmektedir. Sosyal inceleme raporu; ailenin sosyal ve ekonomik yönden incelenmesi, eksiklikleri, nasıl desteklenmesi gerektiği, başka bir kuruma havale edilip edilmemesi gerekliliği, ya da kurum bakımı alıp alamayacağı, suçlu çocuklar ile ilgili ise, çocuğun 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu uyarınca bir tedbir altına alınıp alınamayacağı ile ilgili hükümleri içermektedir. Sorunlu kişilerin ne

tür sorunları olduğunu belirleyip o sorunları önlemek için düzenlenmiştir. Sosyal inceleme raporu o vaka ile ilgili her türlü bilgiyi içermektedir.

K1 ayrıca sosyal inceleme raporu ile ilgili uygulamalarını şu şekilde açıklamaktadır: “Belirlediğimiz bir yaşlı hastayı kurum bakımına aldirmek için sosyal inceleme raporunu bir üst yazıyla bu kuruma kapalı zarf ile gönderiyoruz. Bu raporda hasta hakkındaki kişisel bilgiler olduğu gibi, bizim yazdığımız özel bilgiler de yer almaktadır. Sonraki yıllarda bu rapor güncellenmektedir.”

K6 ise sosyal inceleme raporu ile ilgili görüşlerini şu cümleler ile ifade etmektedir: “Ailenin ya da çocuğun durumuyla ilgili sorunlar söz konusu olduğunda, sosyal inceleme raporu yazıyoruz. Bunun için gerekirse hasta Ankara içinde olduğunda ev ziyareti yapıyoruz. Ev incelemesi yaparak raporumuzu ona göre yazıyoruz.

### **6.1.2. Sosyal Faaliyetler**

Sosyal faaliyetler ile ilgili olarak katılımcılardan üçü (K3, K6, K8) 23 Nisan ve Yeni Yıl kutlamaları gibi özel günlerde kutlama etkinlikleri gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Bu etkinlikler kapsamında çocuklara yönelik tiyatro gösterisi, Hacivat Karagöz oyunu, palyaço gösterisi gibi faaliyetlerde bulunmaktadır. Bunun dışında çocuklara hediyeler dağıtılmaktadır.

Ayrıca K5 sürekli takip hastaları olarak adlandırılan şizofreni tanısı almış hastalar içinde çeşitli sosyal faaliyetler düzenlediklerini ifade etmiştir. “Örneğin bizim hastalarımız için inşa edilmiş küçük evimiz var bahçe içerisinde, küçük hobi bahçesi şeklinde minik bir bahçesi var. Oraya gidip etkinlik düzenliyoruz”.

K6 ise tüm servislerinde çocuk gelişimi uzmanlarının bulunduğunu belirtmiştir. Bu uzmanların kontrolünde çeşitli oyun faaliyetleri yapılmaktadır. “Ama bunun dışında sosyal hizmet uzmanları üç yaş sonrası çocuklarla servisin özelliğine göre dört kişilik ya da daha fazla kişilik gruplar kuruyorlar. Birkaç çalışma yapmışlardı bu yıl çocuklarla birlikte bir gazete çıkardılar, dergi hazırladılar. Çocuklar sürekli değiştiği için faaliyetler değişmektedir”.



Boş zaman değerlendirme faaliyetlerini K8 şu cümlelerle ifade etmektedir: “Kütüphanemiz var, boş zamanlarını geçirmeleri için kitap veriyoruz hastalara, arada sinemaya götürüyoruz. Ankara dışından gelen, daha önce Anıtkabiri görmemiş olanları Anıtkabir’e götürüyoruz”.

### **6.1.3. Yeşil Kart Çalışmaları**

Yeşil kart hiçbir sosyal güvencesi olmayan muhtaç kişilere devlet tarafından verilen bir güvence belgesidir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının tamamı herhangi bir sosyal güvencesi olmayan, muhtaç durumdaki bir kişinin trafik kazası ya da acil ameliyat olmasının gerekmesi durumunda bu kişinin tedavisine başlandıktan sonra yeşil kart için müracaat etmesi konusunda yönlendirme faaliyetlerinin bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu durum K6'nın şu cümlesinde ifade edilmektedir: “Hastanın durumunun acil olması halinde yeşil kart başvurusunun 90 gün geriye dönük olarak yürürlüğe girmesi mümkün olmaktadır”. Ancak acil bir durum söz konusu değilse, keyfi bir operasyon ise Sağlık Bakanlığı bunu karşılamamaktadır. Acil durumlar dışında yeşil kartlı hastaların hastane masraflarının devlet tarafından karşılanması için ilgili devlet hastanesinden sevk alarak hastanemize gelmesi gerekmektedir.

### **6.2. Sosyal Hizmet Uygulamasının Başlangıcı**

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının sosyal hizmet uygulamasının başlangıcı ile ilgili olarak farklı görüşleri olmakla birlikte genel kanı sosyal hizmet uygulamasının hasta hastaneye geldikten sonra ve hastanın ihtiyacı doğrultusunda başladığı şeklindedir.

K2 hastaların daha çok hastaneye geldiklerinde ve hastaneden çıkış aşamasında kendilerine ulaştıklarını belirtmiştir. Bunun sebebi hastaların sorunlarla en çok bu aşamalarda karşılaşmış olmalarıdır. Hastanın sosyal hizmete ihtiyacı olduğunun anlaşılmasından itibaren sosyal hizmet uygulamaları şekillenmektedir.

K1 ise hastanın sorun çıkardığında kendilerine ulaşıldığını ifade etmektedir. Bu durum K1 in şu cümlelerinden anlaşılmaktadır: “112, Acil servise hastayı getiriyor, hemen ilk önce bu kişiyi servise yatırırım yoğun bakıma yatırırım düşünceleri ile tedavisi veriliyor. Tedavi sonrası bakılıyor ki bu hastanın kimsesi yok, bu hastanın

sosyal güvencesi yok, bu hasta taburcu olmak üzere bu hastanın nereye götürüleceği sorunu ortaya çıkıyor. Zaten normal bir vaka olsa, o kişinin bir yakını olsa, sosyal güvencesi olsa taburcu olup gidiyor. Bunlar olmadığında, sosyal hizmet uzmanları gelsin ve ilgilen sin deniliyor”. Hastayı daha önce hastanede fark etmelerinin mümkün olmadığını, kendilerine sağlık ekibinin ihbarda bulunması gerektiğini ifade etmektedir. Bu ihbarı aldıktan sonra doğrudan sosyal hizmet uygulamalarına başlamaktadırlar. Hangi hizmet modeli hasta için uygun ise ona göre bir yol izlenmektedir. Hasta özür lü bir kişi ise özür lü bakım merkezine, yaşlı bir kişi ise huzurevlerine yönlendirilmesi, şiddet mağduru bir çocuk ya da kadın ise bu duruma yönelik olarak Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ile bağlantıya geçilmesi ve buna ilişkin olarak adli sürecin başlatılması yine bir sosyal hizmet uygulamasıdır.

K3 sosyal hizmet uygulamasının başlangıcı ile ilgili olarak, yaklaşık bir buçuk aydır hastanede faaliyet göstermekte olduklarını belirtmiştir. Şimdiye kadar müracaatların kendilerine servis sorumlusu hemşirelerin telefonları ile gelmekte olduğunu ancak “sosyal hizmet birimi talep formu” oluşturduklarını ve artık müracaatların kendilerine bu talep formu ile yapıldığını ifade etmektedir. Bu talep formunda hastanın adı soyadı, durumu, talep edilen hizmet ve başvuruda bulunan personelin adı soyadı, bölümü gibi bilgiler yer almaktadır. K3 ’ün şu sözlerinden hastanelerinde sosyal hizmet uygulamasının nasıl başladığına ilişkin fikir edinilebilir: “Şimdiye kadar hep taburculuk aşamasında geldi bize talepler. Çünkü kalacak yeri yok, alacak kimsesi yok, ne yapalım diye düşünüp sosyal hizmet uzmanlarını aramak akıllarına geliyor”.

K5 ise Psikiyatri servisinde bulunduğu süre içerisinde hasta ziyaretleri sırasında hastalarla tanıştığını ve hastanın sosyal hizmet uygulamasına ihtiyaç duyup duymadığının genellikle sağlık ekibi ile birlikte orada belirlendiğini belirtmiştir. Poliklinikte bulunduğu gün ise kendisine gelen hastaların doktora başvurmuş olduklarını ve onları doktorlarının yönlendirdiğini ifade etmektedir. Bu durum K5’in şu cümlelerinden anlaşılmaktadır: “Doktorlar mesleğimi biliyor, ilk geldiğimde seminer düzenleyerek anlatmışım onlara. Tabi asistan doktorlar değiştikçe mesleği bilen kişilerde değişebiliyor ama zaman içinde herkes mesleği az ya da çok tanıyor. Süreç onların yönlendirmesi ile başlıyor ve hastanın ihtiyaçlarına göre devam ediyor”. Bu

ifadeden de sosyal hizmet uygulamasının hastanın ihtiyaçlarına göre şekillendiği anlaşılmaktadır.

K6 hasta ile çalışmaya hasta hastaneye geldikten sonra başladıklarını ifade etmiştir. Hasta hastaneye geldiğinde ihtiyaç duyulduğu anda ilgili bölüm doktorları tarafından sosyal hizmet bölümü aranmaktadır. Bu ihtiyaç bazen ekonomik sebepler olabilmektedir. Ekonomik sebepler K6 tarafından şu şekilde ifade edilmektedir: “Devlet 18 yaşın altına tedavi giderlerini karşılıyor ama bizim hastanenin özel oda farkları var. Bizim hastanemizde odalar tek kişilik, iki kişilik en fazla üç kişilik odalar var. Sosyal Güvenlik Kurumu ödemeyi yaparken koğuş tipi hasta odasındaki hasta yatağına göre ücret ödüyor. Yani altı kişilik odadaki yatak ücretini ödüyor. Böyle olunca bizim hastanenin otelcilik hizmetine giriyor ve özel oda farkı oluyor. Devlet onu karşılamadığı için o farkı biz hasta yakınından talep ediyoruz. Bunun için gelebiliyorlar. Çözümünde yardımcı olmamız için. Ya da sevk problemi vardır. Sevk alınması için geliniyordur. Yeşil kartlı bir hasta sevk almadan çocuğum öksürüyor gibi bir şikâyet ile bize gelirse tüm masrafları kendisi karşılamak zorunda kalır. Bu durumda sevk aldıramayız. Tedavi masrafları ilgili hastanenin döner sermayesinden karşılandığı için ilgili hastane zaten ben bu ameliyatı ya da bu tedaviyi yapabiliyorum sana ücret ödememe gerek yok diyor. Bizde hasta yakını ile görüşüp hasta yakınına ilgili hastaneye gönderiyoruz. Acil kalması gereken bir hastayı hiçbir şekilde göndermeyiz. Burada kalır doktoru sevk problemi olduğunu belirtir. Acil olduğunda sevk alabileceğimiz için hasta kalsın deriz. Sevk alamadığımız takdirde bunun ücretini biz hasta yakınından almak durumundayız”.

Ekonomik sorunlar dışındaki sorunlarla acile gelen hastalar olabilmektedir. Örneğin; “ihmal istismar olabilir, annesi babası olmadan 112 ile getirilmiş kimsesiz hasta olabilir, ya da bir trafik kazası geçirmiş aile bireylerini kaybetmiş çocuk olabilir. Aile bireyi kalmamış ve kaza sonrası bizim ulaşabileceğimiz herhangi bir numara yok. Aile bireylerinin bulunması bulunamıyor ise çocuğun güvende kalabilmesi için ya burada muhafaza edilmesi ya da ilgili kurumla irtibata geçilmesi için çalışıyoruz”.

K6 ayrıca çocuk hastanelerinin acil servisinde çalışan sosyal hizmet uzmanı bulunmadığı için, çocuğun acil servise geldiğinde geliş sebebiyle ilgili bir şüphe bulunmakta ise acil servise giderek çocukla görüşme yaptığını ifade etmiştir. Bu durum K6'nın şu cümlelerinden anlaşılmaktadır: “Çocuğun şiddete maruz kaldığına dair

doktorların kafasında herhangi bir soru işareti oluşursa doğrudan bizi çağırırlar. Gideriz uygunsuzsa çocukla görüşme yaparız, uygun değilse aileyle görüşmeye başlarız ve çocuk geldikten sonra burada kalacaksa ya da gidecekse biz bunu gönderdiğimiz zaman çocuğun başına bir şey gelecek mi, herhangi bir sorun yaşayacak mı onun değerlendirmesini yaptıktan sonra çocuğun takibinin devam etmesini sağlarız”.

Sosyal hizmet uygulamalarının ihtiyaç doğrultusunda başlamasının sebebi K6'nın şu cümleleri ile çarpıcı bir şekilde ifade edilmektedir: “Türkiye’de devlet kurumlarında sosyal hizmet uzmanları sayısı yeterli düzeyde olmadığı için uygulamalar ihtiyaç duyulduğunda şekilleniyor. Normalde bir hasta geldiğinde doğrudan hastayı görmemiz gerekirken, şu an ancak ihtiyaç duyulması durumunda hastayı görebiliyoruz. Bütün vakaları görme gibi bir şansımız yok. Şu an acilde çalışan sosyal hizmet uzmanımız olsa gelen tüm vakaları görecektir. Gece gelip doğrudan giden hastalar oluyor, o zaman hasta kaçırma durumumuz söz konusu olmayacaktır”.

K7 de hastanın bir sorunu olduğunda kendilerine yönlendirildiğini belirtmektedir. Bunun dışında hastanın kendiliğinden sosyal hizmet bölümüne gelmesi ya da gönüllü hasta ziyaretleri sırasında karşılaşılan hastalarda sosyal hizmet uygulamasının diğer başlangıç şekillerini oluşturmaktadır.

K8 sosyal hizmet uygulamasının genellikle hastanın hastaneye yatmasından sonra başladığını vurgulamaktadır. Hasta ile çalışmaya iki şekilde başlamaktadırlar; ya hasta kendisi başvurmakta, ya da sosyal hizmet uzmanına havale edilmektedir. Havale ise genellikle servis hemşiresi, hastanın doktoru ya da doktorun sekreteri tarafından yapılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının kendiliğinden yaptıkları servis ziyaretleri de bulunmaktadır. Her sosyal hizmet uzmanına 19 servis düşmektedir. Servislere düzenli olarak gidilip, uzun süreli yatan hastalarla bir süreç görüşmesi başlatılmaktadır. Bu süreçte hasta seçimi yapılırken uzun süre yatan, destek sistemleri zayıf, psikolojik desteğe ihtiyacı olan hastalar belirlenmektedir. Bu ifadeler K8'in şu cümleleri ile belirginleşmektedir: “Bir vaka üzerinden örnek verirsek; Beyin cerrahisinde yatan bir hasta vardı. Başhemşire tarafından bana havale edilmişti. Hastanın eşiyle ilgili ciddi sorunları vardı; eşi hastayı boşayacağını söylüyormuş. Hastada sinir sıkışması vardı. Hasta bu durumdan dolayı çok üzgündü ve tedavisi aksıyordu. Ben hastayla görüşmeye başladıktan sonra çok olumlu gelişmeler oldu. Gerektiği için eşiyle de görüşmüştüm. Bu şekilde bir hayli yol kat edildi”.

### 6.3. Bilgi Kaynakları

Bilgi kaynakları ile sosyal hizmet uzmanlarının hasta hakkındaki bilgileri kimlerden ve ne şekilde elde ettikleri ifade edilmektedir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları genellikle hastanın kendisi, ailesi, yakınları ya da resmi makamlardan bilgi toplamaktadırlar.

K1'e göre bilgi kaynakları; ilk önce hasta ile iletişim kurulabiliyorsa hastanın kendisidir, kişiden sonra ise ailesidir. Bunun dışında yakın çevresi ve akrabaları, arkadaş çevresi ve bulunduğu mekânlar, elinde nüfus cüzdanı, sağlık karnesi gibi resmi bir belge var ise bunlardan da bilgi edinmeye çalışmaktadırlar. Hasta hakkında bilgi elde etmek için izlenen yol K1'in şu ifadesi ile somutlaştırılmaktadır: "Örneğin bugün bir hasta geldi, kulak burun boğaz kliniğinde muayenesini olmuş, hekim muayene sonucunda yatarak tedavi görmesi gerektiğini beyan etmiş, ama diyor benim yatalak bir babam var annem de ona bakacak durumda değil, ben hastaneye yattığım zaman onlara kim bakar gibi bir müracaatla geldi bize, bizde ilk önce hastanede gerçekten yatması gerekiyor mu onu sorguladık, çünkü başvuranın ilk müracaatına göre yakın çevresindekilerin de işleri olduğu için anne babasıyla ilgilenemeyeceklerini, ondan başka bakacak kimsenin olmadığını söylemişti. En son konuşmamızda bize ablasının yeni doğum yaptığını, eniştesinin olduğunu söyledi. Bu kişilerle anne babaya bakıp bakamayacakları konusunda bir konuşmamız oldu, en son eğer hekimle alakalı bir sorun varsa hekim değiştirmesine kadar gittik, hasta bu şekilde ayrıldı bizden tekrar dönüş yapmadı, bilgilerini aldık takibimizde olan bir hasta kendisi".

K2 ise bunların dışında gerektiğinde valilik, kaymakamlık, belediyelerle görüşerek hasta hakkında bilgi toplamaya ya da yakınlarına ulaşmaya çalıştıklarını belirtmiştir.

K3 bilgi kaynakları ile ilgili olarak bugüne kadar hastanelerinde kimlik bilgisine ulaşamadıkları hastalarının olmadığını her durumda hastanın kimliğini beyan eden bir belgenin bulunduğunu ifade etmektedir. Öncelikli olarak servis sorumlusu hemşire ve hastanın doktoru ile görüşme yaparak hasta hakkında bilgi almaktadırlar. Böylece hastanın durumu ve ihtiyaçları hakkında fikir sahibi olunmaktadır. Daha sonra ise hastadan alınabilindiği kadar bilgi alınmaya çalışılmaktadır. Bir hasta ile ilgili bilgi toplama süreci K3'ün şu cümleleri ile açıklanmaktadır: "Sögütten gelen bir hasta bilişsel anlamda çok geriydi. Huzurevinde kalmak istiyormusun, istiyorsan buraya imza

atman gerekiyor şeklinde imzasını alırken detaylı olarak açıklamak istedim huzur evine gidersen daha iyi bakılırsın kabul ediyor musun dedim yanıtı olur “üzüm hoşafı var mı” şeklinde oldu. O bilişsel düzeyde bir kişiydi, nüfus cüzdanı vardı ama bir adrese, bir tanıdığa ulaşmak için ağzından laf almayı başardık hadi bir şeyler daha söyle diyerekten hatta bir de telefon numarası söyle dedim ama onu söyleyemedi. Verdiği bilgilerde doğruymuş, Söğüt kaymakamlığından kaldığı köydeki muhtarına ulaştık”.

K5 ise hastanın yakınına ulaşamadığı durumlarda, hastanın yakınına ulaşılması için kendisinin araştırma yaptığını belirtmektedir. “Hasta hakkında bilgi alınması için örneğin hasta köyde yaşıyor ise köy muhtarına ulaşmaya çalışıyorum. Köy muhtarı aracılığıyla hasta yakınlarına ulaşıyorum, oda olmuyorsa hastane polisinden de yardım istediğimiz oluyor. Ama genellikle hastanın kendisinden, yakın aile çevresinden, bazen işyerinden, öğrenci ise okulundan da bilgi alıyorum”.

K6 bilgi toplama yöntemlerinin hastanın kendilerine geliş sebebine ve durumuna göre değiştiğini ifade etmektedir. “Örneğin bize bir yanık vakası Van’dan geldi, çocuk geldiğinde belden aşağısının tamamı ve kollarında üçüncü derece yanıklar vardı. Van Yüzüncü Yıl Üniversite Hastanesinden buraya sevkle geldi. Geldikten sonra çocuk ihmal istismar komisyonunda değerlendirildi, çocuk buraya gelirken babasının dayısının oğluyla geliyor, çocuk bir yaşının altında anne ya da baba çocuğu getirmiyor ve şu an evli olup da çocuğu olmayan bir akrabaları çocuğu alıp getiriyor, uzun süreli yatışı vardı biz bu süreçte öncelikli olarak annesinin gelmesini istedik. Bir yandan ihmal istismar komisyonu tarafından değerlendiriliyor, bir yandan biz sosyal hizmet birimi olarak çocuk hakkında bilgi toplamaya çalışıyoruz. Olayı yakınından dinledik, il jandarma karakolundan olayın tutanağını aldık. Köy muhtarıyla görüştüm, akrabalarını aradık, anneye ulaşamadık. Anneyi babayı buraya gelmesi için davet ettik; Anne Türkçe bilmediğini baba da hepatit hastası olduğunu söyleyerek gelmek istemedi. Böyle olduğu zamanda aileyle görüşemiyorsak, yakınlarından bilgi almaya çalışıyoruz, yakınlarından bilgi alamıyorsak, muhtar ve kolluk kuvvetlerinden bilgi alıyoruz. Gerekirse Cumhuriyet Savcılığına durumu anlatan bir yazı yazarak hem ihbarda bulunuyoruz hem de bağlı bulunduğu ilin Sosyal Hizmet Müdürlüğüne, biz gidemiyorsak çocuk ve ailesi hakkında yazı yazıp sosyal inceleme raporunun hazırlanarak tarafımıza gönderilmesini istiyoruz ve onlardan bilgi talep ediyoruz”. K6 ayrıca bazı durumlarda hasta hakkında

bilgi almak amacıyla Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı ile görüştiklerini de belirtmektedir.

#### **6.4. Tıbbi Sorunlar Dışında Karşılaşılan Sorunlar**

Hastalar tıbbi sorunlar dışında; ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

##### **6.4.1. Ekonomik Sorunlar**

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarına göre hastaların tıbbi sorunlar dışında karşılaştıkları öncelikli sorunlar ekonomik sorunlardır. Bu durum katılımcıların şu ifadelerinden anlaşılmaktadır: K8 uzun süre tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının ekonomik güçlükler yaşadığını belirtmektedir. Ankara'daki belediyelerin hasta yakınlarına yönelik faaliyet gösteren Şefkat Evleri sayesinde yemek, yiyecek ve kalacak yer sağlama konularında yardımcı olabildiklerini, ancak günlük ihtiyaçlarını karşılamak için Ankara Valiliği Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'na hasta ve hasta yakınlarının durumunu belirten bir yazı yazdıklarını ifade etmektedir.

K3 ise ekonomik sorunlarla ilgili olarak yaşadıkları şu örneği vermektedir: “Hastanemize kimsesi olmayan bir hasta geldi, sosyal güvencesi de yok, yeşil kartı da yok ameliyat olması gerekiyor 21 bin liralık bir masrafı olacak. Yeşil kart için başvuruda bulunursa yeşil kart bir haftaya kadar çıkabiliyor ve 90 gün geriye yönelik olarak ödeme yapılıyor. Yeşil kart için başvuru yapmasını sağlayıp, başvurudan itibaren elinden senet imzalatıp o şekilde taburcu edilecek. Bu süreçte hastayı yönlendirip buradan valiliğe ya da kaymakamlığa hastanın durumuna ilişkin yazı yazmamız gerekiyorsa onu yazarak yeşil kartı çıkartmasını sağlayacağız”.

K6 ekonomik sorunların yeni yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Kanunu ile birlikte azaldığını fakat yine de tıbbi sorunlar dışında hasta ve yakınlarının karşılaştığı temel sorun olduğunu belirtmektedir. Bu durum K6'nın şu cümlelerinden anlaşılmaktadır: “Hastaların tıbbi sorunlar dışında karşılaştığı temel problem ekonomik sıkıntıdır. Ekonomik sorunlar yeni Sosyal Güvenlik Yasası ile birlikte azalmıştır, daha öncesinde bu sorunlar çok daha yoğundu. Biz her sabah bir gece önceden yatan hastaların kartlarına ekonomik sorunları olan, sosyal güvencesi olmayan var mı diye

bakarız. Onlarla görüşme yapmaya başlarız. Bu yasa öncesinde günde on yatış varsa sekizi ile bu sorunlar nedeniyle görüşme yapıyorduk. Şimdi bu sayı neredeyse haftada iki ya da üçe düştü. Sadece özel oda farkı konusunda sorun çıkmaktadır. Bu konuda da hastanın ödeme gücü yoksa ücretsiz kalış sağlanması ya da hastaya yardımcı olunması gerektiğini başhekimliğe bildiririz”.

K7 de onkoloji hastanesi oldukları için, onkoloji alanının çok fazla maddi kaynağa ihtiyaç duyulan bir alan olması sebebiyle en çok karşılaştıkları sorunların maddi sorunlar olduğunu belirtmiştir.

#### **6.4.2. Sosyal Sorunlar**

Hasta ve yakını için kalacak yer sorununun sosyal sorun olarak önemli bir sorun olduğu K8 tarafından şu cümlelerle ifade edilmektedir: “Örneğin hasta ve yakını Ankara dışından geliyor, muayene oldu ama doktor tetkik istedi onlarda iki üç gün içinde çıkacak, tekrar geri gitme şansları yok, burada kalacak paraları da yok. Bu durumda bize havale ediliyorlar. Bizde onlara Altındağ Belediyesinin ya da Büyükşehir Belediyesinin şefkat evlerinden kalacak yer ayarlıyoruz. Sosyal sorunlarına bu şekilde çözüm getirmeye çalışıyoruz”.

#### **6.4.3. Psikolojik Sorunlar**

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları tarafından farklı psikolojik sorunlar ifade edilmektedir. K1 diyaliz hastalarında, diyalize ilk başladıklarında bu duruma karşı çok fazla tepki gösterdiklerini belirtmektedir. Bu hastalarda hastalığı reddetme, hastaneyi reddetme, diyaliz cihazını reddetme ve kendisinin hasta olmadığına dair inanç gelişmektedir. O cihazın kişinin yaşamasını sağlayacak cihaz olması sebebiyle bu süreçte psikolojik destekleme çok önemli olmaktadır.

K3 ise psikolojik sorunları; hastanın kimsesi olmaması, refakatçisinin olmaması, yoğun bakımda kalmak zorunda olması, tedavisi bittiğinde taburcu etmekle ilgili sorunlar yaşanması ve bunların dışında ailevi sorunlar olarak ifade etmektedir. Bu sorunlara şöyle bir örnek vermektedir: “Dokuz aydır burada kalan bir çocuğumuz var



annesiyile birlikte kalıyor, daha bir yaşına gelmedi birkaç yıl daha kalacak belki burada anne baba yeni evliler bu çocuğumuz ikiz doğan bebeklerin bir eşi, diğer eşi evde kalıyor babaanne bakıyor ona. Baba boşanma davası açmış şu anda. Kadın zaten 9 aydır burada küçücük bir odada kalıyor, belki daha da uzun kalacak. Ama eşi de boşanma davası açmış. Böyle ailevi sorunlarda gelebiliyor. Bunlarla ilgili elimizden geldiği kadar hem yönlendirme yapıyoruz hem sosyal, psikolojik destek olmaya çalışıyoruz”.

K6 psikolojik sorunlara; hastaların ya da hasta yakınlarının uzun süreli yatışlarda hastanede kalmaktan kaynaklanan sorunlarını örnek olarak göstermektedir. Bunun dışında sağlık ekibiyle yaşanan sorunlarda olmaktadır. Bu soruna örnek olarak şu durum ifade edilmektedir: “Doktor hastayı tutmak istiyor, ailesi ise götürmek istiyordur. Durumu acil değilse, hayatına ya da bir organına tehlike oluşturmuyorsa doktor buna engel olamamaktadır. Ailenin hastayı kendi isteği ile taburcu ettiğine dair A2 formu vardır, aile bu formu imzalar ve hastasını taburcu edebilir”. Ayrıca çocukların eğitimi sorunu bulunmaktadır. Hastanede uzun süreli kalışlarda çocuk hastalar hastane okulundan dersleri takip ediyorlar ancak çocuk hastalar kendi okullarını, arkadaşlarını özlemektedirler. Hastane okulu kendi okulları değildir, hastanedeki arkadaşları ise geçici arkadaşlarıdır. Bu nedenle çocuğun hastanede uyumla ilgili ciddi sorunları olmaktadır. Çocuk hastaneden çıkmak istemektedir, kardeşini, evini, yatağını özlemektedir. Bu sorunları önlemek için uzun süreli olarak hastanede yatan çocuklar için çocuk gelişimcilerle birlikte etkinlikler yapılmaktadır. Çocukların ihtiyaçları doğrultusunda aileleri yönlendirilmektedir.

K8 ise psikolojik sorunları; hastanın ameliyatı reddetmesi, tedaviye uyum sağlayamaması, iletişim kopukluğundan kaynaklanan yanlış anlaşılmalarda şeklinde ifade etmektedir. Bu durumlardaki faaliyetlerini ise şu şekilde özetlemektedir: “Hastayla konuşup ona durumu anlatıyoruz, çünkü doktor ve hemşirelerin işlerinin yoğunluğundan dolayı böyle bir şansları bulunmamaktadır. Bu şekilde de birçok sorunu ortaya çıkardığımız olmuştur”.

### **6.5. Hastaneye Yatış Aşamasında Karşılaşılan Sorunlar**

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların hastalığın türüne göre farklı olduğunu belirtmekle

birlikte temelde hastalığı kabullenme ve sosyal güvence açısından yaşanan sorunlara değinmektedirler.

K1 hastaların hastaneye yatış sürecinde karşılaştıkları sorunların hastalığın türüne göre farklı olduğunu ifade etmektedir. Bu durumu şu cümleler ile açıklamaktadır: “Hasta basit bir fitik ameliyatı olacaksa genel düşüncesi toplumsal deneyimlerinde farkında olarak ameliyat olup çıkacağım, fitik ameliyatı belki biraz ağrım olur ama en sonunda sağlığıma kavuşacağım, şifa bulup taburcu olacağım şeklindedir. Ama hasta, ölümcül sonucu olabilecek bir hastalıkla mücadele edecekse, bunun hastaneye yatış aşaması elbette sorun olur. Bu dönemde kişi bu sorunu sadece kendi yaşadığını düşünüyor, kişiselleştiriyor ve niye ben yaşıyorum bu hastalığı, niye başkası yaşamıyor, neden ben sorusunu soruyor, o sorulara verdiği cevapta yanında oluyoruz. Psikolojisinin düzelmesi amacıyla elimizden geleni yapıyoruz”. Ayrıca “kanser hastası olarak hastaneye yatan bir kişi tüm deneyimlerin reddediyor daha öncesinde belki başka bir kanser hastasını teselli ediyordu, kendisi o sorunu yaşadığı zaman her şeyi yok sayıyor, her şeyi reddediyor, hastalığı reddediyor, depresyona giriyor, bu elbette hastalığın içinde bir etki yapıyor aynı zamanda, bu tür hastalıklarda tıbbi müdahalenin yanında kişinin moralinin yüksek olması gerekiyor ki hastalıkla mücadele edebilsin. Ailede doğru dürüst destek vermiyorsa bizlere çok büyük yük düşüyor”.

Bunun dışında K1 hastaneye yatış aşamasında sosyal güvenlik açısından yaşanan sorunlardan da söz etmektedir. “Örneğin kişinin sosyal güvencesi yok ama hastaneye yatması gerekiyor. Ameliyat ya da muayene olması gerekiyor bir şekilde, o zamanda toplumsal kaynakların kullanımı şeklinde bir faaliyette bulunabiliriz. Eğer Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfına gitmesi gerekiyorsa, bağlantıya geçilmesi, ya da yeşil kart işlemleri gibi konularda yönlendirmelerde bulunuyoruz”.

K3 ise henüz yatış aşamasında bir soruna rastlamadıklarını ifade etmiştir.

K5 yatış aşamasında servis tanıtımının hemşireler tarafından yapıldığını hastalara servis kurallarının hemşireler tarafından anlatıldığını ifade etmiştir. Kendi isteği dışında hastaneye yatan hastaların servise uyumlarının zor olduğu ancak bunların dışındaki hastaların uyum sağladıkları ifade edilmiştir. Bu düşüncelerini şu cümleler ile ifade etmiştir: “Uyumla ilgili herhangi bir sorun çıkmıyor. Ama bütün ekibe yansımış bir sorun varsa bu konuda çözüm üretirken ben de söz alıyorum. Düşüncelerimi orada ifade ediyorum”.

K6 Hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların temelde ekonomik sebeplerden kaynaklandığını belirtmektedir: “Bizim sadece Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları değil, yabancı uyruklu hastalarımız da oluyor. Özellikle Irak’tan, Afganistan’dan gelen ya da Türkiye’de yaşayan yabancı ülke vatandaşı hastalarımız da oluyor. Yatış aşamasında ekonomik problemler Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için sadece özel oda farkı ile sınırlı iken, yabancı uyruklu hastalarda ciddi sıkıntı yaşamaktayız. Şöyle ki bazı ülkelerin sosyal güvenlik sistemleri Türkiye’deki sağlık harcamalarını karşılamıyor. Yabancı hasta geldiği zaman konsoloslugu ile irtibata geçmeye çalışıyoruz. Türkiye’de ikamet izni varsa, Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması ya da Valilikçe karşılanması için yazı yazar göndeririz. Ya da Birleşmiş Milletler de sığınmacı olarak Türkiye’de bulunan hastalarımız oluyor. Birleşmiş Milletler bu hastaların tedavi masraflarının belli bir kısmını karşılıyor. Miktar arttığında o hastaların sorunları oluyor. Bu gibi durumlarda BM Mülteciler yüksek komiserliği ya da sığınmacılarla çalışan vakıflarla derneklerle temasa geçip bu sorunun çözümü için çalışıyoruz”.

K6 ya göre yatış aşamasında karşılaşılan bir diğer sorun ise hastalar hastanede yatma sebeplerinin ne olduğu konusunda bilgilendirilmediklerinde ortaya çıkmaktadır. “Doktor hastanın muayenesini yapıp, yatış vereceğini söyler, neden yattığı ya da niçin yatırıldığına dair bilgi vermez. Hastanın ailesi bize gelip hastanın yatması gerekiyormuş ama neden yatırıyorlar diye bilgi almak ister. Bilgi eksikliği olduğu zaman doktoruyla görüşürüz. Hastanın tıbbi durumu hakkında bilgi verilip ailenin rahatlatılması gerektiğini söyleriz”.

K7 ise hastaların hastaneye yatış aşamasında yeşil kartlı hastaların sevk sorunlarının yaşandığını bu konu ile ilgili çalışmaları olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca hastaların bilgisizlikten kaynaklanan sorunları olduğundan söz etmektedir. Bunun dışındaki düşüncelerini şu cümleler ile ifade etmektedir: “Bizim hastanemiz onkoloji hastanesi olduğu için yatış aşamasında çok fazla bir tereddüt yaşanmıyor. Bunun dışında kendilerine ne olacağı konusunda çok fazla belirsizlikleri var. Bu konularda yardımcı olmaya çalışıyoruz”.

K8 hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunları şu cümlelerle ifade etmektedir: “Hasta resmidir ama o anda sosyal güvencesini gösteren belgesi yanında değildir. Sağlık karnesi yanında olmayabilir, vizite kâğıdı yanında olmayabilir.

Biz hastayı bu anlamda değerlendiriyoruz. Onun gerçekten resmi olduğuna kanaat getirirsek, senetle yatışının yapılmasını sağlıyoruz”.

“Hasta yeşil kartlı ise onların durumları sosyal güvencesi olan hastalardan farklıdır. Yeşil kartlı hastaların sevki biraz sorunlu olabiliyor. Onları hemen yatıramıyoruz, gerekirse sevk edecek doktordan onay alıyoruz, ilgili kuruluşları arıyoruz. Yeşil kartlı hastanın acil olarak yatması gerekiyorsa sevk alacağına kanaat getirirsek onların da senetle yatışlarını sağlıyoruz. Hastanın hiçbir sosyal güvencesi olmaması durumunda ve hasta 18 yaşın altında ise hastanın yakınına hemen Sosyal Güvenlik Kurumuna gönderiyoruz. Oraya giriş yaptırmasını istiyoruz, artık böyle bir uygulama var. Sonuç olarak soruna göre çözümleri belirliyoruz”.

#### **6.6. Hastanede Yattıkları Süre İçerisinde Karşılaştıkları Sorunlar**

Görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanları tarafından hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde karşılaştıkları sorunlar; hastaneye uyum sorunu, maddi sorunlar, sağlık ekibiyle ilgili sorunlar ve sosyal güvence ile ilgili sorunlar şeklinde gruplandırılmaktadır.

K1 hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde karşılaştıkları sorunları şu şekilde belirtmektedir: “Kişi hastaneye yattığı zaman daha önce içinde olmadığı bir döngüye giriyor, hastane kuralları var, hastane kıyafeti, yemek saati, hemşirelerin ilaç vermesi gibi faaliyetler vardır. Bunların içerisinde özellikle asosyal ya da benzer bir davranış yapısı içerisinde ise bu kuralları yadırgayabiliyor. Tüm hastaların tedavilerini de olumsuz şekilde etkileyecek hal ve tavır içine girebiliyor. Bu konuda da faaliyette bulunabiliriz. Hastane kurallarını hatırlatmak şeklinde olabilir. Hastanede nasıl davranılması gerektiği, tedavisinin en üst düzeyde olabilmesinin yolu bu olduğu anlatılabilir”.

“Hastalar hastaneye yattıkları zaman ellerine bir hastane kitapçığı broşür şeklinde veriliyor. Hastaya hastanede ne yapması gerektiği hakkında bilgiler veriliyor. Servis ziyaretlerinde de genel bilgiler veriliyor”.

Bu ifadeler ile K1 hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde hastane kurallarına uyumları ve hastane hakkında bilgilendirilmelerinin önemini vurgulamaktadır.

K3 bu aşamada maddi anlamda ihtiyaçları olduğunda onları karşılamaya çalıştıklarını ifade etmektedir. Bu anlamda hastaların elbise, tıbbi malzeme gibi ihtiyaçları için çözüm bulmaya çalışmaktadırlar. Bunun dışındaki faaliyetlerini şu şekilde özetlemektedir: “Ama uzun süre kalan hastalarda ya da psiko-sosyal destek sağlanması gerektiğinde onlarla çalışıyoruz. Görüşmelerimizi yapıyoruz. Bilgilendirme, yönlendirme yapıyoruz. Hastalıklarıyla ilgili olsun ya da olmasın, bu tür faaliyetleri yerine getirmeye çalışıyoruz. Taburculuk sonrası için yapılabileceklerle ilgili olarak dış kurumlara bağlantı kuruyoruz”.

K5 ise bu süreçte hastanın sağlık ekibiyle yaşadığı sorunlara ve hastanın yakınlarıyla iletişim sorunları üzerine vurgu yapmaktadır. Bu sorunları şu şekilde ifade etmektedir: “Doktorla çok ciddi bir problem yaşıyorsa farklı bir doktor takip etmeye başlayabilir. Ya da odada birlikte kaldığı diğer hastayla anlaşmazlıklar varsa onun çözümüne yönelik konuşuluyor. Hastalığın belirtileriyle ilgili bir anlaşmazlık varsa bu odalar ayrılabilir. Şiddetli belirtilerle takip edilen bir hasta varsa örneğin o daha az hastanın bulunduğu bir odada yatırılabilir. Bu tür çözümler geliştiriliyor. Bazen refakatçiler anlaşamayabiliyor. O zaman eğer hastanın ihtiyacı yoksa refakatçi gönderiliyor ya da başka bir refakatçinin gelmesi isteniyor. Bunların dışında çok ciddi bir problem olmuyor”.

“Ziyaretçisi gelmiyorsa, hasta telefon etmek istiyorsa, maddi durumu kötü olan hastalar için telefon kartı oluyor servislerde, bu tarz bir yardımımız oluyor. Ama mesela telefon numarası yoktur onun için ulaşamıyordur yakınına ya da yakını ilgilenmiyordur hastayla o gibi bağlantıları ben sağlıyorum. Numarayı kayıtlardan bulmaya çalışıyorum. Kişiye ulaşıyorum, hastasının bizde tedavi gördüğünü söylüyorum, bilgi veriyorum, şu numaradan şu saatler içerisinde arayabilirsiniz diyorum. Hasta yakınının hastaya ulaşmasını sağlıyorum”.

K6 hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde karşılaştıkları maddi sorunları vurgulamaktadır: “Hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde ücretle ilgili sorunları olduğunda hasta yakını bize gelir, biz önce yapabileceklerini anlatırız. Ödeme gücü olup olmadığını anlamaya çalışırız. Ödeme gücü yoksa yapabileceklerini anlatırız. Valilik ya da Kaymakamlıktan yardım alamıyorsa biz devreye gireriz. Bir sorunu yoksa hastalar bize gelmiyorlar”.

“Hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde medikal malzeme ya da ilaç temininde sıkıntı oluyor. Yeni Sosyal Güvenlik Kanunundan sonra Sağlık Uygulama Tebliğine; hastanede yatan hastaların tüm tedavi giderlerinin ilaç ve medikal malzeme dâhil olmak üzere yattığı hastanece karşılanmasına yönelik bir hüküm getirildi. Ancak Hacettepe Üniversitesi Hastanesi medikal malzeme ile ilaç alımı için ihale yaptığında ihaleye çıkan firma olmadı. Çünkü Maliye Bakanlığı ödenek çıkartmadığı için daha önce yaptığı alımları ödeyemedi. Böyle olduğu için hasta hastanede yatarken bir ilaç gerekiyor, Sağlık Uygulama Tebliğine göre, hastanemizin alması gerekiyor, ama bürokratik engeller nedeniyle alamıyoruz. Hasta yakınına dışarıdan almasını söylüyoruz. Hasta yeşil kartlıysa ya da, başka bir sosyal güvencesi varsa hastanın bir şekilde temin etmesi ve daha sonrasında sosyal güvenlik kurumuna ödettirilmesi için yardımcı oluyoruz”.

“01 Nisan 2009 tarihi itibariyle yeni bir uygulama başladı; Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı sosyal güvencesi olan bir hasta, yeşil kartlılar dışında, yeşil kartlı ücretlilerde durum farklıdır. Herhangi bir hastaneye gidip bir bölümde tedavi olduysa, 10 gün içinde başka bir hastanenin aynı bölümüne gidip tedavi olamaz. Örneğin böyle bir hasta Hacettepe Kardiyolojiye geldi tedavi gördü, buraya geldikten sonra 10 gün içinde herhangi bir hastanenin Kardiyoloji bölümüne giriş yapamaz. Bu gibi durumlarda ya ücreti hasta kendisi ödüyor ya da ödedikten sonra sosyal güvenlik kurumundan alması için yönlendiriyoruz. Acil durumlarda genelde tedaviyi sağlayıp, sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmasını talep ediyoruz”.

K7 hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde daha çok uyum sorunları yaşadıklarını belirtmektedir. Bu sorunları şu cümleler ile ifade etmektedir: “Hastanın hastaneye uyumu, sağlık personeli ile ilişkisi, bazen hastaların ihtiyaç duyduğu tıbbi malzemelerin hastanede bulunmaması gibi konularda sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bununla ilgili dışarıdan yapılabilecek yardımlarla ilgili sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu konularla ilgili çözüm bulmaya çalışıyoruz”.

K8 ise hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde karşılaştıkları sorunları şu şekilde belirtmektedir: “Hasta yakınına ulaşmakta sorun yaşayabiliyor. Bu sorunu çözüyoruz. Aralarında bir koordinasyon görevi üstleniyoruz. Hastanın canı sıkılabilir, kitap veriyoruz, çocuklara oyuncak veriyoruz, sinemaya götürüyoruz. Hasta kendini psikolojik olarak kötü hissedebilir, psikolojik destekleme yapıyoruz. Ameliyat olacaktır,

kan gerekiyordur ama bulamıyorlardır, kan temininde biz devreye giriyoruz. Tıbbi malzeme ihtiyacı vardır ama Sosyal Güvenlik Kurumu ödemiyordur, bunun için neler yapılabilir onları araştırıyoruz”.

### **6.7. Hastaneden Çıkış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunlar**

Hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunlar görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanları tarafından; hastaneden çıktıktan sonra kalacak yer bulma sorunu, hastanın hastalığı devam ederek taburcu olması, sosyal güvence ile ilgili sorunlar, aileyle ilgili sorunlar, tıbbi malzeme sorunu, sevk sorunları ve ücret sorunu şeklinde ifade edilmektedir.

K2 hastaneden çıkış aşamasında kendilerine başvuran kişilerin daha çok kalacak yer sorunu yaşadıklarını belirtmektedir. Bu konudaki düşüncelerini şu cümlelerle ifade etmiştir: “İlgili kurumlarla görüşerek bakım kurumuna yerleşmesini sağlıyoruz. SHÇEK ile bağlantı kuruyoruz, ailelerle ve yakınlarıyla bağlantı kurmaya çalışıyoruz”.

K1 ise bu konudaki görüşlerini şu şekilde belirtmiştir: “Hasta hastaneden çıkış aşamasında bize geldiyse ya kimsesi yoktur, ya da gidecek yeri yoktur. Sorunu olmayan hasta taburcu oluyor gidiyor ve taburcu olan bir kişi şifasıyla taburcu olmuştur çoğunlukla ya da kronik bir hastalığı vardır, evinde de tedavi edebileceği bir hastalıktır. Dolayısıyla bunun bilincinde olarak çıkıyor. Kişi şifa bularak taburcu olmadıysa, hastalığı devam ederek taburcu olduysa onun yakınmaları bizim faaliyet alanımıza girebilir. O kişiye bu tedavi sürecinin zaman aldığı, sadece hastaneye yatmakla bunun tedavi edilemediğini, aynı zamanda evde de bu kürlere devam etmesi gerektiği anlatılabilir. Fakat genelde bize, kimsesiz, yaşlı, muhtaç kişiler geldiği için biz onların teknik olarak kuruma gönderilmesi şeklinde faaliyette bulunuyoruz. Örneğin, hastanemizden taburcu olduktan sonra tekrar yatan Ali amca sürekli olarak gelir, sürekli yatar ve sürekli memnuniyetsizdir. Biz ona sürekli açıklamada bulunuruz ama o asla tatmin olmaz”. “Bir de şöyle bir örnek vardı, 9 aylık bir bebek bizim plastik servisimize yanık teşhisiyle yatmıştı, vücuduna kaynar su dökülmesi suretiyle vücudunda önemli derecede yanıklar vardı, bir hafta sonra doktor kontrole gelmesi gerektiğini söylüyor, bir hafta sonra kontrole geldiği zaman hastanın bu seferde başka bir tarafının yandığı anlaşılıyor. Biz olaya müdahale etmiştik. Aile içi şiddet mi var, kasıt mı var, istismar mı var şeklinde bakmıştık. Çocuğu ailenin elinden alma yetkimiz olduğu için bu konuda bir inceleme de bulunmuştuk, ama bu incelemede bir istismardan çok bir bilgisizlik

olduğunu fark etmiştik ve aileyi bilgilendirmiştik. Bunun kronik bir vaka olduğunu fark edersek zaten ilgili kurumlarla yazışarak çocuğun koruma altına alınması anlamında karar verme yetkimizde bulunmaktadır”.

K3 kendilerine en çok çıkış aşamasında sorunların geldiğini şu cümlelerle belirtmiştir: “En çok bu aşamada bize sorunlar geliyor. En çok hastaneden çıkış aşamasında zorlanıyoruz. Hastanede uygulamaya alışık olmadığı için tedavi bitince yatak boşalsın diye bize haber veriyorlar. Bize bildirilince hemen o hasta oradan çıkacakmış gibi düşünüyorlar. Biz sonuçta kimsesiz bir hasta söz konusu ise yakınlarına ulaşmaya çalışıyoruz, yakını kabul ediyor ya da etmiyor, hastayı onlara zorla veremiyorsunuz ya da çoğu zaman bir yakınına ulaşmak çok mümkün olmuyor çünkü verdiği bilgiler çok sağlıklı olmuyor. Bu durumda bizim yapabileceğimiz tek şey sosyal hizmetler il müdürlüğü ile bağlantıya geçmek, buradan bir rapor yazmak bir üst yazıyla bildirmek çabuk olsun diye de faks çekip durumumuzun önemliliğini anlatmak. Tabi [Eskişehir] Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü’nün de iş yükleri çok fazla, onlara da dosyalar sırasıyla geliyor, her dosyaya sırasıyla gidiyorlar, incelemelerini yapıyorlar, kararlarını veriyorlar ve eğer boş yatakları varsa da hastalar, yaşlılar ya da çocuklar sırasıyla o kurumlara yerleştiriliyor. Bu süreç birkaç ayı alıyor, tabi ki hastane bunu kabul etmiyor. Her yerden yuvarlak cevaplar geliyor. Meslek elemanı olmadan ne yapıyorlardı bilmiyorum. Bizi aradıklarında hocamız diyor ki bu hasta çıkacak, kapının önüne koyarım gibi düşüncelerle geliyorlar. Bizim yapmamız gereken öncelikli şeylerden biri bu insanlara doktorlara, hocalara, hemşirelere, bu hasta neden çıkarılamaz, bu hasta neden burada kalmak zorunda bunu anlatır bir broşür hazırlamak ya da bilgilendirme toplantısı yapmamız gerekiyor. Bir devlet kurumuysanız, bu hasta size bir şekilde gelmiş, kendi kendine bakacak gücü yok ise, sizden daha güvenilir bir yere teslim etmeden bu hastayı dışarı çıkaramazsınız”.

K5 ise bu konudaki görüşlerini şu cümlelerle ifade etmiştir: “Sosyal güvence ile ilgili yaşayacağı bir problem varsa ben onu yattığı zaman ilk olarak listeden kontrol ediyorum. Eğer öyle bir sorun varsa ilgilenen sekreter ile görüşüyorum. Yapabileceğimiz bir şey varsa örneğin sevki eksik yeşil kartlı hastanın, bu tür durumlarda hastanın ailesine ulaşip sevki getirmesini istiyorum. Sosyal güvence ile ilgili sorunu bu şekilde çözmeye çalışıyoruz. Ya da bazı hastalar çok uzun süre yatıyor, maddi durumları kötü oluyor ve sosyal güvenceleri olmuyor, bu gibi durumlarda yeşil



karta başvurmaları için yönlendiriyoruz. 18 yaşını geçmiş çalışmayan bir kişi oluyor, ne yapacağını bilmiyor, babasının sosyal güvencesinden yararlanabileceği konusunda araştırma yaparak bilgilendirme yapıyoruz. Sosyal güvence ile ilgili sorunları bu şekilde çözüyorum”.

“Gidecek yeri yoksa bu durumda bazı ölçütler var bunları karşılıyorsa; örneğin ağır özür, bakıma muhtaç ve bakacak kimsesi yok, o zaman ağır özür olduğuna dair raporu almasını sağlıyorum. Bu tür yönlendirme, bilgilendirme faaliyetleri yürütüyorum. Kurumlarla iletişime geçiyorum, sosyal inceleme raporu yazıp onlara gönderiyorum”.

“Bunların dışında aileyle ilgili problemler olabilir, onları da aile görüşmeleri sırasında çözmeye çalışıyorum. Şiddet gördüğünü tespit ettiğimiz vakalar oluyor. Bilgisizlik nedeniyle böyle bir şeye başvuran aileler olabiliyor. Örneğin hastanın hastalığı ile ilgili belirtileri bastırmak için şiddet uygulayan aileler var, bunların bir çözüm olmadığına dair gerekli görüşmeleri yapıyoruz. Ama bu görüşmeler çözüm üretmiyorsa, kurumlara bildiriyoruz, yönlendiriyoruz. Bütün hastaların aileleriyle görüşülüyor. Hastanın hastalığı hakkında aile bilgilendiriliyor”.

K6 hastaların hastaneden çıkarken kendilerine bilgi almak amacıyla geldiklerini ifade etmiştir. Bu konudaki diğer görüşlerini şu cümlelerle ifade etmiştir: “Hasta hastaneden çıkarken bize bilgi almak amacıyla gelebiliyor. Buraya sevkli gelmiştir, sosyal güvencesi bulunmaktadır. İşyerine ne kadar zaman burada kaldığını gösteren belgeyi götürmek için gelip bilgi alabilirler. Buradaki sevkten kastedilen devlet memurlarının hastaneye gelirken kurumlarından aldıkları sevktir. Hastanın sevki olayı sadece yeşil kartlı hastalarda olmaktadır. Bunun yanında yeşil kartlı hastaların gidişlerinde yol parası ihtiyaçları olmaktadır. Biz buradan tetkik ve tedavisi tamamlanıp, daha sonra gelecekse yine gelirken yol parası alabilmesi için şu tarihte refakatli olarak gelmesi gerekmektedir şeklinde bir yazıyı sekretere yazdırıp doktora imzalatarak almalarını sağlarız”.

“Çıkış aşamasında tıbbi malzeme sorunu olmaktadır. Bu yine yeşil kartlı hastalara ya da sosyal güvencesi olmayan 18 yaş altı hastalara özgü bir durumdur. Hastanın evinde kullanması için malzeme ihtiyacı olabiliyor. Bunların temininde sıkıntı yaşıyorlar. Raporunu yazdırıyoruz ve ilgili kaymakamlıkça karşılanması üzere gönderiyoruz. Bazen hasta naklinde görev alıyoruz”.

“Bunun dışında terk, buluntu bebekler vardır. Çocuk buraya geldiğinde, anne baba yoksa öncelikli olarak yakınlarına ulaşmaya çalışıyoruz. Bazen anne ya da baba belli oluyor, ama çocuğu almak istemiyor. Bu gibi durumlarda korunma kararının alınması için sosyal inceleme raporumuzu yazıyoruz. [Ankara] Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne ya da doğrudan Valiliğe gönderip, acil olarak bir kuruma yerleştirilmesini istiyoruz. Sonrasında mahkeme tarafından korunma kararı alınmasını istiyoruz”.

K7 bu aşamada karşılaştıkları sorunları şu şekilde ifade etmiştir: “Bazen sevk sorunlarımız oluyor. Hasta sevsiz olarak yatırılabilir. Ama çıkışta bu işlemlerin yapılması gerekiyor. Ulaşım ile ilgili sorunlarımız oluyor. Bazı hastaların uçakla ya da Ambülânsla gitmesi gerekebiliyor. Bu konularla ilgili olarak aracılık yapıyoruz. Ambülâns bulma, uçak bulma, yol parası bulma konularında yardımcı olma, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı ile görüşme faaliyetlerinde bulunuyoruz”.

“Gidecek yeri olmayan hastaların ailelerine ulaşmaya çalışıyoruz. Eğer ailesi yoksa diğer kurumlarla, [Ankara] Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ile işbirliği yapıyoruz”.

K8 ise hastaneden çıkış aşamasında karşılaşılan sorunlar arasında ücret sorununu vurgulamaktadır. Bu konudaki görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir: “Hastaneden çıkış aşamasında yine ücret problemi olabilir. Hasta özel odada kalmıştır ama ödeme gücü yoktur. Bu durumu gerekirse doktoruyla görüşerek tıbbi nedenle kaldıysa eğer gerekli kolaylığı sağlıyoruz ya da Sosyal yardımlaşma ve Dayanışma Vakfına gönderiyoruz. Yine çıkış aşamasında hastanın ambülânsla transferi gerekebilir, taburcunun ambülânsla yapılması zorunlu olabilir. Hastanın sosyal güvencesi doğrultusunda Ambülâns ayarlanması konusunda devreye giriyoruz. Kalacak yeri olmayabilir o konuda yardımcı olmaya çalışıyoruz. Kimsesi olmayan birisi ise uygun bir kuruluşa yerleştiriyoruz. İlgili kurum ile yazışmaları yürütüyoruz”.

### **6.8 Hastaların Hastaneden Çıkıştan Sonra İzlenmesi**

Görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanlarından ikisi dışındakiler, hastaların hastaneden çıkıştan sonra izlenmelerinin gerektiği kadar yapılamadığını ifade etmişlerdir.

Bu konuda K2 görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir: “Çok fazla izleme yapamıyoruz. Sadece yürüyen hastane hastaları için bunu yapabiliyoruz. Ya evlerine

gidip ziyaret ederek ya da telefonla iletişim kurarak izleme yapıyoruz. Bu kişilerin her türlü bilgileri elimizde olduğu için bu kişilerin izlenmesinde bir sorun çıkmıyor”.

K1 ise K2'nin görüşlerini destekleyerek düşüncelerini şu şekilde belirtmiştir: “Zaten sürekli takibimizde olan hastalar oldukları için onların her türlü sorunlarıyla ilgileniyoruz. Bu kişiler yürüyen hastane uygulamasından yararlandıkları için sürekli olarak hastanede olduklarını söyleyebiliriz bu yüzden taburcu olma durumları söz konusu değildir. Bence onlar ayrı olarak değerlendirilmelidir. Taburcu olan hastaların izlenmesi yürüyen hastane uygulaması dışında bizim özelimizde pek mümkün olmuyor”.

K3 bu konudaki görüşlerini çarpıcı bir şekilde şu cümlelerle ifade etmektedir: “Hastane işletmecisi ya da yöneticisi hastane içerisindeyken hastanın sorunlarıyla ilgilenir ve parasını almışmıdır, hastayı taburcu etmişmidir, onun işi orada biter. Biz mesleki anlamda bir vakaya bulaşmışsak eğer, bir vakada müdahale de bulunmuşsak eğer, onun sona nasıl erdiğini görmek bilmek isteriz. O anlamda bir uyumsuzluğumuz var hastane yönetimiyle ama çok da sert karşılamıyorlar, sadece biraz konuşma ile çözülebiliyor. Bugüne kadar gönderdiğimiz çok fazla hastamız olmadı. Söğüt devlet hastanesinde bekleyen amcanın akıbetiyle ilgili bilgileri alıyoruz, nasıl olduğuna dair. Bu meraktan mıdır, yoksa mesleki bir çalışmamıdır, onun için şimdilik bir şey söyleyemeyeceğiz. Elimizden geldiğince ne olup, bittiğini takip etmeye çalışıyoruz”.

“Hastaların hastaneden çıktıktan sonra karşılaştığı sorunlara baktığımızda; tedavisi daha sonra bakım gerektirebilir. Bu bakımı belki sağlayacak hem kişi anlamında bir desteği yok belki maddi desteği yok, bu tür imkânları yok bunlarla ilgili olabilir”.

K5 hastaların hastaneden çıkıştan sonra izlenmesine yönelik görüşlerini şu şekilde belirtmektedir: “Ben çıkıştan sonra şu şekilde bir izleme yapıyorum. Hastalar hastaneden çıktıktan sonra doktora kontrole geliyorlar. Eğer benim müdahale ettiğim bir hasta ise ve takip etmem gerekiyorsa o zaman kontrole geldiğinde benimle de görüşmesini istiyorum. Bunun dışında buradan taburcu olup ne yapacağına karar verememiştir, örneğin kadın sığınma evine başvurup başvurmama konusunda çelişkide kalan hastalar olur. Bu gibi hastalara da bana ulaşabilecekleri telefon numaralarını veriyorum. Ayrıca kronik şizofreni hastalarını da belirli aralıklarla sosyal faaliyetler düzenleyerek izlemiş oluyoruz”.

“Karşılaşılan sorunların biri, tedaviye uyumlu olmayan kronik şizofreni hastaları, diğeri şiddet vakası olabilir. Daha doğrusu başka bir nedenle yatmıştır ama onun varlığı ortaya çıkmıştır. Ya da aile sorunları, iletişim sorunları, hastanın dışlanması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ya da kurum bakımına alınması yönünde sorunlarla karşılaşmaktadır”.

K6 ise bu konudaki görüşlerini şu cümlelerle ifade etmektedir: “Hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunları örneklerle açıklayabiliriz. Yangın olup evi yananlar olabiliyor, yanık biraz zor bir vakadır, buradan çıktığında biz çocuğun daha hijyenik koşullarda yaşayabilmesi için belediyeden yardım edilip ev yapılması için yazı yazdık. Ev yapıldı da. Çocuk buradan taburcu olmadan önce, çocuğun gittiğinde sorun yaşamaması için yapmamız gereken bir şey var ise onu da yapıyoruz”.

K7’nin görüşleri ise şu şekildedir: “Hastalar hastaneden çıktıktan sonra çok fazla izlenmemektedir. Bunun iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi burada personel yetersizliği bulunmasıdır. İkincisi ise, hastalarımızın genellikle Ankara dışından gelmeleri dolayısıyla kendimizin takip etme olasılığının bulunmamasıdır. Sadece bizimle telefon ile iletişim kuran hastalarımız oluyor. Bu şekilde yürütebiliyoruz”.

“Bir de bizim hastalarımız sürekli hastalardır. Uzun süre Hacettepe de tedavi oluyolar, o yüzden izlemiş gibi oluyoruz. Çünkü taburcu olsalar da tekrar bize geliyorlar”.

K8 hastaların hastaneden çıkıştan sonra izlenmesine yönelik düşüncelerini şu cümlelerle belirtmektedir: “Hastalar gerektiği zaman izleniyor. Aslında ideal olan hastaneden çıkıştan sonra izlenmesidir. Taburcu olduktan sonra hastanın ev ziyareti yapılmasıdır. Kurum bakımına yerleştirdiğimiz hastalar hakkında, oradaki meslek elemanlarından bilgi alabiliyoruz. Onları ziyaret edebiliyoruz, o şekilde bir izleme yapıyoruz”.

### **6.9. Sosyal Grup Çalışması Uygulamaları**

Sosyal grup çalışması hastanede benzer özellikleri olan hastalara yönelik olarak yapılan, kendileri ile aynı sorunları yaşayan başka kişilerinde olduğunun farkına varmalarını ve kendilerini daha güçlü hissetmelerine yönelik olarak yapılan bir sosyal hizmet uygulamasıdır. Katılımcıların sosyal grup çalışması ile ilgili görüşleri

incelendiğinde, sosyal grup çalışmasının daha çok diyaliz hastaları ya da kanser hastaları gibi ortak özellikleri olan hastalara yönelik olarak uygulandığı belirtilebilir.

K1 sosyal grup çalışması ile ilgili görüşlerini şu cümlelerle ifade etmiştir: “Sosyal grup çalışması anlamında net bir uygulamamız olmadı. Ancak diyaliz hastalarına yönelik olarak yaptığımız çalışmalarda dört saatlik diyaliz süresi içerisinde benzer problemleri olan hastaların aynı sorunları yaşadığını gördük. Üç aylık dönemler ile bu hastalara yönelik çalışmalarımız oldu. Bu çalışmaların kayıtlarını tutmadık. Bunlar halen devam eden gruplardır ve birbirleriyle aile gibi olmuş gruplardır. Bunlar durumlarının farkında olan gruplardır. Bu gruplara yeni katılan hastalar olduğunda diyaliz bölümü bize haber veriyor. Özellikle bu dönemlerde biz de katılıyoruz bu gruplara”.

“Bu gruplardaki hastaların yaşadıkları travmaya verilen normal bir tepkidir. Hasta pek çok duyguyu bir arada yaşamaktadır. Grupla tanışarak o sorunların daha önce başkaları tarafından yaşandığı kişiye deklare edilerek yardımcı olmaya çalışılır. Yeni hastalarla daha özel bir grup ortamı içerisinde bir mülakat yaparız. Zaten eski grup üyeleri de yeni hastayı kabul ederler. Kendi aralarında iletişime geçmektedirler. Hastanemizde bu uygulamayı sadece diyaliz hastaları için yapıyoruz”.

K2 ise diyaliz hastalarının grup çalışması yapılabilmesi açısından taşıdığı önemi şu şekilde ifade etmektedir: “Diyaliz bölümü bizim mesleğimizi yapmamız açısından en uygun yerlerden biridir”.

K1 ayrıca diyaliz hastaları dışındaki hastalar için sosyal grup çalışması yapamamalarının nedenlerini şu cümlelerle ifade etmiştir: “Genel cerrahi servisinde yatması gereken hastaların bazıları yatak olmadığı için ortopedi servisine gönderilebiliyor. Bu nedenle aynı özellikleri olan hastaları aynı yerde bulamıyoruz. Dâhiliye bölümünün hastaları da orada yatmış olabiliyor. Birisi kalça çıkığı ameliyatı nedeniyle yatarken, diğeri fitik ameliyatı sebebiyle yatıyor. Tek bir ortak noktaları ameliyat olmaları olabilir. Bunun dışında ortak noktaları olmayabilir”

K3 henüz grup çalışmalarına başlamadıklarını belirtmekle birlikte, bu konuda diğer sosyal hizmet uzmanının (K4) bilgi verebileceğini söylemiştir.

K4 bu konudaki görüşlerini şu cümlelerle ifade etmiştir: “Diyaliz hastaları ile bir grup çalışması yapmak istedik. Bizim diyaliz merkezimizin kapasitesi on altı ile yirmi kişi arasında idi. Bu hastalarından iki üç kişi dışındakilerin, günü birlik olarak gelip

diyaliz ünitesine grip çıktıkların öğrendik. Yani bir araya toplayıp da bir grup çalışması yapabilecek grubumuz olmadı. Diyaliz merkezi ile konuşup bize yardımcı olmalarını istedik fakat onlarda bize ancak iki kişi söyleyebileceklerini belirttiler. O iki kişiyle de grup çalışması yapmanın bir anlamı olmayacağını düşünerek vazgeçtik. Ama grup çalışmasıyla ilgili düşüncelerimiz var. Onkoloji hastanesinde kanserli hastalarla ilgili bir grup çalışması yapmak istiyoruz. Kanseri yenmiş kişilerin, kanserle yeni tanışmış hastalarla bir araya getirip grup çalışması yapmayı düşünüyoruz. Önümüzdeki günlerde bunu gerçekleştirmeyi planlıyoruz”.

K3 ise K4’ün bu görüşlerine şunları eklemektedir: “Bu çalışma ile kansere yeni yakalanan hastalara atlabileceklerini, başarabileceklerini görmesiyle ilgili olarak faaliyet gösteren Kanserle yaşam derneği var, oradaki kişilerle tanıştık onlarda destek olacaklar, onlarında düşündüğü bir çalışma sloganı; Biz de sizin gibiydik, sizde bizim gibi olacaksınız”

“Birde kadın hastalıkları ve doğum bölümünden bize bir öneri geldi; bebek emzirme ile ilgili yeni anne olanların eğitilmesi için, yeni doğum yapmış ya da yapacak olanlara, daha önce bunu yaşamış annelerin yardım etmeleri gibi. Çünkü doktordan hemşireden öğreniyor ama bir başkasının da nasıl yaptığını nasıl başardığını görmesi, daha anlamlı olabilir diye düşündük. Şimdilik bir girişimimiz olmadı”.

K5 sosyal grup çalışması ile ilgili görüşlerini şu cümlelerle ifade etmiştir: “Düzenli olarak grup çalışması yapmıyorum, ama sosyal grup çalışmaları yapılıyor. Serviste yatan hastalarla “Günaydın Toplantıları” yapılıyor. Katılmak gönüllülük esasına dayalı ama bütün hastaların katılması isteniyor. Zaten terapi gibi bir çalışma değil, paylaşım yapılıyor. O gün içinde neler oldu, önceki gün nasıl geçti, hafta sonu nasıl geçti. Gazete okumak, hikâye okumak gibi faaliyetler düzenleniyor. Her hastalık grubundan kişileri alıyoruz. Psikiyatri servisinde çalıştığım için hepsinin ortak özelliği psikiyatri hastaları olmaları. Bu şekilde psikiyatri hastaları grubu olmuş oluyor. Başka bir ortak özellikleri bulunmuyor. On altı yaşından büyük oluyorlar, on altı yaşından küçükler servise giremiyorlar zaten. Çocuk psikiyatrisi olmadığı için hastanemizde, yetişkinlerle ilgileniyoruz”.

K6 sosyal grup çalışması uygulamaları yaptıklarını şu cümlelerle belirtmiştir: “Uygun olan servislerde grup çalışması yapılıyor. Daha çok destek grupları ve sosyal kültürel aktivite grupları kullanılıyor. Temelde oyun aracılığıyla bazı şeyleri tedavi

ediyoruz. Hastanın hastalığıyla ilgili yaşadığı sorunların çözümüne ya da tedavisine yönelik grup çalışmaları yapılıyor”.

K7 ise sosyal grup çalışması ile ilgili görüşlerini şu şekilde açıklamaktadır: “Sosyal grup çalışması yapılıyor. Ancak şöyle bir sorunumuz var; hastalarımız aldıkları tedaviden dolayı grup çalışmasına çok uygun değiller. Halsizlikten dolayı ve çok fazla devir olduğundan dolayı aynı grupla çok uzun süre çalışmıyoruz. Her hafta yaptığımız grupta farklı hastalar ya da hasta yakınları olmaktadır. Ama elimizden geldiği kadarıyla grup çalışmasını yapmaya çalışıyoruz. Daha çok kendine destek gruplarını kullanıyoruz; hastalar ve hasta yakınları birbirlerine tecrübelerini aktarıyorlar. Daha çok kendi kendine yardım grupları oluyorlar. Bunun dışında tedavi aşamasında bilgilendirme grupları oluyor”.

K8 de sosyal grup çalışması uygulamalarının yapıldığını belirtmektedir. Bu konu ile ilgili düşüncelerini şu cümlelerle ifade etmektedir: “Etkileşim grubu kuruyoruz. Grup kurarken, örneğin ortopedi servisinde ya da dahiliye servisinde bir grup çalışması yapıyoruz; hastaların cinsiyet açısından heterojen olmasını önemsiyoruz, farklı cins olsun ama yaş açısından homojenliği önemsiyoruz. Tanı olarak homojenlik çok önemlidir”.

“Kişi grup içinde kendini iyi ifade edebilirse, kendisi gibi başka hastaların olduğunu görüyor, yalnız olmadığını görüyor. Grubun hasta ve yakını üzerinde böyle bir faydası bulunmaktadır. Biz etkileşim grubu uygulamakla birlikte, bazen de eğitici gruplar kullanıyoruz. Ben grup çalışmasının kişiye daha yararlı olduğunu düşünüyorum”.

## SONUÇ

Bu çalışmanın amaçlarından birisi, sosyal politika disiplini açısından sosyal hizmetin yerini ve önemini ortaya koymaktır. Bu doğrultuda belki de ilk sonuç olarak “sosyal hizmetin” tek, kabul gören, amaç ve hedeflerini net şekilde ortaya koyan bir tanımının, en azından ülkemiz alan yazını açısından yapılamamış olduğu vurgulanmalıdır.

Bizce bu durumun bir nedeni, Sosyal Hizmet disiplininin Sosyoloji, Felsefe, Hukuk gibi disiplinlerle karşılaştırıldığında görece çok yeni bir disiplin olmasıdır. Ayrıca sosyal hizmet alanına ilişkin “sosyal refah” gibi kavramlar ve bu kavramlara yüklenen anlamlar tarihsel süreçte sürekli ve köklü bir biçimde değişmiştir. Bu yüzden farklı zamanlarda yapılan farklı tanımlar doğal bir biçimde, içinde doğdukları ortam ve koşulların izlerini taşımıştır. Diğer yandan yaşadığımız dönemde hemen her alanda görülen hızlı değişimler, yeni yapılanmalar, çok yönlü olay ve oluşumlar sosyal hizmet disiplinine de yansımakta, disiplinin kapsam ve konuları sürekli bir biçimde değişmektedir. Bu nedenle sosyal hizmete ilişkin, her zaman ve her yerde geçerli olacak, tek ve eksiksiz bir tanımın yapılabilmesi zaten güçtür. Ancak Türkiye özelinde, meslek terminolojisi açısından var olan sorunların da tanımlama çabalarını olumsuz etkilediği belirtilmelidir. Örneğin İngilizcede meslek terminolojisinde yer alan hem “social work” hem de “social service” kavramlarının karşılığı olarak ülkemizde “sosyal hizmet” kavramı geniş bir kabul görerek yerleşmiş, bu anlamda sosyal hizmet kavramı gerek mesleki etkinliğin gerçekleştirildiği alanı gerekse de bu alanda gerçekleştirilen mesleki etkinlikleri tanımlamada kullanılmıştır. Benzer bir biçimde “sosyal hizmetler alanı” eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini de kapsayan bir içerikte tanımlanarak, sosyal güvenlik ve sosyal politika disiplinleri sosyal hizmetin bir alanı olarak görülmüş ve çelişkili bu durum disiplinler arası bilimsel çalışmaların yapılabilmesini güçleştirmiştir.

Oysa sosyal hizmet, diğer bilimlerle, özellikle de sosyal bilimlerle sıkı bir ilişki ve işbirliği içindedir. Bu ilişki bilgi, yöntem ve teknik alışverişini, karşılıklı diyalogu, alınan bilgilerin birbirine eklenmesinden öte, harmanlanmasını, bütünleştirilmesini ve



sentezlenmesini zorunlu kılmaktadır. Bu zorunluluk, aslında sosyal hizmetin olması gereken disiplinler arası yaklaşımının da özünü oluşturmaktadır. Ancak konuya ilişkin olarak yukarıda özetle sıralamaya çalıştığımız özellikle de terminolojik sorunlar nedeniyle disiplinler arası çalışmalar gerektiği ölçüde yapılamamıştır.

Ülkemiz alan yazınında yapılan sosyal hizmet tanımlarının ortak özelliklerine bakıldığında ise toplumun ve bireyin yaşadığı sorunlar, bireyin özgürlüğünün desteklenmesi ve sosyal devlet anlayışı, insan hakları, adalet, demokrasi, barış, katılımcılık, bilimsel anlayış ve uygulama açısından insan ve topluma bakış açısı ve ahlak kavramların vurgulandığı görülmektedir. Bu bağlamda, sosyal hizmet tüm insanlar ile ilgilenmesine rağmen, sosyal politika disiplini ile örtüşen bir biçimde önceliği toplumun sığınmacılar, mülteciler, sakatlar, eski hükümlüler ve göçmenler gibi özel gereksinim gruplarına vermektedir.

Sosyal hizmetin ilk uygulama alanı ve bugün de temel alanlarından birisi olan, bu nedenle çalışmamızın araştırma problemini oluşturan tıbbi sosyal hizmet ise; sağlık kuruluşlarında ayakta veya yatarak, muayene, inceleme ve tedavileri yapılan hastaların, tıbbi tedaviden etkin bir şekilde yararlanmalarını engelleyen ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlarının çözümlenmesi amacı ile sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülen mesleki çalışmalar olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak önleyici, tedavi edici ve izleyici fonksiyonu olan tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet içinde bir çalışma alanı olarak daha çok tedavi kurumlarıyla sınırlı kalmaktadır. Türkiye’de üniversite eğitim hastaneleri ve devlet hastaneleri gibi farklı statüye sahip olan tedavi kurumlarında sosyal hizmet birimlerinin kurulması, sosyal hizmetin bu alanda yaygınlaşmasında kuşkusuz önemli bir rol oynamıştır. Çalışmamızda sağlık kurumlarında görev alan sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetleri, bu kişilerle yapılan görüşmelere dayanarak açıklanmaya çalışılmıştır.

Bu amaçla Ankara ve Eskişehir’deki sosyal hizmet uzmanlarının bulunduğu ve sosyal hizmet uygulamalarının yapıldığı hastanelerde bir alan araştırması yapılması hedeflenmiştir. Ancak bu araştırmanın gerçekleştirilmesi sırasında birçok güçlükle karşılaşmıştır. İlk olarak kendileriyle görüşülmek istenen sosyal hizmet uzmanlarının

bazıları hastanelerinin bağılı bulunduğu İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmadan görüşme yapamayacaklarını belirtmişlerdir. İzin alma süreci ise bürokratik engeller nedeniyle çalışmayı güçleştirmiştir. Özellikle Ankara'da bazı sosyal hizmet uzmanları ile yapılmak istenilen görüşmeler izin sürecinin uzun ve zor olması sebebiyle yapılamamıştır. Bu nedenle araştırma kendileriyle görüşme yapılabilen sekiz sosyal hizmet uzmanının görüşleri ile sınırlı tutulmuştur.

Yapılan çalışma kapsamında tıbbi sosyal hizmet konusunda alan yazında yer alan bilgilerin Türkiye'de sağlık kuruluşlarındaki uygulamalara ne ölçüde yansıdığı irdelenmiş, Ankara ve Eskişehir'deki devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerdeki sosyal hizmet uygulamalarına yönelik görüşlerine yer verilmiştir. Yapılan araştırma ile kendileriyle görüşme yapılan sekiz sosyal hizmet uzmanının ifadelerinden faaliyetlerinin hastanelerin niteliğine ve hastaların ihtiyaçlarına göre farklılıklar gösterdiği anlaşılmıştır. Bu bağlamda sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetleri açısından bir standardın bulunmadığı söylenebilir. Sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetleri hastane yönetiminin sosyal hizmet mesleğine bakış açısına ve bu konudaki bilgisine bağılı olarak şekillenmektedir. Bazı sağlık kuruluşlarında sosyal hizmet uzmanlarının evrak kayıt ya da danışma da görev almak gibi mesleki faaliyetlerinin dışındaki işlerde çalıştırıldıkları görülmüştür.

Görüşme yapılan bazı sosyal hizmet uzmanları, görev tanımlarının bulunduğunu ve faaliyetlerini bu görev tanımları çerçevesinde sürdürdüklerini ifade ederken, diğer sosyal hizmet uzmanları görev tanımlarının bulunmadığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte araştırmaya katılan tüm sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetlerinin ortak yönünü ise korunma ve desteklenme ihtiyacı duyan hastalar ile görüşerek onların sorunlarına çözüm bulmalarına yardımcı olmaya yönelik çalışmalar oluşturmaktadır. Bu faaliyetleri ise; sosyal inceleme raporu hazırlamak, sosyal faaliyetler düzenlemek ve yeşil kart çalışmaları başlıkları altında ifade edilmiştir. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının öncelikli faaliyetlerinin hastalara ekonomik ve sosyal sorunlarının çözümünde yardımcı olmak olduğu ifade edilebilir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının sosyal hizmet uygulamasının başlangıcı ile ilgili olarak farklı görüşleri olmakla birlikte, genel kanı sosyal hizmet uygulamasının hasta hastaneye geldikten sonra ve hastanın ihtiyacı doğrultusunda başladığı şeklindedir. Bu ihtiyaç bazen ekonomik sebepler olabilmektedir. Görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanları hasta ile ilgili bir sorun ortaya çıktığında kendilerine ulaşıldığını belirtmişlerdir. Bu duruma örnek olarak ise hastanın taburcu olması sırasında, hastanın kimsesinin olmaması ya da sosyal güvencesinin olmaması gibi durumlarda kendilerine başvurulması gösterilmektedir. Türkiye’de devlet kurumlarında sosyal hizmet uzmanı sayısı yeterli düzeyde olmadığı için uygulamalar ihtiyaç çerçevesinde şekillenmekte, hastanın daha önce fark edilmesi mümkün olmamakta, bu nedenle sosyal hizmet uzmanları kendilerine sağlık ekibinin ihbarda bulunması gerektiğini ifade etmektedir. Sosyal hizmet uygulamasının bir diğer başlangıç şekli ise sosyal hizmet uzmanları tarafından; hastanın kendiliğinden sosyal hizmet bölümüne gelmesi ya da gönüllü hasta ziyaretleri sırasında sosyal hizmet uygulamasına ihtiyaç duyan hastalarla karşılaşılması olarak belirtilmektedir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları hasta hakkındaki bilgileri hastanın kendisi, ailesi ve yakınları ya da resmi makamlardan aldıklarını belirtmişlerdir. Sosyal hizmet uzmanlarına göre ilk bilgi kaynağı hasta ile iletişim kurulabiliyorsa hastanın kendisidir, sonra ise ailesi gelmektedir. Bunun dışında yakın çevresi ve akrabaları, arkadaş çevresi ve bulunduğu mekânlar, elinde nüfus cüzdanı, sağlık karnesi gibi resmi bir belge var ise bunlardan da bilgi edinilmeye çalışılmaktadırlar. Görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanlarından biri hasta hakkında bilgi toplama yöntemlerinin hastanın kendilerine geliş sebebine ve durumuna göre değiştiğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarına göre hastalar tıbbi sorunlar dışında; ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Hastaların tıbbi sorunlar dışında karşılaştıkları öncelikli sorunlar ekonomik sorunlardır. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarından biri ekonomik sorunların yeni yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Kanunu ile birlikte azaldığını fakat yine de tıbbi sorunlar dışında hasta ve yakınlarının karşılaştığı temel sorun niteliğini koruduğunu belirtmektedir. Sosyal

sorun olarak ise kalacak yer sorununun hasta ve yakını için önemli bir sorun olduğu araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları tarafından ifade edilmektedir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları tarafından farklı psikolojik sorunlar ifade edilmektedir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarından biri diyaliz hastalarında, diyalize ilk başladıklarında bu duruma karşı çok fazla tepki görüldüğünü belirtmektedir. Diğer bir sosyal hizmet uzmanı ise psikolojik sorunları; hastanın kimsesi olmaması, refakatçisinin olmaması, yoğun bakımda kalmak zorunda olması, tedavisi bittiğinde taburcu işlemleri ile ilgili sorunlar yaşanması ve bunların dışında ailevi sorunlar olarak ifade etmektedir. Araştırmaya katılan diğer sosyal hizmet uzmanları ise psikolojik sorunlara; hastaların ya da hasta yakınlarının uzun süreli yatışlarda hastanede kalmaktan kaynaklanan sorunlarını örnek olarak göstermektedir. Bunun dışında sağlık ekibiyle yaşanan sorunlar da olmaktadır. Diğer psikolojik sorunlar ise; hastanın ameliyatı reddetmesi, tedaviye uyum sağlayamaması, iletişim kopukluğundan kaynaklanan yanlış anlaşılmalarda şeklinde ifade edilmektedir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların hastalığın türüne göre farklı olduğunu belirtmekle birlikte, temelde hastalığı kabullenme ve sosyal güvence açısından yaşanan sorunlara değinmişlerdir. Sosyal hizmet uzmanları tarafından hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunlar; sosyal güvenlik açısından yaşanan sorunlar, ekonomik sebeplerden kaynaklanan sorunlar, hastaların hastanede yatma sebeplerinin ne olduğu konusunda bilgilendirilmediklerinde ortaya çıkan sorunlar ve yeşil kartlı hastaların sevk sorunları olarak belirtilmiştir.

Kendileriyle görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanları tarafından hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde karşılaştıkları sorunlar ise; hastaneye uyum sorunu, maddi sorunlar, sağlık ekibiyle ilgili sorunlar ve sosyal güvence ile ilgili sorunlar şeklinde gruplandırılmaktadır. Kişi hastaneye yattığı zaman daha önce içinde olmadığı bir döngüye girmektedir. Hastalar hastane kuralları, hastane kıyafeti, yemek saati, hemşirelerin ilaç vermesi gibi faaliyetlere katılmak durumunda kalmaktadır. Bu uyum sorunlarının aşılması için hastalar hastaneye yattıkları zaman ellerine bir hastane

kitapçığı broşür şeklinde verilmektedir. Bu broşürde hastanın hastanede ne yapması gerektiği hakkındaki bilgiler yer almaktadır. Servis ziyaretlerinde de genel bilgiler verilmektedir.

Hastaların maddi sorunları ile ilgili olarak; elbise, tıbbi malzeme gibi ihtiyaçları için sosyal hizmet uzmanları tarafından çözüm bulunmaya çalışılmaktadır. Hastanın sağlık ekibiyle sorun yaşaması durumunda; örneğin doktoruyla arasında ciddi bir sorun varsa, farklı bir doktor tarafından izlenmesi sağlanmaktadır. Hastanın odada birlikte kaldığı diğer hastayla aralarında anlaşmazlıklar olması durumunda bunun çözümüne yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu anlaşmazlık hastalığın belirtilerinden kaynaklanmakta ise hastaların odaları ayrılmaktadır. Refakatçilerin anlaşamaması durumunda, eğer hastanın ihtiyacı bulunmuyorsa refakatçi gönderilmekte ya da başka bir refakatçi istenmektedir. Hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde hastalar yakınlarına ulaşamıyorlar ya da yakınları ilgilenmiyor ise hasta ve yakınları arasında iletişimin sağlanması için sosyal hizmet uzmanları çalışma yapmaktadır.

Hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunlar görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanları tarafından; hastaneden çıktıktan sonra kalacak yer bulma sorunu, hastanın hastalığı devam ederek taburcu olması, sosyal güvence ile ilgili sorunlar, aileyle ilgili sorunlar, tıbbi malzeme sorunu, sevk sorunları ve ücret sorunu şeklinde ifade edilmektedir.

Görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanlarından ikisi dışındakiler, hastaların hastaneden çıkıştan sonra izlenmelerinin gerektiği kadar yapılamadığını ifade etmişlerdir.

Sosyal grup çalışması, hastanede benzer özellikleri olan hastalara yönelik olarak, kendileri ile aynı sorunları yaşayan başka kişilerinde olduğunun farkına varmalarını ve kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağlamak için yapılan bir sosyal hizmet uygulamasıdır. Katılımcıların sosyal grup çalışması ile ilgili görüşleri incelendiğinde, sosyal grup çalışmasının daha çok diyaliz hastaları ya da kanser hastaları gibi ortak özellikleri olan hastalara yönelik olarak uygulandığı belirtilebilir.

Araştırmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, sağlık kuruluşlarında sosyal hizmet uygulamalarının daha çok ekonomik temelli sorunlara çözüm bulmak amacı ile şekillendiği, hastaların ihtiyaçları doğrultusunda ve bir sorun ortaya çıktığında bu sorunun giderilmesine yönelik olarak yürütüldüğü ifade edilebilir. Bu durumun en önemli nedenlerinin ise Türkiye’de sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısının yetersizliği ve sosyal hizmet mesleğinin yeteri kadar tanınmaması olduğu düşüncesindeyiz. .

Bu çalışma zaman kısıtlaması ve araştırmanın yapılabilmesini kolaylaştırmak için Eskişehir ve Ankara’daki devlet ve üniversite hastanelerinde yapılmıştır. Sonraki benzer çalışmaların farklı kent ve sağlık kuruluşlarında yapılması uygulama açısından yararlı olacaktır.

Uygulamaya yönelik çok az Türkçe bilimsel çalışmanın olduğu bu alanda, hastane yönetimlerinin sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerdeki faaliyetleri konusunda yönlendirilmeleri ve sosyal hizmet uygulamalarının hasta memnuniyetini sağlayarak hastanelerdeki toplam kalite yönetimi uygulamalarına katkıda bulunacağı konusunda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir.

**EKLER**

Ek 1: Araştırma Soruları.....	126
Ek 2: Eskişehir Valiliği'nden Alınan İzin Belgesi.....	127

Ek 1: Araştırma Soruları

- 1) Hastanedeki faaliyetlerinizi açıklar mısınız? Sizce iş yükünüzün ne kadarı sosyal hizmet faaliyetlerini içermektedir?
- 2) Hasta ile çalışmaya hangi aşamada başlamaktasınız? Sosyal hizmet uygulaması nasıl başlamaktadır? Nasıl bir süreç izlemektesiniz?
- 3) Hasta ile ilgili bilgi toplamada nasıl bir yöntem izlemektesiniz ve hangi kaynaklardan bilgi toplamaktasınız?
- 4) Hastalar ile iletişim kurmada ne tür bir yol izlemektesiniz?
- 5) Hastalar tıbbi sorunlar dışında ne tür sorunlarla karşılaşmaktadırlar? Bu sorunların çözümü için neler yapılmaktadır?
- 6) Hastaneye yatan hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için neler yapılmaktadır?
- 7) Hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde karşılaştıkları sorunların çözümüne yönelik olarak neler yapılmaktadır?
- 8) Hastaneye yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümüne yönelik olarak neler yapılmaktadır?
- 9) Hastalar hastaneden çıkıştan sonra izlenmekte midir? Hastalar hastaneden çıkıştan sonra ne tür sorunlarla karşılaşmaktadır?
- 10) Sosyal Grup Çalışması Uygulamaları yapılmakta mı? Hangi tür gruplar kullanılmaktadır?



## Ek 2: Eskişehir Valiliği'nden Alınan İzin Belgesi

T.C.  
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık MüdürlüğüSayı : B.10.4.ISM.4.26.00.09-730.08-433-10672  
Konu: Tez Çalışması

18 Mayıs 2009

## VALİLİK MAKAMINA

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinden Emre KOL'un "Türkiye'de Sağlık İşletmelerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları" konulu tezi Eskişehir Devlet Hastanesi, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Sosyal Hizmet Uzmanları ile mülakat yapması uygun görülmüştür.

Tasviplerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Hüseyin Seyhan FİDAN  
Sağlık Müdürü

15 OLUR  
.../05/2009

Ahmet KURT  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

## KAYNAKÇA

- Acar, H. ve Duyan, G. “Dünyada Sosyal Hizmet Mesleğinin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi”,**Toplum ve Sosyal Hizmet** 14,1, 2003.
- Altan, Ömer Zühtü. **Sosyal Politika**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Sakatlar ve Türkiye’de Çalışma Sorunları**. Eskişehir: İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayını, 1976.
- \_\_\_\_\_. **Sosyal Politika Dersleri**. Eskişehir: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları, 2006.
- Atauz, Sevil. **Türkiye’de ve Almanya’da Sosyal Hizmetler Ansiklopedik Sözlük**. Ankara: Selvi Yayınları, 1991.
- Aydemir, İshak. “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi SBE, 2003.
- Aydın ve diğerleri. **Uygarlık Tarihi**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 2008.
- Bahle, T. “Changing social service systems in England, France and Germany: towards de-institutionalisation or institutionalisation”, **Journal of European Social Policy**, 13,1: 5-20, 2003.
- Bare, M. **Confronting a Life Threatening Disease**. T. Kerson (Ed), Social Work in Health Settings. NewYork:Longman, 1982.
- Barker, R. **Social Work Dictionary**. NASW: 1999.
- Barker, R. **Social Work Dictionary**. New York: National Association of Social Workers: 2003.
- Boulding, K. E. “The Boundaries of Social Policy”, **Social Work**, 12,1:3-11, 1967.
- Bradford, W., Sheafor, B.W. ve Horejsi, C.R. **Techniques and Guidelines for Social Work Practice**. USA: Pearson Education Inc., 2002.

- Bulut, Işıl. **Sosyal Grup Çalışması**. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Y. O. Sosyal Grup Çalışması Ders Notu, Ankara, 1994.
- Campanini, A. ve Elizabeth F. **European Social Work: Commonalities and Differences**. Roma: Carocci, 2004.
- Cılga, İbrahim. “Türkiye’de İnsan ve Toplum Sorunları Karşısında Sosyal Hizmet”. İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet: **Prof. Dr. Nesrin Koşar’a Armağan**. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Y.O. Yayınları, 2001, 47-59.
- \_\_\_\_\_. **Bilim ve Meslek Olarak Türkiye’de Sosyal Hizmet**. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Y.O. Yayınları, 2004.
- Compton, B.R. ve Gallaway, B. **Social Work Process**. Homewood, III: Dorsey, 1979.
- Cooper, M. ve Rock, D. “Social Work in Primary Care: A Demonstration Student Unit Utilizing Practise Research”, **Social Work in Health Care**, 31, 1, 2000.
- Cowles, Lois A. Ford. **Social Work in The Health Field**, 1999.
- Cummins, Linda K. “Theoretical Frameworks for Social Work Practice”, <http://www.ablongman.com/helpingprofessions/sw/ppt/swpractice/topic2.ppt> (12.11.2008).
- Çavuşoğlu, Turgay. **Sosyal Hizmetlerin Yakın Tarihinden Sayfalar**. Ankara: SABEV Yayınları, 2005.
- Çağatay, Neşet. **Bir Türk Kurumu Olan Ahilik**. Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları, 1989.
- Çakmaklı, Kemal. **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Bütünlenmesinde Tıbbi Sosyal Hizmetin Önemi**. İstanbul: Sermet Matbaası, 1976.
- Çengelci, Ethem. **Cumhuriyet Türkiyesinde Sosyal Hizmetlerin Örgütlenmesi**. Ankara: Şafak Matbaacılık, 1996.
- Dilik, Sait. **Sosyal Güvenlik**. Ankara: Kamu-İş Yayınları, 1991.
- Duyan, Veli. “Sosyal Hizmetin İşlev ve Rollerini”, **Toplum ve Sosyal Hizmet**, Cilt 14, Sayı 2: 1-22, Ekim 2003.
- \_\_\_\_\_. **Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut**. Ankara: 72TDFO Ltd, 1996.

- \_\_\_\_\_. “Tıbbi Sosyal Hizmet”, **Sağlık ve Toplum**, 1: 42-49, Ocak-Mart, 2000.
- \_\_\_\_\_. “Sosyal Hizmetin İşlev ve Roller”, **Toplum ve Sosyal Hizmet** 14, 2: 1-22, Ekim, 2003a.
- \_\_\_\_\_. “Hastaların Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet”, **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi** 25, 4: 39-44, 2003b.
- Duyan, Veli; Sayar Özge ve Özbulut Mahmut. **Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak: Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar İçin Bir Rehber**. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Öncü Basımevi, 2008.
- Erkan, Gönül. “Özür lülüğe İlişkin Modeller ve Sosyal Hizmet Uygulamaları”, **Toplum ve Sosyal Hizmet** 15,2: 31-38, 2004.
- Erkan, Rıza ve Erkan, Gönül. “Darüleytamlar”, Hacettepe Üniversitesi **Sosyal Hizmetler Y.O. Dergisi**, 5, 1: 61-68, Ocak, 1987.
- Friedlander, Walter. **Introduction to Social Welfare**. New Jersey: Prentice Hall Inc., 1963.
- \_\_\_\_\_. **Concepts and Methods of Social Work**. İngilizceden çeviren: Elkin Besi. Ankara: Kardeş Matbaası, 1965.
- \_\_\_\_\_. **Introduction to Social Welfare**. İngilizceden çeviren: Resan Taşçıoğlu. Ankara: Şenyuva Matbaası, 1966.
- Fink, Arthur. **The Field of Social Work**. İngilizceden çeviren: Lütfiye Yasa – Necil Ulusay. Ankara: Balkanoğlu Matbaacılık, 1963.
- Gerek, Nüvit ve Oral, İlhan. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, 2008.
- Gil, David G. “A Systematic Approach to Social Policy Analysis”, **Social Service Review**, 44,4:411-426, December, 1970.
- Gönç, Temmuz. “Sosyal Hizmet Uygulamalarının Temelleri ve Sosyal Hizmet Kuramları”, Eskişehir: (Basılmamış Teksir Not), 2009a.
- \_\_\_\_\_. “Sosyal Hizmetin Genelci Anlayış Doğrultusunda Kuramsal Temelleri ve Uygulama Esasları”, Eskişehir: (Basılmamış Teksir Not), 2009b.

- Göze, Ayferi. **Siyasal Düşünceler ve Yönetimler**. İstanbul: Beta Yayınları, 2000.
- Guerrero, Anna L. **Social Problems**. USA: Pine Forge Pres, 2005.
- Hodge, P. **The Future of Community Development. The Future of the Social Services**. Ed. Robson, William A. ve Crik, B. Penguin Books, 1970.
- III. Milli Sosyal Hizmetler Konferansı. **Türkiye’de Sosyal Değişme ve Sosyal Hizmetler**. Ankara: 1968.
- Johnson, L.C. **Social Work Practice: A Generalist Approach**. USA: Allyn and Bacon, 1998.
- Kirst, Ashman, K.K, Hull. **Understanding Generalist Practice**. USA: Nelson-Hall Inc., 1999.
- Kongar, Emre. **İnsani Yönlendirme ve Sosyal Hizmetler**. Ankara: Şafak Matbaası, 1978.
- \_\_\_\_\_. **Sosyal Çalışmaya Giriş**. Ankara: Sosyal Bilimler Derneği Yay. G-2, 1972.
- Koşar, Nesrin. **Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı**. Ankara: Yargıçoğlu Matbaası, 1989.
- \_\_\_\_\_. **Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı**. Ankara: MN Ofset, 1992.
- Kut, Sema. **Sosyal Hizmet Mesleği: Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri**. Ankara, 1988.
- Küçükkaraca, Nilgün. “Sosyal Sorunlar ve Sosyal Hizmet Eğitimi Üzerine”. Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeniden Yapılanma I. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Y.O. Yayınları, 2002, 80-88.
- Landon, P.S. ve M. Feit. **Generalist Social Work Practice**. Eddie Bowers Publishing: 1999.
- Longres, John F. **Human Behavior in the Social Environment**. Peacock Publishers, 1990.
- Lyons, T.R. **Strengths-Based Social Work Practice**, Wikibooks, 2005.
- Marshall, T.H. **Social Policy**. London: Hutchinson University Library, 1965.

- McMahon, Tony. "Strengths, Justice and Collective Action", Invited Paper given at the National Indigenous Education Conference. Townsville, Qld. On July 2, 2002, <http://faess.jcu.edu.au/downloads/mcmahon.doc> (08.06.2008).
- Mellor, Joanna M. ve Solomon, R. **Geriatric Social Work Education**. Haworth Pres, 1992.
- National Association of Social Workers. **The Social Work Dictionary**. 1987.
- Northern, H. **Social Work Practice With Groups in Health Care**. New York: The Haworth Pres, 1990.
- Okay, Cüneyd. **Belgelerle Himaye-i Etfal Cemiyeti 1917-1923**. İstanbul: Şule Yayınları, 1999.
- Oral, İlhan. "Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları". Doktora Tezi. Anadolu Üniversitesi SBE, 2002.
- Özdemir, Süleyman. **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları, 2004.
- Özdemir, Uğur. **Türkiye' de Psikiyatrik Sosyal Hizmet**. Ankara: Aydınlar Matbaası, 2000.
- Özkalp, Enver. **Sosyolojiye Giriş**. İstanbul: EKİN Basın Yayın Dağıtım, 2007.
- Özkan, Salih. "Türkiye'de Darüleytamların Gelişimi ve Niğde Darüleytamı", **Türkiyat Araştırmaları Dergisi**, 19. sayı: 211-224, Bahar 2006.
- Öztürk H.D. ve diğ. "Tıbbi Sosyal Hizmet (Yayınlanmamış Bir Çalışma), Ankara: H.Ü. Hastaneleri Sosyal Hizmet Bölümü, 1982.
- Pangalangan, E. A. "Social Policy and Planning: A Theoretical Framework and Practical Implications" Asian Regional Seminar on Processes And Approaches To Social Policy Formulation And Special Emphasis On The Role of Social Worker. New Delhi, October, 1977.
- Pilisuk, M., Allister, J. Ve Rothman, J. "Coming Together for Action: The Challenge of Contemporary Grassroots Community Organizing", **Journal of Social Issue** 52,1: 15-37, 1996.

- Pincus, A ve A. Minahan. **Social Work Practice**. Peacock Press: 1973.
- Resmi Gazete. Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği, 26 Kasım 1973 ve 14724 sayı, 1973.
- Rubinow, E. "Medical Social Work". Hospitals. **Journal of American Hospitals Association**, 1943.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. **II. Sosyal Hizmetler Danışma Konseyi**. Ankara: 1963.
- Schatz, M.S., "Milford Redefined: A Model of Initial and Advanced Generalist Social Work". **Journal of Social Work Education** 1, 25: 25-39.
- Schorr, A. ve E.C. Baumheier. "Social Policy", **Encyclopedia of Social Work**, 2:1361-1376, 1971.
- Sheafor, B.W. ve C.R. Horejsi. **Techniques and Guidelines for Social Work Practice**. USA: Allyn and Bacon: 2003.
- Shrage, E. ve Robert F. "Community Organizing: A Call to Action. Canadian Dimension", **Journal of Social Issue** 35,2: March-April, 123-142, 2001.
- Skidmore, R., M. Thackery ve O. Farley. **Introduction to Social Work**. New Jersey: 1988.
- Şahin, Fatih. **Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sosyal Refah Politikası Süreçlerine Katılımı**. Ankara: Aydınlar Matbaası, 2000.
- Şişman, Yener. "Ekonomik Faaliyetlerde Enformelleşme ve Türkiye’de Enformel Ekonomik Faaliyetlerde Çalışanlara Yönelik Sosyal Politikalar". Doktora Tezi. Anadolu Üniversitesi SBE, 1999.
- Talas, Cahit. **Türkiye’nin Açıklamalı Sosyal Politika Tarihi**. Ankara: Bilgi Yayınevi, 1992.
- Teague, D. "Social Services." Hospitals. **Journal of American Hospital Association**, 1972.
- Titmuss, R.M. **Commitment to Welfare**. New York: Pantheon Books, 1968.
- Tomanbay, İlhan. **Sosyal Çalışma Sözlüğü**. Ankara: Selvi Yayınevi, 1999.

- Tomanbay, İlhan. **Türkiye’de ve Almanya’da Sosyal Hizmetler Ansiklopedik Sözlük.** Ankara: Selvi Yayınları, 1991.
- Turan, N. “Tıbbi Sosyal Hizmet”, Ankara: Sosyal Hizmet Akademisi (Basılmamış Teksir Not), 1979.
- Turan, N. “Ankara Onkoloji Hastanesinde Yatan Kanserle Hastalarla Karşılaştırmalı Mediko-Sosyal Bir Araştırma”, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Y. O. Yayınları, 1985.
- Turan, N. **Sosyal Kişisel Çalışma: Birey ve Aile İçin Sosyal Hizmet.** Ankara, 1992.
- Turan, N. **Sosyal Kişisel Çalışma: Birey ve Aile İçin Sosyal Hizmet.** Ed. V. Duyan, Ankara, 1999.
- Yaylacı, Filiz Göktuna. “Sosyal Çalışma Yöntemleri-Toplumla Sosyal Çalışma”, Eskişehir: (Basılmamış Teksir Not), 2009.
- Yalom, I.D., **Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği.** İngilizceden çeviren: A. Tangör ve Ö.Karaçam. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 1992.
- Yıldırım, Ali ve Hasan Şimşek. **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri.** Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2008.
- Yıldırım, Kazım. **Sosyal Hizmet.** Adapazarı: Sakarya Yayıncılık, 2007.
- Zastrow, C. **Introduction to Social Welfare.** (4. edition). USA: Dorsey Pres, 1990.
- [www.fcdl.org.uk/about/definition.htm](http://www.fcdl.org.uk/about/definition.htm) (11.10.2008).
- IFSW, International Federation of Social Workers, (2008), <http://www.ifsw.org/en/f38000138.html> (14. 09. 2008).
- SHÇEK. Kuruluş Yasası, 2828 Sayı ve 1983 Tarih.
- Sağlık Bakanlığı. **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı.** Ankara, 2002.