*Derleme*

# ONKOLOJİ ALANINDA SOSYAL HİZMET UZMANLARININ GÖREVLERİ VE KANITA DAYALI DEĞERLENDİRME[1]

# Tasks of Social Workers in Oncology Settings and Evidence Based Assessment

**Buğra YILDIRIM***
**Melis ACAR****
**Tarık TUNCAY*****

*Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi
İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü
İletişim Yazarı,
e-posta: bugra_yildirim@hacettepe.edu.tr
**Bilim Uzmanı, Sosyal Hizmet Uzmanı
Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi
***Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi
İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü

"*Tedavi ettiğiniz hastalıksa ya kazanır ya da kaybedersiniz. Eğer tedavi ettiğiniz insansa her zaman kazanırsınız.*"

*Patch Adams*

## ÖZET

*Kanser, her aşamasında zorluklar bulunan ve tedavisinde psikososyal faktörlerin etkili olduğu bir hastalıktır. Mide bulantıları, kilo kaybı, saç dökülmesi, duygu–durum sorunları, davranış değişiklikleri, iş yaşantısı ve sosyal ilişkilerde meydana gelen değişiklikler, aile üyelerinin tutumu ve rollerin değişmesi, hastalıkla beraber kişinin bedensel ve psikososyal işlevselliğini tehdit edebilmektedir. Bu nedenle bireyin tedavisinde etkin rol alan sağlık bakım ekibi içerisinde onkolojik sosyal hizmet uzmanına bazı rol ve sorumluluklar düşer. Sosyal hizmet uzmanının, kayıt tutma, hastanın psikososyal değerlendirmesini yapma, ve kanıta dayalı müdahalelerde bulunma gibi görevleri vardır. Bu yazıda kanser gibi doğası itibari ile yaygın ve tehlikeli olan bir sağlık sorunu sosyal hizmet bakışıyla incelenmiştir. Kanser hastasını değerlendirmede kullanılabilecek kanıta dayalı bir değerlendirme formu önerilmiştir.*

***Anahtar Sözcükler:*** *Kanser, onkoloji sosyal hizmeti, onkoloji sosyal hizmet uzmanı, mesleki roller, kanıta dayalı değerlendirme.*

## ABSTRACT

*Cancer is an illness which brings challenges in its every stage and psychosocial factors are effective in its treatment. Nausea, weight loss, hair loss, mood problems, behavioral changes, changes in work life and in social relations , changes of attitudes and roles of family members are the common physical and psychosocial threats for individual's functioning. Therefore, an oncology social worker has some roles and responsibilities within the health care team. Social worker has some professional tasks that include reporting, assessment of patient, evidence based interventions. This article examines the disease called cancer that is very common by its nature, being a dangerous health problem within the scope of social work. In this*

1 Bu çalışma daha önce yayınlanmamış ya da yayınlamak üzere hâlihazırda başka bir yayın organına gönderilmemiştir.

*article, an evidence based assessment form is proposed for assessing the cancer patient.*

***Key Words:*** *Cancer, oncology social work, oncology social worker, Professional roles, evidence–based assessment.*

## GİRİŞ

Kanser ile yüzleşen birey ve ailesi bir çeşit kriz ile karşı karşıyadır. Çünkü ömrünü tehdit eden bir hastalıkla mücadele ediyor olmak, insanların doğal olarak kaygı, öfke, umutsuzluk, depresyon, korku, çaresizlik, huzursuzluk gibi psikolojik ve duygusal tepkiler içeren bir kriz sürecine girmesine neden olur. Stevens ve Ellerbrock (1995; akt.: Güven, 2000)'a göre kriz durumu ise, psikolojik sorunlar yaşayanlar, mevcut durumunun üstesinden gelemediğini düşünenler, etkili başetme stratejileri kullanamayanlar için değişim ve fırsat sağlar.

Kendisini ölüm tehdidi altında hisseden bir hastanın, duygusal ve psikolojik süreçlerini, ekonomik ve aileye ait endişelerini anlamak düşünüldüğü kadar kolay değildir. Genç onkoloji uzmanları kendilerini bu sahada daha iyi eğitmeli ve yine eğitim görmüş onkoloji hemşiresi ve sosyal hizmet uzmanı ile beraber çalışmayı, hastaya yardım edebilmek için öğrenmelidirler (Uluslararası Kanser Savaş Örgütü Yenileme Komitesi, 1983: 180). Hasta, hekimin kendisi ile ilgili olacaklardan endişe duyup duymayacağını, hekim tarafından gösterilen ilginin yoğunluğuna göre özümseyebilir. Kanserli hasta ruhsal açıdan hekimine ve diğer sağlık bakım ekibi üyelerine güven duymak ve onların kendisini sevdiğini hissetmek ister. Bu durum hekimin kendisine olan güveniyle de ilgilidir. Hasta hekimine ne kadar inanırsa onkoloji ekibi tarafından verilecek olan psiko-sosyal destek de dâhil olmak üzere bütün hizmetleri kabullenme süreci o kadar hızlı olacaktır. Ross (1969)'un da vurguladığı gibi, kendisine, ailesine, topluma hatta tıbba yararlı olabilme düşüncesinin, en çaresiz durumlarda bile hastanın yaşam mücadelesini arttırıcı etken olduğu bilinmektedir. Hastanın hastalığıyla tanıştığı ilk andan tedavi süresini de içermekle birlikte taburcu olmasına değin ve hatta sonrasında da psikososyal destek mekanizmalarına ihtiyacı vardır. Bu destek mekanizmaları tedavi boyunca hastanın hem kendisine olan güvenini geliştirecek hem de hastalıkla başetme stratejilerine yardımcı olacaktır. Etkin destek mekanizması oluşturabilmek içinse hastaya yönelik kapsamlı psikososyal değerlendirmelerin yapılması, görüşme formlarının hazırlanması, ölçeklerin kullanılması, önceki uygulamaların kayıtlarının tutulması vb işlemler, onkolojide sosyal hizmetin etkili olması adına yardımcı olacaktır.

Onkoloji hastasına yapılan tedaviler bir ekip işidir ve bu ekip içinde sosyal hizmet uzmanları önemli mesleki işlevler üstlenirler. Kişinin psikososyal sağlığının niteliğine, kişisel motivasyonuna, iyileşme gücüne inancına, istediklerini elde etme tutkusuna, sevgi ve neşenin yaratıcılığına dünya literatüründen bir örnek vererek onkolojide sosyal hizmetin işlevlerine geçmenin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

> *"C.G. Kişisel Bir Hikaye: Doktorlar bana göğüs kanseri teşhisi koymuştu. Tüm kalbimle ve büyük bir inançla çoktan iyileştiğime inanıyordum. Her gün 'İyileştiğim için teşekkür*

*ederim', diyordum. Bunu tekrar tekrar söylüyordum: 'İyileştiğim için teşekkür ederim.' Tüm kalbimle iyileştiğime inanıyordum. Kendimi, kanser vücuduma hiç girmemiş gibi görüyordum. Kendimi iyileştirmek için yaptığım şeylerden biri de çok komedi filmleri izlemekti. Tek yaptığımız buydu, gülmek, gülmek ve gülmek. Hayatıma stresi sokamazdım çünkü iyileşmeye çalışırken stres yaşamak, yapabileceğim en kötü şeylerden biri olurdu. Teşhis konduktan iyileşene kadar geçen zaman yaklaşık üç aydı. Radyoterapi ya da kemoterapi görmedim bile."(Byrne, 2012: 128).*

Onkoloji sosyal hizmetinin üzerinde durmadan önce tıbbi sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet uzmanı kavramları üzerinden hareket etmekte yarar vardır. Duyan (1996)' a göre tıbbi sosyal hizmetin tanımlanmasında çeşitli görüş ve düşünceler görülmekle birlikte temel odak hasta bakım etkinlikleri ile ilgilidir. Tıbbi sosyal hizmet; hastalığı ve tedavisi sırasında hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümü ile uğraşmak amacı ile bireyle çalışma ve grup çalışması yöntemi kullanılan sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanıdır (Freidlander, 1963; akt.: Duyan 1996: 6). Hastaneye yatan her hastanın uygulanan tedaviden en etkili şekilde yararlanması amacıyla sosyal hizmet personelince görülecek ekonomik, sosyal, eğitsel ve destekleyici hizmetler yanında, hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastaneden çıktıktan sonra kişisel ve aile sorunlarının çözümlenmesi gibi hususların tümü tıbbi sosyal hizmet olarak adlandırılır (Resmi Gazete, 1973; akt.: Duyan 1996: 7). Tıbbi sosyal hizmet uzmanları; halk sağlığı, sağlık eğitimi, krize müdahale, destekleyici danışmanlık ve vaka yönetimi de dahil çok geniş hizmetlerin sağlandığı akut ve kronik sağlık bakımı ortamlarında çalışırlar (Sangu, 2009: 3). Tanımlardan hareketle onkoloji sosyal hizmeti, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının onkoloji hastaları odağında ele alınması şeklinde anlaşılır. Ayrıca tıbbi sosyal hizmetin kuramsal kısmı içerisinde de kendisine yer bulması kaçınılmazdır.

**Kanserin Psikososyal Boyutu**

Birey açısından yaşamsal tehdit yaratan, uzun süreli gözlem ve koruma gerektiren, fiziksel görünümde ve fizyolojik yapıda patolojik değişimlere yol açan artirid, diyabet, HIV / AIDS ve kanser türü hastalıklar kronik hastalık tanımlaması içindedir. Kronik hastalıklar, bireyin hayatının temel işlevlerini derinden etkilemekte; önceden kestirilemeyen doğası nedeniyle psikolojik, fiziksel, cinsel, sosyal ve ekonomik yönlerden şiddetli bir baskı yaratmaktadır. Hastalığın etkisiyle fiziksel ve işlevsel kayıplarla yüzleşen bireyler yaşamlarını yeni bir perspektif üzerinden değerlendirmeye başlamaktadırlar (Tuncay, 2007). Kanser gibi kronik bir hastalıkla yüz yüze olan bir birey için yalnızca kemoterapi, radyoterapi, cerrahi operasyon vb. tıbbı tedavi yöntemleri yeterli değildir. İyileşmenin tam anlamıyla sağlanabilmesi için hastaya sunulan sosyal desteğin doyurucu olması, onkolojik tedavi ekibi tarafından da hastanın güçlü yönlerine yapılan vurgunun tatmin edici olması gerekir. Çünkü birey hem hastalıkla tanışmasında hem de tedavi süreci boyunca

sosyal hayatında önemli rollerin değiştiğine tanıklık eder. Bu roller bireyin hayatındaki sorumluluklarından, yaşama bakış açısına, sosyalizasyonundan aile ve iş ilişkilerine, yaşam kalitesine kadar çok çeşitlilik arz eder.

Aile açısından bakıldığında ise kanser, ekonomik yönden de pahalı bir hastalıktır. Ekonomik anlamda yatılı ve ayaktan tedavi sürecindeki harcamalar için lüks bir hastalıktır denilebilir. Onkoloji sosyal hizmeti burada da devreye girmekte bu lüks hastalığın tedavi giderlerinin etkin bir şekilde karşılanmasıyla ilgili çalışmalara, programlara ve sosyal politikalara katkı vermektedir.

Hastalar kanser tedavisinin masrafından dolayı sadece ailelerine yük olduklarını düşünmezler aynı zamanda kendileri için çaba sarf edip derin keder duygusu içerisinde olan ailelerinin etkisiyle sorun çözme kapasitelerini de kaybedebilirler. Böylesine ölümle soluk soluğa gelinen durumlarda hasta ve ailesi bıçağın iki yüzünü oluşturur. Bu sebepten ötürüdür ki onkoloji sosyal hizmetinde hasta birey ve ailesi müdahalenin ana öğeleridir. Dolayısıyla kanserli bireyin güçlenmesinde aile ve çevresinin rolü yadsınamayacağından aile desteklenmektedir. Bu yüzden sosyal hizmet uzmanları, mesleğin aracılık rolü vasıtasıyla birey ve ailesi arasında köprü vazifesini gerçekleştirmekle yükümlüdür.

Sağlık çalışanlarının hasta ile iletişim kurma ya da hastayı bilgilendirme amacıyla kullandıkları dilin uygun olmayışı sonucunda zaman zaman hasta, hastalığını yanlış anlayabilmekte, prognozunu iyi değerlendirmesi güçleşebilmektedir (Öz, 2001). Onkoloji sosyal hizmetini ilgilendiren bu konuda hasta, ailesi ile birlikte kanser hakkında bilgilendirilmelidir. Hastalıkla ilgili bilinç düzeyinin düşüklüğü hastaları güçsüzleştiren bir etkendir. Kanser sadece bireysel değildir, hastanın ailesini de etkileyen bir rahatsızlıktır. Bu nedenle hastayı ailesinden ve çevresinden ayrı düşünmek, kanserle savaş konusunda kesinlikle yersizdir.

Onkoloji hastalarının tedavisinde aile ile işbirliği yapmak, sadece hastaya değil aynı zamanda aileye de destek olmak gerekir. Hekimin hastası ve ailesi ile olan ilişkisinde, gözünden kaçırdığı psikososyal boyutlara odaklanılır. Hekim özellikle sosyal hizmet uzmanından geri bildirimler almalı, aldığı geri bildirimleri tıbbi tedavi süreci içerisine katmalıdır. Aileler ve hasta, kanser ile ilgili kendilerini suçlayabilir. Hasta ve ailesi önemli bir sistem olarak değerlendirilmelidir. Aynı şekilde onkoloji ekibinin görevi hastanın tedavi süreci ile sınırlı olmamalı, hasta ve ailesine kansere sosyal uyumlarında yardımcı olmalıdırlar.

Kanserin toplumsal yansıması yani hastalığın ölüm ile özdeşleştirilmesi kanserle mücadele eden hastaların ufuklarını daraltabilir ve bir nevi hastaları güçsüzleştiren ikinci etken olarak önümüze çıkar. Ayrıca kanser vakalarında hastalığın tanısı ve tedavisi süreci de bireyde pek çok psikolojik soruna yol açabilir.

Ölümcül hastalık denildiğinde ilk akla gelen durumlardan biri olan kanser ile ilgili olumsuz tutumların ve kanser hakkında yapılan yanlış yorumların hastalığı anlamlandırmada payı büyüktür. “Kanser olan her kişi mutlaka ölecektir.” diye toplumda yer eden anlayış profesyonel müdahale sürecini ve

müdahale ekibini etkileyebileceği gibi hastadaki benlik saygısını azaltabilir. Örneğin 60 meme kanserli hasta üzerinde yapılan bir çalışmada (Işıkhan ve diğ., 1997) meme kanserli kadınların büyük bir kısmının aile ve yakın çevrelerinden sosyal destek almalarına rağmen benlik saygılarının beklendiği kadar yüksek olmadığı görülmüştür. Bir yıl sonra 90 kanserli hasta üzerinde yapılan bir başka çalışmada (Işıkhan ve diğ., 1998) aile ve yakın çevresinden sosyal destek alan kanserli hastaların benlik saygılarının yüksek olacağı beklenirken bunun tam tersi sonuçlar elde edilmiştir. Benlik saygısının kişinin kendisini nasıl değerlendirdiğine, gördüğüne, algıladığına ve anladığına ilişkin duygularını içerdiği, göreceli bir süreklilik ile değişime duyarlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda uzuv kaybetme riski ve yeni duruma uyum sağlayabilme kapasitesi, kanser olgularında benlik saygısı kavramını tehdit altında bırakır.

Türkiye Literatüründe kanserli hastalara yönelik psikososyal araştırmalar tarandığında bazı sonuçları paylaşmak yararlı olacaktır. Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri (Şener ve diğ., 1999) üzerine yapılan bir araştırmada hastaların "hayat devam ediyor" ile hastalığın geçeceğine yönelik inançlarının etkin olduğu görülmüş, psikiyatrik belirtiler olarak hastaların kaygılarının yüksekliğinin hastalığın derecesi ile doğru orantılı olarak arttığı saptanmıştır. Bir başka araştırmada (Erkan ve diğ., 2001) hastalar arasında kız çocuklarına göre erkek çocuklarının benlik saygısının yüksek olmasında toplumda erkek çocuklarına daha fazla ilgi gösterilmesinin bu durumu etkilediği belirtilmiştir. Ateşçi ve Diğerleri (2003) tarafından hazırlanan bir çalışmada ise araştırmaya katılan çoğu erken dönemde olan kanser hastalarında depresif duygu – durum ile giden uyum bozukluğu ve majör depresyon tanıları en sık rastlanan iki tanı grubu olmuştur. Bir diğer araştırmada (Barutca ve diğ., 2000) kemoterapi almakta olan hastaların yarısından fazlası depresif duygu durumda bulunmuştur. Bir başka araştırmada (Kılıç ve diğ., 2003) her kademedeki sağlık personelinin doğru, eksiksiz, güvenilir ve sürekli veri toplamasının önemi bir kez daha anlaşılmışken, başka bir araştırmada (Özbek ve diğ., 2003) ise çalışmanın bitiminde şu sonuca ulaşılmıştır: "Onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailesine tanı ve tedavinin beraberinde getirdiği stres faktörlerine uyum aşamalarında yardım ederken bir yandan da bu süreç içinde hastayla birlikte ailesini anlamaya çalışırlar. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları yaptığı çalışmalardan elde ettiği deneyimleri yaptığı araştırma çalışmalarıyla destekleyerek var olan uygulamalarda değişiklik sağlamaya önem vermelidirler."

Kanser hastalarının temel psikososyal gereksinimlerini şöyle sıralamak olanaklıdır (Cope, 1995; Turner ve diğ., 2005; akt.: Tuncay 2010): "Kanser hastası olmaktan kaynaklanan damgalanma sorunundan kurtulma; yakınlarla ve tedavi ekibiyle sağlıklı iletişim becerileri geliştirme; kanser ve tedavi yöntemleri konusunda bilgi edinme; yaşam planını ve önceliklerini yeniden oluşturma; başetme becerilerini geliştirme; aileden ve arkadaşlardan destek alma ve onlara destek verme yeteneğini arttırma; ölüm düşüncesi ve hissinden uzaklaşma; stresi, depresyonu ve anksiyeteyi azaltma ya da ortadan

kaldırma ve kontrol kaybı ile çaresizlik hissini azaltma." Duygusal, ruhsal, sosyal, davranışsal tepkilere yol açan kanserin psikososyal yönüne kaliteli bir değerlendirme ile vurgu yapmak amacı ile onkolojide sosyal hizmet uzmanının görevlerini açıklamak yerinde olacaktır.

**Onkolojide Sosyal Hizmet Uzmanının Görevleri**

Kanser hastalığına ilşkin toplumsal bilgi ve bilinç düzeyi ile bireye yaklaşım biçimi, kanser hastalarının toplumsal ilişki ağlarındaki varlığının ya da bu ağlardan kendilerini izole etmelerinin temel belirleyicisi olmaktadır (Tuncay, 2009). Bireylerin psikososyal işlevselliğinin kanserle birlikte sekteye uğraması fiziksel sağlığın bozulmasının yanında ruhsal ve sosyal sağlığında bozulmasına yol açar. Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarına aşağıda sıraladığımız görevler düşmektedir:

"a) Hastaneye yatmasına karar verilen hasta ve ailesi ile görüşülerek inceleme ve tedavi yöntemleri hakkında kendilerine bilgi vermek.

b) Tedavi masraflarını karşılamaya ilişkin sorunlara, hasta, ailesi hastane ve varsa toplum olanakları ile çözüm yolu aramak.

c) Tedavi sonrasında hasta ve ailede gelişen dirençleri gidermek üzere tıbbi müdahalelerin amacını, yararlarını ve muhtemel sonuçlarını açıklamak.

d) Sıkıntı ve şikayetlerin geçici olduğunu ve sağlığa kavuşmak yönünden önemini belirtmek.

e) Hasta ve ailede gözlenen tepkileri anlayışla karşılayarak dinleme yolu ile duygusal boşalım sağlamak.

f) Moral artırıcı konuşmalarla hastayı rahatlatmak.

g) Varsa ailede hastanın tepkileri ile ilgili yanlış yorumları düzelterek destekleyici ilişkilerin gelişmesini sağlamak.

h) Hasta ve ailesinin yerine getirilmesi mümkün isteklerinin gerçekleşmesinin temine çalışmak.

i) Ameliyat sonucunda bazı yetenek ve işlevlerini kaybeden bir kısım hastaların rehabilitasyon programlarına katılması ve gerekli ise yeni bir işe yerleştirilmeleri konularında yardımcı olmak (Turan, 1984).

j) Hastalığın tetkik ve tedavisinde hasta ve ailesinin uyumlarını kolaylaştırmak.

k) Hasta ve ailesinin psikososyal olarak eski durumlarına dönmelerini ve rehabilitasyonlarını sağlamak, psikososyal bakım planı geliştirmek ve psikososyal desteğe ihtiyacı bulunan hasta ve aileleriyle sosyal kişisel ve sosyal grup çalışmalarında bulunmak.

l) Sağlık bakım olanakları ve kaynaklarının kullanımını kolaylaştırmak, fiziksel ve psikolojik fonksiyonların değerlendirilmesinin ve işe yarar destekleyici kaynakların, olanakların temelini kurmak.

m) Ulaşım ya da finansal yardım gibi hizmetlerde hasta ve ailesinin önüne çıkan engelleri aşmalarına yardımcı olmak.

n) Hastalara hastalıkları, tedavinin planı, ağrılarının üstesinden gelebilmek için seçenekler sunmada danışman olmak.

o) Sağlık ekibinin, hastanın hastalığıyla, tedavisiyle, iyileşmesiyle ilgili sosyal, ekonomik ve duygusal faktörlerin önemini anlamalarına yardımcı olmak.

ö) Hastaların hastaneye yatışlarının yarattığı olumsuz havayı yumuşatmak ve geçici olsa bile, boş zamanlarını değerlendirmek üzere faaliyetler düzenlemek, moral gücünü arttırmaktır (Özet ve diğ., 1998)."

"Konuya toplumsal açıdan yaklaşıldığında sosyal hizmet uzmanları kansere yol açan nedenler ve korunma yolları ile ilgili aydınlatıcı, tanıtıcı faaliyetlerde görev alıp bu önemli sağlık sorunu ile ilgili resmi ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yaparak:

a) Seminer, konferans, sergi, eğitim, kampanyası düzenlemek suretiyle uzun dönemde hastalık hakkında toplumsal bilinç yaratılmasında etkin rol oynamalıdırlar.

b) Kanserli hastaların tedavisi ve kanser kuruluşları için maddi olanak sağlama amacıyla yapılacak faaliyetlerde sosyal hizmet uzmanları görevlendirilmelidir.

c) Bu alanda gönüllü çalışmaları özendirmek ve organize etmek; gönüllü kuruluşlar arasında bütünlük sağlamak; başka bir deyişle söz konusu çabaları güçlü biçimde aynı amaca yönlendirmekte bir sosyal hizmet fonksiyonu olarak düşünülmelidir.

d) Kanser hastaları üzerinden yapılacak psikososyal içerikli araştırmaların yürütülmesi ve değerlendirilmesinde sosyal hizmet uzmanları görev almalıdırlar (Turan, 1984)."

Onkoloji hastanelerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailesine yönelik verilen tedaviden ve tedaviyi sunan ekipten müracaatçılarının ne düzeyde yararlandıklarını, ekibin üyesi olarak kendi uygulamalarından müracaatçılarının ne kadar memnun olduklarını sorgulamalıdırlar. Literatürde vurgulanan görevlere ek olarak; kanser hastalarına duygusal destek sağlamak ve kanser destek grupları gibi psikososyal müdahalelerin hastaların yaşadıkları sürece adaptasyonlarını kolaylaştıracağı göz ardı edilmemelidir. Onkoloji sosyal hizmet uzmanının müracaatçılarına yardımcı olabilmesi için öncelikle kanser hakkında sonrasında da kanserin tanısı, tedavisi ve psikososyal boyutu konularında yeterli bilgiye sahip olması bir zorunluluktur. Ayrıca sürecin baş aktörü kanseri deneyim edinen hasta olduğu için sosyal hizmet uzmanı kolaylaştırıcı bir tavır takınmalıdır. Kolaylaştırıcı rolünü kullanırken uzman bireye karşı eşitlikçi olmalı, onun destek mekanizmalarına katılımını sağlamalı ve verdiği kararlara saygı duymalıdır.

Özetleyecek olursak; onkoloji sosyal hizmet uzmanı, onkoloji tedavi merkezleri ve dünya çapındaki toplum sağlığı hizmetlerinin hem kanser konusundaki bilgisi ve psikososyal etkisi hem de uygulamadaki çok yönlülüğü nedeniyle öncül sağlayıcılarındandır. Onkoloji sosyal hizmet uzmanı koruma, eğitim, savunuculuk, araştırma ve danışmanlık konusunda eğitilmiştir. Onkolojik sosyal hizmet uzmanı, hastaların ve ailelerin psikolojik, sosyal, ruhsal / varoluşsal ve pratik kaygılarına karşı duyarlıdır. Bu yüzden onkolojik sosyal hizmetin görevleri hastalığın her aşamasında çok yönlü ve kapsamlı bir çerçevede olmalıdır. Doğrudan hizmet alanında dünya literatüründe de onkolojik sosyal hizmet

uzmanın, tarama, analiz ve değerlendirme, hastalığa uyum danışmanlığı, bireysel, aile veya grup psikoterapisi, taburculuk planlaması, sevk, savunuculuk ve sosyal değişim sağlama gibi görevleri en belirgin olanlarıdır (Smith ve diğ., 1998). Sosyal hizmet uzmanları hastayı değerlendirmede kombine bir yaklaşım kullanmaktadırlar. Tarama ve ölçme araçlarının kullanılması ise hasta adına psikososyal ihtiyaçlarının aciliyet düzeyini tanımlayabilmek için önemlidir. Ayrıca bu durum, sosyal hizmet uzmanı tarafından uygulanacak olan müdahale tasarımının planlamasını kolaylaştırır. Hasta ve ailesi ile yapılan görüşmelerle birlikte kapsamlı bir psikososyal değerlendirme, hastanın uyum kapasitesinin derinlemesine anlaşılmasına izin verir.

Onkoloji sosyal hizmetinde bir diğer önemli nokta ise, onkolojik uygulamalarda etik ve meslektaşların görevlerinde ne kadar bilinçli oldukları konularıdır. Eğer sosyal hizmet uzmanı onkolojideki görevlerini iyi bilmezse, meslek etiğine uygun davranamaz ve müracaatçısına faydalı olması söz konusu olamaz. Stearns ve diğ. (1993: 271)'ne göre onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, hastaya hastalığının söylenip söylenmemesi, hastanın self–determinasyonu (hastanın kendi kararını kendisinin vermesi), bilgilendirilmiş onam ve yaşam kalitesi gibi sorunlarla gündelik uygulamalarında çok karşılaştıkları ve bu konunun da etik kurallarla açıklanabileceğini belirtmişlerdir.

Onkoloji sosyal hizmeti uygulamalarındaki etik ilkeler ise maddeler halinde şöyle açıklanabilir:

1. Müracaatçılara Bağlılık: Sosyal hizmet uzmanlarının temel sorumluluğu toplumsal sorumluluklarını gözardı etmeden, müracaatçılarının gereksinimlerini esas alarak, onların iyilik durumlarını geliştirmek ve ayrım yapmadan müracaatçıların tümüne aynı isteklikle yardımcı olmaktır (SHU Derneği, 2003: 7).
2. Özerklik İlkesi (Bireye Saygı): Bireyin kendi inançlarına, değerlerine ve yaşam planlarına göre karar verme yetisine sahip olma hakkı tanımaktadır ki; kanser hastalarının kararlarının tümüyle kendine özgü ve ona ait olduğunu ima eder (Ersoy, 2001).
3. Mahremiyet ve Gizlilik: Onkolojide çalışan sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçı ve yakınlarıyla güven ilişkilerine dayalı bir ilişki kurması gerekmektedir. Bazı kanser hastaları toplum tarafından dışlanmak, farklı davranılmak ya da yanlış anlaşılmaktan korkarlar ve hastalıklarını sır gibi saklamak isterler (Işıkhan, 2001). Bu nedenle hastadan elde edilen bilgiler, kendilerine ya da üçüncü şahsa zarar vermedikçe açıklanmamalıdır. Kanserli hasta, mahremiyetinin korunmasını dileme hakkına sahiptir.
4. Zarar Vermeme İlkesi: Onkoloji için bu ilke ile ilgili sakınılması gereken tutum ve davranışlar şu şekilde örneklenebilir; duyarsız bir şekilde gerçeğin hastaya ve ailesine söylenmesi, aşırı yada gereğinden az tedavi yapılması, hastaya herhangi bir yarar sağlamayacak olan külfetli tedaviyi sürdürerek daha fazla sıkıntı çekilmesine izin verilmesi, hastanın gerekli ölçütlerde bilgilendirilmemesidir (Ersoy, 2001).

5. Adalet İlkesi: Her kanserli hastanın neyi hakettiğine yasalara uygun olarak hangi sağlık hizmetlerinden yararlanabileceğine açıklık getirmektedir. Adalet ilkesinin kanser hastalarının da en az diğer hastalığa sahip hastalar kadar eşit hizmet alabilmesine özen göstermesi gerekmektedir. Sınırlı kaynakların dağıtımında bu hastaların kanserli olmalarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Beauchamp, 1989; akt.: Ersoy, 2001).
6. Yararlılık İlkesi: Hasta için yararlı olma, zararı engelleme, iyiliğii yükseltme ödevini yüklemektedir. Bu nedenle hastanın kanseri yenmesi sağlanarak iyiliği yükseltilmeli, yaşam kalitesi arttırılmalı, yarardan fazla zarar görebileceği uygulama yapılmamalı, en azından yarar ile zarar dengelenmelidir (Latimer, 1992; akt.: Ersoy, 2001).
7. Diğer Etik Konular: Kanserli hastalarda yaşamın sonlandırılmasına ilişkin konulardır.
   7.1) Yardımlı İntihar: Bir başka kişinin, hastanın kendi yaşamını sonlandırmasını kolaylaştıracak bilgi, araç ve gereçleri sağlayarak intiharına yardım etmesidir. Ciddi tartışma ortamı yaratan yardımlı intihar, etik açıdan savunulmamaktadır. Tıbbi müdahalelerin hastaya verdiği zararın, yarardan çok fazla olduğu durumlarda; kontrol edilemeyen ve dayanılmaz ağrı, acılar içinde olan hastanın ısrarla rica ettiği durumlarda; hastanın seçiminin özerk ve tekrar olması durumunda hastaya sağlanması ya da bu konuda bilgi vermesi söz konusu olabilmektedir (Ersoy, 2001).
   7.2) Ötenazi: Hastadan başka birinin hastanın yaşamını sonlandıracak eylemi yapmasıdır. Hastanın gönüllü olduğu, gönüllü olmadığı ya da gönüllü olup olmadığını açıklayamadığı durumlar için farklı isimlerle aktif ötenazi, gönüllü ötenazi, istemsiz ötenazi, gönülsüz ötenazi, pasif ötenazi, anılan ötenazi etik açıdan tartışmalı bir konudur (Ersoy, 2001).

Türkiye'de yardımlı intihar ya da ötenazi yasal mevzuatta bulunmamaktadır. Bu kararın alınması çok zordur ve bunda karar mercii sadece hekim değildir. Sosyal hizmet uzmanları dahil tüm sağlık ekibinin ortak çalışma yapması gerekmektedir. Böylesi riskli ve tedavi ekibini zorlayan konularda bile hastanın tedavi sürecine başlamadan önceki psikososyal değerlendirilmesinin iyi ve kapsamlı yapılması karar almada yol gösterici olabilir. Bu sebeple olsa bile onkoloji sosyal hizmetinin kanıta dayalı değerlendirme araçlarının onkoloji hastanelerinin sosyal hizmet birimlerinde oluşturulması gerekmektedir.

**Hasta Değerlendirme Formlarının Hazırlanması**

Diğer mesleklerde olduğu gibi sosyal hizmet uzmanları da, iyi kararlar verebilmek için bilgiye gereksinim duyarlar. Yegidis ve Weinback (2005), sosyal hizmet uzmanlarının, hem yapacakları müdahalelerinde başarı olasılıklarını arttırmak hem de başarılı olup olmadıklarına karar verebilmek için bilgiye ihtiyaç duyduklarını ifade etmektedir (Akt.: Özkan ve Çiftçi, 2012). Kongar (1972) ve Trevithick (2008), sosyal hizmetin, bütün diğer meslekler gibi çeşitli kaynaklardan bilgi aldığını ve sosyal

hizmet uzmanlarının bilgi edinme ve bu bilgiyi kullanmanın yanısıra uygulama deneyimlerine dayalı olarak da yeni bilgi temeli oluşturduklarını belirtmektedirler (Akt. Duyan, 2012: 45).

Trevithick (2008)'e göre sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarla/danışanlarla genellikle kendilerinin geliştirdikleri yol ve yöntemlerle çalışmaktadırlar. Bilgi ve becerilerin bu yolla aktarılabilmesi, kimi zaman "uygulamada kazanılan bilgelik" olarak adlandırılmaktadır. Bu belirli bir uygulama durumunda hangi eylemin daha etkili olacağı hakkındaki kişisel ve mesleki deneyimden elde edilen bilgiyi tanımlamaktadır. Ancak uygulamadan kazanılan bilgelik ve el yapımı bilginin bilgi oluşturma, aktarma ve uygulamanın etkililiği ile bilgilendirme konusunun kapsamını ve sınırlarını değerlendirmek için güvenilir mekanizmalar yaratma güçlüğünü ortaya çıkarmaktadır. Var olan bu durum uygulayıcıların bilgi geliştirme potansiyelini engellemektedir. Johnson (1998) ise, uygulama deneyiminden elde edilen bilginin "neden, algı, düşünce ve değer" kavramlarını ayırmada yetersiz kalmasını, sosyal hizmet bilgisinin önemli sorunlarından biri olarak göstermektedir. İnsani durumlar ve müracaatçı - sosyal hizmet uzmanları ile ilgili çeşitli değişkenlerden kaynaklanan sorunlar, yeterli tanımlama ve tanımlamadaki birliğin olmamasından kaynaklanan sorunlar da sosyal hizmet bilgisinin içerdiği sorunlar arasındadır (Akt. Duyan, 2012: 46).

Sheldon (1998) kanıta dayalı sosyal hizmeti; ihtiyaç içindekilerin refahı ile ilgili kararlarda, en güncel ve en iyi araştırma bulgularının özenli, açık, mantıklı ve sağduyulu bir şekilde kullanılması olarak tanımlamıştır. Cournoyer ve Powers (2003) kanıta dayalı uygulamayı şu şekilde açıklamışlardır: Kanıta dayalı uygulama, profesyonel yargı ve davranışların birbirinden ayrı ve bağımsız olan iki ayrı prensip tarafından yönlendirilmesidir. İlk olarak, uygulama, mümkün olduğunca, belli müdahalelerin belli bir grup müracaatçı veya müracaatçı sisteminde uygulandığında tahmin edilebilir, yararlı ve etkili sonuçlara neden olacağını gösteren ampirik araştırma bulgularına dayandırılmalıdır. İkinci olarak, her müracaatçı sistemi, süreç içinde, uygulayıcının çalışmalarının sonucu olarak ne tür çıktılar elde edildiğine dair bireysel olarak değerlendirilmelidir (Akt. Polat, 2010).

Tüm bu bilgilere bakarak özetle diyebiliriz ki ; tek başına deneyim çok fazla bir anlam ifade edememekte ve etkisi zayıf olabilmektedir. Deneyimlerin kanıta dayalı bir şekilde tanımlanmış olarak ortaya konulması, etkililiğini arttırmasının yanısıra itibar da getirecektir. Zira deneyimlerin kanıta dayalı bir şekilde sunulması, mantıklı sebeplere dayalı bir şekilde objektif olarak yargılanmasını ve uygun eleştirel düşünce süreçlerinden geçmesine olanak sağlayacaktır. Bu da şu vurguyu yapmayı gerektiriyor; müdahalelerin başarı olasılığını arttırmak ve karar verme aşamasında iyi seçimler yapabilmek için eğitimde alınan bilgiler ve mesleki deneyimler yeterli olmayacağından, sosyal hizmet uzmanlarının bilgilerini sürekli olarak güncellemesi önemlidir. Veri toplama-bilgi üretme sürecinde kullanacağı her bir materyal ve kaynak, sosyal hizmet uzmanlarının müdahalelerini kullanılabilir ve uygulanabilir hale getirmeyi hedeflemeli, bunun ardından de etkin olan ve etkin olmayan yöntemleri farketmesine olanak sağlayabilmelidir. Bu yüzden, onkoloji sosyal hizmetinin kanser

hastalarının ve ailelerinin psikolojik, ekonomik ve sosyal koşullarını ortaya koyarak sorunu, kaynakları, amaçları, hedefleri ve hastanın sorununa uyan uygulanabilir müdahaleleri tanımlamak için değerlendirme formları geliştirilmesi fikri ortaya çıkmıştır.

Geliştirilen bu değerlendirme formları aracılığıyla onkoloji hastaları ile çalışan bir sosyal hizmet uzmanı müdahalede bulunacağı hastayı, hastalığın kendisinin getirdiği ek sorunlarda dâhil olmak üzere fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik koşulları ile değerlendirir. Çünkü hastanın sorunlarının doğru bir şekilde tespit edilmesi ve bu sorunların çözümü için müdahalenin ne ya da neler olabileceğinin akılcı ve isabetli bir şekilde kararının verilmesi gerekir. Zira doğası gereği kanserli bir hasta zaten hassas ve kırılgan bir durumdadır. Dolayısıyla hastanın değer ve beklentilerinin elde edilen mevcut bilgiler ışığında tatmin edici bir şekilde karşılanması için kanıta dayalı bilgilere ihtiyaç vardır. Böylece hastanın sahip olduğu koşulları ve tercihleri mevcut kanıtlarla birleştirilerek sosyal hizmet müdahalesinin etkililiğini arttırmak ve geliştirmek mümkün olacaktır. Sonuç olarak etkin olmayan müdahalelerle hem hasta ve ailesi açısından, hem ekip üyesi diğer sağlık personeli açısından hem de sosyal hizmet uzmanları açısından emek, zaman ve kaynak kaybını önlemek mümkün olacaktır. Bu yüzden onkoloji sosyal hizmetinin, bireyin ve ailesinin yaşadığı kriz aşamasında, hastanın güçlü yönlerine yapılan vurgulamalarda ve hastaya sağlanan sosyal destek mekanizmalarına etkili bir şekilde katkı sağlayabilmesi için hastaya yönelik değerlendirmeyi iyi yapabilmesi gerekir. Yapılacak olan değerlendirmeler kanıta dayalı ve kapsamlı olmalıdır. Böylece alanda çalışan uygulayıcılar tarafından sistematik ve devinimsel veri toplama – bilgi üretme süreci başlamış olur.

Bu gereksinimlerden dolayı mesleğin uygulayıcılarının gelişimine katkıda bulunmak amacıyla Hacettepe Üniversiteleri Onkoloji Hastanesi Sosyal Hizmetler Birimi'nde yürütülen bir çalışma sonucunda hasta değerlendirme formu hazırlanmıştır. Aşağıda form yer almaktadır. Form doldurulurken sistematik bir görüşme yapılabilmekte böylelikle elde edilen bilgiler, aşama aşama belli bir düzende sunulmaktadır. Bu bilgiler hastanın sosyal, ekonomik özelliklerinin yanısıra aileyle, işle, çevreyle, toplumla ilişkileri ile ilgilidir. Hastalık süreci ile ilgili bilgiler tanıyı almadan önceki zamandan başlayıp, görüşmenin yapıldığı ana kadar devam etmektedir. Böylece hastanın ve/veya yakınının bilişsel ve duyuşsal süreçleri hakkında bilgi edinilmesi ve bu süreçlerde değişme olup olmadığı, olduysa ne yönde gerçekleştiği belirlenebilmektedir. Çoğunlukla hastanın nasıl bir müdahaleye ihtiyaç duyduğunu anlamaya yönelik bilgilerin elde edilmesi hedefine ağırlık verilmiştir. Böylece müdahale planı ve müdahalenin niteliğinin ne olacağının belirlendiği arka kısım için veriler elde edilmiş olmaktadır. Amaç hastanın ve yakınlarının gereksinim duyduğu müdahale ve hizmeti isabetli bir şekilde almasını sağlamaktır.

Kanser hastasını sağlık, aile, sosyal güvenlik, ekonomik vs. çok sistemli bir yapının parçası olarak kabul edecek olursak, sorunun tespitinde ve müdahalenin belirlenmesinde gerekli tüm sistemlerin değerlendirilmesi ve gözönüne alınması zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır. Aksi takdirde gerçek

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Sosyal Hizmetler Birimi
Hasta Değerlendirme Formu …. /…. / …….

| | | |
|---|---|---|
| Hastanın adı-soyadı: | Yaşı: | Cinsiyeti:<br>K ( ) E ( ) |
| Dosya no: | Bölümü: | |
| Teşhisi: | Giriş /yatış tarihi: | |

Görüşme nedeni

İletişim bilgileri

Adres:

Telefon: İletişim kurulabilecek yakını:

Sosyo-ekonomik değerlendirme

Medeni durum:
Bekar ( ) Evli ( ) Dul ( ) Boşanmış ( ) Nişanlı /sözlü ( )

Eğitim durumu: Sosyal güvencesi:

Çalışma durumu :
Çalışıyor ( ) ……..
Çalışmıyor ( ) ……

Aylık gelir miktarı : …….. Varsa başka gelir kaynağı :
…….

Birlikte yaşanan kişiler ve yakınlık dereceleri

| | |
|---|---|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |

Tıbbi ve Görüşme özeti

Teşhis sonrası yaşanan değişiklikler (tutum ve davranışlar)

Tanı aldıktan sonra karşılaşılan sorunlar
(ekonomik, çalışma yaşamı, gündelik yaşam, ilişkiler vs.)

| | |
|---|---|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |

Bu sorunları çözmek için neler yaptınız? İşe yaradı mı? Nasıl?

Görüşülen kişi / kişiler

( ) Hasta
( ) Hasta yakını ……..
( ) Sağlık personeli ……
( ) ……..

Değerlendirme ve gereksinimleri belirleme

Hastanın beklentileri:

Fiziksel değerlendirme:

Duygusal değerlendirme:

Bilişsel değerlendirme:

Sosyal destek koşulları:

Yaşam koşulları:

İlişkiler:

Sorunun tespiti ve müdahale planı

Uygulamalar

Acil gereksinim karşılama: Danışmanlık:

Psikolojik destek: Eğitim / beceri geliştirme:

Kaynak bulma / kişi ve kurumlarla iletişim: Havale:

Sonuç

Formu dolduran : .....

İmza : .....

Şekil – 1. Hasta Değerlendirme Formu Ön ve Arka Yüzü

sorunun ortaya konulamaması ve doğru müdahalenin yapılamaması riski vardır. Zaten bu formun etkililiğini artıran en önemli özelliği; eğer bilgi alma aşaması, doğru bir şekilde gerçekleştirilecek olursa, sorun ve hedeflerin ne olduğunun kolayca netleştirilebilmesidir.

**Hasta Değerlendirme Formlarının Uygulanması**

Öncelikle hasta hakkında dosyasından ya da hastanede otomasyon sistemi varsa sistemden alınması gereken tüm bilgileri (adı-soyadı, dosya no, yaş, cinsiyet, sosyal güvencesi, tanısı, hangi bölümden yatış yapıldığı, geçmiş epikrizlerinden hastalığının öyküsü, kaçıncı yatış olduğu, hangi bölümler tarafından takibinin yapıldığı, ücretli işleme tabi tutulmuşsa ücret problemi olup olmadığı, geldiği yer vs gibi) alarak hastanın yanına gitmeliyiz. Bazı bilgileri biz zaten biliyor olsak da hasta ile iletişim kurmamızı kolaylaştırmak amacı ile bunları stratejik olarak kullanırız. Formun doldurulması ilk görüşmede yapılmaktadır ve genelde sorular, forma bakarak değil de bir sohbet havasında yöneltilmektedir. Görüşme esnasında; "Merhaba, nasılsınız? Ben sosyal hizmet biriminden geliyorum. Yatan hastalarımızı değerlendirmek amacı ile ziyaret ediyoruz. Öncelikle geçmiş olsun. Bu sizin ilk yatışınız mı? (ya da 2., 3., 5. yatışınız mı?, ya da Kaçıncı yatışınız?) gibi bir giriş yaptıktan sonra "Tanınızı biliyor musunuz?" diyerek hastalığı hakkında ne kadar bilgisi var anlamaya çalışırız. Bazen hasta yakınları, tanıyı hastanın kendisinden sakladıkları için böyle bir durum olup olmadığını anlamış oluruz. Hastalar genellikle hastalığın ilk belirtilerinden başlayarak teşhis konulup tedavinin belirlenmesine kadar geçen süreci anlatmaya başlamaktadırlar. Bu arada biz duruma göre "Yaa… hımm… öyle mi?" gibi tepkilerle hastanın anlatmaya devam etmesini teşvik eder, onu dinlediğimiz mesjını beden dilimizle ve sözel olarak veririz. Uygun olan aralarda da diğer sosyodemografik bilgileri öğrenmeye yönelik soruları yöneltebiliriz; "Bu esnada yanınız da kim vardı? Çocuk var mı peki? Ne yapıyorlar, okuyan, çalışan, evli olan? Çalışıyor musunuz? Nerede çalışıyorsunuz? Nereden emekli oldunuz? Evde sizinle beraber kalan kimler var?" gibi.

"Peki tanıyı aldıktan sonra neler oldu?", "Hayatınızda neler değişti?", "Siz kendinizde ne gibi değişiklikler yaşadınız?", "Fark ettiğiniz olumlu ya da olumsuz ne gibi değişiklikler oldu?", "Çevrenize karşı ya da çevrenizdekilerin size karşı tutum ve davranışlarında bir farklılık oldu mu? Ne gibi…?" gibi sorular yönelterek hastanın teşhis sonrasında tutum ve davranışlarında yaşadığı değişikliklere ve hangi alanda sorunlarla karşılaştığına yönelik bilgiler elde ederiz. Bu bilgiler bize hastanın bilişsel ve duygusal durumunu, sosyal destek koşullarını, yaşam koşullarını ve ilişkilerini değerlendirmemize yardımcı olacak ipuçları elde etmemizi sağlar. "Peki bunlar sizi nasıl etkiledi?", "Bu değişiklikler size iyi geldi mi?", "Karşılaştığınız bu sorunu çözmek için herhangi bir şey yaptınız mı/denediniz mi?, Neler yaptınız?", "İşe yaradı mı?", işe yaramadığını söylerse "Peki sizce bunun nedeni ne?", "Nasıl olmasını isterdiniz?" "Neyin farklı olmasını dilerdiniz?" gibi soruları yönelterek de hastanın başetme becerileri, güçlü ve güçsüz olduğu yönleri ve beklentilerini belirleyebiliriz. Çoğunlukla hastalar "Bir an önce iyileşmek istiyorum. Sağlığıma kavuşmak ve eve gitmek

istiyorum" yanıtlarını verirler. Hangi yanıtı verirse versin "Ne olursa size iyi gelir?", "Bunu gerçekleştirmek için neye ihtiyacınız var?", "Ne yaparsanız ya da yapacak olursanız bu isteğinizi gerçekleştirebilirsiniz?" diye sorarak beklentilerinin objektifliği, somutluğu ve gerçekleştirilebilir hedefler belirleyip belirlemediği hakkındaki farkındalıklarını arttırmak amaçlanır. Nihayetinde de uzman olarak, hasta ile birlikte ve hastanın önderliğinde sorunun ve müdahale planımızın ne olduğunu tespit ederiz. Hangi uygulamaları yaptığımızı, gerekçesi ile belirttikten sonra, sonuç kısmına da, süreç hakkındaki izlenimlerimizi, nasıl sonuçlandığını kaydederek değerlendirmeyi tamamlarız. Böylelikle kullanmış olduğumuz bu form aracılığıyla hem sosyal hizmet uygulaması kayıt altına alınmış olacak, hem derli toplu bilgi alınmış olacak, hem hastanın yüksek yararı gözetilerek yapılan müdahalenin işlevsel olması sağlanacak, hem uzman kendi sürecini eleştirel olarak kontrol etme imkanı bulacak ve son olarak da bu kayıtlar üzerinden, kanıta dayalı çalışmaların gerçekleştirilmesine dayanak oluşturulmuş olacaktır.

Bu formu kullanarak yapılan görüşmeler ile mesleki anlamda işimize yarayacak belirli bilgiler kolayca elde edilmektedir. Tahmin edilebileceği gibi örnek olarak verilen sorular başlangıç soruları niteliğindedir. Uzman uygun göreceği başka döngüsel sorular da yönelterek ve görüşme tekniklerinde uyulması gereken hususlara da dikkat ederek daha fazla farklı sorular da yöneltilebilmektedir. Aynı zamanda uzman, hastayı her anlamda çok iyi gözlemlemelidir. Nihai hedef; hasta ile birlikte sorunun kavramlaştırılabilmesini sağlamak amacı ile derinlemesine bir keşif gerçekleştirmektir. Zira, sosyal hizmet uzmanları sorun alanını derinlemesine keşfetmeden önce çözüm önerme yanlışına düşmemek adına buna dikkat etmelidir (Zastrow, 1999; Akt. Duyan, 2012: 230). Çünkü hastanın kendisi ve sorunları yeterince anlaşılmadan eksik bilgi ile yapılacak müdahalenin, etkili olmama gibi bir riski vardır. Eksik ve etkisiz yapılmış bir müdahale hastada sorununun çözülemez olduğuna dair yanlış bir yargıya varmasına, kendine güveninin sarsılmasına ya da daha da azalmasına ve sosyal hizmet uzmanlarına karşı da ilgilenmedi, hiçbir şey yapmadı, işimi halletmedi gibi olumsuz bir önyargı oluşmasına neden olabilir.

Uzun yılların deneyimi ile alanda özveri ile çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından hastalarla yapılmış görüşmelere tanıklık eden Stajer sosyal hizmet uzmanları profesyonel anlamda görüşme yapamayacaklarını, bunu başaramayacaklarını düşünerek kendilerine güvenlerinin kaybolduğunu ve başarılı görüşmeler ve müdahaleler yapmak için ne kadar zamana gereksinimi olduklarına dair kaygılarını dile getirmişlerdir. Bazen de sağlık alanında yeni ataması yapılmış olan meslektaşlarımızın neler yaptığımızı, hastalarla nasıl görüşme yaptığımızı öğrenmek amacı ile danışmanlık almaya geldiklerinde, yaptığımız işi tam olarak anlatmamın yolu bulunamamıştır. Her ne kadar eğitimimiz esnasında aldığımız bilgileri hayata geçirdiğimizi söylesek te bunun nasıl yapıldığına dair kafalarındaki soruların açıklığa kavuşmadığını sezebilmekteyiz. Yani bu formun oluşturulmasının temelinde diğer meslektaşlarımızın katkısının da olduğunu söylenebilir. Bu form nasıl görüşme yapıldığını göstermektedir. Bu formun

kanıta dayalı onkoloji sosyal hizmetinin değerlendirmesi ve uygulamasına uygun olması için ise formda yer alan psikolojik ve sosyal işlevlerle ilgili soruların çeşitli ölçekler kullanılarak sorulması gerekir.

**Değerlendirmenin Kanıta Dayalı Olmasının Temel Ölçütü: Ölçek Kullanımı**

Günümüzde, kanser gibi, kronik hastalıklarda tedavi eksenin hastalık odaklı yaklaşımlardan hasta odaklı yaklaşımlara kaymaya başladığı gözlemlenmiştir. Kabaca sağlık bakım hizmetlerinde hastalık merkezli anlayıştan, hasta merkezli anlayış kavramına doğru bir değişim yaşanmaktadır (Taş ve Yılmaz, 2008). Şu durum tedavi sürecinde göz ardı edilemez; hasta odaklı yaklaşımın merkezinde hasta için hastalığın önemi ve onu nasıl anlamlandırdığı yatar. Onkoloji sosyal hizmetinin merkezinde hasta odaklı yaklaşımların uygulamada belirtilebilmesi için iyi bir psikososyal değerlendirme şarttır. Bu doğrultuda onkolojik uygulamada profesyonellerin özenle hazırlamış oldukları değerlendirme formlarının içinde bireyin psikososyal işlevsellik değerlendirmesine katkıda bulunmak için bazı ölçekler kullanılabilir. Kullanılacak olan genel amaçlı ölçekler bireyi bir bütün olarak yaşadığı çevreyle birlikte değerlendirmeye yardımcı olacağı gibi daha somut ve kanıta dayandırılmış olan verilerin toplanmasını kolaylaştıracaktır.

Kurumların personellerine sunduğu fiziki ortamların yetersizlikleri ve az sayıda bulunan onkoloji hastanelerindeki hasta sirkülasyonu göz önüne alındığında tabiki her hastaya hastanelerde ölçek uygulamak zor bir iş olacaktır. Bu nedenle özenle hazırlanan değerlendirme formlarındaki sorulara hastaların cevap veremediği durumlarda, görüşmeyi yapan uzmanın gerekli gördüğü hallerde ve hasta değerlendirme formunda bulunan değerlendirme ve gereksinimleri belirleme kısmında yer alan alt başlıklar içerisinde görüşmecinin elde ettiği bilginin güvenilirliğini desteklemek amacıyla bazı hastalara değerlendirme formu ile ölçek uygulanması işlerliği kolaylaştıracaktır. Hastaların sorulara cevap verememesi hususunda soruları anlayamamış olması gibi bir durum söz konusu olabilir. Her ne kadar onkoloji sosyal hizmeti kapsamında hazırlanan değerlendirme formları sosyal hizmet uzmanı tarafından yüz yüze, mülakat yöntemi ile doldurulsa da ve hastadan bilgi alabilmek için kendisinin anlayabileceği bir dil kullanılsa da, hasta olur formlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan bir araştırmada (Vehid ve diğ., 2006) bilgi formunun hazırlanma işleminin, formun anlaşılabilirliği için en önemli kısım olduğu, daima dikkate alınması gerektiği, sekiz yıllık eğitim düzeyine göre hazırlanmasının makul olduğu önerilmiştir.

Dikkat edilmesi gereken bir başka konu da hangi hasta grubuna ihtiyaç dâhilinde hangi ölçeğin uygulanması gerektiğidir. Onkoloji sosyal hizmetinin kanıta dayalı uygulamasının gerekli hallerde kolaylıkla desteklenmesi için çocuk hastalara, erkek – kadın – ergen hastalara, hastanın ailesine, hastanın yaşam koşullarına, sosyal destek koşullarına, duygusal ve bilişsel değerlendirmelerine yönelik ayrı ayrı ölçekler kullanılmadır. Yalnız ihtiyaç halinde birden fazlası eşleştirilerek de uygulanabilir. Örneğin erkek yetişkin hastalara ve duygusal değerlendirmelere yönelik tek bir ölçek veya ayrı ayrı iki ölçek kullanmak da yeterli olabilir.

Hasta değerlendirme formlarını kanıta dayalı uygulama temelinde güçlendirmek amacıyla kullanılabilecek ölçekler şu şekilde özetlenebilir:

Hastanın ailesinin işlevlerini değerlendirmeye katkı sağlamak ve ailenin hastalığa bakış acısını anlamak amacıyla Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılabilir. Hem kolaylıkla vaka seçebilmek hem de hastaların sosyal destek sistemlerini nasıl değerlendirdiklerini öğrenebilmek amacıyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (SDÖ) başvurulmalıdır. Erişkin hastanın depresyon safhasında görülen bilişsel hatalarını ölçmek ve bilişsel değerlendirmesine katkı sağlamak amacıyla Bilişsel Hatalar Ölçeği (BHÖ), erişkin hastaların öz bildirimi hakkında yorum yapabilmek amacıyla Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), erişkin hastaların beklentileri hakkından bilgi sağlayabilmek amacıyla Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ), erişkin hastaların sosyal becerileri hakkında yorum yapabilmek amacıyla Kendinin Tanımlama Envanteri (Sosyal Beceri Envanteri), erişkin hastaların yaşam koşullarının değerlendirilmesine katkıda bulunmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Yaşam Kalitesi Envanteri (WHOQOL-BREF TR), erişkin – ergen – çocuk hastaların duygusal açıdan değerlendirilmelerine katkıda bulunabilmek amacıyla her bir hasta grubuna uygun görülen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ), Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖÖ) kullanılabilir. Çocuk hastalar hakkında değerlendirmeye katkı sağlamak amacıyla çocuktaki bilişsel çarpıtmalarla ilgili fikir sahibi olmak için Çocukluktaki Olumsuz Düşünceleri Değerlendirme Ölçeği (ÇODDÖ), çocukların yaşam koşulları ile ilgili yapılacak olan değerlendirmeyi desteklemek amacıyla Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kıd - KINDL) kullanılabilir. Ayrıca ihtiyaçlara göre değerlendirme formunu desteklemek amacıyla kullanılabilecek ölçekler çeşitlendirilebilir.

## Sonuç

Onkoloji sosyal hizmetinin bünyesinde yer aldığı kurumlar tarafından sadece " sosyal yardım hizmetleri" şeklinde adlandırılmaması, bunun ötesinde "destekleyici ve psikososyal sağlığı geliştirici hizmetler" şeklinde tanımlanması gereklidir. Ünlüoğlu (1999)'a göre artık cerrahi, tıbbi ve radyasyon tedavilerine ek olarak psikososyal yaklaşımlar gündeme gelmiş ve hastalığın iyileşme ya da gerilemesinde oldukça büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Herhangi bir disiplin içerisinde normalin tek bir tanımının olmadığını düşünürsek (Corcoran ve Walsh, 2006: 12) hangi uzmanlık dalında olursa olsun kendisi ile yüzleşebilen doktor, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanının hastalara daha yararlı olduğu ise günümüzde bilinen ve kabul edilen bir gerçektir. Öyleyse sosyal hizmet uzmanı açısından hizmetlerin etkinliğini artırabilmek için öncelikle onkoloji sosyal hizmetine ve kansere yönelik nitelikli araştırmaların yapılması, klinik bilgi repertuarlarının genişlemesi gerekir. Özellikle kanserin psikososyal boyutu ve güçlendirmeye yönelik yeni tutumlar üzerinde zihinleri çalıştırmak, onkoloji alanında sosyal hizmet disiplininin ve uygulamasının etkinliğini artırabileceği düşünülebilir. Çünkü hangi alanda çalışırsanız çalışın kümülatif ve kolektif bilgi temeliniz

olmaz ise kuramınızı uygulamaya dökmeniz zor olacaktır.

İkinci olarak onkoloji alanında çalışacak sosyal hizmet uzmanlarına lisans eğitimlerinde aldıkları danışmanlık desteğine ilaveten alanda ekstra süpervizyon desteği sunulmalıdır. Bu konuda alanda çalışan deneyimli meslektaşlara yorucu görevler düşmektedir. Günümüzde kanser ile ilgili analizlere bakıldığında tedavinin etkili ve yetkin olabilmesi için hastalar, aileleri, sağlık bakım uzmanları ve tedavi ekibi, tıbbi bakım sistemi bir bütün olarak değerlendirilmektedir. Bu bütünün içerisinde bir parça olarak onkoloji sosyal hizmetinin ön plana çıkması nitelikli, kendini iyi yetiştirmiş, gelişime ve değişime açık sosyal hizmet uzmanlarının sayesinde olacaktır.

Üçüncü olarak Üniversiteler, Hastaneler, İl Sağlık Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı birbirleri ile koordineli olarak makro düzeyde kurumları bilinçlendirici sunumlar hazırlayabilirler, toplumu kanser konusunda aydınlatıcı politikalar üretebilirler. Onkoloji sosyal hizmetinin ne iş yaptığını, ne işe yaradığını, ilgi düzeyinin ne olduğunu toplumun her kesiminin öğrenmeye hakkı vardır. İlaveten üniversitelerde bulunan sosyal hizmet bölümleri, tıp ve hemşirelik gibi sağlık disiplinlerinin müfredatına "Tıbbi Sosyal Hizmet" dersini koydurabilmek için baskı yapmalıdırlar. Onkoloji alanındaki sorunları görünür kılmak ve toplumda farkındalık yaratmak, bilinç geliştirmek amacıyla basın – yayın organlarıyla irtibat halinde olmak da konuya ayrı bir bakış açısı sağlar. Onkolojide sosyal hizmetin yapılacak araştırmalarla ve tartışmalarla geliştirilmesinde yarar vardır. Makalenin önerdiği değerlendirme araçları uygulamada sorun yaşayan sosyal hizmet uzmanları arasında onkoloji alanında yeni değerlendirme ve destekleme ölçütleriyle ilgili oluşacak tartışmaları geliştirebilir.

Özel bir uygulama alanı olarak onkolojik sosyal hizmet sosyoekonomik, kültürel ve etnik çeşitliliğe sahip gruplara uygun nitelikte hizmetlerin oluşturulmasına özen gösterilmelidir. Bu durum sadece programların ve tedavi modellerinin geliştirilmesini değil aynı zamanda eş zamanlı uygulama ve müracaatçı ve müracaatçı grupları için hangi program ve müdahalelerin en etkili olduğunu belirleyen değerlendirme çalışmalarını da gerektirir. Kanıt-temelli müdahaleler tüm kanser hastaları ve yakınları için erişilebilir olduğunda hastalar ile sosyal hizmet müdahalesinin sosyal yararları yüksek olacaktır. Onkolojik sosyal hizmetin 21. yy'da sürdürülebilmesi için, sosyal hizmet temel eğitimi ile etkili ve kaliteli bakım sunumuna uzmanları hazırlayan sürekli mesleki gelişim fırsatları sağlanmalıdır (Zebrack ve diğ., 2008).

## KAYNAKÇA

Ateşçi, Ç. F., Oğuzhanoğlu, K. N., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). "Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler", Türk Psikiyatri Dergisi, 14 (2), s. 145 – 152.

Barutca, S., Karagözlü, A. Üstün, H., Kundak, I., Meydan, N., Öztop, İ., Yılmaz, U. ve Alakavuklar, N. M. (2000). "Adjuvan Kemoterapi Alan Erken Evre Meme Kanseri Hastalarında Depresyon ve Hastaların Duygu Durumlarını Olumsuz Etkileyen Faktörler", Türk Hematoloji – Onkoloji Dergisi Dergisi, 10 (4), s. 217 – 221.

Byrne, R. (2012). The Secret. İstanbul: Artemis Yayınları.

Corcoran, J. ve Walsh, J. (2006). Clinical Assesment and Diagnosis in Social Work Practice. New York: Oxford University Press.

Duyan, V. (2012). Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri (Birinci Baskı), Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları.

Duyan, V. (1996). Tıbbi Sosyal Hizmet (Sağlıkta Psikososyal Boyut). Ankara: 72TDFO Bilgisayar Yayıncılık Ltd. Şti.

Erkan, G., Çamur, G., Altun, M., Çalık, Y., Çetiner, B., Çevik, D. ve Düzgöl Ş. (2001). "Kanserli Çocukların Benlik Saygısı Üzerine Bir Araştırma". Karataş K (ed). Sosyal Hizmet Sempozyumu 96 – Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Sosyal Hizmet Bildiriler Kitabı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokul Yayını, s. 220 – 227.

Ersoy, N. (2001). "Kanserde Etik", Onkoloji Sempozyumu – 2000'li Yıllarda Akciğer Kanserleri Tanı ve Tedavi Son Gelişmeler. Bursa: Uludağ Onkoloji Dayanışma Derneği Yayını.

Işıkhan, V. (2001). "Kanser ve Yaşam Kalitesi", Prof. Dr. Nihal Turan'a Armağan Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları (ed: Veli Duyan, Aliye Mavili Aktaş). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, s. 171 – 178.

Işıkhan, V., Kömürcü, Ş., Özet, A., Arpacı, F., Öztürk, B., Tufan, B. ve Yalçın, A. (1998). "Meme Kanserli Hastaların Sosyal Destek Sistemleri, Benlik Saygıları ve Bazı Ruhsal Belirtileri", Türk Hematoloji – Onkoloji Dergisi, 8 (4), s. 215 – 221.

Işıkhan, V., Kömürcü, Ş., Özet, A., Arpacı, F., Öztürk, B. ve Yalçın, A. (1997). "Meme Kanserli Hastaların Sosyal Destek Sistemleri ve Benlik Saygıları", Gata Bülteni, 39, s. 364 – 368.

Kılıç, S., Tezcan, S., Kömürcü, Ş., Özet, A., Çakır, B., Tümerdem, N., Bakır, B., Arpacı, F., Öztürk, B., Ataergin S., Kuzhan O. ve Hasde, M. (2003). "Gata Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında Meme Kanseri Tanısı ile İzlenen Kadın Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri", Gülhane Tıp Dergisi, 45 (2), s. 189 – 195.

Öz, F. (2001). "Hastalık Yaşantısında Belirsizlik", Türk Psikiyatri Dergisi, 12 (1), s. 61 – 68.

Özbek, Ö., Özşenol, F., Oysul, K., Beyzadeoğlu, M. ve Pak, Y. (2003). "Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Yönden Değerlendirmesi", Türkiye Klinik Tıp Bilimleri Dergisi, 23, s.189 – 194.

Özet, A., Işıkhan H ve Erdoğdu E. (1998) "Kanser Hastalarına Psikososyal Destek", Hematoloji – Onkoloji Dergisi, 1 (2), s. 101 – 106.

Özkan, Y. ve Çiftçi, G. E. (2012). "Sosyal Hizmette Kanıta Dayalı Uygulamalar: Sosyal Hizmet Eğitimi Açısından İrdelenmesi", Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 23 (1), s. 149 – 160.

Polat, G. (2010). "Kanıta Dayalı Sosyal Hizmet Uygulaması", Sağlık ve Toplum Dergisi, http://www.ssyv.org.tr/sdetay.asp?did=121, Erişim tarihi: 27. 11. 2012.

Ross, K. E. (1969). On Death and Dying. New York: Mac Millan.

Sangu, A.H.M. (2009). "Work Experiences Of Medical Social Workers in a Sarawak General Hospital", A Mini Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for Bachelor of Social Work Degree, Malaysia Sarawak University: Faculty of Social Sciences.

Shapiro, J. (2010). Attachment in the Family Context: Insightsfrom Development and Clinical Work. S.Bennett and J.K. Nelson (Eds.), Adult Attachment in Clinical Social Work (first ed., pp. 147 – 173). New York: Springer.

Smith, D.E., Walsh – Burke, K. ve Crusan C. (1998). Psycho – oncology (ed. by. Holland J.C.). New York: Oxford University Press, 1061 – 1067, http://www.socialworkers.org/practice/intl/hungary2008/english/PrinciplesofTrainingSocialWorkersinOncology.pdf, Erişim tarihi: 28.12. 2012.

Stearns, M. N., Lauria M. M., Hermann F. J. ve Fodelberg, R.P. (1993). Oncology Social Work: A Clincian's Guide (First ed.). USA: American Cancer Society Press.

Stevens, B. A. ve Ellerbrock, L. (1995). Crisis İntervention: An Opportunity To Change. Özet Çev.: Kamil Güven. (2000). "Krize Müdahale: Değişim İçin Fırsat", Türk Psikoloji Bülteni, 16 – 17, s. 81 – 83.

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi, (2003). "Sosyal Hizmet Mesleğinin Etik İlkeleri ve Sorumlulukları". Ankara: Evin Yayıncılık, s. 5 – 13.

Şener, Ş., Günel, N., Akçalı, Z., Şenol, S. ve Koçkar, İ. A. (1999). "Meme Kanserinin Ruhsal ve Sosyal Etkileri Üzerine Bir Çalışma", Klinik Psikiyatri Dergisi, 2 (4), s. 254 – 260.

Taş, F. ve Yılmaz, B. H. (2008). "Pediatrik Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi Kavramı", Türk Onkoloji Dergisi, 23 (2), s.104 – 107.

Tuncay, T. (2010). "Kanserle Başetmede Destek Grupları", Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 21 (1), s. 59 – 71.

Tuncay, T. (2009). "Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi", Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 20 (2), s. 69 – 87.

Tuncay, T. (2007). "Kronik Hastalıklarla Başetmede Tinsellik", Sağlık ve Toplum Dergisi, 17 (2), s.13 – 20.

Turan, N. (1984). "Kanser Hastalığının Önlenmesi ve Tedavi Edilmesinde Psikososyal Faktörlerin Önemi", Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi, 2(1 – 3), s.12 – 20.

Uluslararası Kanser Savaş Örgütü Yenileme Komitesi. (1983). Klinik Onkoloji El Kitabı (3. Baskı). Türkçeye Tercüme Grubu.

Ünlüoğlu, G. (1999). "Kanser Tedavisinde Kimi Psikososyal Yaklaşımlar ve İyileşmeler", Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan Yaşam Boyu Sosyal Hizmet (ed. Nesrin G. Koşar). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, s. 334 – 344.

Vehid, E. H., Giresunlu, M. ve Köksalan, H. (2006). "Onkolojik Çalışmalarda Hasta Olur Formlarının Değerlendirilmesi: Bu Bilgilerin Anlaşılabilirliği", Türk Onkoloji Dergisi, 21 (4), s. 187 – 190.

Zebrack, B., Walsh, K., Burg, A. M., Maramldi, P. ve Lim, J. (2008). "Oncology Social Worker Competencies and Implications for Education and Training", *Social Work in Health Care,* 47 (4), s. 355 – 375.