



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİNİN
UYGULAYICILARIN GÖZÜNDEN İNCELENMESİ**

Tahir GÜNEŞ

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2017

TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİNİN
UYGULAYICILARIN GÖZÜNDEN İNCELENMESİ

Tahir GÜNEŞ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

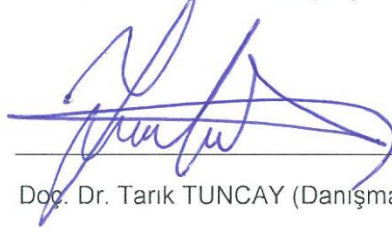
Ankara, 2017

KABUL VE ONAY

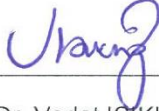
Tahir GÜNEŞ tarafından hazırlanan "Türkiye'de Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Uygulayıcıların Gözünden İncelenmesi" başlıklı bu çalışma, 06.06.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Emine ÖZMETE (Başkan)



Doç. Dr. Tarık TUNCAY (Danışman)



Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Sibel BOZBEYOĞLU

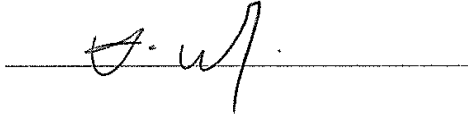
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

06.06.2017



Tahir Güneş

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

oRaporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

oTezimintarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

Tezimin 10.06.2020 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

10.1.06.2017

Tahir GÜNEŞ

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Tarık TUNCAY danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Tahir GÜNEŞ

**ÜNİVERSİTEDEN MEZUNİYETİMİ GÖRMEYİ ÇOK İSTEYEN FAKAT
ERKENDEN EDEBİYETE UĞURLADIĞIMIZ ANNEM HEREMSİ'YE...**

TEŞEKKÜR

Bilim emek ister, bilimle uğraşmak cesaret ister. Bu yüzden bilimle uğraşan, insanlığa yeni bir bilgi sağlama gayretinde olan herkese teşekkür ediyorum.

Bu kapsamda, kendisini bilime adanmış hem lisans hem de yüksek lisans eğitim sürecinde benden ilgisini, bilgisini ve hoşgörüsünü esirgemeyen, beni daima motive eden, verdiği net yönergelerle aklımdaki tüm soruların netlik kazanmasını sağlayan ve kendisini daima örnek alacağım tez danışmanım Doç. Dr. Tarık TUNCAY'a ne kadar teşekkür etsem azdır. Bana ve bu çalışmaya kattıkları benim için paha biçilmezdir.

Lisans mezuniyetimden 4 yıl sonra beni yüksek lisans yapmaya teşvik eden, kendisinden bilime ve hayata dair birçok şey öğrendiğim, içten ve samimi desteğini her daim yanımda hissettiğim biricik eşim Nimet GÜNEŞ: sen teşekkürlere sığmazsın....

Yüksek lisans tez jürimde yer alan ve yapıcı eleştirilerini benimle paylaşıp, tezde var olan eksiklikleri gidermemi sağlayan Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN'a, Prof. Dr. Emine ÖZMETE'ye, Doç. Dr. Ercüment ERBAY'a ve Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER'e sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca "Türkiye'de Psikiyatrik Sosyal Hizmet" adlı araştırmayı yaparak yapmış olduğum çalışmaya ışık tutan Dr. Uğur Özdemir'e teşekkür ediyorum.

Çalışma sayesinde halk sağlığı alanında çalışan birçok meslektaşım ile tanışma fırsatı buldum. Birbirinden değerli ve mesleğe tutkulu arkadaşlar edindim. Halk sağlığı alanında çalışan ve bu çalışmada bana destek olan tüm meslektaşlarıma ve bazı illerde beni meslektaşlarımla buluşturan diğer profesyonellere zaman ayırıp destek oldukları ve değerleri fikirlerini paylaştıkları için minnettar olduğumu belirtmek isterim.

Çalıştığım kurumda başta Erdal EREZ, Meryem ŞAHİN ve İlayda DEMİREL olmak üzere, yüksek lisans süresince bana destek olan ve motivasyon sağlayan Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Ruh Sağlığı Programları, Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Şubesindeki tüm mesai arkadaşlarıma, Ankara'da beni misafir eden değerli arkadaşlarım İbrahim ANIK'a, Ebru KÜÇÜKDÜVEYKİ'ye ve Kübra ÖZEL'e teşekkür ediyorum.

Son olarak çocukları için her türlü fedakarlığı gösteren anne ve babama; her zaman yanımda olan tüm kardeşlerime sonsuz teşekkür ediyorum.

ÖZET

GÜNEŞ, Tahir. *Türkiye’de Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Uygulayıcıların Gözünden İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.

Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmetinin bu günkü durumu herhangi bir araştırma ile ortaya konmuş değildir. Bu gerekçe ile bu çalışmada amaç, Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmetinin mevcut işlevselliğini halk sağlığı kurumlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının uygulamaları ve görüşleri çerçevesinde saptamaktır.

Çalışma, niceliksel metodolojiye dayalı genel tarama modelinin kullanıldığı tanıtsal bir niteliğe sahiptir. Çalışmada, örnekleme yöntemi kullanılmayarak tam sayım hedeflenmiştir. Bu kapsamda, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarında çalışan 267 sosyal hizmet uzmanından 167’si çalışmaya katılım sağlamıştır.

Araştırmaya katılan ve yaş ortalamaları 28.74 olan halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının (HSSHU) %51,5’i erkek, %48,5’i kadındır. Sadece %17,’si yüksek lisans mezunudur. Tamamına yakını (%98,8) uygulayıcı pozisyonunda çalışmaktadır. Yarıdan biraz fazlası lisans eğitiminde halk sağlığı alanında çalışmayı düşünmüştür. Yarisına yakını (%46,7) halk sağlığı (HS) alanında 1 yıldan az; yarisına yakını (%44,9) ise 1-5 yıldır çalışmaktadır. %39,5’i HS alanında çalışmaya devam etmek isterken, %37,1’i kararsızdır. %59,9’u sosyal hizmet genel eğitimini “iyi” şeklinde ifade etmektedir. Fakat %41,3’ü sosyal hizmet eğitiminin halk sağlığı sosyal hizmet (HSSH) uygulamalarını karşılama düzeyini “ne iyi ne kötü” şeklinde belirtmektedir. %25,7’si lisans eğitiminde HS ve HSSH ile ilgili ders almış, %10,8’i ise HS alanında staj yapmıştır. HSSHU’ların HS ilkeleri görüşü puan ortalamaları 65 üzerinden 56.13; sağlığın sosyal belirleyicilerini göz önünde bulundurma puan ortalamaları ise 70 üzerinden 40.07’dir. HSSHU’lar tarafından HS görüşüyle en dezavantajlı grup “engelliler ve kronik hastalığı olanlar” şeklinde bulunmuştur. Halk sağlığı sosyal hizmet alanında çalışanların büyük çoğunluğu (%83,2) rolünü “eğitimci” olarak görmektedir. Rol ve görevlerin yerine getirilmesini engelleyen en büyük sıkıntı %76,6 ile “iş tanımının olmaması” şeklinde tespit edilmiştir. Katılımcıların halk sağlığı alanında ekip çalışma sıklıklarının yüksek olduğu saptanmıştır. %88,6’sı psikologlarla iş birliği yapmaktadır. Üniversiteden alınan bilgi (%79), internet (%77,8) ve yasal düzenlemeler (%74,9) HSSHU’ların en sık başvurdukları bilgi kaynaklarıdır. Büyük çoğunluğu ruh sağlığı şube ya da birimlerinde uygulama gerçekleştirmektedir. Yine en sık hizmet verilen hedef kitle ruh sağlığı sorunu olanlardır.

Sosyal hizmet uzmanlarının halk sağlığı temel standartlarını yerine getirme puan ortalamaları 70 üzerinden 44.74'tür. HSSHU'ların HSSH temel standart puanları ile HSSH alanı ile ilgili ders alma ve HS/HSSH ile ilgili kaynaklardan yararlanma, alınan sosyal hizmet eğitiminin HSSH uygulamalarını karşılama düzeyi, sosyal hizmet eğitime yönelik genel değerlendirme, çalışılan HS kurumunda yerleşmiş HSSH uygulamasının olması, HS'de çalışmaya başlamadan önce HSSH'ye ilişkin rol ve görevleri bilme durumu, HS'de çalışmaya başlayınca rol ve görevlerle ilgili bilgi verilme durumu, HSSH rol ve görevlerini yerine getirebilme durumu, HSSH rol ve görevleri yerine getirme sıklığı, rol/görev ve uygulamalara yönelik süpervizyon alma durumu, mesleki bilgi yeterliliği ve mesleki beceri yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ilişki tespit edilmiştir. HSSHU'lar tarafından tütün-alkol-madde bağımlılığı %89,2 oranında günümüzün en ciddi HS sorunu olarak görülmektedir. HSSHU'ların tespit ve önerilerinden HSSH alanının tanım, kapsam ve amacının belirlenmesi, HSSHU'ların rol ve görevlerinin yasal düzenlemelerle belirlenmesi, HSSH uygulaması için uygun koşulların sağlanması, sosyal hizmet bölümlerinde ders müfredatına HSSH alanının dahil edilmesi ve HSSH alanı ile ilgili bilimsel çalışmaların yapılması öncelikli ihtiyaç, tespit ve öneriler olarak saptanmıştır.

Araştırma sonucunda "halk sağlığı sosyal hizmet alanının" Türkiye'de henüz gelişmekte olduğu ve buna bağlı olarak halk sağlığı kurumlarında tam olarak yerleşmiş bir halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasının olmadığı gözlenmiştir. Türkiye'deki halk sağlığı sosyal hizmeti ile ilgili acil olarak yapılması gereken, bu alana ilişkin net tanımın yapılarak; bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerinin yasal düzenlemelerle belirlenmesi ve HSSH alanının sosyal hizmet bölümlerinde ders müfredatına dahil edilmesidir.

Anahtar Sözcükler

Sağlık alanında sosyal hizmet, halk sağlığı, halk sağlığı sosyal hizmeti, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı

ABSTRACT

GÜNEŞ, Tahir. *Examination of Public Health Social Work in the Perspective of Practitioners in Turkey*, Master's Thesis, Ankara, 2017.

The present situation of public health social work in Turkey is not revealed by any research. With this justification, the aim of this study is to determine the current functioning of public health social works in Turkey within the framework of the practices and opinions of social workers working in public health institutions.

The study has a diagnostic character in which the general screening model based on quantitative methodology is used. In the study; sampling method is not used; full counting was aimed. In this context, 167 of the 267 social workers working in the central and provincial organizations of the Public Health Institution of Turkey were reached.

%51.5 of the public health social workers who participated in the survey are male and %48.5 are female and the average age is 28.74. Only 17% are graduate students. Almost all (98.8%) are in the practitioner position. A little more than half thought about working in the field of public health in undergraduate education. Nearly half of the participants (46.7%) were less than 1 year in the field of public health; (44.9%) are working for 1-5 years. 39.5% wanted to continue to work in the field of public health, while 37.1% were undecided. 59,9% express social work general education as "good". However, 41.3% of them point out that "neither good nor bad" is the level of social work education that fulfillment of public health social work practices. 25,7% of them took lessons from public health and public health social works in their undergraduate education, and 10,8% had internship in public health field. The average score of the public health principles of public health social workers is 56.13 out of 65 points and the average score of the social determinants of health is 40.07 out of 70 points. The most disadvantaged group identified by public health social workers was found to be "people with disabilities and chronic illnesses". The majority (83.2%) of the people working in the field of public health social work are referred to as "educators". The greatest obstacle preventing the fulfillment of roles and duties was determined as "no job description" with 76.6%. It was determined that social workers participating in the survey had higher frequency of team work in the field of public health. 88.6% of them are working together with psychologists. Information received from universities (79%), internet (77.8%) and legal regulations (74.9%) are the most frequent sources of information for public health social workers. The vast majority

are implementing in the mental health branch or units. Again, the most frequently served target group are those who have mental health problems.

The average score of social workers' basic standards of public health is 44.74 out of 70. Statistically significant ($p < 0,05$) associations were found between the basic standard scores of the public health social worker of the public health social workers and the utilization of the resources related to the course taking and the public health/public health social work related to the public health social work field, The level of social health education received by public health services, the general evaluation of social work education, the application of public health social work in the working public health institution, the role of public health social work before starting to work in public health, the role and duties of public health social service, the frequency of fulfillment of roles and duties related to public health social service, the status of receiving supervision for roles/tasks and applications, professional knowledge competence and professional skill competence. Tobacco-alcohol-substance addiction is seen as the most serious public health problem of our time by 89.2% of the public health social workers. The following needs, determinations and suggestions were determined by using the findings and recommendations of the public health social workers: determination of the definition, scope and purpose of the public health social service field, determination of the roles and duties of the public health social workers by legal regulations, provision of appropriate conditions for the implementation of public health social services, inclusion of the public health social service field in the course curriculum in the social service departments, and scientific studies on the public health social service field.

As a result of the research, it has been observed that "the field of public health social services" is still developing in Turkey and accordingly there is no fully implemented social health service in public health institutions. The urgent need for public health social services in Turkey is to make a clear definition of this area, to define the roles and duties of social workers working on this area in legal arrangements and to include them in the curriculum of the social services departments of the public health social service area.

Keywords

Health social work, public health, public health social work, public health social worker

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	xi
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
TABLolar DİZİNİ	xvi
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM	4
1.1. SAĞLIK ALANINDA SOSYAL HİZMET	5
1.1.1. Sosyal Hizmetin Sağlık Alanındaki Tarihsel Gelişimi	5
1.1.2. Sosyal Hizmetin Sağlık Alanındaki Konumu	9
1.1.3. Biyopsikososyal Yaklaşım	15
1.1.4. Ekip çalışması	19
1.1.5. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sağlık Alanındaki Temel Rol ve Görevleri	21
1.2. HALK SAĞLIĞI	29
1.2.1. Halk Sağlığı Kavramı ve Tanımı	29
1.2.2. Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi	32
1.2.3. Günümüzde Halk Sağlığı	36
1.2.4. Halk Sağlığı Uygulaması	42
1.2.5. Halk Sağlığının Bilim Dalları	44
1.2.6. Halk Sağlığı İle Sosyal Hizmet Arasındaki İlişki	47
1.3. HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİ	66
1.3.1. Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Üzerine Tarihsel Bir Bakış	66

1.3.2. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Tanım, Amaç ve Özellikleri.....	77
1.3.3. Halk Sağlığı Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Temel İşlevleri.....	80
1.3.4. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Uygulama Alanı ve Çerçevesi	83
1.3.5. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Temel Standart ve Bileşenleri.....	92
1.3.6. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Temel Bilgi, Beceri ve Eğitimi.....	97
1.3.7. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Engelleri ve Geleceği	101
1.4. Araştırmanın Problemi	104
1.5. Araştırmanın Amacı.....	105
1.6. Araştırmanın Önemi	106
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	107
1.8. Tanımlar.....	107
2. BÖLÜM.....	108
2.1. Araştırmanın Modeli	108
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	110
2.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	111
2.4. Araştırmanın Veri Toplama Süreci	112
2.5. Araştırmada Verilerin İşlenmesi ve Değerlendirilmesi	113
2.6. Araştırmada Süre Ve Olanaklar	113
3. BÖLÜM.....	114
3.1. Türkiye’de Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarına İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	115
3.2. Türkiye’de Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Alanında Çalışmaya İlişkin Yönelimleri Ve Hazırlıkları	118
3.3. Türkiye’de Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Halk Sağlığı Alanı İle İlgili Görüşleri.....	122

3.4. Türkiye’de Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Alanında alışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının alışma Yaşamı.....	124
3.5. Türkiye’de Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Alanında alışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Temel Standartlarını Uygulama Durumları.....	137
3.6. Türkiye’de Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Alanında alışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Etkin Bir Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Uygulaması İçin Tespit ve Önerileri.....	143
4. BÖLÜM.....	149
4.1. Sonuçlar	149
4.2. Öneriler.....	153
KAYNAKÇA	156
EKLER.....	170
Ek 1. Araştırma Anket Formu	170
Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu	181
Ek 3: Orijinallik Raporu	183
Ek 4. Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyon İzni	185
Ek 5. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma İzni.....	186
ÖZGEçMİş.....	187

KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	: Acquired Immune Deviancy Syndrome
APHA	: American Public Health Association
BM	: Birleşmiş Milletler
COS	: Charity Organization Society
CSWE	: Council on Social Work Education
HAART	: Highly Active Anti-Retroviral Therapy
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HSM	: Halk Sağlığı Müdürlüğü
HSSH	: Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti
HSSHU	: Halk Sağlığı Sosyal Hizmet Uzmanı
IFSW	: International Federation of Social Workers
IOM	: Institute of Medicine
KPSS	: Kamu Personeli Seçme Sınavı
MPH	: Master of Public Health
MSW	: Master of Social Work
NASW	: National Association of Social Workers
SH	: Sosyal Hizmet
SHU	: Sosyal Hizmet Uzmanı
SHUDER	: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
Ss	: Standart sapma
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
UNWHO	: United Nations World Health Organization
WHO	: World Health Organization
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Kuramsal Çerçeve Ana Hattı	4
Şekil 2.	Ortak Amaç ve Odaklar Bakımından Halk Sağlığı-Sosyal Hizmet İlişkisi	48
Şekil 3.	Uygulama Bileşenleri İle Uygulama Düzeylerinin Kesişmesi	92
Şekil 4.	Yöntem Ana Hattı	108
Şekil 5.	Bulgular ve Yorum Ana Hattı	114

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanlarınca Yerine Getirilen Roller.....	22
Tablo 2.	Hekimlikte Geleneksel ve Toplumsal Görüşlerin Farklılıkları.....	37
Tablo 3.	Halk Sağlığının 3 Temel İşlevi ve 10 Önemli Hizmeti	42
Tablo 4.	Birincil, ikincil ve üçüncül uygulama stratejileri	43
Tablo 5.	Sosyal Bilimlerin Halk Sağlığına Katkısı.....	50
Tablo 6.	Sosyo-ekonomik ve Kültürel Statünün Sağlık Üzerine Etkisi.....	55
Tablo 7.	Sosyoekolojik Düzeylerde Halk Sağlığı Müdahalesi.....	58
Tablo 8.	Sosyal Adalet ve Serbest Piyasa Adaleti Özellikleri	60
Tablo 9.	Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmetin Karşılaştırılması.....	63
Tablo 10.	THSK Merkez ve Taşra Teşkilatlarında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Toplam Sayısı ve Bu Sayının İllere Göre Dağılımı	110
Tablo 11.	HSSHU'lara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	115
Tablo 12.	HSSHU'ların SH Mesleğine Yönelimlerine İlişkin Değerlendirmeleri	119
Tablo 13.	HSSHU'ların SH Lisans Eğitimlerine İlişkin Değerlendirmeleri	120
Tablo 14.	HSSHU'ların Halk Sağlığı Görüşü Puanları.....	122
Tablo 15.	HSSHU'ların Halk Sağlığı Açısından Dezavantajlı Gördükleri Gruplara İlişkin Değerlendirmeleri	123
Tablo 16.	HSSHU'ların Çalışma Yıllarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	124
Tablo 17.	HSSHU'ların Halk Sağlığı Alanındaki Çalışma Koşullarına İlişkin Değerlendirmeleri	125
Tablo 18.	HSSHU'ların Halk Sağlığı Alanındaki Rol ve Görevlerine İlişkin Değerlendirmeleri	128
Tablo 19.	HSSHU'ların Uygulamalarında Kaynak Olarak Kullandıkları Materyal ve Bilgi Kaynaklarına İlişkin Değerlendirmeleri	130
Tablo 20.	HSSHU'ların Ekip Çalışması İle İlgili Değerlendirmeleri.....	131

Tablo 21.	HSSHU'ların Çalıştıkları Kurumda Mesleki Yetkinliklerine İlişkin Değerlendirmeleri	133
Tablo 22.	HSSHU'ların Çalışma Motivasyonunu Etkileyen Unsurlara İlişkin Değerlendirmeleri	134
Tablo 23.	HSSHU'ların Hizmet Verdikleri Halk Sağlığı Alanlarına ve Hedef Kitlelere İlişkin Değerlendirmeleri	135
Tablo 24.	HSSHU'ların Bir HSSH Uygulayıcısı Olarak Türkiye'deki En Ciddi Halk Sağlığı Sorununun Ne Olduğuna İlişkin Değerlendirmeleri	136
Tablo 25.	HSSHU'ların HSSH Temel Standartlarını Uygulama Puanları	137
Tablo 26.	Çeşitli Değişkenlere Göre HSSHU'ların HSSH Temel Standartları Uygulama Puanlarının Mann-Whitney U Testi Sonuçları	139
Tablo 27.	Çeşitli Değişkenlere Göre HSSHU'ların HSSH Temel Standartları Uygulama Puanlarının Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları	140
Tablo 28.	HSSHU'ların HSSH Alanına Dair Tespitleri	144
Tablo 29.	HSSHU'ların HSSH Alanına İlişkin Önerileri	146

GİRİŞ

Sosyal hizmet mesleği, tarihsel süreçte meydana gelen birtakım sosyal, politik, ekonomik, hukuki gelişmeler, reformlar; hatta krizlerle meslekleşme fırsatı bulmuş ve birçok alanda pek çok unsuru göz önüne alarak uygulamalar gerçekleştirmiştir. Eylem ve kararlarıyla birçok insana doğrudan ya da dolaylı olarak etki eden sosyal hizmet, öncelikle sağlık alanında önemli bir konum edinmiş; hatta sağlık, sosyal hizmetin ilk uzmanlaşma alanı olmuştur.

20. yüzyıla gelindiğinde sağlık hizmetleri sunumundaki paradigma değişimleri ve sağlık hizmetleri sunumunun seyrini değiştiren ulusal ve uluslararası sağlık tanımları sosyal hizmet mesleğini sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası haline getirmiştir. Sosyal hizmetin sağlık hizmetleri sunumuna özel katkısı, “hastanın potansiyel fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel olarak güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirmek, sağlığını etkileyebilecek aile ve arkadaş ilişkilerini anlamak ve sosyal işlevselliğini en üst düzeye taşımak için hastalığına uyum sağlamasına yardımcı olmak” şeklinde ele alınabilir. Bu yönüyle sosyal hizmet mesleği, sağlık kurumlarındaki hizmetleri, kurum dışına çıkararak bireylerin, ailelerin, grupların kurum dışındaki durumlarına ve çevrelerine ilişkin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurmasını sağlamıştır. Tüm bunların odağında tabi ki mesleğin “çevresi içinde birey” perspektifi göz ardı edilemeyecek en önemli faktördür. Kısacası sosyal hizmet sağlık sisteminde, sağlığı ve hastalığı etkileyen kişisel/sosyal ve çevresel konular etkili bir şekilde ele alınmadığı takdirde, müracaatçılar için daima daha çok risk olabileceği görüşünü kazandırmış ve sağlık alanında sağlığın sosyal belirleyicilerinin dikkate alınmasını sağlamıştır. Tüm bu gelişmeler neticesinde, sağlığın biyopsikososyal bir olgu olduğu kabul görmüştür.

Sağlıktaki gelişmelere ve ortaya çıkan ihtiyaçlara paralel olarak, sosyal hizmet sağlık alanında çeşitli alt uzmanlık dalları oluşturmaya başlamıştır. Tıbbi sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet, hastane sosyal hizmeti, onkolojik sosyal hizmet ve halk sağlığı sosyal hizmeti bu alt uzmanlık dallarını oluşturmaktadır. Her bir alt uzmanlaşma dalı mesleğin sağlık alanındaki konumunu ayrıca pekiştirmiş ve zenginleştirmiştir. Örneğin, sağlık alanında sosyal hizmetin bir uygulama alanı olan ve sosyal hizmetin kurucusu Jane Addams gibi sosyal hizmet uzmanlarının öncülüğünde gelişen halk sağlığı sosyal hizmeti, sosyal hizmetin başta toplumla çalışma düzeyi olmak üzere birçok müdahale düzeyinde yeni yaklaşımların (örneğin sosyal epidemiyoloji gibi) kullanılmasına olanak tanımış ve sosyal hizmet uygulamasını zenginleştirmiştir. Bunun sonucu olarak, sosyal

hizmet mesleği halk sağlığı alanlarında uygulanması onay almış profesyonel uygulamalı bir meslek haline gelmiştir.

Sosyal hizmet mesleği, uygulamalarını gerçekleştirdiği alanlarda, sadece sosyal hizmet bilgi, beceri, değer ve kuramlarını kullanmakla yetinmeyip bunun yanı sıra uygulama yapılacak alana ilişkin bilgi sahibi olmak ve alan üzerinde hakimiyet kurmak için daima çaba harcamıştır. Bu bakış açısıyla sağlık alanında sosyal hizmetin bir alt uzmanlaşma dalı olan halk sağlığı sosyal hizmeti, sosyal hizmetin temel bilgi, beceri ve değerlerine sadık kalarak, halk sağlığı anlayışı üzerine kurgulanmış bir uygulama alanı olmuştur.

Toplum hastalıklara karşı güvende tutmayı amaçlayan ve temel ilkesi toplumsal iyilik olan halk sağlığı disiplini ile sosyal hizmet mesleğinin kökenleri benzer gelişmelere dayanmaktadır. Hastalıkların nlenmesi çabaları, halk sağlığı reformları ve sosyal adalet arayışı bu ortak kökene zemin hazırlayan en önemli faktörlerdir. Her iki mesleğin nihai hedefi sürdürülebilir ve güçlendirilmiş toplum sağlığına ve toplum refahına ulaşmaktır. Bu ortak amaç ve hedeflere ulaşmada halk sağlığı sosyal hizmeti en güçlü araçtır.

Sağlık alanında nc meslekler arasında olma gayretinde olan sosyal hizmet, halk sağlığı alanında, Amerika başta olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde birincil, ikincil ve ncl nleme çabaları içerisinde olmuştur. Dünyada uygulamaları nispeten daha eskilere dayanan halk sağlığı sosyal hizmeti, Türkiye'de henüz gelişmekte olan bir alandır. Halk sağlığı sosyal hizmetinin başlıca özellikleri, toplumun sosyal işlevi ve sağlık durumu üzerinde zamanla etkili olabilecek sosyal problemlerin tanımlanması, tanımlanan sorunlara müdahale edilmesi için epidemiyolojik bir yaklaşım sergilenmesi ve müdahalede öncelikle nleme üzerinde durulmasıdır.

Tedavide artan maliyetler, hastanelerdeki kalış sürelerinde azalma ve kısa süreli tıbbi müdahaleler günümüz sağlık sistemini, önleyici ve koruyucu sağlık sistemlerine odaklanma durumunda bırakmıştır. Bu amaçla, birey, aile ve toplum düzeyinde nleme ve müdahale çalışmaları yürüten ve disiplinler arası takımın bir yesi olan halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve becerileri, halk sağlığı alanında artan bir şekilde talep görmektedir.

Önleyici ve koruyucu sağlık sistemlerine odaklanma birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de son yıllarda özellikle sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sıklıkla gündeme alınmaktadır. Türkiye'de halk sağlığı alanında istihdam edilen sosyal çalışmacı kadrosundaki artış bu durumu kanıtlar niteliktedir. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği'nce (SHUDER) Mayıs 2015'te elde edilen verilere göre Sağlık Bakanlığı'nda çalışan 938 sosyal hizmet uzmanından halk sağlığında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 160 iken

bu rakam 2017 yılı itibariyle 267'ye yükselmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016 yılı Performans Programı Raporunda, Kurumun 2016 yılı Program dönemindeki insan kaynakları ihtiyacını sosyal çalışmacı kadrosu için 500 olarak belirlemiş ve gerekçesini; "Toplumun sosyal işlevselliğin sağlanması, korunması, geliştirilmesi ve rehabilitasyonu amacıyla ihtiyaç duyulmaktadır" şeklinde belirtmiştir. Ayrıca 3 Kasım 2016 tarihinde Resmi Gazete 'de Yayımlanan 9361 Sayılı Kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun kadrosuna 620 adet sosyal çalışmacı kadrosu tahsis edilmiştir.

Halk sağlığı sosyal hizmeti, uygulamalarında, sosyal adaleti sağlamak ve sağlıktaki eşitsizlikleri gidermek amacıyla dezavantajlı gruplar başta olmak üzere tüm halkın sağlık ve refahını arttırmayı amaçlar. Halk sağlığı sosyal hizmet uygulaması, bölgeden bölgeye veya ülkelerin sağlık politikalarına göre değişkenlik göstermekle birlikte; anne ve çocuk sağlığı, ergen sağlığı, yaşlı sağlığı, göçmen sağlığı, engelli sağlığı, kronik hastalıklar, madde bağımlılığı, bulaşıcı hastalıklar, küresel sağlık, ruh sağlığı, evde sağlık, kırsal sağlık ve mahalle bazlı sağlık alanlarının tümünü kapsamaktadır.

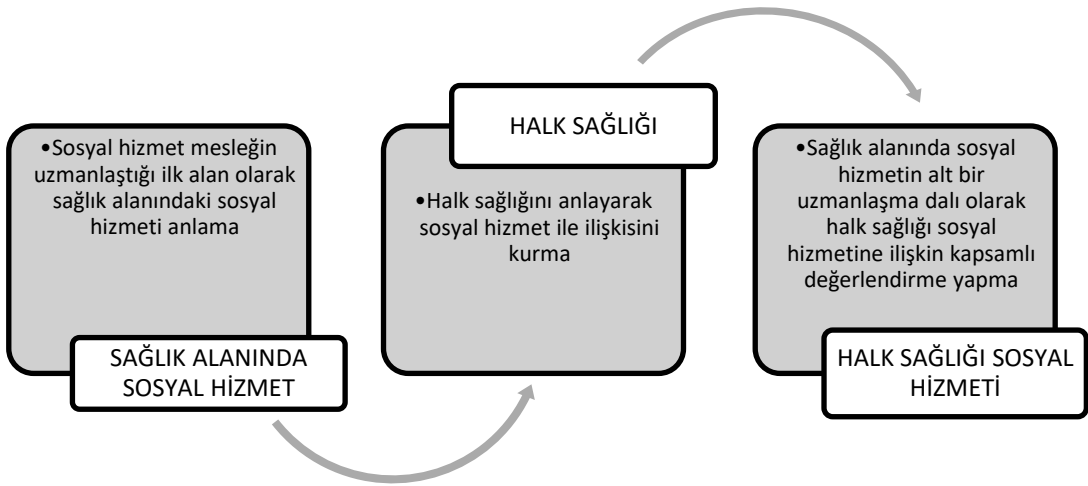
Peki, uygulama alanları bu kadar geniş olan ve sağlık alanında sosyal hizmetin alt uzmanlaşma dalı olarak popülerliği günden güne artan halk sağlığı sosyal hizmetinin Türkiye'deki mevcut durumu nedir? Bu alanda istihdam edilen sosyal hizmet uzmanları sahip oldukları sosyal hizmet bilgi ve becerilerini halk sağlığı alanı ile entegre edebilmekte midir? Kendilerine bu alanda ne tür roller verilmiş ya da mevcut roller ne ölçüde yerine getirilebilmektedir? Halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasında ne tür sorun ve fırsatlarla yüz yüze kalınmaktadır? Sosyal hizmet uzmanları halk sağlığı alanında rollerini yerine getirebilmeleri için gerekli kaynak ve olanaklara sahip midir?

Bu çalışmada, Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmetinin mevcut işlevselliği halk sağlığı kurumlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının uygulamaları ve görüşleri çerçevesinde saptanmaya çalışılarak yukarıdaki sorulara yanıt aranmaya çalışılmıştır. Bu araştırma, Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmeti ile ilgili yapılacak ilk kapsamlı akademik çalışma olduğundan halk sağlığı sosyal hizmet alanına ışık tutması beklenmektedir.

1. BÖLÜM

KONU YA İLİŞKİN KURAMSAL ÇERÇEVE

Sağlıktaki dönüşümler ve gelişmelerle birlikte sosyal hizmet mesleği için önemi artan uzmanlık alanları ortaya çıkmıştır. Sosyal hizmet mesleği, ortaya çıktıktan kısa bir süre sonra sağlık alanında uzmanlaşmaya başlamıştır. Sağlık alanında uzmanlaşan meslek daha sonra sağlık alanında kendi içerisinde alt uzmanlık dalları oluşturmuştur. Halk sağlığı sosyal hizmeti, bu alt uzmanlık dalları içerisinde odağında daha çok makro çalışmalar olması dolayısıyla özel bir yere sahiptir. Bu bağlamda, Türkiye'deki halk sağlığı sosyal hizmetinin durumunu tespit etme çabasında olan bu çalışmanın kuramsal boyutunda 3 ana başlık üzerinde durulmuştur. İlk bölümde, sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanındaki konumu, ikinci bölümde halk sağlığı, halk sağlığı ve sosyal hizmet disiplinleri arasındaki ilişki ve üçüncü bölümde halk sağlığı sosyal hizmeti üzerinde durulmuştur. Bu üç temel konu birbiri ile bağlantılı olduğundan bir bütün olarak incelenmiştir.



Şekil 1. Kuramsal Çerçeve Ana Hattı

1.1. SAĞLIK ALANINDA SOSYAL HİZMET

Tanımında genellikle sosyal değişim, insan ilişkilerinde sorun çözme ve bireyin iyilik halinin geliştirilerek özgürleştirilmesi gibi üç önemli boyut üzerinde durulan (Adams, Dominelli ve Payne, 2015) ve genellikle zorlu ve duygusal yönlü bir meslek (Palmer, 2011) olarak adlandırılan sosyal hizmet, şu şekilde tanımlanmaktadır:

“Sosyal hizmet, sosyal değişimi, sosyal gelişimi, toplumsal bağlılığı ve insanları, ekonomik, sosyal, eğitim, sağlık vb. her yönden güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan uygulamaya dayalı akademik bir disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı temel ilkeleridir. Sosyal bilimler, insan davranışı ve yerel bilgilerden destek alan sosyal hizmet, yaşam zorluklarını ifade etmek ve refahı arttırmak için çalışır” (International Federation of Social Workers [IFSW], 2014)¹

Sosyal hizmet, ortaya çıktığı günden itibaren eylem ve kararları ile birçok insana doğrudan ya da dolaylı olarak etki eden, çeşitlilik ile özdeşleşmiş (Sheafor ve Horejsi, 2015), mikro, mezzo ve makro boyutlarda farklı müracaatçı gruplarını sosyal işlevsellik bakımından güçlendirmek, yenilemek ve desteklemek gibi amaçları güden uygulamalı bir meslektir (Zastrow, 2015; Palmer, 2011).

Bir meslek ve disiplin olarak sosyal hizmeti tüm hatları ile ortaya koymak birkaç ciltlik çalışma gerektirmektedir. Bu bağlamda, çalışmanın amacı göz önünde bulundurularak sosyal hizmet mesleğinin uzmanlaştığı ilk alan olan sağlık alanında sosyal hizmet odağa alınarak bu bölümde; sosyal hizmetin sağlık alanındaki tarihsel sürecine, sosyal hizmetin sağlık alanında değişmeyen biyopsikososyal model yaklaşımına, biyopsikososyal yaklaşımın bir gereği olarak ekip çalışmasına, sosyal hizmetin sağlıktaki konumuna ve sağlık alanında sosyal hizmet uzmanlarına düşen rol ve görevlere değinilecektir.

1.1.1. Sosyal Hizmetin Sağlık Alanındaki Tarihsel Gelişimi

Sosyal hizmet, tanım, amaç ve hedeflerini uzun ve meşakkatli bir tarihsel yolculukta şekillendirmiştir. Mesleğin bu yolculukta mesafe kat ettiği en önemli alanlardan bir tanesi sağlık alanıdır. Bu yüzden, bu bölümde, çalışmanın amaç ve kapsamı göz önüne alınarak sosyal hizmetin sağlık alanındaki konumunu kavramak adına sosyal hizmetin sağlık alanındaki tarihsel yolculuğuna genel hatları ile değinilmiştir.

¹(<http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/> , Erişim. 12 Kasım 2016).

Sosyal hizmetin tarihsel yolculukta şekillenmesini ve meslekleşmesini sağlayan faktörlere baktığımızda sosyal hizmetin bir meslek olarak görülüp görülmemesi tartışmaları önemli bir dönüm noktası olarak görülmektedir. Sosyal hizmetin meslek olup olmadığının kapsamlı olarak ele alındığı ilk bilimsel çalışma 1915 yılında Chicago’da gerçekleştirilen “National Conference of Charities and Corrections” adlı konferanstır. Bu konferansta yer alan Abraham Flexner, “Sosyal Hizmet Bir Meslek midir?” başlıklı konuşmasında, meslekleşmeyi en basit hali ile amatörlüğün tam tersi olarak ifade etmiştir. Flexner, sosyal hizmetin o dönemdeki hayırseverlik hizmetleri üzerinden örnek vererek ve sosyal hizmetin bu sorunla mücadelesini geçici görmeyerek sosyal hizmetin bir meslek olarak tanımlanabileceğini ifade etmiştir (Flexner, 2001). Sosyal hizmetin meslek statüsü kazanması bir anda olmamış; tarih sahnesindeki birtakım sosyal, politik, ekonomik, hukuki gelişmeler ve reformlar ve de krizler sosyal hizmetin meslekleşmesinde ve yeniden tanımlanmasında önemli rol oynamıştır (Stuart, 2013).

21. yüzyılı esas aldığımızda, yüz yıldan biraz fazla bir tarihi olan sosyal hizmet disiplininin (Pardeck ve Yuen, 2006) meslek statüsü kazanmasında sağlık alanındaki gelişmeler oldukça önemli rol oynamış ve sağlık alanı, sosyal hizmetin uzmanlaştığı ilk alan olmuştur. Sosyal hizmetin sağlık alanında uzmanlaşması tesadüfi değildir. Sağlık alanında sosyal hizmetin tarihsel sürecine baktığımızda; aşağıdaki bazı önemli gelişmelerin sosyal hizmetin bu alanda uzmanlaşmasında önemli birer faktör olduğunu göstermektedir. Bu gelişmeler şunlardır (Allen ve Spitzer, 2016; Bracht, 1978; Duyan, 1996; Dziegielewski, 2004; Gehlert, 2012; Karataş ve Erkan, 2005; Payne, 1991; Pierson, 2011; Stuart, 2013; Zastrow, 2015):

- 1713 yılında sağlık alanında sosyal hizmetin kökenlerinin dayandığı yapılardan olan Yoksul Barınma Evlerinin (almshouse) ilki Philadelphia ‘da açılmıştır. Toplum odaklı olan Yoksul Barınma Evleri, günümüz hastanelerine temel teşkil etmiştir. 1700’lü yıllarda açılan; her yaştan yoksul sığınmacılara, tıbbi hastalara ve ruhsal hastalığı olanlara barınma hizmeti veren Yoksul Barınma Evleri sağlık bakımı sunan profesyonellerin ilk uygulama alanıdır.

- 1877 yılında işsizlere, yoksullara, hastalara, engellilere ve yetimlere yardım eden ve sosyal reform hareketi olarak nitelendirilen Hayırseverlik Örgütlenme Cemiyetleri (Charity Organization Society [COS]) kurulmuştur. Tıbbi sosyal hizmetin ortaya çıkması 1800’lü yıllardaki bu halk sağlığı ve sosyal reform hareketlerine dayanmaktadır. Bu cemiyetler bünyelerinde sosyal desteğe ihtiyaç duyan bireylerin belirlenip desteklenmesi için “Lady Almoner” denen kişileri istihdam etmişlerdir. Bu kişiler, hastaların tıbbi

sorunları dışındaki psikososyal ihtiyaçlarını ve sorunlarını tespit etmişlerdir. “Lady Almoner” adlı kişiler, tıbbi sosyal hizmetin ilk öncüleri olarak kabul edilmektedir. Hayırseverlik Örgütlenme Cemiyetleri (COS), sağlık bakımının tarihsel gelişiminde önemli bileşenler olarak düşünülmektedir. Çünkü günümüz çağdaş sosyal hizmet kuruluşlarına temel oluşturmuşlardır.

- 1895 yılında Londra’daki Royal Free Hastanesi’ne ilk sosyal yardım görevlisi yani “Lady Almoner” (Mary Stewart) alınmıştır. Bu durumun oluşmasında sağlığın sosyal yönleri üzerinde duran Londra Hayırseverlik Örgütlenme Cemiyeti (COS) sekreteri Charles Loch’un rolü büyüktür. Loch, hayır kurumlarından sağlık desteği alan kişilerin doğru değerlendirilmediği için asıl ihtiyaç sahiplerinin mağdur olduğunu savunmaktaydı. Loch, hayır kurumlarından sağlık desteği isteyen kişilerin bu konuda yeterli ve yetenekli bir personel tarafından incelenmesini önermiştir. Loch, tıbbi sosyal hizmetin ilk öncüleri olarak kabul edilen “Lady Almoner” denen kişilerin bu işleri yapması için yıllarca mücadele etmiştir.

- 1905 yılında Dr. Richard Cabot, Massachusetts General Hastanesi’nde tıbbi sosyal hizmet uygulamasını başlatmıştır. İlk tıbbi sosyal hizmet tecrübesi Jane Addams ile karşılaşma olan Dr. Richard Cabot, sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerde gerekli olduğunu, hastalarla ve aileleri ile tıbbi iletişim konusunda bu mesleğe ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının rolünü, hekimlere hastaların sosyal ve psikolojik bilgilerini aktarmak olarak görmüştür. Dr. Richard Cabot tarafından işe alınan Garnet Pelton adlı sosyal hizmet uzmanı, Amerika’daki Massachusetts General Hastanesi Dispanser Bölümü’nde işe başlamıştır. Pelton işe başladıktan 6 ay sonra hastalanmış ve yerini Ida Cannon almıştır. Cannon 40 yıl boyunca bu hizmetleri yerine getirmiş, sosyal yardım görevlisi (Lady Almoner) ile tıbbi sosyal hizmet uzmanları arasındaki bağı kurmuştur. Garnet Pelton, Ida Cannon ve Dr. Richard Cabot gibi isimler Amerika’daki hastanelerde sosyal hizmet birimlerinin kuruluşunda öncü isimler olmuşlardır. Ida Cannon tıbbi sosyal hizmet üzerine iki kitap ve sayısız rapor yazmış ve 1914 yılında hastanedeki sosyal hizmet birim şefi unvanı alan ilk sosyal hizmet uzmanı olmuştur.

- 1918 yılında Kansas şehrinde düzenlenen Ulusal Sosyal Hizmet Kongresi (National Conference of Social Work in Kansas City) Amerikan Hastane Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği’nin (American Association of Hospital Social Workers) oluşturulması için yardımcı olmuştur. Bu Amerika’da kurulan ilk profesyonel sosyal hizmet örgütüydü.

Derneğin kuruluşu, sosyal hizmet birimlerinin resmi olarak kabul görmesinde önemli rol oynamıştır.

- 1926 yılında Harry Hopkins, Cleveland Ulusal Konferansı'nda sosyal hizmet ve halk sağlığı arasındaki yakın ilişkiden bahsetmiştir. 1927 yılında ise Los Angeles Sağlık Departmanı'nda halk sağlığı sosyal hizmet uygulamaları başlamıştır. 1928 yılında Amerikan Cerrah Okulu, hastanelerdeki Sosyal Hizmet Birimleri' ne yönelik hizmet sağlama standartları oluşturmuştur. 1934 yılında Amerikan Hastane Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği'nin (American Association of Hospital Social Workers) adı Amerikan Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (American Association of Medical Social Workers) olarak değiştirilmiştir.

- 1961 yılına gelindiğinde, sosyal hizmetin özellikle toplumsal bakış açısını getirerek hastanelerde elde ettiği başarılar Amerikan Hastaneleri Birliği (American Hospital Association) ve Amerikan Tıp Kuruluşunun (American Medical Association) dikkatlerini üzerine çekmiştir. Böylelikle hastanelerde sosyal hizmet birimlerinin yaygınlaşmasının önü iyice açılmıştır. 1962 yılında sosyal hizmet eğitimi içerisine halk sağlığı kavramı dahil edilmiştir. Aynı tarihte Amerikan Halk Sağlığı Derneği (APHA) tarafından "Halk Sağlığı Programlarında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sertifikalı Eğitimi" yayınlanmıştır. 1973 yılına gelindiğinde artık hastanelerde sosyal servislerin gerekliliği yasalarda (Health Maintenance Organization Act) belirtilmiş ve güvence altına alınmıştır.

Yukarıda sıraladığımız sağlık alanıyla ilgili her bir gelişme sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanındaki konumunu güçlendirmiştir. Özellikle 1800'lü yıllarda başlayan ve halk sağlığı hareketleri ile bağlantılı olan Yoksullar İçin Barınma Evleri (almshouse), dispanserler ve göçle gelen kesimin sağlık sorunlarını gidermek için açılan gönüllü hastaneler (New York Hastanesi, Massachusetts Hastanesi) ve hayırseverlik örgütlenme cemiyetleri (COS) sosyal hizmet uygulamalarının sağlık alanında şekillenmesinde ve konum bulmasında önemli unsurlar olmuşlardır. 1800'lü yıllardan 1900'lü yılların başlarına kadar daha çok hayır ve inanç kurumları tarafından alanında profesyonel olmayan gönüllülerce yürütülen sosyal hizmetler (Pierson, 2011), sonrasında bir meslek statüsü kazanmış ve ilk uzmanlaştığı alan sağlık alanı olmuştur. Sağlıktaki gelişmelere paralel olarak, sağlık alanındaki sosyal hizmet tıbbi sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet, hastane sosyal hizmeti, onkolojik sosyal hizmet ve halk sağlığı sosyal hizmeti gibi alt uzmanlık dalları oluşturmuştur. Sağlık alanında sosyal hizmet çatısı altındaki bu alt uzmanlaşma dallarının her birisinin mesleğe ve sağlık alanına kattığı değer sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanındaki konumunu pekiştirmiştir. Örneğin, sağlık alanında

sosyal hizmetin bir uygulama alanı olan ve sosyal hizmetin kurucusu Jane Addams gibi sosyal hizmet uzmanlarının öncülüğünde gelişen halk sağlığı sosyal hizmeti, sosyal hizmetin başta toplumla çalışma düzeyi olmak üzere birçok müdahale düzeyinde yeni yaklaşımların (örneğin sosyal epidemiyoloji gibi) kullanılmasına olanak tanımış ve sosyal hizmet uygulamasını zenginleştirmiştir. Tüm bu gelişmeler neticesinde sağlığın biyopsikososyal bir olgu olduğu kabul görmüştür. Bunun sonucu olarak, sosyal hizmet mesleği hastanelerde ve halk sağlığı alanlarında uygulanması onay almış profesyonel uygulamalı bir meslek haline gelmiştir.

1.1.2. Sosyal Hizmetin Sağlık Alanındaki Konumu

Sosyal hizmet, 20. yüzyılın başlarından bu yana sağlık sisteminin ayrılmaz bir bileşeni olmuştur. Hatta sağlık bakımının psikososyal boyutunda liderlik rolünü oynamaya devam etmektedir (National Association of Social Workers [NASW], 2016). Sağlık alanı, sağlık alanında sosyal hizmet ve/ veya tıbbi sosyal hizmet adı ile sosyal hizmet mesleğinin en eski uygulama alanıdır (Duyan, 1996). Sağlık alanında sosyal hizmet, sağlık kurumundaki hizmetlerin yanında kurumun sınırlarının ötesine geçilmesini ve bireylerin, ailelerin, grupların kurum dışındaki durumlarına ve çevrelerine ilişkin ihtiyaçların göz önünde bulundurmasını sağlar (Dziegielewska, 2004).

Peki, sağlık alanındaki sosyal hizmet, sağlık alanındaki konumunu nasıl elde etmiştir? Bunda tabii ki bir önceki başlıkta ele aldığımız tarihsel süreçte meydana gelen önemli başlıklar göz ardı edilemez. Fakat genelleyecek olursak sağlık hizmetleri sunumundaki paradigma değişimleri, sağlık hizmetleri sunumunun seyrini değiştiren ulusal ve uluslararası sağlık tanımları ve sosyal hizmetin sahip olduğu eşsiz mesleki perspektif sosyal hizmete sağlık alanında konum kazandıran başlıca etkenler olarak görülmektedir. Bu soruya açıklık getirmeye çalışan Gehlert (2012) ise sosyal hizmetin sağlık alanında konum bulmasını üç temel faktör üzerinden ele almıştır. Bu faktörler: 1) 19. ve 20. yüzyılın başlarındaki nüfus hareketlilikleri, 2) tedavinin yapılması gereken yer de dahil olmak üzere hastanın nasıl tedavi edilmesi gerektiği hakkındaki tutumlar ve 3) sağlıkta sosyal ve psikolojik faktörlerin rolüne yönelik tutumlar şeklinde sıralanmıştır.

1900'lü yıllardan önce sağlık hizmetleri sunumunda, hekimler ev ziyaretleri yaparak hasta ile ilgili daha geniş bir görüş alanı kazanmaktaydı. Fakat sonrasında hızlı kentleşme ve nüfus hareketleri nedeniyle değişen toplumsal yapı bu sistemi değiştirmiş; sağlık hizmetleri sunumu amacıyla hekimin hastanın yaşam alanı olan evine gitmesi

yerine hasta hekimlerin çalışma alanı olarak kullandıkları hastanelere gelmek zorunda kalmıştır. Bu durum hekimlerin hastaları sadece hastanedeki koşullar altında değerlendirmelerine neden olmuştur. Böylece hekimlerin hastaya ilişkin birtakım psikososyal ve ekonomik yaşam koşulları hakkında bilgiye erişim şansları azalmıştır. Bu sistem değişikliği sosyal hizmet mesleği için bir fırsat olmuş ve sosyal hizmet, hekimlerin ev ziyaretlerinden geri çekilmesi ile oluşan boşluğu dolduran bir konum elde etmiştir (Tuncay, 2014a).

Sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında konumunu güçlendiren başka bir faktör uluslararası çapta Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1946 yılında yapılan "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir" tanımı ile ulusal çapta 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun en önemli iki gelişme olarak kabul edilebilir. Çünkü sağlık bedenen, zihnen ve sosyal açıdan birbirinden bağımsız düşünülemez bir bakış açısı kazanmış ve sosyal öğelere odaklanma çabaları sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında önemli bir konum kazanmasına katkı sunmuştur (Tuncay, 2014a).

Sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında önemli bir bileşen olmasını sağlayan diğer önemli faktör ise mesleğin "çevresi içinde birey" perspektifidir. Bu perspektifte, sağlık hizmetleri sunumunda sosyal hizmet uzmanları birey ve ailelerin güçlü yanlarına odaklanarak, tüm planlı değişim sürecinde hastayı çevre bağlamıyla ele alarak sağlık profesyonelleri arasında eşsiz bir konum elde eder (NASW, 2016). Bu perspektifin önemi şudur: sağlık hizmetleri sunumunda, kişisel/sosyal ve çevresel konular etkili bir şekilde ele alınmazsa, müracaatçılar için daha fazla riskten bahsetmek mümkün olabilir. Şöyle ki; hastaneden hizmet alan ve öyküsünde ihmal istismar olan bir çocuğu gerekli tedbirlerin almadan taburcu etmek çocuğu yeniden ihmal ve istismar riskiyle karşı karşıya bırakır. Kendini böylesi olumsuz bir ortamda gören ve durumunu umutsuz bir şekilde gören bir müracaatçının intihar etme ya da intihara yeltenme riski daha olasıdır. Sosyal hizmet mesleğinin sağlık hizmetleri sunumundaki önemi burada ortaya çıkmaktadır. Çünkü sosyal hizmet uzmanları müracaatçı ile ilgili tüm çevresel, kültürel ve ekonomik faktörleri göz önünde bulundurarak taburculuk işlemlerini başlatır (Dziegielewski, 2004). Neticede sağlık alanındaki sosyal hizmet birey, ailesi ve çevresi üzerinde bütünsel bir odaklaşma ile uygulama gerçekleştirmektedir (Duyan, 1996). Sosyal hizmetin sağlık hizmetleri sunumuna bu özel katkısı, "hastanın potansiyel fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirmek, sağlığını etkileyebilecek aile ve arkadaş ilişkilerini anlamak ve sosyal işlevselliğini en üst düzeye taşımak için hastalığına uyum sağlamasına yardımcı olmak" olarak ele alınabilir (NASW, 1977)

Sağlık bakımı ve sağlık hizmetleri sunumu, sosyal hizmet uygulamasının ilk alanlarından biridir. 1900'li yılların başlarında yaygın olarak görülen yoksulluğun doğurduğu sağlık sorunlarının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Tomanbay, 1992). Türkiye'de ise uygulamaları 1966 yılından sonra hastanelerde başlamış (Tuncay, 2014a) ve çoğunlukla tıbbi sosyal hizmet başlığı altında ele alınmıştır. Yıllar içinde sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki rolü muazzam ölçüde genişlemiştir. Bu genişlemenin getirdiği birtakım zorluklar olmuştur. Uygulama alanındaki değişiklikler, sosyal hizmetin farklı rolleri ve müracaatçı-uygulayıcı ilişkisindeki beklentiler ile sağlık alanında sosyal hizmet alanı giderek karmaşık hale gelmiştir (Dziegielewski, 2004). Örneğin, tıbbi sosyal hizmetin doğası ve kaynağı nedeniyle vurgu daha önce hasta kişiyi anlama ve problemini çözmeye yani hastalığa ve tedaviye yöneliktir. Mevcut vurgu sonradan daha genişlemiştir; sağlık eğitimi ve önleme-koruma gibi etkenler devreye girmiştir (NASW, 1977). Günümüzün uygulama ortamında tanımlamalardan kaynaklanan sıkıntılar halen mevcuttur. Bunun en belirgin göstergesi, sosyal hizmet disiplini dışındaki pek çok kişinin, sağlık alanındaki sosyal hizmet uzmanının ne yaptığından tam olarak emin olmamasıdır. Buna ek olarak, günümüzde birçok kılavuz ve yönergeye rağmen uygulamada birçok sosyal hizmet uzmanı sağlık bakımındaki rolü konusunda kafa karışıklığı yaşayabilmektedir (Dziegielewski, 2004). Bu karmaşıklık sağlık alanındaki sosyal hizmetin açık bir şekilde tanımlanmasını gerektirmiştir. Süreç içerisinde hem evrensel hem de ulusal boyutlarda sağlıkta sosyal hizmet alanına ilişkin çeşitli tanımlar geliştirilmiştir. Bu tanımlamalardan bazıları doğrudan "sağlıkta sosyal hizmet" şeklinde tanımlanırken, kimi zaman ise bu alan "tıbbi sosyal hizmet" üzerinden ele alınmıştır. Dziegielewski (2004) göre, bu terimlerin birbirinin yerine kullanılabileceğini görmek nadir bir durum değildir. Çeşitli tanımlara bakacak olursak;

Friedlander (1963; Akt. Duyan, 1996, s. 6), tıbbi sosyal hizmeti, "hastalığı ve tedavisi sırasında hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümüyle uğraşmak amacıyla sosyal vaka çalışması ve grup çalışması yöntemlerinin kullanıldığı sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı" olarak tanımlamıştır.

1934 yılında Amerikan Hastanesi Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği öncülüğünde gerçekleştirilen bir bilimsel çalışma raporunda tıbbi sosyal hizmet, "hastalık ve sosyal uyum bozukluğu arasındaki ilişkiye odaklanan spesifik bir toplumsal vaka çalışması" olarak tanımlanmıştır (Gehlert, 2012, s. 12).

Barker (1995, Akt. Dziegielewski, 2004, s. 36) Sosyal Hizmet Sözlüğünde, tıbbi sosyal hizmeti, "hastanelerde ve diğer sağlık bakım yerlerinde meydana gelen, iyi sağlık

koşullarını sağlayan, hastalıkların önlenmesini kolaylaştıran bir uygulama biçimi olarak tanımlar. Aynı zamanda, fiziksel olarak hasta olan müracaatçıların ve ailelerinin, hastalık ve sorunla ilgili sosyal ve psikolojik problemlerinin çözülmesine yardımcı olur” şeklinde tanımlamaktadır.

Dziegielewski (2004), sağlık alanında sosyal hizmeti şu şekilde tanımlamaktadır: “Başta hastalık veya sakatlık ve sağlıklı olma gibi sağlığın genel yönleri ile ilgili bir sosyal hizmet uygulamasıdır. Sosyal hizmet uzmanları bu alanlarda birey, aile, grup ve topluluklarda doğrudan çalışabilir veya geniş kapsamlı sosyal değişimlere etki edebilirler” (s. 46).

Allen ve Spitzer (2016), uygulama alanı olarak sağlıkta sosyal hizmeti, “canlı, heyecanlı ve zorlu bir alan” olarak ifade etmektedir (s. 31).

Türkiye, sağlık alanındaki sosyal hizmetin tanımlanması genellikle tıbbi sosyal hizmet üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bunlara örnek verecek olursak;

Türkiye’de düzenlenen 4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı Sağlık ve Sosyal Hizmetler Komisyonu Raporu’nda tıbbi sosyal hizmetler: “kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünü” biçiminde tanımlanmıştır (Akt. Duyan, 1996, s.7).

Türkiye’de, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini kapsayan ve 1983’te yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 2011’de yürürlüğe giren Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsayan ve 2015 yılında yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Türkiye’de sağlık alanında sosyal hizmetin konumuna dair yasal dayanak oluşturmakta ve bu alanı tanımlamaktadır. Bunlardan ikisinde daha çok roller üzerinde durulurken 2011’de yürürlüğe giren Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesinde tıbbi sosyal hizmetin tanımına kapsamlı olarak yer verilmiştir.

2011’de yürürlüğe giren Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi tıbbi sosyal hizmeti: “Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması” olarak tanımlanmıştır.

Öte yandan sağlık alanında sosyal hizmet mesleğinin tanımlanmasının yanında çeşitli kaynaklarda sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı tanımına rastlamak mümkündür. Örnek verecek olursak;

2011'de yürürlüğe giren Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesinin 12. Maddesinde sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı, tıbbi sosyal hizmet üzerinden "hastaneye başvuran hastaların psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarını tespit eden, sorunlarıyla ilgili sosyal hizmet müdahalesini planlayan ve uygulayan, üniversitenin dört yıllık sosyal hizmet bölümlerinden mezun sağlık personeli" olarak tanımlanmaktadır.

Dziegielewski (2004), sağlık hizmeti sunumundaki sosyal hizmet uzmanını "müracaatçı ile multidisipliner ya da interdisipliner takımı ve çevreyi bir araya getiren köprü" olarak tanımlamaktadır (s. 46). Browne (2012) ise sağlık hizmeti sunumundaki sosyal hizmet uzmanlarını, "bireylerin ve onların sosyal destek ağlarının sosyal, davranışsal ve duygusal kaygılarını doğrudan ele alır, ayrıca bireylerin psikososyal ihtiyaçlarına uyan politikalar ve programlar geliştirir ve yürütür" şeklinde tanımlamıştır (s. 21)

Türkiye İş Kurumu'nun 2006 yılında yayınladığı Türkiye Meslekler Sözlüğü içinde "Hastane Sosyal Hizmet Uzmanına yer verilmiştir. Sözlüğe göre, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının meslek tanımı şu şekilde ifade edilmektedir: "Sağlık kuruluşunda tedavi gören her hastanın uygulanan tıbbi tedaviden etkin bir şekilde yararlanması amacı ile ekonomik, sosyal, eğitsel ve destekleyici hizmetler veren, hastanın ailesi ve yakın çevresi ile ilişkilerini düzenleyen, hastane hizmetlerinde hasta beklentilerine uygun hizmet planlanması faaliyetlerini yürüten nitelikli kişidir." (Akt. Tuncay, 2014a, s. 10).

21. yüzyıl sağlık sorunları, birçok meslek için yenilikçi tepkiler gerektiren karmaşık ve çok boyutludur (Palmer, 2011). Bu yüzden sağlık alanında sosyal hizmetin birleştirilmiş bir tanımının oluşturulması ve kabul görmesi mesleki açıdan ve günümüz sağlık bakım ortamlarında hayatta kalmak için kritik önemini korumaktadır. Bununla birlikte sağlık alanı sürekli yenilikçi bir alan olarak geliştiğinden sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, sağlık hizmet sunumunda yapılacak tanımlarla kendilerini sınırlamayarak esnek olmaya devam etmelidirler (Dziegielewski, 2004).

Toplumlarda meydana gelen sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik değişimlere rağmen dünden bugüne sosyal hizmet uygulamaları birçok alan ve sektörde yer bulmuştur (Doel ve Shardlow, 2005; Özdemir, 2000). Sosyal hizmet uzmanları çok sıkıntılı değişim dönemlerinde bile çalıştıkları örgütsel ve yönetsel yapılarda sağlık alanı dahil geniş yelpazeli uygulamalarından geri kalmamışlardır (Walker, Crawford ve Parker, 2008).

Sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamasında, sosyal hizmetin sahip olduğu bilgi, beceri ve değerleri ile kendi mesleki müdahalesinden söz etmek mümkündür (Özdemir, 2000). Günümüz sosyal hizmet müdahale yaklaşımında bireyle çalışma, aile ile çalışma, grupla çalışma ve toplumla çalışma şeklinde kategoriler mevcuttur (Pardeck ve Yuen, 2006). Rosen ve Proctor (2003), sosyal hizmetin tüm bu kategorilerdeki uygulama görevini zorlu bir iş olarak tanımlamış; sosyal hizmet uygulamasının, rastgele bir uygulama değil tümüyle kanıta ve bilgiye dayalı bir uygulama olduğunu ifade etmiştir.

Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, kanıta ve bilgiye dayalı sosyal hizmet uygulamasının gelişmesine önemli katkılar sunmuşlardır. Bunun en iyi örneklerinden birisi Dorothea Dix'in ruh sağlığı alanındaki araştırmacı çabalarıdır. 1841 yılında Dix, Massachusetts Hastanesi'ndeki ruh hastalarının çok kötü koşullar altında olduğunu görmüştür. Çok kötü koşullarda kalan hastaların şartlarının iyileştirilmesi için kampanya başlatmış, ilgili mercilere belge sunmak için çeşitli şehirlerden bilgi ve belgeler toplamıştır. Topladığı kanıtları çeşitli lobilere sunmuştur. Çabaları sonuç vermiş hastaların kaldıkları yerlere sobalar yerleştirilmiş ve hastalara yeni kıyafetler verilmiştir (Krysik ve Finn, 2015). Dorothea Dix'in çabası, sosyal hizmet uygulamalarının, kanıta dayalı olduğu sürece başarılı olacağına ve başarının imkansız olmadığına bir kanıt niteliğindedir. Yapılan her başarılı çalışma, sağlık başta olmak üzere daha birçok alanda sayıları günden güne artan sosyal hizmet uzmanlarına uygulamalarında yol gösterici bir kılavuz olmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki sayıları günden güne artmaktadır. Yapılan bir çalışmada, sosyal hizmet uzmanlarının %14'nün sağlık alanında çalıştığı tespit edilmiştir (Whitaker ve Arrington, 2008). 2010 yılında Amerika'daki tüm sosyal hizmet uzmanlarının %22'si tıbbi sosyal hizmet ve halk sağlığı alanında çalışmaktaydı. Bu sayının 2018 yılında %22 artacağı öngörülmüştür (Browne, 2012). Türkiye'deki duruma baktığımızda, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği'nce (SHUDER)² 2015 yılında elde edilen verilere göre, Sağlık Bakanlığı'nda çalışan toplam sosyal hizmet uzmanı sayısı 938'dir. Fakat Sağlık Bakanlığı'na sadece Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kadrosu için 3 Kasım 2016 tarihinde Resmi Gazete 'de Yayımlanan 9361 Sayılı Kararname ile 620 adet sosyal çalışmacı kadrosu tahsis edilmiştir. Bu sayı 2015 yılı Sağlık Bakanlığı toplam sosyal çalışmacı kadrosunun %66'sına tekabül etmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın "Türkiye Sağlık Sektörü İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" sosyal çalışmacılarında içerisinde

²(<http://www.shudernegi.org/?pnun=175&pt=T%C3%BCrkiye%27deki+Sosyal+Hizmet+Uzman%C4%B1+Say%C4%B1lar%C4%B1> , Erişim 12 Mayıs 2016)

olduğu diğer sağlık hizmetleri sınıfı personeli (SHS) sayısı için 2015 yılında 26 bin 199 olan rakamını 2023 yılı için 36 bin 258 olarak hedeflemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Rakamlardan anlaşılacağı üzere sağlık alanı geçmişte olduğu gibi gelecekte de sosyal hizmet uzmanları için konumu tartişmasız bir alan olmaya devam edecektir. Bunda elbette karşılıklı bir ilişkiden söz etmek mümkündür.

Sosyal hizmet-sağlık ilişkisi rastlantısal olmayan ve birbirine ihtiyaç duyan bir ilişkidir. Sosyal hizmet, bireylerin sosyal, ruhsal ve fiziksel olarak tam iyilik halini hedeflediği için sağlık alanına ve sağlık bilgisine ihtiyaç duymaktadır. Tersinden düşündüğümüzde, sağlık alanı; hastaları biyopsikososyal yönden ele alabilecek, kişilerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını psikososyal yönden değerlendirecek, birey ve ailelerin hastalıklarla baş etme kalıplarını görebilecek, sağlık bilgisi kullanımını etkileyen kültürel faktörleri göz önünde bulunduracak, farklı gruplara göre değişebilen sağlık ve sosyal hizmet sistemlerine hakim olacak ve hasta hakları konusunda savunuculuk yapacak sosyal hizmet mesleğine ihtiyaç duymaktadır (Young, 1985).

Biyopsikososyal sağlık bakımı ekibinde yer alan sosyal hizmet uzmanları, sağlık bakımı sunma sisteminin her alanındadır. Sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki konumunun dar olarak düşünümemesi gerektiğini düşünen Tuncay (2013a), bu durumu, yaşam sonu bakımı üzerinden şu sözlerle ifade etmektedir: “Sosyal hizmet yalnızca, psikolojik danışma, çocukları koruma altına alma, sosyal sigorta işlemlerini yürütme, sosyal yardım sağlama veya taburculuk sorunlarını giderme mesleği değildir (s.145)...Sosyal hizmet uzmanları ölüm sürecindeki hastalara kapsamlı tıbbi ve psikososyal destek hizmetleri sunan disiplinler arası ekipte önemli roller üstlenir.” (s.148). Kısacası sosyal hizmet, sağlık alanında, konumu itibari ile birçok sağlık kurum ve kuruluşunda, anne karnındaki süreçten başlayarak kişilerin hasta olmalarını önlemeden, yaşam sonu bakım sürecine kadar genişleyen bir yelpazede hizmet sunan ve tüm bu süreçlerde biyopsikososyal yaklaşımı esas alan bir meslektir.

1.1.3. Biyopsikososyal Yaklaşım

“İnsan karmaşık bir canlıdır, hastalığı için tek bir sebep bulmak zordur” (Engel, 1980).

Engel’in bu sözünün altında yatan anlam bize her şeyden önce biyopsikososyal yaklaşımı çağrıştırmaktadır. Biyopsikososyal yaklaşım, geleneksel olarak biyomedikal ve psikososyal yaklaşımları uygulamaya entegre etmek için kullanılmıştır. Kişiyi bir bütün halinde görmeyi hedefleyen biyopsikososyal yaklaşım, Regensburg (1978; Akt.

Dziegielewski, 2004, s. 9) tarafından kısaca “insanın varlığının bütünlüğü, birliği ve bölünmezliği” olarak tanımlanmıştır.

Biyopsikososyal modeli ele almadan önce birbirlerine entegre olarak biyopsikososyal modeli oluşturan medikal ve psikososyal modelin anlaşılması gerekmektedir. Hastalığı anlamak için baskın model genel olarak biyomedikal model diye adlandırılır. Geleneksel bir perspektiften bakıldığında, bu model sıklıkla hastalığı bir varlık olarak görmekte; sosyal davranışları doğrudan tanınamaktadır. Biyomedikal modeli temsil eden bu biyolojik perspektif, tıp bilimlerinin temelini oluşturmaktadır. Fakat tıp alanında, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunan profesyoneller (aile hekimleri vb.) tarafından biyomedikal yaklaşımın yeterli olmadığı sıkça dile getirilmektedir. Çünkü tek başına biyomedikal yaklaşım kullanıldığında, sadece deneyimlenen fiziksel sorunu iyileştirmek veya çözmek üzerinde durulmaktadır. Böylesi bir yaklaşım sorunun birbiriyle ilişkili niteliğini (yani doğasını anlamayı) ortadan kaldırmaktadır. Biyomedikal model, sağlık bakımında tek başına yeterli değildir. Bu modelin baskın kavramları, psikososyal yönleri birleştirmeyi zorlaştırmaktadır (Dziegielewski, 2004). Öte yandan sağlık hizmeti sunumu için önerilen yaklaşım biyopsikososyal niteliktedir. Biyopsikososyal model, hastalığın biyolojik, sosyal, çevresel, psikolojik ve davranışsal yönlerini ele aldığından; hastalığın biyolojik nedenlerine odaklanmayı öncelikli hale getiren biyomedikal sağlık modelini genişletir (Browne, 2012). Bu genişleme, medikal modele psikososyal modelin entegre edilmesiyle elde edilir. Sağlık uygulamasına yönelik bu geleneksel yaklaşımda, sağlıkla ilgili sorunun çözümünde müracaatçı ile bir iş birliği esastır. Psikososyal perspektifte adımda anlaşılacağı üzere sağlık ve/veya hastalıkla ilişkili kişilerarası ve kültürel çatışmalar, psikolojik ve davranışsal sorunlar, sosyal ilişkilerdeki memnuniyetsizlikler, rol performanslarındaki güçlükler, sosyal geçiş problemleri, yetersiz sosyal destek ve kaynak eksikliği, karar verme zorlukları vb. sosyal, psikolojik, kültürel ve ekonomik etkenler medikal bileşenlerle bir araya getirilerek bütüncül bir yaklaşım elde edilir (Dziegielewski, 2004). Medikal ve sosyal modeli ruh sağlığı üzerinden ele alan Tuncay (2014b), bu iki modelin birbiri için alternatif olamayacağını, aksi yöndeki iddiaların ve tartışmaların fayda sağlamadığını; kişi sağlık sorunu yaşıyorsa bunda hem çevresel hem de davranışsal faktörlerin etkili olabileceğini ifade etmektedir. Çünkü hastalık ve sağlık birbiriyle öylesine ilişkilidir ki aralarındaki çizgiyi belirlemek neredeyse olanaksızdır. Çeşitli hastalıkların sonucunda psikososyal sorunlara karşı karşıya kalılabileceği gibi psiko-sosyal faktörler de çeşitli hastalıklara yol açabilir (Duyan, 1996). Örneğin, sosyal hastalıklar ve sorunlar olarak adlandırılan ve tıbbi bakım isteyen çocuk ve yaşlı istismarı, cinsel saldırı ve aile içi şiddet, madde bağımlılığı, bulimia ve intihar girişimleri tıbbi

sorunlar olmakla beraber doğasında biyolojik olmaktan ziyade psikososyal kökenli sorunlardır. Tüm bu sorunlar her koşulda psikososyal modelin dikkatini ve müdahalesini gerektiren durumlardır (Browne, 2012). Daha ötesini görmek için biyomedikal model ile psikososyal modeli birbirine entegre etmek suretiyle sağlık hizmetleri sunumunda biyopsikososyal yaklaşımı esas almak gerekmektedir. Böylece sağlık hizmeti sunumunda, davranışsal ve çevresel faktörleri içeren sağlık ve tedavinin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri ele alınarak ideal bir yaklaşım elde edilmiş olur. Bu ideal yaklaşım biyopsikososyal yaklaşımdır.

Biyopsikososyal değerlendirme odaklı yaklaşım, sağlık hizmetlerinde sosyal hizmetin önemli bir fonksiyonudur. Etkin tedavi planlamasının temelini oluşturmaktadır. Sosyal hizmet mesleği, sağlık alanında köklü olmasına rağmen sağlık hizmetleri sunumundaki temel görüşü sabit kalmıştır. Bu görüş biyopsikososyal yaklaşımdır. Bu yaklaşım birçok biçime sahip olmakla birlikte, sağlık alanında sosyal hizmet için daima temel unsur olmuştur. Biyopsikososyal yaklaşım, sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bir müracaatçının fiziksel ve tıbbi durumunu, duygusal veya psikolojik yönünü, sosyoekonomik seviyesini, sosyo-politik statüsünü, manevi ihtiyaç ve endişelerini tümünden görmeyi ve kişiye yönelik hizmetlerde tüm bu unsurların dikkate alınmasını sağlar. Böylece, müracaatçıların deneyimlerinin biyolojik, psikososyal ve toplumsal süreçlerin etkileşimi sonucu oluştuğu anlayışı kazanılmış olur. Bu anlayış sosyal hizmet uzmanlarına, sağlık ve hastalıkla ilgili altta yatan çok boyutlu biyolojik, duygusal, bilişsel, sosyo-ekonomik, kültürel ve manevi yönleri görme ve ona göre müdahale planı oluşturma fırsatı sağlar (Altilio, Otis - Green, Hedlund, Fineberg, 2012; Dziegielewski, 2004).

Biyopsikososyal yaklaşım, müracaatçı işlevinin üç yönü üzerinde durur. İlki olan “biyo”, müracaatçının sağlık ve refahının biyolojik ve tıbbi yönünü ifade eder. İkinci kısım olan “psiko”, öz değer, öz saygı gibi bireysel düşünceleri yani psikolojik özellikleri kapsar. Üçüncü bileşen olan “sosyal” müracaatçıyı etkileyen ve saran sosyal çevre anlamına gelmektedir. Bu üç bileşen birlikte ele alındığında biyopsikososyal model uygulanmış olur. Burada vurgulanması gereken diğer önemli bir husus tedavide hangi alan öncelikliyse ilk olarak o başlığa odaklanmak ve sonrasında diğer iki alana yönelmektir. Örneğin eğer birisi, hayatta kalması için stabilize edilmesi gereken akut tıbbi durumdan mustarip ise öncelikle bu kişinin tıbbi yani biyolojik yönü ele alınmalıdır. Fakat bu öncelik, kişinin sosyal ve psikolojik yönlerinin göz ardı edilmesini gerektirmez. Böylesi bir vakada hastanın tıbbi gereksinimleri karşılandıktan sonra diğer iki yönün ele alınması gerekir (Dziegielewski, 2004; NASW, 2016).

Sosyal hizmet uzmanları, sağlık hizmetleri sunumunun her aşamasında bu üç bileşeni göz önünde bulundurarak biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin sağlık ve hastalık üzerinde nasıl bir etki bırakabileceğini ve birbirlerini nasıl etkileyebileceğini akılda tutmalıdır. Örneğin, birtakım sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel ve psikolojik durumlar tıbbi sorulara neden olabilir. Şöyle ki; yoksulluk tıbbi bakımı almayı engelleyerek hastalığı ilerletebilir. Ya da tedavi için gerekli ilaç, özel diyet ürünleri yoksulluk nedeniyle alınamaz. Çevresel faktöre bağlı olarak ağır sanayi bölgesinde yaşayan ya da hijyensiz ortamlarda yaşayanlar hastalığa yakalanma riskiyle daha sık karşı karşıya kalabilirler. Birtakım duygusal sorunlar beraberinde tıbbi sorunlar getirebilir. Kronik hastalığa sahip kişilerde etkili baş etme becerileri az ve öz yeterlilikleri düşüğe hastalığın seyri değişebilir. Hastanın sosyal destek ağı ve aile ilişkileri sağlık durumunu önemli derecede etkileyebilir. Örneğin meme kanseri olan bir kadının eşi, doktorun mastektomi³ önerisini desteklemiyorsa, gerekli ameliyatın önüne geçerek eşinin sağlık durumunun daha kötüye gitmesine neden olabilir. Tersinden bakacak olursak mevcut olan hastalıklar kişilerin psikososyal problemlerini şiddetlendirebilir. Örneğin, hastalığından dolayı hastaneye yatması gereken ama çocuğunu bırakacak bir kimsesi olmayan bir kadın tedavisi ile çocuğunun bakımı arasında kalıp stres yaşayacaktır. Ya da hastalığı iyileşme gösteren bir kadın eşi ile ayrıldığında bunun üstesinden gelemeyerek tedaviyi bırakabilir ve psikolojik bir çöküntü yaşayabilir. Sağlık sigortası olmayan bir hasta özel hastaneden aldığı tedavinin yüksek faturası nedeniyle ekonomik bunalım yaşayabilir.

Tüm bu örneklerde sosyal hizmet uzmanları devreye girerek odağında, geleneksel tıp bakışından uzak olan biyopsikososyal sağlık bakımı anlayışıyla hareket etmelidir. Fakat sosyal hizmet uzmanları, böylesi bir model her üç alanı (biyo-psiko-sosyal) kapsadığı için uygulamada dikkatli olmak zorundadır. Özellikle "biyo" kısmı için tıbbi terimleri veya tıbbi alanda kullanılan jargonları anlamayan sosyal hizmet uzmanları önemli bir dezavantaja sahip olur. Çünkü müdahalede dil akıcı olmayı ve hizmet alanın dili anlayabilmesini gerektirmektedir (Browne, 2012). Öte yandan sağlık hizmeti sunumunda yer alan diğer tüm disiplinler biyopsikososyal yaklaşımın önemini anlar ve kabul eder. Bu durum sosyal hizmet uzmanlarına, müracaatçıları etkileyen "psiko" ve "sosyal" faktörlerin anlaşılmasında liderlik edebilme olanağı tanır. Buna ek olarak, bugünün sağlık bakım ortamında çevrenin ve refahın sürdürülebilir sağlığın üzerine etkisinin vurgulanması, sosyal hizmet uzmanlarının liderlik rollerini pekiştirmek için ayrıca bir fırsat sağlamaktadır. Burada, bu liderlik rolünün kazanılması için sosyal hizmet uzmanının

³ Mastektomi, meme kanserinin önüne geçebilmek ve tedavi edebilmek için tüm meme dokusunun vücuttan çıkarılması şeklinde uygulanan cerrahi yöntemdir.

kattığı artı değer, ortaya çıkabilecek muhtemel sağlık konularına yönelik sosyal, çevresel, kültürel ve psikolojik önlemlerin önceden tahmin edilmesi ve öngörülmesi için çeşitli yol ve yöntemlerin geliştirilmesi çabasıdır (Dziegielewski, 2004).

1.1.4. Ekip çalışması

Sağlık hizmetlerinin sunumunda biyopsikososyal yaklaşımı göz önüne alan müdahale, çeşitli konulardaki sağlık sorunlarını ve endişeleri gidermek için disiplinler arası bir profesyonel ekibin kullanılması ihtiyacını doğurur. Ekip çalışması, sağlık bakımı hizmetlerinde temel bir unsurdur. Gerekçesi ise sağlık ve hastalıklarla ilgili müdahale süreçlerinde farklı disiplinlerin ve alanların bilgi ve becerisine olan ihtiyaçtır. Hekimlerin, hemşirelerin, hasta bakım teknisyenlerinin, diyetisyenlerin, psikologların, çocuk gelişimcilerin ve daha nice mesleklerin dahil olduğu bu ekip çalışmasının en önemli üyelerinden biri sosyal hizmet mesleği ve mesleğin uygulayıcıları olan sosyal hizmet uzmanlarıdır. Sosyal hizmet uzmanları, birleşik bir sağlık bakım ekibinin yalnızca bir parçasıdır. Mümkün olan en iyi bakımı sağlamak için hekim ve hemşireler başta olmak üzere diğer profesyonellerle birlikte çalışmalarını beklenmektedir. Bu iş birliği “ekip yaklaşımı” olarak adlandırılmaktadır. Uygulamada, sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı, müracaatçıların psikososyal yönlerini ele alır, diğer ekip üyelerini bu ihtiyaçlara karşı uyarır ve hizmet sunumunu kolaylaştırır (Browne, 2012; NASW 1977; Tuncay 2014a).

Sağlık hizmetleri sunumunda bir ekipten söz ediliyorsa her ekip üyesinin sahip olduğu ve müracaatçıya diğer ekip üyesinden farklı olarak yaklaşım sergilediği bir yönü olmalıdır. Peki, sağlık alanında çalışan ve sağlık bakımı ekibinin bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanlarını bu ekipte özel kılan nedir? Dziegielewski (2004) en önemli faktörü, sosyal hizmet eğitiminin kendisi olarak değerlendirmektedir. Çünkü sosyal hizmet uzmanları, genelde farklı ortamlarda çok çeşitli profesyonel hizmetler sunmak için eğitilirler. Buna karşın, eğitim gereksinimleri farklı olmasına rağmen, çoğu sağlık uzmanı yalnızca sağlık alanında çalışmak üzere eğitilir. Sosyal hizmet uzmanlarının ekibe dahil olmasıyla bu dar bakış genişler ve renklilik kazanır. Sosyal hizmet uzmanının aldığı eğitim, sosyal hizmet alan kişiye sağlık alanında ihtiyaç duyulan çeşitli yardım biçimlerini sağlamada yardımcı olur. Diğer bir etken ise sosyal hizmet müdahalelerinin maliyet-etkin olmalarıdır. Diğer sağlık uzmanlarının çoğu sağlık bakımında sosyal hizmet uzmanına benzer bir iş yapabiliyor olsa da sosyal hizmet uzmanı bunu sağlık kuruluşuna ve müracaatçıya en düşük maliyetle yapabilir. Diğer önemli bir unsur ise sağlık alanında

çalışan sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıları, sağlık profesyonelleri ve sosyal destek kaynakları ile aynı anda buluşturma becerileridir (NASW, 1977).

Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, sahip oldukları becerileri ve kendilerini eşsiz kılan faktörleri, ortak amaçları müracaatçının sağlığını korumak ve düzeltmek olan çok disiplinli ekip üyeleri ile birlikte sergileme fırsatı bulurlar (Duyan, 1996). Bu ekip çalışması yaklaşımında sosyal hizmet uzmanlarının katılacağı çeşitli iş birliği uygulamaları vardır. Birincisi, vaka bazlı bir iş birliği türüdür. Müracaatçıya yardımcı olmak üzere tasarlanmış ve bireyselleştirilmiş bir müdahale planı için farklı disiplinlerden bir araya gelinerek verilen bir hizmet türüdür. Her bir mesleğin becerileri ve bilgisi, müracaatçının yararına olacak şekilde uyumlu olarak kullanılır. İkinci bir iş birliği biçimi danışma/istişare yani konsültasyondur. İki ya da daha fazla uzman arasındaki etkileşim süreci olarak tanımlanır. Temel olarak, uzman tavsiyesi isteme üzerine odaklıdır. Üçüncü bir iş birliği biçimi eğitim sağlanmasıdır. Bu iş birliği biçiminde sosyal hizmet uzmanı, diğer sağlık hizmeti sunucularını eğitmek için rol alabilir. İş birliği çabasının son türü, çok disiplinli (multidisipliner) ve disiplinler arası (interdisipliner) ekip kavramlarının önemli rol oynadığı ekip yaklaşımıdır. Disiplinler arası (interdisipliner) uygulamada hizmet sunumu boyunca birlikte hareket edilir. Genellikle, ekibin tüm üyeleri toplu olarak bir eylem planı geliştirir. Profesyoneller hizmet sunmak için birbirleriyle etkileşime girer. Multidisipliner ekipte ise her bir disiplin çoğu zaman bağımsız ya da yönlendirme temelinde çalışır. Her biri çok az etkileşimle özerk olarak hareket eder. Profesyonellerin her biri genellikle müracaatçının sorunlarını çözmek için bağımsız olarak çalışır. Ardından, görüş ve yaklaşımlar, müracaatçıya kapsamlı bir hizmet yöntemi sunmak için bir araya getirilir. Tüm bu ekip çalışmalarında, sosyal hizmet uzmanları ekip lideri rolü üstlenebilir. Çünkü doğrudan uygulamaya dahil olamayan çok sayıda sağlık profesyonelinden farklı olarak, sosyal hizmet uzmanları sınırlı değildirler (Dziegielewski, 2004; NASW, 1977).

Sonuç olarak sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının biyopsikososyal bir yaklaşımla müracaatçılara sunulan sağlık hizmeti sunumunda rolleri; müracaatçıyı interdisipliner veya multidisipliner bir ekiple birleştiren bir "köprü" olarak tanımlanabilir. Fakat iş birliği ve ekip çalışması rollerin ve görevlerin belirsizliği nedeniyle engellenmiş olabilir ya da farklı disiplinler birbirlerinin usul ve esaslarını anlamayabilir (Browne, 2012). Sağlık hizmeti sunumunda, sağlık profesyonellerinin sayısında artış olması ve bazı profesyonellerin iş tanımlarının birbirine benzemesi bu belirsizliği doğuran önemli iki faktördür. Bu durum çoğu ekip çalışmasında rol çatışmalarına ya da farklı kargaşalara neden olmaktadır. Ayrıca sağlık alanında biyopsikososyal modelin uygulanmasında halen bir güç hiyerarşisinden söz etmek mümkündür. Örneğin, bazı kararlar psikolojik

veya sosyal meseleleri içeriyor olsa bile çoğu sosyal hizmet uzmanı nihai karar için hekimlerin kararlarına bağlı kalmak durumundadır. Tüm bu sorunların önüne geçebilmek ve biyopsikososyal bir modelde ekip çalışmasını en sağlıklı şekilde işletebilmek için her ekip üyesinin rol ve sınırlarının net olarak tanımlanması gerekmektedir. Çünkü rollerin belirsiz olduğu çalışma ortamlarında farklı meslek üyeleri sosyal hizmet uzmanların yapması gereken rolleri kendi işlevleri gibi üstlenebilir. Ya da tam tersi bir durumdan söz edilebilir. Bu yüzden sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerinin net olarak tanımlanması ve bunun sağlık hizmetleri sunumundaki diğer ekip üyelerine tanıtılması gerekmektedir.

1.1.5. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sağlık Alanındaki Temel Rol ve Görevleri

Kamu ve özel hastaneler, ayaktan tedavi klinikleri, aile sağlığı merkezleri, mahalle odaklı sağlık merkezleri, ayaktan cerrahi merkezler, doktor ofisleri, mobil bakım üniteleri, bakım tesisleri, okullar ve sağlık bakım kuruluşları, belirli hastalıklara (karaciğer yetmezliği, kanser, HIV, AIDS) özgü çeşitli merkezler (kemoterapi klinikleri, diyaliz merkezleri, toplum sağlığı merkezleri vb.) sağlık alanında, sosyal hizmet uzmanlarının uygulama gerçekleştirdikleri başlıca kurum ve kuruluşlardır. Her bir merkezdeki roller değişebilmektedir (Allen ve Spitzer, 2016; Browne, 2012; Lymbery ve Milward, 2002). Bu kurum ve kuruluşlarda çalışan sosyal hizmet uzmanları, sahip oldukları temel sosyal hizmet bilgi ve becerilerine, sağlıkla ilgili yeni bilgi ve becerileri ekleyerek sağlık bakımının düzenlenmesi, sunulması ve değerlendirilmesinde birçok rol ve görevi yerine getirirler. Gehlert (2012), sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının temel rol ve görevlerinin belirlenmesinde, sağlığı ve hastalığı etkileyen sosyal, çevresel, kültürel, ekonomik ve psikolojik faktörlerin esas alındığını vurgulamaktadır.

Sağlık alanında meydana gelen yenilikler, dönüşümler ya da değişimler, sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rollerini zaman içerisinde genişletmiştir. Bireyle, aileyle, grupta ve toplumla çalışma rol ve görevlerin uygulandığı temel müdahale düzeyleri olmuştur. Tüm bu müdahale düzeylerinde, sosyal hizmet mesleğinin uygulama temeli olan yedi basamaklı (tanışma/bağlantı kurma, ön değerlendirme, planlama, uygulama, son değerlendirme, sonlandırma ve izleme) “planlı değişim süreci” esas alınır (Duyan, 2010; Sheafor ve ark., 2015; Zastrow; 2015). Sağlık alanı için bunların uygulanmasındaki temel vurgu, sağlık sorunları ile ilişkili sosyal stresin azaltılması, refahın artırılması ve hastalıklardan koruyan sosyal desteklerin belirlenmesidir.

Sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamaları, farklı alt dallar şeklinde uzmanlaştığı için her bir alt dal uzmanlık alanına ilişkin rol ve görevler değişebilmektedir. Fakat sosyal hizmet mesleği uygulayıcıları için temelde gerekli olan şey sosyal hizmetin sahip olduğu kendi bilgi, beceri, değer ve etik kodlarıdır. Bu bileşenler her bir alt uzmanlık dalı ile entegre edilerek uzmanlaşılacak alt dala yönelik gerekli rol ve görevler tanımlanabilir. Çünkü sağlık alanında her bir alt uzmanlaşma dalı kendi içerisinde birtakım özel rol ve hizmetlerin yerine getirilmesini gerekli kılabilir.

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanlarınca Yerine Getirilen Roller

Hizmet	Açıklama
Vaka çalışması	Hastanın sosyal durumunu değerlendirilme ve kişinin sağlığı üzerinde etkili olan psiko-sosyal faktörleri belirleme
Ekip çalışması	Müracaatçılar için mümkün olan en iyi bakımı sağlamak için diğer profesyonellerle multidisipliner ve interdisipliner ekip çalışması yürütme ve birlikte çalışma
Hizmet öncesi planlama	Müracaatçıları tanıyarak daha sonrasında ihtiyaç duyacakları sağlık bakım hizmetlerini planlama, müracaatçıların güçlü yönlerini ve gereksinimlerini ayrıntılı olarak tanımlama
Değerlendirme	Hizmet almaya ihtiyacı olan müracaatçıları belirleyerek sağlık ve sağlık sorunlarına yönelik değerlendirme yapma
Kaynak sağlama	Müracaatçıları tanımlayarak; ihtiyaç duydukları hizmetleri temin etmede gerekli kaynaklara müracaatçıların erişimini sağlama
Somut hizmet sunumu/müdahale	Müracaatçıya kabul, taburculuk, bakım sonrası planlama ve diğer hizmetler gibi sağlık hizmet ihtiyaçları konusunda destek olma. Toplum bazlı çalışmalarda ise planlanan koruyucu-önleyici çalışmaları uygulama
Kayıt tutma	Resmi bir plan ve rapor için müracaatçıya ilişkin biyopsikososyal, kültürel, ekonomik ve diğer durum faktörleri hakkında bilgi toplama ve bilgileri belirlenen standartlara göre kayıt altına alma
Sağlık hizmetleri sunumu için amaç ve hedeflerin tanımlanması	Müracaatçıların sağlığını ve sağlık sorunlarını ele almak için karşılıklı olarak mutabakat sağlanmış hedef ve amaçlar belirleme
Danışmanlık	İhtiyaç duyulan ya da algılanan sağlık müdahaleleri ile bağlantılı sorun ve durumlarda müracaatçılara yardımcı olma
Devam etmektedir	

Kısaltılmış uzun vadeli planlama ile destek	Müracaatçının mevcut ve beklenen sağlık durumuna dayalı olarak ihtiyaç duyulan hizmetleri anlamasına, öngörmesine ve planlamasına yardımcı olma
Eğitim	Müracaatçılara sağlıkları ve sağlık sorunları hakkında endişe duydukları alanlarla ilgili yönergeler sağlama, bilgi ve eğitim verme. Sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları sağlık kurumundaki diğer profesyonellere yönelik de çeşitli hizmet içi eğitimleri düzenleyebilme
Sağlıklı yaşam planı oluşturma	Müracaatçılara, bütüncül bir önleme modeline dayalı sürekli ve sağlık durumunu güvence altına alacak bir plan oluşturmak için yardımcı olma
Sevk hizmetleri	Ulaşılabilir hizmetler hakkında bilgi verme ve hizmetlere ulaşım için doğrudan bağlantı kurma
Sağlık bakımı sürekliliğinin sağlanması	Müracaatçıların birden fazla sağlık hizmeti almaları gerekiyorsa müracaatçılara ihtiyaç duydukları tüm hizmetlerle ilgili doğru bağlantıların yapıldığından emin olmaları için yardımcı olma ve bakımlarının sürekliliğinin sağlanması konusunda ilgili kaynaklarla buluşturma
Savunuculuk	Müracaatçılara gerekli kaynak ve destekleri nasıl elde edeceklerini öğretme, ayrıca müracaatçıların yararına olacak politika ve prosedürlerin değişimi konusunda savunuculuk yapma Müracaatçılar dışında kendi özlük hakları ve diğer sağlık profesyonelleri adına (örneğin sağlıkçılara yönelik şiddet vb.) da haklı gerekçelerle savunuculuk yapabilme
Araştırma	Doğrudan ve dolaylı olarak politikayı, toplum ve halk sağlığını ve klinik uygulamayı zenginleştiren araştırmalara katılma Topluluk ya da üniversite düzeyinde bireyler ve topluluklarla ya da genel olarak sağlık meseleleri ile ilgili olarak araştırma yapma
Yönetim	Sağlık alanında örgüt işleyişinden sorumlu olmak için yönetici ve idareci olma
Grup çalışması	Tıbbi sosyal hizmetlerde grup çalışması, grup tartışması ve önerileri ile yardımcı sağlık görevlileri ve ilerlemeleri ile sağlık zorlukları ve yönetimiyle ilgili hasta ve/veya akraba gruplarının danışmanlık ve eğitim sağlama Grubun lideri veya üyesi olabilme
Toplum organizasyonu	Sağlık hizmetlerini daha geniş kitlelere ulaştırma. Bunun için toplumdaki çeşitli mekanizmaları (kurumlar, kanaat önderleri, STK'lar) harekete geçirme.
Politika geliştirme	Çeşitli komitelerde görev alma ve politika oluşturma
Program geliştirme	Sağlık hizmetleri sunumunu esas alarak sağlığın geliştirilmesi ya da hastalıkların biyopsikososyal yönden ele alınmasını sağlayacak proje ve programları oluşturma, uygulama ya da mevcut programlara dahil olma
Tarama programlarına katılma	Sağlık taramaları ve bağışıklama gibi koruyucu hizmetlerde yer alma
Süpervizyon	Sağlık alanında yönlendirme, eğitme, koçluk, mentörlük ve danışmanlık için süpervizörlük yapma

Kaynak: (Browne, 2012; Dziegielewski, 2004; Duyan, 1996; Gehlert, 2012; NASW, 1977; Palmer, 2011; Tomanbay, 1992; Tuncay, 2014b).

Tablo 1’den anlaşılacağı üzere sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirilen rol, görev ve hizmetler oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir. Bu yelpazede; sosyal destek ağına yönelik müdahale geliştirme, ekip çalışması için işbirliği yapma, toplum hizmetleri ve ilgili sağlık kurumları arasında koordinasyon sağlama, ihtiyaçlar için savunuculuk yapma, toplum odaklı hizmetler sunma (hizmetleri daha iyiye taşımak, riskleri belirlemek, toplum danışmanlığı yapmak, sağlık eğitimi, politika ve program planlama ve toplumla işbirliği ve kontak kurma), yönetim (kurumsal danışmanlık, program geliştirme, kalite geliştirme, hizmet savunuculuğu ve kuruluş irtibatları), denetleyicilik ve süpervizörlük (doğrudan sosyal hizmet süpervizyonu, idari süpervizyonluk, danışmanlık, eğitim) yapma gibi hizmet türleri mevcuttur. Tüm bunlardan anlaşılacağı üzere sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolü geleneksel olarak “taburculuk planlaması” olarak adlandırılan sürecin çok ötesindedir. Sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanına dahil olmasıyla birlikte söz konusu taburculuk planlaması bile farklılaşmış sosyal hizmet uzmanları sadece taburcu etmekle kalmayıp taburculuk sonrası hizmetleri koordine etmişlerdir.

Türkiye’de sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri de Tablo 1’dekilerle benzerlik göstermektedir. Türkiye’de sağlık alanında sosyal hizmet mesleğini icra eden sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri çeşitli yasal düzenlemelerle şekillendirilmeye çalışılmıştır. Bu şekillenmeyi sağlayan üç önemli düzenleme; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini kapsayan ve 1983’de yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 2011’de yürürlüğe giren Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi ile birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsayan ve 2015 yılında yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğidir. Bunların dışında Türkiye’de sağlık alanında sosyal hizmeti yakından ilgilendiren birtakım sağlıkla ilgili mevzuatlar daha mevcuttur. Örnek verecek olursak; Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik, 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği, 2011 tarihli Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkındaki Yönerge, 2004 yılında yürürlüğe giren Madde Bağımlılığı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği, 2009 yılında yürürlüğe giren Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 2000 yılında yürürlüğe konulan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2010 yılında yürürlüğe konulan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelik, 2011 tarihli Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkındaki Yönerge, 2010 tarihli Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik başlıca düzenlemelerdir (Tuncay, 2013b, 2014a). Fakat bunların çoğunda sosyal hizmet

uzmanlarının rol ve görevleri net olarak belirtilmemiştir. Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerinin belirgin olduğu düzenlemelere baktığımızda;

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 126. Maddesinde sosyal servislerde çalışacak olan sosyal hizmet uzmanlarının görev ve yetkileri şu şekilde sıralanmıştır:

- “Hastaların kişisel ve ailevi sorunlarının çözümlenmesinde ailesi ve yakın çevresi (Hastane iş, okul vb..) ile iş birliği yapar, posta ve halkla ilişkiler hizmetlerini yürütür. Bunun için kuruma müracaat eden hasta sahibi ve ziyaretçilerin müşküllerinin çözümlenmesinde, aranan hastaların kolayca bulunmasında gerekli görülen her türlü tedbirleri alır ve aldırır.
- Hastaların gerektiğinde sosyo-ekonomik durumlarının tetkikini yaparak hastane harcamalarına katılıp katılmayacağını araştırır ve değerlendirir. Aldığı sonucu Bakanlıkça saptanan bir forma doldurarak hasta evraklarının arasına ekler. Maddi yetersizliği olanlara diğer dış kurumlardan sürekli veya geçici destek sağlanmasına yardımcı olur.
- Uzun süre yatacak hastaların boş zamanlarını değerlendirici faaliyetler düzenler moral gücünün arttırılmasını sağlar.
- Kurum ile diğer sosyal hizmetler ve sağlıkla ilgili kurumlar arasında baştabinin izni ile iş birliğini sağlayarak kurumun gelirini arttıracak program ve çabalara katılır ve teşhis, tedavi hizmetleri bakımından diğer yataklı kurumlarla koordinasyon ve yardımlaşmayı sağlar.
- Kurum içinde bulunan gönüllü kişilerin çalışmalarını düzenler, yoksa bu tip çalışmaların kuruma yönelmesini sağlar. Öncelikle kurum personelinin ve olanaklar oranında, yatan hastaların çocukları için kreş ve gündüz bakımevi açılmasına yardımcı olur.
- Kurum sonrası oluşacak kişisel ve toplumsal ve ekonomik koşulların yeniden düzenlenmesine yardımcı olur.”

Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesinin 11. Maddesinde tıbbi sosyal hizmet birimlerinin sorumluluğu sosyal hizmet uzmanlarına verilmiş olup; Yönergenin 12. Maddesinde sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları şu şekilde sıralanmıştır;

- “Hastaneden hizmet alan, kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar, engelli hastalar, sağlık güvencesiz hastalar, yoksul hastalar, aile içi şiddet mağduru hastalar, ihmal ve istismara uğramış çocuk hastalar, mülteci ve sığınmacı hastalar, insan ticareti mağduru hastalar, yaşlı dul ve yetim hastalar, kronik hastalar, ruh sağlığı bozulmuş hastalar, alkol ve madde bağımlısı hastalar, yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar, il dışından gelen hastalar öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar için sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.
- Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur.
- Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametini gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan

hastaların ikametine nakillerinin koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.

- Afetlerde, gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.
- Tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline, hasta ve yakınlarına yönelik eğitimler yapar.
- Mesleği ile ilgili kongre, sempozyum, eğitim vb. toplantılara katılır, mesleki projeler planlar ve uygular.
- Rapor ve kayıtları gizlilik ilkesine uygun olarak tutar.
- Çalışmalarından birim sorumlusuna karşı sorumludur.
- Tek sosyal çalışmacı olması halinde birim sorumlusunun görevlerini yerine getirir.
- Birim sorumlusunca verilen diğer görevleri yerine getirir.”

Türkiye’de sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerini birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında çok net olmasa da 2015 yılında yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği ele almıştır. Yönetmeliğin 53. Maddesinde Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleri şu şekilde ifade edilmiştir:

- “Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,
- Toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik şartları değerlendirmek,
- Toplumda saptanan sorunların çözümlenmesine katkıda bulunacak kaynakları araştırarak, harekete geçirici, verimliliği arttırıcı ve yeni kaynak oluşumunu sağlayıcı çalışmalar yapmak,
- Afet sonrası dönemde sosyal hizmet işlerini yürütmek,
- Okul yönetimleri ile iş birliği yaparak hizmetleri desteklemek,
- Bölgesindeki belediye, il milli eğitim müdürlüğü, aile ve sosyal politikalar il müdürlüğü gibi diğer kamu kuruluşları ile iş birliği yapmak,
- Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak,
- Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- Sosyal yardıma muhtaç hastaların sosyal yardım kurumlarıyla irtibatını sağlayıp desteklemek ve sorunların çözümüne katkıda bulunmak,
- Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.”

Türkiye’de sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerini ele alan bu üç yasal düzenlemenin ilk ikisi ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri; üçüncüsü ise birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmelidir. Üçünü birlikte ele aldığımızda Türkiye için sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına verilen rol ve görevlerde; hastanelerden hizmet alan dezavantajlı gruplar başta olmak üzere hastalara yönelik hizmet müdahaleleri planlamak, taburculuk işlemlerini koordine etmek ve ekip ruhu ile çeşitli işbirlikleri yaparak gerektiğinde savunuculuk ve eğitim rollerini yerine getirme, toplumsal bazda yani makro düzey çalışmalarda topluma dönük hizmet

modellerini uygulamaya koyma, kurumlar arası işbirliği ve halk sağlığını koruma öne çıkan başlıklar olmaktadır.

Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, rol ve görevlerini yerine getirilirken rollerin belirlendiği dayanaklar haricinde mesleki uygulama kılavuzlarını dikkate almak zorundadırlar. Mesleki uygulama kılavuzları uygulayıcılara karar vermede yardımcı olmaktadır. Özellikle hizmetlerin uygunluğunun belirlenmesi, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi, seçilecek ve uygulanacak müdahalelerin belirlenmesi, performansların ölçülmesi konusunda mesleki uygulama kılavuzları sosyal hizmet uzmanlarının en büyük yol göstericileri olmaktadır (Rosen ve Proctor, 2003). Bu yüzden sosyal hizmet uygulama alanlarının her birisinin standart uygulama kılavuzları olmalı ve bu kılavuzlar kültürlere duyarlı olmakla beraber ulusal ve uluslararası sosyal hizmet kuruluşlarının onayından geçmiş olmalıdır. Bu durum sağlık alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarınca dikkate alınmalıdır. Sosyal hizmet uzmanlarına uygulamada kılavuzluk eden diğer bir faktör ise sosyal hizmetin temel aldığı birtakım kuramlardır. Sosyal hizmetin birey, aile, grup ve toplumlara müdahalede temel aldığı bazı kuram ve yaklaşımlar sosyal hizmet uzmanlarına uygulamada rehberlik etmektedir. Bu uygulama modellerine; psikodinamik modelleri, krize müdahale modellerini, varoluşsal ve hümanist modelleri, bilişsel modelleri, ekolojik ve sistem modellerini ve de güçlendirmeyi örnek gösterebiliriz (Payne, 1991; Teater, 2015).

Sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki rol ve görevleri konusunda çeşitli sorunlarla ve karmaşık müdahale süreçleriyle karşılaşmak mümkündür. Günümüz sağlık hizmetleri sunumunda, sosyal hizmet uzmanlarının çoğu geleneksel sosyal hizmet müdahalesini uygulamakta güçlük yaşamaktadır. Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı, çoğu zaman bir müracaatçıyı yalnızca kısa bir süre boyunca görmek zorunda kalır veya somut hizmet sunumundan daha fazlasını yapamayabilir. Bundaki en büyük etken şüphesiz ki günümüz tedavi sürelerinin ve tedavi kurumlarında kalma sürenin giderek kısıtlı hale gelmesidir. Ortaya çıkan bu tablo, sosyal hizmet uzmanı ile müracaatçı arasındaki etkileşimi sınırlamaktadır. Hastanın tedavi kurumundan erken taburcu olması ilk etapta olumlu bir durum çağırırsa da erken taburculuk hastanın taburculuk sonrasındaki ortamı ya da sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik faktörleri özetle çevresi, tedavisinin devamı için uygun koşullara sahip değilse hastalığının nüks etmesine ve daha ağır tabloların ortaya çıkmasına neden olabilir (Dziegielewski, 2004; Tuncay, 2014b). Bu yüzden sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri (yeterliliği tartışmalı olsa bile) tanımlanmış olsa da bugünkü sağlık hizmetleri sunumunda, sosyal hizmet uzmanı esnek ve değişime açık olmalıdır. Sağlıktaki yeni

gelişme ve dönüşmelere paralel olarak sosyal hizmet uzmanları, günün şartlarına uygun görev ve rolleri üstlenmekten geri kalmamalıdır. Hatta sosyal hizmet mesleği sürekli olarak bu rollerin ne şekilde gelişeceği üzerinde durmalı ve bunu uygulamadaki sosyal hizmet uzmanlarına aktarmalıdır.

Sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki rollerini geliştirmek isteyen Dziegielewski (2004), sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki tüm müdahale düzeylerinde daha etkili olmaları için çeşitli görev ve sorumlulukları yerine getirmeleri gerektiğini vurgulamış ve sıraladığı maddelerin baş harflerinden “**PROACTIVE**” kelimesini elde etmiştir (s. 22-24).

- P:** (*Present and Position*) Sağlık bakımı hizmetlerine kendilerini entegre etme,
- R:** (*Receive and Research*) Yeterli ve sürekli eğitimi elde etme ve araştırma yapma,
- O:** (*Organize*) Birey ve toplulukları organize etme,
- A:** (*Address*) Politika üretme ve savunuculuk yapma,
- C:** (*Collaborate*) Diğer disiplinlerle işbirliği yapma,
- T:** (*Teach*) Sosyal hizmetin önemini ve değerini diğerlerine öğretme,
- I:** (*Investigate*) Mevcut sağlık sorunları için yenilikçi araştırma ve uygulama geliştirme,
- V:** (*Visualize*) Yaptıkları tüm çalışmalarını görünür kılama,
- E:** (*Explore / Empower/ Education*) Birey, aile, grup ve toplumları kendileri hakkında karar vermeleri hususunda güçlendirme, bilgilendirme ve eğitme.

“PROACTIVE” kelimesinden anlaşılacağı üzere sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çok yönlü ve planlı bir şekilde hareket etmesi gerekmektedir. Sonuç olarak, sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolleri, yerel ve ulusal politikalar, sağlık ve tedavideki trendler, diğer sağlık bakımıyla ilgili disiplinlerde ve sosyal hizmetlerde meydana gelen değişimlere bağlı olarak zaman içerisinde farklılaşabilmekle birlikte (Browne, 2012; Payne, 1991); sosyal hizmet uzmanları, rol ve görevleri gereği, ihtiyaçlar hiyerarşisini göz önünde bulundurarak ve toplumun tüm üyelerini odağa alarak, sağlık açısından olumlu ilişkilerin ve toplumsal hizmetlerin oluşmasına katkı verirler (Tuncay, 2013a).

1.2. HALK SAĞLIĞI

Sosyal hizmet uygulamalarının yapıldığı alanlarda, sadece sosyal hizmet bilgi, beceri, değer ve kuramlarını kullanmak yeterli olmayacaktır. Sosyal hizmet eğitiminin kazandırdığı bilgi ve becerilerin yanı sıra uygulama yapılacak alana ilişkin bilgi sahibi olmak ve alan üzerinde hakimiyet kurmak sosyal hizmet uygulamalarının daha verimli ve etkili olmasını sağlayacaktır. Bu bağlamda, çalışmanın özü olan halk sağlığı sosyal hizmeti kavramına geçmeden önce halk sağlığı alanına ilişkin detaylı bir kuramsal çerçevenin ele alınması anlamlı olacaktır.

Halk sağlığı sosyal hizmeti, sosyal hizmetin temel bilgi, beceri ve değerlerine sadık kalarak, halk sağlığı anlayışı üzerine kurgulanmış bir uygulama alanıdır. Bu yüzden uygulama yapılacak alanın kapsamlı olarak incelenmesi gerekmektedir. Bu amaçla bu bölümde, öncelikle halk sağlığı kavramı tanımlanmış ve halk sağlığının tarihsel gelişimi üzerinde durulmuştur. Daha sonra günümüz halk sağlığının kapsam, amaç, bilgi temeli ve önemli özellikleri ele alınmıştır. Sonrasında ise, halk sağlığı alanının sosyal hizmet ile bağlantısının kurulması ve halk sağlığında neden sosyal hizmet mesleğine ihtiyaç olduğunun anlaşılması amacıyla halk sağlığının sosyal bilimlerle olan bağlantısı, sağlığın sosyal belirleyicileri, halk sağlığının sosyal adalet felsefesi ve ekolojik yaklaşımı üzerinde durulmuştur. Tüm bu kuramsal tartışmalar neticesinde halk sağlığı ile sosyal hizmet disiplinleri bütünsel bir yaklaşımla bir madalyonun iki yüzü şeklinde ele alınmıştır.

1.2.1. Halk Sağlığı Kavramı ve Tanımı

Halk sağlığı kavramını tanımlamadan önce sağlığın ne anlam ifade ettiği belirtilmelidir. Başlarda, hastalığın olmayışı olarak ifade edilen sağlık, zamanla Birleşmiş Milletler kuruluşu olan Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1946 yılında “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (World Health Organization [WHO], 1946, s. 100). Tanımdan anlaşılacağı üzere, sağlığın sosyal iyilik haline vurgu, sağlığın sosyal boyutunu göz ardı edilemeyeceğinin önemli bir göstergesidir (Fişek, 1983). Bedensel, zihinsel ve sosyal iyilik halini içeren bütüncül yaklaşım halk sağlığının tutarlı olarak kullandığı bir yaklaşımdır (Bouldin, 2010).

Ortaya çıkması zaman alan (Scriven, 2007), bilimsel ve hukuksal alanda 19. yüzyılda gündeme gelen (Öztürk ve Günay, 2011; Riegelman, 2010), toplumdaki tüm bireylerin

sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan halk sağlığı ve halk sağlığı anlayışının tanımlanması oldukça eskilere dayanmaktadır (Öztek, Üner ve Eren, 2015).

Halk sağlığına ilişkin en önemli tanım, 1920’de Dr. Charles-Edward Amory Winslow tarafından yapılmıştır. Söz konusu tanım şu şekildedir:

“Halk sağlığı, organize edilmiş toplum çalışmaları sayesinde çevre sağlık koşullarını düzelteren, bireylere sağlık bilgisi veren, bulaşıcı hastalıkları önleyen, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlayan, sağlık örgütleri kuran, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürmeyi sağlayacağı şekilde geliştiren, hastalıklardan korumayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır” (Winslow, 1920, s. 30).

Halk sağlığı kavramının kurumsal anlamda ilk tanımı ise, 1988’de ABD Tıp Enstitüsü tarafından şu şekilde yapılmıştır: “Halk sağlığı, halkın sağlıklı olabileceği koşulların sağlanması, sağlık ve iyilikte herkesin ilgisinin yükseltilmesi ve herkesin sağlığının korunmasıdır” (Institute of Medicine [IOM], 1988, s. 37).

Özetleyecek olursak; halk sağlığı, tümü kanıta dayalı olmak koşuluyla; mevcut kaynakları insanların sağlığını iyileştirmek için harekete geçirme, halk sağlığını tümünden koruma ve geliştirme, hastalıkları erkenden tanıyarak önleme, tanı, tedavi ve rehabilitasyon imkanlarını sağlayarak insan yaşam süresinin uzatılması için gerekli bilgi, beceri ve değerleri bir araya getirme çabasıdır (Kılıç, Şahan ve Bahadır, 2014; Öztürk, 2011; Riegelman, 2010). Halk sağlığını tanımlarken birtakım terimleri beraberinde ifade etmek gerekmektedir. Bu terimlerin en yaygın olanı toplum hekimliği, koruyucu hekimlik, sosyal hekimlik, hijyen ve toplum sağlığıdır (Fişek, 1983).

Toplum hekimliği: 1960’lı yıllarda ortaya çıkan bu terimin tanımlanması kimi çevrelerce farklı ele alınmıştır. 1960 yılında Amerika’da; “amacı epidemiyolojik ve sosyal bilim yöntemlerini kullanarak toplumun sağlık sorunlarını belirleme” olarak tanımlanan toplum hekimliği; daha sonraları İngiltere’de “bir meslek ve halk sağlığının çağdaş bir göstergesi” olarak ele alınmıştır (Fişek, 1983).

Koruyucu hekimlik: Amaçları aynı olmasına rağmen halk sağlığı terimi ile koruyucu hekimlik terimi aynı şeyler değildir. Sağlık hizmetleri, kamu düzeyinde ele alınıyorsa halk sağlığı hizmeti; bireysel düzeyde ele alınıyorsa koruyucu hekimlik hizmetidir (Fişek, 1983). Koruyucu hekimlik, “hastalık, sakatlık ve erken ölümden korumak, sağlık ve mutluluğu ilerletmek ve muhafaza etmek için, halka yarar sağlayan ve farklı bilim dallarından oluşan tıbbın ihtisaslaşmış uygulamalı bir alanı” şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk, 2011, s. 11).

Sosyal hekimlik: 1946 yılında ilk defa Guerin tarafından kullanılan ve 19. yüzyılda önemi artan bu terim; “hekimlik hizmetlerinde toplum yararını odağa alma, hekimlik hizmetlerini bu amaca yönelik geliştirme ve hekimlik ile toplum arasındaki etkileşimi inceleme” anlamına gelmektedir. Hekimliğin, biyolojik ve sosyal bir bilim olduğunu iddia eden S. Neumann; sağlık ile sosyoekonomik koşulları ilişkilendiren Rudolph Virchow; sosyal hekimliğin üç temel kuralını ortaya koyan Alfred Grotjahn; hekimlerin ilk görevini, sağlığı geliştirmek için okullarda ve toplumda halkı eğitmek olarak gören Henry Sigerist gibi isimler sosyal hekimliğin gelişmesine önemli katkılar sunmuşlardır (Fişek, 1983).

Hijyen: Birçok ülkede halk sağlığı ile eş anlamlı kullanılmakla beraber bazı ülkelerde halk sağlığının alt dalı olarak ele alınmaktadır. Örneğin; kişisel hijyen, besin hijyeni ve çevre hijyeni gibi. Türkiye’de bu terimi çevre sağlığı ile eş anlamlı kullananlar da mevcuttur (Fişek, 1983).

Toplum sağlığı: Dünya Sağlık Örgütü’nün (1948) kurulması ve İkinci Dünya Savaşı sonrası gelişmeler toplum sağlığının gelişmesinde önemli rol oynamıştır. Bu dönemlerde özellikle beslenme sorunları nedeniyle bebek ve çocuk ölümleri çok yüksek rakamlara ulaşmıştır. Bu durum üzerine yapılan uzun tartışma ve araştırmalar neticesinde hem çocuk ve bebek ölümlerinde hem de bulaşıcı hastalıklarda asıl nedenin toplumdan ve aileden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Örneğin, bir kentte su şebekesinden kaynaklı hastalık yayılıyorsa bu bireysel değil toplumsal bir sorundur. Böylece sağlık hizmetleri ve hekimlik halkın içine inerek önlemler halk odaklı olmuş ve bu anlayış toplum sağlığı adını almıştır (Öztek ve ark., 2015).

Sosyal tıp: Halk sağlığı kavramını ve gelişimini vurgulamak için üzerinde durulması gereken diğer bir konu ise “Sosyal Tıp” kavramıdır. Halk sağlığı bilimi, hekimlik ve halk sağlığı uygulamalarından sadece seçkin kesimlerin değil aynı zamanda dezavantajlı konumda olan grupların (ana-çocuk, yaşlı, engelli, işçi, vb.) bu hizmetlerden yararlanması gerektiğini belirterek, gelişiminden itibaren bu yönde savunuculuk yapmıştır. Bu çabaların ilk öncüsü Grotjahn’dır (1869-1931). Grotjahn dezavantajlı kesimlere yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kamusal hizmetler içerisinde verilmesini savunmuştur. Hekimlik ve halk sağlığının insancıl olmasında şüphesiz ki “insan hakları ve eşitlik” ilkelerinin benimsenmesi ve kabul görmesi önemli bir etkidir. Günümüz halk sağlığı sloganı olan “sağlığın korunması ve hastalıkların iyileştirilmesinde fırsat eşitliği” sosyal tıp için ana odak olmuştur (Öztek ve ark., 2015; Öztürk, 2011).

Tanım ve açıklamalardan anlaşılacağı üzere halk sağlığı ve halk sağlığı ile ilgili temel kavramlar birbirleri ile çok keskin şekilde ayrılmamakla birlikte zaman zaman farklı

coğrafyalarda birbirlerinin yerine kullanılabilirler. Yukarıda tanımlanan kavramların tümü bir anda oluşmamış olup tarihsel süreçte belirli gelişmelerden sonra şekillenmiştir. Bu yüzden halk sağlığının ve kendisi ile alakalı kavramların tarihsel gelişimini ele almak yararlı olacaktır.

1.2.2. Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi

Winslow'un (1920) tanımında yer alan kavram ve uygulamalar bu tanım yapılmadan çok daha önceleri hayata geçmiştir. Örneğin, sağlıkla ilgili eldeki en eski belge olan Gılgamış Destanı'nda, Gılgamış ölümsüzlüğü aramıştır. Fakat insanoğlu eski çağlardan günümüze dek "sağlıklı ve uzun yaşam" isteği içerisinde olmuştur (Öztek ve ark., 2015). Binlerce yıl önce insanlar sanitasyon, barınma, güvenlik, temiz su ve yiyecek ve hastalıkların önlenmesi konularında endişelenmişlerdir. Halk sağlığı disiplininin kökeni bu tür endişelerin üzerine inşa edilmiştir (Bouldin, 2010).

Halk sağlığının tarihsel gelişimine ana hatları ile baktığımızda, 1830'larda sağlığı koruma, 1840-1940 yılları arasında hijyen hareketleri, 1950-1980 yılları arasında tıbbi bakımdaki boşlukların doldurulması, 1980-2000 yılları arasında sağlık hizmetleri sunumu ve hastalıkların önlenmesi ve son olarak 21. yüzyılda halk sağlığı başlığı öne çıkmıştır (Awofeso, 2004). Bu dönemlerde meydana gelen ve halk sağlığının gelişmesine katkı sunan gelişmelere daha ayrıntılı bakacak olursak 1800'lü yıllarda meydana gelen olaylar süreci hızlandırmıştır. Çünkü halk sağlığının gelişmesi için ihtiyaç duyulan akılcı ve bilimsel temeller bu yıllarda atılmıştır.

1800'lü yıllarda başlayan çevresel mühendislikler, mikroskop ve mikrobiyolojideki gelişmeler ve hastalıkların önlenmesinde kullanılan aşılarda büyük halk sağlığı başarıları olarak görülmektedir. 1348 yılında 60 milyon insanın ölümüne neden olduğu saptanan veba; temiz suyun önemini ortaya koyan ve çevre biliminin ortaya çıkmasını sağlayan kolera, vektörle bulaşan sıtma, çiçek, suçiçeği, difteri vb. sağlıktaki gelişmelere yön veren hastalıklar halk sağlığının bilimsel temellerinin atılmasında önemli dönüm noktaları olmuşlardır. Halk sağlığı, bu hastalıklara ilişkin neden-sonuç ilişkilerini (16. yüzyılda skorbüt hastalığının nedeninin bulunması, 17. yüzyılda kuduzun nedeninin bulunması, vitamin keşifleri, bulaşıcı hastalıkların nedenlerini açıklamaya çalışan Miasma ve Jerm teorileri, bağışıklama (aşılama) yöntemlerinin gelişmesi, karantina vb.) açıkladıkça ve başarılı uygulamalara imza attıkça bu tür hastalıkların riski en aza indirilmiştir

(Goldsteen, Goldsteen, ve Dwelle, 2015; Fişek, 1983; Öztekin ve ark., 2015; Öztürk, 2011).

Halk sağlığının kökenlerine inmek ve halk sağlığı kavramını anlamak için göz ardı edilmemesi gereken diğer önemli bir husus 18. ve 19. yüzyıldaki meydana gelen Sanayi Devrimi'dir. Çünkü erken sanayileşme döneminde meydana gelen insan sefaleti, halk sağlığının profesyonel bir alan (kimliği, yönetimi, amaçları, yöntemi ve duyarlılığı) olarak doğmasında rol oynamıştır. Sanayileşme ile birlikte hızlı kentleşme, fabrikalaşma, göç, yoksulluk, kırsal mahalleler ve bulaşıcı hastalıkların yayılma oranı artmıştır. Bu dönemlerdeki yaşam koşulları, fabrika hayatı, çocuk işçiliği halk sağlığına olan ihtiyacı ortaya koymuştur (Goldsteen ve ark., 2015).

Halk sağlığının tarihsel gelişimine katkı veren önemli aktörlere baktığımızda ise;

- Hastalıkların insandan insana bulaştığını söyleyen **Galen**,
- Bazı hastalıkların su ile bulaştığını söyleyen **İbn-i Sina**,
- "Sağlık Polis Hizmetleri Sistemi" adlı 6 ciltlik kitabı yazan **Johan Peter Frank**,
- İngiliz Parlamentosuna 1848 yılında Halk Sağlığı Kanunu'nu kabul ettiren **Edwin Chadwick**,
- Virüs teorisini ortaya koyan **Louis Pasteur**,
- Koruyucu tıp ve beslenme üzerine çalışan **Milton Joseph Rosenau**,
- Halk sağlığı tanımını ilk kez yapan **Charles Edward Amory Winslow**,
- Sosyal hekimliğin tanımını yapan **Dr. Guerin**,
- Koleranın neyden kaynaklandığını açığa çıkaran **John Snow**,
- Doğum sonrası yüksek ateşi kontrol altına alan ve ana-çocuk sağlığını geliştiren Avustralyalı **Dr. Semmelweis** gibi isimler erken dönemlerde koruyucu hekimliğin ve halk sağlığının gelişmesine katkı veren önemli aktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Bouldin, 2010; Öztürk, 2011; Riegelman, 2010; Seltzer, 2011).

Sonuç olarak, halk sağlığının bilimsel anlamda gündeme gelmesi 19. yüzyılda (Öztürk ve Günay, 2011; Riegelman, 2010); evrilme süreci ve önemli hareketlere ulaşması 20. yüzyılın sonlarına doğru gerçekleşmiştir. 21. yüzyıl ise halk sağlığı çağı olmuştur (Scriven, 2007).

1.2.2.1. Türkiye’de Halk Sağlığının Gelişimi

Halk sağlığının Türkiye’deki gelişimini ele almadan önce Türkiye’de tüm sağlık sisteminin gelişim dönemlerine değinmek gerekmektedir. Kısaca açıklamak gerekirse, Türkiye’deki sağlığın gelişim dönemlerini şu şekilde sınıflamak mümkündür:

- **1920-1923:** Savaş sonrası yeniden yapılanma dönemi,
- **1923-1946:** Temel mevzuatın geliştirildiği “dikey örgütlenme” dönemi (Dr. Refik Saydam dönemi).
- **1946-1960:** Kurum sayılarının arttırıldığı ve merkezden yönetimin başladığı; tıp meslekleri kanunlarının oluşturulduğu dönem (Dr. Behçet Uz dönemi).
- **1960-1980:** Sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde yapılanma dönemi (Sosyalizasyon dönemi).
- **1980-2002:** Teorik reform çalışmalarının yapıldığı dönem.
- **2003-2011:** “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı” dönemi
- **2012-2016:** Aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, halk sağlığı müdürlükleri şeklinde yapılanma dönemi olarak ele alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Bu dönemlerde meydana gelen bazı gelişmeler ya doğrudan ya da dolaylı olarak halk sağlığının gelişmesine katkı sunmuştur. Refik Saydam dönemi (sağlığın tek elde toplanması) ve Dr. Behçet Uz dönemi (milli sağlık planı) bu gelişmelerin daha yoğun olduğu dönemlerdir. Sosyal Sigortalar Kurumunun kurulması, 1953 yılında özel idarelerin elindeki hastanelerin devletleştirilmesi, 1961 yılında sağlık hizmetlerini sosyalleştiren kanunun kabul edilmesi, 1978 yılında sağlık personeline tam süre çalışma esasının getirilmesi ve 1982 yılındaki hekimlere “Mecburi Hizmet” ve 1987 yılındaki “Sağlık Hizmetleri Hakkında Temel Kanun” Türkiye’deki sağlık ve halk sağlığı hizmetlerini erken dönemde şekillendiren diğer gelişmeler olmuştur (Öztürk, 2011).

Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti döneminde, sağlık hizmetlerinin yönetimi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na (Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaletine) verilmiştir. Bakanlığın adında geçtiği üzere sağlık ve sosyal boyut bir arada ele alınmıştır. Refik Saydam, dönemin ilk sağlık bakanı olmuş ve sağlık politikalarında ciddi izler bırakmıştır. Refik Saydam’ın 1935 yılında dile getirdiği *“tabip hastalıkların bertaraf edilmesinde oynadığı rolden ziyade sıhhatte olanların bu hallerini muhafaza etmesi için emek sarf edecektir”* sözü halk sağlığına ve koruyucu hekimliğe verdiği önemi açıkça göstermektedir. Refik Saydam, uygulamada daima koruyucu çalışmaları gündemde

tutmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, tüm köylere sağlık hizmeti ulaştırmayı hedeflemiştir. Refik Saydam'ın sağlık örgütlenme politikası daha çok "Hükümet Tabipliği" üzerine olmuştur. Hükümet Tabipliği, özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasında, ücretsiz muayenelerde, adli tabiplikte önemli rolleri olan bir örgütlenme biçimi olmuştur. 1937-1949 yılları arasındaki (2. Dünya Savaşı sonrası) sağlıkla ilgili gelişmeler, Türkiye'deki halk sağlığı çalışmalarını yakından etkilemiştir. Bu dönemde artan sıtma, çiçek, epidemik tifüs gibi büyük salgınlar 1945 yılında "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanununun" çıkmasına vesile olmuştur. Dr. Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı döneminde ise her kırk köy için bir sağlık merkezi kurulması kararı alınmıştır. Bu dönemde kısmen sosyal tıp prensipleri kabul edilmiştir. 1960 yılı ve sonrasında, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı için yepyeni bir sayfa açılmıştır. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, sağlığın sosyal adalet ve eşitlik ilkelerine göre sunulması bakımından önem arz etmektedir. Bu dönemlerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin köylere kadar gitmesi hedeflenmiştir. Tam anlamıyla sağlık hizmetleri devlet eli ile yürütülmüştür. Türkiye'de, ilk uygulaması Muş ilinde olan ve 1979 yılında 45 ilde uygulanan 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine öncülük etmiştir. Bu uygulama 1963-1965 yılları arasında büyük bir başarı ile yürütülmüş fakat 1966 yılından sonra başarısında düşüş olmuştur. 1980'li yıllarda ve sonrasında sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmetlerinin bel kemiği olmuştur. Hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebelerin yer aldığı sağlık ocağı sistemi koruyucu sağlık hizmeti sunma üzerine kurgulanmış ve kişileri hastalıklardan korumak temel amaç olmuştur (Fişek, 1983).

2000'li yıllara doğru geldikçe sağlıkta dönüşüm hareketleri hız kazanmaya başlamıştır. 2000'li yıllardaki en büyük gelişme ise 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Politikası olmuştur. Bu politikanın amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulmasıdır. Sağlıkta dönüşüm politikasının üç temel hedefinden birisi topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede yaygınlaştırılmasıdır. Burada amaç, hasta hekim arasındaki ilişkiyi yakınlaştırmak ve sağlığı bir bütün olarak korumaktır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Türkiye'de, sağlıkta dönüşüm programları kapsamında, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması gerçekleştirilmiştir. Kararnameye istinaden, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur. Misyonu; "İnsan merkezli yaklaşımla, birey ve toplum sağlığını korumak ve

geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek, halkın yaşam kalitesini yükseltmek ve halk sağlığını tehdit eden konularda gerekli tüm önlemleri almak” ve vizyonu; “Herkesin sağlığının korunup geliştirildiği sağlıklı ve mutlu bir Türkiye” (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK], 2016) olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye’de halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde önemli bir rol üstlenmiştir.

Sonuç olarak, Türkiye’de;

- 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- 1930 yılında kabul edilen Belediye Kanunu (Çevre sağlığı ile ilgili konularda belediyelere görevler vermektedir),
- 1953 yılında kabul edilen Türk Tabipler Birliği Kanunu,
- 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu,
- 1964 yılında kabul edilen Sosyal Sigortalar Kanunu,
- 1936 yılında kabul edilen İş Kanunu,
- Sağlık Bakanlığı teşkilatını yeniden yapılandıran 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname,
- 2003 yılından beridir Türkiye’de sürdürülen sağlıkta dönüşüm politikaları Türkiye’de halk sağlığı disipliniyi şekillendiren temel gelişmelerdir (Fişek, 1983; Sağlık Bakanlığı, 2012).

Dünyada ve Türkiye’de halk sağlık alanında meydana gelen gelişmeler günümüz halk sağlığı anlayışının oluşmasında etkili olmuştur. Peki, 21. yüzyılda kendisine geniş bir uygulama alanı bulmuş halk sağlığı disiplininin günümüz anlayışı nasıl bir şekil almıştır? Amacı, temel felsefesi, temel görevleri, kapsamı, uygulama düzeyi ve önemi nedir? Bilgi dayanağı, birlikte çalıştığı bilimler hangileridir? Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı alanında sosyal hizmetin bir alt uzmanlık dalı olan halk sağlığı sosyal hizmetini uygulayacaklarsa halk sağlığı alanına ilişkin tüm bu bilgileri kendi mesleki bilgilerine entegre etmelidirler. Bu yüzden, halk sağlığı sosyal hizmetine geçmeden önce bu soruların yanıtları üzerinde durulmaya çalışılacaktır.

1.2.3. Günümüzde Halk Sağlığı

Halk sağlığı, proaktif (önleyici tedbirler alan) yönü olan bir disiplindir. Kişilerin hasta olmasını ve sonrasında tedavi edilmesini beklemez. Tam tersine hastalıkları önlemek için kliniklerden dışarı çıkar ve sağlığı iyileştirici şartları oluşturmaya çalışır (Goldsteen

ve ark., 2015). Günümüz halk sağlığı, temiz su sağlama, sanitasyonu sürdürme ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi rollerinden çok daha kapsamlı görevleri yerine getirmektedir. Örneğin, kronik hastalıklar, kanser, obezite, ruh sağlığı, yaşlanma, alkol ve uyuşturucu kullanımı, güvenli iş ve güvenli motorlu araç sürme vb. durumlar yeni müdahale alanlarındandır (Seltzer, 2011). Günümüz halk sağlığı uygulamalarında toplum hekimliği görüşü vardır.

Tablo 2. Hekimlikte Geleneksel ve Toplumsal Görüşlerin Farklılıkları

Konular	Toplum Hekimliği Görüşü	Geleneksel Görüş
Hizmet edilen kişiyi değerlendirme	Kişi, çevresi ile bir bütündür ve çevresinde soyutlanamaz	Kişi hastane ya da muayenehaneye gelen ve hastalığını tedavi ettirmek isteyen bir insandır
Hizmet sunumu	Sağlık hizmetlerini toplumdaki tüm bireylere götürmek	Hastane ya da muayenehanelere başvurulara hizmet etmek
Hizmet edilen kişi	Kişiye hem sağlığında hem de hasta iken hizmet etmek	Kişiye hasta iken hizmet etmek
Hizmetin kapsamı	Koruma, tedavi ve uyum	Tedavi ve uyum
Hastalıklardan koruma	Önceliklidir	Özel durumlarda ve sınırlı
Hastalıkların nedeni	Biyopsikososyal	Biyolojik
Kaynak ayırımında öncelik	En çok görülen ve öldüren hastalıklarla mücadelede kullanmak	Değişkendir
Örgütlenme	Ekip çalışması (hekim, meslek elemanı vb.)	Ekip çalışması sadece hastane içinde olur
Toplumsal kavram ve planlama	Gözlem yapma ve uygulama planları oluşturma	Yoktur

Kaynak: (Fişek, 1983).

Günümüz halk sağlığının farklı yönleri, halk sağlığı uygulamalarına yansımaktadır. Halka yönelik yapılacak halk sağlığı müdahalelerinde, müdahale edilecek toplumun özellikleri farklı disiplinlerce ele alındığından çağdaş bir halk sağlığı uygulamasında farklı disiplinlerle iş birliği kaçınılmaz hale gelmiştir. Günümüz halk sağlığı ile ilgili diğer önemli bir husus ise; halk sağlığı hizmetlerinin sunulma biçimidir. Halk sağlığı, halkın sağlığı ile ilgili değişen istek ve gereksinimleri göz ardı etmeden, bu tür istek ve gereksinimlere karşılık gelecek planlama ve yaklaşımlarla hareket eder (Öztek ve ark., 2015).

Günümüz halk sağlığı uygulamalarındaki hizmet sunumunda kişileri çevresi ile bir bütün olarak değerlendirmek ve kişilere yaşam boyu sağlık hizmeti sunmak esastır. Burada asıl amaç kişileri hastalıklardan korumaktır. Bunu sağlayacak ana araç ise erken tanı, erken

teşhis ve eğitimidir. Yani çağdaş halk sağlığı yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda mikro düzeyden makro düzeye toplumun her kesimine bir bütün olarak hizmet sunulmaktadır (Fişek, 1983). Günümüz çağdaş halk sağlığının tedavi edici ve klinik disiplinlerden (tıp, hemşirelik, diş hekimliği, fizik tedavi vb.) önemli farkları vardır. Geleneksel tıp her şeyden önce kişileri kendi kinliklerine mecbur görür. Tüm bu ayrımlara rağmen günümüz halk sağlığı insan sağlığının gelişimi için klinik disiplinlerle birlikte çalışır ve hatta halk sağlığı zaman zaman klinik mesleklerin bir türü olarak görülür (Goldsteen ve ark., 2015).

1.2.3.1. Halk Sağlığının Amaçları

Toplumlara yönelik stratejilerinin yanı sıra bireye dönük bireysel davranış ve sağlıklı yaşam tarzı üzerinde çalışan halk sağlığı toplumu hastalıklara karşı güvende tutmayı amaçlayan bir disiplindir (Scriven, 2007). Klinik hekimlikte bireye odaklanma esas iken halk sağlığında bu durum topluma odaklanma şeklindedir. Temel vurgu şudur; sağlıklı toplumlarda sağlıklı bireyler yaşar (Öztürk, 2011). Halk sağlığı, hastalıkların önlenmesini ve sağlık hizmetleri sunumunu hem ulusal hem de evrensel düzeyde başarmayı amaçlar (Seltzer, 2011).

Türkiye’de, halk sağlığı alanında çalışan Öztürk (2011), halk sağlığını temel amaçlarını şu şekilde özetlemiştir:

- Sağlık düzeyini yükseltmek ve korumak,
- Hastalanan kişiyi sağlığına kavuşturmak,
- Yaralanan kişinin yaralarını sarmak ve acısını dindirmek,
- Birey, aile ve toplumun iyilik halini ve esenliğini sağlamak,
- Toplumun değer yargılarını olumlu hale getirmek,
- Birey, aile ve toplum sorunlarını çözmek amacı ile halk sağlığı bilgi düzeyini arttırmak,
- Toplumun her kesimi için ayırım yapmadan sağlık düzeyini arttırmak,
- Sağlık kaynaklarını ihtiyaç tespitlerine göre dağıtmak,
- Birinci basamak entegre hizmetlerini daha işlevsel kılmak,
- Sağlık politikalarına katkı sunmak ve yanlış politikaların düzeltilmesi için çaba göstermek.

Sonuç olarak halk sağlığı, birey, aile, grup ve toplum düzeyinde insanlar arasında hiçbir ayırım yapmadan herkes için sağlığı ve hastalıklardan korunmayı temel amaç edinir. Bu amacı halk sağlığına kazandıran en önemli unsurlardan bir tanesi halk sağlığının sahip olduğu temel görüştür.

1.2.3.2. Halk Sağlığının Temel Görüştü

“Toplumsal iyilik” kavramı çağdaş halk sağlığı anlayışında temel ilkedir. Bu ilkenin çağdaş halk sağlığını anlamada önemli bir rolü vardır. Bu ilke ve beraberinde getirdiği anlayış 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi ile iyice pekiştirilmiştir. Bu anlayışın başlıca maddeleri şunlardır (Öztek ve ark., 2015; Öztürk, 2011).

Toplumsal eşitlik: Doğuştan kazanılmış olan sağlık hakkı, her nerede olursa olsun herkese hak, sosyal adalet ve eşitlik ilkeleri benimsenerek ulaştırılmalıdır.

Çevreyle bütünlük: “Çevresi içinde birey” anlayışından yola çıkarak, kişi çevresinden soyutlanmadan, kişinin sağlığı ve hastalığı üzerinde etkili olabilecek tüm çevre koşulları göz önünde bulundurulmalıdır.

Yaşamın bütünlüğü: Yaşam doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alınmalıdır. Sağlık hizmeti sadece kişilerin hastalıklarında değil kişiler sağlıklı olduklarında da sunulmalıdır.

Toplumsal etmenler: Hastalıkların nedenleri yalnızca biyolojik ve fiziksel etmenlere indirgenmemelidir. Nedenleri, kişilerin ait oldukları toplumsal ve kültürel etmenleri dahil ederek açıklamak gerekmektedir.

Hizmetin boyutu: Diğer sektörler, sağlık hizmetlerinin sunumundan, sağlık sektörü kadar sorumludurlar. Sağlık hizmetleri geniş bir alanı kapsadığından diğer sektörlerle iş birliği esastır.

Korumaya öncelik: Tedavilerin artan maliyeti göz önüne alınarak; daha etkin ve daha az maliyetli olan koruyucu hekimlik ve sağlık hizmetleri öncelikli olmalıdır.

Risk gruplarına öncelik: Kaynakların sınırlı olduğu ve herkese hizmet götürmenin zorlu olduğu durumlarda dezavantajlı konumda olan gruplara (bebekler, yetersiz beslenen çocuklar, çok doğum yapan kadınlar, ağır işlerde çalışanlar, engelliler, yoksullar vb.) öncelik verilmelidir.

Önemli hastalıklara öncelik: Halk sağlığı anlayışında, bir toplumda hangi hastalık en çok görülüyor ve ölümlere neden oluyorsa; kaynakların o hastalıkla mücadeleye aktarılması gerekmektedir.

Entegre hizmet: Koruyucu, iyileştirici ve sağlığı geliştirici hizmetler birbirlerinden kesin sınırlarla ayrılmadığı için bir arada verilmelidir.

Ekip hizmeti: Halka yönelik sağlık uygulamalarında sadece hekimlik bilgi ve becerileri yeterli olamayacağından farklı disiplinlerden üyeler ekibe dahil edilmelidir.

Sağlık-kalkınma ilişkisi: Kalkınmış bir toplumda sağlık düzeyi daha yüksek olur. Benzer şekilde sağlıklı bir toplum kalkınmaya olumlu etki eder.

Öz sorumluluk: Sağlığın korunmasında herkes kendi sağlığı ile ilgili sorumluluğu almalı, eğitim almalı ve bilinçlenmelidir.

Halkın katılımı: Sağlık hizmetlerinde halk ile mutabakat sağlanmış olmalıdır. Bu yüzden topluma dönük çalışmalar planlanırken toplum temsilcilerinin önerilerine ve desteklerine başvurulmalıdır.

Evrensellik: Çeşitli nedenlerle ulusların sağlık ihtiyaçlarında farklılıklar olsa da, sağlık evrensel bir ilgi alanı olduğundan tüm ülkeler işbirliği içinde olmalıdır.

Koşullara uygunluk: Sağlık hizmetleri uygulamaya koyulurken uygulama yapılacak bölgenin koşulları ile uyumu göz ardı edilmemelidir.

Yukarıda sayılan maddelerden anlaşılacağı üzere halk sağlığının temel felsefesinde sosyal adalet, değişen koşullara uygunluk, iş birliği, öz sorumluluk, insana saygı ve bilime bağlılık gibi faktörler ön plana çıkmaktadır.

1.2.3.3. Halk Sağlığının Bilgi Temeli ve Kapsamı

Halk sağlığı, hayatlarımızın etrafını tümüyle sarmış durumdadır. Halk sağlığı soluduğumuz havada, içtiğimiz suda ve yaşadığımız evdedir. Halk sağlığı, sağlık bakım sistemlerimizi, sağlığımızı ve çevremizi koruyan sağlık kuruluşlarını tümüyle kapsamaktadır (Andresen ve Bouldin, 2010). Halk sağlığı kapsam bakımından, toplumların sağlığa ulaşmalarını sağlamak amacıyla; koruyucu önleyici hizmetlerin yanında klinik ve diğer bireysel sağlık hizmetlerini içeren geniş bir yelpazeye sahiptir (Seltzer, 2011).

Halk sağlığı, görevleri itibariyle, savunuculuk, liderlik ve eşgüdüm, toplumun sağlık düzeyinin saptanması, yerel kaynakların kullanılması, halk sağlığı politikalarının geliştirmesi, halk sağlığı uygulama eylemleri, performans değerlendirme ve toplumun harekete geçirilmesi halk sağlığının temel kapsam ve görevleri içerisinde yer almaktadır (Öztürk, 201). Ayrıca, yeni teknolojiler, küresel, yerel ve ulusal müdahaleler halk sağlığı uygulama kapsamındadır (Riegelman, 2010).

Müdahale kapsamında halk sağlığı geniş kitlelere ulaşmaktadır. Her toplumun halk sağlığı sorunlarını, “biricik” olarak değerlendiren halk sağlığı (Öztek ve ark., 2015), zengin-fakir, genç–yaşlı, siyah-beyaz, sağlıklı-sağlıksız, eğitilmiş-eğitimsiz gibi gruplar arasında hiçbir ayırım yapmaksızın herkes için sağlığın geliştirilmesini hedefler (Goldsteen ve ark., 2015).

Halk sağlığını tehdit eden değerşkenlerin çeşitliliği ve halk sağlığının çok geniş bir alanda hizmet verme durumu, halk sağlığı uzmanlarına farklı alanlarla ilgili bilgi ve beceri sahibi olma sorumluluğu yüklemektedir. Bu bağlamda, sağlık, fen ve sosyal bilimler halk sağlığının temel bilimlerini ve bilgi temelini oluşturmaktadır. Bu bilgilerin üzerine “halk sağlığının tedavi yöntemi” olan epidemiyoloji ve biyoistatistik eklenir. Halk sağlığı uzmanları sonraki aşamalarda; çevre sorunları, çalışma yaşamına bağlı sağlık sorunları, üreme sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, yaşlılık, toplum beslenmesi, bulaşıcı ve kronik hastalıklar, ruh sağlığı, afetler, kazalar ve yaralanmalar, sağlık eğitimi, sağlık yönetimi gibi alanlarda bilgi edinirler (Öztek ve ark., 2015; Öztürk, 2011). Bu bilgileri, çeşitli rol ve görevlerini yerine getirmek için kullanırlar.

1.2.3.4. Halk Sağlığının Temel İşlevleri ve Önemli Görevleri

Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine [IOM], 1988 yılında yayınladığı “Halk Sağlığının Geleceği” adlı raporunda, halk sağlığının üç temel işlevini ortaya koymuştur. Bu işlevler (Goldsteen ve ark., 2015; Sable, Schild ve Hipp, 2012; Seltzer, 2011):

1. **Değerlendirme** (epidemiyoloji ve gözetim gibi toplum tanısına ilişkin faaliyetler, bilgi toplama ve analiz etme),
2. **Politika geliştirme** (problem, amaç ve çözümlerin belirlenmesi, kaynak sağlama, halk sağlığı politikaları oluşturmak için liderlik yapma, yerel ve devlet düzeyinde sağlık ve sosyal refah politikalarını geliştirmek ve kaynakları bu politikalara yönlendirmek için değerlendirmenin kullanılması) ve

3. Güvencedir (verilen gerekli halk sağlığı hizmetlerini garanti etme, halk sağlığı amaçlarını karşılamak için hizmet koşullarını sağlama)

Daha sonra Amerika'da halk sağlığı kuruluşları bir araya gelerek en önemli halk sağlığı hizmetlerinin listesini oluşturmuşlardır. Bu hizmetler (Barrett, Naidoo, ve Orme, 2007; Goldsteen ve ark., 2015; Öztürk, 2011; Seltzer, 2011):

- Halk sağlığı sorunlarını saptamak için sağlık durumlarını **izleme**,
- Sağlıkla ilişkili riskleri **araştırma ve teşhis etme**,
- Toplumun sağlık konularında **eğitme, bilgilendirme ve bilinçlendirme**,
- Sağlık sorunlarını çözmek için **iş birlikleri kurma**,
- Sağlığı güçlendirmek için **plan ve politikalara katkı verme**,
- Sağlığı ve sağlık hizmetleri sunumunu güçlendirici **mevzuatlara destek verme ve kuvvetlendirme**,
- Sağlık hizmetlerinin **etkinliğini ve kalitesini değerlendirme**,
- Sağlık ve sağlık sorunlarına yönelik **araştırmalar yapma** şeklindedir.

Bu önemli hizmetler halk sağlığının tüm temel işlevlerini kapsamaktadır. Halk sağlığının bu önemli hizmetlerinin her biri, halk sağlığının 3 temel işlevinden (değerlendirme, politika geliştirme ve güvence) bir tanesinin alt bileşeni olmaktadır (Bkz. Tablo 3).

Tablo 3. Halk Sağlığının 3 Temel İşlevi ve 10 Önemli Hizmeti

Temel İşlev	Önemli hizmet	
Değerlendirme	- Sağlığı izleme - Tanı ve teşhis	Araştırma (Tüm Hizmetlerde Olmalıdır)
Politika Geliştirme	- Bilgilendirme, eğitim ve güçlendirme - Toplum iş birlikleri kurma - Politika geliştirme	
Güvence	- Ulaşılabilir bakımlarla bağlantı kurma - Yasaları güçlendirme - İşgücünü garanti etme - Değerlendirme	

Kaynak: (Riegelman, 2010).

1.2.4. Halk Sağlığı Uygulaması

Griffiths, Jewell ve Donnelly (2005), halk sağlığı hizmetlerini tümüyle 3 temel başlıkta toplamıştır. Bunlar:

1. **Sağlığı iyileştirme:** Sağlığı geliştirme, sağlıktaki eşitsizlikleri azaltma, barınma ve istihdam sağlama, aile ve topluma müdahale, eğitim çalışmalarına ve yaşam tarzlarına odaklanma,
2. **Sağlığı koruma:** Hava, su ve gıda temizliği, bulaşıcı hastalıkları önleme, acil durumlara karşı tepki, radyasyonu önleme, kimyasalları ve zehirlenmeleri önleme, sağlığa zararlı çevre risklerini azaltma, savaşları ve sosyal bozukluğu önleme,
3. **Sağlık hizmeti:** Hizmet planlama, klinik etkililik, klinik yönetim, etkililik, araştırma ve değerlendirme yapma şeklindedir.

Halk sağlığının bu üç temel stratejisi birincil, ikincil ve üçüncül koruma yöntemiyle uygulanmaktadır (Fişek, 1983). Birincil önleme ya da koruma bir hastalığa ilişkin risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, ikincil önleme ya da koruma hastalıkların erken tanı ve teşhisine odaklanma ve üçüncül önleme ise ilerlemiş hastalıklarla ilişkili sakatlıkları önleme veya kontrol altına alma çabasıdır (Goldsteen ve ark., 2015; Riegelman, 2010).

Sağlık açısından riskli bir davranış olarak kabul edilen sigara kullanımı, her üç koruma düzeyinin ne zaman yapılacağını, hedef kitlede kimlerin olacağını ve nasıl bir yöntemle müdahale edileceğini gösteren iyi bir örnektir. Bu örnek Tablo 4.'te sunulmuştur.

Tablo 4. Birincil, ikincil ve üçüncül uygulama stratejileri

Önleme stratejisi	Ne zaman	Kime	Nasıl
Birincil önleme	Hastalık olmadan önce <i>Örnek: sigara içmeyi ve pasif içiciliği önlemek</i>	Birey, risk grupları ve tüm toplum	Bilgilendirme (eğitim) Motivasyon (teşvik) Sorumluluk (gereklilik)
İkincil önleme	Semptomlar ortaya çıkmaya başlayınca <i>Örnek: sigara içenlere yönelik kanser taramaları yapmak</i>	Birey, risk grupları ve tüm toplum	Bilgilendirme (eğitim) Motivasyon (teşvik) Sorumluluk (gereklilik)
Üçüncül önleme	Geri dönüşü olmayan komplikasyonlar <i>Örnek: sigara bağımlılığının zararını en aza indirmek için sağlık bakımı sunma</i>	Birey, risk grupları ve tüm toplum	Bilgilendirme (eğitim) Motivasyon (teşvik) Sorumluluk (gereklilik)

Kaynak: (Riegelman, 2010)

Birincil Koruma: Birincil koruma, toplumu hastalıklara karşı korumak için alınan tüm önlemleri ifade eder. Örneğin, bir çocuğu aşılıyarak difteriye karşı korumak; kişileri bağırsak enfeksiyonlarından korumak için kanalizasyon hizmetleri ile dışkıların su ve besinlere karışmasını önlemek; emniyet kemerinin takılmasını sağlamak, kondom kullanılması teşvik etmek; ultraviyole ışıklardan korunmak birincil korumaya örnek verilebilecek durumlardır. Beslenmeyle ilgili hastalıklardan, bulaşıcı hastalıklardan ve kanserden korunmak birincil koruma ile mümkündür (Chacko ve Chacko, 2010; Fişek, 1983; Goldsteen ve ark., 2015; Öztürk, 2011).

İkincil Koruma: Erken tanıda ve teşhiste asıl odak; hastalığın ilerlemesini durdurmak ise asıl amaçtır. Hastalıkların belirmesinden önce ya da belirtinin şiddetli olmadığı dönemde hastalıkların çeşitli laboratuvar müdahaleleri ile tedavi edilmesine ikincil koruma denir. Örneğin; meme kanserine ilişkin yapılacak erken taramalar sayesinde hastalığın ilerlemesi durdurulabilir ya da yavaşlatılabilir (Chacko ve Chacko, 2010; Fişek, 1983; Goldsteen ve ark., 2015; Öztürk, 2011).

Üçüncül Koruma: Bu koruma daha çok klinik hekimlikleri ilgilendiren; sosyal ve tıbbi uyuma odaklanan bir korumadır. Örneğin, kalp romatizması olan bir çocuğa, hastalık belirtileri ortadan kaybolursa bile belirli dönemlerde antibiyotik vermek üçüncül korumadır. Bu aşamada önemli olan sakatlıkların ve zararların sınırlandırılmasıdır (Chacko ve Chacko, 2010; Fişek, 1983; Goldsteen ve ark., 2015; Öztürk, 2011).

1.2.5. Halk Sağlığının Bilim Dalları

Birçok bilim dalından oluşan halk sağlığı aynı zamanda bu bilimlerin uygulama alanlarını kapsamaktadır. Halk sağlığı bilim dalları, temel bilimler ve uygulamalı bilimler olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. Epidemiyoloji, istatistik ve sağlık yönetimi temel bilimlerdir. Ana-çocuk sağlığı, çevre sağlığı, sağlık eğitimi, beslenme, iş sağlığı ve ruh sağlığı halk sağlığının başlıca uygulamalı bilim dallarıdır. Epidemiyoloji, istatistik ve sağlık yönetiminin yöntem ve bilgileri, uygulamalı bilim dalları için rehber olmaktadır. Bu iki ana grup dışında, sağlık ile sosyal durumlar arasındaki etkileşimi ve ilişkiyi inceleyen sağlık ekonomisi, sosyal çalışma, tıp sosyolojisi, tıbbi antropoloji gibi bilim dalları vardır (Fişek, 1983). Halk sağlığı bilim dallarına biraz daha detaylı bakacak olursak;

Epidemiyoloji: Ortaya çıkmasında John Snow'un öncülük ettiği (Riegelman, 2010); koruyucu hekimliğin ve halk sağlığının kalbi (Öztürk, 2011) olarak nitelendirilen epidemiyoloji, toplumlardaki mevcut sağlık sorunlarını ve nedenlerini anlamak, saptamak

ve planlamak için halk sağlığında yoğun biçimde kullanılmaktadır. Halk sağlığı müdahalelerinin yerinde ve zamanında olabilmesi için toplumda var olan hastalık ve sağlıkla ilgili durumların; zaman (hastalığın ortaya çıkışı), yer (hastalığın gerçekleştiği yerdeki çevrenin doğası) ve kişi (etkilenen nüfus) dağılımları yapılabilmelidir. Bu bilgileri sağlayan araç ise epidemiyoloji yöntem bilimidir (Bouldin, 2010; Çakır, 2015; Fişek, 1983; Tezcan, 2015a).

Epidemiyolojinin kullanım alanları literatürde 7 başlıkta toplanmıştır. Bunlar:

- Sağlık sorunlarının zamanla gösterdiği değişimin incelenmesi,
- Toplumsal tanı,
- Bir hastalığa ilişkin klinik tablonun tam olarak belirlenmesi,
- Sağlık sorunları ile kişilerin karşı karşıya gelebilme risklerinin değerlendirilmesi,
- Hastalıklara ve sağlıkla ilgili sorunlara neden olan kaynakların araştırılması,
- Sendromların belirlenmesi,
- Sağlık hizmetleri sunan ve sağlık hizmetleri sunumu alanların özelliklerinin belirlenmesidir (Tezcan, 2015a).

Biyoistatistik: Biyoistatistik, istatistiki yöntemlerin biyolojik bilimlere uygulandığı bir disiplindir. Biyoistatistik, "sağlıkla ilgili tüm konularda veri toplama, toplanan verileri sınıflama ve özetleme kuralları ile verilerin analizleri ve bu analizlerden sonuçlar elde edilmesini sağlayan uygulamaları kapsar" (Tezcan, 2015b).

Biyoistatistik halk sağlığında, gözlenen ilişkileri ölçmek için kullanılan bir bilimdir. Halk sağlığına katkısı, bilgisayar teknolojisinin gelişmesi sayesinde günden güne artmaktadır (Öztürk, 2011). "*Gözlemlerinizi ölçemiyor ve sayısal olarak ifade edemiyorsanız, sahip olduğunuz bilgi değersiz hale gelir*" diyen Lord Kelvin istatistik biliminin önemini bu ifadesinde yeterince belirtmiştir. Halk sağlığında elde edilen gözlemleri ölçme, halk sağlığının olmazsa olmaz şartlardan olduğu için istatistiki yöntemleri kullanmak kaçınılmazdır (Bouldin, 2010; Fişek, 1983; Tezcan, 2015b).

Demografi: Halk sağlığı istatistikleri, toplum sağlığı ile ilgilendiğinden demografi biliminden destek almak zorundadır (Öztürk, 2011). Demografi (nüfus bilim), insan nüfusunun büyüklük, yapı ve gelişimi ile genel özelliklerinin miktarsal yönlerini inceleyen bilim dalıdır. Demografi halk sağlığı bilimine rehberlik eden bir alandır. Çünkü bir toplumda var olan demografik yapı, o toplumdaki sağlık bakımı ile nüfus arasında oluşan ilişkinin hem belirleyicisi hem de sonucu olmaktadır. Toplumların değişen demografik

özellikleri sağlıkla ilgili ihtiyaç ve müdahaleleri de farklılaştırır. Örneğin, bir ülkede sağlık göstergeleri düşük ise bu ülkede muhtemelen bebek ölüm hızı yüksektir. Bu demografik bilgi, bu ülkede yapılacak olan sağlık hizmetlerinin ihtiyaca göre şekillenmesine olanak tanıyacaktır. Halk sağlığı müdahale ve çalışma alanları olan; yoksulluk, gelir dağılımı, doğurganlık, üreme sağlığı, ölümler, göçler, evlilikler, boşanmalar vb. konulardaki demografik bilgiler, sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili planlamalar ve müdahaleler için yol gösterici olmaktadır (Çilingiroğlu, 2015).

Sağlık Yönetimi: Uygulama bakımından kültüre odaklı, yöntem itibari ile evrensel kabul edilen yönetim, bir bilim olarak kabul görmektedir. Bu kapsamda, sağlık yönetimi halk sağlığı ana bilim dalları arasındadır. Planlama, örgütlenme, insan gücü, yönlendirme, eşgüdüm, finansman ve denetim gibi ögelere sahip olan sağlık yönetimi; sağlık hizmeti sunma amacıyla olan bireylerin aksiyonlarından oluşan süreci inceler (Bouldin, 2010; Fişek, 1983).

Anne ve Çocuk Sağlığı: Anne ve çocuk sağlığında temel amaç çocuğun ve kadının yüksek yararı gözetilerek sağlıklarının korunmasıdır. Halk sağlığının bu uygulamalı bilim dalında anne ve çocuk sağlığını etkileyen kültürel, sosyal, biyolojik, kimyasal ve fiziki çevre etkenler belirlenerek ortadan kaldırılmaya çalışılır (Fişek, 1983; Oral, 2015; Öztürk, 2011).

Çevre Sağlığı: Halk sağlığının ilk bilim dallarındandır. Çevre hekimliği kavramıyla yakından alakalıdır. Doğrudan veya dolaylı etkileri nedeni ile sağlığı olumsuz etkileyebilecek çevresel etkenlerin (fiziki, kimyasal, biyolojik, sosyal vb.) belirlenmesini ve kontrol edilmesini sağlayan halk sağlığı uygulama bilimidir (Bouldin, 2010; Fişek, 1983; Güler, 2002).

İş Sağlığı ve Güvenliği: İşyerlerinde gerekli sağlık önlemlerini alarak tüm mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmayı ve bu düzeyde sürdürmeyi amaçlayan bilim dalıdır. İşyerlerinde kişiye ve çevreye odaklı önlemleri inceler. İş sağlığı, günümüzde çok sektörlü ve ekip çalışması gerektiren bir uğraş alanı olarak gelişmesini sürdürmektedir. İş yeri sağlık hizmetleri iş sağlığının temel hizmetidir. İş sağlığında temel amaç koruyucu sağlık hizmetlerini içermelidir (Yıldız, 2009).

Sağlık Eğitimi: Sağlıktaki ilerlemeler ve yeni gelişmeler devam ederken toplumun bu gelişmelere ayak uydurması gerekmektedir. Bu uyumu sağlayacak olan yöntem ise sağlık eğitimidir. Halk sağlığı uygulama bilimi dalı olan sağlık eğitimi; bu amacı gerçekleştirmek için çeşitli araç ve gereçleri geliştirir ve birey, aile ve toplumlara yönelik

eğitim, bilgilendirme, farkındalık arttırma çalışmaları gerçekleştirir. Sağlık eğitiminde temel amaç; kişilere sağlıklarını koruma, tedavi fırsatlarına erişim ve tedaviden yararlanma ve sağlık için daha iyi bir evre yaratma becerisi kazandırmadır. Sağlık eğitiminde ele alınan temel konular; kişisel hijyen, evre sağlığı (sanitasyon), kazalardan korunma, ilkyardıı, ana ve ocuk sağlığı, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklardan korunma, sağlığa zararlı alışkanlıklar (alkol, sigara, uyuşturucu) ve dejeneratif hastalıklardan korunma gibi başlıklardır. Sağlık eğitiminde başarıya ulaşabilmek için sürekli liğin, uygulanabilirliğin, kapsayıcılığın olması şarttır (Ulusoy-Gökkoca, 2001).

Sağlık sosyal, bedensel ve psikolojik yönden tam bir iyilik hali olarak kabul ediliyorsa bu tam iyilik halini sağlamak için sektörler arası tam bir iş birliği gerekli demektir. Halk sağlığı sahip olduğu bilim dallarının yanı sıra sosyal bilimlerden, sağlığın sosyal yönünü ele almak için yararlanmak zorundadır.

1.2.6. Halk Sağlığı İle Sosyal Hizmet Arasındaki İlişi

Bu başlıkta, halk sağlığı ile sosyal hizmet arasındaki ilişkiyi ele almadan önce halk sağlığının neden sosyal hizmet disiplinine ihtiyaç duyduğunu anlamak için halk sağlığı ile sosyal bilimler arasındaki bağ, sağlığın sosyal belirleyicileri, halk sağlığının sosyal adalet felsefesi, ekolojik model yaklaşımı ve sosyal epidemiyoloji üzerinde durulmuştur. Daha sonra tüm bu kavramlar birlikte ele alınarak halk sağlığı ile sosyal hizmet arasındaki ilişi bir madalyonun iki yüzü şeklinde irdelenmiştir.

ORTAK AMAÇ VE ODAKLAR BAKIMINDAN HALK SAĞLIĞI VE SOSYAL HİZMET İLİŞKİSİ	
SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ	Sağlığı kombine bir şekilde etkileyen sosyal belirleyicilere odaklanma
SOSYAL EPİDEMIYOLOJİ	Sağlık ve hastalığın sosyal belirleyicilerini sistematik olarak araştıran sosyal epidemiyolojiyi kullanma
EKOLOJİK MODEL	Çevresi içinde birey yaklaşımını esas alan ekolojik modelden yararlanma
SOSYAL ADALET TAAHHÜDÜ	Sosyal statüye bakılmaksızın tüm insanların, iyi sağlık koşullarını hak ettiğini iddia eden sosyal adaleti taahhüt etme
AMAÇLAR	Halk sağlığının geliştirilmesi, çevresel risk faktörlerinin azaltılması, bireylerin güçlendirilmesi ve kişilere kendi kaderlerini tayin etme fırsatı sunulması vb.
ORTAK AKTÖRLER	Tarihte bazı baş aktörlerin her iki meslekte birden rol alması ve birçok halk sağlığı reformunun dile getirilmesini ve uygulanmasını sağlaması
TOPLUMSAL BAKIŞ AÇISI	Hastalıklara toplumsal açıdan yaklaşma
SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLERLE MÜCADELE	Dezavantajlı gruplar hakkında endişelenme, sağlıktaki eşitsizliklerle mücadele etme
MÜDAHALE DÜZEYLERİ	Birincil, ikincil ve üçüncül müdahale düzeylerinde uygulamalar gerçekleştirme
ORTAK KONULAR	Sosyal refah, halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, sosyal güvenlik, ana-çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, aile sorunları, ruh sağlığı sorunları, bağımlılık, beslenme, engelli sağlığı ve aile planlaması vb. daha birçok konu sosyal hizmet ve halk sağlığı ortak konuları arasına girmektedir
SAVUNUCULUK	Sağlıktaki eşitsizlerin ortada kaldırılması ve sosyal adaletin sağlanması
EKİP ÇALIŞMASI	Yaygın bir sorunun çözümünde birlikte hareket edebilmek için takım çalışmasını esas alma
KANITA DAYALI UYGULAMA	Herhangi bir yardım aktivitesi öncesi daima kanıta dayalı müdahale ve değerlendirmeye sistematik ve teoriye dayalı yaklaşım çabası içinde olma

Şekil 2. Ortak Amaç ve Odaklar Bakımından Halk Sağlığı-Sosyal Hizmet İlişkisi

1.2.6.1. Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler

Halk sağlığında sosyal ve davranışsal bilimlerin kullanılması, halk sağlığının temel bir aracıdır. 19. ve 20. yūzyılda gelişen sosyal ve davranışsal bilimler halk sağlığının gelişmesiyle yakından ilişkilidir. Halk sağlığı ve sosyal bilimler, Sanayi Devrimi ile Avrupa'da ve daha sonra Amerika'da gelişmiştir. Hem halk sağlığı bilimi hem de sosyal bilimler, dōnemin şartlarının yaratmış olduğu sosyal ve ekonomik eşişsizliklere bağlı olarak sosyal adalet ūzerine temellenmiştir. Erken dōnem halk sağlığı reformcuları halk sağlığını sosyal adaletin bir parçası olarak gōrmüşler ve sosyal adalet iēin savunuculuk yapmışlardır. Bōylece halk sağlığı ile sosyal bilimler arasındaki entelektūel baę derinleşmiştir. Bu yūzden birēok halk sağlığı sorununa yaklaşım, halk sağlığı disiplini ile sosyal bilimleri bir arada dūřūnmeyi gerektirmektedir (Öztūrk, 2011; Riegelman, 2010).

Halk sağlığı antropoloji, sosyoloji, ekonomi, sağlık davranışı, biyoloji, psikoloji, istatistik gibi farklı geēmiřleri olan uzmanlıkları barındıran geniş bir disiplindir (Bouldin, 2010; Lopez ve Curbow, 2010). Bahsi geēen her disiplin, temelde kendi perspektif ve metodolojik yaklaşımı ile ēalıřır. Fakat temelde hepsinin odağında insan ve insanların toplumsal ilişkileri vardır. Sağlığa odaklanma noktasında ise her bir disiplin sağlık sorunlarının, insan doğası, davranışı ve ēevresi tarafından nasıl etkilendiğini aēıklamaya ēalıřır (Holzman, Neumann, Sumartojo ve Lansky, 2006). Buradaki kasıt şudur: her bir sağlık (ya da hastalık) davranışının psikolojik, sosyal ve antropolojik boyutları vardır ve ancak bunlar anlaşılırsa kişilere ve kūltūrlere ūzgū tıbbi yaklaşımlar geliştirilebilir. Őrneęin, psikoloji insanların davranış ve ruhsal sūreēlerine odaklanarak; sağlık bilgisinin nasıl algılandığını ve kabul edildiğini, sağlık iletişiminin sağlıklı karar vermede nasıl etkili olduğunu aēıklamaya ēalıřır. Antropoloji (medikal antropoloji), insanları sosyal, biyolojik ve kūltūrel perspektiften ele alarak toplumlar arası sağlık karşılaştırmaları yapar. Ekonomik ve politik bilimler, gūē, yoksulluk, ticaret, endūstri gibi ekonomik ve politik sūreēlerin sağlık sonuēlarına nasıl etki ettiğini aēıklar (Lopez ve Curbow, 2010).

Őzetle halk saęlıęında sosyal ve davranıřsal bilimler birey ile ēevresi arasındaki etkileřime odaklanır. Bu etkileřim, halk saęlıęında būtūncūl bir yaklařımı sergilemekte; bu yaklařım sayesinde, AIDS/HIV, kanser, astım, diyabet, yaralanma, ūreme saęlıęı, ēevre saęlıęı, istihdam, barınma, bakım eriřimi ve dięer sayısız saęlık sorunlarının ūnlenmesinde ve erken ūlūmlerin azaltılmasında bařarı saęlanmaktadır (Holzman ve ark., 2006; Öztūrk, 2011; řahin-Hodoęlugil, 2015). Sosyal bilimlerin bazılarının halk saęlıęına olan katkısı Tablo 5'te sunulmuřtur.

Tablo 5. Sosyal Bilimlerin Halk Sağlığına Katkısı

Sosyal bilim	Halk sağlığına katkısına örnek
Psikoloji	Davranışların kökenlerinin teorileri, risk alma davranışı, bireysel ve sosyal davranış değiştirme yöntemi.
Sosyoloji	Sosyal gelişim, örgütlü davranış ve sistemli düşünme teorileri. Birey ve grup davranışları üzerine sosyal etki.
Antropoloji	Küresel bir bakış açısıyla sağlık için karar almada birey ve grupların sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenmesi.
Politika bilimleri	Hükümet ve politika yapıcıların halk sağlığı ile bağlantılı yaklaşımları. Politika analizi ve politik karar vermeyi etkileme.
Ekonomi ve iletişim	Mikro ve makro ekonominin sağlık ve sağlık bakımı üzerine etkisi. Kitle ve kişisel iletişim bilgisi, medyanın sağlık bilgisi ve sağlık risklerine olan etkisi.
Demografi	Yaşlanma, göç, çeşitli doğum oranları gibi nedenlerden dolayı etkilenen ve sağlık üzerine etkisi olan nüfus yapısının anlaşılması.
Coğrafya	Coğrafyanın hastalıklar üzerindeki etkisini anlama ve bölge bazlı müdahaleler geliştirme.

Kaynak: (Riegelman, 2010).

Çalışmalar, halk sağlığı ile sosyal bilimlerin birbirlerini eğitim boyutuyla da etkilediğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, sosyal bilimlerde okuyup halk sağlığı alanında eğitimine devam eden öğrencilerin olduğu gibi halk sağlığında okuyup eğitimini sosyal bilimlerde devam ettiren öğrencilerin de olduğu saptanmıştır (Nascimento, Stephan ve Nunes, 2015).

Sonuç olarak, halk sağlığı toplumların sosyal koşulları ile ilgilenmek durumunda kaldığından sosyal bilimlerle etkileşim halindedir. Burada göz ardı edilmemesi gereken bir husus halk sağlığının sosyal bir bilim olan sosyal hizmet mesleği ile olan ilişkisidir. Çünkü tüm sosyal bilimler içerisinde sağlığın sosyal, kültürel ve ekonomik boyutlarını göz ardı etmeden sağlık müdahalelerinde biyopsikososyal bir yaklaşımı esas alan en önemli mesleklerden bir tanesi sosyal hizmet disiplindir.

1.2.6.2. Sağlının Sosyal Belirleyicileri

Birey, aile, grup ve toplumların sağlıkları farklı evrelerde farklı belirleyiciler tarafından etkilenebilmektedir. Bunların başında, sosyoekonomik ve kültürel çevre, yaşam biçimleri, eğitim, davranışlar, cinsiyet, beslenme, sağlık hizmetlerine erişim, halk sağlığı uygulamaları ve bulaşıcı etmenler yer almaktadır (Öztürk, 2011). Bunlar çoğunlukla sağlığı kombine bir şekilde etkilemektedir. İnsanlar sağlıklı olsun ya da olmasın çevrelerinden ve çevre koşullarından etkilenmektedirler. Geniş kapsamda ele alacak olursak; nerede yaşadığımız, çevre şartlarımız, genetiğimiz, gelir ve eğitim seviyemiz, aile ve arkadaşlık ilişkilerimiz sağlık üzerinde önemli etkilere sahiptir. Ayrıca sağlığa erişim ve sağlık hizmetlerinin kullanımı sağlığı etkileyen diğer önemli unsurlardır. Tüm bunları kısaca fiziksel çevre, sosyal çevre, insan davranışı, genetik yatkınlık ve sağlık bakımı başlıkları altında toplamak mümkündür (Goldsteen ve ark., 2015; Riegelman, 2015). Olivadoti ve Bordogna (2011), sağlık davranışının sağlığı etkileme oranını %50, kalıtım ve çevrenin sağlığı etkileme oranını %20 ve hizmete ulaşımın ise sağlığı %10 etkilediğini ifade etmiştir.

Şimşek (2013), ise içerisinde sosyal belirleyicilerin olduğu halk sağlığını etkileyen tüm faktörleri bir araya getirerek aşığıdaki başlıklar altında sınıflandırmıştır.

- **Yaşanılan yer** (ev, işyeri, oluk, ulaşım, haberleşme)
- **Biyolojik özellikler** (yaş, cinsiyet, genetik)
- **Sosyal faktörler** (bağlılık, sosyal değişim, destek)
- **Doğal çevre** (hava, su kalitesi, iklim ve sıcaklık, topografi, çevresel kirleticiler, hayvan ve bitkiler)
- **Kültürel faktörler** (normlar, değerler, din, ırkçılık, ayrımcılık, rekabet ve iş birliği)
- **Sağlık hizmetleri** (yapısı, personel tipi ve sayısı, hizmetin kapsamı ve ulaşılabilirliği, maliyeti)
- **Politik faktörler** (sosyal, ekonomik, eğitim, çevreye yönelik yasalar, politikalar, katılım)
- **Sosyo-ekonomik kaynaklar** (gelir ve iş durumu, eğitim)
- **Topluma sunulan hizmetler** (su, çöp, hava kirliliği, risk gruplarına yönelik hizmetler)
- **Yaşam biçimi ve sağlık davranışı** (beslenme, fiziksel aktivite, cinsel yaşam, madde kullanımı, sigara, şiddet, sağlık bilgisi)

Bu başlıkları genel hatları ile açıklayacak olursak; sağlığı tehdit eden fiziksel çevre hem doğal (hava, su, toprak, hayvan yaşamı vb.) hem de yapay çevreyi (konut, ulaşım, yönetim, ticaret vb.) kapsamaktadır. Doğal afetler (sel, deprem, fırtına vb.) ve felaketler doğal çevrenin sağlık üzerine olan yıkıcı etkileridir. Kentleşme, kötü çalışma koşulları, toksinlere maruz kalma vb. konular ise yapay çevreye örnek verilebilir. Sosyal çevre ise toplum, topluluk, din, sosyal ağ, aile ve meslek gibi unsurları barındırır. Bireylerin sağlıkları yaşadıkları toplumlardaki din, politik, ekonomik ve yönetsel kurallardan etkilenir. Formel ya da enformel, bu kurallar insanlar üzerinde sağlık başta olmak üzere çeşitli inanç, norm ve değerlerin gelişmesine neden olur. Genetik mirasla ilgili bilgilerimiz günden güne değişse de sağlık üzerine etkisi olduğu tartışılmaktadır. Sağlık davranışı kavramı denince akla sağlığa faydalı olan davranışlar gelmektedir. Fakat bu kavram genellikle kötü alışkanlıklarla (tütün kullanımı, alkol tüketimi, emniyet kemerini takmama, sağlıksız yiyecekleri tercih etme, fiziksel aktivitelerden uzak durma vb.) gündeme gelmektedir. Eğer sağlığın, genetik miras, fiziksel ve sosyal çevre, bireysel davranıştan etkilendiğinden söz ediyorsak; sağlık bakımını bu zincirin son halkasına eklemeliyiz. Çünkü sağlık bakımı birçok bireyin sağlık durumunun iyi veya kötü olacağını belirleyen önemli bir kriterdir (Goldsteen ve ark., 2015; Scambler ve Scambler, 2007; Riegelman, 2010).

Daha da somutlaştırmak için sağlığı etkileyen faktörleri “astım hastalığı” üzerinden örnekleyebiliriz. Sigara içmek astımı tetikleyen bir **davranıştır**. Zatürre, astımı tehdit eden bir **enfeksiyondur**. Çocukluk astımında **genetik faktörler** etkilidir. Çiçekli bitkiler nedeni ile oluşan alerjiler, çöl iklimi, alerji üreten ağaçlar **coğrafyanın** astım üzerine olan etkisidir. İçerisinde yaşadığımız bina özellikleri, hava kirliliği, sigara dumanı vb. durumlar astım hastalarını etkileyen **çevresel faktörlerdir**. Astımın akut ve kronik özelliklerinin iyi ya da kötü yönetilmesi **tıbbi bakım** ile ilgilidir. Yoksulluk, **sosyo-ekonomik** düzey, **kültürel** inançlar astım hastalığının yönetimi ve iyileştirilmesi üzerinde etkili olmaktadır (Riegelman, 2010). Yaygın görüş sosyo-ekonomik, çevresel ve kültürel ve diğer etkenlerin sağlık durumu ve sağlık davranışı üzerinde etkisi olduğunu ve sağlığın anlaşılmasında tümünün bir arada değerlendirilmesi gerektiğini savunur (Scriven, 2007).

Çalışmanın amaç ve kapsamı gereği burada sağlığı etkileyen faktörler içerisinde sosyal belirleyicileri ayrı olarak ele almak gerekmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri tıbbi olmayan faktörlerdir (Shi, Tsai, ve Kao, 2009). Sağlığı etkileyen temel sosyal belirleyicilerden söz etmek gerekirse; yoksulluk, gelir düzeyi ve sosyal statü, sosyal sınıf, sosyal ve politik katılım, sosyal destek (aile, arkadaş, toplum), sosyal gradyan, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam koşulları, stres, çalışma durumu (işsizlik,

çalışma koşulları), yaşam seyri yaklaşımı (yaşam döngüsü), etnik yapı ve ayrımcılık ve sağlık hizmetlerine olan ulaşım, din, sağlığa olan inanç ve sağlık beklentisi toplumsal değerler, aile içi çatışma, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, kültürel kodlar, sosyal izolasyon, standartların altındaki konut ve çevre temel sosyal belirleyiciler olarak karşımıza çıkmaktadır (Battle, 1986; Bradby ve Chandola; Chauvel ve Leist, 2015; Choi ve Cassie, 2015; Dailey ve Hall, 2010; Hunter, 2007; King, 2007; Milligan, 1986; Riegelman, 2010; Scambler ve Scambler, 2007; Shi ve ark., 2009; WHO, 2008; White, 1986). Bu sosyal belirleyicileri daha detaylı ele alacak olursak;

Sosyo-ekonomik statü, yalnızca kişilerin gelirlerine indirgenmemelidir. Güçlü ekonomisi olan ülkelerde sağlık erişimi daha kolay olabilmektedir. Kanada, Japonya ve İsveç buna örnektir. Ayrıca ekonomisi güçlü ülkelerde halk sağlığı sorunları (örneğin; sanitasyon, güvenli yiyecek, hastalık önleme vb.) daha hızlı bir şekilde önlenmektedir (Riegelman, 2010). Sosyo-ekonomik statünün en büyük göstergesi olan yoksulluk, insanların refahını ve sağlığını etkileyen önemli bir sosyal faktör olmaya devam etmektedir. Yapılan bir çalışmada, çocuk sağlığı üzerinde en etkili olan faktörlerden biri yoksulluk olarak saptanmıştır (Şimşek, Kurçer, Kayahan, Ersinve Gözükara, 2004). Bireylerin ve ailelerin sağlığını etkileyen bazı sosyal faktörler, yoksulluk ve ayrımcılık sorunlarıyla güçlü bir ilişki içindedir (Shore, 1986). Yoksul grup genellikle normal olmayan konut, sınırlı ulaşım, yetersiz eğitim, sosyal izolasyon, evlilik çatışması, aile çatışması ve uyuşturucu veya alkol bağımlılığı ile karşı karşıyadır (Battle, 1986). Yoksulluk, azınlık statüsü ve kötü sağlık birbiriyle ilişkilidir. Yoksulluk açısından dezavantajlı olan insanlar kötü beslenme, düşük yaşam koşulları, yüksek stres seviyeleri ve sağlık hizmetlerine erişimin azalması gibi şartların bir sonucu olarak, hastalıklarla daha sıklıkla karşılaşabilirler (Milligan, 1986).

Eğitim, ülkelerin gelişmişliği ile yakından ilgili olduğu gibi sağlık durumu ile de ilişkilidir. Çünkü gelişmiş olan bir ülkede sağlık bilgisi ve sağlık okur yazarlığı daha fazladır. Dolayısıyla eğitim, sağlık sonuçlarını ve göstergelerini ülkelere göre değiştirebilmektedir. İyi bir eğitim iyi bir sağlığa ulaşma yolunu açmaktadır (Riegelman, 2010).

Kültür ve din, gelir ve eğitimden sonra sağlığı etkileyen diğer önemli iki unsurdur (Riegelman, 2010). İnsan davranışı, dolayısıyla sağlık davranışı mevcut kültürel değerlerle şekillenmektedir. Örneğin, iletişim medyası şekil tutumlarını, norm ve davranışını yansıtır. Medyanın sağlık üzerindeki etkileri üzerine yapılan araştırmalar sınırlı olsa da özellikle gençlerin güzellik ve çirkinlik imgelerinden, sigara ve diğer

sağlıksız alışkanlıklardan medya aracılığı ile etkilendiği ve bunların sağlık sorunlarına katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Milligan, 1986).

Diğer sosyal belirleyicileri detaylandırarak olursak; sağlık statüsü, sosyo-ekonomik statü ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır (Riegelman, 2010). Sağlık durumu gelir ve işgücüne katılımdan sonraki çeşitli demografik faktörlerle ilgilidir. Örneğin, kişilerin iş potansiyelleri, sosyal ilişkileri ve politika katılımları sağlıkları üzerinde etkiye sahiptir (Hunter, 2007). Bir iş sahibi olmak ya da bir işte çalışmak bir hastalığı iyileştirmese bile sağlık bakımı, sağlık sigortası gibi hizmetleri sağlayabilir. İstihdamda olmak verimlilik ve başarı sağlamada, alkolizm, uyuşturucu bağımlılığı ve stresi önlemede yardımcı olabilir. Medeni durum, aile yapısı ve çocukların zamanlaması ve sayısı tümüyle sağlık açısından önemlidir. Aile ve hane, sadece sağlık davranışlarının öğrenildiği, uygulandığı ve güçlendirildiği yer değil, aynı zamanda kısa süreli akut ve uzun süreli kronik bakımın yapıldığı yer olduğu için önemlidir. Çoğu insan için, aile ya da aileler önemli bir sosyal destek kaynağıdır. Benzer şekilde aile, sağlığı etkileyen çevresel koşulları da etkilemektedir (Milligan, 1986).

Sağlığın sosyal belirleyicilerini içine alan tüm belirleyicileri tekrar gözden geçirmek adına, akciğer kanseri, sağlık belirleyicilerinin sağlık üzerindeki etkilerini göstermek için iyi bir örnektir. Şöyle ki; bazı bireyler bu kansere genetik nedenlerle yakalansalar da bazıları biyolojik olmayan nedenlerle yakalanmaktadır. Akciğer kanserinin en önemli ek belirleyicilerinden bir tanesi kişinin davranışıdır. Sigara kullanımı, büyük oranda bu kanserle ilişkilidir. İkinci el duman veya pasif içicilik akciğer kanserinin fiziksel çevresel nedenlerine örnektir. Sigara içmenin serbest olduğu ve insanların yoğun olarak kullandığı barlar çevresel nedene başka bir örnektir. Sigara kadar etkili bir neden olmasa da çevreye yayılan zararlı kül, toz, toksinler vb. unsurlar çevresel nedene başka örnektir. Sağlığın sosyal belirleyicileri akciğer kanseri ile ilişkilidir. Örneğin, gelişmekte olan ülkelerde, gübre yakıtlı ve üstü açık ateşlerde yemek pişirmek oldukça yaygındır. Kadınlar ve çocukları günde üç dört kez doğrudan bu yemekleri hazırlarken ateşten çıkan dumana maruz kalmaktadırlar. Benzer şekilde ısı yalıtımında kullanılan "asbest"⁴ maddesine birçok insan maruz kalmıştır. Yine sosyal belirleyiciler açısından akciğer kanseri için sosyo-ekonomik statü oldukça belirleyicidir. Örneğin Amerika'da Afrika kökenli Amerikalılarda akciğer kanseri oranı daha yüksektir (Sable ve ark., 2012).

⁴Asbest ya da amyant, ısıya, aşınmaya ve kimyasal maddelere çok dayanıklı lifli yapıda kanserojen bir mineraldir.

Tablo 6. Sosyo-ekonomik ve Kültürel Statünün Sağlık Üzerine Etkisi

Sosyo-ekonomik Statü	Sağlığa Etkisine Örnek
Yaşam koşulları	Sanitasyonda artış, kalabalığın azalması, yeme ve pişirme metodları.
Yüksek eğitim fırsatları	Sağlık davranışı ve sağlık göstergeleri, kadının eğitim fırsatı aile ve çocuk sağlığını da etkilemektedir.
Meslek	Düşük gelirli işler sağlık için riskli davranışlara maruz kalmayı arttırmaktadır.
Kaynak ve hizmetlere erişim	Koruyucu cihazlar gibi erişilebilir kaynaklar ve kaliteli yiyecekler ve hizmetler sağlığı korumak ve geliştirmek için tıbbi ve sosyal hizmetlerdir.
Aile yapısı	Geniş ailelerde düşük sosyoekonomik seviye ve düşük sağlık statüsü görülebilmektedir.
Risk davranışlarına maruz kalma	Şiddet, uyuşturucu vb. davranışlara maruz kalma sosyal dışlanma ve izole olmaya neden olur.
Çevre	Çevre kirliliği ve kötü yapılaşma körü sosyo-ekonomik statü ve sağlıkla ilişkilidir.
Kültür	Yiyecek tercihi, pişirme yöntemi, sağlık bakımı arayışı ve inancı, aile yapıları vb. kültürel özellikler sağlık üzerinde etkilidir.
Din	Alkol kullanımına bakış, yeme-içme, kan değiştirmeye olan inanç, yaşam sonu sağlık bakımı.

Kaynak: (Riegelman, 2010)

Her bir sağlık (ya da hastalık) davranışının psikolojik, sosyal ve antropolojik boyutları vardır ve ancak bunlar anlaşılırsa kişilere ve kültürlerle özgü tıbbi yaklaşımlar geliştirilebilir (Şahin-Hodoğlugil, 2015). Önleme ve tedavi ile ilişkili olan sosyal faktörler sosyal hizmetin ana sorumluluk alanlarından (Evans, 1985). Daha da önemlisi, sosyal risk faktörlerinin belirlenmesi ve ihtiyaçların belirlenerek karşılanması için programların yapılması halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının birincil odağıdır (White, 1986). Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının sağlığı etkileyen sosyal faktörlerle ilgili olarak öncelikle bireylerin sağlığının bu faktörlerden etkilenmemesi için bozulan çevreyi restore etme, kişileri güçlendirme ve sağlıklı çevre duygularını sürdürme görevi vardır. Unutulmamalıdır ki sosyal hizmet uzmanları sosyal çevrenin korunmasında tümüyle tek başlarına sorumlu değildir. Bu yüzden halk sağlığı uzmanları ile yakın ilişki içerisinde olmalıdırlar (Milligan, 1986).

1.2.6.3. Sosyal Epidemiyoloji

Halk sağlığı, toplum için risk oluşturan sosyal sorunlar ve toplumun sağlığı ile ilgilenmektedir. Halk sağlığı, sadece bu tür sosyal sorunlardan etkilenen insanlarla değil aynı zamanda etkilenme riski olabilecek tüm toplumla ilgilenir (Watkins, 1985). Halk sağlığını tehdit eden risklerin ortaya konmasında halk sağlığı temel bilim dalı olan epidemiyoloji (Fişek, 1983), toplumlardaki mevcut sağlık sorunlarını ve nedenlerini anlamak, saptamak ve planlamak için halk sağlığında yoğun biçimde kullanılmaktadır. (Bouldin, 2010).

Halk sağlığı müdahalelerinin yerinde ve zamanında olabilmesi için toplumda var olan hastalık ve sağlıkla ilgili durumların; zaman (hastalığın ortaya çıkışı), yer (hastalığın gerçekleştiği yerdeki çevrenin doğası) ve kişi (etkilenen nüfus) dağılımları yapılabilmelidir. Bu bilgileri sağlayan araç ise epidemiyoloji yöntem bilimidir (Çakır, 2015; Fişek, 1983; Tezcan, 2015a). Epidemiyolojinin bu yönü, toplumların sosyal işlevselliği ile ilgilenen halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarına çeşitli fırsatlar sunmaktadır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, epidemiyoloji biliminden faydalanarak, toplumdaki sağlık koşullarının işlev ve performanslarının ölçülmesi konusunda bilgi sahibi olabilirler (Watkins, 1985).

Halk sağlığı ayrıca, program planlama ve değerlendirme için sosyal epidemiyoloji kullanır. Halk sağlığında kullanılan epidemiyolojik yöntemler, uygulamanın her seviyesinde müdahale geliştirmede sosyal hizmet uzmanlarınca da kullanılabilir (Sable ve ark., 2012). Sağlık ve hastalığın sosyal belirleyicilerini sistematik olarak araştıran disiplin, sosyal epidemiyoloji olarak adlandırılır. Sosyal epidemiyolojiye ayrılan üç ana alan, toplumsal eşitsizlikler, sosyal ilişkiler ve sosyal zaman ile ilgilidir (Chauvel ve Leist, 2015). Sosyal yapısal faktörlerin sağlık üzerine etkilerine odaklanan sosyal epidemiyoloji, toplumdaki kaynak veya fırsatların avantajlı veya dezavantajlı dağılımının sağlık ve hastalığın dağılımı üzerinde etkili olduğunu varsayar. Bu yüzden bir toplumda var olan hastalık ve sağlık dağılımlarını etkileyen toplumsal özellikleri tanımlamayı ve anlamayı amaç edinir. Bu kapsamda sosyal epidemiyolojinin ilk sorusu; sosyal faktörlerin birey ve toplum sağlığı üzerinde nasıl bir etkisi olduğu şeklindedir. Biyopsikososyal paradigma, nüfus perspektifi, çok seviyeli istatistiksel yaklaşımların kullanılması ve teorinin önemi sosyal epidemiyolojideki önemli kavramlardır. Sosyal sınıf, cinsiyet, ırk/etnisite, ayrımcılık, sosyal ağ, sosyal sermaye, gelir dağılımı ve sosyal politika sosyal epidemiyoloji alanına giren sosyo-yapısal faktörlere örnektir (Honjo, 2004).

Sonuç olarak, sağlığı yakından etkileyen sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerin epidemiyolojik olarak araştırılmasına olanak tanıyan sosyal epidemiyoloji hem halk sağlığı hem de sosyal hizmet disiplinleri için vazgeçilmezdir. Bu yöntem kimi durumlarda halk sağlığı uzmanları ile sosyal hizmet uzmanlarını bir araya getirerek yenilikçi araştırmalar yapmaya teşvik edebilmektedir.

1.2.6.4. Ekolojik Model

Sağlığın belirleyici unsurları (fiziksel ve sosyal evre, genetik miras, sağlık davranışı, sağlık bakımı) birbirlerinden bağımsız hareket etmemektedir. Birbirleri ile etkileşim içerisinde olurlar. Ekolojik model bu etkileşimi anlamada yardımcı olmaktadır. Ekolojik model, yaşayan ve karmaşık çevrelerle ağ kuran biyolojik organizmalara odaklanır. Temeli, insanların büyüme ve gelişme süreçlerinde meydana gelen fiziksel ve çevresel etkileşimlere dayanmaktadır. Ekolojik model, bireyi hem sosyal hem de fiziksel çevresiyle bir bütün olarak ele almaktadır. Ekolojik model aynı zamanda halk sağlığı perspektifine temel oluşturmaktadır. Çünkü evre, insan yaşamı ve sağlığı üzerinde iyi veya kötü etkiye sahiptir. Ekolojik model, halk sağlığı sorunu olabilecek etkenlerin anlaşılmasında ve kontrol edilmesinde nelerin etkili olabileceği konusunda yardımcı olur. Bunu başarmak için ekolojik modelde, bireyler ve bireylere özgü tüm bileşenler potansiyel halk sağlığı uygulamasına dahil edilir (Goldsteen ve ark., 2015; Pardeck ve Yuen, 2006).

Halk sağlığı, bireylere sadece tıbbi bakım verilmesini değil aynı zamanda sağlığı destekleyen ve geliştiren koşulları sağlamayı amaçlar. Örneğin, sigara yasağı bir yandan insanları sigaranın zararlı etkilerinden korurken diğer yandan bir halk sağlığı çalışması olarak topluma sigaranın zararları anlatılarak sigaraya hiç başlanılmaması hedeflenir. Halk sağlığı bu yönü ile sosyo-ekolojik modelleri uygulamış olur. Çünkü ekolojik model hastalıkların nedenini tek sebebe indirgemez. Tam tersine sağlık sorunları üzerinde ekonomik refah, çevresel refah ve sosyal refah gibi birçok faktörün etkili olduğunu ve bu faktörlerin bütüncül olarak iyileştirilmesini savunur (Bouldin, 2010; Miller, 2007).

Ekolojik modelde, halk sağlığı sorunlarına etki eden faktörler dört aşamalıdır. Bunlar bireysel, ilişkisel (kişilerarası), toplumsal ve sosyo-politik düzeylerdir. Sağlığımız büyük oranda bireysel faktrlerimize göre şekillenmektedir. Genetik yatkınlığımız, davranışlarımız, sağlığa olan inancımız, motivasyonumuz, aile yapımız ekolojik modele göre sağlığı etkileyen **bireysel** özelliklerdir. Eğitim, danışmanlık vb. müdahalelerle yeniden şekillenebilirler. Akran, arkadaş, akraba ve aileyle olan ilişkilerimiz sağlığımızı

etkileyebilmektedir. Aile ilişkilerinin güçlendirilmesine yönelik halk sağlığı programları geliştirilerek **kişilerarası etkileşim** olumlu hale getirilebilir. Örneğin diyabet hastası olan bir bireyin ailesi bu konuda bilgilendirilmelidir. Okuldaki, mahalledeki, iş yaşamımızdaki ilişkilerimiz **topluluk seviyesinde** sağlığımızı etkileyen faktörlerdir. Bir mahalle çalışması kapsamında fiziksel aktivite programına alınan komşular arasındaki iletişim güçlendirilebilir. Din, kültür, politika, farkındalık kampanyaları ve programları sağlığımızı etkileyen **sosyo-politik** faktörlerdir. Ekolojik model, tüm bu düzeylere yönelik teori geliştirilmesi, araştırma yapılması, toplum programları üretilmesi, politika geliştirilmesi ve yeni modeller önerilmesi süreçlerinde kullanılabilir (Chacko ve Chacko, 2010). Bu başlıkların daha anlaşılır olması için Tablo 7’de nargile örneği üzerinden sosyo-ekolojik yaklaşımlı bir halk sağlığı müdahale örneği üzerinde durulmuştur.

Tablo 7. Sosyoekolojik Düzeylerde Halk Sağlığı Müdahalesi

Düzyey	Değişim hedefi	Odaklanılan değişim	Nargile için strateji örneği
Bireysel	Birey	Kişili özellikleri: bilgi, tutum, inanç vb.	Eğitim programları Teşvikler
Kişilerarası (ilişkisel)	Sosyal etki: aile, iş arkadaşları, ev arkadaşı vb.	Sosyal ilişkilerin doğası: sosyal normlar, sosyal destek vb.	Destek grupları Akran danışmanlığı Sosyal modellik
Toplum	Sosyal çevre	Toplum normları, değerleri, tutumları ve güç yapıları	Eğitim/farkındalık kampanyaları Toplum organizasyonu Nargile karşıtlığı hakkında liderlerin konuşmaları Sigara içme alanları
Sosyo-Politik	Yerel, eyalet ve ulusal hukuk ve politikalar	Hükümet düzeyindeki düzenlemeler Yasama süreçleri Sağlığı koruyan yasa ve prosedürler	Vergilendirme ve fiyatlandırma Kısıtlamalar ve yasaklar İcra ve davalar Seçmen bilinçlendirme kampanyaları Politika ve karar vericiler için eğitim Büyük medya kampanyaları

Kaynak: (Lopez ve Curbow, 2010).

Ekolojik model, halk sağlığına; bireyi, sosyal çevre etkileşimlerini, desteklenen ya da desteklenmeyen sağlık davranışlarını ve sağlık politikalarını görme fırsatı tanır (Lopez ve Curbow, 2010). Ekolojik model, benzer fırsatları, halk sağlığı alanında çeşitli mesleki müdahalelerle kendisine konum edinen sosyal hizmet mesleğine de sunmaktadır. Sosyal hizmet mesleği ile bütünleşmiş olan “çevresi içinde birey” yaklaşımının temel dayanağı

ekolojik perspektiftir. Ekolojik yaklaşımı esas alan sosyal hizmet uzmanları halk sağlığındaki ekolojik yaklaşımda olduğu gibi birey ve çevre etkileşimine odaklanır. Burada amaç birey ile çevre arasındaki karşılıklı bağıllık, bağımlılık ve uyumun ortaya çıkarılmasıdır. Ekolojik model kişileri çevreleri ile olan etkileşimde pasif değil dinamik ve karşılıklı etkileşimci olarak niteler. Buradan hareketle sosyal hizmetin tüm müdahale düzeylerinde sorunlar sadece kişiye yüklenmez. Bu durum herhangi bir sağlık sorununda da aynı şekilde ele alınır. Kişiyi ya da tüm toplumu tehdit eden bir risk varsa bunun sosyal, kültürel ve ekonomik tüm bileşenleri ele alınır (Teater, 2015; Zastrow, 2015).

Sonuç olarak, ekolojik yaklaşım hem halk sağlığı hem de sosyal hizmet uygulamalarında bir dayanak olmaktadır. Halk sağlığına dair akılcı ve çok yönlü müdahalelerin gerçekleştirilmesi amacıyla ekolojik yaklaşıma bağlı kalan her iki disiplinin halk sağlığı alanında yakınlaşması kaçınılmazdır. Yani ekolojik bir perspektif sosyal adaleti hedefleyen her iki disiplin için ortak bir payda ve ortak bir bakış sağlamaktadır. Bu ortak bakışın en iyi sergileneceği alan ise halk sağlığı sosyal hizmet alanıdır.

1.2.6.5. Sosyal Adalet Felsefesi

Avrupa ve Amerika’da ortaya çıkan halk sağlığı hareketlerinin kökeni 1830’larda ve 1840’larda ortaya çıkan toplumsal koşullardır. Hastalıkların sosyal koşullardan kaynaklandığını iddia eden görüşler beraberinde sosyal eşitsizlikleri ve sosyal adalet tartışmalarını başlatmıştır (Riegelman, 2010). Tartışmalarla şekillenen halk sağlığının tarihi süreçte ilgilendiği sorun alanları değişmiş, odaklandığı hedef grup tüm toplum olmuştur. Fakat halk sağlığı anlayışında temel olan **sosyal adalet felsefesi** sürekliliğini her zaman korumuştur (Bouldin, 2010).

Halk sağlığı, tüm insanların, iyi sağlık koşullarını hak ettiğini iddia eder. Bu iddiada, bir sosyal adalet taahhüdünden söz etmek mümkündür. Çünkü halk sağlığı yaklaşımına göre, geliri ne olursa olsun, yaşı ne olursa olsun, etnik kökeni ne olursa olsun herkese sağlık hizmeti sunmak esastır (Goldsteen ve ark., 2015; Öztürk, 2011).

Tuncay ve Erbay (2008), tarafından “bireylerin ve grupların zihninde mevcut toplumsal gerçeklikler ve paylaşılan inançların toplamı” (s.93) olarak tanımlanan sosyal adalet kavramı; halk sağlığında, sosyal statü ve sosyal koşullarına bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden ve sağlık programlarından tüm bireylerin eşit olarak faydalanması anlamına gelmektedir. Bu bakış açısı serbest piyasa adaleti ile ters düşmektedir. Halk sağlığı, temiz su ve yiyecek, güvenli çevre, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık bakımı

gibi temel sağlık koşullarını sağlama arayışındadır. Bu yüzden halk sağlığı yaklaşımında sosyal adalet aranmakla birlikte sağlıktaki eşitsizliklere yer verilmez (Bouldin, 2010). Sosyal adaleti daha derinden anlamak için serbest piyasa adaleti ile karşılaştırmak anlamlı olacaktır. Bu durum Tablo 8’de ele alınmıştır.

Tablo 8. Sosyal Adalet ve Serbest Piyasa Adaleti Özellikleri

Serbest piyasa adaleti	Sosyal adalet
Sağlık ekonomik bir meta olarak izlenmelidir.	Sağlık bir sosyal kaynak olarak izlenmelidir.
Sağlık hizmetlerinin sunumu için serbest piyasa koşullarını varsayar.	Sağlık hizmetleri devlet katılımı gerektirir.
Kaynakların eşit dağıtımında serbest piyasa kullanımı daha uygun varsayar.	Sağlık kaynaklarının paylaşımında devleti daha uygun görür.
Sağlık bakımının üretim ve dağıtımı serbest piyasadaki talebe göre belirlenir.	Tıbbi kaynakların dağıtımı merkezi planlama ile belirlenmelidir.
Tıbbi bakım dağılımında insanların ödeme koşullarına dayanak alır.	Sağlık bakımı almada ödeme önemsiz olmalıdır.
Tıbbi bakım kişilerin çaba ve başarıları için bir ödöl olarak görülür.	Sağlık hizmetleri temel bir haktır eşit erişim olmalıdır.

Kaynak: (Shi ve Singh, 2004).

Tablo 8’den anlaşılacağı üzere, sosyal adalet sisteminde; sağlığın kolektif sorumluluk gerektirdiği, herkesin temel sağlık hizmetlerini almaya hakkı olduğu, toplumsal iyilik hali için herkesin sorumluluk alması gerektiği, toplum refahının birey refahından önde olduğu, sosyal sorunlara kamusal çözümlerin olması gerektiği vurgulanmaktadır (Shi ve Singh, 2004). Serbest piyasa bakış açısı ile sosyal adalet bakış açısı arasındaki fark günümüz halk sağlığında sosyal adaletin ve sosyal adalet felsefesine sadık kalan mesleklerin neden önemli olduğunu göstermektedir.

Sağlıktaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, sosyal, ekonomik ve çevresel adaletin sağlanması, halk sağlığı ve sosyal hizmet tarafından paylaşılan iki değerdir. Fakat halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, odak genellikle sosyal hizmetin mikro düzey odağı olan bireye müdahaleden ziyade grup ve topluma odaklanma şeklindedir (Sable ve ark., 2012). Bu yüzden halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının dikkat etmesi gereken husus, Tuncay ve Erbay’ında (2006) üzerinde durduğu ve eleştirel yaklaştığı sosyal adaletin

yalnızca toplumsal bir odağa değil aynı zamanda birey bazlı bir boyutta ele alınması gerekliliğidir.

1.2.6.6. Bir Madalyonun İki Yüzü: Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmet

Şu açıktır ki; sosyal hizmet ve halk sağlığı ortak bir kökene sahiptir. Hastalıkların önlenmesi çabaları, halk sağlığı reformları ve sosyal adalet arayışı bu ortak kökene zemin hazırlayan en önemli etkenlerdir (Holliman, 2013; Sable ve ark., 2012). Halk sağlığının sosyal bilimlerle olan etkileşimi halk sağlığı uzmanlarını sağlığın psikososyal göstergelerini göz önünde bulundurmaya teşvik etmiştir. Öte yandan halk sağlığında uygulama alanı bulan sosyal hizmet, toplum sağlığı ve epidemiyoloji konularında ihtisaslaşmaya başlamıştır (Ruth, Sisco, Wyatt, Bethke, Bachman ve Piper, 2008).

Bütünsel bir bakış açısına sahip olan sosyal hizmet, halk sağlığı alanında, insanlar ile insanlar, insanlar ile politikalar, insanlar ile kurumlar, profesyoneller ile profesyoneller arasındaki köprüyü kurmadaki donanıma sahip olan en iyi meslektir (Kumabe, 1985). Birtakım farklılıklara rağmen iki meslek arasındaki bağlantı ve ortak yönler daha ağır basmaktadır. Halk sağlığının geliştirilmesi, sosyal, fiziksel ve çevresel risk faktörlerinin azaltılması, bireylerin güçlendirilmesi ve kişilere kendi kaderlerini tayin etme fırsatı sunulması gibi sayısız faktör her iki mesleğin amaçları arasındadır. Bu bağlamda, “bir madalyonun iki yüzü” sosyal hizmet ile halk sağlığı arasındaki ilişkiyi en iyi tanımlayacak ifadedir (Jurkowski ve Keefe, 2013).

1800’lü yılların sonları ve 1900’lü yılların başları itibari ile başlayan sosyal hizmet-halk sağlığı arasındaki etkileşimi incelemek için tarihsel bir gezintiye çıktığımızda öncelikle bu iki mesleğin birbirine yakınlaşmasını sağlayan isimlerden bahsetmek anlamlı olacaktır. Bu isimlerin başında, Lillian Wald, Jane Addams, Jeanette Rankin, Julia Lathrop, Grace Abbott, Harry Hopkins, Frances Perkins, Ida Cannon, Virginia Insley, Elizabeth Watkins ve Ruth Knee gelmektedir. Bu baş aktörler her iki meslekte birden rol almışlardır. Bu öncü kadro, dönemin şartları doğrultusunda, yerleşim evleri (settlement house), sağlık klinikleri, sosyal sigortalar, ana çocuk sağlığı gibi alanlarda birçok halk sağlığı reformunun dile getirilmesini ve uygulanmasını sağlamışlardır. Sosyal hizmetin ünlü kurucusu Jane Addams, 1887 yılında yerleşim evlerinden bir tanesini Chicago’da kurmuş ve büyük başarılar elde etmiştir. Lillian Wald, New York’ta kurulan yerleşim evlerinde topluma hijyen ve sağlığı teşvik edici davranışlar konusunda eğitim vermiştir. Ida Cannon, 40 yıl boyunca hastanelerde sağlık hizmetlerini yerine getirmiştir. 1912 yılında

kurulan Çocuk Bürosu'nun kuruluşunda bir sosyal hizmet uzmanı olan Julia Lathrop birçok halk sağlığı sosyal hizmet uzmanınca bilinmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, Frances Perkins ve Harry Hopkins erken dönem halk sağlığı çabalarına katkıda bulunmuşlardır. Bugün bel bağladığımız birçok sosyal güvenlik ağı Perkins ve Hopkins tarafından şekillendirilmiştir. Perkins, New York'a taşınmadan önce Jane Addams ile çalışmış ve dönemin ciddi bir halk sağlığı sorunu olan fabrika güvenliği sorunu dahil çocuk işçiliğinin kaldırılması, yüksek çalışma saatleri, düşük ücretlerin iyileştirilmesi gibi işçi haklarının iyileştirilmesi ve temel işsizlik destek programlarının güçlendirilmesi üzerinde çalışmıştır. Hopkins, sağlık ve refah konularında çevre ve sosyal sorunların bağlantısını kurmuştur. Hopkins, ayrıca 1930'lardaki krizin başlarında, dönemin başkanı tarafından devlet acil yardım kuruluşuna başına getirilmiştir (Gehlert, 2012; Jurkowski ve Keefe, 2013; NASW Foundation, 2016; Pierson, 2011; Ruth ve Sisco, 2012; Sable ve ark., 2012; Stuart, 2013).

19. yüzyıldan itibaren sosyal hizmet mesleği, sağlık ve sosyal yardım alanlarında kendisine yer edinmeye çalışırken; diğer yandan halk sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin dışına taşarak toplumsal bir içerik kazanmaya başlamıştır. Toplumsal şartların ve çevre koşullarının sağlık için risk olmaya başlamasıyla halk sağlığı ve sosyal hizmet mesleği bütünleşmeye başlamıştır. Çevresel sorunlar, beraberinde hastalıklara toplumsal açıdan yaklaşacak meslek elemanlarının gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Böylece niteliği zamanla değişim gösteren sosyal hizmet mesleği halk sağlığı alanında gelişmeye başlamıştır (Tomanbay, 1992).

Dezavantajlı gruplar hakkında endişelenmek, eşitsizliklerle mücadele ederek sosyal adaleti sağlamak; halk sağlığı ile sosyal hizmetin mesleki etik ve değerleri arasında uyuma neden olmuştur (Congress, 2013a). Halk sağlığı doğduğu günden itibaren ısrarlı bir şekilde sosyal adalet felsefesine bağlı kalmıştır. Halk sağlığı temel görüşüne göre hastalıkların kaynağı sosyal adaletsizlikten kaynaklanan sağlıktaki eşitsizliklerdir (Bouldin, 2010; Riegelman, 2010). Sosyal hizmet mesleği, sosyal adalet arayışında olan ve halk sağlığını bu anlamda destekleyecek en önemli mesleklerden bir tanesidir. Çünkü sosyal adalet ilkesi, sosyal hizmet mesleğinin temel ilkesi ve nihai hedefidir (Tuncay ve Erbay, 2006). Buradan hareketle her iki mesleğin sahip olduğu ortak değerlerden söz etmek mümkündür. Sosyal hizmet mesleğinin etik kodlarını oluşturan NASW, sosyal adalet, kişi değer ve haysiyetine saygı, insan ilişkilerinin önemi, dürüstlük ve samimiyet gibi değer ve temel ilkeler üzerinde ısrarla durmuştur. İsrarın nedeni ise başta dezavantajlı ve ayrımcılığa uğramış gruplar başta olmak üzere tüm insanlar için sosyal

adaletin sağlanması ve bu amaç uğruna değişimlerin yaratılmasıdır (NASW, 2008)⁵. Benzer kaygı halk sağlığının erken dönemlerinden beri süregelen bir durumdur. Erken dönem halk sağlığı reformcuları halk sağlığını sosyal adaletin bir parçası olarak görmüşler ve sosyal adalet için savunuculuk yapmışlardır. Öyle ki, halk sağlığı, tarihi süreçte sosyal adalet felsefesinden asla vazgeçmemiştir (Bouldin, 2010; Öztürk, 2011; Riegelman, 2010).

Yukarıda her iki disiplin için sözü edilen değerler ortak gündemler için temel oluşturur. Hem sosyal hizmet hem de halk sağlığı, sağıktaki eşitsizlikleri gidermede sosyal adaleti sağlamak için sorumluluk alır. Bu değerlerden hareketle sosyal hizmet ve halk sağlığı, sağlık sorunlarını düzeltmek ve sosyal adaleti geliştirmek için eşgüdümlü bir sisteme sahiptir. İki meslek rutin olarak sosyal eylem ve sosyal savunuculuk noktalarında kesişir. Kesişmenin noktası birlikte ele alındığında halk sağlığı sosyal hizmetinin haritası oluşur (Jurkowski ve Keefe, 2013; Ruth ve ark., 2008). Tablo 9'da, halk sağlığı ve sosyal hizmet disiplininin nerede kesiştiği, ortak olan ve olmayan özellikleri temel hatlarıyla gösterilmektedir.

Tablo 9. Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmetin Karşılaştırılması

Halk Sağlığı	Sosyal Hizmet
Birincil önleme ve sağlığın geliştirilmesi	İkincil ve üçüncül önleme
Hedeflenen nüfus	Birey, aile ve toplumu hedefler
Epidemiyoloji, sağlık politikası, sağlık idaresi, biyoistatistik, çevre sağlığı, ana-çocuk sağlığı ve uluslararası sağlık literatürü	Bireyler, aileler, gruplar, örgütsel insan davranışı, sosyal çevre, araştırma ve politika alanlarında temel literatür

Kaynak: (Holliman, 2013)

Halk sağlığı ile sosyal hizmet mesleğinin önemli ortak paydalarından bir tanesi ekolojik modelin ve sistem kuramının temel alınmasıdır. Ekolojik perspektif, yaşayan ve karmaşık çevrelerle ağ kuran biyolojik organizmalara odaklanır. İnsanların büyüme ve gelişme süreçlerinde meydana gelen fiziksel ve çevresel etkileşimlerine dayanmaktadır. Ekolojik teoriye göre, kişi ve çevre sürekli olarak birbirini etkilemekte ve değişim halindedir (Pardeck ve Yuen, 2006). Ekolojik model hem halk sağlığına hem de sosyal hizmet mesleğine; bireyi (bilgi, tutum, inanç, beceri vb.), sosyal çevre etkileşimlerini, desteklenen ya da desteklenmeyen sağlık davranışlarını ve sağlık politikalarını görme fırsatı tanır. Her iki disiplin, çevrenin, çeşitliliğin ve kültürün yaşam üzerinde nasıl bir

⁵(<https://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>, Erişim. 14 Kasım 2016)

etkisinin olduğu ve yaşamın her aşamasındaki mşdahale için ne tşr ihtiyaçların olduğunu dikkate alır ve değerlendirir (Holliman, 2013).

Halk sağlığı ve sosyal hizmet mşdahale dşzeyleri itibariyle de benzerlik gşstermekte; iki disiplin birincil, ikincil ve şşncşl mşdahale dşzeylerinde uygulamalar gerçekleştirmektedir (Duyan, 2010). Sosyal hizmetin birçok özelliği, özellikle de makro uygulama alanı, halk sağlığı uygulamaları ile benzerdir (Holliman, 2013). Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, odak genellikle sosyal hizmetin mikro dşzey odağı olan bireye mşdahaleden ziyade grup ve topluma odaklanma şeklinindedir. Ayrıca gruplara odaklanıldığı zaman, gruplara hizmetler genellikle eğitici, sorun zşcş ve destekleme şeklinindedir. nemli bir fark şudur: halk sağlığındaki köken epidemiyoloji ve istatistikten miras kalmasına karşın, sosyal hizmet uygulamasında, arka planı araştırma politikası, insan davranışı ve sosyal evre oluşturmaktadır (Sable ve ark., 2012).

Her mesleğin kamu hizmeti ve toplumsal yönelimli olması iki disiplin arasındaki ilişkiyi daha yakın kılmaktadır (Dedeoğlu, 2003). Sosyal refah, halk sağlığı eğitimi, evre sağlığı, sosyal gşvenlik, ana-ocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, aile sorunları, ruh sağlığı sorunları, bağımlılık, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mşcadele, beslenme, engelli sağlığı ve engelli savunuculuğu, aile planlaması vb. daha birçok başlık sosyal hizmet ve halk sağlığı ortak konuları arasına girmektedir (Browne, 2012; Practice Standards Committee, 2005).

Sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı uzmanları ile benzer işlev ve rollere sahiptirler. En belirgin ortak rol savunuculuktur. Sağlıktaki eşitsizlerin ortadan kaldırılması ve sosyal adaletin sağlanması savunuculuktaki ortak amaçlardır. Ayrıca, her iki meslek yaygın bir sorunun zşmşnde birlikte hareket edebilmek için takım çalışmasını savunur. Herhangi bir yardım aktivitesi öncesi daima kanıta dayalı mşdahale ve değerlendirmeye sistematik ve teoriye dayalı yaklaşım çabası her iki meslek tarafından şstlenilen diğer ortak bir roldşr (Holliman, 2013).

Keefe (2010), sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesi için çeşitli ırk veya etnikten, sosyoekonomik seviyeden, cinsiyetten, yaştan, engellilikten, cinsel yönelimden ve coğrafik yerleşkelerden kişiler arasında sağlık erişiminde eşitsizliklere odaklanarak ihtiyaç tespiti yapan sosyal hizmet mesleğinin halk sağlığı alanında olmasını bşyşk bir şans olarak görmektedir. Bu şansın etkili bir şekilde uygulanabilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, halk sağlığı ile sosyal hizmet çabalarının birlikte ele alınması ve ortak değerler için birlikte savunuculuk yapılması gerekmektedir. Birbiri ile bağlantılı eylem

gündemleri oluşturmak her iki meslek için fayda sağlayıcıdır. Bu gündemler şu şekilde sıralanmıştır:

- Ortak bir politika oluşturmak ve bunun için iş birliği yapmak
- İnsan hakları perspektifinden kolektif bir mesleki bakışı ve bağlantıları genişletmek
- Yerel sosyal adalet unsurlarını anlamak ve küresel bağlamda ele almak
- Sosyal ve ekonomik adaleti araştırmak ve akademik müfredata entegre etmek
- Kanıta dayalı uygulamayı ve uygulamaya dayalı araştırmayı teşvik etmek
- Disiplinler arası araştırma ve tartışmaları teşvik etmek
- Sosyal hizmet ve halk sağlığı alanındaki akademik yayınların dışına çıkmak
- Sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak için birlikte savunuculuk yapmak
- Halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasına sosyal adalet değerini aktarmak
- Ulusal ve yerel düzeyde iş birliği kurmak ve politikalara etki edebilmek için halk sağlığı ve sosyal hizmet becerilerini güçlendirmek
- İhtiyaç duyulan mevzuat değişiklikleri için koalisyonlar kurmak ve lobi faaliyetleri sürdürmek
- Her iki mesleğin etik standart ve meslek bileşenlerini çapraz bir süzgeçten geçirmek
- Halk sağlığı sosyal hizmetinin geleceği ve önemi üzerine diyalogu sürdürmek (Akt. Jurkowsk ve Keefe, 2013).

Sonuç olarak hem sosyal hizmet hem de halk sağlığı disiplininde nihai hedef sürdürülebilir ve güçlendirilmiş toplum sağlığına ve toplum refahına ulaşmaktır. Sağlık reformları, sağlık alanındaki dönüşümler, sağlık reformlarının birey, aile, grup ve toplumların sağlığı üzerine etkileri ve sonuçları, sağlık hizmetleri sunumunun kalite ve etkililiği düşünüldüğünde halk sağlığı sosyal hizmetine olan ihtiyacın giderek arttığı söylenebilir. Tedavide artan maliyetler günümüz sağlık sisteminde, önleyici ve koruyucu sağlık sistemlerini öncelikli hale getirmektedir. Bu amaçla, birey, aile ve toplum düzeyinde önleme ve müdahale çalışmaları yürüten ve disiplinler arası takımın bir üyesi olan halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve becerileri halk sağlığı alanında artan bir şekilde değerlendirilmelidir. Başta da belirttiğimiz gibi halk sağlığı ve sosyal hizmet bir bütünün parçaları yani bir madalyonun iki yüzü olarak ele alınmalıdır.

1.3. HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİ

Dünyada uygulamaları nispeten daha eskilere dayanan halk sağlığı sosyal hizmeti Türkiye’de henüz gelişmekte olan ve sağlık alanında sosyal hizmetin bir alt dalı olarak uzmanlaşan sosyal hizmet uygulama alanıdır. Bu bölümde, öncelikle çalışmanın odak noktası olan halk sağlığı sosyal hizmetinin dünyadaki ve Türkiye’deki tarihsel gelişimi ele alınmıştır. Daha sonra halk sağlığı sosyal hizmetinin tanım, amaç ve özellikleri, uygulama kapsamı, standartları, rol ve işlevleri, eğitim ve bilgi kaynağı ve son olarak halk sağlığı sosyal hizmetinin geleceği ve engelleri konuları üzerinde durulmuştur.

1.3.1. Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Üzerine Tarihsel Bir Bakış

Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, 100 yıldan uzun bir süredir, sesini duyuramayan, dezavantajlı gruplar başta olmak üzere herkesin sağlığının ve refahının geliştirilmesi hususunda savunuculuk yapmışlardır. Halk sağlığı sosyal hizmetinin dünyadaki tarihsel gelişimine bakıldığında; 19. yüzyıl halk sağlığı sosyal reformlarının, bu reformlara öncülük eden ve “Kadın Hareketi” diye adlandırılan kadın hekim ve sosyal hizmet uzmanlarının ve Amerikan Halk Sağlığı Derneği’nin (American Public Health Association [APHA]) halk sağlığı sosyal hizmetin gelişiminde önemli rol oynadığı görülmektedir.

Sağlık alanında öncü meslekler arasında olma gayretinde olan sosyal hizmet, halk sağlığı alanında, Amerika başta olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde birincil, ikincil ve üçüncül önleme çabaları içerisinde olmuştur. Ana-çocuk sağlığı ve refahı, bebek ölümlerinin azaltılması, kaliteli sağlık hizmetleri sunumunun gerçekleştirilmesi, sağlıkta sosyal eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve sağlık eğitimi halk sağlığı sosyal hizmetinin erken dönem halk sağlığı çabalarıdır (Jurkowski ve Keefe, 2013). Amerika’da 1935 tarihli Sosyal Güvenlik Yasası’nın yürürlüğe girmesiyle birlikte faaliyete geçen Anne ve Çocuk Sağlığı ve Engelli Çocuk Hizmetleri, sosyal hizmet uzmanlarının, ulusal düzeyde resmi olarak halk sağlığı programlarına katılımını sağlamıştır. Bu tarihten önce (Massachusetts ve Los Angeles Hastaneleri hariç) yerel veya devlet düzeyinde herhangi bir halk sağlığı kuruluşunda sosyal hizmet uzmanı bulunmamaktaydı (Hutchins, 1985).

Sosyal hizmet mesleğinin, Sosyal Güvenlik Yasası kabul edilmeden önce ve sonrasında halk sağlığı alanında kökleşmesini sağlayan bir dizi gelişmeler mevcuttur.

Öncelikle Dr. John Snow’dan başlamak gerekmektedir. Çünkü Snow, 19. yüzyılda halk sağlığının, epidemiyolojinin ve dolayısıyla halk sağlığı sosyal hizmetinin gelişmesine

katkı sunan birtakım başarılarla imza atmıştır. 1848 yılında Londra’da çok büyük bir kolera salgını baş göstermiştir. Bu salgının durdurulması için yenilikçi bir ruha sahip olan Snow, araştırmalarına başlamıştır (Öztürk, 2011). Yaptığı araştırmalar neticesinde, kirli sulardan şüphelenen Snow, şehrin farklı bölgelerinden kirli suları toplayarak üzerinde inceleme yapmış ve koleraya, sağlıksız yerlerden gelen, içme amaçlı kullanılan, kirli ve zehirlenmiş suyun neden olduğunu bulmuştur (Riegelman, 2010). Bu başarılı tespit, beraberinde hastalıkların gözetim ve kontrol altına alınması için sonrasında halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının dahil olduğu yıllık aşı, temiz su sağlama, sanitasyon gibi kampanyaları başlatmıştır (Keefe ve Evans, 2013; Ruth ve Sisco, 2012).

Dorothea Dix (Keefe ve Evans, 2013; Holliman, 2013) ve Jane Addams (Pierson, 2011) aynı dönemlerde halk sağlığı sosyal hizmetinin gelişmesine katkı sunan diğer iki önemli isimdir. Jane Addams, Chicago’da bir yerleşim evi (settlement house) kurmuş (Gehlert, 2012); dönemim halk sağlığında etkili ismi ve sağlık alanında sosyal hizmet mesleğinin konumuna katkı sağlamış Dr. Richard Cabot’u (Zastrow, 2015) başarılı çalışmalarıyla etkilemiştir. Bu etkileşim, halk sağlığı alanında çalışan Dr. Richard Cabot’un, sosyal hizmet adına savunuculuk yapmasıyla neticelenmiştir. Dönemin başarılı aktivistlerinden olan Dorothea Dix ise, yasama organında görev almış ve Amerika’da zihinsel engellilere yönelik ilk kongrenin toplanmasına vesile olmuştur. Dix ve Addams’ın çabaları, sosyal hizmetin bu günkü en önemli rolleri olan savunuculuk, lobicilik ve çevre değişimi rollerinin kabul görmesini sağlamıştır (Keefe ve Evans, 2013). Dorothea Dix ve Jane Addams dışında, 1903 yılında, New York’ta tüberküloz karşıtı mücadele hareketlerinde çığır açan, toplum çalışmalarına ve halk bilinçlendirme kampanyalarına önderlik eden Homer Folk, bu alanın diğer öncü isimlerinden olmuştur (Hitchcock, 2016).

Halk sağlığı sosyal hizmetinin gelişme sürecine katkı sağlayan diğer önemli bir faktör, 19. yüzyıl halk sağlığı reform çalışmalarıdır. 19. yüzyılın son yarısındaki bu reformların çoğunda kadın hekimler (Dr. Annie Daniels, Dr. Elizabeth Blackwell, Dr. Rebecca Cole gibi) etkili olmuş, bu hekimler sağlıkla ilgili çalışmaların odağına çocuk, kadın, yoksul, göçmen gibi dezavantajlı grupları koyarak; sanitasyon, hijyen, sağlıklı yemek pişirme, sağlık eğitimi vb. halk sağlığı konularına yönelmişlerdir. Bu hekimlerden Dr. Annie Daniels, tıpkı bir sosyal hizmet uzmanı gibi hastaların aile yapılarını, gelirlerini, geçim harcamalarını kayıt altına almıştır. Aynı dönemde benzer reform ve uygulamalar kadın sosyal hizmet uzmanları tarafından da başlatılmıştır. Örneğin, sosyal hizmetin ünlü kurucusu Jane Addams kurucusu olduğu “Hull House” kuruluşunda Dr. Annie Daniels ‘in uygulamalarının aynısını daha profesyonel bir şekilde uyguluyordu. Bu gelişmeler, hastanelerde ve halk sağlığı alanında yeni bir meslek dalına ihtiyaç olduğunu

göstermiştir. Bu kapsamda, dönemin 4 önemli ismi (Mary Richmond, Mary Wilcox Glenn, Jeffrey Brackett ve Dr. John Glenn) hastanelerde sosyal hizmet birimlerinin oluşturulmasında ve resmileşmesinde önemli katkılar sunmuşlardır (Allen ve Spitzer, 2016; Gehlert, 2012). Bu önemli aktörlerin çabalarıyla 1890'larda başlayan sosyal reform hareketleri, çocuk ve kadın hakları açısından bir dönüm noktası olmuştur. Reformcular, tehlikeli işlerde çalıştırılan ve sonucunda ciddi hastalık ve yaralanmalara neden olan çocuk işçiliğine karşı mücadele etmişler ve “Çocuk Yasasının” çıkmasını sağlamışlardır. 1912 yılında kurulan Federal Çocuk Bürosu, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının çabası sonucu çocuk alanında kurulan ilk devlet destekli yapı olmuştur. Kökenini yerleşim evlerinden (settlement houses) alan Çocuk Bürolarının ilk beş yönetici (Julia Lathrop, Grace Abbott, Katherine Lenroot, Martha May Eliot ve Katherine Oettinger) kadın sosyal hizmet uzmanlarıdır. Bu yüzden bu dönem “büyük kadın hareketleri dönemi” olarak adlandırılmaktadır (Hutchins, 1985). Ayrıca kadın hareketi öncüleri, Amerika'nın 1921 Anayasası'nda kadınlara seçme ve seçilme hakkı tanınmasını sağlamışlardır. Reformcuların devlet, eyalet ve yerel düzeyde sağladıkları yasal başarı, hükümet programlarında yoksulluk, çocuk refahı, engelli ve yaşlı kişilere etki eden düzenlemelerin yapılmasına neden olmuştur. Bu tür programlar, halk sağlığının, sosyal hizmetlerin ve sosyal güvenliğin, sosyal politikalarla himaye altına alınmasını sağlamıştır (Keefe ve Evans, 2013; Ruth ve Sisco, 2012; Sable ve ark., 2012).

Halk sağlığı sosyal hizmetinin erken dönem gelişimine katkı sunan diğer önemli gelişme, 1930'lardaki büyük krizdir. Halk sağlığı sosyal hizmeti, 1930'lardaki büyük kriz (Great Depression) döneminde, ana çocuk sağlığı alanında yeni programların uygulanmasında önemli roller üstlenmiştir. Örneğin, sosyal hizmet ve halk sağlığı alanında aktif rol alan Harry Hopkins, 1930'lardaki krizin başlarında, dönemin başkanı tarafından devlet acil yardım kuruluşun başına getirilmiş; o dönemde dönemin başkanını 500 milyon dolarlık bir rahatlama paketi için ikna etmiş ve bu fonu yönetmiştir (Jurkowski ve Keefe, 2013; Keefe ve Evans, 2013).

Buraya kadar olan bölümü tekrardan toparlayacak olursak; halk sağlığının desteklenmesi için savunuculuk yapan sosyal hizmetin erken dönem kadrosu, yerel ve ulusal düzeyde dezavantajlı gruplar için farkındalık oluşturmada ilgili olmuşlardır. Şehirlerde göçmenler için yerleşim evlerinden başlayarak, virüs teorisi ve hijyen üzerine birey ve toplumların eğitimlerini yaygınlaştırmışlardır. Temiz su ve kanalizasyon sistemi için savunuculuk yaparken, sanitasyon (sağlık/temizlik önlemleri), insanların çöplerini kaldırma gibi eğitimleri verme temel çabalarından olmuştur. Erken dönem savunuculuk

çabaları, ana-çocuk sağlığını, çocuk işçiliğini, sağlıksız ve haksız iş politikalarını, kadınlar için seçme hakkını ve de barış için mücadeleyi kapsamıştır.

1960'lı yıllara gelindiğinde, sosyal adalete ve güçlendirmeye odaklanan halk sağlığı sosyal hizmeti, büyük çaplı toplumsal müdahaleler ve değişimler için baskı yapmaya başlamıştır. 1970'lere gelindiğinde birincil önleme, halk sağlığı alanındaki çalışmaların odağı haline gelmiştir. Bu dönemde, kronik hastalık süreçlerini ve ruh sağlığını etkileyen çevresel ve sosyal faktörlerin farkına varılması sosyal hizmetin önleme çalışmalarındaki rolünü arttırmıştır (Ruth ve Sisco, 2012). 1970 ve 1980'lerde halk sağlığı sosyal hizmet çabalarının büyük bir kısmı toplum odaklı hizmetlere (aşı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, evde sağlık hizmetleri vb.) yoğunlaşmıştır (Keefe ve Evans, 2013). Devamındaki 20 yılda ise sosyal hizmet literatürü halk sağlığı modelinin gücünü vurgulamıştır (Ruth ve Sisco, 2012).

1872 yılında Dr. Stephen Smith tarafından kurulan Amerikan Halk Sağlığı Derneği (American Public Health Association [APHA]) halk sağlığı sosyal hizmetinin tarihsel gelişime etki eden diğer önemli bir gelişmedir. 1997 yılında 32.000 üyeye kavuşan ve 2014 yılı itibari ile 300.000 takipçisi olan APHA, kuruluşundan itibaren halk sağlığını iyileştirme ihtimali bulunan tüm politika ve uygulamaları araştırmış ve desteklemiştir. Sosyal hizmetin APHA içerisindeki konumu APHA'nın başlangıçta oluşturulmuş ve beş temel bölümünden bir tanesi olan APHA Sosyoloji Bölümü'ne dayanmaktadır. Bu bölümün oluşturulmasındaki amaç, sağlığın sosyal bağlamının yani teşhisin sosyal boyutunun ele alınmasıdır. APHA Sosyoloji Bölümü, sağlığı kötü etkileyen çevrelerin iyileştirilmesi konusunu ele alınmıştır. Bu kapsamda, dönemim Çocuk Bürosu başkanı olan Julia Lathrop, sosyal hizmet uzmanlarının çevrenin iyileştirilmesinde ve çocuk sağlığının ve refahının güçlendirilmesine yardımcı olabileceklerini gündeme getirmiştir. Sosyal hizmet uzmanları, 1922 yılına kadar bu bölüm altında; 1922 yılından sonra APHA Sosyoloji Bölümü'nün dağılması ile APHA Ana Çocuk Sağlığı Bölümü'nde ve sonrasında APHA Ruh Sağlığı Bölümü'nde varlıklarını sürdürmüşlerdir (Akt. Keefe ve Evans, 2013). Günümüzde APHA Halk Sağlığı Sosyal Hizmet Bölümü (The Social Work Section of the American Public Health Association) adı ile devam etmektedir. APHA Halk Sağlığı Sosyal Hizmet Bölümü, sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için standartlar oluşturmak, halk sağlığı sosyal hizmetinin gelişmesi için araştırma ve uygulamalar

yapmak ve halk sağlığı alanında sosyal hizmet programlarını teşvik etmek gibi görevler üstlenmiştir (APHA, 2016).⁶

1980'lerde halk sağlığı sosyal hizmeti, bilimsel programlarda yoğun olarak işlenmeye başlanmıştır. 1985 yılında, ana çocuk sağlığı konusunu ele alan "Public Health Social Work in Maternal and Child Health: A Forward Plan" adlı konferans düzenlenmiştir (Gitterman, Black, ve Stein, 1985). 1986 yılında sağlığın sosyal belirleyicilerini vurgulamak için halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları "Social Factors in the Health of Families: A Public Health Social Work Responsibility" adlı konferansta yeniden bir araya gelmişlerdir (Denis, 1986). 1987 yılında ise "Implementing a Forward Plan: A Public Health Social Work Challenge" adlı konferans düzenlenmiştir (Denis, 1986, 1987).

Halk sağlığı sosyal hizmetinin gelişmesinde rolü olan diğer bir faktör tıbbi sosyal hizmet yaklaşımıdır (Keefe ve Evans, 2013). "Fiziksel hastalığı olanların desteklenmesi, iyi sağlığın kolaylaştırılması ve hastalıkların önlenmesi amacını güden ve sağlık bakım kuruluşlarında gerçekleştiren sosyal hizmet uygulaması" (Dziegielewski, 2004, s. 46) olarak tanımlanan ve sosyal vaka çalışmasının özel bir türü (Gehlert, 2012) olarak ifade edilen tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, birtakım halk sağlığı uygulamalarını kapsamadığı için sağlık alanında yeni bir sosyal hizmet yaklaşımı ihtiyacı doğmuştur. Halk sağlığı sosyal hizmeti, program planlama, yönetim, uygulama, değerlendirme, izleme, araştırma, savunma ve eğitim içeren bir özel uygulama alanıdır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının, yalnızca klinik becerilere sahip olmaları yetersizdir, çünkü halk sağlığı sosyal hizmetinin birden fazla işlevi, yeterli eğitim ve öğretim temeli olmadan yapılamaz (White, 1985). Sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı anlayışıyla hareket ettiklerinde; bireysel anlayış düzeylerinin ötesine geçerek aile sistemlerine, gruplara, örgütlere ve topluma yönelmişlerdir (Kumabe, 1985). Watkins (1985), halk sağlığı sosyal hizmetinin tıbbi sosyal hizmette göre farklı olan iki temel hususu üzerinde durmuştur. Birincisi, halk sağlığı sosyal hizmetinin, birincil önlemeye ve sağlığı geliştirmeye odaklanmasıdır. İkincisi ise, halk sağlığı sosyal hizmetinin, hedefe sadece birey ve bireyin ailesini değil tüm toplumu koymasındır. Sonuç olarak halk sağlığı sosyal hizmet perspektifi, tıbbi sosyal hizmet perspektifinden, doğrudan uygulamaya karşı dolaylı uygulama, tedavi ve rehabilitasyona karşı önleme, hasta kişiye karşı sağlıklı kişi anlayışı ile farklılaşmıştır (Kumabe, 1985).

⁶(<http://www.apha.org/about-apha/our-history> , Erişim. 15 Kasım 2016)

21. yüzyılda halk sağlığı sosyal hizmeti gelişimini sürdürmeye devam etmiştir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, 2005 yılında Chapel Hill 'de (Kuzey Carolina) çalışmaları 1999 yılında başlatılan bir program kapsamında bir araya gelerek halk sağlığı sosyal hizmetinin tanımını, bileşenlerini ve standartlarını belirlemiştir (Practice Standards Committee, 2005). Halk sağlığı sosyal hizmeti 21 yüzyılda misyonunun özü itibari ile toplum odaklı olarak tanımlanmakta ve ekolojik yaklaşımları kapsamaktadır (Awofeso, 2004).

Sonuç olarak, halk sağlığı sosyal hizmetinin tarihsel gelişimi 19. yüzyılın son yarısında başlamıştır. Burada göz ardı edilememesi gereken husus, halk sağlığı sosyal hizmetinin kökenlerinin halk sağlığı reformlarına dayanması ve halk sağlığı disiplini ile birlikte gelişmeye başlamasıdır. Sosyal hizmet ve halk sağlığı birbirlerinin becerilerine güvenerek artan bir biçimde büyümeye devam etmektedirler.

1.3.1.1. Türkiye'de Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Gelişimi

Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmetin tarihçesi ve mevzuatı ile ilgili çok sınırlı sayıda kaynak mevcuttur. Mevcut olan kaynaklarda ise bu bilgiler yeterince kapsamlı ve açık değildir. Bu çalışma kapsamında, halk sağlığı sosyal hizmetinin Türkiye'de gelişimi ve mevzuatına ilişkin bilgiler ele alınarak bu alana bir katkı verilmeye çalışılacaktır.

Türkiye'de sosyal hizmet örgütlenmesi, 1959-1961 yılları arasında, yoğun bir çalışma sonrası Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (günümüzün Sağlık Bakanlığı) bünyesinde kurulan Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'nde başlatılmıştır. Aynı dönemde sosyal hizmet eğitim ve araştırma ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla Sosyal Hizmetler Akademisi ve Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuştur (Çevikbilen, 2001). Halk sağlığı sosyal hizmetinin Türkiye'deki gelişimini anlamak için konu ile alakalı yasal düzenlemelerin, konunun akademik çevrelerde ele alınışının, sosyal hizmet uzmanlarının halk sağlığı alanlarında istihdamı ve sosyal hizmet eğitiminde halk sağlığı sosyal hizmetinin yeri gibi başlıkların ele alınması gerekecektir.

Türkiye'de sosyal hizmet eğitiminin başlaması "Birleşmiş Milletler (BM) Teknik Yardım Programı" kapsamında gerçekleşmiştir. Sosyal alanlarda, BM'den yoğun desteklerin alındığı 1956-1966 yılları arasında sosyal hizmet eğitiminin ön çalışmaları yapılmaya başlanmıştır (Cılga, 2001). 1961 yılında çıkan 7355 sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsü Kurulmasına Dair Kanun uyarınca, kurulan Sosyal Hizmetler Akademisi, Türkiye'de sosyal hizmet eğitimi veren ilk kurumdur. Bu akademi, daha sonra 1982 yılında YÖK

Kanunu gereğince Sosyal Hizmetler Yüksekokulu adıyla Hacettepe Üniversitesi'ne bağlanmıştır. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu'nun 1990'lı yıllardaki lisans ders programında halk sağlığı uygulamalarının yakından ilgilendiren, "sağlık ve çevre, sosyal güvenlik ve sosyal sigortalar, nüfus dinamiği ve sosyal refah, temel sağlık hizmetleri ve sosyal hizmet, toplumla çalışma" gibi dersler müfredat kapsamında olmuştur (Özdemir, 1999, 2001). Türkiye'de kuruluşundan itibaren geneli sosyal hizmet eğitimi üzerinde duran Sosyal Hizmetler Yüksekokulu 2002 yılına değin ders müfredatını beş kez değiştirmiştir (Kut, 2005). 2001-2002 öğretim yılından itibaren uygulanmaya başlayan müfredat içerisinde halk sağlığı alanını doğrudan ilgilendirecek sağlık ve çevre, sosyal güvenlik ve sosyal sigortalar, nüfus dinamiği ve sosyal refah, temel sağlık hizmetleri gibi dersler müfredat dışında kalmıştır. Aynı müfredata tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet konulurken halk sağlığı sosyal hizmetinin konulmadığı görülmektedir (Tufan, 2005). Şekillenen müfredat ve artan bölüm sayıları ile birlikte, Türkiye'de sosyal hizmet bölümleri ve bu bölümlerden mezun olanların sayıları günden güne artış göstermiştir. Örneğin, 2009 yılında 9 adet sosyal hizmet bölümünün toplam kontenjanı 550 iken; 2013 yılında 32 adet sosyal hizmet bölümünün toplam kontenjanı 4376'ya yükselmiştir. 1961 yılında sosyal hizmet eğitimine başlayan H.Ü. Sosyal Hizmet Bölümü 2013 yılına doğru 4233 mezun sayısına ulaşmıştır (Topuz ve Öz, 2014).

Çalışma kapsamında yapılan literatür incelemesinde, halk sağlığı sosyal hizmetinin Türkiye'de akademik ve bilimsel platformlarda yeterince ele alınmadığı anlaşılmıştır. Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmetine odaklı birtakım akademik ve bilimsel çalışmalar şunlardır:

Duyan (2002), 1998 yılındaki "Kentleşme Sürecinde Sosyal Hizmet" temalı Sosyal Hizmet Sempozyumu'nda kronik hastalıklar üzerinden sosyal hizmet uzmanlarının toplum sağlığı konusunda rol almaları gerektiğini vurgulamıştır. Yazar, aynı konuşmasında, uzmanların sadece hastanelerde değil, koruyucu sağlık, aile planlaması vb. hizmetleri veren sağlık kurum ve kuruluşlarında yer almaları gerektiğini ifade etmiştir.

1999 yılında, "Bölgesel Kalkınma Sürecinde Sosyal Hizmet" teması ile gerçekleştirilen Sosyal Hizmet Sempozyumu'99 grup çalışmasında, üzerinde tartışılan maddelerden biri şu olmuştur: "Sağlık ocaklarında verilen temel sağlık hizmetleri bir ekip hizmetidir (Halen sağlık ekibi hekim, ebe-hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni ve tıbbi sekreterden oluşur). Bu ekibe, sosyal hizmet uzmanı, diğ hekim, diyetisyen ve psikolog gibi elemanların katılması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine halkın

katılımını sağlamak için sağlık ocaklarında sosyal hizmet uzmanı çalıştırılmalıdır” (Grup Raporu, 1999, s. 42).

2003 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Necati Dedeoğlu, “Halk sağlığı ve sosyal hizmet” başlıklı bir makalesinde halk sağlığı ve sosyal hizmetin arasındaki yakın ilişkiyi ele almıştır. Dedeoğlu (2003), halk sağlığı ile sosyal hizmet arasındaki önemli ilişkiyi şu sözlerle dile getirmiştir:

“Sağlık Ocaklarında sosyal hizmet uzmanı çalıştırma fikri çok uygunsa da mevcut bulunan ve her yıl 100 civarında mezun olan uzman sayısı binlerce kent ve ilçe sağlık ocakları kadrolarını doldurmak için yeterli değildir. Ancak gecekondü bölgelerindeki sağlık ocaklarına öncelik vermek üzere, atamaların gerçekleştirilmesi son derece önem taşımaktadır. Görev tanımından da anlaşılacağı gibi sosyal hizmet uzmanlarının toplumun tanınması ve ilişki kurulmasında, toplumun sorunlarının saptanmasında ve bunlara çözümler getirilmesinde hayati işlevleri bulunmaktadır. Sağlık ocağı hekimi ve sosyal hizmet uzmanlarının beraber çalıştığı sağlık ocaklarında bu iki eleman birbirlerini tamamlamış ve toplum sağlığı, toplum kalkınması, toplumun sağlık eğitimi konularında başarılı olabilmişlerdir. Buna en iyi örneklerden birisi 1989-1994 yılları arasında Antalya'nın Ahatlı gecekondü bölgesinde UNICEF desteğiyle yürütülen projedir.” (s. 32).

2004 yılında konuyu “Sosyal Hizmet Sempozyumu 2004: Türkiye Sosyal Hizmet Uygulamaları, İhtiyaçlar ve Sorunlar” başlıklı sempozyumda ele alan Şimşek (2005), halk sağlığı sosyal hizmetini Türkiye’de kapsamlı olarak ele alan ilk çalışmayı gerçekleştirmiştir. Halk sağlığı ile sosyal hizmet ilişkisini kuran, her iki mesleğin tarihsel sürecinde birbirleri olan bağlantılarını ele alan, halk sağlığı sosyal hizmetinin dünyada ve Türkiye’deki gelişimine değinen yazar, özellikle dönemin sağlık ocaklarında sosyal hizmet uzmanlarının neden istihdam edilmediğinin tartışılması gerektiği hususunun üzerinde önemle durmuştur.

Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmetinin doğrudan ya da dolaylı olarak uygulama alanı bulmasına olanak tanıyan yasal düzenlemeleri ele alacak olursak, en önemlilerinden bir tanesi sağlık kurumlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve iş tanımlarını belirleyen ve 1983 yılında Resmi Gazete ’de yayınlanan Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’dir (Çevikbilen, 2001). Fakat bu yönetmelik halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasından ziyade daha çok hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sosyal servisler üzerinden tıbbi sosyal hizmet uygulamaları kapsamında değerlendirilmelidir.

Halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görev ve iş tanımlarını yapan ilk düzenleme 2001 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu düzenlemenin dayanağı ise 1961 yılında ıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” olmuştur (şimşek, 2005). 2001 yılında ıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” ye göre sağlık grup başkanlıkları ile il ve ilçe tipi sağlık ocaklarında sosyal hizmet uzmanı kadrosu bulunmaktadır. Yönerge kapsamında, sağlık ocaklarının standart kadrosunda çalışacak sosyal çalışmacıların görevleri bu Yönergenin nc blmlnn 127. Maddesinde şu şekilde ifade edilmiştir:

- a) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- b) Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak,
- c) Toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik koşulları saptamak,
- d) Toplumda saptanan sorunların çözümlenmesine katkıda bulunacak kaynakları araştırmak, harekete geçirmek, verimliliğini arttırmak ve yeni kaynak oluşumunu sağlayıcı çalışmalar yapmak,
- e) Sağlık ocaklarına başvuran birey ve ailelerin sosyal ve ekonomik sorun ve ihtiyaçlarını değerlendirmek, çözümlenmesine yardımcı olmak ve sonuçlarını izlemek,
- f) Sağlık eğitimi hizmetlerinde görev almak,
- g) Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak,
- h) Planlanan mesai sonrası çalışmalara katılmak,
- ı) Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- i) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak⁷

Bu yönerge uyarınca, sağlık grup başkanlığında ve ilçe tipi sağlık ocaklarında 1; il tipi sağlık ocaklarında ise 2 sosyal çalışmacı kadrosu açılmıştır (şimşek, 2005). Fakat günümüze değin dönemin sağlık ocaklarında ve günümüz aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanı bulunmamaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının istihdam kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerine entegrasyonu ise 1976 yılında, Sağlık Bakanlığına bağlı Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıha Okulu Müdürlüğü bünyesinde yürütülen “Sağlık Alanında İnsan Gücünün Geliştirilmesi Projesi” kapsamında başlamıştır. Proje kapsamında iki sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmiştir. Ankara ubuk ve İzmir Torbalı Sağlık Grup

⁷(http://www.asm.gov.tr/uploadgeneldosyalar/dosyalar/143/mevzuat/24_01_2011_14_52_16.pdf adresinden 20.11.2016 tarihinde alındı)

Başkanlıkları bünyesinde oluşturulan standart kadroda yer alan bu iki uzman, hekim, ebe, hemşire, sosyolog ve psikologtan oluşan bir ekip ile sağlık alanında eğitim, araştırma, yönetim ve uygulama hizmetlerinde başarılı çalışmalar yürütmüşlerdir. Sonrasında bu proje kapsamında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 8'e ulaşmıştır. Daha sonra Hıfzıssıha Okulu bünyesinde Sosyal Hizmet Bölüm Başkanlığı kurulmuş ve sosyal hizmet öğrencileri burada staj yapmaya başlamışlardır. Tüm bu başarılı çalışmalar rağmen 1983 yılında çeşitli nedenlerle Hıfzıssıha Okulu kapatılmış ve burada çalışan sosyal hizmet uzmanları Sağlık Bakanlığı'na bağlı farklı kurumlara dağılmışlardır. "Sağlık Alanında İnsan Gücünün Geliştirilmesi Projesi" halk sağlığı sosyal hizmetini Türkiye'de fiilen başlatan ilk örnek sayılabilir (Çevikbilen, 2001). Sağlık Alanında İnsan Gücünün Geliştirilmesi Projesi" kapsamında yapılan başarılı çalışmalar Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda, intern hekimlerin eğitim programlarında sosyal hizmet uygulamalarına yer verilmesine ve projedeki sosyal hizmet uzmanları ile iş birliği yapılmasına neden olmuştur. Bunun en güzel örneği, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı sağlık ocaklarında sosyal hizmete özel yer verilmesidir (Çevikbilen, 2001; Şimşek, 2005). Sağlık Alanında İnsan Gücünün Geliştirilmesi Projesinden sonra, 1991-2000 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı'nda 2 sosyal hizmet uzmanı çalışmıştır. Bu iki uzman, koruyucu ruh sağlığı, kronik hastalıklar, bağımlılık, ana-çocuk sağlığı ve afetlere yönelik alanlarda mesleki uygulamalar gerçekleştirmişlerdir (Şimşek, 2005). 2000'li yıllarda Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem artmıştır. Örneğin, 2002 yılında 928 milyon TL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2011 yılında 6 milyar 425 milyon TL'ye ulaşmıştır. Yani fark 2002 yılına göre yaklaşık 2,7 katına çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu değişimler özellikle halk sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarına yeni fırsatlar sunmuştur.

2000-2012 yılları arasında illerdeki Sağlık Müdürlüklerinin çeşitli şubelerinde görev alan sosyal hizmet uzmanları için 2011 yılında yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile işler değişmeye başlamıştır. 2 Kasım 2011 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe giren bu Kararname ile birlikte Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı ile Bağlı Kuruluşları yeniden yapılandırılmıştır. Kararnameye istinaden 2012 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşrada yapılandırılmıştır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönergenin kabul edilmesiyle birlikte, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu taşra teşkilatı olan halk sağlığı müdürlüklerinin çeşitli şube ve birimlerinde (bulaşıcı olmayan

hastalıklar ve kronik durumlar birimi, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve programlar birimi, bulaşıcı olmayan hastalıklar, programlar ve kanser birimi, çocuk, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri birimi, kanser birimi, obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar birimi, ruh sağlığı programları birimi, tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler birimi, tüberküloz birimi) sosyal çalışmacı standart kadrosu açılmıştır. Fakat bu Yönergede aile sağlığı merkezlerinde standart kadrolarda meslek elemanlarına yer verilmemiştir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu taşra teşkilatı yapılanmasında yer alan Toplum Sağlığı Merkezlerinin ve bağlı birimlerinin açılması, kapatılması, organizasyonu ve görevleri ile ilgili usul ve esasları düzenleyen Toplum Sağlığı Merkezi Yönetmeliği 2015 yılında Resmi Gazete 'de yayımlanmıştır. Yönetmeliğin 53. Maddesinde, Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışacak sosyal çalışmacıların görevleri şu şekilde belirtilmiştir:

- a) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- b) Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,
- c) Toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik şartları değerlendirmek,
- ç) Toplumda saptanan sorunların çözümlenmesine katkıda bulunacak kaynakları araştırarak, harekete geçirici, verimliliği artırıcı ve yeni kaynak oluşumunu sağlayıcı çalışmalar yapmak,
- d) Afet sonrası dönemde sosyal hizmet işlerini yürütmek,
- e) Okul yönetimleri ile iş birliği yaparak hizmetleri desteklemek,
- f) Bölgesindeki belediye, il milli eğitim müdürlüğü, aile ve sosyal politikalar il müdürlüğü gibi diğer kamu kuruluşları ile iş birliği yapmak,
- g) Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak,
- ğ) Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- h) Sosyal yardıma muhtaç hastaların sosyal yardım kurumlarıyla irtibatını sağlayıp desteklemek ve sorunların çözümüne katkıda bulunmak,
- ı) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Yukarıdaki maddelerden anlaşılacağı üzere Yönetmelik, Türkiye'deki halk sağlığı çalışmalarında aile sağlığı merkezlerinden sonra halka en yakın halk sağlığı kurumu olan toplum sağlığı merkezlerinde çalışacak sosyal çalışmacılara geniş ve kapsamlı görevler yüklemiştir.

Türkiye'de sağlık alanında sosyal hizmet uzmanlarına gereksinim her gün daha da artmaktadır. 2014 yılında yapılan bir çalışmada, Sağlık Bakanlığında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının illere göre dağılımı ve sosyal hizmet uzmanı başına düşen nüfus verilmiştir. Bu illerden birkaç örnek verecek olursak; 2012 yılında nüfusu 13.854.740 olan İstanbul'da sağlık alanında çalışan toplam 80 sosyal hizmet uzmanından uzman başına

düşen nüfus 173. 184 'tür. Nüfusu 75.797 olan Bayburt'ta sadece 1 sosyal hizmet uzmanı bulunduğundan uzman başına 75.797 kişi düşmektedir (Yıldırım ve Işıksan, 2014). Yapılan diğer bir çalışmada, Sağlık Bakanlığı'ndaki sosyal hizmet uzmanlarının 2004-2013 yılları arasındaki toplam kontenjan sayısı 10 yılda 1515 kişi olarak tespit edilmiştir (Topuz ve Öz, 2014).

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği'nce (SHUDER) Mayıs 2015'te elde edilen verilere göre Sağlık Bakanlığı'nda çalışan 938 sosyal hizmet uzmanından halk sağlığı kurumlarında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 160 'tır. Bu rakam 2016/1 KPSS atamaları 8 ile (açılan 140 sosyal çalışmacı kadrosu dolmuştur) 267'e yükselmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016 yılı Performans Programı Raporunda, Kurumun 2016 yılı Program dönemindeki insan kaynakları ihtiyacını sosyal çalışmacı kadrosu için 500 olarak belirlemiş ve gerekçesini; "Toplumun sosyal işlevselliğin sağlanması, korunması, geliştirilmesi ve rehabilitasyonu amacıyla ihtiyaç duyulmaktadır" (s.18) şeklinde belirtmiştir. Ayrıca 3 Kasım 2016 tarihinde Resmi Gazete 'de Yayımlanan 9361 Sayılı Kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun kadrosuna 620 sosyal çalışmacı kadrosu tahsis edilmiştir.

Peki, halk sağlığı alanında kendilerine bu kadar görev yüklenmiş sosyal hizmet uzmanları, Türkiye'de tam anlamıyla bir halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı bilgi ve becerisine sahip midir? Türkiye'deki tarihsel gelişim sürecine baktığımızda halk sağlığı sosyal hizmetinin Türkiye'de henüz gelişmekte olan bir alan olduğu açıkça görülmektedir. Bu yüzden halk sağlığı sosyal hizmetinin standart tanımının yapılması, amaç ve özelliklerinin açığa kavuşturulması önem arz etmektedir.

1.3.2. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Tanım, Amaç ve Özellikleri

Halk sağlığı sosyal hizmetinin genel özellikleri ile ilgili ilk bilimsel belge 1981 Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) tarafından oluşturulan ve 2016 yılında tekrar güncellenen "Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanları İçin Standartlar" başlığının bir bileşeni olan "Halk Sağlığı Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanları İçin Standartlar" alt başlığında belirtilmiştir. Buna göre:

"Halk sağlığı kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanları, birey, aile ve grupların olumlu sağlık davranışı geliştirebilmelerine, sosyal çevrenin geliştirilmesine ve

⁸(<http://www.idealsosyalhizmet.com/kpss-20161-sosyal-calismaci-atama-puanlari/> , Erişim. 24.Kasım.2016)

toplumu risklerden kaçınma konusunda desteklemeye odaklanır. Sosyal hizmet uzmanları, hedef nüfusun sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir ve sosyal faktörler ile sağlık sorunları arasındaki ilişkiyi belirler. Sosyal hizmetin beş temel müdahale düzeyine (kabul ve tanışma, veri toplama ve değerlendirme, planlama ve sözleşme, müdahale ve izleme, değerlendirme ve sonlandırma) göre müdahale stratejileri planlar ve uygular. Temel vurgu, sağlık sorunları ile ilişkili sosyal stresin azaltılması, refahın artırılması ve hastalıklardan koruyan sosyal desteklerin belirlenmesi üzerinedir. Son olarak halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, toplumdaki sağlık sorunlarının kapsam ve dağılımını incelemek ve halk sağlığı konusunda çeşitli disiplinlerle iş birliği yapmakla görevlidir” (Akt. Watkins, 1985, s. 23).

Uygulaması çok disiplinli bir halk sağlığı kuruluşunda gerçekleşen halk sağlığı sosyal hizmetinin başlıca özellikleri, toplumun sosyal işlev ve sağlık durumları üzerinde zamanla etkili olabilecek sosyal problemlerin tanımlanması, tanımlanan sorunlara müdahale edilmesi için epidemiyolojik bir yaklaşım sergilenmesi ve müdahalede öncelikle önleme üzerinde durulması olarak ifade edilmektedir (Watkins, 1985). Bu özelliklere sahip halk sağlığı sosyal hizmetinin tanımlanması konusunda çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Halk sağlığı sosyal hizmetine ilişkin kapsamlı bir tanımlama 2005 yılında öncü halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının, eğitimcilerin, politika yapımcıların, toplum savunucularının ve uluslararası temsilcilerin Chapel Hill’de (Kuzey Carolina) düzenlenen konferansta bir araya gelmesi ve burada çeşitli komiteler oluşturması ile ortaya çıkarılmıştır (Practice Standards Committee, 2005). Halk sağlığı sosyal hizmetine ilişkin elde edilen çeşitli tanımlamalara bakacak olursak halk sağlığı sosyal hizmeti;

- White (1985), tarafından “program planlama, yönetim, uygulama, değerlendirme, izleme, araştırma, savunma ve eğitim içeren bir özel uygulama alanı” (s.97),
- Practice Standards Committee (2005), tarafından “halk sağlığı sosyal hizmeti, birinci basamak önleme ve müdahaleye vurgu yapan, tüm nüfus gruplarının sosyal işlevselliklerine ve sağlık durumlarına etki eden sosyal problemleri tanımlayan ve müdahale eden epidemiyolojik bir yaklaşım” (s. 4),
- Social Work Policy Institute (2007) 9, tarafından “sosyal sağlık sorunlarını çözmek, ifade etmek ve önlemek için epidemiyolojik bir yaklaşım üzerine odaklanmış bir alan”
- Seltzer (2011), tarafından “bir halk sağlığı kariyer alanı” (s. 247),

⁹(<http://www.socialworkpolicy.org/research/public-health-social-work.html>, Erişim. 17 Kasım 2016)

- Holliman (2013), tarafından “önlemeyi, vaka yönetimini, eğitimi, toplum örgütlenmesini, politika uygulamasını ve liderliği kapsayan ve büyüyen bir sağlık uzmanlık alanı” (s. 359),
- Arthur, Mendel ve Evans (2013), tarafından ise “sosyal adalet meselesi” (s. 50) şeklinde tanımlanmaktadır.

20. yüzyıl başlarında, sosyal hizmet ve halk sağlığı teorileri, araştırmaları, uygulamaları ve yapıları ile şekillenen ve özellikle 21. yüzyılda çoklu yöntem ve çok disiplinli bir hal alan (Ruth ve Sisco, 2012); sağlık sorunlarını çözmek, ifade etmek ve önlemek için epidemiyolojik bir yaklaşım üzerine odaklanan (Social Work Policy Institute, 2007), halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasına rehberlik eden 3 temel faktör, sosyal hizmet disiplininin değer, bilgi ve beceri temelleridir (Morton, 1985). Bu üç temel faktör halk sağlığı sosyal hizmetinin temel amaçları için birer araçtır.

Morton (1985), halk sağlığı sosyal hizmetinin genel amaçlarını:

- Doğrudan veya sevk yolu ile gelen birey ve ailelere psikososyal destek hizmeti sağlamak,
- Toplumdaki bireylere ve sağlık sunan kişilere toplumda var olan sosyal destek ağları hakkında bilgi vermek,
- Kapsamlı bir sağlık hizmetleri sunumu için diğer disiplinlerle iş birliği sağlamak,
- Sağlık sistemi içerisinde sosyal hizmet değerlerini (örneğin kendi kaderini tayin etme) geliştirmek,
- Toplumun hizmetlere katılımını sağlamak ve hizmetleri değerlendirmek,
- Sağlık hizmetlerin kullanımını veya ulaşımını engelleyen sistemlerin özelliklerini tanımak,
- Sağlığa müdahale eden program ve politika değişikliklerine etki etmek şeklinde ifade etmiştir.

Bu amaçlar günümüzde NASW (2016) tarafından; toplumu sağlığı tehdit eden risklerden korumak, kişileri hastalıklardan korumak, sağlık hizmetleri sunumunda iş birliği esasıyla paydaş olmak, sağlık eğitiminde aktif rol almak şeklinde tekrarlanmıştır. Tüm bu amaçlar için amaçların gerçekleştirilebileceği bir alan yaratılması gerekmektedir. Halk sağlığı sosyal hizmetinin uygulama alanı günden güne şekillenen bir alandır. Etkin bir müdahale yapabilmek için halk sağlığı sosyal hizmetinin uygulama çerçevesinin çizilmesi ve halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

1.3.3. Halk Sağlığı Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Temel İşlevleri

1917 yılında, 44. Yıllık Ulusal Sosyal Konferansında sunum yapan Homer Folk, *“Eğer sosyal hizmet uzmanları halk sağlığı için ne tür rol ve işlevleri yerine getirdiklerini ifade etmezlerse hiçbir şey yapmamış gibi görünürler”* demiştir (Hitchcock, 2016, s. 216). Bu yüzden halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevleri açıkça belirlenmeli ve ifade edilmelidir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, tüm sağlık alanlarına birçok mesleki işlev ve rolle katılmaktadırlar. Bu roller doğrudan ve dolaylı uygulama süreçlerini kapsar ve temel düzeyde gelişmiş sosyal hizmet becerileri gerektirir (Holliman, 2013).

Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevlerinin belirlenmesi hususunda hem geçmişte hem de günümüzde çeşitli görüşler (Congress, 2013a; Congress, 2013b; Holliman, 2013; Hogue ve Jurkowski; 2013; Keefe ve Evans, 2013; Practice Development Committee, 2005; Telfair, 2013; Watkins, 1985) mevcuttur.

Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının temel işlevlerini erken dönemlerde ele alan çalışmalardan bir tanesi Watkins'e (1985) aittir. Watkins, temel işlevleri şu şekilde sıralamıştır:

- Toplumun sağlık ve sosyal durumunu değerlendirme (burada hem olumlu hem de olumsuz koşullar değerlendirilmektedir),
- Sağlık kuruluşlarınca belirlenen plan ve programlara dahil olma,
- Toplumun sağlık durumunu etkileyecek yerel ve ulusal politikalara etki etme,
- Toplum organizasyonu ve sosyal planlamalara dahil olma,
- Danışmanlık sağlama,
- Sağlık koşullarını, hizmetlerini ve programlarını değerlendirme,
- Araştırmalara katılma,
- Sağlık profesyonellerine eğitim verme.

Yakın zamanda ortaya konan çalışmaları göz önüne alarak halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevlerini bir bina gibi inşa edecek olursak; tüm rol ve işlevlerin temelinde NASW ve APHA tarafından belirlenen; halk sağlığı ve sosyal hizmet alanlarında çalışan uzmanlara kılavuzluk eden temel etik kod ve değerler yer almaktadır (Hall ve Rounds, 2013). Bunların üzerine değerlendirme, politika geliştirme ve güvence; yani halk sağlığının 3 temel bileşeni (Goldsteen ve ark., 2015; Seltzer, 2011) ve halk sağlığının 10 önemli hizmeti (Barrett ve ark., 2007; Goldsteen ve ark., 2015; Grason ve Guyer, 1995; Öztürk, 2011; Seltzer, 2011) yerleştirilmiştir. Son katmanda ise, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının asıl rol ve işlevlerini belirleyen “sağlık alanında çalışan

sosyal hizmet uzmanlarının standartları” (NASW, 2016) ve “halk sağlığı sosyal hizmet standart ve bileşenleri” (Practice Standards Committee, 2005) yer almaktadır. Fakat unutulmamalıdır ki halk sağlığı nasıl sosyal adalet üzerine temellenmiş ise (Bouldin, 2010; Öztürk, 2011; Riegelman, 2010) halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevlerinin en temel dayanağı da sosyal adalet felsefesidir (Arthur ve ark., 2013). Kısacası, tüm binayı çevreleyen ve üç katı bir arada tutan güç sosyal adalet felsefesidir. Bu kapsamda, halk sağlığının 3 temel işlevi ve 10 önemli hizmeti üzerinden ortaya çıkan halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevlerini şu şekilde ele almak mümkündür (Cederbaum ve Keefe, 2013; Grason ve Guyer, 1995; Hall ve Rounds, 2013; Hogue ve Jurkowski, 2013; Jurkowski, 2013; Karki, Miah, ve Jurkowski, 2013; Saleeby ve Jurkowski, 2013b; Saunders ve Saunders, 2013):

Temel işlev 1: Değerlendirme

Hizmet 1: Halk sağlığı sorunlarının tanımlanması için gözlem/izlem yapma

Hizmet 2: Sağlık sorunlarını teşhis etme ve riskleri araştırma

Hizmet 3: Birey ve toplum odaklı sağlık hizmetlerinin etkililiğini, ulaşılabirliğini ve kalitesini değerlendirilme

Temel işlev 2: Politika geliştirme

Hizmet 4: Birey ve toplum sağlığını destekleyen plan ve politikaları geliştirilme

Hizmet 5: Sağlık sorunlarına yeni çözümler ve görüşler getirmek için araştırmalar yürütme

Hizmet 6: Sağlığı koruyan ve garanti eden yasa ve düzenlemeleri güçlendirilme

Temel işlev 3: Güvence

Hizmet 7: Sağlık hizmetlerine ulaşamayanlar ile sağlık hizmeti sunanlar arasında ağ kurma

Hizmet 8: Sağlık bakımında yetkin halk sağlığı personeli oluşturma

Hizmet 9: Sağlık sorunlarını çözmek ve tanımlamak için iş birlikleri kurma

Hizmet 10: Sağlık sorunları hakkında insanları eğitme, bilgilendirme ve güçlendirme

Her bir hizmet rolü için farklı sorun alanları üzerinden örnekler vermek mümkündür. Örneğin, sorunları belirlemek ve tanımlayabilmek için anne ve çocuk sağlığı durumlarının

gözlemlenmesi (Grason ve Guyer, 1995); ergenleri tehdit eden sağlık sorunlarını inceleme (Hall ve Rounds, 2013); toplumu HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar konusunda eğitime ve bilgilendirme (Saleeby ve Jurkowski, 2013b); engelli sağlığı sorunlarını ele almak ve çözmek için politika yapıcılar, sağlık sunan profesyoneller, aileler ve halk arasında toplum işbirliğini geliştirme (Saleeby ve Jurkowski, 2013a); göçmen sağlığının güvence altına alınması için liderlik, planlama ve politika geliştirme (Congress, 2013b); yaşlı sağlığının güçlendirilmesi için yasal düzenlemeleri geliştirme (Jurkowski, 2013b); kırsal bölgelerde yaşayanların kaliteli, kapsamlı sağlık hizmeti alabilmeleri için sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırma (Saunders ve Saunders, 2013); halk sağlığı alanında madde bağımlıları ile ilgilenen profesyonellerin sayısını artırma (Ely, Scamell ve Jurkowski, 2013); ruh sağlığı hizmetlerinin etkililiğini, ulaşılabilirliğini ve kalitesini değerlendirme (Hogue ve Jurkowski, 2013) ve küresel bağlantılı sorunlara yenilikçi çözüm ve yeni bakış açıları kazandırmak için araştırmaları destekleme (Karki ve ark., 2013) halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirilebilecek 10 temel hizmete örnektir.

Sonuç olarak halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı alanında, halk sağlığının sayısız köklü işlevlerinden herhangi biri üzerinde odaklanarak (Ruth ve Sisco, 2012); epidemiyoloji gibi metodolojik ve analitik becerilerini kullanarak **araştırmacı**; çeşitli kişiler ve gruplar arasında ilişki kurabilmek için **lider ve iletişimci**; sistematik sağlık sorunlarının çözümü için **politika geliştirici ve savunucu**; hastalık, hastalıkların önlenmesi, tedavi seçenekleri ve önleme konusunda kişilere beceri kazandırmak için **eğitimci** (Congress, 2013b; Holliman, 2013; Saunders ve Saunders, 2013; Practice Standards Committee, 2005); **doğrudan kişisel destek ve tedavi sağlayıcı**; müracaatçıyı ve onun destek sistemini değerlendirmek, müdahale için bir plan oluşturmak ve müracaatçıyı hizmet ve kaynaklarla buluşturmak için **vaka yöneticisi**; terapötik veya psikoeğitimsel grupların oluşturulması ve yönetilmesi için **grup yöneticisi**; toplumdaki bireyleri, kendi ihtiyaçlarını tartışmaları, stratejiler oluşturmaları ve kendileri için savunuculuk yapmaları konusunda desteklemek için **toplum örgütleyici** (Holliman, 2013; Morton, 1985); halk sağlığı uygulamalarını, örgütsel etkililiği ve verimliliği değerlendirmek için **denetçi ve değerlendirici**; çalıştığı kuruma ve alana özgü projeler geliştirmek, fon bulmak ve uygulamak için **proje yöneticisi**; örgüt işleyişinden sorumlu olmak için **yönetici ve idareci** ve son olarak yönlendirme, eğitime, koçluk, mentörlük ve danışmanlık için **süpervizör** (Holliman, 2013; Williams, 1986) gibi rolleri üstlenirler.

Young (1985), halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerini anne ve ocuk sağlığı üzerinden bir örnekle şu şekilde açıklamaya çalışmıştır: Verilen sağlık hizmeti; Akut bakım, uzun süreli bakım ve üçüncül korumadır. Amaçlar; Hasta bakımı, eğitim ve araştırmayı kapsamaktadır. Sosyal hizmetin rolü; Klinik uygulama, eğitim ve araştırmadır. Sosyal hizmet uzmanlarının seviyeleri; İdari, denetleyici ve/veya planlayıcı olarak belirlenebilir. İletişim bağlantıları; Sosyal hizmet, diğer profesyoneller ve kurumlar arasında bağlantı kurar.

Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, tüm bu rolleri yerine getirirken; sosyal hizmet etik ve değerlerini, sosyal adaleti, insan haklarını, öncelikle dezavantajlı gruplar üzerine yoğunlaşmayı, kültürel bağlamı, ırk ve etnik yapıya hassasiyeti göz önünde bulundurarak uygulama gerçekleştirir (Sable ve ark., 2012).

1.3.4. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Uygulama Alanı ve erevesi

Herhangi bir meslek için uygulama, zamanın ihtiyaçları, sorunları, kaygıları, zmleri ve mevcut bilgi ve becerileri ile şekillenir (Young, 1985). Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, mahalle, şehir, ülke ve dünya çapında (Sable, Schild, ve Hipp, 2012); tüm sağlık teşkilatlarında (Seltzer, 2011) ve yaşamın her döneminde kaliteli sağlık bakımı sunulabilmesi amacıyla anne ve ocuk sağlığı, aile planlaması, tüberküloz tedavisi, okul sağlığı, ocuk rehabilitasyon hizmetleri, AIDS ve evde sağlık hizmetleri gibi programlarda çalışmış ve bu tür sorunlara karşı ilgili olmuşlardır (Browne, 2012). Bu ilgilerini halk sağlığı sosyal hizmet uygulamalarında, çeşitli alanlara müdahale ederek ve çeşitli başarılar elde ederek kanıtlamışlardır.

Halk sağlığı sosyal hizmet uygulaması için sosyal epidemiyoloji ve güçlendirme teorisi temel enstrümanlardır. Halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasının temelinde güçlendirme teorisi ve sosyal adalet yatmaktadır. Halk sağlığı bağlamında ele alındığında güçlendirme; birey, aile ve toplumun yaşamının kalitesine etki eden kaynak ve glerin inşa edilmesi anlamına gelmektedir. Sosyal epidemiyolojinin ilkelerini uygulamak genel sosyal hizmet uygulamasının dışında halk sağlığı sosyal hizmetinin uygulama çerçevesini belirler. Sosyal epidemiyoloji bakışı, halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasının alanını genişletir ve mikro (bireysel) müdahaleye ve makro (toplumsal) müdahaleye olanak tanır. Fakat, tüm bu enstrümanlara rağmen, adı ne olursa olsun, mevcut halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasının altında yatan asıl görüş sosyal adalet felsefesidir (Arthur ve ark., 2013).

Halk sağlığı sosyal hizmeti, uygulamalarında, sosyal adaleti sağlamak ve sağlıktaki eğsizlikleri gidermek amacıyla dezavantajlı gruplar bağta olmak üzere tüm halkın sağlık ve refahını arttırmayı amaçlar (Sable ve ark., 2012). Halk sağlığı sosyal hizmet uygulaması, bölgeden bölgeye veya ülkelerin sağlık politikalarına göre değişkenlik göstermekle birlikte; anne ve çocuk sağlığı (Arthur ve ark., 2013; Fişek, 1983), ergen sağlığı (Hall ve Rounds, 2013), yaşı sağlığı (Jurkowski, 2013b), göçmen sağlığı (Congress, 2013b), engelli sağlığı (Saleeby ve Jurkowski, 2013a), kronik hastalıklar (Saleeby ve Jurkowski, 2013b), madde bağımlılığı (Ely ve ark., 2013), bulaşıcı hastalıklar (Cederbaum ve Keefe, 2013), küresel sağlık (Karki ve ark., 2013), ruh sağlığı (Hogue ve Jurkowski, 2013), evde sağlık (Önder, Anuk, Kahramanca ve Yıldırım, 2015), kırsal sağlık (Saunders ve Saunders, 2013) ve mahalle bazlı sağlık (Keefe, 2013b) alanlarının tümünü kapsamaktadır. Halk sağlığı sosyal hizmetinin uygulama kapsamında olan bu başlıkların her birine bakacak olursak;

Anne ve çocuk sağlığı: Halk sağlığı sosyal hizmetinin, köklerini aldığı (Sable ve ark., 2012) anne ve çocuk sağlığında, evrensel ölçütler; anne ölümleri (annenin gebelik, doğum ve doğum sonrası ölümü), bebek ölümleri (yaşamının ilk yılı ölen çocuk sayısı) ve çocuk ölümleridir (5 yaş altındaki çocuk ölümleri) (Arthur ve ark., 2013). Uzun süredir küresel bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınan (Arthur ve ark., 2013) anne ve çocuk sağlığı, bu evrensel ölçütleri iyileştirmeye çalışan halk sağlığının uygulamalı bir bilim dalıdır (Fişek, 1983). Çocuğun ve kadının yüksek yararının ve sağlığının korunmasının amaçlandığı bu uygulama alanında anne ve çocuk sağlığını etkileyen kültürel, sosyal, biyolojik, kimyasal ve fiziki çevre etkenleri belirlenerek ortadan kaldırılmaya çalışılır (Oral, 2015; Öztürk, 2011). Anne ve çocuk sağlığı alanında, halk sağlığı sosyal hizmetinin genel misyonu, annelerin, çocukların ve ailelerin psikososyal işlevselliğini arttırmaktır (Morton, 1985).

Anne ve çocuk sağlığı, halk sağlığı ve sosyal hizmet için bir kavuşma noktasıdır. Örneğin, Jane Addams, Julia Lathrop ve Grace Abbot başlarda sosyal eylem ve politika oluşturma için halk sağlığı yöntemlerini kullanmışlardır. Sanitasyon uygulamaları, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, tıp eğitimindeki gelişmeler, sosyal ve sağlık politikalarındaki geçişler bebek ölüm oranlarını düşürmüştür. 1880'de 1000'de 288 olan bebek ölüm oranları 1900'lü yıllarda 1000'de 100'e düşmüştür. Sağlığın bütüncül (biyopsikososyal) bakışı, anne ve çocukların ihtiyaçlarının ifade edilmesi için içerisinde halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının olduğu disiplinler arası bir takım çalışmasını gerektirmektedir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, anne ve çocuk sağlığında halk sağlığının mikro, mezzo ve makro düzeylerinde birincil önlemeye odaklanarak rol alırlar.

Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının ana çocuk sağlığındaki rolleri; sağlık eğitimsi, politika geliştirici, araştırmacı, savunuculuk, danışmanlık, toplum örgütleyici ve doğrudan hizmet sağlayıcı şeklindedir (Arthur ve ark., 2013).

Ergen (Adolesan) sağlığı: Ergenlik, sağlıklı gelişim için önemli bir geçiş dönemidir. Bu dönem boyunca, genç sadece kimliğini belirlemekle kalmaz, şimdiki ve gelecekteki sağlık durumunu etkileyen davranış kalıplarını belirlemiş olur. Ergenlik döneminde meydana gelen birçok sağlık durumu yetişkinlikte kronik sağlık sorunu (obezite, tip 2 diyabet vb.) haline gelebilmektedir. Bu yüzden, halk sağlığı müdahaleleri açısından ergenlik, sadece ergenlerin karşı karşıya kaldıkları sağlık sorunlarının ifade edilmesi değil aynı zamanda ergenlerin yetişkinliklerinde sorun olacak hastalık ve sakatlıkların başlamasını önlemek için bir fırsat dönemidir. Ergenlik yaşamın sağlıklı bir evresi olmasına rağmen, obezite, kontrolsüz gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, zorbalık, şiddet, ruhsal sağlık sorunları (depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, intihar, şizofreni, yıkıcı davranış bozuklukları vb.) madde kullanımı (alkol, tütün ve uyuşturucu) ve motorlu araç yaralanmalarını içeren birtakım sağlık sorunlarının başlamasına, zirveye çıkmasına veya yükselmesine neden olmaktadır. Bunlara ek olarak otizm, teknoloji bağımlılığı, sosyal medya günümüzde ergenleri ve ergen sağlığını ciddi olarak tehdit eden yeni gelişmelerdir (Hall ve Rounds, 2013).

Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları ergen sağlığı konusunda, sorunları sağlıktaki eşişsizliklerle karakterize ederek, risk altında olan kişiler için kültürel açıdan uyumlu ve kanıta dayalı müdahaleler tasarlamalı ve uygulamalıdır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları ergen sağlığı konusunda toplum ve politika düzeylerinde program ve müdahaleler geliştirmek, sunmak ve değerlendirmek için koruyucu, önleyici, kanıta dayalı, sistemler kullanır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, ergen sağlığı ile ilgili sorunların çözümlünde toplum ile sağlık hizmetleri arasında köprü görevi görürler (Hall ve Rounds, 2013; Morton, 1985).

Türkiye'de 2007 yılında 245 öğrenci ile yapılan bir araştırmada, gençlerin %25,4'ünde sigara, %10,6'sında alkol ve %2,5'inde uyuşturucu gibi riskli sağlık davranışı olduğu tespit edilmiştir (şimşek, Koruk, ve Altındağ, 2007). Ergen sağlığını mevsimlik tarım işçileri üzerinde ele alan şimşek ve Kırmızıtoprak (2013), ergen ve gençlerin sağlıklı yaşam davranışı kazanmalarında akran eğitimi kullanılmasını önermektedir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, bu tür eğitim yöntemleri ile ergenlerin sağlıklı davranış kazanmaları konusunda çaba harcamalıdır.

Yaşlı sağlığı ve bakımı: 2010 yılı ABD nüfus sayımına göre yaklaşık 38 milyon insan 65 ve üzeri yaştadır. Bu sayının 2030 yılında tahmini olarak 72 milyona ulaşması beklenmektedir. Benzer şekilde, bu artış küresel çapta görülmektedir. Dolayısıyla, insanların yaşam süreleri uzadıkça, daha iyi eğitilmiş ve sağlıklı yaşlıların artışı göreceğiz. Bu demografik değişiklik elbette ki beraberinde birtakım yeni ihtiyaçları ve yeni yapılanmaları getirecektir (Jurkowski, 2013).

Yaşlı bireylerin sağlıklı ve aktif kalmalarını sağlamak lüks değil gerekliliktir. Bu kapsamda, yaşlı sağlığının geliştirilmesi ve güçlendirilmesi için ilk yapılması gereken ihtiyaç tespitinin yapılmasıdır. Bu amaca uygun plan, program ve politikalar harekete geçirilmelidir. Ayrıca, çevre koşullarının yaşlılara göre düzenlenmesi, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, yaşlı sağlığı için sektörler arası koordinasyon sağlanması gerekmektedir (Baran ve Bahar-Özvarış, 2012). Tüm bu gereklilikler, halk sağlığı yaklaşımında herkese ayırım gözetmeksizin sağlık hizmeti sunmak esas olduğundan halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarını yakından ilgilendirmektedir.

Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, yaşlı sağlığı alanında hizmet verirken halk sağlığının temel işlevleri olan *değerlendirme* (gözlem yapma, erken teşhis vb.), *politika geliştirme* (yasa ve mevzuatın güçlendirilmesi vb.) ve *güvence* (iş birliği, sağlık eğitimi vb.) (Goldsteen ve ark., 2015; Seltzer, 2011) başlıklarına tabi kalarak müdahaleler gerçekleştirirler.

Göçmen sağlığı: Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları herkes için sağlığı geliştirmeyi amaçlamanın yanı sıra dil bariyerleri, kültürel farklılıklar, sağlığa erişim ve yoksulluk gibi nedenlerden dolayı son zamanlarda daha çok risk altında olan göçmen sağlığına yoğunlaşma eğilimindedirler. NASW tarafından belirlenen ve hiçbir etnik köken, ırk, göç statüsü vb. ayrımcılıklar yapmadan tüm insanlar için hizmet sunma (NASW, 2008)¹⁰ ilkesi, tüm alanlarda olduğu gibi göçmen sağlığında çalışan halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının da temel çıkış noktasıdır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarından beklenen; göçmen sağlığı ile ilgili eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, göçmen grupların hastalıklardan korunmasının sağlanması ve göçmen sağlığının iyileştirilmesi hususunda stratejiler geliştirilmesidir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, bu tür hizmetleri yerine getirirken çeşitli etnik gruplar arasındaki farklılıkları (dil vb.), göçmenlerin sağlık sunucularına karşı olan tutumlarını, göçmenlerin sağlık ve hastalık hakkındaki kültürel inançlarını (*Örneğin batıda hastalıklar bakteri, virüs, kötü yeme alışkanlığı birtakım fiziksel nedenlere bağlanırken doğuda veya göçmenlerin geldiği birtakım ülkelerde*

¹⁰(<https://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>, Erişim 14 Kasım 2016)

hastalıkların ruhsal ya da doğaüstü dengenin bozulması ile gerçekleştiğine inanılmaktadır), göçmenlerin önleme ve sağlık hizmetlerin erişimdeki bilgi eksikliklerini göz önünde bulundurmalıdır (Congress, 2013b).

Engelli sağlığı: Sosyal hizmet uzmanları ve halk sağlığı profesyonelleri tarafından yapılan savunuculuk çabaları, engelli bireylerin topluma katılımının sağlanması ile sonuçlanır. Engelli olan ama aktif olarak sosyal hayata katılan kişilerin sayısının artmasıyla birlikte halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının engellilerle ilgili halk sağlığındaki rolü artmıştır. Teorik temeli, metodolojik ve analitik süreci, liderlik ve iletişimi, politika ve savunuculuğu, değer ve etikleri kapsayan uygulama süreçleri, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları tarafından engelli sağlığı alanında yerine getirilir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, engellilere yönelik sağlık ve sosyal sorunların tanımlanması, sorunların gözlemlenmesi, risklerin tespit edilmesi, var olan hizmetlerin etkililiğinin değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin sağlanması, engelli sağlığını geliştirecek politika, yasa ve düzenlemelerin güçlendirilmesi, daha iyi sağlık şartları için araştırma yapılması, engelli bireylerin sağlığının geliştirilmesi için işbirlikleri kurulması, liderlik, savunuculuk, toplum organizasyonu gibi görev ve hizmetleri yerine getirirler (Saleeby ve Jurkowski, 2013a).

Kronik sağlık sorunları: Son yıllarda yaşanan sosyal, politik ve demografik gelişmeler; astım, kanser, diyabet, kalp hastalıkları, HIV/AIDS, obezite, solunum hastalıkları, felç gibi hastalıkları kapsayan kronik sağlık sorunu olan kişilere yönelik uygulama yapma konusunda halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarına yeni fırsatlar sunmaktadır. Kötü beslenme, fiziksel aktivite azlığı, tütün ve alkol kullanımı gibi nedenler kronik hastalıkları tetiklediğinden halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının odağında sadece bu kronik hastalıkların doğasının anlaşılması değil aynı zamanda bu soruna karşı önleyici halk sağlığı stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması olmalıdır (Saleeby ve Jurkowski, 2013b).

Madde bağımlılığı: Amerikan Ulusal Alkol ve Uyuşturucu Enstitüsü sağlık bakım sisteminde maddeyi kötüye kullanma tedavisinin yıllık 600 milyar doları geçtiğini tahmin etmektedir. Bu rakamın 181 milyar dolarının yasadışı maddelere; 139 milyar dolarının ise tütüne harcadığı tahmin edilmektedir. Halk sağlığını tehdit eden madde bağımlılığı, sayısız hedef grubunu etkilemekte ve aile içi şiddet/cinsel saldırı, ruh hastalıkları, gay ve lezbiyen cinsel saldırıları, alkol ve uyuşturucu kaynaklı fiziksel hastalıklar, aile işlev bozuklukları, çocuk istismarı, iş kaybı, okul başarısında düşüş gibi sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, bu sorunun ekonomi ve

halk sağlığı üzerine olan etkilerini görerek koruyucu ve önleyici çalışmalar yapmaktadırlar (Ely ve ark., 2013).

Bulaşıcı hastalıklar: Bir nceki yüzyılda ortaya çıkan ve insanları tehdit eden birçok bulaşıcı hastalık ortadan kaldırılmış olmasına rağmen günümüzde bulaşıcı hastalıklar halk sağlığı için halen ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Telfair, 2013). Halk sağlığı sosyal hizmeti sağlık sorunlarının çözülmesinde epidemiyolojik bir yaklaşım sergileyen ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede birey ve ailesine yönelik psikososyal destekler geliştiren bir rol üstlenmektedir. HIV/AIDS, günümüzde halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının dünya genelinde yoğun olarak üzerinde durduğu bulaşıcı hastalıktır. HIV/AIDS başta eşcinseller, damar yolu ile uyuşturucu kullananlar, seks işçileri olmak üzere her ırk, yaş, etnik, din, sosyoekonomik sınıftan kişiler arasında yayılmıştır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, HIV'in bulaştığı ve henüz bulaşmadığı kişilere eğitim, sağlık hizmetleri sunumu, danışmanlık gibi hizmetlerle HIV'in önlenmesinde çok önemli bir rol oynarlar. Yapılacak hizmetler, risk azaltma stratejileri, birincil ve ikincil koruma, ilaç ve uyum için yardım, bakım koordinasyonu, yönetim ve danışmanlık gibi hizmetleri içerir (Cederbaum ve Keefe, 2013). Tuncay (2007), konuya farklı bir açıdan yaklaşarak HIV/AIDS ile ilgili şu ayrıntıyı ele almaktadır: "Tinsellik (Spirituality), insanların hayatlarında anlam ve amaç bulmalarına yardımcı olan önemli bir işlevdir...HIV/AIDS'le başa çıkma yöntemlerinden biri olarak tanımlanan tinsellik, bu türde bir hayatı tehdit eden hastalıkları olan bireylerin refahında ve hastalık sürecine adaptasyonunda g sağlayan bir kaynak olarak ele alınmaktadır." (s. 10). Bu kapsamda, HIV/AIDS vakalarına psikososyal destek sağlayacak halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının bu ayrıntıyı göz ardı etmemeleri gerekmektedir.

Global sağlık: Bir disiplin olarak sosyal hizmet mesleği, nasıl ki yerel sınırlardan ulusal sınırlara ve ulusal sınırlardan evrensel sınırlara taşıyorsa halk sağlığı sosyal hizmeti de bu özelliğe sahip bir uygulama alanıdır. Çünkü halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, her an kaynağı yurt dışı olan küresel bir sağlık sorunu ile karşı karşıya kalabilirler. Örneğin dünya üzerinde halen var olan sıtma, tüberküloz ve HIV / AIDS gibi sorunlar, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları için küresel çaplı bir mücadele örneğidir. Global sağlık sorunları ele alınırken halk sağlığı sosyal hizmetinin tüm müdahale biçimlerinde olduğu gibi halk sağlığının temel üç işlevi olan *değerlendirme* (gözlem yapma, erken teşhis vb.), *politika geliştirme* (yasa ve mevzuatın güçlendirilmesi vb.) ve *güvence* (iş birliği, sağlık eğitimi vb.) işlevleri esas alınarak stratejiler geliştirilir (Karki ve ark., 2013).

Ruh sağlığı: Ruh hastalıkları birey ve toplumların sağlık ve refahlarında önemli bir role sahiptir (Hogue ve Jurkowski, 2013). 2011 yılı dünya ruh sağlığı gününde Birleşmiş Milletlerin Dönem Genel Sekreteri Ban Ki Moon “Ruh sağlığı olmadan hiçbir sağlık olmaz” sözünü ifade etmiştir (United Nations World Health Organization [UNWHO], 2011)¹¹. Ruh sağlığı hastalıkları bulaşıcı olmayan; anksiyete, bipolar, yeme, depresyon ve intihar gibi bozuklukları kapsayan önlenebilir hastalıklardır. Her yaştan, cinsiyetten, gelirden, ırktan ve dinden insanı etkileyebilecek ruh sağlığı hastalıkları ölümlerin ve çeşitli hastalıkların nedeni olarak tanımlanmaktadır (Hogue ve Jurkowski, 2013). Örneğin, Türkiye’de 2008 yılında 270 kadın ile yapılan bir çalışmada, majör depresif bozukluk %7,3 ve travma sonrası stres bozukluğu %3,6 olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, topluma odaklı ruhsal sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi bir ihtiyaç olarak tespit edilmiştir (Şimşek, Ak, Altındağ ve Güneş, 2008). Bu tür ihtiyaçlar halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları tarafından ele alınmalıdır. Bu kapsamda, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanında, halk sağlığının temel işlevleri olan değerlendirme, politika geliştirme ve güvence işlevleri doğrultusunda görev ve sorumluluk almaları beklenir (Hogue ve Jurkowski, 2013). Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumluluklarını psikiyatrik sosyal hizmet kapsamında ele alan Oral ve Tuncay (2012), değerlendirme ve kişinin almış olduğu tanı doğrultusunda danışmanlık yapmayı, müracaatçı bağlamında savunuculuğu, eğitimi, ruhsal risk taramasını ve araştırmaları, hizmet içi eğitimi, toplum bilinçlendirmesini, koruyucu ve önleyici hizmetleri ve taburculuğu sosyal hizmet uzmanlarının temel rol ve sorumlulukları olarak görmektedir.

Kırsal alan sağlığı: Kırsal sağlık uygulamaları ile kentsel sağlık uygulamalarını ayrı ele almak gerekmektedir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının, kırsal sağlık uygulamalarını anlayabilmeleri için kırsal sağlık ve kırsallık kavramını anlamaları, kent ve kır sağlığı eşitsizliklerini karşılaştırılmalı olarak değerlendirmeleri, sağlık ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde oluşan engelleri belirlemeleri ve kırsal topluluklarda araştırma yapmanın zorluklarını göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı temel işlevleri olan değerlendirme, politika geliştirme ve güvence bileşenleri aracılığıyla mikro, mezzo ve makro müdahale becerilerini kullanarak kırsal topluluklara hizmet sağlayabilirler. Kırsal alanlardaki sağlık durumlarının değerlendirilmesi, gözlemlenmesi ve tanımlanması değerlendirme işlevidir. Toplanan veriler üzerinden politikalar geliştirmek için stratejiler oluşturmak politika

¹¹(<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=39981&Cr=health&Cr1#.WCyN6fmLTIU>, Erişim. 13 Kasım 2016)

geliştirme işlevidir. Bu şekilde kırsal alanlar için yenilikçi birtakım stratejilerin geliştirilmesine olanak sağlanır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, mikro becerilerini kullanarak, sağlık ihtiyaçlarını tespit etmek için kırsal yerleşkelerdeki hanelerde bağlantı kurar. Burada öncelikle dezavantajlı konumda olan çocuk, yaşlı, engelli ve yoksul kişilerin ihtiyaç tespitinin yapılmasına odaklanılır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, kırsal kesimdeki insanları sağlık sorunları hakkında eğitmeli ve bilgilendirmelidir. Son olarak, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, toplum örgütlemesi becerilerini kullanarak toplumda var olan sağlık sorunlarının mücadelesi için çeşitli toplum iş birlikleri kurmalıdır (Saunders, 1987; Saunders ve Saunders, 2013).

Kent/mahalle sağlığı: İyi işlevli bir mahalle; insanların birbirini bildiği, hizmetlere erişebildiği ve güvende hissettiği bir mahalledir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, bu bilinçle, yaklaşık yüz yıldır mahalle bazlı sağlık sistemi geliştirmenin öncüsü olmuşlardır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, şehir veya kırsal alanda çalışmaya bakmaksızın mahallelerde sağlığın ve refahın geliştirilmesi için değişimin öncüsü olmalıdır. Mahalle izleme çalışmaları, ücretsiz aşı çalışmaları, okul sonrası boş zaman değerlendirme çalışmaları için mikro, mezo ve makro müdahale becerileri kullanılmalıdır. Suç oranları fazla, sağlık sonuçları kötü ve mahalleli olma tercihi zayıf olan mahalleler, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları için hedef mahallelerdir. Bu tür mahallelerde genelde istihdam olanakları zayıf, hizmet eksiklikleri fazladır. Dolayısıyla bu tür mahallelerin standartlarının yükseltilmesi gerekmektedir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, bu standartların sağlanması için halk sağlığının üç temel işlevi olan değerlendirme, politika geliştirme ve güvence işlevlerinden yararlanır. Halk sağlığı sosyal hizmetinin; “sağlığı etkileyen sosyal sorunların tanımlanması, değerlendirilmesi, ölçülmesi ve izlenmesi,” “kültürel, toplum ve aile odaklı kaliteli hizmet sunumu” ve “sağlık ve refahı geliştiren birinci basamak önleyici stratejilerin oluşturulması” standartları (Practice Standards Committee, 2005), mahalle bazlı çalışmalarda kolaylıkla yerine getirilebilir (Keefe, 2013b). Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, mahalleleri güvenli ve çekici hale getirebilmek, sosyal ve ekonomik zorlukları belirleyerek aşırı kilo ve obezite, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı vb. sorunlar ile mücadele edebilmek için halk politikalarının oluşturulmasına katkıda bulunabilir ve savunuculuk yapabilirler (Sable ve ark., 2012).

1.3.4.1. Uygulama Düzeyi ve Bileşenleri

Halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasının önemli bileşenleri birincil, ikincil ve üçüncül önlemedir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları her üç düzeyde bulunmasına rağmen

temel amaç birincil önleme yaparak hastalıkların oluşmadan önlenmesidir. Önleme odaklı yaklaşım, kaliteli sağlığın geliştirilmesi ve kaynakların adil dağıtılması halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları için çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir (Arthur ve ark., 2013; Mendel, 2013; Watkins, 1985). Bu çok yönlü yaklaşımı, göçmen sağlığına ilişkin bir örnek üzerinden ele alabiliriz. Şöyle ki; birincil müdahale kapsamında, göç veren ülkelerde genelde sağlık beslenme düzeyi düşük olduğundan bu tür ülkelere gelenlere doğru ve sağlıklı beslenme eğitimi yapılabilir. İkincil müdahale kapsamında, obezitenin neden olduğu diyabet riski taşıyan göçmenlere beslenme konusunda erken tarama ve erken danışmanlık hizmetleri verilebilir. Üçüncül müdahale kapsamında ise, çeşitli dilleri konuşabilen ve çeşitli kültürleri anlayabilen sosyal hizmet uzmanlarının ve sağlık personelinin göçmenlerin tedavisinde istihdam edilmesi sağlanabilir (Congress, 2013b). Öte yandan, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, mikro, mezo ve makro müdahale düzeylerinde rol alırlar.

Mikro veya doğrudan uygulama düzeyinde, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, klinik sosyal hizmet becerilerini kullanarak halk sağlığı müdahaleleri uygularlar. Mezzo düzeyde veya doğrudan olmayan düzeyde, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları halk sağlığı programlarını geliştirir, uygular ve yönetir. Makro düzeyde, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı müdahaleleri geliştirmek için psikososyal ve kültürel sorunların çözümü konusunda bilgileri ile katkıda bulunurlar (Sable ve ark., 2012). Uygulama bileşenlerini (birincil, ikincil ve üçüncül önleme) ve uygulama düzeylerini (mikro, mezo ve makro) bir arada alarak kesiştikleri noktaları görmek halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasının daha anlaşılır olması için anlamlı olacaktır. Bu kapsamda, Şekil 3'te bir halk sağlığı sorunu olan HIV üzerinden halk sağlığı sosyal hizmetinin uygulama bileşenleri ile mikro, mezo ve makro düzey yapısı bir arada gösterilmeye çalışılmıştır.

Gerek uygulama bileşenlerinde gerek uygulama düzeylerinde halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, tanımlanmış belirli standartlara ihtiyaç duymaktadırlar. Bu standartların belirlenmesi maalesef 100 yıllık bir geçmişi olan bir meslek için yakın zamanda sağlanabilmiştir.

ÖNLEME BİLEŞENLERİ				
MÜDAHALE TÜRLERİ	BİRİNCİL	İKİNCİL	ÜÇÜNCÜL	
	Kondom dağıtım ve cinsel eğitim	Danışmanlık ve test etme	HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) için sistematik danışmanlık modunu güçlendirme	MİKRO
	Toplum temelli iğne değişimi ve kondom dağıtım programları	HIV'li kişiler için toplum temelli programlar	Yerel unsurların çabaları için program koordinasyonu	MEZZO
	Birincil önleme programlarının fonlanması ve kurulması için savunuculuk	HIV'in tedavisi ve erken tanısı için daha iyi politikaların oluşturulması ve savunuculuk	Fon programları için savunuculuk	MAKRO
	DEĞERLER	BİLGİLER	BECERİLER	UYGULAMA DÜZEYLERİ

Kaynak: (Sable ve ark. 2012).

Şekil 3. Uygulama Bileşenleri İle Uygulama Düzeylerinin Kesişmesi

1.3.5. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Temel Standart ve Bileşenleri

Profesyoneller, uygulama performanslarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi için çeşitli standartlara ihtiyaç duyarlar (Keefe ve Evans, 2013). Standartlar, minimum veya bir topluluk tarafından kabul gören performans seviyesidir. Burada amaç, optimum performans göstermek değil aksine üzerinde mutabakata varılmış performans seviyesinin altına inmemektir. Standartlar çeşitli şekillerde geliştirilebilir. Örneğin, herhangi bir disiplin içindeki resmi mutabakat ile geliştirilebileceği gibi; mesleki birlik gibi kurulmuş bir oluşum tarafından da belirlenebilir. Mesleki bir uygulama alanı olan halk sağlığı sosyal hizmet uygulamalarının ölçme standartları ölçüm teorisini, halk sağlığı sosyal hizmetinin net bir tanımını ve standartları üzerinde uzlaşmayı gerektirir (White, 1985).

Halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları 2005 yılına kadar NASW tarafından belirlenen "Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanları İçin NASW Standartları" bileşenleri olan üç temel halk sağlığı sosyal hizmet standardı ile hareket etmişlerdir. Bu standartlar;

- Toplumun sağlık risklerinden korumak için planlamalara dahil olma,
- Sağlık hizmetlerine erişim sağlama konusunda katılımcı olma,
- Diğer disiplinlerle iş birliği kurma şeklinde dir.

Bu üç temel standart her ne kadar halk sağlığı sosyal hizmeti için bir başlangıç olsa da halk sağlığında sosyal hizmet uygulamalarının nitel ve nicel unsurlarını değerlendirme yeterliliğinden oldukça uzaktır (White, 1985).

Doğrudan halk sağlığı sosyal hizmet uygulaması ile ilgili standartların oluşturulması kapsamında ilk çaba 1983 yılında Ernestine Player öncülüğünde başlatılmıştır. Player, 1985 yılında katıldığı “Public Health Social Work In Maternal And Child Health: A Forward Plan” adlı bilimsel programda halk sağlığı sosyal hizmet standartlarına olan ihtiyaı salona hitaben şu şekilde ifade etmiştir:

“Hepiniz biliyorsunuz ki Sağlık Kuruluşlarında alışan sosyal Hizmet Uzmanları İçin NASW standartları; NASW kurulu, Hastane Sosyal Hizmet Topluluğu ve APHA Sosyal Hizmet Bölümü tarafından kabul edilmiştir. Güney Carolina Halk Sağlığı Sosyal Hizmet alışma Ekibi daha önce NASW Hastane Sosyal Hizmet Standartları ve de 1980 tarihli Sağlık Bakımı Standartları bir araya gelerek halk sağlığı sosyal hizmet standartlarını oluşturmak için çalışmaya başlamıştı. Ve sonunda 1983 yılında yukarıda isimlerini saydığım kuruluşların standartlarını temel alarak standartlarımızı kabul ettik. 1983 yılında sadece kendi alanımız için bazı standartları oluşturmamız gerektiğini biliyorduk. Her şey doğru olsun diye hiçbir şey yapmadan beklemenin daha tehlikeli olduğunu biliyorduk çünkü kendimize ve çalıştığımız alana yön vermek mecburiyetindeydik. şu anda standartlardaki değişiklikleri kabul etme sürecindeyiz” (s.86).

Player’in (1985) bahsini ettiği halk sağlığı sosyal hizmet standartlarının oluşturulmasında şu amaçlar göz önünde bulundurulmuştur:

- Halk sağlığı kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi
- Sosyal hizmet yüksek lisans ve doktora programlarının açılarak sosyal hizmet plan ve programlarının yazılı hale getirilmesi
- Halk sağlığı sosyal hizmet amaç ve hedeflerinin halk sağlığı kurumları, mevcut plan ve programlarla tutarlı olması
- Halk sağlığı alanlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görev ve tanımlarının yapılması

- Halk sağlığı alanında hizmetleri planlamak, sağlamak ve değerlendirmek için bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısının arttırılması
- Halk sağlığı kavram ve ilkelerinin referans alınması
- Halk sağlığı sosyal hizmet standartlarının bir kılavuz haline getirilmesi
- Sosyal hizmet öğrencilerin halk sağlığı alanında sorumluluk almalarının sağlanması

“Public Health Social Work In Maternal And Child Health: A Forward Plan” adlı bilimsel programda, Player’in amaçlarını koyduğu; White’in (1985) “bu konferanstan hiç olmasa birkaç halk sağlığı sosyal hizmet standardı çıkmasını umut ediyorum” (s. 98) dediği halk sağlığı sosyal hizmet standartlarının oluşturulması maalesef uzun yıllara sarkmıştır.

Kanıtla dayalı uygulama, uygulama sonuçlarının ölçülmesi, bilgi ve becerilerin değerlendirilebilmesi ihtiyaçlarının artması ile birlikte, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı sosyal hizmet standart ve bileşenlerini hazırlama mecburiyetinde kalmışlardır (Keefe ve Evans, 2013). Bu amaçla, 1998 yılında “Beyond Year 2010: Public Health Social Work Practice Project” koordinatörü olan Dot Bon ve Kathleen Rounds bu ihtiyaca cevap vermek için çalışma başlatmışlardır. Halk sağlığı standart ve bileşenleri, sayısız halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı, eğitimci, yerel ve Ulusal Halk Sağlığı Sosyal Hizmet Kuruluşu (Association of State and Territorial Public Health Social Workers) temsilcileri, toplum savunucuları, ulusal kurum ve kuruluşların temsilcileri, politika yapıcılar ve müracaatçılarının iş birliği ile gerçekteştirilen bir toplantıda ortaya çıkarılmıştır (Practice Standards Committee, 2005).

Toplantıdan halk sağlığı sosyal hizmeti için 14 temel standart ve her bir standardın performans göstergeleri tanımlanmıştır. Bu standartlar, halk sağlığı işlevleri ve gerekli hizmetlere yönelik öne çıkan uygulama becerilerini tanımlar. Ortaya çıkan belge, ekolojik sistemlere dayalı uygulama modelleri ve güçlendirme yaklaşımı için sosyal epidemiyolojik yaklaşımın uygulamasını ifade eder. Bileşenler bölümünde geniş içerikli bir ölçme mevcuttur. Uygulamanın temel teorik bilgisi, metodolojik ve analitik süreçler, liderlik ve iletişim, politika ve savunuculuk ve değer ve etik bileşenler kapsamında ele alınmaktadır. Halk sağlığı sosyal hizmet standart ve bileşenlerini göz önünde bulundurmak sağlık hizmetleri sunumunun ifade edilmesi ve halk sağlığı sosyal hizmetinin daha ileri taşınması için gereklidir (Keefe ve Evans, 2013; Practice Standards Committee, 2005).

Practice Standards Committee (2005), tarafından oluşturulan halk sağlığı sosyal hizmet temel standart ve bileşenleri bu çalışma kapsamında sadece ana başlıkları ile verilecektir. (https://nciph.sph.unc.edu/cetac/phswcompetencies_may05.pdf Detay için ziyaret ediniz) Practice Standards Committee (2005), tarafından oluşturulan 14 temel standart şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, aile, toplum ve kültür bağlamında riskli popülasyonunun sağlık duruma ve sosyal işlevine etki eden sosyal sorunların gözlemlenmesi ve değerlendirilmesi için sosyal epidemiyoloji ilkelerini kullanır.
2. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, ideal sağlığı teşvik eden cesaret, güç ve varlıklarla ilişkili faktörleri tanımlamak ve değerlendirmek için sosyal epidemiyoloji ilkelerini kullanır.
3. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, kötü sağlıkla ilişkili stres, sağlık riskleri ve sağlık sorunlarında payı olan sosyal etmenlerin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesi için sosyal epidemiyoloji ilkelerini kullanır.
4. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, birey, aile ve toplum odaklı sağlık müdahalelerinin etkililiğini, ulaşılabirliğini ve kalitesini değerlendirmek için sosyal epidemiyoloji ilkelerinden yararlanır.
5. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı sorunları hakkında birey, aile ve topluma bilgi ve eğitim vermek için sosyal planlama, toplum örgütlenmesi ve sosyal pazarlama ilkelerinden yararlanır.
6. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, birey, aile ve toplum refahının geliştirilmesi hususunda, halk sağlığı sorunlarının tanımlanması ve ifade edilmesi amacıyla birey, aile ve toplumların aktif birer katılımcı olmasını sağlamak ve onları güçlendirmek için sosyal planlama, toplum örgütlenmesi ve sosyal pazarlama ilkelerinden yararlanır.
7. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, birey, aile ve toplumların sağlık ve güvenliğini koruyan yasal düzenlemelerin sağlanması ve güçlendirilmesi için sosyal planlama, toplum örgütlenmesi ve sosyal pazarlama ilkelerinden yararlanır.
8. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, öncelikle dezavantajlı ve hizmete ulaşamayan gruplara odaklanarak herkesin refahı konusunda kamusal sorumluluk almak için sosyal planlama, toplum örgütlenmesi ve sosyal pazarlama ilkelerinden yararlanır.

9. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, birey, aile ve toplumun sağlık ve refahını geliştiren birincil önleme stratejilerinin geliştirilmesi için sosyal planlama, toplum örgütlenmesi ve sosyal pazarlama ilkelerinden yararlanır.
10. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, sağlık ve sağlığı etkileyen sosyal ve ekonomik endişelerle ilişkili sorunlarının hafifletilmesi hususunda, ikincil ve üçüncül müdahale stratejilerinin geliştirilmesi amacıyla sosyal planlama, toplum örgütlenmesi ve sosyal pazarlama ilkelerinden yararlanır.
11. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, ırk, yaş, cinsiyet, etnik yapı, kültür ve engellilik gibi alanlarla sınırlı olmadan her nerede olursa olsun sağlık ve sosyal eşitsizliklerin ortadan kaldırılması amacıyla liderlik ve savunuculuk yapar.
12. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, kültürel, toplumsal ve aile bağlamında kaliteli ve kapsamlı halk sağlığı hizmeti sağlanması hususunda liderlik yapar ve ayrıca politika geliştirmek için savunuculuk yapar.
13. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, veri toplama araştırma ve değerlendirme yürütür ve bu süreçlere destek verir.
14. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı sorunlarını etkili bir şekilde ele almak amacıyla, sosyal hizmet disiplininin temel bilgi, felsefe, etik kodları ve standartlarını referans alarak uygulamada kendi bileşenlerini oluşturur.

Açıkça tanımlanan standartlar, halk sağlığı sosyal hizmet uygulamalarının ve yönetilen programların ölçülme ve değerlendirilme, analiz, inceleme, karşılaştırma, koordinasyon ve genel değerlendirme konularında fayda sağlayıcı olacaktır. Elde edilen çıktılar halk sağlığı sosyal hizmet uygulayıcıları için rehber niteliğinde olacak, halk sağlığı sosyal hizmet alanının gelişmesine katkı sunacaktır (White, 1985).

Practice Standards Committee (2005), tarafından belirlenen 5 temel bileşen ise şu şekildedir:

1. Teorik temel
2. Metodolojik ve analitik süreç
3. Liderlik ve iletişim
4. Politika ve savunuculuk
5. Değerler ve etik

Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, metodolojik ve analitik becerilerini kullanarak çeşitli araştırmalarda yer alabilir ve çeşitli ihtiyaçlara cevap olabilecek yeni stratejiler geliştirebilirler. Ayrıca, önemli istatistiklerden elde edilen verilerin yorumlanması, sayım,

araştırma, anket, hizmet kullanımı ve diğer toplum odaklı verilerin kullanımı sayesinde toplumlarında var olan savunmasız grupları ve ihtiyaç duyulan konuları elde edebilirler. Uygulama çalışmalarında çeşitli kişiler arasında ilişki kurabilmek için liderlik ve iletişim becerilerini kullanırlar. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, planlama ve yönetim becerilerini kullanarak çeşitli alanlarda ruhsal ve fiziksel sağlık için etkili sistemler kurulmasına katkıda bulunurlar. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, sistematik sağlık sorunlarının çözümü konusunda politika geliştirme ve savunuculuk becerilerini kullanırlar. Bu amaçla çeşitli koalisyonlar kurmak önemlidir (Saunders ve Saunders, 2013).

1.3.6. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Temel Bilgi, Beceri ve Eğitimi

Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının, sosyal hizmet teknik ve ilkeleri konusunda bilgiye ve bu bilgileri halk sağlığı sosyal hizmet alanında uygulayabilecek beceriye sahip olmaları gerektiğini ifade eden Kumabe (1985), sosyal hizmetin her seviyede etkin bir uygulaması için; (a) insan davranış ve gelişimi hakkında temel bilgiyi, (b) doğrudan hizmet yöntemlerini kavramayı (yani problem çözme süreci olan veri/bilgi toplama, değerlendirme, planlama müdahale ve son değerlendirme) ve (c) bireyler, aileler, gruplar ve topluluklarla çalışırken kişilerarası ilişkilerin dinamiklerini anlama becerilerini olmazsa olmaz başlıklar olarak ele almıştır. Kumabe (1985), halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının sahip olması gereken temel bilgi ve becerileri daha geniş anlamda şu şekilde sıralamıştır:

- Sağlık ve sosyal hizmet sunum sistemlerinin organizasyonu ve yönetimi bilgisi ile insan ve mali kaynak yönetiminin planlanması, bilgi sistemleri yönetimi ve değerlendirilmesi konularında bilgi sahibi olunması,
- Fiziksel, biyolojik, davranışsal, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerin sağlığı nasıl etkilediği ve sağlıktan nasıl etkilendiğinin bilinmesi,
- Sosyal sorunların ve sağlık sorunlarının nicel ve nitel bilgi ve beceriler ile analizinin yapılabilmesi için epidemiyolojik araştırma yaklaşımı benimsenmesi,
- Devlet düzeyindeki programların bilgisi, anlayışı ve toplumdaki diğer sağlık ve insani hizmet kuruluşları ile olan ilişkilerinin kavranması,

- Halk sağlığı felsefesi, temel kavram ve ilkeleri, halk sağlığı programlarının planlanması ve uygulanmasına ilişkin bilgi sahibi olunması,
- Önlemeden tedavi ve rehabilitasyona kadar olan sağlık bakım süreci bilgisine sahip olunması,
- Klinik veya doğrudan sosyal hizmet uygulamaları bilgi ve becerileri ile bu bilgi ve becerilerin halk sağlığı çalışmalarına uygulanması hakkında bilgi ve beceri edinilmesi,
- Kültürel değer farklılıklarının ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen sosyokültürel bağlamın anlaşılması.

Young (1985), yukarıdaki maddelere ilaveten halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sahip olması gereken temel bilgi, beceri ve özellikleri şu şekilde sıralamıştır:

- Sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve becerileri, aileleri, toplulukları ve onlara hizmet sunan kurum ve kuruluşlara odaklı olmalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanları, çalıştıkları sağlık kuruluşlarındaki sağlık sunucularına değerli katkılar sunacak bilgi sahibi olmalı ve beceriler geliştirmelidir.
- Sosyal hizmet uzmanları, birey, aile ve grup ve toplumların sağlığına ve refahına katkıda bulunan diğer toplum kuruluşlarıyla gerekli bağlantıları kurma bilgi ve becerisine sahip olmalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanları, çok disiplinli ve çok işlevli olan halk sağlığı alanında birçok rolü üstlenmeye hazır olmalıdır.

Özetlemek gerekirse, (a) hem halk sağlığı hem de sosyal hizmet alanı, (b) doğrudan uygulama, yönetim ve program planlama, (c) insan gelişimi ve grup etkileşimi kuramları ve (d) klinik ve epidemiyolojik araştırma yaklaşımı hakkında bilgi ve beceri sahibi olma halk sağlığı alanı ile bütünleşmek için gerekli olan dört temel bilgi ve beceri başlığıdır. Bu dört alanın her biri kendi içinde bir bilgi tabanını içermektedir. Bu bilgileri halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasının özü olan mikro ve makro düzeyde kullanmak ve bilgileri sentezlemek ayrıca bir beceri gerektirmektedir (Kumabe, 1985; Young, 1985).

Kumabe (1985), yukarıda sayılan bilgi ve beceriler için "Bu tür bilgi ve becerilerin edinilmesi planlı, seçici ve sürekli olmalıdır. Üzerinde durulması gereken asıl husus yeni bilgi ve beceriler edinmekten ziyade sosyal hizmetin bu bilgi ve becerileri halk sağlığı

alanına nasıl entegre edeceği ve uygulayacağı meselesidir.” (s. 135) ifadesini kullanmıştır. Ayrıca, Ruth ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, halk sağlığı alanında çalışmak isteyen sosyal hizmet uzmanlarından mikro, mezzo ve makro müdahale düzeylerinde beceriler beklendiği, bu beklentinin karşılanabilmesi için sosyal hizmet uzmanlarına hem sosyal hizmet hem de halk sağlığı alanında eğitim almalarının tavsiye edildiği vurgulanmaktadır.

Kumabe'nin (1985) haklı kaygısından ve Ruth ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında tespit edilen beklentiden yola çıkacak olursak; alan yerleştirmeleri ve kariyer fırsatları oldukça kapsamlı olan halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, (Holliman, 2013) bu kaygı ve beklentileri karşılayabilecek midir? 25 yıl öncesine kadar büyük oranda Amerika'da olan fakat günümüzde dünyanın birçok ülkesinde halk sağlığı sosyal hizmeti alanında aktif rol alan (Jurkowski ve Keefe, 2013) halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları ve sosyal hizmet öğrencileri bu temel bilgi ve becerileri nasıl bir eğitim sürecinde elde edeceklerdir? Bu soruların cevabı yıllardır çeşitli eğitim yöntemleri ile aranmaktadır. Örneğin, 1985 yılında düzenlenen “Public Health Social Work In Maternal And Child Health: A Forward Plan” adlı konferans kapsamında oluşturulan bir çalıştay raporunda bilgi ve becerilerin kazanılması için eğitim ihtiyacı şu maddelerle ifade edilmiştir:

- “Sosyal hizmet uygulamasını halk sağlığı sosyal hizmet alanında genişletmek için sürekli eğitim ve personel geliştirme programları eksikliği bulunmaktadır.
- Sosyal hizmet okulları, halk sağlığı okulları ve halk sağlığı kurumları arasındaki iş birliği teşvik edilmelidir.
- Halk sağlığı, program geliştirme, araştırma ve eğitim yöntemlerini vurgulayan sürekli eğitim ve hizmet içi eğitim programları finansman önceliğini almalıdır.
- Sosyal hizmet üst kademe yöneticileri, halk sağlığı kavramları ve yöntemleri konusunda eğitim almayı hedeflemelidir.
- Halk sağlığı sosyal hizmet eğitim materyallerinin geliştirilmesi üzerinde durulmalıdır.
- Devlet onaylı diploma sağlanmalıdır” (Gitterman ve ark., 1985, s. 155).

Halk sağlığı sosyal hizmet eğitiminin tarihsel sürecinde bazı gelişmeler dönüm noktaları olmuştur. Bunlara bakacak olursak; Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyi (Council on Social Work Education [CSWE]), 1952 yılında sosyal hizmet okulları ile ilgili akreditasyon ilkelerinin ilkinin yayınlamıştır (Pardeck ve Yuen, 2006). Dr. Richard Cabot 1931 yılında sağlık alanı ile sosyal hizmetin karşılıklı olarak tanınması için hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ile tıbbi hizmet veren kişilerin iş birliğine dayalı bir eğitim çağrısında bulunmuştur. 1932 yılında Amerikan Sosyal Hizmet Okulları Birliği (American Association of Schools of Social Work), “tıbbi bilgi” diye adlandırılan dersleri belirlemiştir.

Böylece 1939 yılına kadar tıbbi vaka çalışmaları, çoğu sosyal hizmet programlarında önemli alanlardan bir tanesi olmuştur. 1969 yılına gelindiğinde Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi (CSWE) sosyal hizmet okullarına lisansüstü programlar açma esnekliği tanımıştır. Fakat bu esneklik okul programları arasında ciddi bir farklılığı beraberinde getirmiştir. Örneğin 1976 yılında 65 okuldan sadece 13'ünde sosyal hizmet öğrencileri sağlık alanında çalışmak üzere yetiştirilmiştir. 1982 yılına kadar bu sayı 30'a çıkmıştır (Washington, 1985). Black (1985), tarafından 1985 yılında yapılan bir çalışmada ise 41 sosyal hizmet okulundan sadece 32'sinin (%78,8) sağlık alanında etkili olabilecek uzmanlar yetiştirdiği saptanmıştır. Black (1985), bu durum hakkında "Okullar sağlık içeriğinin daha fazla kapsanmasını geliştiriyor gibi görünse de, veriler öğrencilerin hazırlanmasında çok fazla ilerleme olmadığını gösteriyor" (s. 160) şeklinde ifade etmiştir.

Halk sağlığı sosyal hizmet eğitiminin niteliğini ve kapsamını ifade eden çalışmalar da mevcuttur. Halk sağlığı sosyal hizmeti ile ilgili verilecek eğitimin temelinde; (a) temel halk sağlığı kavramlarına giriş sağlamak için tasarlanmış dersleri, (b) halk sağlığı taleplerini karşılamak için gerekli olan araştırma ve program geliştirme becerileri kazandıracak uygulama derslerini ve (c) halk sağlığı ortamlarında, öğrencilere hem yaşamsal deneyim hem de halk sağlığı sosyal hizmet rol modelleri kazandıran saha deneyimlerini kapsamı beklenmektedir (Black, 1985). Black (1985), tarafından yapılan araştırmada, 41 sosyal hizmet okuluna; halk sağlığının 5 temel kavramının (epidemiolojik oranlar, risk altındaki gruplar, sağlıkla ilgili riskler, hastalıkların çoklu nedenleri [agent-host-environment] ve koruyucu müdahaleler) ders içeriklerinde ne kadar yer aldığı sorulmuş ve 41 okulun, %62,5'inde risk altındaki gruplar; %56'sında hastalıkların çoklu nedenleri; %37,5'inde koruyucu müdahaleler ve %34,4'ünde bağlantılı risk faktörlerinin ders kapsamında olduğu saptanmıştır. Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi [CSWE](2001)¹², tüm sosyal hizmet eğitim programlarında olması gereken 8 başlığı şu şekilde sıralamıştır: (1) değerler ve etik, (2) çeşitlilik, (3) risk altındaki nüfus ve sosyal ve ekonomik adalet, (4) sosyal çevre insan davranışları, (5) sosyal refah politikası ve hizmetleri, (6) sosyal hizmet uygulamaları, (7) araştırma ve (8) alan eğitimi.

Tüm çalışmalara ve saptanan ihtiyaçlara rağmen günümüze dek, halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının eğitim ihtiyaçları 1975 yılından beridir Master of Social Work (MSW) ve Master of Public Health (MPH) diye adlandırılan yüksek lisans ve doktora eğitim programları kapsamında karşılanmaya çalışılmıştır (Black, 1985; Holliman, 2013). Günümüzde bu tür sosyal hizmet eğitim okullarının en yoğun olduğu

¹²(<http://www.cswe.org/file.aspx?id=14115>, Erişim. 20 Kasım 2016)

ülke Amerika'dır. Amerika'da sadece 1981 yılında 2002 yılına kadar olan süreçte lisans programlarının sayısı 303'den 432'ye çıkmış (artış %43), 87 yüksek lisans programı 146 sayısına (%40) ulaşmış ve 43 doktora programı 67'ye (artış %56) çıkmıştır (Doğan, 2005).

Seltzer (2011), Master of Social Work (MSW) ve Master of Public Health (MPH) eğitim programlarından alınan temel becerileri:

- Empati
- Yavaş ya da hızlı olan değişimlere karşı strateji
- Etkili dinleme ve iletişim becerileri
- Güçlü sorun çözme becerileri ve hızlı düşünme yeteneği
- Toplumun ihtiyaçlarını değerlendirme, epidemiyolojik ilkeleri kullanma, araştırma tasarlama ve müdahale değerlendirme
- Farklı kültür ve geçmişe sahip insanlarla çalışabilme, farklı ihtiyaç ve ilgilere dönük insanlar arasında uzlaşmayı teşvik etme
- İnsanların ihtiyaçlarına yönelik oluşturulan yerel ve ulusal programlar hakkında bilgi sahibi olma şeklinde ifade etmiştir.

Sonuç olarak, halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, alanla ilgili güncel bilgileri ve meydana gelen değişimleri takip etmek zorundadır. Becerileri güçlendirmek ve geliştirmek için farklı fırsat seçenekleri sunan eğitim programları (MSW ve MPH) devam etmektedir. Diğer yandan çeşitli alanlardaki bazı sertifikasyon programları bu alanda kariyer fırsatı sunmaktadır. APHA, IFSW ve NASW başta olmak üzere ulusal ve yerel sosyal hizmet kuruluşları dünyadaki sosyal hizmet uzmanlarını bir araya getirme gayretinde olmaktadır. Son olarak, American Journal of Public Health, Health & Social Work, The Journal of Social Work, Social Work in Health Care, Social Work in Mental Health, Maternal and Child Health Journal ve halk sağlığı raporları gibi akademik dergiler ve yayınlar etkili bir halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı olmak için başvurulabilecek ve yardımcı olacak başlıca kaynaklardır (Holliman, 2013; Keefe ve Evans, 2013; Sable ve ark., 2012).

1.3.7. Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Engelleri ve Geleceği

Halk sağlığı sosyal hizmet alanı ilerlemeye ve gelişmeye devam ederken aynı zamanda birçok sorunla karşı karşıya kalacaktır. Sable ve arkadaşları (2012), yakın zamanımız ve gelecekte halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarını bekleyen ciddi sorunları, terörizm,

felaketler, savaş, hastalık, iklim değişikliği ve sosyal adalet olarak ifade etmiştir. Bunlara daha detaylı bakacak olursak;

İklim değişikliği halk sağlığı gündemine alınmıştır. İleride iklim değişikliği sadece hava üzerinde değil aynı zamanda hastalıkların üzerinde etkili olacaktır. Birçok bulaşıcı hastalık iklim değişikliğinden etkilenmektedir. 2080 yılında “deng humması” virüsünün 2 milyar insanı etkilemesi beklenmektedir. İklim değişikliğinin tarım üzerindeki olumsuz etkileri doğrudan halk sağlığını tehdit etmektedir. Hava kirliliği, iklim değişikliği ile daha belirgin hale gelmiştir. Nüfuslardaki yoğunluk, yaşlanma vb. değişimler halk sağlığını kaygılandıran ve gelecek için endişelendiren diğer bir sorundur. 1982 yılından 2004 yılına kadar Amerika’da yaşlı nüfus oranında 34.6’lık bir yükseliş gerçekleşmiştir. Yaşlanan nüfus beraberinde engellilik, bağımlı olma, rehabilitasyon ve uzun süreli bakımı getirmektedir. Son 20 yıl içinde obezite çanları iyice çalmaya başlamıştır. 2007 yılında Amerika’daki, nüfusun %25’i obezite kriteri içerisine girmiştir. Obezitenin beraberinde diyabet ve kalp hastalıklarını getirmesi ayrıca endişe vermektedir. Sağlık organizasyonunda kaliteli sağlık bakımı esastır. Fakat ne yazık ki uygulamada halen birçok sağlık eşitsizliği görülmektedir. Sosyoekonomik durumdan, etnik köken ve ırktan, eğitim farklılıklarından doğan eşitsizlikler günümüzde ve gelecekte var olmaya devam edecek gibi görünmektedir. Sarıhumma, kolera gibi bulaşıcı hastalıklar 20. yüzyılın son çeyreğinde ortadan kaldırılmış olsa da günümüzde akut solunum yetmezliği (SARS), kuş gribi, Ebola vb. salgınlar devam etmekte ve halk sağlığını tehdit etmektedir. Özellikle göç dalgaları ve birbirine karışan kültürlerin kontrolü sağlık konusunda kargaşa yaratmaktadır. Yeni medya türleri yeni bağımlılık türlerini doğurmaktadır. Sosyal medya insanların sağlığı üzerinde çoktan etkili olmuştur (Curcow ve Hanson, 2010; Seltzer, 2011).

İç ve dış terör tehditleri halk sağlığını etkilediğinden halk sağlığı sosyal hizmet alanını doğrudan ilgilendirmektedir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları afet hazırlığı ve müdahalesinde artan bir şekilde rol almaktadırlar. Çeşitli ölümler, yaralanmalar, can ve mal kayıpları ile sonuçlanan, toplumsal bir travmaya yol açan; doğal, teknolojik ve karmaşık afetler olarak nitelenen afetlerin her türüsünde halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları görev almaktadır. Fırtına, hortum, kasırga, volkanik patlama, sel, deprem, toprak kayması vb. doğal afetler; uçak kazaları, fabrika patlamaları, nükleer güç denemeleri, kimyasal sızıntılar vb. teknolojik afetler ve terörizm ve savaş gibi karmaşık afetlerin tümünde halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarını çeşitli görevler beklemektedir. Sağlık hizmetleri sunumundaki eşitsizlikler, ruhsal ve HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklardan dolayı damgalanma, sağlığa erişimde gruplar arasında var olan uçurum

halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarını yakından ilgilendiren ve ilgilendirecek olan başlıca sosyal adalet sorunlarıdır (Sable ve ark., 2012).

Geliştirilen ama uygulamada beklenen karşılığı vermeyen mevzuatlar, sağlık hizmeti için karar verici olan fakat sağlıklı kararlar alamayan politikacılar, genç annelerin artan üreme sağlığı sorunları, damardan madde alan bağımlılar için temiz iğne değişim programlarına katılımda kimi ölkelerde var olan ikilemler, ağır ve kalıcı ruhsal hastalığı olan insanla yaşıyan kişilere yönelik davranışsal sağlık hizmetleri sunumu, muhafazakar bakış açlarına maruz kalan ve damgalanan HIV/AIDS hastaları halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarını kaygılandıran diğer sorunlardır (Jurkowski ve Keefe, 2013).

Kanıtı dayalı bilgilerin ve araştırmalara katılımların istenilen düzeyde olmaması (Sable ve ark., 2012), halk sağlığı alanında ve özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunda sosyal hizmetin evrensel olarak uyumlu çalışmalar yürütememesi ve amaçların uyumsuzluğu (Lymbery ve Milward, 2002), halk sağlığı önlemlerine ayrılan bütçelerin yetersizliği, MSW ve MPH programları dışında halk sağlığı sosyal hizmet eğitim programlarının olmayışı, sosyal hizmet literatüründe halk sağlığı sosyal hizmetinin yeterince işlenmemesi (Ruth ve Sisco, 2012), halk sağlığı kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının azlığı (Whitaker, Weismiller ve Clark, 2006) halk sağlığı sosyal hizmeti açısından gelecekte karşılaşılan diğer engel ve sorunlardır.

Tüm bu kaygı verici halk sağlığı sorunları halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarını yakından ilgilendirmektedir. Çünkü her birinin sosyal, kültürel ve ekonomik sonuçları vardır. Bu sosyoekonomik ve kültürel sonuçlar doğrudan halk sağlığını etkilemektedir. Halk sağlığını tehdit eden her bir başlık için halk sağlığı sosyal hizmeti yeni stratejiler geliştirmelidir.

1.4. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

İnsanoğlu eski çağlardan beri uzun ve sağlıklı yaşam arayışında olmuş fakat sağlığını ciddi derecede tehdit eden sorunlar ile de sıkça karşı karşıya kalmıştır. Karşılaşılan her sorun sağlıkta önleyici ve koruyucu çabaların önemi daha arttırmıştır. Önemi artan bu çaba zamanla halk sağlığı anlayışı şeklinde ele alınmıştır. İnsanoğlu sağlığı ile ilgili endişe ettikçe halk sağlığı alanı daha çok genişlemiş ve geliştirilmiştir. Tarihi süreçte çeşitli aşı, çevresel mühendislikler ve mikrobiyolojideki gelişmelere paralel olarak halk sağlığını tehdit eden ve milyonlarca insanın ölümüne neden olan birçok bulaşıcı hastalıkla halk sağlığı yaklaşımı sayesinde mücadele edilebilmiş ve çeşitli başarılar elde edilmiştir. Elbette ki insanlık var oldukça insanoğlu ile ilgili sağlık sorunları değişen zaman koşullarına göre farklılık göstermekle birlikte var olmaya devam edecektir. Bu yüzden halk sağlığı yaklaşımı, insanoğlunun hastalıklardan korunması amacıyla önemi artan bir şekilde varlığını sürdürecektir.

Halk sağlığı, insanlar arasında hiçbir ayırım yapmadan herkes için sağlık arayışında olduğundan hedef kitlesi geniş; sorumluluk alanı çeşitlidir. Bu geniş kitle ve alan çeşitliliği halk sağlığı disiplinini farklı bilim dalları ile birlikte çalışmaya sevk etmektedir. Halk sağlığı antropoloji, sosyoloji, ekonomi, sağlık davranışı, biyoloji, psikoloji, istatistik gibi farklı geçmişleri olan uzmanlıkları barındıran geniş bir disiplindir. Sosyal bilimler, sağlık sorunlarının, insan doğası, davranışı ve çevresi tarafından nasıl etkilendiğini açıklamaya çalışılması noktasında günümüzde halk sağlığı disiplininin en çok yararlandığı alandır. Bu durum, halk sağlığı uygulamasında, farklı bilim dallarından farklı uzmanların bir araya gelerek ekip çalışması yürütmelerine olanak tanımaktadır. Fakat teoride kulağa her ne kadar hoş gelse de uygulamada her bilimin ve her uzmanın bu ekip çalışmasındaki rolü tam olarak belirlenmemiş ise fayda zarara; koordinasyon kaosa, iş birliği rekabete dönüşebilmektedir. Bu yüzden her bilim dalının halk sağlığı alanındaki rolünü ve konumunu yapılandırması; teorisine karşılık gelecek uygulamasının temel standart ve bileşenlerini oluşturması gerekmektedir.

Halk sağlığı uygulama alanında kendisine yer bulan ve günümüzde halk sağlığındaki yeri pekişen uygulamalı sosyal bilimlerden bir tanesi sosyal hizmet disiplindir. Sağlık alanında öncü meslekler arasında olma gayretinde olan sosyal hizmet, halk sağlığı alanında, Amerika başta olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde birincil, ikincil ve üçüncül önleme çabaları içerisinde olmuştur. Sosyal hizmetin halk sağlığı alanındaki konumu, halk sağlığı sosyal hizmet uygulaması üzerinden gerçekleşmektedir. 19. yüzyıl halk sağlığı sosyal reformlarıyla birlikte halk sağlığı alanında kendisini göstermeye

başlayan halk sağlığı sosyal hizmeti günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde uygulanmakla birlikte; Türkiye’de henüz gelişmekte olan bir alandır.

Türkiye’de son yıllarda halk sağlığı alanında istihdam edilen sosyal çalışmacı sayısında gözle görülür bir artış olmuştur. Bu artış sosyal hizmet disiplini için birtakım fırsatları sunarken aynı zamanda mesleğin uygulanması ve ekip çalışması ile ilgili bazı ihtiyaçları gündeme getirmektedir. Çünkü Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmetinin bu günkü durumu; sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları halk sağlığı kurumları; çalışılan kurumlarda gerçekleştirilen mesleki uygulamalar; mesleki uygulamaların yeterliliği, rol ve görevlerin yerine getirilmesi veya yerine getirilmesini engelleyen unsurlar; halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bu alana ilişkin görüşleri; sosyal hizmet okullarında halk sağlığı sosyal hizmetine ilişkin müfredat bir araştırma ile ortaya konmuş değildir.

Bu bağlamda, konu ile ilgili bir bilgi eksikliğinin olduğu görüşü oluşmuştur. Bu yüzden bu araştırma, bu bilgi eksikliği üzerinden kurgulanmış ve bu durumu araştırma için bir problem olarak kabul etmiştir.

1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı, Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmetinin mevcut işlevselliğini halk sağlığı kurumlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının uygulamaları ve görüşleri çerçevesinde saptamak olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın ana amacına ek olarak bazı alt amaçlar belirlenmiştir. Bu kapsamda Türkiye’de halk sağlığı kurumlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının:

1. Bazı sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Lisans ve lisans sonrası halk sağlığı kurumlarında çalışmaya yönelik hazırlıkları nelerdir?
3. Halk sağlığı alanına ilişkin görüşleri nelerdir?
4. Çalıştıkları halk sağlığı kurumlarında, ne tür bir halk sağlığı sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirmektedirler?
5. Halk sağlığı alanında sosyal hizmet mesleğinin uygulanmasına ilişkin tespit ve önerileri nelerdir?

sorularına cevap aranması amaçlanmıştır.

1.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Türkiye’de 2003 yılından beri Sağlıkta Dönüşüm Programı yürütülmektedir. 2011 yılında, Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefleri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı, dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran yeniden yapılanma sürecine girmiştir. 112 acil sağlık hizmetleri haricindeki tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinin icrasında da Türkiye Halk Sağlığı Kurumu görevlendirilmiştir. Bu kapsamda; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, illerde Halk Sağlığı Müdürlükleri olarak örgütlenmişlerdir. Bu değişimle birlikte önceleri hastanelerde ve İl Sağlık Müdürlüklerinde görev alan sosyal hizmet uzmanlarına ek olarak Halk Sağlığı Müdürlüklerinde sosyal çalışmacı kadroları açılmıştır. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği’nce Mayıs 2015’te elde edilen verilere göre halk sağlığında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 160’tır. Bu rakam 2017’de 267’ye yükselmiştir. Gerek birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önemin artması gerek bu alanda sosyal hizmet uzmanlarına açılan kadronun genişletilmesi halk sağlığı sosyal hizmetinin önemini arttırmaktadır. Bu kapsamda Türkiye’de henüz gelişmekte olan halk sağlığı sosyal hizmet alanı ile ilgili yapılacak her bilimsel çalışma kıymetli olacaktır.

Çalışmada, Türkiye’deki halk sağlığı sosyal hizmetine ilişkin uygulamalar bu alanda çalışan uygulayıcılar tarafından resmedilmeye çalışılmıştır. Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmetinin mevcut sisteminde, uygulayıcıların halk sağlığı sosyal hizmetinin standartlarına ve kapsamına ilişkin bilgi alabilecekleri akademik çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bu çalışma neticesinde, halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarından toplanacak veriler ve bu verilerden elde edilecek bulgular Türkiye’deki halk sağlığı sosyal hizmetinin işlevi hakkında somut bir örnek teşkil edecektir. Çalışma tam sayım esasına dayandığından çalışma Türkiye’deki halk sağlığı sosyal hizmeti için genellenebilir niteliktedir. Çalışmanın Türkiye’deki halk sağlığı sosyal hizmeti çalışmaları için temel bir çerçeve oluşturacağı ve bu alanın geliştirilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Yapılacak olan bu çalışma, halk sağlığı sosyal hizmet alanı Türkiye’de ilk kez ele alacağından çalışmanın; Türkiye’de halk sağlığı alanında yürütülen mevcut halk sağlığı sosyal hizmetinin işlevselliğini, mesleği uygulayanlar aracılığı ile belirlemesi bakımından kanıta dayalı uygulamaya, sosyal hizmet mesleğine ve meslek literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sınırlılıklarını aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür:

1. Araştırma, çalışma kapsamında oluşturulan anketteki sorular ve bu sorulara verilecek yanıtlarla sınırlıdır.
2. Araştırma, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarında çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan sosyal hizmet uzmanları ile sınırlıdır.

1.8. TANIMLAR

Araştırma kapsamına sıklıkla kullanılan bazı kavramların kuramsal veya operasyonel tanımlarına aşağıda yer verilmiştir.

Halk sağlığı:

Halk sağlığı, halkın sağlıklı olabileceği koşulların sağlanması, sağlık ve iyilikte herkesin ilgisinin yükseltilmesi ve herkesin sağlığının korunmasıdır (Institute of Medicine [IOM], 1988, s. 37).

Halk sağlığı sosyal hizmeti:

Bu çalışmada halk sağlığı sosyal hizmeti, sosyal hizmet mesleğinin Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarında önleme ve müdahaleye vurgu yapan, tüm nüfus gruplarının sosyal işlevselliklerine ve sağlık durumlarına etki eden sosyal problemleri tanımlayan mesleki müdahalesi olarak tanımlanmaktadır.

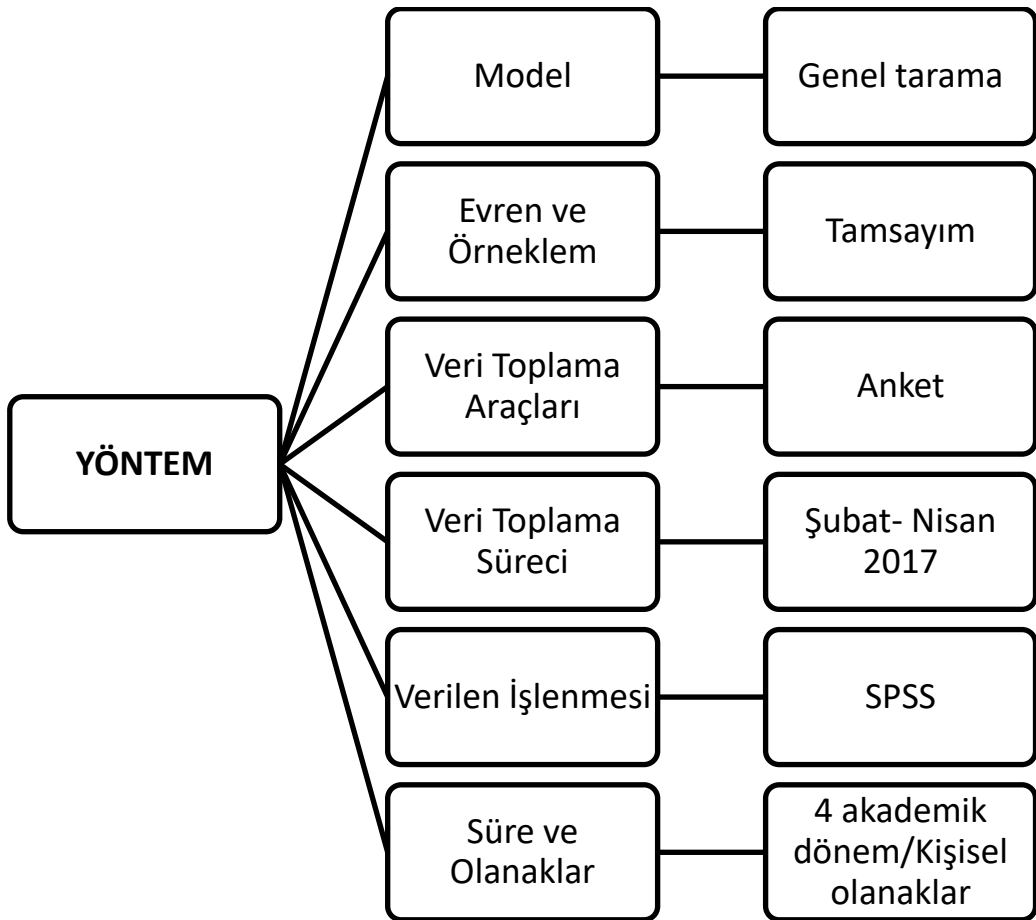
Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı:

Bu çalışmada halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı, sosyal hizmet eğitim kurumlarından mezun olan ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarında sosyal çalışmacı kadrosu ile istihdam edilen kişidir.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde yöntem ana başlığı altında; araştırma modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları, veri toplama süreci, verilerin işlenmesi ve değerlendirilmesi ve son olarak araştırmadaki süre ve olanaklar ele alınmıştır.



Şekil 4. Yöntem Ana Hattı

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma, yapılan çalışmanın amacına uygunluğu nedeni ile, niceliksel metodolojiye dayalı genel tarama modelinin kullanıldığı tanıtısal bir çalışmadır. Bu model esas alınarak çalışmada Türkiye'deki halk sağlığı sosyal hizmetinin mevcut durumu, halk sağlığı kurumlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görüşleri çerçevesinde saptanmaya çalışılmıştır.

“Bir konuya ilişkin katılımcıların görüşlerinin ya da bilgi, beceri, yetenek, tutum vb. özelliklerinin belirlendiği genellikle diğer araştırmalara göre görece daha büyük örneklemeler üzerinde yapılan araştırmalara tarama araştırmaları denir” (Büyüköztürk, Kılıç-Çakmak, Erkan-Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2015, s. 177). Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlar. Bu tür araştırma modelleri, “Ne, nerede, ne zaman, hangi sıklıkla, hangi düzeyde, nasıl” gibi soruların cevaplandırılmasına olanak tanır. Tarama modellerinin sınıflandırılması genel tarama modelleri ile örnek olay tarama modeli şeklindedir.

Karasay (2008), genel tarama modelini; “çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile, evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinden yapılan tarama düzenlemeleri” (s. 79) şeklinde tanımlamıştır. Genel tarama modelleri sadece bir değişkenin incelendiği ya da değişkenlerin tek tek incelendiği tekil tarama modelleri ile iki ya da daha çok sayıda değişkenin aralarındaki ilişkilerin de belirlenmek üzere incelendiği ilişkisel tarama modelleridir. Büyüköztürk ve arkadaşları (2015), tarama türü araştırmalarda ana amacın ve ana amaçla bağlantılı alt amaçların oluşturulmasının yanında toplanması gereken verilerin ve araştırma kapsamında sorulan her bir sorunun ana ve alt amaçlarla bağlantının olması gerektiği noktası üzerinde hassasiyetle durmuşlardır.

Yukarıda sözü edilen tarama ve genel tarama yaklaşımı doğrultusunda, yapılmış olan bu araştırmada, genel tarama modeli kapsamında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının tümü çalışmaya dahil edilerek ve araştırmaya ilişkin ana ve alt amaçlar belirlenerek, Türkiye'de halk sağlığı alanında sosyal hizmet mesleğinin bu günkü durumu saptanmaya çalışılmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmada tam sayım hedeflenmiştir. Tablo 10'da Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) merkez ve taşra teşkilatlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının toplam sayısı ve bu sayının illere göre dağılımı verilmiştir. Tablo 10'daki toplam sayı hedeflenen tam sayımı göstermektedir. Türkiye'de THSK'da aktif olarak çalışan sosyal hizmet sayısı THSK'dan Mart 2017 tarihinde alınan verilere göre 267'dir. Araştırmada, 267 kişiden 167'si anket formuna geri dönüş sağlamıştır. Böylece hedeflenen tam sayımın %62,5'ine ulaşılmıştır.

Tablo 10. THSK Merkez ve Taşra Teşkilatlarında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Toplam Sayısı ve Bu Sayının İllere Göre Dağılımı

İL	AKTİF ÇALIŞAN SHU	İL	AKTİF ÇALIŞAN SHU	İL	AKTİF ÇALIŞAN SHU
ADANA	6	ELAZIĞ	2	MARDİN	4
ADİYAMAN	3	ERZİNCAN	1	MERKEZ	9
AFYONKARAHİSAR	3	ERZURUM	2	MERSİN	7
AĞRI	3	ESKİŞEHİR	4	MUĞLA	7
AKSARAY	2	GAZİANTEP	5	MUŞ	1
AMASYA	1	GİRESUN	1	NEVŞEHİR	1
ANKARA	15	GÜMÜŞHANE	1	NİĞDE	1
ANTALYA	7	HAKKARİ	1	ORDU	2
ARDAHAN	1	HATAY	5	OSMANİYE	3
ARTVİN	1	İĞDIR	2	RİZE	2
AYDIN	2	ISPARTA	1	SAKARYA	2
BALIKESİR	3	İSTANBUL	22	SAMSUN	4
BARTIN	2	İZMİR	6	SİİRT	2
BATMAN	3	KAHRAMANMARAŞ	4	SİNOP	1
BAYBURT	1	KARABÜK	1	SİVAS	2
BİLECİK	1	KARAMAN	3	ŞANLIURFA	4
BİNGÖL	2	KARS	2	ŞİRNAK	3
BİTLİS	2	KASTAMONU	1	TEKİRDAĞ	3
BOLU	2	KAYSERİ	4	TOKAT	2
BURDUR	2	KIRIKKALE	2	TRABZON	3
BURSA	9	KIRKLARELİ	2	TUNCELİ	-
ÇANAĞKALE	2	KIRŞEHİR	2	UŞAK	2
ÇANKIRI	1	KİLİS	1	VAN	7
ÇORUM	2	KOCAELİ	11	YALOVA	3
DENİZLİ	2	KONYA	1	YOZGAT	2
DİYARBAKIR	8	KÜTAHYA	3	ZONGULDAK	2
DÜZCE	1	MALATYA	4		
EDİRNE	2	MANİSA	5		
GENEL TOPLAM= 267					

Kaynak: 7 Mart 2017 17:41 itibariyle Türkiye Halk Sağlığı Kurumundan alınan verilerdir.

2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı, Özdemir (1998) tarafından geliştirilen görüşme formundan da yararlanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan bir adet görüşme formu ile sağlanmıştır. Görüşme formu, araştırmacının ana ve alt amaçları doğrultusunda; 5 bölüm ve toplamda 112 sorudan oluşmaktadır. Türkiye Halk Sağlığına bağlı taşra teşkilatlarından bazı illerde 1 sosyal hizmet uzmanı çalıştığı için daha önceden görüşme formuna koyulan “çalışılan il” sorusu söz konusu illerden çalışmaya katılan kişilerin kimliğini açığa çıkaracağından soru formundan çıkartılmıştır.

Görüşme formunun birinci bölümünde araştırmaya katılan kişilere ilişkin tanıtıcı bilgilere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.) yer verilmiştir. İkinci bölümdeki sorular katılımcıların sosyal hizmet mesleğine, sosyal hizmet eğitimine ve sosyal hizmet lisans eğitimlerinde halk sağlığı alanına yönelimlerini (bölümü tercih etme kaynakları, tercih sıralaması, lisans eğitiminde halk sağlığına ilişkin ders alma vb.) irdelemektedir. Üçüncü bölümde, halk sağlığına ilişkin çeşitli görüşlerin (halk sağlığı ilkeleri vb.) alınması hedeflenmiştir. Dördüncü bölüm halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ne tür bir halk sağlığı sosyal hizmet uyguladıklarını (roller, kaynaklar, çalışılan alanlar, engeller, fırsatlar vb.) saptamayı amaçlayan sorular üzerine kurgulanmıştır. Beşinci bölümde ise, katılımcıların halk sağlığı alanındaki tespit ve önerilerine yer verilmiştir.

Görüşme formunun oluşturulması, belirli basamaklar göz önüne alınarak gerçekleştirilmiştir. Öncelikle araştırmacı tarafından problem tanımlanmış; amaç ve sorular belirlenmeye çalışılmıştır. Bunun için geniş çaplı bir kuramsal inceleme yapılmış ve benzer çalışmalar incelenmiştir. İkinci aşamada taslak bir görüşme formu oluşturulmuş ve sorular maddeler haline getirilmiştir. Üçüncü aşamada, danışman ve uzman görüşü alınarak ilk görüşme formu oluşturulmuştur. Son aşamada ise 10 sosyal hizmet uzmanı ile ön uygulama yapılarak formun analizlerdeki durumu görülmeye çalışılmış ve gerekli değişikliklerle birlikte forma son şekli verilmiştir. Son şeklini alan görüşme formunda; sınıflama sorularına, dereceleme sorularına ve boşluk doldurma sorularına yer verilmiştir.

2.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Büyüköztürk ve arkadaşları (2015), tarama modeli ile tasarlanan bir araştırmada, veri toplama araçlarının kullanılması için 5 yolun olduğunu ve bunların: 1) basılı form halinde, 2) telefonla, 3) posta yoluyla, 4) internet üzerinden ve 5) görüşme yoluyla olduğunu ifade etmişlerdir. Hangi yöntem veya yöntemlerin kullanılacağı, araştırmacı tarafından maliyet, süre, uygulama ortamı, yanıt oranı, kodlanma durumu ve aynı anda çok kişiye ulaşabilme gibi kriterler göz önüne alınarak seçilir. Büyüköztürk ve arkadaşları (2015), Internet üzerinden veri toplamaya ilişkin şu ifadeleri kullanmışlardır:

“Yeni bir veri toplama yöntemi olarak Internet araçlarının kullanılmasından bahsedilebilir. Internet üzerinden özellikle sohbet programları, sanal toplantı programları gibi araçlar kullanarak doğrudan katılımcılarla görüşülebilir. Ancak Internet kullanımında basılı formda olduğu gibi hazır bir veri toplama aracının internet üzerinden uygulanmasıdır. Bu şekilde bir uygulama verilerin hızlı bir biçimde toplanmasını, katılımcıların kimliklerini gizleyerek veri toplayan kişiden etkilenmemeleri ve verilerin dijital ortamda kaydedilmesini sağlar.” (s. 182).

Bu araştırmada, yukarıda sözü edilen maliyet, süre, bütçe, insan gücü, aynı anda çok kişiye ulaşma, katılımcıların araştırmacıdan etkilenmemeleri adına daha önce basılı olarak hazırlanan anket formu Internet üzerinden bir form hazırlama programından (Google forms) dijital bir görüşme formuna dönüştürülmüştür. Internet üzerinden oluşturulan ankete ait link, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarında çalışan sosyal hizmet uzmanları telefonla aranarak ve ankete yanıt vermeyi kabul edenler belirlenerek; araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara mail ve çeşitli sohbet programları üzerinden ulaştırılmıştır. Yanıtlanan her anket Internet üzerinden formun hazırlandığı programa düşerek, programdaki havuzda birikmiştir. Veri toplama süreci Şubat 2017’de başlatılmış olup Nisan 2017’de sonlandırılmıştır.

2.5. ARAŞTIRMADA VERİLERİN İŞLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma kapsamında, araştırmaya gönüllü olanlardan elde edilen veriler öncelikle anketin İnternet üzerinden oluşturulduğu programa düşmüştür. İnternetteki programa düşen her bir anket, öncesinde kodlama yönergesi ile yapılandırılmış olan SPSS 20 programına aktarılmıştır.

SPSS 20 programına işlenen verilerden bulgu elde edebilmek için uygun istatistiksel analizler yapılmıştır. Veri dağılımının normal olmaması nedeniyle, veri analizinde parametrik olmayan testler (Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi) kullanılmıştır. Veri analizlerinde ayrıca çeşitli kategorik değişkenler arasındaki ilişkilere bakmak için Kikare testi kullanılmıştır.

Veriler tablolar haline dönüştürülüp istatistiksel analizler yapıldıktan sonra bulgular yorumlanarak sonuca ulaşılmıştır.

2.6. ARAŞTIRMADA SÜRE VE OLANAKLAR

Çalışma Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından araştırmacıya tanınan süre içerisinde yani dört akademik dönemde bitirilmiştir.

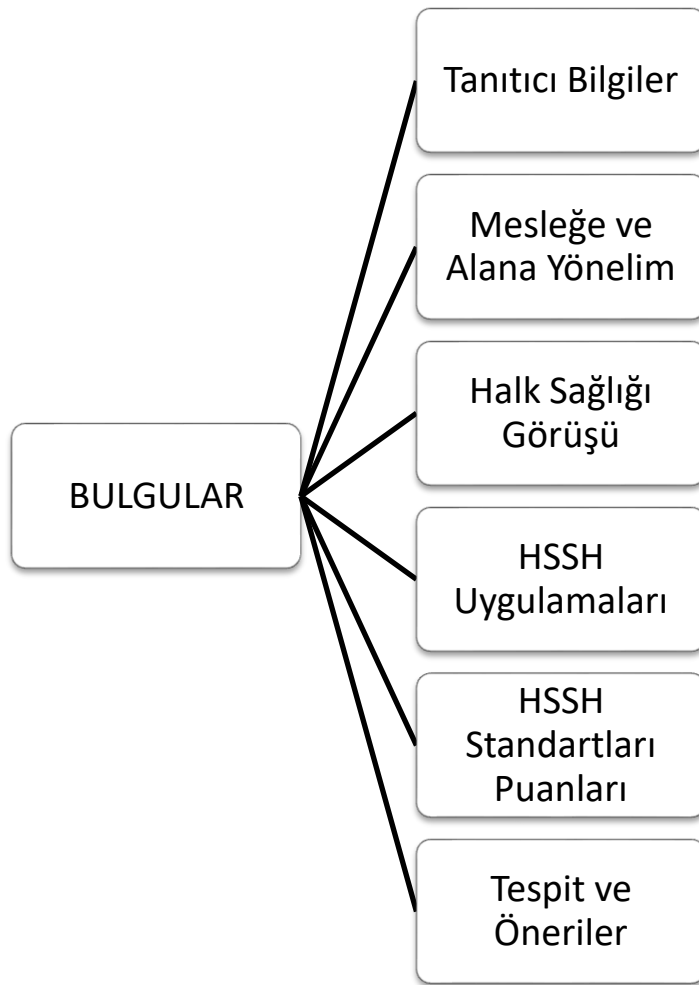
Araştırmada insan gücü olarak, çalışmanın önerisinin hazırlanması ve ilgili mercilere sunulması; çalışmanın kuramsal, yöntem, bulgular ve sonuç bölümleri; yorumlanması ve raporlaştırılması süreçlerinde eğitim danışmanı ile koordineli bir şekilde çalışılmıştır. Zaman zaman farklı profesyonellerden ve halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarından destek alınmıştır.

Araştırmanın tüm giderleri araştırmacının kendi olanakları ile karşılanmıştır.

3. BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmet alanını uygulayıcıların gözünden inceleyerek halk sağlığı sosyal hizmet alanının Türkiye’deki mevcut durumunu gösterme çabasında olan bu araştırmanın bulgular bölümü 6 alt başlık şeklinde sunulmuştur (Şekil 5).



Şekil 5. Bulgular ve Yorum Ana Hattı

3.1. TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİ ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARINA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bulguların bu ilk bölümünde, Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin tanıtıcı bilgilere (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş, çalışılan kurum /şube /birim ve pozisyon) yer verilmiştir.

Tablo 11. HSSHU'ların Tanıtıcı Bilgileri

Tablolar	Gruplar	S	%
Cinsiyet	Kadın	81	48,5
	Erkek	86	51,5
Medeni durum	Evli	71	42,5
	Bekar	96	57,5
Eğitim durumu	Lisans	138	82,6
	Yüksek lisans	29	17,4
Yaş	≤27	88	52,7
	28-32	47	28,1
	33-37	21	12,6
	38≥	11	6,6
Çalışılan kurum	THSK ^a (merkez)	8	4,8
	HSM ^b (taşra)	96	57,5
	TSM ^c (taşra)	63	37,7
Daire/şube/birim	Ruh sağlığı	89	53,3
	Bulaşıcı olmayan hastalıklar-kanser	33	19,8
	Evde sağlık	9	5,4
	Eğitim birimi	7	4,2
	Toplum sağlığı	7	4,2
	Tütün birimi	7	4,2
	Hasta hakları	5	3
	Sağlıklı yaşam merkezi	5	3
	Diğer (çalışan sağlığı, arge, disiplin)	5	3
	Çalışılan pozisyon	Yönetici	2
Uygulayıcı		165	98,8

a (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) b (halk sağlığı müdürlüğü) c (toplum sağlığı merkezi)

Araştırmaya katılanların %51,5'i erkek, %48,5'i kadındır. Tablo 11'den anlaşılacağı üzere HSSHU'ların %57,5'i bekar iken, %42,5'i evlidir. HSSHU'ların eğitim durumları incelendiğinde; %82,6'sının lisans mezunu olmasına karşın yüksek lisans mezunu olanların oranı %17,4 olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamında "Doktora" seçeneği soru formunda yer almış fakat bu seçenek araştırmaya katılan hiçbir HSSHU tarafından işaretlenmemiştir. Araştırma kapsamında, yüksek lisans mezunu HSSHU oranının düşük bir oran olduğu düşünülmektedir. Araştırmada saptanan yüksek lisans yapan HSSHU oranı, Özdemir (2000), tarafından Türkiye'de psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yapılan bir çalışma ile paralellik göstermektedir. Söz konusu çalışmada yüksek lisans mezunu oranı %20 olarak tespit edilmiştir. 1975 yılından bu yana halk sağlığı sosyal hizmet alanı ile ilgili lisans sonrası eğitimler Amerika başta olmak üzere çeşitli ülkelerde Master of Social Work (MSW) ve Master of Public Health (MPH) adlı yüksek lisans ve doktora programları kapsamında karşılanmaktadır (Black, 1985; Holliman, 2013). Türkiye'de sosyal hizmet eğitim kurumlarının sayısındaki artışa bağlı olarak lisans üstü eğitim programlarına kayıt olan sosyal hizmet uzmanı sayısında artış olması beklenen bir durum iken araştırmadan bu beklentinin tersi bir bulguya rastlanmıştır. Türkiye'de sosyal hizmet ya da halk sağlığı eğitim kurumlarında doğrudan halk sağlığı sosyal hizmeti ile ilgili uzmanlaşmacı bir lisans üstü eğitim programı bulunmamaktadır. Bu durum, HSSHU'ların böylesi bir eğitim deneyiminden yararlanamadıkları sonucunu göstermektedir. Türkiye'de sosyal hizmet ve halk sağlığı eğitim kurumlarında bu tür lisans üstü eğitim programlarının açılmasıyla birlikte HSSHU'ların eğitim durumlarında yüksek lisans ve doktora oranlarının artış gösterebileceği değerlendirilmektedir.

Halk sağlığı alanında çalışan HSSHU'ların yaş dağılımları incelendiğinde; minimum yaşın 23, maksimum yaşın 48 olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan HSSHU'ların yaş ortalaması ise 28.74 olarak bulunmuştur. HSSHU'ların kategorize edilmiş yaş dağılımlarına baktığımızda yarısından fazlasının (%52,7) 27 ve daha küçük yaşta oldukları görülmektedir. Halk sağlığı alanında çalışan HSSHU'ların yarısından fazlasının 27 ve daha küçük yaşta olmalarının 2016/1 KPSS atamaları ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü yakın zamanda gerçekleştirilen bu atama ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarına 140 sosyal çalışmacı kadrosu tahsis edilmiş ve kadroların tümü tercih edilerek doldurulmuştur. Bu kadrolara yerleşen sosyal hizmet uzmanlarının, sosyal hizmet eğitim kurumlarından yakın zamanda mezun oldukları ve yaş ortalamalarının düşük olduğu gözlenmektedir. Ayrıca sağlıkta dönüşüm programları kapsamında, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve

Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılmıştır. Kararnameye istinaden, Sağlık Bakanlığına bağlı THSK 2012 yılında kurulmuştur. THSK yakın zamanda kurulmuş olması ve sosyal çalışmacı kadrosu açarak sosyal hizmet uzmanı istihdam etmesi yakın zamanlı olduğundan halk sağlığı alanında çalışan HSSHU'ların yaş ortalamalarının düşük olması beklenen bir sonuç olarak görülmektedir.

HSSHU'ların THSK'ya bağlı merkez ve taşra teşkilatlarında çalışma dağılımlarına bakıldığında %57,5'inin HSM'de, %37,7'sinin TSM'de ve %4,8'inin THSK merkez teşkilatında çalıştıkları saptanmıştır. Saptanan bulgularda THSK merkez teşkilatında çalışan HSSHU'ların oranının (%4,8) düşük bir oran olduğu görülmektedir. THSK merkez teşkilatı Türkiye genelindeki halk sağlığı politika ve uygulamalarına doğrudan etki eden merkezi bir kurumdur. Dolayısıyla halk sağlığı alanında çalışan mesleklere ilişkin rol ve görevleri belirleyen THSK merkez teşkilatında sosyal hizmet mesleğini temsil eden HSSHU'ların sayısının artması sosyal hizmet mesleğinin halk sağlığı alanında işlevselliğinin artmasında ve öneminin anlaşılmasında önemli rol oynayacaktır. Çünkü bakanlık düzeyinde halk sağlığı uygulamalarına ilişkin politika geliştiren üst düzey idarecilere ve bürokrasiye THSK merkez teşkilatından ulaşmak ve etki etmek daha kolay olacaktır. HSSHU'ların birim / şube bazında çalıştıkları alanlara baktığımızda "ruh sağlığı" birim ya da şubesinde çalışan HSSHU'ların oranının %53,3 olduğu tespit edilmiştir. Yurt dışında 2008 yılında yapılan bir araştırmada sosyal hizmet uzmanlarının %35'i ruh sağlığı alanını ilk çalışma alanı olarak ifade etmiştir (Whitaker ve Arrington, 2008). Bu araştırmadan görüleceği üzere ruh sağlığı alanında çalışmak sosyal hizmet uzmanları arasında yaygınlık göstermektedir. Türkiye'de HSSHU'ların çoğunlukla ruh sağlığı birim ya da şubelerinde çalışmalarını sağlayan birtakım faktörler söz konusudur. THSK kurulmadan önce Türkiye'de Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı olan sağlık müdürlüklerinde meslek elemanları genellikle ruh sağlığı şubesinde görevlendirilmekteydiler. 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname kapsamında illerde sağlık müdürlükleri sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü ve kamu hastaneleri birliği genel sekreterliği şeklinde üçlü bir yapılanmaya gidinde ruh sağlığı şubesi ve ruh sağlığı şubesinde görevli meslek elemanları halk sağlığı müdürlüğü bünyesine alınmıştır. Böylece hem sağlık müdürlüğü zamanında ruh sağlığında çalışan sosyal hizmet uzmanları halk sağlığı alanına geçmiş hem de halk sağlığına atanan yeni sosyal hizmet uzmanları öncelikle ruh sağlığı şubelerinde görevlendirilmişlerdir. İllerde ruh sağlığı şubelerinde sosyal hizmet uzmanı norm kadrosu dolduğunda sonradan atanan sosyal

hizmet uzmanları ihtiyaca göre halk sağlığına bağlı diğer Őubelerde ya da TSM'lerde görevlendirilmişlerdir. Mevcut halk sağlığı kurumlarında özellikle TSM'ler bünyesinde "sağlıklı yaşam merkezleri" kurularak meslek elemanlarının bu merkezde çalışmalarının sağlanması hedeflenmektedir. Araştırmada, Türkiye'de yaygınlaştırılmaya çalışılan sağlıklı yaşam merkezlerinde alışan HSSHU sayısı 5 olarak saptanmıştır. İlerleyen yıllarda bu sayının artış göstereceği düşünülmektedir.

Halk sağlığı alanında alışan HSSHU'ların çalıştıkları kurumlardaki pozisyonları incelendiğinde sadece 2 kişinin (%1,2) yönetici pozisyonunda çalıştığı saptanmıştır. Elde edilen sonuç zdemir'in (2000) yaptığı çalışmayla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada sadece 1 sosyal hizmet uzmanının yönetici pozisyonunda çalıştığı tespit edilmiştir. Birçok sağlık kuruluşunda olduğu gibi THSK merkez ve taşra teşkilatlarında hekimlerin yoğunlukta olduğu bir idareci profiline rastlamak mümkündür.

3.2. TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIğI SOSYAL HİZMETİ ALANINDA ALIşAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ HALK SAĞLIğI SOSYAL HİZMETİ ALANINDA ALIşMAYA İLİşKİN YÖNELİMLERİ VE HAZIRLIKLARI

Bulguların bu bölümünde, Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmeti alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının halk sağlığı sosyal hizmeti alanında çalışmaya ilişkin yönelimleri ve hazırlıkları (sosyal hizmet bölümünü tercih etmede etkili olan etmenler, mezun oldukları sosyal hizmet eğitim kurumu, lisans eğitimlerinde halk sağlığı sosyal hizmet alanına ilişkin ders alma durumları vb.) ele alınmıştır.

Tablo 12'de halk sağlığı alanında alışan HSSHU'ların sosyal hizmet mesleğine yönelimleri incelendiğinde, sosyal hizmet mesleği dışında farklı bir lisans bölümü okuyanların oranı %25,7'dir. Bu oranın çıkmasında son zamanlarda sosyal hizmet açık ğretim fakültelerinden (AF) mezun olan sosyal hizmet uzmanlarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü işletme vb. bölümlerden mezun olup alanı ile ilgili istihdam fırsatı bulamayan kişilerin son yıllarda sosyal hizmet açık ğretim fakültelerine yöneldikleri gözlenen bir durumdur. Ayrıca araştırmadaki mezun olunan okul/fakülte sorusuna verilen yanıtlarda HSSHU'ların %13,8'inin AF mezunu olduğu saptanmıştır. Bu oran farklı lisans bölümü okuyan HSSHU'ların oranının beklenenin üzerinde olmasının gerekçesini destekler niteliktedir.

Tablo 12’de araştırmaya katılan HSSHU’ların yarısından azının (%48,5) İBBF’den mezun olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de sosyal hizmet eğitim kurumlarının sayısındaki artışa bağlı olarak sosyal hizmet bölümleri, farklı üniversitelerin farklı fakülte ya da yüksekokul bünyelerinde açılmaktadır. Bu durum araştırmada, HSSHU’ların mezun olunan fakülte/yüksekokul sorusuna verdikleri yanıtlardan rahatlıkla anlaşılmaktadır. Özdemir (2000) tarafından yapılan çalışmada psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mezun oldukları okul türü üç iken araştırmamızda bu sayı altıyı bulmuştur. Bu durum yıllar içerisinde mezun olunan sosyal hizmet okul türünde artış olduğunu göstermektedir. Tablo 12’de sosyal hizmet bölümünü tercih etme ortalaması 6.19 olan HSSHU’ların mesleğe yönelimlerinde etkili olan en önemli faktör kendileri olmuştur. Çünkü hem bölümü tercih etmede (%74,3) hem de bölüm hakkında bilgi edinmede (%67,1) HSSHU’ların sosyal hizmet mesleğini tercih etmede bireysel karar verme ve araştırma yönlerinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 12. HSSHU’ların SH Mesleğine Yönelimlerine İlişkin Değerlendirmeleri

Tablolar	Gruplar	S	%
Farklı bir lisans bölümünde okuma	Evet	43	25,7
	Hayır	124	74,3
SH bölümünü tercih etmede etkili olan faktörler*	Kendi tercihi	124	74,3
	Aile / yakınlar	40	24
	Arkadaşlar	23	13,8
	Öğretmenler	47	28,1
Bölüm hakkında bilgi edinme kaynağı*	Kendi araştırması	112	67,1
	Aile	33	19,8
	Arkadaşlar	42	25,1
	Öğretmenler	59	35,3
	İnternet	80	47,9
SH bölümünü tercih etme sıralaması	1-5	95	56,9
	6-10	34	20,4
	11-15	24	14,4
	16-20	9	5,4
	21-25	3	1,8
	26-30	2	1,2
Mezun olunan fakülte/yüksekokul	İİBF ^a	81	48,5
	SBF ^b	39	23,4
	SBY ^c	6	3,6
	AÖF ^d	23	13,8
	FEF ^e	9	5,4
	SHYO ^f	9	5,4

* (Katılımcılara anket formundaki bu sorular için çoklu cevap seçeneği verilmiştir. Her bir değişken n=167 üzerinden değerlendirilmiştir.)

a (İktisadi ve idari bilimler fakültesi) b (sosyal bilimler fakültesi) c (sosyal bilimler yüksekokulu) d (açık öğretim fakültesi) e (fen edebiyat fakültesi) f (sosyal hizmet meslek yüksekokulu)

Tablo 13. HSSHU'ların SH Lisans Eğitimlerine İlişkin Değerlendirmeleri

Tablolar	Gruplar	S	%
HS / HSSH ile ilgili ders alma durumu	Alan	43	25,7
	Almayan	124	74,3
HS bölümünden ders alma durumu	Alan	18	10,8
	Almayan	149	89,2
HS/HSSH ile ilgili kaynaklardan yararlanma durumu	Yararlanan	85	50,9
	Yararlanmayan	82	49,1
HS/HSSH ile ilgili bilimsel çalışmalara katılma durumu	Katılan	46	27,5
	Katılmayan	121	72,5
HS alanında staj yapma durumu	Yapan	18	10,8
	Yapmayan	149	89,2
HSSH alanında çalışmayı düşünme durumu	Düşünen	85	50,9
	Düşünmeyen	82	49,1
Alınan SH eğitiminin HS uygulamalarını karşılama düzeyi	Çok kötü	13	7,8
	Kötü	37	22,2
	Ne iyi ne kötü	69	41,3
	İyi	43	25,7
	Çok iyi	5	3
SH eğitime yönelik genel değerlendirme	Çok kötü	3	1,8
	Kötü	18	10,8
	Ne iyi ne kötü	46	27,5
	İyi	83	49,7
	Çok iyi	17	10,2

Tablo 13'te halk sağlığı alanında çalışan HSSHU'ların lisans eğitimleri sürecinde halk sağlığı ve halk sağlığına yönelik hazırlıkları saptanmıştır. Göze çarpan ilk önemli bulgu HSSHU'ların %74,3'ünün lisans eğitimlerinde HS ya da HSSH ile ilgili herhangi bir ders almamaları olmuştur. Benzer şekilde grubun %89,2'sinin lisans eğitimleri sürecinde herhangi bir halk sağlığı kurumunda uygulama (staj) yapmadıkları tespit edilmiştir. Erbay ve Sevin (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. SH Bölümü 4. sınıfta eğitim gören 83 öğrencinin sosyal hizmet eğitimi hakkında görüşü alınmıştır. Bu çalışmada göze çarpan önemli bir sonuç çalışmada öğrencilerden değerlendirilmesi istenilen ders seçeneklerinin içerisinde okul sosyal hizmeti, tıbbi sosyal hizmet ve hemen hemen tüm seçmeli derslere ilişkin yer verilirken doğrudan HSSH ile ilgili herhangi bir dersin olmayışı olmuştur. Bunun anlamı şudur: Türkiye'de uygulaması

THSK bünyesinde 2012 yılında resmi olarak başlayan HSSH'ye ilişkin Türkiye'nin en köklü sosyal hizmet okulunda bile halen ders müfredatına HSSH ile ilgili bir ders konmamıştır.

HS ve HSSH ile ilgili ders alınma ve uygulama yapma oranlarının düşük olmasına karşın lisans eğitimi sürecinde HSSH alanında çalışmayı düşünenlerin oranı ise %50,9'dur. Erbay ve Sevin (2013) tarafından yapılan araştırmada, öğrencilerin mezuniyet sonrası en çok çalışmak istedikleri alan sağlık alanı olarak tespit edilmiştir. Öte yandan lisans eğitiminde, HS ve HSSH alanı ile ilgili kaynaklardan yararlananların oranı %50,9 olarak saptanmıştır. Lisans eğitim sürecinde HSSH alanında çalışmayı düşünenler ile HS ve HSSH alanına ilişkin kaynaklardan yararlananlar arasındaki bağlantı için Kikare testi yapılmış ve lisans eğitimi sürecinde HSSH alanında çalışmayı düşünme ile HS / HSSH alanı ile ilgili kaynaklardan yararlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunmuştur ($X^2= 9.088$, $p= .003$). Ruth ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, halk sağlığı alanında çalışmak isteyen sosyal hizmet uzmanlarından mikro, mezzo ve makro müdahale düzeylerinde beceriler beklendiği, bu beklentinin karşılanabilmesi için sosyal hizmet uzmanlarına hem sosyal hizmet hem de halk sağlığı alanında eğitim almalarının tavsiye edildiği vurgulanmaktadır. Yine birinci basamak sağlık hizmetlerinde sosyal hizmetin potansiyelinin hem sağlık hem de sosyal hizmet literatüründe yoğun şekilde tartışılması gerektiğini düşünen çalışmalar mevcuttur (McGregor, Mercer ve Harris, 2016).

Tablo 13'ten elde edilen bulgular neticesinde, Türkiye'deki HSSH alanında çalışmaya başlayan sosyal hizmet uzmanlarının genelci sosyal hizmet eğitimi almanın yanında doğrudan HS ve HSSH ile ilgili ders ve uygulamaları yeterince almadıkları gözlenmektedir. Türkiye'de bu alana ilişkin eğitim ihtiyacı olduğu açıkça görülmektedir. Amerika'da 2006 yılında sayısı 20 olan Master Social Work (MSW) programlarının 2013'te sayısı 37'ye yükselmiştir (Jackson, 2015). Türkiye'de HSSHU'lara olan ilginin arttığı TSHK'nın sosyal çalışmacı kadrosunda açıkça görüldüğünden; sosyal hizmet eğitim kurumları sosyal hizmet uzmanlarına halk sağlığı alanında kariyer yapabilmeleri için fırsatlar yaratmalıdır. Çünkü sosyal hizmet uygulamalarının yapıldığı alanlarda, sadece sosyal hizmet bilgi, beceri, değer ve kuramlarını kullanmak yeterli olmayacaktır. Sosyal hizmet eğitiminin kazandırdığı bilgi ve becerilerin yanı sıra uygulama yapılacak alana ilişkin bilgi sahibi olmak ve alan üzerinde hakimiyet kurmak sosyal hizmet uygulamalarının daha verimli ve etkili olmasını sağlayacaktır.

Tablo 13'te HSSHU'ların sosyal hizmet eğitimine yönelik genel değerlendirmeleri "iyi" olarak tespit edilirken; alınan sosyal hizmet eğitiminin HSSH uygulamalarını karşılama düzeyi "orta" olarak saptanmıştır. Erbay ve Sevin (2013) tarafından yapılan bir araştırmada sosyal hizmet eğitiminin genel değerlendirmesi araştırmamızdaki bulgu ile paraleldir. Bu çalışmada, sosyal hizmet uzmanları tarafından sosyal hizmet bölümlerinde verilen genelde eğitimden memnuniyetin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Buna karşın uzmanlaşma gerektiren alanlara yönelik eğitim memnuniyetlerinde ise memnuniyet oranının orta derecede olduğu gözlenmektedir.

3.3. TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİ ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ HALK SAĞLIĞI ALANI İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Bulguların bu bölümünde, Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmeti alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının halk sağlığı alanına ilişkin görüşlerine (halk sağlığı ilkeleri, sağlığın sosyal belirleyicileri, dezavantajlı görülen hedef kitle vb.) yer verilmiştir.

Tablo 14. HSSHU'ların Halk Sağlığı Görüşü Puanları

	\bar{X}	Min	Max	Ss
Halk sağlığı temel ilkeleri görüşü	56.13	21	65	5.74
Sağlığın sosyal belirleyicilerini göz önünde bulundurma sıklığı	50.07	14	70	11.02

Tablo 14'te HS alanında çalışan HSSHU'ların halk sağlığı uygulamalarında göz önünde bulundurulması gereken halk sağlığı ilkeleri ve sağlığın sosyal belirleyicilerini göz önünde bulundurma dağılımları ele alınmıştır. Halk sağlığı ilkeleri puanları hesaplanırken soru formunda yer alan "halk sağlığı temel ilkeleri görüşlerine katılım" soru başlığı kullanılmıştır. Bu soru başlığından beklenen en düşük puan 13, en yüksek puan ise 65'tir. Soru formunda yer alan "sağlığın sosyal belirleyicilerini göz önünde bulundurma" soru başlığı için beklenen en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir. Bu durumda araştırmaya katılan HSSHU'ların halk sağlığı ilkeleri görüşleri puan ortalamalarının $\bar{X}= 56.13$ olduğu, sağlığın sosyal belirleyicilerini göz önünde bulundurma puan ortalamalarının ise $\bar{X}= 50.07$ olduğu görülmektedir. Çağdaş halk sağlığı anlayışında temel ilkelerinin özünde

“toplumsal iyilik” kavramı ön plandadır. Bu anlayışın çağdaş halk sağlığını anlamada önemli bir rolü vardır. Bu ilke ve beraberinde getirdiği anlayış 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi ile iyice pekiştirilmiştir (Öztek ve ark., 2015; Öztürk, 2011). “Toplumsal iyilik” kavramı sosyal hizmet mesleğinin de amaçladığı nihai bir hedeftir. Bu yüzden etkin bir HSSH uygulaması için HSSHU’ların halk sağlığı ilkelerini benimsemeleri beklenmektedir. Öte yandan önleme ve tedavi ile ilişkili olan ve sağlığı etkileyen sosyal faktörler sosyal hizmetin ana sorumluluk alanlarındandır (Evans, 1985). Bu yüzden sağlığı etkileyen tüm sosyal belirleyicilerin HSSH uygulaması esnasında göz önünde bulundurulması şarttır. Türkiye’de henüz gelişmekte olan HSSH alanı için HSSHU’ların halk sağlığı ilkelerini ve sağlığın sosyal belirleyicilerini göz önünde bulundurma puanlarına bakıldığında, tespit edilen puanların maksimum puanlara yakın olması önemli bir bulgu olarak düşünülmektedir.

Tablo 15. HSSHU’ların Halk Sağlığı Açısından Dezavantajlı Gördükleri Gruplara İlişkin Değerlendirmeleri

Dezavantajlı grup*	S	%
İşsizler	116	69,5
Engelliler ve kronik hastalığı olanlar	142	85
Çocuklar	69	41,3
Tutuklu ve hükümlüler	62	37,1
Eşcinseller	78	46,7
Bağımlılar	117	70,1
Kadınlar	42	25,1
Yaşlılar	103	61,7
Evsizler	133	79,6
İrk/etnik azınlıkları	62	37,1
Göçmenler/mülteciler/sığınmacılar	100	59,9
Bulaşıcı hastalığı olanlar	81	48,5

* (Katılımcılara anket formundaki bu sorular için çoklu cevap seçeneği verilmiştir. Her bir değişken n=167 üzerinden değerlendirilmiştir.)

Tablo 15’te HSSHU’ların halk sağlığı alanında çalışan bir sosyal hizmet uzmanı olarak halk sağlığı bakışıyla hangi grubu ya da grupları daha dezavantajlı gördüğü tespit edilmiştir. %85’lik bir oranla “engelliler ve kronik hastalığı olanlar” HSSHU’lar tarafından halk sağlığı açısından en dezavantajlı grup olarak görülmüştür. Bunu evsizler (%79,6), bağımlılar (%70,1) ve işsizler (%69,5) takip etmektedir. HSSHU’lardan elde edilen bu bulguların halk sağlığı hedef kitlelerine yönelik yapılacak planlama ve politikalarda göz önünde bulundurulabilecek önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Çünkü bu bulgular bu grupların halk sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanamadığının da bir göstergesi olarak yorumlanmaktadır.

3.4. TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİ ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ÇALIŞMA YAŞAMI

Bulguların bu bölümünde, Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmeti alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının halk sağlığı alanına ilişkin uygulamalarına, bilgi kaynaklarına, uygulamalarını etkileyen faktörlere, müdahale alanlarına, birlikte çalıştıkları kişi ve ekip çalışmalarına ve bu alanda devam etme isteklerine yer verilmiştir.

Tablo 16. HSSHU'ların Çalışma Yıllarına İlişkin Değerlendirmeleri

Tablolar	Gruplar	S	%
SHU olarak çalışma yılı	<1	48	28,7
	1-5 yıl	90	53,9
	6-10 yıl	21	12,6
	11≥	8	4,8
HS alanında SHU olarak çalışma yılı	<1	78	46,7
	1-5 yıl	75	44,9
	6≥	14	8,4

Tablo 16'da HS alanında çalışan HSSHU'ların çalışma yılları ortalaması ay bazında ele alındığında sosyal hizmet uzmanı olarak çalışma ortalaması 43.32 ve HSSHU olarak ay bazında çalışma ortalaması 27.16 olarak saptanmıştır.

Bulgular HSSHU'ların çalışma süreleri göz önünde bulundurulduğunda bu alanda yeni yeni yer aldıklarını göstermektedir. Bunda şüphesiz ki HSSH'nin Türkiye'de henüz gelişmekte olan bir alan olması ve bu alana sosyal çalışmacı kadrosunun 2012 yılından sonra atanmasıdır. Bunu Tablo 16'daki yıllara göre kategorize edilmiş "HSSHU olarak çalışma yılında" görmek mümkündür. Özellikle 1 yıldan az çalışma süresi olanların %46,7 oranında olması bu tespiti doğrulamaktadır. Ayrıca hem genel anlamda SHU olarak çalışma yılı hem de HSSHU olarak çalışma yılı bazında 1-5 yılda yığılma olmasının THSK'nın 2012 yılında kurulması ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 17. HSSHU'ların Halk Sağlığı Alanındaki Çalışma Koşullarına İlişkin Değerlendirmeleri

Tablolar	Gruplar	S	%
HS alanına isteyerek başlama	Evet	139	83,2
	Hayır	28	16,8
İlk çalışma alanının HS olma durumu	Evet	86	51,5
	Hayır	81	48,5
Çalışılan HS kurumundaki SHU sayısı	Yalnız ben	56	33,5
	1 kişi	34	20,4
	2 kişi	23	13,8
	3 kişi	12	7,2
	4 ve üzeri kişi	42	25,1
Çalışma sahası*	Kır	48	28,7
	İlçe	120	71,9
	Kent	120	71,9
	Ulusal	12	7,2
	Uluslararası	2	1,2
Çalışılan HS kurumunda yerleşmiş bir HSSH uygulamasının olma durumu	Çok kötü	42	25,1
	Kötü	40	24
	Ne iyi ne kötü	44	26,3
	İyi	35	21
	Çok iyi	6	3,6
Çalışılan HS kurumunda uygulamalar için süpervizyon alma durumu	Çok kötü	34	20,4
	Kötü	44	26,3
	Ne iyi ne kötü	51	30,5
	İyi	35	21
	Çok iyi	3	1,8
Çalışılan HS kurumunda mesleki deneyim ve birikimlerden yeterince yararlanılma durumu	Çok kötü	17	10,2
	Kötü	33	19,8
	Ne iyi ne kötü	61	36,5
	İyi	48	28,7
	Çok iyi	8	4,8
Çalışılan HS kurumunda karşılaşılan eksiklikler*	Yönetimsel	129	77,2
	Personel	98	58,7
	Koordinasyon	129	77,2
	Kaynak	110	65,9
	Ulaşım ve İletişim	76	45,5
HS alanında çalışmaya devam etme isteği	Evet	66	39,5
	Kararsızım	62	37,1
	Hayır	39	23,4

* (Katılımcılara anket formundaki bu sorular için çoklu cevap seçeneği verilmiştir. Her bir değişken n=167 üzerinden değerlendirilmiştir.)

Tablo 17'de HSSHU'ların halk sağlığı alanındaki çalışma koşullarına ilişkin değerlendirmeleri ele alınmıştır. Bu göre; HSSHU'ların %83,2'sinin halk sağlığı alanını isteyerek tercih ettikleri ve yarısından fazlasının (%51,5) ilk çalışma alanının halk sağlığı

alanı olduğu tespit edilmiştir. Sosyal hizmet uzmanları aldıkları eğitimden ve çalışma alanlarının kapsamlı olmasından dolayı farklı alanları tercih edebilme şansına sahiptirler. THSK sosyal çalışmacı kadrolarını merkezi atama ile belirlemekte ve tercihlerde KPSS'den alınan puanları esas almaktadır. Dolayısıyla HSSH alanında çalışmak isteyen sosyal hizmet uzmanları bu şekilde alanda çalışma imkanı bulabilmektedir. Elde edilen bulgular HSSHU'ların büyük çoğunluğunun KPSS puanları ile isteyerek bu alana yöneldiklerini göstermektedir. HSSHU'ların çoğunluğunun HSSH alanına isteyerek çalışmaya başlaması, şu anda ilgi alanları olan bir alanda çalıştıklarını gösterdiğinden anlamlı ve önemli olarak görülmektedir. Çünkü bilinçli olarak tercih edilen bir alanda hizmet motivasyonu ve ilgi daha yoğun olacaktır. Yapılan Kikare testinde HS alanında isteyerek çalışma ile çalışma motivasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($X^2= 13.175, p= .010$)

Tablo 17'de HSSHU'ların çalıştıkları kurumdaki HSSHU sayısına bakıldığında iki değişken öne çıkmaktadır. Buna göre tek başına çalışanların oranı %33,5 ve çalıştıkları kurumda 4 ve daha fazla HSSHU ile çalışanların oranı %25,1 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu THSK'nın son yıllardaki taşra yapılarında meslek elemanlarının halk sağlığı kurumlarındaki dağılımını göz önüne seren bir bulgudur. Çünkü THSK ilk kurulduğu yıllarda meslek elemanlarını taşralarda halk sağlığı müdürlüklerine bağlı ruh sağlığı şubelerinde görevlendirirken son yıllarda atanan meslek elemanları TSM'lerde görevlendirilmektedir. Her ilin her ilçesinde bir TSM olduğu ve son yıllarda atanan sosyal hizmet uzmanlarının bu TSM'lerde görevlendirildiği düşünüldüğünde elde edilen bulgu anlaşılabilir niteliktedir. Örneğin 17 ilçesi olan Bursa ili için örnek verecek olursak Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesi'nde 4 HSSHU çalışırken 4 İlçe TSM'de birer HSSHU çalışmakta ve 13 ilçe TSM'de henüz HSSHU bulunmamaktadır. Dolayısıyla mevcut THSK'da HSSHU'ların çalıştıkları kurumda ya tek başına oldukları ya da 4 ve üzeri kişi ile daha yoğun çalıştıkları tespit edilmiştir.

HSSHU'ların çalışma yaptıkları sahaya bakıldığında, ilçede ve kentte aynı oranda (%71,9) uygulama gerçekleştirdikleri görülmektedir. Halk sağlığı tüm toplumun sağlığını korumak ve toplumu hastalıklardan korumak için geniş bir kapsamda kırsal ya da kentsel alan ayırt etmeden hizmet veren bir sağlık alanıdır. Bu amaçları gerçekleştirmek için istihdam ettiği personelleri bu alanların tümünde görevlendirebilmektedir. Fakat günümüz HSSH uygulamasında HSSHU'lar Türkiye'de il ve ilçe bazında HSM ve TSM'lerde görev almaktadırlar. Bu doğal olarak onları bu alanlarla sınırlandırmaktadır. ASM'lerde sosyal çalışmacı kadrosu açılması durumunda özellikle uygulama sahasının kırsalda daha yaygınlaşacağı düşünülmektedir.

Tablo 17’de HSSHU’ların çalıştıkları halk sağlığı kurumunda yerleşmiş bir HSSH uygulamasının olup olmadığı değerlendirildiğinde, yarısına yakını (%49,1) yerleşmiş bir HSSH uygulamasının olmadığını ifade ederken %24,6’sı olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgu HSSH uygulamasının halk sağlığı kurumlarında henüz istenilen düzeyde yerleşmiş bir alan olmadığını göstermesi açısından önemli bir bulgu olarak görülmektedir. THSK’nın ve HSSH alanının Türkiye’de yeni yeni gelişme göstermesinin bu sonucun çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

HSSHU’ların çalıştıkları kurumda yerine getirdikleri uygulamalara ilişkin süpervizyon alıp almadıkları sorulmuş ve HSSHU’ların %30,5’inin bu durumu ilişkin “ne iyi ne kötü” dedikleri saptanmıştır. Ayrıca kötü (çok kötü-oldukça kötü) diyenlerin %46,7 olmasına karşın iyi (çok iyi-oldukça iyi) diyenlerin oranının %22,8 olması HSSHU’ların uygulamalara ilişkin süpervizyon alma ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığını göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Özkan (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, sosyal hizmet uzmanları ideal süpervizyonun grup süpervizyonu ya da vaka çalışmaları yöntemiyle, düzenli ve resmi olarak belirlenmiş bir şekilde yapılmasını istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 17’de HSSHU’ların çalıştıkları halk sağlığı kurumundaki eksiklikler değerlendirildiğinde en sık dile getirilen eksiklikler sırayla yönetimsel (%77,2), koordinasyon (%77,2) ve kaynak (%65,9) şeklinde tespit edilmiştir. Araştırmamızda yönetimsel sorunlar en sık ifade edilen eksiklik iken Berkün (2010) tarafından farklı alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çalışma yaşamlarındaki en büyük sıkıntı kaynak (fiziki mekan, araç, personl vb.) olarak tespit edilmiştir. Berkün’ün çalışması farklı alanlarda benzer eksikliklerin görüldüğü sonucunu göstermesi açısından önemli görülmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin Türkiye’de henüz tanınırlığının istenilen düzeyde olmaması HSSH alanına yansımıştır. Bu yüzden HSSHU’ların rol ve görevlerinin ne olduğu yöneticiler tarafından bilinmemektedir. Bu durum HSSHU’ların “tespit ve önerilerine” yönelik bulgularda özellikle öne çıkan bir kategori olmuştur. Öte yandan bulgular HSM ve TSM bünyelerinde uygun mesleki uygulamaların gerçekleştirilmesi için uygun fiziki mekan ve kaynakların yetersiz olduğunu göstermektedir. Tablo 17’de HS alanına devam etme isteğinde olanlar %39,5 oranında iken kararsızım diyenler bu orana yakın (%37,1) olarak tespit edilmiştir. Devam etmek istemeyenlerin oranı ise %23,4’tür.

Tablo 18. HSSHU'ların Halk Sağlığı Alanındaki Rol ve Görevlerine İlişkin Değerlendirmeleri

Tablolar	Gruplar	S	%
Rol ve görevler*	Vaka yöneticisi	76	45,5
	Savunucu	80	47,9
	Değerlendirici	94	56,3
	Yönetici	8	4,8
	Lider	13	7,8
	Politika yapıcı	7	4,2
	Eğitimci	139	83,2
	Denetçi	32	19,2
	İdareci	2	1,2
	Hibe (proje) yazıcı ve yönetici	26	15,6
	Grup yöneticisi	27	16,2
	Toplum örgütleyici	28	16,8
	Süpervizör	47	28,1
	Danışman	115	68,9
	Doğrudan kişisel destek ve tedavi	49	29,3
HS'de çalışmaya başlamadan rol ve görevleri bilme durumu	Çok kötü	19	11,4
	Kötü	40	24
	Ne iyi ne kötü	68	40,7
	İyi	31	18,6
	Çok iyi	9	5,4
HS'de çalışmaya başlayınca rol ve görevlerle ilgili bilgi verilme durumu	Çok kötü	55	32,9
	Kötü	49	29,3
	Ne iyi ne kötü	35	21
	İyi	26	15,6
	Çok iyi	2	1,2
HSSH rol ve görevlerini yerine getirebilme durumu	Çok kötü	9	5,4
	Kötü	36	21,6
	Ne iyi ne kötü	50	29,9
	İyi	59	35,3
	Çok iyi	13	7,8
HSSH rol ve görevlerini yerine getirebilme sıklığı	Çok kötü	11	6,6
	Kötü	29	17,4
	Ne iyi ne kötü	53	31,7
	İyi	66	39,5
	Çok iyi	8	4,8
Rol ve görevleri engelleyen durumlar*	İş tanımı yok	128	76,6
	Farklı iş alanlarında yoğunluk var	83	49,7
	Mesleğimle alakalı olmayan bir birimde çalışıyorum	30	18
	Kurum amirleri mesleği tanımıyor	107	64,1
	Mesleğin uygulanması için uygun şartlar yok	104	62,3

* (Katılımcılara anket formundaki bu sorular için çoklu cevap seçeneği verilmiştir. Her bir değişken n=167 üzerinden değerlendirilmiştir.)

Gass ve Bezold (2013), halk sağlığı kurumlarındaki mevcut paradigmanın değişime gittiğini ve sosyal hizmet uzmanlarının değişen bu halk sağlığı paradigmasındaki rol ve görevlerinin genişlediğini ifade etmektedir. Tablo 18’de HSSHU’ların çalıştıkları halk sağlığı kurumunda rol ve görevlerine ilişkin dağılımları saptanmıştır. Buna göre HSSHU’ların büyük çoğunluğu (%83,2) rol ve görevlerini “eğitimci” olarak ifade etmiştir. Hastalık, hastalıkların önlenmesi, tedavi seçenekleri ve nleme konusunda kişilere beceri kazandırmak için “eğitimci” olma HSSHU’lar tarafından sıklıkla yerine getirilen bir roldr (Congress, 2013b; Holliman, 2013; Saunders ve Saunders, 2013; Practice Standards Committee, 2005). Türkiye’de HSM ve TSM bünyesinde özellikle halka yönelik koruyucu-önleyici amaçlar güden eğitim programları yürütülmekte ve HSSHU’lar bu eğitim programlarında eğitimci rolleriyle yer almaktadır. HSSHU’ların en sık yerine getirdikleri ikinci rol ise %68,9’luk bir oranla “danışmanlık” rolü olarak tespit edilmiştir. Danışmalığın sağlık alanında alışan SHU’lar ve HSSHU’lar tarafından sıklıkla yerine getirilen bir rol olduğu literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır (Cederbaum ve Keefe, 2013; Congress, 2013b; Oral ve Tuncay, 2012; Sable ve ark, 2012; Watkins, 1995).

Sahip olunan roller kadar bu rollerin yerine getirilmesi ve rollerin yerine getirilebilmesi için engellerin olmaması önem arz etmektedir. Tablo 18’e baktığımızda HSSHU’ların yarısından azının (%40,7) alışmaya başlamadan önce HSSH rol ve görevlerini bilme durumlarını “ne iyi ne kötü” olarak ifade ettikleri, halk sağlığı alanında çalışmaya başladıklarında kendilerine rol ve görevleri hakkında bilgi verilmesini ise %62,2 oranında “kötü” şeklinde ifade ettikleri saptanmıştır. Burada üzerinde durulması gereken asıl konu Türkiye’de HSSH alanı ve HSSHU’ların rol ve görevleri ile ilgili net tanımlamaların yapılmamış olmasıdır. Dolayısıyla HSSHU’ların halk sağlığı alanında çalışmaya başladıktan sonra ya da çalışmaya başlamadan önce rol ve görevlerine ilişkin sağlıklı bilgi alamamalarının beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Bu durum Tablo 18’deki rol ve görevleri engelleyen durumlardan anlaşılabilmektedir. Çünkü HSSHU’ların rol ve görevleri yerine getirmeyi engelleyen faktöre verdikleri cevapta, “iş tanımı yok” oranı %76,6 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 19. HSSHU'ların Uygulamalarında Kaynak Olarak Kullandıkları Materyal ve Bilgi Kaynaklarına İlişkin Değerlendirmeleri

Materyal ve bilgi kaynağı*	S	%
Üniversitede almış olduğum bilgi	132	79
Kurumdaki uygulamalar	115	68,9
Dergi (sürelî yayın)	15	9
Yaptığım araştırmalar ve çalışmalar	98	58,7
Uygulama sırasında üniversitedeki hocalar	37	22,2
Yasal düzenlemeler	125	74,9
Yerel, ulusal ve uluslararası projeler	56	33,5
Bu alanda katıldığım toplantı, kongre, sempozyum, vb.	89	53,3
Konuyla ilgili kitaplar	83	49,7
Kurumdaki süpervizör/ler	28	16,8
İnternet	130	77,8
Yurt dışı çalışma, gözlem ve deneyim	6	3,6
Kurumdaki toplantılar, seminerler, hizmet içi eğitimler vb.	88	52,7
Makaleler	68	40,7
Özel sertifika programları ve kurslar	48	28,7

* (Katılımcılara anket formundaki bu sorular için çoklu cevap seçeneği verilmiştir. Her bir değişken n=167 üzerinden değerlendirilmiştir.)

Tablo 19'da HSSHU'ların oldukça geniş bir bilgi kaynağı ve materyal çeşitliliğinden yararlandıkları görülmektedir. Üniversitede alınan bilgi (%79), internet (%77,8) ve yasal düzenlemeler (%74,9) en sık başvurulan bilgi kaynağı olarak saptanmıştır. Buna karşın yurt dışı gözlem ve deneyim (%3,6), sürelî dergi (%9) ve kurumdaki süpervizörler (%16,8) en az başvurulan bilgi kaynaklarıdır. Cılgı (2004), değişimin sürekli olduğunu ve insanı ve toplumu etkileyen tüm değişimlerin insanı ve toplumu odağına alan sosyal hizmet mesleğini de etkileyeceğini, dolayısıyla sosyal hizmet uzmanlarının bu değişimlere kendilerini uyarlamaları gerektiği üzerinde durmaktadır. Yazar, sosyal hizmet uzmanlarının lisans eğitiminde aldıkları bilgilere ek olarak sürekli olarak değişen dünyaya ve bilgiye ayak uydurabilmeleri için lisans sonrası çalışma yaşamlarında sürekli yenilikçi ve farklı bilgi kaynaklarından yararlanmaları gerektiği görüşündedir. Bu kapsamda, araştırmamızda HSSHU'lar tarafından en sık başvurulan bilgi kaynağı lisans eğitiminden alınan bilgi olarak saptanmış olsa da HSSH alanı için sadece bu bilgi kaynağının yeterli olmayacağı düşünülmektedir. Öte yandan sosyal hizmet mesleği ile ilgili bilgi kaynaklarının yoğunluğuna karşın HSSH alanına ilişkin özellikle Türkiye'de bilgi kaynağı oldukça kısıtlıdır. Konu Türkiye'de sadece Dedeoğlu (2003) ve Şimşek (2005) tarafından yüzeysel olarak ele alınmıştır. Yine de Türkiye'de olmamasına karşın dünyada HSSH'yi doğrudan ilgilendiren sürelî dergilerin (American Journal of Public Health, Health & Social Work, The Journal of Social Work, Social Work in Health Care,

Social Work in Mental Health, Maternal and Child Health Journal) ve halk sağlığı raporları gibi akademik çalışmalar olmasına karşın Türkiye'deki HSSHU'ların bu tür kaynaklardan sadece %9 oranında yararlanması HSSHU'ların bu tür kaynaklardan yeterince yararlanmadıklarını gösteren önemli bir bulgudur.

Tablo 20. HSSHU'ların Ekip alışması İle İlgili Değerlendirmeleri

Tablolar	Gruplar	S	%
İşbirliği yapılan meslekler*	Hekim	114	68,3
	Sosyolog	28	16,8
	Ebe	98	58,7
	Psikolog	148	88,6
	Diyetisyen	40	24
	HS Uzmanı	30	18
	ocuk Gelişimcisi	81	48,5
	Hemşire	107	64,1
	Avukat	21	12,6
Ekip alışması gerekliliğine olan inanç durumu	çok kötü	4	2,4
	Kötü	7	4,2
	Ne iyi ne kötü	25	15
	İyi	65	38,9
	çok iyi	66	39,5
Ekip alışması sıklığı durumu	çok kötü	9	5,4
	Kötü	13	7,8
	Ne iyi ne kötü	39	23,4
	İyi	80	47,9
	çok iyi	26	15,6
Ekip alışması için belirlenmiş amaç ve hedeflerin olma durumu	çok kötü	13	7,8
	Kötü	23	13,8
	Ne iyi ne kötü	56	33,5
	İyi	58	34,7
	çok iyi	17	10,2
Ekip alışması için her mesleğin mesleki rol ve becerilerinin belirgin olma durumu	çok kötü	31	18,6
	Kötü	31	18,6
	Ne iyi ne kötü	52	31,1
	İyi	44	26,3
	çok iyi	9	5,4
Ekip çalışmasını destekleyici bir ortam ve çevrenin olma durumu	çok kötü	26	15,6
	Kötü	24	14,4
	Ne iyi ne kötü	51	30,5
	İyi	49	29,3
	çok iyi	17	10,2

* (Katılımcılara anket formundaki bu sorular için çoklu cevap seçeneği verilmiştir. Her bir değişken n=167 üzerinden değerlendirilmiştir.)

Hekimlerin, hemşirelerin, hasta bakım teknisyenlerinin, diyetisyenlerin, psikologların, çocuk gelişimcilerin ve daha nice mesleklerin dahil olduğu halk sağlığı ekip çalışmasının en önemli üyelerinden biri sosyal hizmet mesleği ve uygulayıcıları olan halk sosyal hizmet uzmanlarıdır (Browne, 2012; NASW 1977). Tablo 20’de HSSHU’ların ekip çalışmalarına ilişkin bilgileri ele alınmıştır. Buna göre HSSHU’ların büyük çoğunluğunun (%88,6) sosyal bilimci meslek elemanları arasında psikologlarla; sağlık bilimlerinden ise %68,3 oranında en çok hekimlerle iş birliği yaptıkları tespit edilmiştir.

Tablo 20’de görülen diğer önemli bir bulgu, halk sağlığı uzmanları ile yapılan iş birliği oranının oldukça düşük (%18) saptanmasıdır. Türkiye’de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsangücü Planlaması (2013-2023) Raporuna göre 2013 yılında Türkiye’deki halk sağlığı uzmanı sayısı 520 olarak tespit edilmiş ve bunların sadece %51’inin Sağlık Bakanlığı’nda çalıştığı vurgulanmıştır. 2013 yılında halk sağlığı alanında çalışan halk sağlığı uzmanı sayısı ise 107 olarak belirtilmiştir (Kılıç, Şahan ve Bahadır, 2014). Halk sağlığı uzmanlarının sayısının az olmasının, HSSHU’ların halk sağlığı uzmanlarıyla daha az iş birliği yapmasının temel nedeni olarak değerlendirilmektedir.

Halk sağlığı alanında iş birliği ve ekip çalışması, rollerin ve görevlerin belirsizliği nedeniyle engellenmiş olabilir ve farklı disiplinler birbirlerinin usul ve esaslarını anlamayabilir (Browne, 2012). Bu yüzden her ekip üyesinin ekip çalışmasına inanması ve ekipteki konumunu bilmesi gerekmektedir. Tablo 20’de HSSHU’ların halk sağlığı uygulamalarında ekip çalışmasına olan inancı %78,4 oranında “iyi” (çok iyi-iyi) olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu HSSHU’ların halk sağlığı alanında ekip çalışmasına yaklaşımları açısından önemli bir oran olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 20’de HSSHU’ların “ekip çalışması sıklığı”, “ekip çalışması için uygun koşulların oluşturulması” ve “her meslek için ekip çalışmasında rollerin belirlenmiş olması” bulguları hep birlikte değerlendirildiğinde “iyi” seçeneğinin ön plana çıktığı ve HSSHU’ların halk sağlığı alanında ekip çalışmasında işlevsel bir rol üstlendikleri görülmektedir. Bu bulgular, HSSHU’ların halk sağlığı alanında ekip çalışmasına olan yatkınlıklarının kendilerine bu alanda çeşitli fırsatlar (ekip lideri, farklı mesleklerle çalışabilme becerisi, farklı meslekleri yakından tanıyabilme olanağı vb.) sunacağı düşünülerek anlamlı görülmektedir.

Tablo 21. HSSHU'ların Çalıştıkları Kurumda Mesleki Yetkinliklerine İlişkin Değerlendirmeleri

Tablolar	Gruplar	S	%
Mesleki yetkinlik durumu	Çok kötü	5	3
	Kötü	17	10,2
	Ne iyi ne kötü	57	34,1
	İyi	74	44,3
	Çok iyi	14	8,4
Mesleki değer yetkinliği	Çok kötü	9	5,4
	Kötü	20	12
	Ne iyi ne kötü	52	31,1
	İyi	74	44,3
	Çok iyi	12	7,2
Mesleki beceri yetkinliği	Çok kötü	4	2,4
	Kötü	12	7,2
	Ne iyi ne kötü	45	26,9
	İyi	91	54,5
	Çok iyi	15	9
Mesleki etik yetkinliği	Çok kötü	5	3
	Kötü	7	4,2
	Ne iyi ne kötü	27	16,2
	İyi	97	58,1
	Çok iyi	31	18,6
Mesleki bilgi yetkinliği	Çok kötü	5	3
	Kötü	10	6
	Ne iyi ne kötü	46	27,5
	İyi	86	51,5
	Çok iyi	20	12

Tablo 21'de HSSHU'ların çalıştıkları halk sağlığı kurumunda mesleki yetkinlikleri değerlendirildiğinde, HSSHU'ların tüm değişkenler (mesleki yetkinlik, mesleki beceri, mesleki değer, mesleki etik, mesleki bilgi) için en yüksek oranda "iyi" seçeneğini ifade ettikleri tespit edilmiştir. Türkiye'de sosyal hizmet eğitiminin başlaması "Birleşmiş Milletler (BM) Teknik Yardım Programı" kapsamında gerçekleşmiştir. Sosyal alanlarda, BM'den yoğun desteklerin alındığı 1956-1966 yılları arasında sosyal hizmet eğitiminin ön çalışmaları yapılmaya başlanmıştır. 1961 yılında çıkan 7355 sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsü Kurulmasına Dair Kanun uyarınca, kurulan Sosyal Hizmetler Akademisi, Türkiye'de sosyal hizmet eğitimi veren ilk kurum olmuştur (Cılga, 2001). Görüldüğü gibi sosyal hizmet mesleğinin Türkiye'deki deneyimi uzun yıllara dayanmakta ve günümüz sosyal hizmet eğitim kurumları bu sağlam temeller üzerine inşa edilmektedir. Dolayısıyla

bu durum sosyal hizmet bölümlerinden mezun olan sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve becerilerine yansımakta ve aldıkları yoğun eğitim neticesinde kendilerini mesleki anlamda yetkin olarak görebilmektedirler.

Tablo 22. HSSHU'ların Çalışma Motivasyonunu Etkileyen Unsurlara İlişkin Değerlendirmeleri

Tablolar	Çok olumsuz		Olumsuz		Ne olumlu ne olumsuz		Olumlu		Çok Olumlu	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Mesleği uygulama isteği	4	2,4	12	7,2	30	18	85	50,9	36	21,6
Bilgi ve beceri düzeyi	2	1,2	6	3,6	22	13,2	112	67,1	25	15
Kurum imkanları	20	12	45	26,9	52	31,1	43	25,7	7	4,2
Kurumda kişilerarası ilişki	8	4,8	26	15,6	55	32,9	65	38,9	13	7,8
İş motivasyonu	14	8,4	25	15	50	29,9	70	41,9	8	4,8
Yapılan işin niteliği	13	7,8	18	10,8	62	37,1	64	38,3	10	6
İdarenin tutumu	15	9	28	16,8	55	32,9	57	34,1	12	7,2
Çalışma koşulları	26	15,6	45	26,9	49	29,3	41	24,6	6	3,6
Kurumun amaç ve hedefleri	17	10,2	23	13,8	59	35,3	61	36,5	7	4,2

Tablo 22'de HSSHU'ların çalışma motivasyonlarını etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Buna göre; HSSHU'ların motivasyonlarını olumlu yönde etkileyen en büyük faktör bilgi ve beceri düzeyi; orta derecede etkileyen faktör yapılan işin niteliği ve olumsuz yönde etkileyen en büyük faktör kurum imkanları ve çalışma koşulları olarak tespit edilmiştir. Elde edilen bulgu HSSHU'ların bireysel özelliklerinden kaynaklı faktörlerin (bilgi, beceri vb.) iş motivasyonlarında olumlu yönde yordayıcı olduğu; buna karşın kendileri dışındaki birtakım faktörlerin (kurum imkanları, çalışma koşulları) olumsuz yönde yordayıcı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 23. HSSHU'ların Hizmet Verdikleri Halk Sağlığı Alanlarına ve Hedef Kitlelere İlişkin Değerlendirmeleri

Tablolar	Gruplar	S	%
Uygulama yapılan HS alanı*	Ana-çocuk sağlığı	52	31,1
	Göçmen sağlığı	15	9
	Afet ve kazalar	13	7,8
	İş sağlığı	7	4,2
	Küresel sağlık	5	3
	Tıp için sosyal bilimler	6	3,6
	Sağlık politikaları	22	13,2
	Ergen sağlığı	47	28,1
	Bulaşıcı hastalıklar	17	10,2
	Demografi ve sağlık	12	7,2
	Genetik sağlık	2	1,2
	Ruh sağlığı	142	85
	Sağlık ekonomisi	2	1,2
	Temel halk sağlığı	24	14,4
	Yaşlı sağlığı	34	20,4
	Çevre sağlığı	10	6
	Epideyoloji	3	1,8
	Engelli sağlığı	45	26,9
	Beslenme	9	5,4
	Sağlık yönetimi	7	4,2
	Sağlık eğitimi	27	16,2
	Sağlık örgütlenmesi	1	0,6
	Halk sağlığı labotatuvarı	1	0,6
	Kronik hastalıklar ve engellilik	17	10,2
	Tütün-alkol- madde kullanımı	116	69,5
	Sağlığın geliştirilmesi/sağlık eğitimi	38	22,8
Hizmet verilen hedef kitle*	Çocuklar	118	70,7
	Eşcinseller	7	4,2
	İrk/etnik azınlıkları	18	10,8
	Şiddet mağdurları	97	58,1
	Kadınlar	117	70,1
	Bağımlılar	121	72,5
	Tutuklu ve hükümlüler	32	19,5
	İstismar mağdurları	77	46,1
	Yaşlılar	54	32,3
	İşsizler	16	9,6
	Kronik hastalığı olanlar	29	17,4
	Göçmen, mülteci ve sığınmacılar	27	16,2
	Engelliler	57	34,1
	Evsizler	13	7,8
	Bulaşıcı hastalığı olanlar	16	9,6
	Ruh sağlığı sorunu olanlar	126	75,4

* (Katılımcılara anket formundaki bu sorular için çoklu cevap seçeneği verilmiştir. Her bir değişken n=167 üzerinden değerlendirilmiştir.)

Tablo 23 incelendiğinde HSSHU'ların en sık hizmet verdikleri ilk üç hedef kitle sırasıyla ruh sağlığı sorunu olanlar (%75,4), bağımlılar (%72,5) ve çocuklar (%70,7) olarak tespit edilmiştir. Tablo 23'ten anlaşılacağı üzere en sık hizmet verilen ilk üç hedef kitle ile uygulama gerçekleştirilen en sık ilk üç alan birbiriyle örtüşme göstermektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde elde edilen bulgu tutarlılık göstermektedir. Özetle HSSHU'ların hizmet verdikleri hedef kitle büyük ölçüde çalıştıkları halk sağlığı uygulama alanı ile paralellik göstermektedir.

HSSHU'lar tarafından en az hizmet verilen ilk üç hedef kitle ise sırasıyla eşcinseller (%4,2), evsizler (%7,8) ve işsizler (%9,6) ile bulaşıcı hastalığı olanlar (%9,6) olarak saptanmıştır. Amerika başta olmak üzere farklı ülkelerdeki HSSHU'ların yoğun olarak HIV /AIDS gibi bulaşıcı hastalıklarla ve eşcinsellerle çalışmalarına karşın Türkiye'deki HSSHU'ların bu hedef kitlelere yönelik HSSH uygulaması gerçekleştirilememesi kültürel yapı ve Türkiye'deki öncelikli sağlık politikaları açısından değerlendirilebilir.

Tablo 24. HSSHU'ların Bir HSSH Uygulayıcısı Olarak Türkiye'deki En Ciddi Halk Sağlığı Sorununun Ne Olduğuna İlişkin Değerlendirmeleri

Sorun alanı*	S	%
Göçmen/sığınmacı/mülteci sorunları	100	59,9
Ruh sağlığı sorunları	143	85,6
Bulaşıcı hastalıklar	37	22,2
Tütün-alkol ve madde kullanımı	149	89,2
Afet ve kazalar	27	16,2
Beslenme sorunları	47	28,1
Kronik hastalıklar ve engellilik	77	46,1
İş sağlığı sorunları	47	28,1
Çevre sağlığı sorunları	53	31,7

* (Katılımcılara anket formundaki bu sorular için çoklu cevap seçeneği verilmiştir. Her bir değişken n=167 üzerinden değerlendirilmiştir.)

Tablo 24'te HSSHU'ların halk sağlığı görüşüyle Türkiye'deki en ciddi sağlık sorununun ne olduğuna verdikleri yanıtların analizi incelendiğinde tütün-alkol ve madde kullanımı (%89,2) ile ruh sağlığı sorunlarının (%85,6) en ciddi sorunlar olarak ifade edildiği tespit edilmiştir. Yine %59,9'luk bir oranla göçmen /sığınmacı /mülteci sorunları Türkiye için ifade edilen en ciddi halk sağlığı sorunlarından bir tanesidir.

Türkiye'de yaklaşık olarak 100.621 kişinin yüksek riskli uyuşturucu kullanıcısı olduğu belirtilmiştir. 2011 yılında Türkiye'de ülke genelinde 8.145 hane ile yapılan bir araştırmada yaşam boyu madde kullanma sıklığı %2,7 (1 milyon 350 bin kişi) olarak tespit edilmiştir. 2011 yılında TUBİM tarafından genç nüfusta madde kullanım

yaygınlığını ölçen bir araştırmada öğrencilerin yaşam boyu madde kullanma sıklığı %1,5 olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de doğrudan madde bağımlılığı ölüm sayısı 2012 yılında 162 iken bu sayı 2013 yılında %43,2 artış göstererek 232’ye yükselmiş ve ölenlerin %0,4’ünün 15 yaş altında; %11,2’sinin 15-19 ve %19’unun 20-24 yaş aralığında olduğu görülmüştür (Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, 2017; Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi [TUBİM], 2014).

Sonuçlar HSSHU’lar tarafından ifade edilen en ciddi halk sağlığı sorununun bağımlılık olduğunu doğrular niteliktedir. Öte yandan son yıllarda Suriye üzerinden Türkiye’ye yoğun bir göç olmuş ve beraberinde birçok halk sağlığı sorunlarını gündeme getirmiştir. THSK özellikle taşra teşkilatlarında “Suriyeli Polikliniği” adlı merkezlerde Suriye’den gelen birey ve ailelere yönelik birinci basamak sağlık hizmeti sunmaya çalışmaktadır. Dolayısıyla göçmen /sığınmacı /mülteci sorunları THSK’nın gündeminde olan HSSHU’ları yakından ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olduğundan bulgulara yansımaları beklenen bir durumdur.

3.5. TÜRKİYE’DE HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİ ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİ TEMEL STANDARTLARINI UYGULAMA DURUMLARI

Bulguların bu bölümünde HSSHU’ların uygulama becerilerini ölçen HSSH temel standartları puanları değerlendirilmiştir.

Tablo 25. HSSHU’ların HSSH Temel Standartlarını Uygulama Puanları

	\bar{X}	Min	Max	Ss
HSSH temel standartlarını uygulama puanları	44.74	14	70	12.25

Tablo 25’te HSSHU’ların HSSH temel standartlarını yerine getirme puan ortalamalarının 70 üzerinden 44.74 olduğu görülmektedir. Bu puan hesaplanırken soru formunda yer alan “halk sağlığı temel standartlarını yerine getirme durumu” soru başlığı kullanılmıştır. Bu soru başlığından beklenen en düşük puan 14, en yüksek puan ise 70’tir. Bu standartlar, halk sağlığı işlevleri ve gerekli hizmetlere yönelik öne çıkan uygulama becerilerini tanımlar (Keefe ve Evans, 2013; Practice Standards Committee, 2005). Bu kapsamda HSSH’ların 70 üzerinden ortalama 44.74 puan almaları Türkiye’de henüz

gelişmekte olan bir alan için anlamlı olarak görülmektedir. Çünkü standartlar, minimum veya bir topluluk tarafından kabul gören performans seviyesidir. Burada amaç, optimum performans göstermek değil aksine üzerinde mutabakata varılmış performans seviyesinin altına inmemektir (White, 1985).

Tablo 26'da araştırmaya katılanların HSSH standartları puan ortalamalarının cinsiyet, eğitim durumu, HS bölümünden ders alma durumu, HS/HSSH ile ilgili bilimsel çalışmalara katılma durumu ve HS alanında staj yapma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Fakat HSSH alanı ile ilgili ders alma ve HS / HSSH ile ilgili kaynaklardan yararlanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). HSSH ile ilgili ders alan ve HS/HSSH ile ilgili kaynaklardan yararlanan HSSHU'ların anlamlı derece daha yüksek HSSH standart puana sahip olduğu görülmektedir. HSSHU'ların HSSH ile ilgili ders alarak ve HSSH / HS ile ilgili kaynaklardan yararlanarak HSSH alanına daha hazırlıklı geldikleri düşünülmektedir. Dolayısıyla HSSH alanında bu tür hazırlıklarla başlayan HSSHU'ların HSSH temel standartlarını bilme ve yerine getirme durumlarında artış olduğu söylenebilir.

Tablo 26. Çeşitli Değişkenlere Göre HSSHU'ların HSSH Temel Standartları Uygulama Puanlarının Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Tablolar	Gruplar	n	\bar{X}	Ortanca	Min	Max	Ss	Sıra ortalaması	z	p
Cinsiyet	Kadın	81	45,6	47	14	70	12,3	87,95	-1,026	.305
	Erkek	86	43,8	44	14	70	12,1	80,28		
Eğitim durumu	Lisans	138	43,9	44	14	70	12,6	80,87	-1,827	.068
	Yüksek lisans	29	48,5	47	30	68	9,3	98,90		
HSSH ile ilgili ders alma durumu	Alan	43	49,7	51	21	70	10,8	103,30	-3,041	.002*
	Almayan	124	43	43	14	70	12,2	77,31		
HS bölümünden ders alma durumu	Alan	18	49,8	49	31	70	9,9	103,25	-1,790	.073
	Almayan	149	44,1	44	14	70	12,3	81,67		
HS/HSSH ile ilgili kaynaklardan yararlanma durumu	Yararlanan	85	48,1	48	14	70	10,6	96,34	-3,361	.001*
	Yararlanmayan	82	41,2	42	14	70	12,8	71,21		
HS/HSSH ile ilgili bilimsel çalışmalara katılma durumu	Katılan	46	47,5	47	18	70	11	93,22	-1,520	.128
	Katılmayan	121	43,6	44	14	70	12,5	80,50		
HS alanında staj yapma durumu	Yapan	18	47,4	47	14	70	13	97,97	-1,299	.194
	Yapmayan	149	44,4	44	14	70	12,1	82,31		

*p<0.0

Tablo 27. Çeşitli Değişkenlere Göre HSSHU'ların HSSH Temel Standartları Uygulama Puanlarının Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

Tablolar	Gruplar	n	\bar{X}	Ortanca	Min	Max	Ss	Sıra ortalaması	H	p	İkili Karşılaştırma
Mezun olunan okul	İİBF ^a	81	45,4	47	14	70	12,3	87,32	4,081	.538	
	SBF ^b	39	44,84	47	14	70	15	85,50			
	SBY ^c	6	6,8	49,5	30	56	9,1	94,25			
	AÖF ^d	23	44	43	28	61	8,9	78,43			
	FEF ^e	9	37,7	39	14	57	11,7	55,72			
	SHYO ^f	9	45,3	44	37	56	5,6	83,28			
HS'de çalışma yılı	1 yıldan az	78	45	46	14	70	11,6	84,37	.023	.989	
	1-5 yıl	75	44,6	44	14	70	12,8	83,41			
	6-10	14	43,5	47	14	56	13,4	85,11			
Yaş	23-27	88	56,2	57	21	65	13,5	82,21	.477	.727	
	28-32	47	56,1	57	26	65	10,9	85,06			
	33-37	21	55,7	56	43	61	9,1	91,40			
	38 ve üzeri	11	56	58	49	65		79,64			
Alınan SH eğitiminin HS uygulamalarını karşılama düzeyi	Çok kötü	13	42,4	46	14	63	16,3	83,23	16,72	.002*	1-5
	Kötü	37	40,5	38	14	70	14,8	66,62			2-4
	Ne iyi ne kötü	69	43,6	44	14	68	10,4	78,57			2-5
	İyi	43	49,2	51	30	68	7,9	102,36			3-4
	Çok iyi	5	58	64	30	70	16,3	131,60			3-5
Sosyal hizmet eğitimine yönelik genel değerlendirme	Çok kötü	3	39,6	42	14	63	24,5	75,50	20,26	.000*	2-4
	Kötü	18	35,5	34,5	14	68	14,6	51,42			2-5
	Ne iyi ne kötü	46	40,9	42	14	68	12,5	69,65			3-4
	İyi	83	47,7	47	17	70	9,5	94,54			3-5
	Çok iyi	17	51,1	52	35	70	10,7	107,38			

* $p < 0.05$

a (İktisadi ve idari bilimler fakültesi) b (sosyal bilimler fakültesi) c (sosyal bilimler yüksekokulu) d (açık öğretim fakültesi) e (fen edebiyat fakültesi) f (sosyal hizmet meslek yüksekokulu)

Tablolar (Devam)	Gruplar	n	\bar{X}	Ortanca	Min	Max	Ss	Sıra ortalaması	H	p	İkili Karşılaştırma
Çalışılan HS kurumunda yerleşmiş HSSH uygulamasının olması	Çok kötü	42	38,7	39	14	70	14	61,57	27,03	.000*	1-3
	Kötü	40	41,7	42	14	68	12,2	70,98			1-4
	Ne iyi ne kötü	44	48,7	51	14	68	10,1	100,63			1-5
	İyi	35	48	47	37	68	7,7	95,39			2-3
	Çok iyi	6	59	57,5	50	70	8,4	139,50			2-4
											3-5
											4-5
HS'de çalışmaya başlamadan önce HSSH'ye ilişkin rol ve görevleri bilme durumu	Çok kötü	19	34	34	14	56	12,3	43,66	26,59	.000*	1-2
	Kötü	40	42,3	44	14	70	11,1	72,56			1-3
	Ne iyi ne kötü	68	45,4	46	14	68	11	87,29			1-4
	İyi	31	50,7	52	14	70	11,6	107,94			1-5
	Çok iyi	9	52,5	55	37	68	10,6	112,72			2-4
											3-4
HS'de çalışmaya başlayınca rol ve görevlerle ilgili bilgi verilmesi	Çok kötü	55	39,8	42	14	64	13,6	66,59	24,01	.000*	1-3
	Kötü	49	43,9	42	14	70	10,6	77,37			1-4
	Ne iyi ne kötü	35	46,9	48	14	68	10,4	92,84			1-5
	İyi	26	49,2	55	32	70	8,5	117,38			2-4
	Çok iyi	2	59,5	59,5	51	68	12	136,50			3-4
HSSH rol ve görevlerini yerine getirebilme durumu	Çok kötü	9	34,2	28	14	64	20	57,22	43,94	.000*	1-4
	Kötü	36	35,3	37	14	51	9,4	44,42			1-5
	Ne iyi ne kötü	50	45,3	46	14	70	11,1	86,90			2-3
	İyi	59	49,1	51	29	68	8,7	100,45			2-4
	Çok iyi	13	55,7	56	42	70	10	126,35			2-5
											4-5
*p<0.05											

Tablolar (Devam)	Gruplar	n	\bar{X}	Ortanca	Min	Max	Ss	Sıra ortalaması	H	p	İkili Karşılaştırma
HSSH rol ve görevleri yerine getirme sıklığı	Çok kötü	11	34,3	32	14	64	18	53,68	50,76	.000*	1-4
	Kötü	29	34,5	34	14	68	11,5	42,66			1-5
	Ne iyi ne kötü	53	44,1	45	14	70	9,8	79,88			2-3
	İyi	66	49,4	51	14	68	8,3	102,47			2-4
	Çok iyi	8	61,7	62	34	70	6,7	150,50			2-5 3-5
Rol/görev ve uygulamalara yönelik süpervizyon alma durumu	Çok kötü	34	37,5	38	14	70	15,1	58,31	32,97	.000*	1-3
	Kötü	44	40,3	42	14	68	11,6	64,52			1-4
	Ne iyi ne kötü	51	48,8	48	32	68	8,5	99,36			1-5
	İyi	35	50,2	52	29	70	8,8	106,70			2-3
	Çok iyi	3	58	55	51	68	8,8	134,83			2-4 2-5
Mesleki bilgi yeterliliği	Çok kötü	5	24	22	14	42	11,6	19,50	43,64	.000*	1-3
	Kötü	10	33,5	37,5	14	46	11,5	40,20			1-4
	Ne iyi ne kötü	46	40	42	14	56	9,5	62,87			1-5
	İyi	86	47,2	48	17	70	10,3	95,00			2-4
	Çok iyi	20	55,6	56,5	34	70	11,7	123,33			2-5 3-4 3-5
Mesleki beceri yeterliliği	Çok kötü	4	22,2	16,5	14	42	13,3	19,88	40,34	.000*	1-3
	Kötü	12	34,4	34	34	56	9,8	39,46			1-4
	Ne iyi ne kötü	45	41,2	42	42	56	10,4	69,51			1-5
	İyi	91	46,5	48	48	70	10,6	91,40			2-3
	Çok iyi	15	58,4	61	61	70	9,6	135,30			2-4 2-5 3-4 3-5
*p<0.05											

Tablo 27’de HSSHU’ların HSSH temel standartları puan ortalamaları ile çalışılan kurum, mezun olunan okul, HS’de çalışma yılı ve yaş değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Fakat HSSHU’ların HSSH temel standartları puan ortalamaları ile alınan SH eğitiminin HSSH uygulamalarını karşılama düzeyi, sosyal hizmet eğitimine yönelik genel değerlendirme, çalışılan HS kurumunda yerleşmiş HSSH uygulamasının olması, HS’de çalışmaya başlamadan önce HSSH’ye ilişkin rol ve görevleri bilme durumu, HS’de çalışmaya başlayınca rol ve görevlerle ilgili bilgi verilme durumu, HSSH rol ve görevlerini yerine getirebilmeleri, HSSH rol ve görevleri yerine getirme sıklığı, rol/görev ve uygulamalara yönelik süpervizyon alma durumu, mesleki bilgi yeterliliği ve mesleki beceri yeterliliği değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Alınan SH eğitiminin HS uygulamalarını karşılama düzeyini, sosyal hizmet eğitimine yönelik genel değerlendirmesini, çalışılan HS kurumunda yerleşmiş HSSH uygulamasının olmasını, HS’de çalışmaya başlamadan önce HSSH’ye ilişkin rol ve görevleri bilme durumunu, HS’de çalışmaya başlayınca rol ve görevlerle ilgili bilgi verilme durumunu, HSSH rol ve görevlerini yerine getirebilmelerini, HSSH rol ve görevleri yerine getirme sıklığını, rol/görev ve uygulamalara yönelik süpervizyon alma durumunu, mesleki bilgi yeterliliğini ve mesleki beceri yeterliliğini **“iyi” olarak belirten HSSHU’ların “kötü” olarak belirten HSSHU’lardan aldıkları HSSH temel standartları puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek** olduğu görülmektedir.

Tablo 27’den elde edilen bulgu şunu göstermektedir: HSSHU’ların HSSH alanına hazırlıklı gelmeleri, mesleki bilgi ve beceri konusunda yetkin olmaları, alınan sosyal hizmet eğitiminden memnuniyet düzeyi, rol ve görevleri ile ilgili bilgi sahibi olup rol ve görevlerini yerine getirebilme olanaklarına sahip olmaları HSSHU’ların HSSH temel standartlarını uygulama oranlarını attırmaktadır.

3.6. TÜRKİYE’DE HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİ ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ETKİN BİR HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİ UYGULAMASI İÇİN TESPİT VE ÖNERİLERİ

Bulguların bu bölümünde, Türkiye ‘de halk sağlığı sosyal hizmeti alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının “tespit ve önerileri” nicel veri şeklinde gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, Türkiye ‘de halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının alana dair ihtiyaçları, alandaki en büyük sıkıntıları ve halk sağlığı sosyal hizmeti alanına ilişkin öncelikli olarak konuşulması gereken konulara ilişkin tespit

değerlendirmeleri ele alınmıştır. Ayrıca Türkiye 'de halk sağlığı sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının “etkin bir halk sağlığı sosyal hizmeti uygulaması” için sosyal hizmet eğitim kurumlarına, sosyal hizmet derneklerine, halk sağlığı alanında çalışan idarecilere, halk sağlığında çalışan ya da çalışmayı düşünen sosyal hizmet uzmanları ile bu alanda çalışmak isteyen öğrencilere ilişkin öneri değerlendirmeleri sunulmuştur.

Tablo 28. HSSHU'ların HSSH Alanına Dair Tespitleri

Tablolar	Gruplar	S	%
Alana dair öncelikli ihtiyaç (n=132)	HSSHU'ların rol ve görev tanımı	66	50
	Uygun çalışma koşullarının sağlanması	65	49,2
	Mesleğin tanınması	35	26,5
	İletişim ve koordinasyon	15	11,3
Alana dair en büyük sıkıntı (n=134)	HSSHU'ların rol ve görev tanımının olmaması	52	39
	Uygun çalışma koşullarının olmaması	53	39,5
	Mesleğin tanınmaması	57	42,5
	İletişim ve koordinasyon eksikliği	8	6
Alana dair konuşulması gereken öncelikli konu (n=125)	HSSHU'ların rol ve görev tanımı	61	48,8
	Uygun çalışma koşullarının sağlanması	35	28
	Halk sağlığı sorunları	13	10,4
	Mesleğin tanınması	22	17,6
	İletişim ve koordinasyon	7	5,6

Tablo 28'de HSSHU'ların HSSH alanına ilişkin bazı tespitleri ele alınmıştır. Tablo 28'e bakıldığında göze çarpan en belirgin tespitin “HSSH alanının tanımı” ve “HSSHU'ların rol ve görevlerinin belirlenmesi” ile alakalı olduğu görülmektedir. Bu soruya yanıt veren HSSHU'lara göre öncelikli ihtiyaç, alandaki en büyük sıkıntı ve konuşulması gereken öncelikli konu başlıkları için temelde halk sağlığı sosyal hizmet alanının tanımlanması gerektiği üzerinde birleşmektedirler. Bu grupta yer alanlar; alandaki yetkilerin belirlenmesi ve unvan karmaşasının ortadan kalkması için Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmetinin tanımı, bu alanda çalışanların rol ve görevlerinin belirlenmesi ve belirlenecek rol ve görevlerin yasal düzenlemelerle güvence altına alınması gerektiği düşüncesindedir. HSSHU'lar HSSHU'ların rol ve görevlerinin yasal düzenlemelerle belirlenip güvence altına alınmamasına bağlı olarak bu alanda mesleki standartların oluşmamasını ve benzer uygulamaların gerçekleştirilememesini en büyük sıkıntı olarak görmektedir. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; “*Sınırsız görev tanımının daraltılması. Şöyle ki haftanın üç günü eğitimlere çıkıyorum. Geriye kalan*

sürede Ruh Sağlığı Biriminin görevlerimle ilgili olan yazışma işleriyle uğraşmaktayım. İdareciler Evde Sağlık Biriminde de etkin olmamı istiyorlar. Elimden geldiği kadar ilgileniyorum ancak evde sağlık birimiyle tam ilgilenmek demek diğer işlere arkamı dönmek demek oluyor. Her yerde olmak hiçbir yerde olmaktır sözünün örneğini teşkil etmemek adına bazı zamanlarda kendimi bir hengamede hissediyorum” şeklinde ifade etmiştir. Bu grupta yer alanlar tüm bu düzenlemelerin mevzuat içerisine alınarak buna yönelik politika geliştirmenin gerekli olduğu görüşünü savunmaktadırlar.

Tablo 28'e bakıldığında HSSHU'ların tespitleri ile ilgili öne çıkan ikinci önemli hususun “uygun çalışma koşulları” ile alakalı olduğu görülmektedir. Bu tespiti yapan HSSHU'lar halk sağlığı sosyal hizmet alanında gerekli mesleki uygulamaları yapabilmek için uygun kaynak (bütçe, materyal, bilgisayar, ulaşım, personel, mesleki doküman vb) ve fiziki şartların oluşturulmasını (birim, oda vb.) öncelikli ihtiyaç olarak görmektedirler. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; “15- 20 kişinin tıklılıp çalışın dendiği bir çalışma ortamı değil. Uygun koşulların sağlandığı bir ortamda çalışmak isterdim. Ör: Bireysel görüşme odası yokken bağımlı bireyler ve ailelerle görüşmeler yapılması isteniyor. Tabi şartlar hiç uygun değil dezavantajlı gruplarla çalışmak için” şeklinde ifade etmektedir. Uygun çalışma koşullarının olmaması uygun mesleki hizmetlerin sunumunda engel teşkil etmektedir. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; “Bir masa ve sandalye bile verilmemekte. Kişi nasıl çalışacak o zaman. İşimize sahip çıkmamız engelliyor” şeklinde ifade etmiştir.

Sosyal hizmet mesleğinin ve HSSHU'ların halk sağlığı alanında tanınmaması HSSHU'lar tarafından tespiti yapılan diğer bir önemli bulgudur. Bu tespiti yapan HSSHU'lar öncelikli ihtiyacın mesleğin hak ettiği değeri görebilmesi adına en başta halk sağlığı alanında çalışan idareciler olmak üzere diğer çalışanlara mesleğin tanıtılması olduğu görüşündedir. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; “Mesleğimi yöneticimiz dahil kimse bilmiyor. Mesleki tanımım, niteliğim ve bilgim dışında görevler veriliyor. Diğer personelin mesleğime saygısı yok. Ben dışında herkes neyi, nasıl yapacağını biliyor. Kendimi mesleğim dışında çok fazla ve alakasız iş yaparken buluyorum bu duruma tepki gösterince idarecim tarafından çok sert tepkiyle karşılaşıyorum. Ben alanda insanlarla birebir çalışmak isterken eğitimler dışında kuruma kapatılıp herkesin yapabileceği kağıt, evrak işlerini yapmak zorunda kalıyorum. Mesleki rollerimi yeterince gerçekleştiremediğim için bana ihtiyacı olan kitleye karşı suçluluk duygusu duyuyorum” şeklinde ifade etmektedir.

HSSHU'lar tarafından yapılan ve önemli olduğu düşünülen diğer bir husus iletişim ve koordinasyon ihtiyacıdır. Bu tespiti yapanlar, halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çeşitli platformlarda örgütlenecek iş birliği gerçekleştirmelerini, halk sağlığı sosyal hizmet alanına ilişkin konuşulması gereken öncelikli konu olarak değerlendirmişlerdir. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; *“Örneğin İlimizde tiyatral bir havada palyaço eşliğinde ana sınıfı (5 yaş grubuna) "Cinsel İstismar Farkındalık Eğitimi" düzenlemekteyiz ve bu konuda çok yol kat ettiğimizi düşünüyoruz. Peki Kurum sitesine koymamıza rağmen bundan kim haberdar? Ya da şöyle sorayım. Haberi olsa seve seve ilinde de bu eğitimi düzenleyecek olan arkadaşların bu eğitimden haberleri var mı?”* şeklinde ifade etmiştir.

Tablo 29. HSSHU'ların HSSH Alanına İlişkin Önerileri

Tablolar	Gruplar	S	%
SH eğitim kurumlarına öneriler (n=123)	Ders müfredatına HSSH'nin eklenmesi	89	72,3
	Öğrencilere HS kurumlarında staj yaptırılması	43	35
	HSSH alanı ile ilgili bilimsel çalışmaların yapılması	14	11,3
SH derneklerine öneriler (n=114)	Mesleğin HS alanında tanıtılması	43	37,7
	İş birliği ve koordinasyon	42	36,8
	HSSH alanı ile ilgili bilimsel çalışmaların yapılması	25	22
HS alanındaki idarecilere öneriler (n=120)	SH mesleğinin tanınması	79	65,8
	Uygun çalışma koşullarının sağlanması	45	37,5
HSSH alanında çalışmayı düşünen SHU ve öğrencilere öneriler (n=110)	HSSH alanına donanımlı gelinmesi	89	81
	HSSH alanının önerilmemesi	15	13,6

Tablo 29'da HSSHU'lar tarafından sosyal hizmet eğitim kurumlarına yönelik yapılan öneriler ele alındığında çoğunluğun (%72,3) sosyal hizmet ders müfredatına HSSH alanı ile ilgili derslerin eklenmesi gerektiği görüşünde oldukları görülmektedir. Bu öneriyi sunanlar sosyal hizmet eğitim kurumlarının eğitim müfredatına halk sağlığı ve halk sağlığı sosyal hizmeti ilgili dersleri ekleyerek müfredatı gözden geçirmelerini, verilecek eğitimin uygulamaya ve kültüre odaklı verilmesi gerektiğini ve sosyal hizmet eğitim kurumlarında sosyal hizmet kökenli akademisyenler tarafından halk sağlığı sosyal hizmetinin uzmanlaşmış bir dal haline getirilmesini önermektedir. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; *“Derslerin halk sağlığı uygulamalarını ve mevzuatını da*

kapsayacak şekilde verilmesi, halk sağlığı kurumlarında çalışma hayatının ne şekilde olduğunun bilgisini öğrencilere verilmesi” şeklinde ifade etmiştir. Başka bir katılımcı ise “Bölümlerde öğretilen kuramlardan ve mesleki teorilerden ziyade pratikte işlerin nasıl yürüdüğü ve hangi mevzuattan ne şekilde yararlanmamız gerektiği konusunda eğitimin yön değiştirilmesi gerekir” şeklinde öneri getirmektedir. Bu grupta yer alanların temel vurgusu sosyal hizmet eğitim kurumlarında bir paradigma değişiminin olması gerektiği yönündedir. HSSHU’lar tarafından sosyal hizmet eğitim kurumlarına yönelik diğer bir öneri, öğrencilerin lisans ve lisansüstü eğitim süreçlerinde halk sağlığı ile ilgili kurumlara yönlendirilerek staj yapmalarının sağlanması hususudur. Bu görüşte yer alanların diğer bir önerisi, stajlarla birlikte akademisyenlerin hem staj yapan öğrencilere hem de alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarına süpervizyon desteği sunmalarındır. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; “Başta bölüm hocalarımızın bölüme sahip çıkmaları gerekir. Hocalarımız bile bize destek vermiyorsa gerisi çok da boş. Günübirlik çözümler yerine kalıcı çözümler bulmalıyız” şeklinde ifade etmiştir. Bu grupta yer alanların temel görüşü halk sağlığı alanında çalışmaya gelecek olan sosyal hizmet uzmanlarının henüz bu alanda istihdam edilmeden alan hakkında bilgi sahibi olmalarının sağlanması şeklindedir.

Tablo 29’da HSSHU’lar tarafından sosyal hizmet derneklerine yapılan önerilerde iki önemli başlığın öne çıktığı görülmektedir. Bunlar mesleğin tanıtılması ve meslektaşlar arasında iletişim ve koordinasyonun sağlanmasıdır. Bu önerileri dile getiren HSSHU’lar, sosyal hizmet derneklerinin sağlık alanına ve sağlık politikalarına etki ederek ve sağlık kurumlarıyla iş birliğine girerek mesleğin tanınmasını ve HSSHU’ların rol ve görevlerinin belirlenip yasal düzenlemelerle güvence altına alınması konusunda çaba harcamaları gerektiği görüşündedirler. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; “Her ilde en az bir sosyal hizmet uzmanı çalıştığı düşünülduğünde; en az 81 sosyal hizmet uzmanı halk sağlığı alanında çalışmaktadır. Dernekler görev tanımı yapmalı, yasal düzenleme gerçekleştirilmelidir. Tıbbi Sosyal Hizmet Genelgesi sadece 2. basamak sağlık hizmeti çalışanlarına değil, tüm sağlık hizmet sunucularını kapsayacak düzeyde olmalıdır” şeklinde ifade etmiştir. HSSHU’lar sosyal hizmet derneklerinin öncelikle halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarını örgütleyerek, meslektaşlar arasında koordinasyon sağlaması gerektiği görüşündedir. Bununla bağlantılı olarak dernekler tarafından gerektiğinde halk sağlığı kurumlarına ziyaretler gerçekleştirilmesi, halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına yönelik süpervizyon sağlanması ve özlük haklarının iyileştirilmesi için tüm meslektaşlarla iş birliği yapılarak savunuculuk yapılması önerilmektedir. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; “Kesinlikle sosyal

çalışmacılara sahip çıkılmalı, mesleği ve görevi olmayan işlerde amir tarafından verilen işleri yerine getirmek zorunda kalan meslektaşlarımızın hakkını savunmaları, çalışma hayatının olumlu yönde etkilenmesini ve iş doyumunu artırmak amacıyla yapılabilecek çalışmalar içerisinde bulunulması” şeklinde ifade etmiştir.

Tablo 29’da HSSHU’lar tarafından halk sağlığı alanında çalışan idarecilere yönelik önerilerde “sosyal hizmet mesleğinin ve HSSHU’ların tanınması” öne çıkan başlık olarak tespit edilmiştir. Bu öneriyi sunan HSSHU’lar idarecilerin sosyal hizmet mesleğini tanıyarak, sosyal hizmet uzmanlarına verecekleri işleri mesleğin niteliğine göre seçmeleri gerektiği görüşündedirler. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; *“Sosyal hizmet mesleğinin ne olduğunu, meslek etiğimizin ne olduğunu, hangi alanlarda hizmet verdiğimizizi hangi gruplara yönelik hizmet verdiğimizizi bilmeliler. Bizi etkin bir şekilde mesleğimize saygı duyarak değerlendirebilsinler.”* şeklinde ifade etmiştir.

Tablo 29’a bakıldığında HSSHU’lar tarafından HSSH alanında çalışmayı düşünen sosyal hizmet uzmanlarına ve sosyal hizmet öğrencilerine yapılan önerilerde bu alana donanımlı olarak gelmeleri, büyük çoğunluk (%81) tarafından önerilmektedir. Bu hususta halk sağlığı sosyal hizmet alanı ile ilgili dersler alma, konuyla ilgili bilimsel programlara katılma, alanda staj yapma, alandaki sosyal hizmet uzmanlarından süpervizyon alma, halk sağlığı ile ilgili projelerde gönüllü olma bu bilgi ve becerileri edinme yolları olarak önerilmiştir. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; *“O stajlar ve uygulamalar çok önemli ciddiye alsınlar. Üniversite eğitimi dışında dergi makale okusunlar. Hiçbir eğitim seminer ve konferansı kaçırmassınlar”* şeklinde ifade etmiştir. Bu grupta yer alanların odak noktası, bu alanda çalışmaya gelecek olan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerinin bilincinde olmaları şeklindedir. Öte yandan sosyal hizmet uzmanlarına ve sosyal hizmet öğrencilerine HSSHU alanında çalışmayı önermeyen HSSHU’lar da tespit edilmiştir. Bu görüşü dile getiren katılımcılardan birisi durumu; *“Alanda mesleki tatminsizlik olması, müracaatçıların olmaması, yöneticilerin mesleği tanımamaları nedenleriyle tercih etmelerini önermiyorum”* şeklinde ifade etmiştir.

4. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. SONUÇLAR

“Türkiye’de Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Uygulayıcıların Gözünden İncelenmesi” adını taşıyan bu çalışmada, halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamalarına ve deneyimlerine dayanarak Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmetinin bir fotoğrafı çekilmeye çalışılmıştır. Bu ana amaç için çeşitli alt amaçlar oluşturulmuştur. Ana ve alt amaçlara göre soru formu hazırlanarak çeşitli bulgular elde edilmiştir. Çalışma kapsamında elde edilen bulgulardan Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmeti alanını önemli derecede etkileyecek bazı sonuçlar elde edilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programıyla 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşları yeniden yapılandırılmıştır. Kararnameye istinaden, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) kurulmuştur. THSK’nın kurulmasıyla birlikte Türkiye’de 2012 yılında tüm illerde halk sağlığı müdürlükleri ve toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. THSK’nın kurulmasıyla birlikte bu kurumun merkez ve taşra teşkilatlarında “sosyal çalışmacı” kadrosuna yer verilmiştir. Böylece sosyal hizmet uzmanları, Türkiye’de halk sağlığı alanında önemli bir konum elde etmişlerdir. Çalışma kapsamında, THSK’dan 7 Mart 2017 tarihinde alınan verilere göre THSK merkez ve taşra teşkilatlarında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 267’dir. Ayrıca bunların 140’ının 2016 yılında atandığı tespit edilmiştir. Ayrıca 3 Kasım 2016 tarihinde Resmi Gazete ’de Yayımlanan 9361 Sayılı Kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun kadrosuna 620 adet sosyal çalışmacı kadrosu tahsis edilmiştir. Çalışma kapsamında elde edilen bu veriler, Türkiye’de halk sağlığı alanında sosyal hizmet mesleğinin konumunun giderek arttığını göstermesi açısından önemlidir. Bu bilgiler ışığında, HSSH’nin Türkiye’de henüz gelişmekte olan bir alan olduğu ve HSSHU’ların halk sağlığı hizmet sunumunda ekibin önemli bir bileşeni olduğu çalışmadan elde edilen en önemli sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Sosyal hizmet eğitim kurumlarının Türkiye’de yarım asırlık bir geçmişlerin olduğu bilinmektedir. Fakat dünyada uygulamaları daha eskiye dayanan HSSH alanının henüz

Türkiye'deki sosyal hizmet eğitim kurumlarında ders müfredatına girmemiş olması araştırma kapsamında elde edilen diğer önemli bir sonuçtur. Ayrıca HSSH alanının sosyal hizmet derneklerinin ve hatta halk sağlığı alanında çalışmaya başlayan HSSHU'ların bile gündeminde olmadığı gözlenmiştir. Ayrıca çalışma kapsamında, Türkiye'de HSSH alanına ilişkin bilgi kaynaklarının ve akademik çalışmaların da yok denecek kadar az olduğu sonucuna varılmıştır. Bu yüzden bu araştırmanın HSSH alanına önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında, HSSHU'ların yarısından fazlasının 23-27 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, sosyal hizmet uzmanlarının Türkiye'de HSSH alanında yeni yeni çalışmaya başladıklarını gösteren önemli bir sonuçtur. Bu sonucun doğurduğu diğer bir önemli çıktı şudur: HSSH alanında çalışan genç HSSHU'ların bu alanda deneyimli HSSHU'ların, akademisyenlerin ve sosyal hizmet derneklerinin süpervizyonluğuna ihtiyaç duymaktadırlar.

Türkiye'de HSSH alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının HSSH alanında çalışmaya ilişkin yönelimleri ve hazırlıkları ele alındığında HSSHU'ların mezun oldukları sosyal hizmet eğitim kurumunun çeşitlilik gösterdiği saptanmıştır. Hatta HSSHU'ların %13,8'lik bir kesimi AÖF mezunudur. Sosyal hizmet eğitim kurumlarının Türkiye'de sayısı son yıllarda aniden artış göstermiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu, sosyal hizmet bölümlerinin farklı üniversitelerde farklı fakülte ya da yüksekokul bünyesinde açıldığını gösteren önemli bir sonuçtur. HSSH alanında çalışmaya başlayan HSSHU'ların çeşitli sosyal hizmet okullarından mezun olmaları doğal olarak okullar arasında standart bir eğitim müfredatının olup olmadığı sorusunu gündeme getirmektedir.

Türkiye'de HSSH alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının HSSH alanında çalışmaya ilişkin yönelimleri ve hazırlıkları ile ilgili diğer önemli bir sonuç; HSSHU'ların lisans eğitimlerini değerlendirme durumlarıdır. Şöyle ki; HSSHU'ların yarısından fazlasının sosyal hizmet eğitimini genel anlamda değerlendirmeleri "iyi" olarak saptanmıştır. Fakat yarısından azının alınan sosyal hizmet eğitiminin HSSH uygulamalarını karşılama düzeyini "ne iyi ne kötü" olarak ifade ettikleri tespit edilmiştir. Buradan elde edilen sonuç şunu göstermektedir: Sosyal hizmet uzmanlarının genelci sosyal hizmet eğitiminden memnuniyetleri artarken sosyal hizmetin alt uzmanlaşma alanları ile ilgili daha spesifik eğitimlere ilişkin memnuniyet düzeylerinin düştüğü gözlenmiştir. Araştırma kapsamında, sosyal hizmet eğitiminde sosyal hizmetin alt

uzmanlaşma dallarına yönelik farklı eğitim programlarının gündeme alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

HSSHU'ların çalışma yaşamlarına ilişkin bulgular ele alındığında elde edilen önemli sonuçlardan bir tanesi HSSHU'ların yarısından fazlasının ilk çalışma alanının HSSH alanı olmasıdır. Türkiye'de henüz gelişmekte olan bir alanda çalışmak eğer o alanda yerleşmiş mesleki bir anlayış yoksa çeşitli zorluklara neden olabilir. HSSHU'ların tespit ve önerilerinde bu durum açıkça ortaya çıkmıştır. Çünkü HSSHU'ların yarısından fazlası hem "HSSHU'ların rol ve görevlerinin belli olmamasını" hem de "sosyal hizmet mesleğinin halk sağlığı kurumlarında tanınmamasını" alana ilişkin en ciddi sorun olarak ifade etmişlerdir. HSSHU'ların çalışma yaşamlarına ilişkin diğer önemli bir sonuç HSSHU'ların üçte birinin çalıştığı halk sağlığı kurumunda tek HSSHU olmasıdır. Bu durumun mesleki dayanışma ve mesleki bilgi ve beceri paylaşımı için dezavantajlı bir durum olduğu düşünülmektedir. HSSHU'ların halk sağlığı alanında çalışmaya devam etme isteklerinde "evet" diyenlerle "kararsızım" diyenlerin oranlarının birbirine çok yakın olması elde edilen diğer önemli bir sonuçtur. HSSHU'ların tespit ve önerilerinde sıkça değindikleri HSSH alanının ne olduğunun net bir tanımının yapılması ve HSSHU'ların rol ve görevlerinin belirsiz olması bu alanda çalışan HSSHU'ları kararsızlığa itmektedir. Bu yüzden HSSH alanı ile ilgili acilen rol ve görev tanımlarının yapılması gerekliliği araştırmadan elde edilen önemli bir sonuç olarak görülmektedir.

HSSHU'ların halk sağlığı alanındaki rolleri değerlendirildiğinde HSSHU'ların bu alanda birçok rolü yerine getiriyor olması, sosyal hizmet mesleğinin halk sağlığı alanında önemli bir konum kazandığını göstermesi açısından anlamlı bir sonuçtur. Buna karşın HSSHU'ların rol ve görevlerini engelleyen faktörlerin başında "iş tanımının olmaması" ve "uygun çalışma koşullarının olmaması" yine bu alanla ilgili acilen rol ve görevlerin belirlenmesi gerektiği düşüncesini pekiştiren önemli bir sonuçtur.

HSSHU'ların HSSH uygulamalarında başvurdukları bilgi kaynaklarına ilişkin yapılan değerlendirmede, HSSHU'ların çoğunluğunun üniversitede almış oldukları bilgi ile sınırlı kaldığı görülmüştür. Günümüzde özellikle sağlık alanındaki değişimler daha hızlı ilerleme gösterdiğinden HSSHU'ların bu alanla ilgili güncel bilgi kaynaklarını takip etmeleri gerekliliği göz ardı edilemez. Yine HSSHU'ların konu ile ilgili kitap ve süreli dergilerden çok az yararlandıkları sonucu tespit edilmiştir. Bu kapsamda Türkiye'de özellikle HSSH alanı ile ilgili bilgi kaynaklarının geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

HSSHU'ların ekip çalışmalarına ilişkin elde edilen bulgular, HSSHU'ların ekip çalışmasına önem verdiklerini ve ekip çalışmasını sıklıkla yerine getirdiklerini göstermiştir. Fakat burada elde edilen önemli bir sonuç, HSSHU'ların halk sağlığı uzmanları ile sadece %18 oranında iş birliği yapabildikleridir. Bu durum halk sağlığı alanında asıl etkili olması gereken bir meslek gurubunun Türkiye'de sayılarının yetersiz olduğu sonucunu göstermiştir. Çünkü 2013 yılında halk sağlığı alanında çalışan halk sağlığı uzmanı sayısı sadece 107'dir (Kılıç, Şahan ve Bahadır, 2014).

HSSHU'ların halk sağlığındaki en ciddi sorunu tütün-alkol ve madde kullanımı ile ruh sağlığı sorunları olarak görmeleri, Türkiye'de bu sorunlara ilişkin plan, program ve politikaların gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi açısından önemli bir sonuç olarak görülmektedir. Türkiye'de tütün-alkol ve madde bağımlılığı yaygınlık araştırmalarından elde edilen veriler HSSHU'larının neden bu konuyu öncelikli bir sorun olarak gördüklerini açıklamaktadır.

HSSHU'ların HSSH temel standartlarını yerine getirme durumları değerlendirildiğinde; HSSHU'ların HSSH alanı ile ilgili bilgi ve birikimlerinin olması, HSSH rol ve görevlerini yerine getirebilmesi, çalıştığı halk sağlığı kurumunda yerleşmiş halk sağlığı uygulamasının olması, uygulamalarına ilişkin süpervizon alabilmesi, mesleki bilgi ve becerisinin yüksek olması ile HSSH temel standartlarını yerine getirmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. HSSHU'ların halk sağlığı alanı ile ilgili yetkinliklerinin artması, çalışmaları için uygun koşulların sağlanması; HSSHU'ların HSSH temel standartlarını daha fazla yerine getirebilmelerinde yordayıcı faktörler olduğu sonucuna varılmıştır.

Son olarak HSSHU'ların tespit ve önerilerinde önemli sonuçlara ulaşılmıştır. HSSHU'lar için HSSH alanının tanımının, kapsamının yapılması ve bu alanda çalışan HSSHU'ların rol ve görevlerinin belirlenmesi Türkiye'de HSSH alanı için öncelikli ihtiyaç ve sorun olarak görülmektedir. HSSHU'ların önerilerinde ise HSSH alanı ile ilgili ders ve staj olanaklarının sağlanması ve mesleğin halk sağlığı alanında tanıtılması en belirgin sonuç olmuştur. HSSHU'ların tüm tespit ve önerileri birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye'de HSSH alanının işlevselliğinin artması için bu alanla ilgili herkese (okullar, dernekler, öğrenciler, idareciler vb.) görev düştüğü ve herkesin elini taşın altına koyması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

4.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada, elde edilen bulgulara ve sonuçlara yönelik öneriler üç kategoride ele alınmıştır. Bu kapsamda, öneriler kısa, orta ve uzun vadeli öneriler şeklinde üç ayrı boyutta ele alınmıştır.

4.2.1. Kısa Vadeli Öneriler

- Türkiye’de henüz gelişmekte olan ve uygulaması günden güne artan halk sağlığı sosyal hizmeti ile ilgili tüm süreçleri koordine edecek “halk sağlığı sosyal hizmet komisyonu” kurulması en öncelikli ihtiyaç olarak görülmektedir. Sosyal hizmet derneklerinin ve sosyal hizmet bölümlerinin bu komisyonunun oluşturulması için gerekli adımları atmaları gerekmektedir.
- Oluşturulacak olan “halk sağlığı sosyal hizmeti komisyonu” öncülüğünde, halk sağlığı sosyal hizmetinin tanım, amaç ve kapsamının belirlenerek; standartlarının ve başarımlarının oluşturulması amacıyla Türkiye’deki sosyal hizmet eğitim kurumlarının, sosyal hizmet derneklerinin, halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu temsilcilerinin iştiraki ile acilen bir “halk sağlığı sosyal hizmeti çalıştay” düzenlenmelidir.
- Mevcut halk sağlığı sosyal hizmeti uygulamasında uygulayıcıların en büyük şikayeti halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görev tanımlarının açık ve kapsamlı olarak yapılmamış olmasıdır. Bu yüzden halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerinin belirlenmesi amacıyla ilgili mercilerce, sahada çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, sosyal hizmet derneklerinin ve sosyal hizmet eğitim kurumlarının görüşü alınarak halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri yasal bir dayanakla açıklığa kavuşturulmalıdır.
- Halk sağlığı sosyal hizmeti Türkiye’de henüz gelişmekte olan bir alan olduğu için sosyal hizmet dernekleri tarafından bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları arasında gerekli iletişimin, etkileşimin kurulması ve koordinasyonun sağlanması amacıyla bir mesleki iletişim ve etkileşim ağı oluşturulmalıdır.
- Sosyal hizmet eğitim kurumlarınca ders müfredatlarına halk sağlığı ve halk sağlığı sosyal hizmeti ile ilgili dersler konulmalıdır. Ayrıca öğrencilerin halk

sağlığı kurumlarında uygulama (staj) yapmaları sağlanmalı ya da öğrenciler bu alanlara yönlendirilmelidir.

4.2.2. Orta Vadeli Öneriler

- HSSH alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarından elde edilen bulgularda mesleğin halk sağlığı alanında tanınmaması, büyük bir sorun olarak tespit edilmiştir. Bu kapsamda, sosyal hizmet mesleğinin tanınması amacıyla sosyal hizmet eğitim kurumları ve sosyal hizmet dernekleri iş birliğiyle halk sağlığı alanında çalışan idareciler başta olmak üzere halk sağlığı kurumlarında çalışan kişilere yönelik sosyal hizmet mesleğini tanıtıcı etkinlikler (kurum ziyaretleri, mesleği tanıtıcı kılavuzların hazırlanması, lobicilik vb.) düzenlenmelidir.
- Sosyal hizmet eğitim kurumları ve sosyal hizmet dernekleri öncülüğünde Türkiye'deki HSSH alanının geliştirilmesi için farklı ülkelerdeki HSSH uygulamaları incelenmelidir.
- Türkiye'deki sosyal hizmet eğitim kurumlarındaki akademisyenler öncülüğünde halk sağlığı sosyal hizmeti ile ilgili kaynakların (kitap, makale, dergi vb.) artırılması sağlanmalıdır.
- Halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki uygulamalarını gerçekleştirebilmelerine olanak sağlayacak uygun fiziki koşulların oluşturulması (oda, birim vb.) ve gerekli kaynakların (materyal, bütçe, personel vb.) sağlanması için sosyal hizmet eğitim kurumları, sosyal hizmet dernekleri ve sosyal hizmet uzmanları tarafından bu düzenlemeleri gerçekleştirebilecek ilgili mercilere talepleri duyurucu çalışmaları başlatmalıdır.
- Halk sağlığı alanında çalışmak isteyen sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmet bilgi ve becerilerine ek olarak halk sağlığı felsefesi, temel kavram ve ilkeleri, halk sağlığı programlarının planlanması ve uygulanmasına ilişkin bilgi ve becerilerini geliştirmelidir.

4.2.3. Uzun Vadeli Öneriler

- Türkiye'de halk sağlığı sosyal hizmetinin bilimsel programlarda işlenmesi amacıyla geleneksel HSSH temalı sempozyum ve kongreler düzenlenmelidir.

- Oluşturulacak olan “halk sağlığı sosyal hizmeti komisyonu” tarafından her yıl HSSH faaliyet raporu yayınlanmalıdır.
- Sosyal hizmet eğitim kurumlarında HSSH alanı ile ilgili uzmanlaşma sağlamak için lisansüstü programların oluşturulması sağlanmalıdır.
- Kanıta dayalı uygulama gerçekleştirmek için halk sağlığı sosyal hizmeti alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ile iş birliği yapılarak bu alana ilişkin çeşitli bilimsel araştırmalar yapılmalıdır.
- Halk sağlığı–sosyal hizmet etkileşimini arttırmak adına halk sağlığı eğitim kurumları ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile ortak çalışmalar (proje, program, sempozyum vb.) gerçekleştirilmelidir.
- Sosyal hizmet eğitim kurumlarının olduğu üniversiteler başta olmak üzere üniversiteler bünyesinde “Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti Uygulama ve Araştırma Merkezleri” kurulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Adams, R., Dominelli, L., & Payne, M. (2015). *Sosyal hizmet: temel alanlar ve eleştirel tartışmalar*. T.Tuncay (Çev.). Ankara: Nika Yayıncılık.
- Allen, K., & Spitzer, W. (2016). *Social work practice in healthcare: advanced approaches and emerging trends*. Singapore: SAGE Publications.
- Altilio, T., Otis-Green S., Hedlund, S., Fineberg, I.C. (2012). Pain management and palliative care. S. Gehlert, & T. Browne (Ed.). *Handbook of health social work* (2nd Edition, pp. 590-627). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Andresen, E., & Bouldin, E. D. (2010). *Public health foundations: concepts and practices*. San Francisco: Jossey - Bass Publishing.
- American Public Health Association [APHA]. (2016). *Our history*. <http://www.apha.org/about-apha/our-history> (Erişim. 15 Kasım 2016).
- Arthur, C. R., Mendel, W., & Evans, T. (2013). Maternal and child health. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work* (pp. 41-59). Springer Publishing Company.
- Awofeso, N. (2004). What's new about the "new public health"? *American Journal of Public Health, 94*(5), 705-709.
- Baran, E., & Bahar-Özvarış, Ş. (2012). Yaşlılık döneminde sağlığın geliştirilmesi. D. Aslan, & M. Ertem (Ed.). *Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler* (s. 25-31). HASUDER Yayın No: 2012-1.
- Barrett, G., Naidoo, J., & Orme, J. (2007). Capacity and capability in public health. J. Orme, J. Powell, P. Taylor, & M. Grey (Ed.), *Public health for the 21st century: new perspectives on policy, participation and practice* (2nd Edition, pp. 83-98). New York: Open University Press.
- Battle, S. (1986). Social factors in the health of families: a public health social work responsibility. S. Denis, & C. Gerald (Ed.), *Social factors in the health of families: a public health social work responsibility proceedings of a conference (Pittsburgh, Pennsylvania, March 23-26, 1986)*. (pp. 1-13). Pittsburgh PA: The Educational Resources in Formation Center (ERIC).
- Berkün, S. (2010). Sosyal hizmet uzmanlarının çalışma hayatında karşılaştıkları mesleki sorunlar: Bursa örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 21*(1), 99-109.
- Black, R. (1985). The state of the art in public health social work education: public health and maternal child health content in graduate and continuing education programs. A. Gitterman, R. Black, F. Stein (Ed.), *Public health social work in maternal and child health: a forward plan*. (pp. 159-167). Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.

- Bouldin, E. (2010). History and development of public health. E. Andresen, & E. Bouldin (Ed.). *Public health foundations: concepts and practices* (pp. 3-25). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bracht, N. (1978). *Social Work in health care: a guide to professional practice*. New York: The Haworth Press.
- Bradby, H., & Chandola, T. (2007). Ethnicity and racism in the politics of health. A. Scriven, & S. Garman (Ed.). *Public health: social context and action* (1st Edition, pp. 76-86). New York: Open University Press.
- Browne, T. (2012). Social work roles and health care settings. S. Gehlert, & T. Browne (Ed.). *Handbook of health social work* (2nd Edition pp. 20-41). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Erkan-Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. (19. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Cederbaum, J., & Keefe, R. (2013). HIV/AIDS and public health social work. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. New York: Springer Publishing Company.
- Chacko, L., & Chacko, S. (2010). Modern public health systems. E. Andresen, & E. Bouldin (Ed.). *Public health foundations: concepts and practices* (pp. 25-51). San Francisco: Jossey-Bass.
- Chauvel, L., & Leist, A. K. (2015). Social epidemiology. J. D. Wright (Ed.). *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (2nd Edition). Section Health (pp. 275-281). Elsevier. DOI: 10.1016/B978-0-08-097086-8.14039-5
- Choi, S., ve Cassie, K. (2015). A Comparison of young, middle - aged, and older uninsured individuals in the United States: health beliefs and satisfaction with providers. *Social Work in Health Care*, 54(7), 669-685. DOI: 10.1080/00981389.2015.1051691
- Cılga, İ. (2004). *Bilim ve meslek olarak Türkiye’de sosyal hizmet*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları, Yayın No: 016.
- Cılga, İ. (2001). Türkiye’de sosyal hizmet eğitiminin başlangıcı. K. Karataş (Ed.). *Sosyal Hizmet Konferansı’96: toplumsal gelişme ve değişme sürecinde sosyal hizmet*. (s. 72-84). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 002.
- Council on Social Work Education [CSWE]. (2001). *Educational policy and accreditation standards*. <http://www.cswe.org/file.aspx?id=14115> (Erişim. 20 Kasım 2016).
- Congress, E. (2013a). Ethics for public health social workers. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 21-41). New York: Springer Publishing Company.

- Congress, E. (2013b). Immigrants and health care. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 103-123). New York: Springer Publishing Company.
- Curcow, B., & Hanson, S. (2010). Future of public health. E. Andresen, & E. Bouldin (Ed.). *Public health foundations: concepts and practices* (pp. 417-449). San Francisco: Jossey-Bass.
- Çakır, B. (2015). Epidemiyolojide özelleşmiş konular. Ç. Güler, & L. Akın (Ed.). *Halk sağlığı temel bilgiler 1* (3. Baskı., s. 132-153). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Çevikbilen, T. (2001). Sosyal hizmetin sağlık alanında örgütlenmesi. K. Karataş (Ed.). *Sosyal Hizmet Sempozyumu'96: Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Sosyal Hizmet* (s. 423-427). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 002.
- Çilingiroğlu, N. (2015). Demografi ve sağlık. Ç. Güler, & L. Akın (Ed.). *Halk sağlığı temel bilgiler I* (3. Baskı, s. 36-91). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Dailey, A., & Hall, A. (2010). Health disparities. E. Andresen, & E. Bouldin (Ed.). *Public health foundation: concepts and practices* (pp. 387-414). San Francisco: Jossey-Bass.
- Dedeoğlu, N. (2003). Halk sağlığı ve sosyal hizmetler. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 31-33.
- Denis, G. (1987). *Implementing a forward plan: a public health social work challenge. proceedings of a conference (Pittsburgh, Pennsylvania, April 26-29, 1987)*. Pittsburgh: Collected Works - Conference Proceedings (021).
- Denis, G. (1986). *Social factors in the health of families: a public health social work responsibility. proceedings of a conference (Pittsburgh, Pennsylvania, March 23-26, 1986)*. Pittsburgh: Collected Works - Conference Proceedings (021).
- Doel, M., & Shardlow, S. (2005). *Modern social work practice: teaching and learning in practice settings*. Hampshire: Ashgate Publishing.
- Doğan, A. (2005). Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyal hizmet eğitimindeki gelişmeler ve bunların Türkiye'deki sosyal hizmet eğitimine yansımaları. Ü. Onat (Ed.). *Sosyal Hizmet Sempozyumu'2002: Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar* (s. 37-44). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 17.
- Duyan, V. (2002). Kentleşme, kronik hastalıklar ve sosyal hizmet. Ü. Onat (Ed.). *Sosyal Hizmet Sempozyumu'98: Kentleşme Sürecinde Sosyal Hizmet* (s. 151-157). Ankara: Hacettepe Üniversitesi sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No: 010.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal hizmet: temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri*. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.

- Duyan, V. (1996). *Tıbbi sosyal hizmet (sağlıkta psikososyal boyut)*. Ankara: TDFO Yayıncılık.
- Dziegielewska, S. (2004). *The changing face of health care social work: professional practice in managed behavioral health care* (2nd Edition). New York: Springer Publishing.
- Erbay, E. & Sevin, Ç. (2013). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet 4. sınıf öğrencilerinin eğitim süreçlerine ve gelecekteki meslek yaşamlarına ilişkin görüşleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1), 25-39.
- Ely, P., Scamell, T., & Jurkowski, E. (2013). Substance abuse. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 193-213). New York: Springer Publishing Company.
- Evans, J. (1985). Mission. R. Black, & F. Stein (Ed.). *Public health social work in maternal and child health: a forward plan* (pp. 13-16). Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.
- Fişek, N. H. (1983). *Halk sağlığına giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırması ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, Yayın No: 2.
- Flexner, A. (2001). Is social work a profession?. *Research on Social Work Practice*, 11(2), 152-165.
- Gass, E. & Bezold, M.P. (2013) Generation y, shifting funding structures, and health care reform: reconceiving the public health paradigm through social work. *Social Work in Public Health*, 28(7), 685-693.
- Gehlert, S. (2012). Conceptual underpinnings of social work in health care. S. Gehlert, & T. Browne (Ed.). *Handbook of health social work* (2nd Edition, pp. 3-20). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Gitterman, A., Black, R., & Stein, F. (1985). *Public health social work in maternal and child health: a forward plan*. Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.
- Goldstein, R. L., Goldstein, K., & Dwelle, T. L. (2015). *Introduction to public health promises and practices* (2nd Edition). New York: Springer Publishing.
- Güler, Ç. (2002). Çevre hekimliği. *Sted*, 11(5), 166-168.
- Grason, H. A., & Guyer, B. (1995). Public MCH program functions framework: essential public health services to promote maternal and child health in America. Greensboro: The National Maternal and Child Health Clearinghouse (NMCHC).
- Griffiths, S., Jewell, T., & Donnelly, P. (2005). Public health in practice: the 3 domains of public health. *Public Health*, 119(10), 907-913.

- Grup Raporu (1999). GAP, Sağlık sorunları ve çözüm önerileri. *Sosyal Hizmet Sempozyumu'99: Bölgesel Kalkınma Sürecinde Sosyal Hizmet* (s. 41-44). Ankara: Hacettepe Üniversitesi sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 007.
- Hall, W., & Rounds, K. (2013). Adolescent health. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 59-81). New York: Springer Publishing Company.
- Hitchcock, L. (2016). What the social worker has done for public health: Homer Folk's 1917 speech on the interdisciplinary efforts of public health social workers during the progressive era. *Journal of Community Practice*, 24(2), 215-221.
- Hogue, M., & Jurkowski, E. (2013). Mental health. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 231-255). New York: Springer Publishing Company.
- Holliman, D. (2013). Public health social work. S. Dziegielewski (Eds), *The changing face of health care social work: opportunities and challenges for professional practice* (3rd Edition, p. 359-379). New York NY: Springer Publishing Company.
- Holzman, D., Neumann, M., Sumartojo, M., & Lansky, E. (2006). Behavioral and social sciences and public health at centers for disease control and prevention. *MMWR Supply*, 55 (2), 14-16.
- Honjo, K. (2004). Social epidemiology: definition, history, and research examples. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 9, 193-199.
- Hunter, D. (2007). Public health: historical context and current agenda. A. Scriven, & S. Garman (Ed.). *Public health: an overview of social context and action* (1st Edition, pp. 8-23). New York: Open University Press.
- Hutchins, V. (1985). Celebrating a partnership: social work and maternal and child Health. R. Black, F. Stein (Ed.), *Public health social work in maternal and child health: a forward plan* (pp. 3-13). Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.
- İdeal Sosyal Hizmet (2016). KPSS 2016/1 sosyal çalışmacı atama puanları. <http://www.idealsosyalhizmet.com/kpss-20161-sosyal-calismaci-atama-puanlari/>, (Erişim. 24 Ekim 2016).
- Institute of Medicine Committee for the Study of the Future of Public Health. (1988). *The future of public health*. Washington, DC: National Academy Press
- International Federation of Social Workers [IFSW] (2014). Global definition of social work. <http://ifsw.org/>: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/> , (Erişim. 12 Kasım 2016).
- Jackson, K. (2015). Public Health social work: Now More Than Ever. *Social Work Today*, 15(6), 12.

- Jurkowski, E. (2013). Aging and caregiving. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 81-103). New York: Springer Publishing Company.
- Jurkowski, E., & Keefe, R. (2013). *Handbook for public health social work*. New York: Springer Publishing Company.
- Karaday, N. (2008). Bilimsel araştırma yöntemi. (18. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karataş, K., Erkan, G. (2005). Türkiye'de sosyal hizmet eğitiminin tarihçesi. Ü. Onat (Ed.). *Sosyal Hizmet Sempozyumu'2002: Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar* (s. 112-133). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No:17.
- Karki, K., Miah, M., & Jurkowski, E. (2013). Global health. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 213-231). New York: Springer Publishing Company.
- Keefe, R. (2010). Health disparities: a primer for public health social workers. *Social Work in Public Health, 25*, 237-257.
- Keefe, R. (2013). Neighborhoods and health. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.), *Handbook of public health social work*. (pp. 273-287). New York: Springer Publishing Company.
- Keefe, R., & Evans, T. (2013). Introduction to public health social work. R. H. Keefe, & E. T. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 3-21). New York: Springer Publishing Company.
- King, M. (2007). Mass media, lifestyle and public health. A. Scriven, & S. Garman (Ed.). *Public health: social context and action* (1st Edition, pp. 95-105). New York: Open University Press.
- Kılıç, B., Şahan, C., & Bahadır, H. (2014). Dünya'da ve Türkiye'de halk sağlığı uzmanlık eğitiminin tarihçesi. *TAV Prev Med Bull, 13*(6), 495-504.
- Kılıç, B., Şahan, C., Bahadır, H. (2014). *Türkiye'de halk sağlığı uzmanları için insangücü planlaması*. Ankara: HASUDER yayın No: 2014-1.
- Krysik, J., & Finn, J. (2015). *Etkili uygulama için sosyal hizmet araştırması* (1. Baskı). E. Erbay (Çev.) Ankara: Nika Yayınevi.
- Kumabe, K. (1985). Knowledge and skill requirements for social work practice in maternal and child health. A. Gitterman, R. Black, F. Stein (Ed.). *Public health social work in maternal and child health: a forward plan* (pp. 133-149). Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.

- Kut, S. (2005). Türkiye'de sosyal hizmet mesleğinin eğitimi. Ü. Onat (Ed.). *Sosyal Hizmet Sempozyumu'2002: Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar* (s. 9-13). Ankara: Hacettepe Üniversitesi sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 17.
- Lopez, E., & Curbow, B. (2010). Social and behavioral sciences in public health. E. Andresen, & E. Bouldin (Ed.). *Public health foundations: Concepts and Practices* (pp. 267-299). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lymbery, M., & Milward, A. (2002). Community care in practice: social work in primary health care. *Social Work in Health Care*, 34(3-4), 241-259.
- McGregor, J., Mercer, S.W. & Harris, F.M. (2016). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 1-13. doi: 10.1111/hsc.12337
- Miller, C. (2007). Public health in the local authority context: more opportunities not to be missed? J. Orma, J. Powell, P. Taylor, & M. Grey (Ed.). *Public health for the 21 st century: new perspectives on policy, participation and practice* (2nd Edition, pp. 42-57). New York: Open University Press.
- Milligan, S. (1985). Social factors in adolescent health. G. C. Denis (Ed.). *Social factors in the health of families: a public health social work responsibility. Proceedings of a Conference (Pittsburgh, Pennsylvania, March 23-26,1986)*. (pp. 25-38). Pittsburgh PA: The Educational Resources in Formation Center (ERIC).
- Morton, C. (1985). Public health social work priorities in maternal and child health. R. Black, & F. Stein (Ed.). *Public health social work in maternal and child health: a forward plan* (pp. 41-64). Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.
- Nascimento, J., Stephan, C., & Nunes, E. (2015). Social scientists in public health: a fuzzy approach. *Ciencia & Saude Coletiva*, 20(5), 1583-1593.
- National Association of Social Workers [NASW] (1977). *Encyclopedia of social work* (Volume 1). U.S.A.: NASW, Publication Number: CHO-074-C.
- National Association of Social Workers [NASW] (1996). Code of ethics. <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp> (Erişim. 17 Kasım 2016).
- National Association of Social Workers [NASW] (2008). *Code of ethics of the National Association of Social Workers*.
<https://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>, (Erişim. 14 Kasım 2016).
- National Association of Social Workers [NASW] (2016). NASW standards for social worker practice in health care settings. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- NASW Foundation. (2016). NASW social work pioneers. <http://naswfoundation.org/pioneers/default.asp> (Erişim. 14 Kasım 2016).

- Olivadoti, S., & Bordogna, M. (2011). Social class and health inequality in Italy. *Journal of US-China Public Administration*, 8(4), 426-437.
- Oral, S. N. (2015). Çocukluk çağına giriş. Ç. Güler, & L. Akın (Ed.). *Halk sağlığı temel bilgiler 1* (3. Baskı, s. 370-374). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Oral, M., & Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Önder, T., Anuk, T., Kahramanca, Ş., & Yıldırım, A. (2015). Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(3), 342-345.
- Özdemir, U. (2001). Sosyal hizmet eğitimi. K. Karataş (Ed.). *Sosyal Hizmet Sempozyumu'96: Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Sosyal Hizmet* (s. 85-96). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 002.
- Özdemir, U. (2000). *Türkiye'de psikiyatrik sosyal hizmet*. Ankara: Aydınlar Matbaası.
- Özdemir, U. (1999). Türkiye'de sosyal hizmet eğitimi. N. Koşar, & V. Duyan (Ed.). *Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan: Yaşam Boyu Sosyal Hizmet* (s. 1-21). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 004.
- Özkan, S. (2016). *Sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarında karşılaştığı güçlükler ve süpervizyon gereksinimi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Ankara. Özet (YÖK Tez Veri Tabanından edinilmiştir.)
- Öztek, Z., Üner, S., & Eren, N. (2015). Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi. Ç. Güler, & L. Akın (Ed.). *Halk sağlığı temel bilgiler* (3. Baskı, s. 2-21). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Öztürk, Y. (2011). Halk sağlığının hedef, amaç ve ilkeleri. Y. Öztürk, & O. Günay (Ed.). *Halk sağlığı genel bilgiler* (s. 3-337). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları Yayın No: 172.
- Öztürk, Y., & Günay, O. (2011). *Halk sağlığı genel bilgiler*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları Yayın No: 172.
- Öztürk, Y. (2011). Halk sağlığının hedef, amaç ve ilkeleri. Y. Öztürk, & O. Günay (Ed.). *Halk sağlığı genel bilgiler* (s. 3-337). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları Yayın No: 172.
- Palmer, S. (2011). *Social work in public health and hospitals*. Mistwell Crescent: Apple Academic Press.
- Pardeck, J., & Yuen, F. (2006). *Social work for the twenty-first century: challenges and opportunities*. Westport: Praeger Publishers.

- Payne, M. (1991). *Modern social work theory: a critical introduction*. New York: Mac Millan .
- Pierson, J. (2011). *Understanding social work: history and context* (1st Edition). New York: Open University Press.
- Player, E. (1985). Standards for public health social work practice. R. Black, & F. Stein (Ed). *Public health social work in maternal and child health: a forward plan* (pp. 83-95). Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.
- Practice Standards Development Committee, Beyond Year 2010: Public Health Social Work Practice Project at the UNC School of Social Work (2005). Public Health Social Work Standards and Competencies. Columbus, OH: Ohio Department Of Health. https://nciph.sph.unc.edu/cetac/phswcompetencies_may05.pdf (Erişim: 11 Mayıs 2016).
- Riegelman, R. (2010). *Public health 101 healthy people-healthy populations*. Washington: Jones and Bartlett Publishers.
- Rosen, A., & Proctor, E. (2003). Practice guidelines and the challenge. A. Rosen, & E. Proctor (Eds.). *Developing practice guidelines for social work intervention: issues, methods, and research agents* (pp. 1-17). New York: Colombia University Press.
- Ruth, B. J., & Sisco, S. (2012 [Online Publication]). Public health social work. T. Mizrahi & L. E. Davis (Ed.). *Encyclopedia of social work* (20th Edition, Vol. 3, pp. 476 – 483). Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Ruth, B., Sisco, S., Wyatt, J., Bethke, C., Bachman, S., & Piper, T. (2008). Public health and social work: training dual professionals for the contemporary workplace. *Public Health Reports*, 123 (2 Supplement), 71-77.
- Sable, M., Schild, D., & Hipp, J. (2012). Public health and social work. S. Gehtler, & T. Browne (Ed.). *Handbook of health social work* (2nd Edition, pp. 64-99). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Saleeby, P., & Jurkowski, E. (2013b). Chronic health conditions. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 181-193). New York: Springer Publishing Company.
- Saleeby, P., & Jurkowski, E. (2013a). Disabilities and secondary conditions. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 163-181). New York: Springer Publishing Company.
- Saunders, J., & Saunders, E. (2013). Rural health and mental health. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 255-273). New York: Springer Publishing Company.
- Scambler, G., & Scambler, S. (2007). Social patterning of health behaviours. A. Scriven, & S. Garman (Ed.). *Public health: social context and action* (pp. 34-48). New York: Open University Press.

- Scriven, A. (2007). Public health: an overview of social context and action. A. Scriven, & S. Garman (Eds), *Public health an overview of social context and action* (1st Edition, p. 1-8). New York: Open University Press.
- Seltzer, B. (2011). *101 Careers in public health*. New York: Springer Publishing Company.
- Sheafor, B., & Horejsi, C. (2015). *Sosyal hizmet uygulaması: temel teknikler ve ilkeler* (2. Baskı). Ankara: Nika Yayınevi.
- Shi, L., & Sing, D. (2004). *Delivering health care in America*. (3rd Edition). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Shi, L., Tsai, J., & Kao, S. (2009). Public health, social determinants of health, and public policy. *J Med Sci*, 29(2), 43-59.
- Shore, B. (1986). Greetings. G. C. Denis (Ed.). *Social factors in the health of families: a public health social work responsibility proceedings of a conference (Pittsburgh, Pennsylvania, March 23-26, 1986)*. (pp. 38-41). Pittsburgh PA: The Educational Resources in Formation Center (ERIC).
- Social Work Policy Institute. (2007). Public health social work. <http://www.socialworkpolicy.org/research/public-health-social-work.html> (Erişim. 17 Kasım 2016).
- Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (SHUDER). (2016). Türkiye'de sosyal hizmet uzmanı sayıları ve istihdam açısından durumları <http://www.shudernegi.org/?pnun=175&pt=T%C3%BCrkiye%27deki+Sosyal+Hizmet+Uzman%C4%B1+Say%C4%B1lar%C4%B1> (Erişim 12 Mayıs 2016).
- Stuart, P. (2013 [Online Publication]). Social work profession: history. T. Mizrahi, & L. Davis (Ed.). *Encyclopedia of social work* (20th Edition, Vol. 3, pp. 156 –164). Washington, DC: The NASW Press,
- Şahin-Hodoğlugil, N.N. (2015). Medikal antropoloji. Ç. Güler, & L. Akın (Ed.). *Halk sağlığı temel bilgiler 1* (3. Baskı, s. 26-32). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Şimşek, Z. (2005). Halk Sağlığı alanında sosyal hizmet. A. İçağasioğlu-Çoban, & H. Arslanoğlu (Ed.). *Sosyal Hizmet Sempozyumu 2004: Türkiye Sosyal Hizmet Uygulamaları, İhtiyaçlar ve Sorunlar* (s. 324-330). Ankara: Haberal eğitim Vakfı.
- Şimşek, Z. (2013). Sağlığı geliştirmenin tarihsel gelişimi ve örneklerle sağlığı geliştirme stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12 (3), 343-358.
- Şimşek, Z., & Kırmızıtoprak, E. (2013). Mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 11 (1), 1-10.

- Şimşek, Z., Ak, D., Altındağ, A., & Güneş, M. (2008). Prevalence and predictors of mental disorders among women in Sanliurfa, Southeastern Turkey. *Journal of Public Health, 30*(4), 487-493.
- Şimşek, Z., Koruk, İ., & Altındağ, A. (2007). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni, 26* (3), 19-24.
- Şimşek, Z., Kurçer, M., Kayahan, M., Ersin, F., & Gözükara, F. (2004). Yoksulluk ve çocuklarda büyüme-gelişme. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 15*(2), 73-82.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Sağlıkta İnsan kaynakları 2023 vizyonu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 851
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Sağlıkta Dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011). <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> (Erişim. 12 Eylül 2016).
- T.C. Başbakanlık. Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu, http://www.necdetunuvar.com.tr/FileUpload/bs445985/File/umk_faaliyet_raporu.pdf (Erişim, 1 Ocak 2017).
- Teater, B. (2015). *Sosyal hizmet kuram ve yöntemleri: uygulama için bir giriş* (1. Baskı). A. Karatay (Çev.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Telfair, J. (2013). Public health social work and genetic health services delivery. R. Keefe, & E. Jurkowski (Ed.). *Handbook of public health social work*. (pp. 147-163). New York: Springer Publishing Company.
- Tezcan, S. (2015a). Epidemiyoloji. Ç. Güler, & L. Akın (Ed.). *Halk sağlığı temel bilgiler 1* (3. Baskı, s. 96-153). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Tezcan, S. (2015b). Biyoistatistik. Ç. Güler, & L. Akın (Ed.). *Halk sağlığı temel bilgiler 1* (3. Baskı, s. 158-199). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (2011). Sağlık Bakanlığı, Sayı. 7465
- Tomanbay, İ. (1992). *Ana çocuk sağlığında sosyal boyut* (1. Baskı). Ankara: Doruk Yayınları.
- Topuz, S., & Öz, M. (2014). Türkiye'de sosyal hizmet uzmanlarının istihdam durumu. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 25*(1), 149-158.
- Tufan, B. (2005). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu yeni lisans programı. Ü. Onat (Ed.). *Sosyal Hizmet Sempozyumu'2002: Sosyal Hizmet Eğitime Yeni Yaklaşımlar* (s. 14-25). Ankara: Hacettepe Üniversitesi sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No:17.
- Tuncay, T. (2014). Sağlık bakım uygulamalarında tıbbi sosyal hizmetin kapsamı ve önemi, Ders- notu

- Tuncay, T. (2014). Tıbbi sorunlar: kardiyovasküler hastalıklar ve ruh sağlığı sorunları, ders-notu
- Tuncay, T. (2013). Yaşam Sonu bakımında sosyal hizmet uzmanının rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24 (2), 145-154.
- Tuncay, T. (2013). "Sağlık alanında sosyal hizmetle ilgili mevzuat", Tomanbay, İ., Oral, A.İ. (Ed.), Sosyal hizmet mevzuatı (s. 120-155). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi yayını No: 2874.
- Tuncay, T., & Erbay, E. (2008). Primary objective of social work social justice from rhetoric to practice through empowerment. *Socialinis Darbas*, 7 (3), 87-95.
- Tuncay, T. (2007). HIV & AIDS review - *International Journal of HIV-Related Problems*, 6(3), 10-15.
- Tuncay, T., & Erbay, E. (2006). Sosyal hizmetin temel hedefi: sosyal adalet-güçlendirmeyele retorikten pratiğe. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17(1), 53-69.
- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2014). *EMCDDA 2014 Ulusal Raporu (2013 Verileri) Türkiye: yeni gelişmeler, trendler, seçilmiş konular*. Ankara: İçişleri Bakanlığı Bakanlık Genel Yayın No: 762
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2016). Kalite politikası. <https://www.thsk.gov.tr/kurumsal/kalite-politikam%C4%B1z.html> (Erişim. 23 Kasım 2016).
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2016) 2016 yılı performans programı. https://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji_db/dokumanlar/2016_yili_performans_programi.pdf (Erişim, 24 Kasım 2016).
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2012). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönerge. http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/yonergeler/THSK_tasra_yonergesi_guncel.pdf (Erişim. 24 Kasım 2016).
- Ulusoy-Gökkoca, Z. (2001). Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. *Sted*, 10(10), 371-374.
- United Nations World Health Organization. (2011). Investing in mental health. UN World News Center. <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=39981&Cr=health&Cr1#.WCyN6fmLTIU> (Erişim. 13 Kasım 2016).
- Walker, J., Crawford, K., & Parker, J. (2008). *Practice education in social work: A Handbook for practice teachers, assessors and educators* (1st Edition). Southernhay East: Learning Matters.

- Washington, R. (1985). Response. A. Gitterman, R. Black, F. Stein (Ed.). *Public health social work in maternal and child health: a forward plan* (pp. 187-197). Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.
- Watkins, E. (1985). The conceptual base for public health social work. R. Black, F. Stein (Ed.). *Public health social work in maternal and child health: a forward plan* (pp. 17-33). Proceedings of the Working Conference of the Public Health Social Work Advisory Committee of the Bureau of Health Care Delivery and Assistance. Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.
- Whitaker, T., & Arrington, P. (2008). *Social workers at work. NASW membership workforce study*. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Whitaker, T., Weismiller, T., & Clark, E. (2006). Assuring the sufficiency of a front line work force: A national study of front line social workers (Executive Summary). Washington, DC: National Association of Social Workers.
- White, R. (1985). Measuring standards for public health social work practice. R. Black, F. Stein (Ed.). *Public health social work in maternal and child health: a forward plan* (pp. 97-101). Rockville MD: Division of Maternal and Child Health.
- White, R. (1986). Social factor in infancy and childhood. G. C. Denis (Ed.), *Social factors in the health of families: a public health social work responsibility proceedings of a conference (Pittsburgh, Pennsylvania, March 23-26, 1986)* (pp. 13-25). Pittsburgh PA: The Educational Resources in Formation Center (ERIC).
- Winslow, C.-E. A. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23–33.
- Williams, B. (1986). Assesment of needs, program planning and resource allocation. G. C. Denis (Ed.). *Social Factors in the Health of Families: A Public Health Social Work Responsibility Proceedings of a Conference (Pittsburgh, Pennsylvania, March 23-26, 1986)*. (pp. 93-105). Pittsburgh: The Educational Resources in Formation Center (ERIC).
- World Health Organization (WHO). (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, June 19 – 22, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.)
- World Health Organization; 2008. Commission on social determinants of health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/1/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf
(Erişim. 21 Kasım 2016).
- Yataklı Tedavi Kurumları İşleme Yönetmeliği. (1983). T.C. Resmi Gazete, 17927, 13 Ocak 1983.

- Yıldırım, S., & Işıkhan, V. (2014). Sağlık insan gücü planlaması: sosyal hizmet uzmanlarına yönelik bir durum analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 25(1), 133-148.
- Yıldız, A. (2009). İşyeri sağlık birimi hizmetleri. D. Aslan (Ed.). *Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar* (s. 209-212). Ankara: Ankara Tabib Odası.
- Young, A. (1985). Response. A. Gitterman, R. Black, & F. Stein (Ed.). *Public Health Social Work in Maternal and Child Health: A Forward Plan (Proceedings of the Working Conference of the Public Health Social Work Advisory Committee of the Bureau of Health Care Delivery and Assistance)* (pp. 149-155). Rockville MD: Division of Maternal and Child
- Zastrow, C. (2015). *Sosyal hizmete giriş* (3. Baskı). Ankara: Nika Yayınevi.
- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (2011). T.C. Resmi Gazete, 28103, 2 Kasım 2011
- 03/10/2016 tarihli ve 2016/9361 sayılı Kararname eki. (2016). T.C. Resmi Gazete, 2016/9361, 3 Kasım 2016.

EKLER

Ek 1. Araştırma Anket Formu

BÖLÜM-1: TANITICI BİLGİLER

1. Cinsiyet	() Kadın () Erkek
2. Medeni durum	() Evli () Bekar () Dul
3. Eğitim durumunuz	() Lisans () Yüksek lisans () Doktora
4. Yaş
5. Çalıştığınız il (lütfen belirtiniz)
6. Çalıştığınız kurum	() Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (merkez) () Halk Sağlığı Müdürlüğü (taşra) () Toplum Sağlığı Merkezi (taşra) () Halk Sağlığı Laboratuvarı (taşra)
7. Çalıştığınız daire/şube/birim (lütfen belirtiniz)
8. Çalıştığınız kurumdaki/birimdeki pozisyon/göreviniz nedir?	() Yönetici () Uygulayıcı

BÖLÜM 2. EĞİTİM VE MESLEKİ YÖNELİM

9. Sosyal hizmet bölümüne başlamadan önce farklı bir lisans bölümünde okudunuz mu?	() Evet () Hayır
10. Sosyal hizmet bölümünü tercih etmede etkili olan faktörler hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	() Kendi tercihim () Ailem ve/veya yakınlarım () Arkadaşlarım () Öğretmenlerim () Diğer (lütfen belirtiniz).....
11. Sosyal hizmet bölümünü tercih etmeden önce bölüm hakkında bilgi edinme kaynaklarınız hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	() Kendi araştırmam () Ailem () Arkadaşlarım () Öğretmenlerim () İnternet vb. () Diğer (lütfen belirtiniz).....

12. Üniversite tercihinizde sosyal hizmet bölümü kaçınıcı tercihinizdi?
--	-------

13. Sosyal hizmet eğitiminizi aşağıdaki hangi fakülteden/yüksekokuldan aldınız?

<input type="checkbox"/> İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	<input type="checkbox"/> Sağlık Bilimleri Fakültesi
<input type="checkbox"/> Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	<input type="checkbox"/> Diğer(lütfen belirtiniz)

14. Lütfen aşağıdaki ifadeleri almış olduğunuz sosyal hizmet lisans eğitimi kapsamında değerlendiriniz

Sosyal hizmet lisans eğitim sürecinizde	Evet	Hayır
Halk sağlığına /halk sağlığı sosyal hizmetine ilişkin bir ders aldınız mı?		
Sosyal hizmet bölümü dersleri dışında herhangi bir halk sağlığı anabilim dalından ders aldınız mı?		
Halk sağlığı/halk sağlığı sosyal hizmet alanına ilişkin kaynaklardan (dergi, makale, kitap) yararlandınız mı?		
Halk sağlığı /halk sağlığı sosyal hizmet sosyal hizmet alanı ile ilgili herhangi bir bilimsel çalışma veya toplantıya (kongre, konferans, panel, çalıştay vb.) katıldınız mı?		
Uygulama (staj vb.) yaptığınız yerler arasında halk sağlığı alanı (halk sağlığı kurumu, halk sağlığı müdürlüğü, toplum sağlığı merkezi vb.) var mıydı?		
Halk sağlığı sosyal hizmet alanında çalışmayı düşünüyor muydunuz?		

15. Lütfen aşağıdaki ifadeleri almış olduğunuz sosyal hizmet lisans eğitimi kapsamında değerlendiriniz

<i>İFADELER</i>	<i>Oldukça kötü</i>	<i>Genellikle kötü</i>	<i>Ne iyi ne kötü</i>	<i>Genellikle iyi</i>	<i>Oldukça iyi</i>
Aldığınız sosyal hizmet eğitiminin halk sağlığı uygulamalarını karşılama düzeyi					
Sosyal hizmet eğitiminize yönelik genel değerlendirmeniz					

BÖLÜM 3. HALK SAĞLIĞI GÖRÜŞÜ

16. Sağlık hizmetlerine ulaşmada hangi grupların daha fazla dezavantajlı konumda olduğunu düşünmektesiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

<input type="checkbox"/> İşsizler	<input type="checkbox"/> Kadınlar
<input type="checkbox"/> Engelliler ve kronik hastalığı olanlar	<input type="checkbox"/> Yaşlılar
<input type="checkbox"/> Çocuklar	<input type="checkbox"/> Evsizler
<input type="checkbox"/> Tutuklu ve hükümlüler	<input type="checkbox"/> Irk/etnik azınlıkları
<input type="checkbox"/> Eşcinseller	<input type="checkbox"/> Göçmenler/mülteciler/sığınmacılar
<input type="checkbox"/> Bağımlılar	<input type="checkbox"/> Bulaşıcı hastalığı olanlar
<input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz).....	

17. Halk sağlığı sosyal hizmeti alanındaki çalışmalarınızda aşağıda sıralanmış olan sağlığın sosyal belirleyicilerini göz önünde bulundurma sıklığınız nedir?

SOSYAL BELİRLEYİCİLER	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Her zaman
Gelir düzeyi					
Erken çocukluk gelişimi					
Sosyal statü					
Eğitim					
Sağlık okuryazarlığı					
Nitelikli sağlıklı yaşam koşulları					
Sağlık hizmetlerine ulaşım					
Etnik yapı ve ayrımcılık					
Kültür					
Sosyal destek ağları (sosyal çevre vb.)					
Yaşam seyri yaklaşımı (yaşam stili, baş etme becerileri)					
Fiziksel çevre					
İş ve çalışma koşulları (işsizlik vb.)					
Cinsiyet/toplumsal cinsiyet					
Diğer (lütfen belirtiniz)..... .					

18. Aşağıda belirtilen halk sağlığı temel ilkeleri hakkındaki görüşünüz nedir?

İLKELER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Sağlık bir insanlık hakkıdır					
Koruma tedaviden üstündür					
Kişi çevresi ile bir bütündür					
Herkes kendi sağlığından sorumludur					
Halkın sağlık hizmetlerine katılımı esastır					
Sağlık hizmetlerinde entegrasyon esastır					
Hastalıkların nedenleri sosyal, biyolojik ve fiziki nedenlerdir					
Yaşam, doğum öncesinden ölüme kadar bir bütündür					
Sağlık hizmetleri kişilerin en yakınlarına kadar götürülmelidir					
Kişinin sağlığı ve hastalığı aynı zamanda ailenin sorunudur					
Kişilerin sağlığı ve hastalığı aynı zamanda toplumun sorunudur					
En çok görülen, sakat bırakan ve öldüren hastalık "önemli hastalık"tır					
Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir/Sağlık hizmetleri multisektöriyeldir					

BÖLÜM 4. ÇALIŞMA YAŞAMI VE HALK SAĞLIĞI UYGULAMASI

19. Kaç yıldır sosyal çalışmacı olarak çalışıyorsunuz? (lütfen belirtiniz)
20. Halk sağlığı alanında çalışmayı isteyerek mi tercih ettiniz?	() Evet () Hayır
21. Halk sağlığı alanı ilk mesleki çalışma alanınız mı?	() Evet () Hayır
22. Halk sağlığı alanında kaç yıldır çalışıyorsunuz? (lütfen belirtiniz)
23. Çalıştığınız ildeki halk sağlığı kurumunda (THSK, HSM, TSM, Laboratuvar) sizin dışınızda kaç sosyal çalışmacı görev yapmaktadır?	() Yalnız ben varım () 1 kişi () 2 kişi () 3 kişi () 4+ kişi

24. Aşağıdaki alanlardan hangisi ya da hangilerinde halk sağlığı sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirmeniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() kır () ilçe () kent () ulusal () uluslararası

25. Çalıştığınız halk sağlığı kurumunda temel rol ve görevlerinizi aşağıdaki seçeneklerden hangisi ya da hangileri olarak görüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Vaka yöneticisi	() Politika yapıcı	() Grup yöneticisi
() Savunucu	() Eğitimci	() Toplum örgütleyici
() Değerlendirici	() Denetçi	() Süpervizör
() Yönetici	() İdareci	() Danışman
() Lider	() Hibe (proje) yazıcı ve yönetici	() Doğrudan kişisel destek ve tedavi
() ()		Diğer (lütfen belirtiniz).....

26. Çalıştığınız halk sağlığı kurumunda rol ve görevlerinizi yerine getirmeye engel olan unsurlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() İş tanımı yok	() Kurum amirleri mesleği tanımıyor
() Farklı iş alanlarında yoğunluk var	() Mesleğin uygulanması için uygun şartlar yok
() Mesleğimle alakalı olmayan bir birimde çalışıyorum	() Diğer (lütfen belirtiniz).....

27. Çalıştığınız halk sağlığı kurumunda uygulama çalışmalarınızda kaynak olarak kullandığınız materyaller ve bilgi kaynaklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

<input type="checkbox"/> Üniversitede almış olduğum bilgi	<input type="checkbox"/> Konuyla ilgili kitaplar
<input type="checkbox"/> Kurumdaki uygulamalar	<input type="checkbox"/> Kurumdaki süpervizör/ler
<input type="checkbox"/> Dergi (sürelî yayın)	<input type="checkbox"/> İnternet
<input type="checkbox"/> Yaptığım araştırmalar ve çalışmalar	<input type="checkbox"/> Yurt dışı çalışma, gözlem ve deneyim
<input type="checkbox"/> Uygulama sırasında üniversitedeki hocalar	<input type="checkbox"/> Kurumdaki bilimsel toplantılar, seminerler, hizmet içi eğitimler vb.
<input type="checkbox"/> Yasal düzenlemeler	<input type="checkbox"/> Makaleler
<input type="checkbox"/> Yerel, ulusal ve uluslararası projeler	<input type="checkbox"/> Özel sertifika programları ve kurslar
<input type="checkbox"/> Bu alanda katıldığım toplantı, kongre, sempozyum, vb.	<input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz).....

28. Çalıştığınız kurumda iş birliği yaptığınız meslekler hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

<input type="checkbox"/> Hekim	<input type="checkbox"/> Psikolog	<input type="checkbox"/> Çocuk Gelişimcisi
<input type="checkbox"/> Sosyolog	<input type="checkbox"/> Diyetisyen	<input type="checkbox"/> Hemşire
<input type="checkbox"/> Ebe	<input type="checkbox"/> Halk Sağlığı Uzmanı	<input type="checkbox"/> Avukat
<input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz).....		
.....		

29. Lütfen aşağıdaki ifadeleri kurumunuzdaki mevcut durumu göz önüne alarak doldurunuz

ÇALIŞTIĞINIZ KURUMDA;	Çok kötü	Kötü	Ne iyi ne kötü	İyi	Çok iyi
Bir halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı olarak mesleki yetkinliğiniz					
Yerleşmiş bir halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasının olması					
Çalışmaya başlamadan önce halk sağlığı kurumları ve halk sağlığı alanına ilişkin rol ve görevlerinizi bilme durumunuz					
Size halk sağlığı sosyal hizmet rol ve görevlerinizle ilgili bilgi verilmesi					
Halk sağlığı sosyal hizmet rol ve görevlerinizi yerine getirebilme durumunuz					
Halk sağlığı sosyal hizmet rol ve görevlerinizi yerine getirme sıklığınız					
Rol ve görevlerinize bağlı olarak yürüttüğünüz uygulamalara ve size yönelik süpervizyon alma durumunuz					
Mesleki deneyim ve birikimlerinizden yeterince yararlanılma durumu					
Çalışma motivasyonunuz					
Mesleki değer hakkında kendinizi yeterli görme durumunuz					
Mesleki beceri hakkında kendinizi yeterli görme durumunuz					
Mesleki etik hakkında kendinizi yeterli görme durumunuz					
Mesleki bilgi hakkında kendinizi yeterli görme durumunuz					
Ekip çalışması gerekliliğine olan inancınız					
Ekip çalışması sıklığınız					
Ekip çalışması için belirlenmiş amaç ve hedeflerin olması					
Ekip çalışması için her mesleğin mesleki rol ve becerilerinin belirgin olması					
Ekip çalışmasını destekleyici bir ortam ve çevre					

30. Halk sağlığı sosyal hizmet alanında çalışma motivasyonunuzu aşağıdaki unsurlar nasıl etkilemektedir?

UNSURLAR	Çok olumsuz	Olumsuz	Ne olumlu ne olumsuz	Olumlu	Çok olumlu
Mesleğimi uygulama isteği					
Bilgi ve beceri düzeyim					
Kurum imkanları (maddi - manevi)					
Kurumda kişilerarası ilişki					
Çalışma motivasyonu					
Yapılan işin niteliği					
İdarenin bana ve mesleğime karşı tutum ve davranışları					
Mesleğin uygulanması için uygun koşulların olması					
Kurumun amaç ve hedefleri					
Diğer (lütfeñ belirtiniz)					

31. Aşağıdaki halk sağlığı alanlarından hangilerinde uygulama yaptınız/yapmaktasınız? (Birden fazla seçenek işaretleylebilirsiniz)

<input type="checkbox"/> Ana-çocuk sağlığı	<input type="checkbox"/> Ergen sağlığı	<input type="checkbox"/> Yaşlı sağlığı
<input type="checkbox"/> Göçmen sağlığı	<input type="checkbox"/> Bulaşıcı hastalıklar	<input type="checkbox"/> Çevre sağlığı
<input type="checkbox"/> Afet ve kazalar	<input type="checkbox"/> Demografi ve sağlık	<input type="checkbox"/> Epidemiyoloji
<input type="checkbox"/> İş sağlığı	<input type="checkbox"/> Genetik sağlık	<input type="checkbox"/> Engelli sağlığı
<input type="checkbox"/> Küresel sağlık	<input type="checkbox"/> Ruh sağlığı	<input type="checkbox"/> Beslenme
<input type="checkbox"/> Tıp için sosyal bilimler	<input type="checkbox"/> Sağlık ekonomisi	<input type="checkbox"/> Sağlık yönetimi
<input type="checkbox"/> Sağlık politikaları	<input type="checkbox"/> Temel halk sağlığı	<input type="checkbox"/> Sağlık eğitimi
<input type="checkbox"/> Sağlık örgütlenmesi	<input type="checkbox"/> Halk sağlığı labotatuvarı	<input type="checkbox"/> Tütün-alkol- madde kullanımı
<input type="checkbox"/> Sağlık yönetimi ve politikaları	<input type="checkbox"/> Kronik hastalıklar ve engellilik	<input type="checkbox"/> Sağlığın geliştirilmesi/sağlık eğitimi
<input type="checkbox"/> Diğer (lütfeñ belirtiniz)		

32. Çalıştığınız halk sağlığı kurumunda halk sağlığı sosyal hizmetinin temel standartlarını uygulama durumunuz nedir?

TEMEL STANDARTLAR	Hiçbir	Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Her zaman
Aile, toplum ve kültürü dikkate alarak riskli nüfusun sağlık duruma ve sosyal işlevine etki eden sosyal sorunların gözlemlenmesi ve değerlendirilmesi					
İdeal sağlığı sağlayacak faktörlerin değerlendirilmesi ve tanımlanması					
Sağlık sorunlarında payı olan olumsuz stres, sağlık riskleri ve sosyal etmenlerin tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesi					
Birey, aile ve toplum odaklı sağlık müdahalelerinin etkililiğini, ulaşılabilirliğini ve kalitesini değerlendirme					
Halk sağlığı sorunları hakkında birey, aile ve topluma bilgi ve eğitim verme					
Birey, aile ve toplum refahının geliştirilmesi için halk sağlığı sorunlarının tanımlanması ve ifade edilmesinde birey, aile ve toplumların aktif birer katılımcı olmasını sağlama ve bu grupları güçlendirme					
Birey, aile ve toplumların sağlık ve güvenliğini koruyan yasal düzenlemelerin sağlanması ve güçlendirilmesi					
Başta dezavantajlı ve hizmete ulaşamayan nüfus olmak üzere; herkesin refahı için halk sağlığı sorumluluğunu alma					
Birey, aile ve toplumun sağlık ve refahını geliştiren birincil önleme stratejilerinin geliştirilmesi					
Sosyal ve ekonomik unsurlarla ilişkili sağlık sorunlarının hafifletilmesi için ikincil ve üçüncül müdahale stratejilerinin geliştirilmesi					
Sadece toplum, ırk, yaş, cinsiyet, etnisite, kültür ve engellilik gibi alanlarla kısıtlı kalmayarak; her nerede olursa olsun sağlık ve sosyal eşitsizliklerin ortadan kaldırılması					
Kültürel, toplumsal ve aile bağlamında kaliteli ve kapsamlı halk sağlığı hizmeti sağlanması için politika geliştirme					
Veri toplama, araştırma yürütme, değerlendirme ve araştırma destekleme					
Halk sağlığı sorunlarını etkili bir şekilde ifade edebilmek için sosyal hizmet bilgisi, felsefesi, etik kodları ve standartlarından yararlanma					

BÖLÜM-5: ÖNERİLERİNİZ

37. Halk sağlığı kurumlarında sosyal çalışmacı olarak ihtiyaçlarınız nelerdir?

.....

38. Size göre bugün için halk sağlığı sosyal hizmet alanındaki en büyük sıkıntı nedir?

.....

39. Size göre bugün için halk sağlığı sosyal hizmet alanına ilişkin konuşulması gereken konular nelerdir?

.....

40. Türkiye’de halk sağlığı alanında etkin ve yeterli bir sosyal hizmet uygulaması için önerileriniz nelerdir?

a) Sosyal hizmet bölümlerine yönelik

.....

b) Sosyal hizmet derneklerine

.....

c) Bu alanda çalışmayı düşünen öğrenci ve meslektaşlara

.....

d) Bu alandaki idarecilere

.....

e) Diğer meslek elemanlarına

.....

f) Genel öneriniz

.....

ANKET BİTMİŞTİR. KATKILARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu

TÜRKİYE’DE HALK SAĞLIĞI SOSYAL HİZMETİNİN UYGULAYICILARIN GÖZÜNDEN İNCELENMESİ ARAŞTIRMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Araştırmacının Açıklaması)

Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmeti ile ilgili bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Türkiye’de Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Uygulayıcıların Gözünden İncelenmesi”dir. Kısa bir tanımla halk sağlığı sosyal hizmeti, toplumların güçlendirilmesi için birey, aile ve toplumun sağlığının, işlevinin ve refahının geliştirilmesi, hastalık ve sakatlıkların en aza indirilmesi çabasıdır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarında çalışan 150 kadar sosyal çalışmacıyı kapsayacak bu araştırmaya sizin de katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan izin alınmıştır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, Türkiye’de halk sağlığı sosyal hizmetinin mevcut işlevselliğini halk sağlığı kurumlarında çalışan sosyal çalışmacıların uygulamaları ve görüşleri çerçevesinde saptamaktır.

Daha açık ve detaylı belirtecek olursak; Dünya’da uygulaması daha eskiye dayanan “halk sağlığı sosyal hizmeti” Türkiye’de henüz gelişmekte olduğundan halk sağlığı sosyal hizmetinin, mevcut işlevselliğinin incelenmesi Türkiye’deki sosyal hizmeti adına bir ihtiyaç olarak görülmektedir. Türkiye’deki halk sağlığı sosyal hizmetine ilişkin uygulamalar bu alanda çalışan uygulayıcılar tarafından resmedilmeye çalışılacağı için bu çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda, mevcut resmi sizin kendinize ve mesleki deneyimlerinize özgü tecrübelerinizle anlamak istiyoruz. Bu çalışmaya vereceğiniz katkılar bu alanda çalışan ve daha sonra çalışacak olan uzmanlara yardımcı ve yol gösterici olacaktır.

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Tarık Tuncay’ın sorumluluğunda, yüksek lisans öğrencisi Tahir Güneş tarafından yapılmakta olan bir tez çalışmasıdır. Araştırmanın uygulaması, ortalama 30 dakika sürecek ve anket uygulaması ile gerçekleşecektir. Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü’nde sosyal çalışmacı olarak çalışan Tahir GÜNEŞ tarafından gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. **Araştırma uygulaması sonucunda sizden alınan bilgiler bilimsel araştırma amaçları dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Bize verdiğiniz bilgilerin gizliliği kesinlikle korunacaktır.** Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahibsiniz.

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Tahir GÜNEŞ tarafından Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarında bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırmayla alakalı herhangi bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Tahir GÜNEŞ’i 0 (224) 245 8328 nolu numaradan ve İstiklal Mah. Ragıp Sok. No: 13 Osmangazi/BURSA adresinden arayabileceğimi biliyorum. Araştırmanın sorumlusu Doç. Dr. Tarık Tunca’yı ise 0 (312) 297 6363 nolu telefondan ve Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Beytepe Ankara adresinden ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı


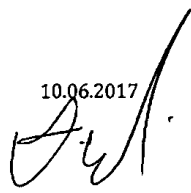
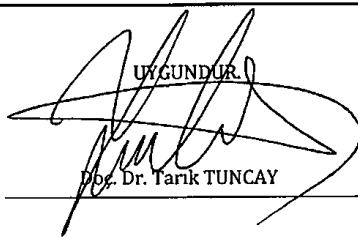
Adı soyadı, unvanı: Tahir GÜNEŞ, Sosyal çalışmacı

Adres: İstiklal Mah. Ragıp Sok. No: 13 Osmangazi/BURSA

Tel: 0 224 245 8328

İmza:

Ek 3: Orijinallik Raporu

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</p>
<p>Tarih: 10/06/2017</p>
<p>Tez Başlığı / Konusu: Türkiye'de Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Uygulayıcıların Gözünden İncelenmesi</p> <p>Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 158 sayfalık kısmına ilişkin, 10/06/2017 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 6 'dır.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç, 2- Kaynakça hariç 3- Alıntılar hariç 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p>
<p>10.06.2017</p> 
<p>Adı Soyadı: Tahir GÜNEŞ</p> <p>Öğrenci No: N14221493</p> <p>Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet</p> <p>Programı: Sosyal Hizmet - Yüksek Lisans</p> <p>Statüsü: <input checked="" type="checkbox"/> Y.Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>
<p>DANIŞMAN ONAYI</p> <p style="text-align: center;">  UYGUNDUR Doç. Dr. Tarık TUNÇAY </p>



**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
THESIS/DISSERTATION ORIGINALITY REPORT**

**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
TO THE DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

Date: 10/06/2017

Thesis Title / Topic: Examination of Public Health Social Work in the Perspective of Practitioners in Turkey

According to the originality report obtained by my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options stated below on 10/06/2017 for the total of 158 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 6%.

Filtering options applied:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. Bibliography/Works Cited excluded
3. Quotes excluded
4. Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Name Surname: Tahir GÜNEŞ
 Student No: N14221493
 Department: Social Work
 Program: Social Work- Masters
 Status: Masters Ph.D. Integrated Ph.D.

10.06.2017

ADVISOR APPROVAL

APPROVED

Assc. Prof. Tarik TUNCAI

Ek 4. Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyon İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 35853172/ 433 - 3736

12 Aralık 2016

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden **Tahir GÜNEŞ**'in Doç. Dr. Tarık **TUNCAY** danışmanlığında yürüttüğü "Türkiye'de Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Uygulayıcıların Gözünden İncelenmesi" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 02 Aralık 2016 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Rahime M. NOHUTCU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Hacettepe Üniversitesi
S.S.B.F. Sosyal Hizmet
Anabilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Sunay H.

Aslı Gibidir

Ek 5. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THEK AİLE
HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE
BAŞKANLIĞI



Sayı : 67350377/663.08
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr.
Tarkan TUNCAY)

BURSA VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi : 06/01/2017 tarihli ve 72873149-605.02-16 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Tarkan TUNCAY sorumluluğunda, Sosyal Çalışmacı, Tahir GÜNEŞ tarafından yapılmak istenen "Türkiye'de Halk Sağlığı Sosyal Hizmetinin Uygulayıcıların Gözünden İncelenmesi" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Kurumumuzca yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmalıdır. Çalışma düzenini ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca;

- Kurumumuzun merkez ve taşra teşkilatında görevli Sosyal Çalışmacı sayılarının verilebileceği ancak personel iletişim bilgilerinin verilmeyeceği,
- Araştırmacının kendi imkanları ile Sosyal Çalışmacılara ulaşılması durumunda araştırmanın yapılabileceği, kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mustafa UZUN
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Z.KÖSEGLU 0312 565 58 92

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden 8346259369cf4d7590b3783b694e2108311 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre etkiyeli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı :Tahir GÜNEŞ
Doğum Yeri ve Tarihi :Kulp/16.06.1985

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü
Yüksek Lisans : Hacettepe Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet
Öğrenimi Anabilim Dalı
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri :Güneş, T. & Güneş N. (2017). Aile Hekimlerinin Psikososyal Sorunu Olan Birey Ve Ailelere Yönelik Müdahale Yaklaşımları (Bursa Örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 111 – 120.

Güneş, T. (2017). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde 0-6 Yaş Çocuğun İhmal Ve İstismarında Erken Tanı Ve Yönlendirme *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 28(1), 247-264.

Güneş, T. (2017). Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme: 0-6 Yaş Çocuğun İhmal ve İstismarında Erken Tanı ve Yönlendirme. 2017 Uluslararası sosyal Hizmet Kongresi (Sözlü Bildiri).

Şahin, M., Güneş, T., Oğuz,İ. (2016). Bağımlılığı Önleme Çalışmalarının Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu Modeli Önerisi. 10. Ulusal Alkol Ve Madde Bağımlılığı Kongresi. (Sözel ve Poster Bildiri).

İş Deneyimi

Stajlar : Keçiören Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı
Projeler : Değerlisin Sağlıklı Kal Projesi (Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü)
Çalıştığı Kurumlar : Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü

İletişim

E-Posta Adresi : tahirrgunes@gmail.com

Tarih : 06.06.2017