

*Araştırma***HASTANE ORTAMINDA
SOSYAL HİZMET
UYGULAMALARI:
ANKARA ÖRNEĞİ****Social Work Practice in the
Hospital Setting: The Case
of Ankara****Cengiz ÖZBESLER***
Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN**

*Yrd. Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
** Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çalışma koşullarını, mesleki uygulama kapsamında kullandıkları yaklaşım, yöntem ve teknikleri, mezuniyet sonrası eğitim gereksinimlerini ve ne tür çalışmalar yaptıklarını saptamaktır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, sosyal hizmet uzmanlarının yarıya yakını (%48) hastanelerin sosyal servislerinde görev yapmaktadır. Hastanelerin onkoloji, hemodiyaliz, psikiyatri ve acil gibi servislerinde çalışanların oranı %20,8'dir. Sosyal hizmet uzmanlarının yö-

neticileri ile olan ilişkilerden memnun oldukları (%49,4), müracaatçıların çoğunluğunun hastane tedavi giderlerinin karşılanmasına ilişkin sorunlarla başvurduğu saptanmıştır. Mesleki çalışmalarda kullanılan yaklaşımlar arasında problem çözme yaklaşımı (%76,6), psiko- sosyal yaklaşım (%72,7) ve güçlendirme yaklaşımı (%49,4) en çok kullanılan yaklaşımlardır. En çok kullanılan toplumsal kaynaklar sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları ile sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarıdır. Sosyal hizmet uzmanlarının çoğunluğu, mezuniyet sonrası süpervizyon ve eğitime gereksinimleri olduğunu bildirmektedir.

Anahtar Sözcükler: *Hastane sosyal hizmeti, tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı*

ABSTRACT

The shift in the understanding towards health and the emergence of a holistic approach to health have led to an increase in the need for medical social work and in the importance attached to practices in this field. The aim of this study is to determine the working conditions of social workers employed at hospitals, the approaches, methods and techniques they utilize within the scope of professional practice, their post-graduation training needs and the type of work they undertake. According to the findings of the study, nearly half of social workers (%48) work at social services of hospitals. The percentage of those working in services such as oncology, hemodialysis, psychiatry and emergency is %20,8. The study concluded that social workers are content with their relations with administrators (%49,4) and the majority of applicants mainly present with problems pertaining to the coverage of hospital costs. Among the approaches utilized in professional practice, those utilized most frequently include the problem-solving approach (%76,6), the psychosocial approach (%72,7) and the empowerment approach (%49,4). The societal resources

most frequently employed are foundations of social assistance and solidarity and social work agencies and institutions. Most of social workers state a need for post-graduation supervision and training.

Key Words: *Hospital social work, medical social work, social worker*

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nın ilk maddesinde de belirtildiği gibi sağlık, "sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir". Bu anayasa 1946 yılında 61 ülke tarafından imzalanmış ve kabul görmüştür. O tarihten günümüze kadar sağlık kavramı hakkındaki bu paradigma değişimi insan sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde ve tedavi edilmesinde bütüncül anlayışın hakim olduğu yaklaşımların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Örneğin, ülkemizde 1961 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun"un 1. maddesi sağlığın bir insan hakkı olduğunu söylerken, 2. maddesi de sağlık tanımını DSÖ'nün belirlediği çerçevede ele almıştır.

Sağlığın bu biçimde tanımlanması, hastalığa olan bakışı da farklılaştırmıştır. Fiziksel sorunlar kadar, hatta bazı durumlarda fiziksel sorunlardan daha çok, psikolojik ve sosyal sorunlar ile çevresel şartların da hastalığı oluşturabileceği anlayışı ortaya çıkmıştır. Bu anlayış ise sağlık-hastalık alanında temel sağlık personeli dışında başka profesyonellerin de istihdam edilmesi gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Bu anlamda sosyal hizmet mesleği, sağlık alanında çalışan önemli mesleklerden biri olarak ifade edilebilir. Sosyal hizmet bilgi ve

yöntemlerinin sağlık alanında uygulanması da tıbbi sosyal hizmet olarak adlandırılmaktadır.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) tarafından sosyal hizmet tanımı gözden geçirilmiş ve yeniden tanımlanmıştır. Sosyal hizmet mesleği, sosyal değişimin sağlanmasına ve insan ilişkilerinde problem çözme ve güçlenmeye yardımcı olur, bireyin iyilik halini değiştirmek için özgürleşmesini sağlamaya çalışır. Sosyal hizmet; insan davranışı ve sosyal sistemlerle ilgili kuramları geliştirerek, insanların çevreleri ile etkileşime girdiği noktalarda müdahale eden bir disiplindir. İnsan hakları ve sosyal adalet ilkeleri sosyal hizmetin esasını oluşturur (Duyan 2008: 34).

Ülkemizde gerek sağlık alanında yapılan ulusal reformlar kapsamında, gerekse sağlığın sosyal boyutunun da en az hastalığın iyileştirilmesi kadar önemli olduğunun daha iyi anlaşılması nedeniyle devletin, sağlık alanında sosyal hizmet uzmanlarına duyduğu gereksinim artmaktadır. Buna karşın, sağlık alanında sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin bazı sorunlar bulunduğu, özellikle alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları ve konuyla ilgili çevreler tarafından sıkça dile getirilmektedir. Bu sorunların başında; konuyla ilgili yasal düzenlemelerde eksikliklerin olması, sosyal hizmet mesleğinin tam olarak bilinmemesi, hastanelerde sosyal hizmet uygulamalarının hastane yöneticilerinin tutum ve anlayışına göre belirleniyor olması, sosyal hizmet uzmanının görev ve yetkilerinin, mesleki sorumluluklarının, yürüttüğü çalışmaların hastaneden hastaneye değişiyor olması gibi sorunlar gelmektedir. Bunların yanında, hastanelerde sosyal hizmet

uygulamalarının düzenli bir biçimde yürütülmesi ve ulusal düzeyde bir tıbbi sosyal hizmet politikası geliştirilebilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde önemli çalışmalar yürütülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, hastanede görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının çalışma koşullarının ve mesleki uygulama kapsamında ne tür çalışmalar yaptıklarının belirlenmesi ve az önce değinilen sorunların yaşanıp yaşanmadığının ortaya konulmasıdır. Bu araştırmada elde edilen bulguların, uluslararası standartlara uygun biçimde geliştirilecek olan ulusal tıbbi sosyal hizmet politikalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tıbbi Sosyal Hizmet

Barker (1999) Sosyal Hizmet Sözlüğü'nde tıbbi sosyal hizmeti, hasta ve ailesinin hastalıkla birlikte ortaya çıkan psiko-sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesi amacıyla hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet uygulamaları olarak tanımlamaktadır.

Hastane ortamında yürütülen sosyal hizmet uygulamaları, tıbbi bakım ve tedavi sisteminin daha insancıl ve daha etkili şekilde hizmet vermesine yardımcı olmaktadır (Duyan 1996:4). Hastalıkları doğru tanılamak ve tedavi etmek amacıyla yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar, tıp mensuplarının hastalığa yol açan fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik faktörler arasındaki ilişki üzerinde durmalarını zorunlu hale getirmiştir. Bu nedenle tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetleri de bu yönde bir gelişim göstermiştir (Duyan, 2003:41).

Tıbbi sosyal hizmetin temel özelliği, hastalıkla ve hastalığın tıbbi tedavisi

ile bağlantılı, bireyin ve ailenin yaşamını etkileyen sosyal ve duygusal sorunları çözebilmektir (Badawi ve Biamonti 1990; Swanson 2005). Bu bağlamda tıbbi ve psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, tedavi sürecinde hastanın ve ailelerinin pratik gereksinimlerinin karşılanması (sağlık sigortasından yararlanma, sosyal yardım hizmetlerinden yararlanma vb gibi) hastalığın tedavisi ve izlemi için gerekli olan protez, ortez, ilaç gibi tıbbi malzemelerin sağlanacağı uygun kaynakların bulunması, hastanın tedaviden en etkin biçimde yararlanabilmesi için sağlık ekibinin bir parçası olarak, hasta ve ailesi hakkında ekibe bilgi verilmesi ve ekibin çalışmalarının desteklenmesi, hastanın hastalık nedeniyle yaşadığı umutsuzluk, korku, üzüntü, çaresizlik ve suçluluk duyguları gibi psikolojik sorunların çözümünde destek olunması, hastanın hastalık nedeniyle yerine getiremediği çocukların bakımı, yapılması gereken günlük işler gibi sorumlulukların yerine getirilmesi için destek sağlanması, hastanın ailesi ve sosyal çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastanın ve ailesinin yasal konular, hakları, toplumda var olan hizmetler ve bunlara nasıl ulaşılabileceği gibi konularda bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi, intihar girişimi, kayıplar, istismar mağduru olma gibi kriz ve travma yaratan yaşam durumlarının ele alınması ile ilgili konularda çalışmaktadır (Carr ve Parsons 1990; Stevenson ve Unwin 1990; Duyan 1996; Penhale 2002; Swanson 2005, Browne 2005). Görüldüğü gibi hastane ortamında çalışan sosyal hizmet uzmanı, yürüttüğü çalışmalarında birden çok mesleki rolü bir arada yerine getirmek durumunda olan bir profesyoneldir. Hastane ortamında çalışan sosyal hizmet uzmanları, hastanın tıbbi

tedavisine destek olacak mesleki çalışmaları yürütürken yönetici, planlamacı, kaynak bulucu, eğitimci, savunucu, kolaylaştırıcı olma gibi mesleki rolleri de üstlenir (Duyan 1996: 4).

Hastane ortamında bu mesleki rolleri yerine getiren sosyal hizmet uzmanı, hasta ve ailesinin tıbbi tedavi ekibi ile iletişimini kolaylaştırır. Tedavi ilkelerine ve kurallarına uygun biçimde bilgilenmelerini sağlar, yeri geldiğinde hasta ve ailesinin savunuculuğunu yapar. Hasta ve ailesinin hastalıkla birlikte gelen yeni yaşam durumlarını ve bunun psiko-sosyal etkilerini değerlendirir, mesleki çalışmalarla hasta ve ailesinin sorunlarla etkili biçimde baş edebilmeleri için güçlenmelerine yardımcı olur. Tüm bu çalışmaları yürütürken hastanın her bir sorununun çözümlenmesini hedefler ve vaka yöneticisi rolü ile ele alır (Ashman 1999; Bentley 2002; Snow, Warner ve Zilberfein 2008). Kaynak bulucu ve geliştirici rolü ile de hasta ve ailesinin psiko-sosyal ve ekonomik gereksinimlerine ve yasal durumlarına uygun olarak toplum merkezleri, aile danışma merkezleri gibi sosyal hizmet kuruluşları, sosyal yardım kurumları, sivil toplum kuruluşları, okullar, halk eğitim merkezleri, yerel yönetimler gibi farklı toplumsal kaynaklardan yararlanmaları yönünde çalışır.

Sosyal hizmetin her uygulama alanında olduğu gibi tıbbi alanda da yürütülen sosyal hizmet uygulamaları; sistem yaklaşımı, psiko-sosyal yaklaşım, psikodinamik yaklaşım, bilişsel-davranışçı yaklaşım, güçlendirme yaklaşımı, ekolojik yaklaşım gibi mesleki yaklaşımlar, yöntemler ve sosyal hizmet disiplinin etik ilkeleri çerçevesinde yerine getirilir.

Ülkemizde, 1965 yılından itibaren hastanelerde sosyal hizmet uzmanları

istihdam edilmeye başlamıştır. Günümüze kadar sağlık politikalarında gerçekleşen değişimler hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını şekillendirmiştir. Hastanelerde sosyal hizmet uygulamaları, sadece sağlık politikalarına bağlı olarak değil, hastane yönetiminin sosyal hizmete ilişkin tutumu ile de şekillenebilmektedir.

Ülkemizde atamaların yapıldığı ilk yıllardan itibaren hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının, 1990'lı yıllara kadar ilgili sağlık politikaları ve kaynaklar çerçevesinde belli sınırlarda kaldığı görülmektedir.

Bu yıllarda, hastanelerde yürütülen uygulamaların daha çok hastaların sosyal ve ekonomik durumlarının değerlendirilmesi, sosyal güvencesi olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin ilgili toplumsal kaynaklardan karşılanması, tedavi ekibine hastanın psiko-sosyal durumu ile ilgili bilgi verilmesi biçiminde olduğu bildirilmektedir. Ayrıca hastaların sosyal sorunlarının çözümlenmesi ve boş zamanlarını değerlendirmek amacıyla da eğlence aktivitelerinin düzenlenmesi gibi uygulamaların ön planda olduğu görülmektedir (Barın 1967:6; Barın 1968:15; Coşkun 1971:4; Kaynaköz 1971:12; Ergin, Batman ve Güzübüyük 1971; Duyan 1996:11).

1993 yılında Yeşil Kart uygulamasının başlaması ile sağlık sigortası kapsamında olan vatandaşların sayısı artmıştır. Ancak yine ayaktan tedavi giderlerinin karşılanması ile ilgili sorunlar devam etmiştir. Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra hastane dışında kullanacakları ilaç ve tıbbi malzeme gereksinimlerinin sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca ödenmesine ilişkin uygulamaların başlamasında

hastanelerde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının önerileri etkili olmuştur. 2000'li yıllardan itibaren de genel sağlık sigortası çalışmaları ve sağlık sigortası kapsamında olmayan vatandaşların da kapsama dahil edilmeye başlanması ile hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının pediatri, onkoloji, hematoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, hemodiyaliz, psikiyatri gibi servislerde daha etkin olarak yürütülmeye başlandığı görülmektedir.

Günümüzde ise sağlıkta dönüşüm programları çerçevesinde yürütülen çalışmalarda, sağlık hizmetlerinin özel sağlık kuruluşları tarafından yürütülmesi sürecinde hastalıkların psiko-sosyal boyutlarının göz ardı edildiği gözlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, ülkemizde önceki dönemlerde var olan temel sağlık anlayışı üzerinden herkes için sağlık hedefinin olumsuz yönde etkilendiğini düşündürmektedir. Sağlık sistemleri, kendi seyrine bıraktığında hakkaniyet ve sosyal adaleti çok az gözetebilmekte ve harcanan paraya kıyasla en iyi sonucu elde etmekte başarısız olmaktadır (DSÖ Raporu 2008). Bu politikalar, sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet uygulamalarına da etki etmektedir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı, hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çalışma koşullarını, mesleki uygulama kapsamında kullandıkları yaklaşım, yöntem ve teknikleri, mezuniyet sonrası eğitim gereksinimlerini ve ne tür çalışmalar yaptıklarını saptamaktır. Çalışmanın amacı göz önüne alındığında hem uygunluk hem de etkililik açısından araştırma modeli olarak durum saptayıcı bir tasarım kullanılmıştır. Durum saptayıcı

modeller, bir alan veya bir konu hakkında az şey bilindiği zaman yapılır. Araştırılan fenomenler hakkında hiçbir bilgimiz yoksa veya çok az şey biliyorsak değişkenler arasındaki ilişkiler konusunda belirgin hipotezler kurmamız da zorlaşır. Durum saptayıcı modellerin amacı, nispeten az anlaşılmış bir konu hakkında fikir ve görüş üretmektir (Miller 1996:25; Marlow 2000:32). Araştırma bu yönüyle betimleyici (descriptive) bir özellik taşımaktadır. Neumann (1997:20) betimleyici araştırmaların bir grubun profilini ortaya çıkarmak amacını taşıdığını belirtmektedir.

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma evreni, Şubat-Haziran 2009 tarihleri arasında Ankara'daki merkez ilçelerde bulunan üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan toplam 97 sosyal hizmet uzmanından oluşmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarına tam sayım ile ulaşılması planlanmıştır. Verilerin toplandığı tarihlerde yedi sosyal hizmet uzmanının raporlu, sekiz sosyal hizmet uzmanının yıllık izinde olduğu belirlenmiştir. Beş sosyal hizmet uzmanı ise araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Dolayısıyla veriler 77 sosyal hizmet uzmanından toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından geliştirilen soru kağıdı kullanılmıştır. Bu veri toplama aracının birinci bölümü, sosyal hizmet uzmanlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu gibi bazı sosyo-demografik özelliklerini saptamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. Soru kağıdının ikinci bölümünde ise sosyal hizmet uzmanlarının hastanede

çalıştığı birim, yürüttüğü görevler, hastane yönetimi ve iş arkadaşları ile ilişkileri; hastanede çalışma süresi, müracaatçılara yönelik yaptıkları uygulamalar, kullandıkları yaklaşım, yöntem ve teknikler, hastane ortamında yerine getirdikleri mesleki roller ve kullandıkları toplumsal kaynakların neler olduğu gibi çalışma hayatına ilişkin bilgileri belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular üç başlık altında ele alınmıştır. İlk bölümde sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu gibi demografik bulgulara yer verilmiştir. İkinci bölümde; mesleği isteyerek seçme

durumu, çalışma süresi, hastanede bağlı bulunulan birim, amir ve arkadaşları ile ilişkiler, geliri yeterli bulma durumu gibi çalışma koşullarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Son bölümde ise, günlük olarak hizmet sunulan müracaatçı sayısı, müracaatçıların başvurma nedenleri, müracaatçılar ile yapılan mesleki uygulamada kullanılan yöntemler, roller, yaklaşımlar ve kaynaklar, hizmet içi eğitim ve süpervizyon alma durumu gibi tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan mesleki uygulamalara ilişkin bulgular bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının sosyo demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo - 1 Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	59	76,6
Erkek	18	23,4
Toplam	77	100,0
Eğitim Durumu		
Lisans	58	75,3
Yüksek Lisans/Doktora	19	24,7
Toplam	77	100,0
Medeni Durum		
Evli	52	67,5
Bekâr	20	26,0
Boşanmış	5	6,5
Toplam	77	100,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	43	75,4
Yok	14	24,6
Toplam	57	100,0

Sosyal hizmet uzmanları arasında en düşük yaş 24, en yüksek yaş 50'dir. Yaş ortalaması ise 36'dır ($X= 36$, $SS=5,5$). Tabloda da görüldüğü gibi araştırmaya katılanların çoğunluğunu (%76,6) kadın sosyal hizmet uzmanları oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının çoğunluğu evli (%67,5) ve çocuk sahibidir (%75,4). Eğitim durumu açısından bakıldığında, araştırma grubunun çoğunluğunun (%75,3) sadece lisans eğitimi tamamladığı görülmektedir. Yüksek lisans ve doktora birlikte düşünüldüğünde lisansüstü eğitimi tamamlayan uzman sayısının 19 kişi olduğu saptanmıştır. Bu oran azımsanmayacak derecede önemlidir. Bu bulgu, aynı zamanda hastane ortamında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mezuniyet sonrası eğitim gereksinimleri olduğunu ve bunu önemsediklerini göstermektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının çalışma koşullarına ilişkin bulgular Tablo 2'de yer almaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının çalışma süreleri incelendiğinde, 1-5 yıl arasında çalışanların sayısının diğer gruplara göre yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, araştırmaya katılan uzmanların yaşları ve mezuniyet yılları ile tutarlılık göstermektedir. Elde edilen bu bulgunun aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı tarafından açılan kadroların son yıllarda artmasıyla da ilgili olduğu söylenebilir.

Tablo 2'den anlaşıldığı gibi sosyal hizmet uzmanlarının yarıya yakını (%48) hastanelerin sosyal servislerinde görev yapmaktadır. Bunu %20,8 ile aile planlaması kliniği, fizik tedavi ve rehabilitasyon, çocuk nörolojisi, kadın doğum, nefroloji, hemodiyaliz, konsültasyon

Tablo - 2 Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular

Çalışma Süresi*	Sayı	%
1-5 yıl	28	36,4
6-11 yıl	26	33,8
12-17 yıl	13	16,9
18-22 yıl	7	9,1
23-27 yıl	3	3,9
Toplam	77	100,0
Çalışılan Birim		
Sosyal Servis	37	48,0
Klinikler	16	20,8
Yönetimsel Görev İçeren Birimler	15	19,5
Hasta Hakları Birimi	9	11,7
Toplam	77	100,0
Yönetimsel Görev Durumu		
Var	15	19,5
Yok	62	80,5
Toplam	77	100,0

*Ortalama çalışma süresi $X= 8.8$ yıl, $SS=6.4$ yıldır.

liyezon psikiyatrisi, organ bağış ve transplantasyon, erişkin psikiyatri, onkoloji, sosyal pediatri, ve acil servis gibi servislerde görev yapanlar izlemektedir. Bu bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının çoğunluğunun asli görevlerinde çalıştıklarını, giderek kronik hastalıkların tedavi edildiği servislerde de tedavi ekibi içerisinde yer almaya başladıklarını göstermektedir. Hasta hakları birimlerinde çalışan uzmanların sayısının az olması da (%11,7) bunu desteklemektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının sadece 15 tanesinin yönetsel görevi bulunmaktadır.

Hastanede bağlı bulunulan birim yöneticilerinin sosyal hizmet mesleğine nasıl baktığı konusu, sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütülen hizmetlerin niteliğini doğrudan etkileyebilecek bir

konudur. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde uzmanlardan sorumlu olan yöneticilerin tutumlarının genelde olumlu olduğu görülmektedir. Yalnızca sekiz sosyal hizmet uzmanı yöneticisinin sosyal hizmet disiplini tanımadığını ifade etmiştir. Bununla bağlantılı olarak sosyal hizmet uzmanlarının bağlı oldukları yöneticileri ile olan ilişkilerden memnun oldukları (%49,4) görülmektedir.

Çalışmanın önceki bölümlerinde değinildiği gibi tıbbi sosyal hizmetin temel özelliği, hastalıkla ve hastalığın tıbbi tedavisi ile bağlantılı, bireyin ve ailenin yaşantısını etkileyen sosyal ve duygusal sorunları çözebilmektir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının yaptıkları mesleki uygulamalara ilişkin bulgular aşağıda sırasıyla yer alan tablolarda verilmiştir.

Tablo - 3 Hastane Yönetimi ile İlişkilere İlişkin Bulgular

Hastane Yönetiminin Tutumu*	Sayı	%
İlgilidir	42	54,5
Önemser	36	46,8
Destek olur	28	36,4
Ekip çalışmasını destekler	25	32,5
İlgili değildir	14	18,2
Destek olmaz	8	10,4
Sosyal hizmet disiplini tanımlıyor	8	10,4
Önemsemez	5	6,5
Hastane Yönetimi İle İlişki		
İyidir, memnunuz	38	49,4
Oldukça iyidir, memnunuz	16	20,8
Su an değerlendiremiyorum	15	19,5
İyi değil, memnunuz değilim	7	9,1
Çok kötü	1	1,3
Toplam	77	100,0

*Bu soruda yanıtlayıcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Tablo 4'de hastanede sosyal hizmet uzmanına başvuran müracaatçıların başvuru nedenlerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu bulgular incelendiğinde, müracaatçıların çoğunluğunun hastane tedavi giderlerinin karşılanmasına ilişkin sorunlarla başvurduğu görülmektedir. Bu bulgu sağlık sigortası kapsamının genişletilmesine yönelik çalışmalara rağmen, her hangi bir nedenle kapsam dışında kalan hastaların da olduğunu göstermektedir. Kalacak yer sorunu, aile içi ve çocuklarla ilgili sorunlar, iş yeri ile ilgili sorunlar, tedaviye uyum sorunları, terk edilme, taburculuk planı gibi çözümlendiğinde hastanın tedavisine olumlu yönde yansıtacak olan sorunlar nedeniyle başvuranların sayısı da oldukça fazladır. Bu bulgular, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çoğunluğunun

hastane sisteminde işlevsel olarak yerini almış olduğunu düşündürmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarını hastane ortamında yürüttükleri mesleki çalışmalarda en çok sıklıkla kullandıkları yaklaşım, yöntem ve tekniklere ilişkin dağılım Tablo 5 'de yer almaktadır. Bulgular incelendiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki çalışmalarında kullandıkları yaklaşımlar arasında ilk sırayı problem çözme yaklaşımı (%76,6) almaktadır. Bunu, sırasıyla psiko-sosyal yaklaşım (%72,7) ve güçlendirme yaklaşımı (%49,4) izlemektedir. Mesleki uygulamada kullanılan roller arasında ise ilk sırada danışmanlık (%81,8), kaynak sağlama (%70,1) ve koordine etme (%68,8) yer almaktadır. Mesleki uygulamalarda en sık kullanılan yöntem ise %42,7 ile toplum organizasyonu olduğu saptanmıştır.

Tablo - 4 Müracaatçıların Başvuru Nedenlerine İlişkin Bulgular

Müracaatçıların Başvuru Nedenleri*	Sayı	%
Hastane tedavi giderlerini karşılayamama	56	72,7
Sosyal yardım gereksinimi	53	68,8
Tedavi süresince kalacak yer sorunu	48	62,3
Hastaneye kabulde tedavi giderlerinin ödenmesi ile ilgili sorunlar	45	58,4
Taburculukla ilgili planlama ve sorunlar	42	54,5
Aile içi psiko-sosyal sorunlar	40	51,9
Hastanede terk edilme	38	49,3
Tıbbi malzeme gereksinimi	36	46,7
Yeşil kartla ilgili sorunlar	34	44,1
Tedaviden daha etkin yararlanabilme isteği	33	42,8
Psiko-sosyal destek gereksinimi	31	40,2
Hastanın iş yeri ile ilgili sorunları	24	31,1
Tedaviyi kabul etmeme	20	25,9
Hastanın çocukları ile ilgili sorunlar	19	24,6
Diğer (istismar ve ihmal vakalarının tespit edilmesi)	3	3,8

*Bu soruda yanıtlayıcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Tablo – 5 Uygulamalarda Kullanılan Yaklaşım, Yöntem ve Tekniklere İlişkin Bulgular

Uygulamada Kullanılan Yaklaşımlar*	Sayı	%
Problem çözme yaklaşımı	59	76,6
Psiko-sosyal yaklaşım	56	72,7
Güçlendirme yaklaşımı	38	49,4
Krize müdahale yaklaşımı	33	42,9
Aile tedavisi yaklaşımı	29	37,7
Genel sistemler yaklaşımı	22	28,6
Fonksiyonel yaklaşım	21	27,3
Bilişsel-davranışçı yaklaşım	16	20,8
Eko-davranışsal yaklaşım	9	11,7
Psikodinamik yaklaşım	8	10,4
Uygulamalarda Kullanılan Roller*		
Danışmanlık	63	81,8
Kaynak sağlayıcı	54	70,1
Koordine edici	53	68,8
Destekleyici	51	66,2
Eğitici	48	62,3
Kolaylaştırıcı	42	54,5
Savunucu	40	51,9
Araştırmacı	35	45,5
Planlayıcı	33	42,9
Geliştirici	32	41,6
Öğretici	32	41,6
Tedavi/rehabilite edici	27	35,1
Değiştirici	26	33,8
Yönetici	23	29,9
Program geliştirici	12	15,6
Uygulamalarda Kullanılan Yöntemler*		
Toplum organizasyonu	68	88,3
Aile ve bireyle çalışma	40	51,9
Sosyal hizmet yönetimi	21	27,2
Grup çalışması	17	22,1
Bilimsel araştırma	13	16,9

*Bu soruda yanıtlayıcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Hastane ortamında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çoğunluğu toplum organizasyonu yöntemini kullandığını ifade etmiştir. Bu çalışmaların hem moral, hem de kaynak yaratmak amaçlı hastalara yönelik eğlence, kutlama gibi faaliyetler olduğu söylenebilir.

Hastane ortamında yürütülen sosyal hizmet uygulamalarında sıklıkla kullanılan kaynakların neler olduğunun belirlenmesi önemlidir. Tablo 6 'da yer alan bulgulara bakıldığında, sosyal hizmet uzmanlarının sıklıkla kullandıkları toplumsal kaynağın sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları (%18,9) olduğu görülmektedir. Bu bulgu, Tablo

4'de yer aldığı gibi müracaatçıların çoğunluğunun sosyal ve ekonomik sorunlar nedeniyle başvuru yapmalarına ilişkin bulgularla da ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Hastaların sorunlarının çözülmesinde sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarından da yararlanılması hizmet ağının oluşmasına ve işlevsellik kazanmasına ilişkin düşünceleri desteklemektedir. Bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarda mesleki rollerin her birini yerine getirdiğini de göstermektedir.

Tablo 7'de sosyal hizmet uzmanlarının mezuniyet sonrası eğitim gereksinimlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo – 6 Uygulamalarda Kullanılan Hastane Dışı Toplumsal Kaynaklar*

Uygulamalarda Kullanılan Toplumsal Kaynaklar	Sayı	%
SYDV	54	70,2
SHCEK İl Müdürlüğü	42	54,5
STK	42	54,5
Belediyeler	39	50,6
SHCEK Çocuk ve Gençlik Danışma Merkezi	19	24,6
Evde Bakım Hizmeti Veren Kuruluşlar	18	23,3
Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri	17	22,1
Yaşlı Bakım Evleri	16	20,7
SHCEK Toplum Merkezleri	14	18,1
SHCEK Aile Danışma Merkezi	11	14,2
Halk Eğitim Merkezleri	6	6,5
Diğer (Hastanelerin Kendi Bünyelerinde Kurmuş Oldukları Dernek/Vakıflar)	5	6,4
Meslek Okulları	3	3,8

*Bu soruda yanıtlayıcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Tablo – 7 Mezuniyet Sonrası Eğitim Gereksinimi

Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu	Sayı	%
Evet	30	39,0
Hayır	47	61,0
Toplam	77	100,0
Supervizyon Alma Durumu		
Evet	27	35,1
Hayır	50	64,9
Toplam	77	100,0
Supervizyonu Gerekli Görme Durumu		
Evet	62	80,5
Hayır	15	19,5
Toplam	77	100,0
Mezuniyet Sonrası Eğitim Gereksinimi		
Evet	70	90,9
Hayır	7	9,1
Toplam	77	100,0

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarına sadece %35'i süpervizyon aldığını ifade etmiştir. Hizmet içi eğitim alan uzmanların sayısı da oldukça düşüktür. Uzmanların tamamına yakınının mezuniyet sonrası eğitime ve süpervizyona ihtiyaç duyduğunu ifade etmesi, hem süpervizyon sisteminin kurulmasının hem de lisansüstü eğitim olanaklarının artırılmasına ilişkin düzenlemelerin yapılmasının gerekliliğini düşündürmektedir.

TARTIŞMA

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerde farklı birimlerde çalıştıkları görülmektedir. Benzer bir sonuca Aydemir (2003) ve Kol (2009) tarafından yapılan araştırmalarda da ulaşılmıştır.

Hastanelerde tıbbi sosyal hizmet kapsamındaki hizmetler 1983 yılında çıkarılan "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği" çerçevesinde yürütülmektedir. Hastanelerde yürütülecek sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin yasal bir düzenleme olmasına karşın, sosyal hizmet uzmanlarının bağlı olduğu ve çalıştığı birimlerin bir mesleki uygulama standardının oluşturulması ve uygulanması yönünde daha çok desteğine gereksinim olduğu söylenebilir. Hastane yönetiminin ve hastanede çalışan sağlık personelinin konu hakkında yeterli bilgisinin olmaması, yıllar öncesinden bunun sağlanamamış olması da günümüzde hastane ortamlarında sosyal hizmet uygulamalarını olumsuz yönde etkilemektedir. Nitekim, Kol'un (2009) da bildirdiği gibi, bazı sağlık kuruluşlarında sosyal

hizmet uzmanlarının evrak kayıt ya da danışma da görev almak gibi mesleki rollerinin ve sorumluluklarının dışındaki görevlerde çalıştırıldıklarına ilişkin bulgular da bunu desteklemektedir.

Dikkat çekici bir başka bulgu da müracaatçıların sosyal hizmet uzmanlarına en çok maddi sorunlar nedeni ile başvurmuş olmalarıdır. Bu sonuç, hastanede sosyal hizmet uygulamaları konusunda yapılan diğer araştırmalarda elde edilen sonuçlara benzerlik göstermektedir (Duyan 1996; Aydemir 2005; Kol 2009).

Bu durum, temelde ülkemizde yaşanan yoksulluk sorunu ile bağlantılı olarak düşünülebilir. TÜRK-İŞ tarafından Haziran 2010 dönemine ait açlık ve yoksulluk sınırı rakamları şu şekilde belirtilmiştir. Dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmesi için yapılması gereken gıda harcaması tutarı (açlık sınırı) Haziran 2010 ayı itibarıyla 817,99 lira olarak hesaplanmıştır. Gıda harcaması yanı sıra giyim, konut (kira, elektrik, su, yakıt), ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer harcamalarla birlikte toplam harcama tutarı (yoksulluk sınırı) ise 2.664,46 lira olmuştur (www.turkis.org.tr).. Belirtilen bu rakamlarla konuya bakıldığında, ülke nüfusunun yarıdan fazlasının yoksulluk sınırında olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Ülkenin ve bireylerin içinde bulunduğu ekonomik durum sağlık hizmetine ulaşma ve onu kullanma konusunda sorunların yaşanılmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

Müracaatçıların sosyal hizmet uzmanlarına çoğunlukla maddi sorunlar nedeniyle başvurmalarının yoksulluk dışındaki bir diğer nedeni de; hastanede

çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görev ve rol tanımlarının ne olduğunun, bir başka deyişle “Sosyal hizmet uzmanı hastanede ne yapar?” sorusunun gerek sağlık personeli, gerekse birim yöneticileri tarafından tam olarak bilinmemesi olabilir. Nitekim araştırma kapsamında sosyal hizmet uzmanlarına “bu alanda mesleki açıdan en önemli sorunlar nelerdir?” sorusu sorulmuş ve görüşlerini yazmaları istenmiştir. Verilen yanıtlar arasında, “*mesleğin hastanede çalışan diğer personel ve yöneticiler tarafından yeterince tanınmaması; yetki ve sorumluluklarımızın tam olarak belli olmaması, oturmuş bir sistem olmaması, bilgi verilmesine rağmen sosyal hizmet uzmanına yönlendirme yapılmaması yani bize saygı duyulmaması, yasadaki görev tanımlarının sınırlı olması*” ifadelerinin ilk sırada yer aldığı görülmüştür.

Sosyal hizmet uzmanlarının ifade ettikleri diğer önemli bir konu da birim yöneticileri ve sağlık personeli ile sosyal ilişkilerini geliştirerek, yani “*samimi sosyal ilişkiler kurarak*” mesleki uygulamalarını gerçekleştirmeye çalıştıklarıdır.

Sosyal hizmet uzmanlarının sosyal hizmet uygulaması sırasında kullandıkları yaklaşımlar, roller, mesleki yöntem ve kaynakların daha çok müracaatçıların gereksinimleri/sorunları kapsamında şekillendiği görülmüştür. Müracaatçıların çoğunlukla maddi gereksinim ve sorunlar nedeniyle başvurmaları, uzmanların da maddi kaynak yaratmak, kaynaklar hakkında müracaatçıyı bilgilendirmek ve müracaatçıların kaynaklara ulaşmasını sağlamak yönünde çalışmalarına neden olmuştur. Sosyal hizmet mesleğinin yöntemlerinden olan aile ve bireyle çalışma, sosyal hizmet yönetimi, grup çalışması ve

bilimsel araştırma yöntemlerinin kullanılma sıklığı düşüktür. Müracaatçının gereksinimleri/sorunlarının mesleki uygulamayı biçimlendirmesi bir anlamda doğal kabul edilebilir. Ancak, daha önce de belirtildiği gibi hastalık süreci yalnızca bireyin maddi olanaklarında bir bozulmaya/azalmaya yol açmakla kalmaz. Belki bundan daha çok bireysel, ailesel ve çevresel bazı sorunların oluşmasına da neden olur. Bu açıdan bakıldığında sosyal hizmet mesleği hangi alanda uygulanırsa uygulansın bu yöntemlerin kullanımı müracaatçılara sunulacak hizmetlerin kalitesi açısından önemlidir.

Sosyal hizmet mesleği açısından süpervizyonun önemli bir yeri bulunmaktadır. Süpervizyon kelime anlamı ile denetlemek, gözlemek demektir (İçağasioğlu 2001:217). Süpervizyon sürecinin temel odağı, bilenden ve eğitilmiş olandan, bilmeyene ve eğitilmemiş olana bilgi ve beceri aktarmadır. Süpervizyonun amacı ise, müracaatçıyı korumak ve ona daha kaliteli bir hizmet sunulmasını sağlamaktır (Tufan 1981; Kadushin, 1992). Bununla birlikte süpervizyon sürecinin sosyal hizmet uzmanını koruyan bir yanı da bulunmaktadır. Süreç içinde danışmanlık, yönlendirme, bilgi ve destek alabilen sosyal hizmet uzmanı gerek bireysel anlamda gerekse mesleki anlamda daha güçlü olacak ve daha az tükenmişlik yaşayacaktır. Nitekim bu konuda yapılan çalışmalarda bu ifadeyi destekleyen yönde sonuçlara ulaşılmıştır (Ben-Zur ve Michael 2007; Hansung ve Young 2009). Ülkemizde sosyal hizmet mesleğinin uygulandığı hiçbir alanda sistemli bir süpervizyon sürecinin olmadığını söylemek mümkündür. İşe yeni başlayan sosyal hizmet uzmanları çoğunlukla

hizmet içi eğitimler yolu ile bilgi ve beceri kazanmaya çalışmaktadır. Ancak hizmet içi eğitimlerin ne amacı ne de işlevi süpervizyon ile benzer değildir. Bunun en belirgin kanıtı araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının tamamına yakınının (%80,5) süpervizyona ihtiyaç duyduklarını ifade etmeleridir. Hastane ortamında mesleklerinin yeterince tanınmadığını düşünen uzmanlar açısından süpervizyon sisteminin olması güçlü bir yön olacağı açıktır. Ayrıca uzmanların yine tamamına yakını mezuniyet sonrası eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki çalışmalarını sırasında bilgi ve becerilerini sınırlı buldukları ve bunu arttırmak istedikleri biçiminde yorumlanabilir.

SONUÇ

Araştırma sonunda ulaşılan en genel sonuç, hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının yürüttüğü uygulamalar açısından ulusal düzeyde uygun bir standardın bulunmadığıdır. Önemli bir başka sonuç ise, hastane ortamlarında yapılan sosyal hizmet uygulamalarının içeriği ve uygulamalarda karşılaşılan sorunlar konusunda değişen çok fazla bir şeyin olmadığı yönündedir. Duyan (1996), Aydemir (2003; 2005), Kol (2009) tarafından yapılan araştırmaların sonuçlarını destekler nitelikte bulgularla karşılaştırılması son derece dikkat çekicidir. Hastanedeki sosyal hizmet uygulamalarının yasal anlamda yeniden şekillendirilmeye çalışıldığı bu günlerde bu sonucun konu üzerinde çalışan kesimler tarafından titizlikle ele alınıp değerlendirilmesi önemlidir.

Şu anda var olan şekli ile hastanelerdeki sosyal hizmet uygulamaları çoğunlukla maddi gereksinimleri/sorunları

giderme odağında yürütülmektedir. Bu temel odak sosyal hizmet uzmanlarını da ağırlıklı olarak bu odakta çalışmaya yönelmektedir. Fakat bu durum beraberinde bir kısırdöngü yaratmaktadır. Hastane ortamında yeterince tanınmayan sosyal hizmet mesleği, en çok yapılan etkinlik maddi gereksinimleri karşılaştırma olduğu için, hastanede çalışan diğer sağlık personeli tarafından "sadece" bu yönü ile tanınmaktadır. Bu ise hastane personelinin yalnızca maddi gereksinimler konusunda uzmanlara başvurmasına yol açmaktadır. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanı sınırlı bir çerçevenin içinde sıkışıp kalmaktadır. Oysa çalışmanın başından beri vurgulandığı üzere sağlık yalnızca hastalığın olmaması değildir. Sağlık konusundaki bütüncül anlayışın uygulamaya da yanıtılması toplumdaki her kesim açısından önem taşımaktadır.

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, sağlık kurumlarında sosyal hizmet uygulamalarının standardının yükseltilmesi ve geliştirilmesi için, hastane ortamında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hizmet içi eğitimlerle ve mesleki spervizyonla desteklenmesine gereksinim vardır.

Hastanelerde sosyal hizmet uzmanının müdahalesine gereksinim duyan hastalar ve ailelerinin sorunlarının profesyonel bir biçimde ele alınabilmesi için günümüz koşullarında müracaatçıların sorunlarına ve özelliklerine uygun hem kuramsal bilgilerin üretilbileceği bilimsel araştırma faaliyetlerine, hem de müdahale becerilerinin kazanılabileceği eğitim programlarına gereksinim vardır.

KAYNAKÇA

Ashman, K. Karen, Grafton H. Hull Jr. (1999) *Understanding generalist practice* (Second Edition). Chicago: Nelson – Hall Publishers.

Aydemir, İ. (2003) *Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Aydemir, İ. (2005). Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları hasta sorunları ve bu sorunlara yönelik verdikleri hizmetler, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 15.

Badawi, M. ve Biamonti B. (1990). Conclusion. In *Social work practice in health care*. (191-196). England: Woodhead-Faulkner Limited.

Barın, D. (1967). Tıbbi sosyal hizmet. *Sosyal Hizmet*, 2 (7), 5-6.

Barın, D. (1968). Atatürk sanatoryumunda tıbbi sosyal hizmet alışmaları. *Sosyal Hizmet*, 2, (11),14-15.

Ben-Zur, H ve Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care*, 45(4), 63-82.

Bentley, J. (2002). *Social work practice in mental health. contemporary roles, tasks, and techniques* books. USA: Cole. Thomson Learning.

Browne, E. (2005). Social work in health care settings. In M. Alston ve McKinnon, J, (Ed.) *Social work. fields of practice*. (2th ed.). (107-117). USA: Oxford University Press.

Carr, J. ve Parsons N. (1990). The organization of social work in health service setting. In *Social work practice in health care*. (19-31). England: Woodhead-Faulkner Limited.

Coşkun, N. (1971). Sosyal hizmet ve rehabilitasyon. *Sosyal Hizmet, Rehabilitasyon zel Sayısı*. 5 (7), 2-4.

- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta psiko-sosyal boyut. Tıbbi sosyal hizmet*. Ankara: 72TDFO Ltd Şti.
- Duyan, V. (2003) Hastaların karşılaştıkları sorunlar ve çözümleri odağında tıbbi sosyal hizmet. *Cumhuriyet Üniversitesi. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 39-44.
- Duyan, V., Özgür Sayar, Ö. Özbulut M. (2008). *Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak, sosyal hizmet uzmanları ve sosyal hizmet alanında çalışanlar için bir rehber* (Birinci baskı). Ankara: Öncü Basımevi.
- Ergin, Ü., Batman, A. Gözübüyük, G. (1971) Ankara rehabilitasyon merkezinde sosyal hizmet” *Sosyal Hizmet, Rehabilitasyon Özel Sayısı*. 5, (7), 16-17.
- Hansung, K. ve Sun Young, L. (2009) Supervisory communication, burnout, and turnover intention among social workers in health care settings, *Social Work in Health Care*, 48 (4), 364-385.
- International Federation of Social Workers (2008). Definition of social work. 06 Temmuz 2010. <http://www.ifsw.org/en/f38000138.html>.
- İçağasıoğlu, A. (2001). Mesleki yönetim-liderlik ilişkisi. V Duyan, ve Aktaş A. M. (Ed.), *Prof. Dr. Nihal Turan'a armağan* içinde (216-221). Ankara:Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını.
- Kadushin, A.(1992). *Supervision in social work*. (3th ed.). New York: Columbia University Press,
- Kaynaköz, F. (1971). Rehabilitasyon çalışmaları *Sosyal Hizmet, Rehabilitasyon Özel Sayısı*. 5, (7), 11-12.
- Kol, E. (2009). Türkiye’de sağlık işletmelerinde sosyal hizmet uygulamaları, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Marlow, C. (2000). *Research methods for generalist social work* (3th ed.). U.S.A: Brooks/Cole
- Miller, B. C. (1996). *Aile araştırma yöntemleri*. (D. Köksal, Çev.). Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları. Bilim Serisi.
- Neumann, L. (1997). Social research methods qualitative and quantitative approaches. U.S.A.: Allyn and Bacon.
- Penhale, B. (2002). *Social work in health care settings. companion to social work*. USA: Blackwell Publishing.
- Snow, A. Warner, J., Zilberfein, F. (2008). The increase of treatment options at the end of life: impact on the social work in an inpatient hospital setting. *Social Work in Health Care*, 47 (4), 376-391.
- Swanson, B. (2005). Medical social worker and psychiatric social worker,. In *Careers in health care*. (5 th ed.) .USA: McGraw-Hill Companies.
- Stevenson, S. J., Unwin (1990). The nature of medical social work. (32-51) In Badawi, M. B.,Biamonti (Ed.). *Social work practice in health care*. England: Woodhead-Faulkner Limited.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2008) Alma Ata’dan günümüze temel sağlık hareketi *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri (2002–2008)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını
- Tufan, B. (1981). *Sosyal hizmet eğitimi-de yönetim* Yayınlanmamış notlar. Ankara: SSB Sosyal Hizmetler Enstitüsü Yayınları Çoğaltım Dizisi. Sayı 2.
- Yoksulluk sınırı*. (b.t). 08 Temmuz 2010, www.turkis.org.tr.
- World Health Report (2008) *Entitled primary health care – now more than ever*, World Health Organization.