

Derleme

BİR MESLEKİ UYGULAMA ALANI OLARAK GEÇMİŞTEN GELECEĞE KLİNİK SOSYAL HİZMET¹

Clinical Social Work as a Professional Practice Field: From the Past to the Future

Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ²
Emine ÖZMETE³

ÖZET

Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de toplumsal değişim sürecinde sosyal sorunların çeşitliliğinin artması sosyal hizmet mesleğinin uygulama alanlarını da giderek genişletmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin en önemli uygulama alanlarından biri klinik sosyal hizmettir. Klinik sosyal hizmet, ilk olarak

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD'de) tanımlanmış ve gelişmiştir. ABD'de, klinik sosyal hizmet uzmanlarının kaydı 1976 yılından beri Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) tarafından alınmakta ve bu uzmanların bağımsız özel uygulama yapmalarına izin verilmektedir. Ülkemizde ise, klinik sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları bulunmasına karşın, ülke genelindeki tanımlamalara ve uygulama izinlerini içeren yasa/ mevzuat alt yapısına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu makalede klinik sosyal hizmet alanı; gelişimi, tanımlanması, özgünlüğü ve uygulama paradigmaları kapsamında incelenecek; gelecek perspektifi ile ülkemizde klinik sosyal hizmet alanının gelişimi için gerekli süreçler açıklanacaktır.

Anahtar Sözcükler: Klinik Sosyal Hizmet, Klinik Sosyal Hizmet Uzmanı, Uygulama Paradigmaları

ABSTRACT

As in the world, the increasing diversity of social problems in the process of social change in Turkey is also widening the application areas of social work profession. One of the most important practice fields of social worker is clinical social work. Clinical social work was first described and developed in USA (United States of America). Since 1976, registration of clinical social work specialists has been taken by the National Association of Social Workers (NASW) and these specialists are allowed to practice independently in USA. However, in our country, although we have the social worker's work in clinical areas, countrywide descriptions and licences for practising need to be defined by the laws/ legislations. In this article, the clinical social work field/branch will be examined within the scope of its development, its definitions, uniqueness and practical paradigms and the required processes for development of clinical social work field will be explained with future projection.

- 1 Bu makale, Prof. Dr. Emine Özmeye danışmanlığında, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Doktora Programı kapsamında, birinci yazar tarafından tamamlanan doktora tezinin bir kısmından üretilmiştir.
- 2 Yrd. Doç. Dr., Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü, ezgimlk@gmail.com
- 3 Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, eozmete@gmail.com

Keywords: *Clinical Social Work, Clinical Social Worker, Practical Paradigms*

GİRİŞ

Klinik sosyal hizmet, sosyal hizmetin ruh sağlığı alanındaki uygulama alanı olarak öne çıkmaktadır. Klinik sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmet uzmanı kavramları ülkemizde yeterince kurumsallaşmamıştır. Bunun nedeni yeterli yasal çerçeve ve mevzuat alt yapısının olmamasıdır. Türkiye’de lisans eğitimi düzeyinde, genelci sosyal hizmet perspektifinde eğitim verilmekte, klinik sosyal hizmeti içeren eğitim programlarına lisansüstü eğitim düzeyinde (yüksek lisans ve doktora) odaklanılmaktadır.

Bir başka deyişle klinik sosyal hizmet, henüz ülkemizde gelişme süreci devam eden bir uygulama alanıdır. Klinik sosyal hizmet alanında, bizzat bu isimle ülkemizde iki üniversitede lisansüstü eğitim programı (Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi) yürütülmektedir. Bunun dışında psikiyatri kliniklerinde, psikososyal danışma merkezlerinde, aile terapisi ve aile danışma merkezlerinde çalışan pek çok sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır. Bu uzmanların sayısı ile ilgili son yıllara ait kesin bir veri bulunmamaktadır. Ancak sayılarının diğer alanlarda çalışan uzmanlara göre daha az olduğu bilinmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2005 yılı verileri incelendiğinde ülkemizde psikiyatri hizmetlerinde çalışan insan gücünün oldukça düşük oranda olduğu görülmektedir. Söz konusu dönemde Türkiye’de her yüz bin kişiye düşen sosyal hizmet uzmanı sayısı 1 olarak belirtilmiştir. Bu sayı psikolog ve psikiyatri uzmanları

için de aynı orandadır. Aynı raporda her yüz bin kişiye düşen sosyal hizmet uzmanı oranı; Yunanistan için 56, Hollanda için 176 ve Almanya için 477 olarak bildirilmiştir (Ulaş, 2008). Ülkemizde, 2011-2023 yıllarını kapsayan döneme yönelik hazırlanan Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında da; ruh sağlığı alanında, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanlarının oldukça önemli bir yere sahip oldukları belirtilmektedir. Türkiye’de 2011 yılında sağlık alanının tüm branşlarında toplam 613 sosyal hizmet uzmanı çalıştığı ve her yüz bin kişiye düşen aktif çalışan sosyal hizmet uzmanı (sosyal çalışmacı) sayısının 0,92 olduğu ortaya konulmuştur. (Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011-2023). 2015 yılı verilerine göre ise Sağlık Bakanlığı bünyesinde 938 sosyal hizmet uzmanı çalışmaktadır. Üniversitelerde çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı ise 98’dir. Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı da toplam 4625 olarak belirtilmiştir (Karakuş, 2015).

Bu makalede klinik sosyal hizmet alanının geçmişten geleceğe gelişimi; özellikle ABD’deki tanımlanma süreci, özgünlüğü, işlevi ve uygulama paradigmaları (psikodinamik, bilişsel, insancıl/ varoluşçu, benötesi/ transpersonel paradigmlar) incelenecek ve ülkemizde klinik sosyal hizmet alanının gelişimi için gerekli süreçler gelecek perspektifi ile açıklanacaktır.

Klinik Sosyal Hizmet: Tariçesi ve Tanımı

Klinik sosyal hizmet, Amerika Birleşik Devletleri’nde 1970’lerde bir uygulama alanı olarak kabul edilmiştir.

Klinik sosyal hizmet uygulaması, ortaya çıktığı günden bu yanatoplumun ihtiyaçlarına göre değişmekte, uyum sağlamakta, yeni araştırmalar ve müdahaleci stratejiler temelinde evrim geçirmektedir (Maguire, 2002). Klinik sosyal hizmet, öncül formları olarak; “psikiyatrik sosyal hizmet”, “mikro uygulama”, “birey ve ailelerle sosyal hizmet” kavramlarıyla ilişkilendirilmektedir. Mary Richmond’un “Sosyal Tanı” kitabına dayanan bireylerle sosyal hizmet uygulaması, bilimsel olarak kısaca bireylere yardım etmenin bir yöntemi olarak açıklanabilmektedir (Duyan, 2014: 207). F. Hollis’in tanımına göre bireylerle sosyal hizmet; bir psikososyal tedavi yöntemi olup, bireyin sosyal sorumluluklarındaki aksaklıkların psikolojik ve çevresel nedenleri üzerinde odaklanır; bireyin ihtiyaçlarını karşılaması ve sosyal ilişkilerini başarıyla sürdürmesine destek olur (Turan, 2012).

Sosyal hizmet 1900’lü yılların başlarında öncelikle yoksul ve dezavantajlı gruplara yardım mesleği olarak gelişmiştir. Dolayısıyla bu dönemde sosyal hizmet, daha geneli bir perspektif içermektedir. Daha sonraki dönemde, meslekle ilgili kimlik, sosyal güçler ve dezavantajlılık odağında gelişmeye devam etse de, benimlenen yaklaşım giderek daha bilimsel ve mesleki bir boyut olarak “psikoanalitik yaklaşım” odağında olmuştur (Maguire, 2002: 34-35).

Daha sonra gelişen yeni modelin temsilcileri, Pensilvanya Üniversitesi sosyal hizmet bölümü yöneticisi Jessie Taft başta olmak üzere, Sigmund Freud’un teorilerinden daha çok Otto Rank’ın ruhbilimsel teorilerini temel alan, “fonksiyonel sosyal hizmet” ekolünü geliştirmişlerdir. Carl Rogers

da bu alternatif okulla aynı yönde ilerlemiştir. Bu fonksiyonel model, bireysel davranış sorunlarının üstesinden gelebilmede insan iradesinin önemi ne dikkat çekmektedir (Gilbert, Miller & Specht, 1980; Boyle vd., 2006: 3-27).

Özellikle 2. Dünya Savaşı’ndan sonraki dönemde Florence Hollis ve diğer sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmet mesleğinin, yardım etmedeki eşsiz psiko-sosyal yönelimi üzerinde durmuşlardır (Hollis, 1964; Maguire, 2002: 35).

Klinik sosyal hizmetin gelişimi ile ilgili önemli olayların yer aldığı yukarıdaki çizelgede de görüldüğü gibi Amerika Birleşik Devletleri’nde 1949 yılında kurulan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH- National Institution of Mental Health), ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin yetişmesi için büyük fonlar harcamıştır. Ruh sağlığı kurumu olarak işlev gören NIH’nin beklentilerini yansıtan sosyal hizmet psikoterapi modeli, sosyal hizmette özel bir uygulamanın gelişimine kolayca uyarlanmıştır. Ailelere yönelik hizmet kurumlarını içeren ruh sağlığı odaklı kurumlarda bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanları (individual social workers) özellikle 1950lerde yarı zamanlı ücretli özel hizmet uygulamalarını geliştirmeye başlamışlardır. Amerika Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW- National Association of Social Workers) 1960ların ve 1970lerin sonlarına kadar özel uygulamalara resmi mesleki kimlik kazandırmak ve yasal tanıma hakkı getirmek üzere çalışmalar yapmış ve gelişmeler sağlamıştır. Klinik sosyal hizmet uzmanlarının ulusal kaydı NASW tarafından 1976’da oluşturulmuştur (Austin, 1986: 12-26). Özellikle 90’lı yıllardan sonra sertifikasyon sistemi geliştirme ve akreditasyon

Çizelge 1. ABD’de Klinik Sosyal Hizmetin Gelişimi ile İlgili Önemli Tarih ve Olaylar

1905*	Massachusetts Genel Hastanesinde Dr. Richard Cabot’un bir sosyal hizmet uzmanı istihdam etmesiyle “medikal sosyal hizmet uygulamaları” başladı. Aynı tarihte aynı hastanenin Nöroloji Kliniğinde Dr. James Putnam bir “psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı” çalıştırdı.
1909*	Freud, Clark Üniversitesinin 20. yılında bir konuşma yaptı ve öğretilerini yaymaya başladı.
1917*	Mary Richmond Sosyal Tanı isimli kitabını yayımladı.
1926*	ABD’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kuruldu.
1930 ve 1940’lar*	Tanı odaklı sosyal hizmet ve fonksiyonel modeli benimseyen sosyal hizmet akademisyenleri arasında tartışmalar yaşandı ancak Freudyen kavramlar yine de birçok sosyal hizmet okulunda etkiliydi.
1949*	Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) kuruldu.
1952*	Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyi (CSWE) kuruldu.
1955*	Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği(NASW) kuruldu.
1976*	NASW tarafından “Klinik Sosyal Hizmet Uzmanı” kaydı yapılmaya başlandı.
1983*	Klinik sosyal hizmet uzmanlarının kaydı ve ruhsatlama işlemleri Birleşik Devletlerdeki eyaletlerin 2/3’sinde alınmaktaydı.
1990’lar***	Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) etik kodların revize edilmesi ve geliştirilmesiyle ilgili yoğun çalışmalarda bulundu.
2015***	Yaklaşık 620 bin sosyal hizmet uzmanı içinde ruh sağlığı alanında çalışanların sayısı 110 bine ulaştı.

*(Austin, 1986), ***(US Bureau of LaborStatistics, 2015),

*** (<https://www.socialworkers.org/nasw/ethics/ethicshistory.asp>)

açısından ilerlemeler sağlanmış ve bu süreç, kalifiye personel tarafından bu mesleğin uygulandığını topluma ve diğer profesyonel meslek gruplarına göstererek sosyal hizmetin meslek olarak tanınmasına da yardımcı olmuştur (Zastrow, 2013: 4-6).

Daha sonra da verilerle değinileceği üzere günümüzde Amerika Birleşik

Devletleri’nin tüm eyaletlerinde sosyal hizmet eğitimi veren akredite olmuş yüzlerce lisans ve yüksek lisans programı bulunmaktadır (CSWE, 2017).

Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) tarafından ilk olarak klinik sosyal hizmet uzmanlarının ulusal kaydının 1976 yılında oluşturulması, klinik sosyal hizmetin tanımının yaklaşık olarak

son 40 yıl içinde geliştiğini göstermektedir. Bu süreçte, birçok bilim insanı ve kurum klinik sosyal hizmetin tanımını yapmıştır.

İleri uygulamaları sertifikalandırmak için oluşturulan Amerika Klinik Sosyal Hizmet Denetmenleri Kurulu (The American Board of Examiners in Clinical Social Work, ABE) aşağıdaki klinik sosyal hizmet tanımını kullanmaktadır (Munson, 2002: 8-11):

“Klinik sosyal hizmet uygulaması, psikososyal işlevsizliğin, ruhsal ve duygusal bozukluklar da dâhil olmak üzere engellilik veya sakatlığın tedavisi ve önlenmesi için sosyal hizmet teori ve yöntemlerinin profesyonel kullanımına işaret eder. Klinik sosyal hizmet uygulaması, “psikososyal gelişim, davranış, psikopatoloji, bilinçdışı motivasyon, kişilerarası ilişkiler, çevresel stres, sosyal sistemler ve kısmi olarak çevresi içinde bireyi kapsayan kültürel çeşitlilik” konularını içeren bir bilgi temeline dayanır. Klinik sosyal hizmet, diğer sosyal hizmet alanlarında olduğu gibi; birey, aile ve küçük gruplar için psikososyal işlevselliği artırma ve sürdürme amacını taşır” (ABE, 1989: 7).

NASW'nin klinik sosyal hizmetle ilgili tanımını ise şöyledir:

“Klinik sosyal hizmet, diğer sosyal hizmet alanlarında olduğu gibi; birey, aile ve küçük gruplar için psikososyal işlevselliği artırma ve sürdürme amacını taşır. Klinik sosyal hizmet uygulaması, psikososyal işlevsizliğin, ruhsal ve duygusal bozukluklar da dâhil olmak üzere engellilik veya sakatlığın tedavisi ve önlenmesi için sosyal hizmet teori

ve yöntemlerinin profesyonel kullanımına işaret eder. Uygulama, psikososyal bağlamda insan gelişimi teorilerinden bir veya daha fazlasının bilgi temeline dayanır.

Bireyin içinde bulunduğu durum perspektifi, klinik sosyal hizmet uygulamasında odak konudur. Klinik sosyal hizmet, kişilerarası etkileşimlere yönelen müdahaleleri, intrapsişik dinamikleri, yaşam desteğini ve yönetsel konuları içerir. Klinik sosyal hizmet, değerlendirme, psikoterapi ve danışmanlığı içeren teşhis ve tedavi, müracaatçı/danışan odaklı savunuculuk, konsültasyon ve değerlendirmeden oluşur. Klinik sosyal hizmet süreci sosyal hizmetin amaçları ve NASW'nin etik kuralları içinde belirttiği ilke ve değerlerle sunulur”(NASW, 1990: 1).

Walsh ve Virginia Commonwealth Üniversitesi sosyal hizmet bölümü klinik sosyal hizmet uygulamasını kısaca şu şekilde tanımlamışlardır (Walsh, 2010):

“Klinik sosyal hizmet uygulaması, birey, aile ve gruplar tarafından deneyimlenen psikososyal problemlerin çözümlenmesi ve önlenmesi için sosyal hizmet teori ve yöntemlerinin uygulanmasıdır. Bu problemler; ruhsal, duygusal ve davranışsal bozuklukları içeren meydan okuma, engellilik ve sakatlık gibi konuları kapsayabilir. Klinik uygulama, sosyal hizmet mesleğinin değerlerini temel alır ve problemleri durum karşısında baskıya maruz kalan, incinebilir bireylerin güçlendirilerek sosyal ve ekonomik adaletin geliştirilmesini sağlar. Klinik uygulama psikososyal bağlam içinde gelişim teorilerini temel alır ve insan çeşitliliği ve çokkültürcülük konularına

odaklanır. Klinik sosyal hizmet uzmanları, müracaatçılara psikolojik ve kişilerarası değişim sağlamalarında, sosyal ve ekonomik kaynaklara erişim ve elde ettikleri kapasite ve güçlerini sürdürmelerinde yardımcı olurlar. Klinik değerlendirme müracaatçının işlevselliğinde sosyal ve politik sistemlerin etkisini içerir. Müdahaleler ise; terapötik, destekleyici, eğitsel ve savunuculuk etkinliklerini kapsayabilmektedir (Walsh, 2010: 18).

Tanımlarda genel olarak, psiko-sosyal işlevsizlik, ruhsal ve duygusal bozukluklar ile ilgilenildiği ve özellikle NASW'nin tanımında klinik sosyal hizmet uzmanları tarafından; değerlendirme, psikoterapi ve danışmanlığı içeren teşhis ve tedavi, savunuculuk, konsültasyon ve son değerlendirmeden oluşan bir yol izlendiği; bu aşamalarda sosyal sistem kuramı ve çevresi içinde birey yaklaşımının göz önünde bulundurulduğu açıklanmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları ABD'de psikoterapi hizmetlerini veren en büyük meslek grubudur. Bunun yanında NASW, sosyal hizmet uzmanlarının, ruh sağlığı merkezlerinde tedavi hizmeti veren en büyük tek profesyonel grup olduğunu ve sayılarının giderek arttığını belirtmektedir (Munson, 2002: 3). ABD işgücü istatistiklerine göre tüm eyaletlerde toplam 620 bin civarında sosyal hizmet uzmanı çalışmaktadır. Bunlar arasında ruh sağlığı alanında çalışanların sayısı 110 bin, sağlık bakım ortamlarında çalışanların sayısı 155 bin, çocuklar, aileler ve okullarda öğrencilerle çalışanların sayısı 295 bin ve geriye kalan alanlarda çalışanların sayısı 60 bin civarındadır (US Bureau of LaborStatistics, 2015). Aynı tarihte

bildirilen klinik, danışma ve okul psikoloğu sayısı 105 bin ve psikiyatrist sayısı 24 bin civarındadır (US Bureau of LaborStatistics, 2015).

Klinik Sosyal Hizmetin Özgünlüğü

Klinik uygulamayı tanımlayan terimler; mikro uygulama, doğrudan uygulama, birey ve ailelerle sosyal hizmet (socialcasework) olarak ifade edilmektedir. Klinik sosyal hizmet uzmanlarının baskın rolü danışmanlık ve terapistlik olsa da diğer ortak roller; hizmetler için aracı olma (broker of services), vaka yöneticiliği, eğiticilik, arabuluculuk ve savunuculuktur. Klinik uygulayıcılar, çocuk refahı kurumları, aile hizmetleri kurumları, çocuk ve yetişkin ruh sağlığı merkezleri, hastaneler, okullar, rehabilitasyon merkezleri ve özel uygulama (bağımsız klinik uygulama) olmak üzere geniş bir alan çeşitliliği içinde çalışırlar. Klinik sosyal hizmet uygulamasındaki çeşitlilik incelenecek olursa, uzmanların; depresyon, anksiyete, çift ve aile/çocuk ilişkilerindeki güçlükler, çocuk ihmal ve istismarı ile çevresel ve sosyal stres nedenlerini oluşturan faktörlerin varlığı (yoksulluk, sosyal desteğin azlığı, baskının çeşitli türleri) gibi problemlerle karşılaşmakta oldukları görülmektedir. Birçok çalışma alanında klinik sosyal hizmet uzmanları psikolog ve psikiyatristlerle yakın çalışmaktadırlar. Bu meslek elemanlarının bazı rolleri klinik sosyal hizmet uzmanlarından ayrılabilenekte (örneğin; psikologlar psikolojik testler uygulayarak, psikiyatristler ruhsal bozukluğu teşhis eder ve gerektiğinde ilaç tedavisini planlarlar) ve insanlarla yüz yüze çalışan bu mesleklerin, danışmanlık ve terapistlik rolleri de örtüşmektedir. Elbette her bir meslek elemanının kendi

mesleğine özgü daha pek çok görevi ve rolü bulunmaktadır. Bu roller her bir mesleğin bireye bakış açısı ile şekillenmektedir. Örneğin psikiyatristler için semptomların azaltılarak patolojinin giderilmesi ve medikal tedavinin başarıya ulaşması önemlidir. Psikologlar, bireyin kendisi ve yakın çevresi dışında çalışma alanlarını genişletmeyi tercih etmezler, bireyin ekonomik ve hukuksal problemlerine yönelik destek sağlayamazlar, sosyal hizmet uzmanları ise gerektiğinde savunuculuk çalışmalarında bulunur ve terapi verdikleri müracaatçıların sosyal işlevselliklerinin artmasına yönelik daha sistemik çalışmalarda bulunabilirler. Klinik sosyal hizmetin ayırıcı özellikleri aşağıdaki konulara yaptığı vurgu ile açıklanmaktadır (Turner, 2005: 69-70):

- Kişinin problemiyle ilgili çevresel ve sosyal faktörlerin incelenmesi ve çevresi içinde birey perspektifi,
- İnsan probleminin doğallığı,
- Müracaatçı(danışan), müracaatçının güçleri, kaynakları,
- Müracaatçıyı destekleme ve güçlendirmeye odaklanan işbirlikçi ve eşitlikçi çalışma ilişkisi (Turner, 2005: 70).

Klinik sosyal hizmet uzmanları uygulamada, sosyal hizmet mesleğinin bilgi, teori ve beceri temelinden yararlanmaktadır. Bir meta teoriye göre klinik sosyal hizmet uzmanları ekolojik sistem teorisine inanmaktadır (Rothery, 2001; Turner, 2005: 70) ve çevresi içinde birey perspektifini kullanmayı daha çok benimsemektedirler. Yardım sürecine rehberlik etmek üzere klinik alanda çalışanlar, genelci ilkeler ve problem çözme becerisi modeline

başvurmaktadırlar; bu ilke ve beceriler bağlantı kurma, veri toplama ve değerlendirme, planlama ve sözleşme yapma, müdahale, son değerlendirme ve sonlandırma ile ilgilidir (Coady, Lehmann, 2001; Turner, 2005: 70).

ABD’de, klinik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, gerekli ünvanı edinebilmeleri için belirli eğitimlerinin ve alan deneyimlerinin olması gerekmektedir. Her ne kadar lisans eğitiminde klinik uygulama ile ilgili dersler alınmış olsa da, klinik sosyal hizmet uzmanı olarak bağımsız uygulama yapabilmenin ilk adımı bir master programını bitirmiş olmaktır (Groshong, 2009: 6). Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyi’nin yayınladığı verilere göre; ABD’nin tüm eyaletlerinde şuanda akredite olmuş 527 sosyal hizmet lisans programı bulunmaktadır, lisansüstü düzeyde eğitim veren bölümlerin sayısı ise 266’dır (CSWE, 2017).

ABD’nin tüm eyaletlerinde klinik sosyal hizmet uzmanı olabilmek için Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyi (CSWE) tarafından akredite edilmiş sosyal hizmet okullarından birinde en az yüksek lisans derecesi edinmiş olmak, mezuniyet sonrası ilgili sınavlara girdikten sonra hastaların tedavisiyle ilgili doğrudan uygulama alanında klinik süpervizyon altında çalışmış olmak ve ardından devlet lisansı (izin belgesi) almış olmak gerekmektedir. Süreç içindeki sınavlar, süpervizyon altında minimum ve maksimum uygulama süreleri, uygulama izin belgesi başvuru aşamaları her eyalette bazı küçük farklılıklar göstermektedir. Örneğin Colorado Eyaleti’nde lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanı olabilmek için aşağıdaki aşamaların tamamlanması gerekmektedir (NASW Colorado Chapter, 2015):

1. Adayların, Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi (CSWE) tarafından onaylanmış bir sosyal hizmet yüksek lisans programını tamamlamaları, mezuniyet sonrasında Eyalet Ruh Sağlığı Mevzuatı Sınavına girmeleri ve ilgili kuruma (DORA - Division of Registrations within the Department of Regulatory Agencies) lisanslı sosyal hizmet uzmanı (LSW) başvurusunda bulunmaları gerekmektedir.
2. Başvuru kabulünden sonra adaylar, Sosyal Hizmet Kurulları Derneği (Association of Social Work Boards - ASWB)'nin mevcut bir dizi sınavı arasından seçim yaparak sınava girerler. Aday eğer lisanslı sosyal hizmet uzmanlığı sınavına girmişse ancak klinik alanda çalışmak istiyorsa, ikinci olarak lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanlığı (LCSW) sınavına girer. Birçok aday zaman kazanmak için bu iki sınavlı yolu tercih etmektedir. Doğrudan klinik sosyal hizmet veya ileri genelci uygulama sınavlarına girerek başarılı olan adaylar ise tek bir sınava girmektedirler.
3. Bu sınavlar geçildikten sonra süpervizyon altında uygulama süreci başlamaktadır. Colorado Eyaleti'nde ruh sağlığı alanında 3360 saatlik doğrudan uygulama ve bu uygulamaya eşlik eden 96 saatlik klinik süpervizyon almış olma koşulu bulunmaktadır. Bu sürecin en az 2 yıl en çok 5 yılda tamamlanması gerekmektedir. Süpervizyon konusunda belirtilen diğer bir konu ise; 96 saatlik süpervizyonun 48 saatinin bireysel ve yüz yüze olması gerektiği ve kalan kısmının 10 kişilik grup üyesi sayısını geçmeyecek şekilde grup süpervizyonu altında verilebileceği şeklindedir.

Colorado Eyaleti'nde yukarıdaki koşulları sağlayarak klinik sosyal hizmet uzmanı (LCSW) olarak çalışmak mümkün olabilmektedir (NASW Colorado Chapter, 2015).

Ülkemizde henüz, yukarıda belirtildiği gibi benzer kriterler oluşturulmamıştır. Yine de klinik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları diğer ruh sağlığı uzmanlarına göre özgünlüklerini korumaktadırlar.

Türkiye'de Tıbbi Psikiyatrik ve Klinik Sosyal Hizmet

Tıbbi sosyal hizmet, "Hastanelerde ve diğer sağlık bakım ortamlarında hastaların ve ailelerinin hastalıkla ilgili sosyal ve psikolojik problemlerini çözmeyi amaçlayan sosyal hizmet uygulamasıdır" (Barker, 1999: 296). Psikiyatrik ve klinik sosyal hizmet tıbbi sosyal hizmetin alt alanları olarak ele alınabilir. Esasında, klinik sosyal hizmet de psikiyatrik sosyal hizmetin bir uygulama alanıdır.

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarında biyopsikososyal yaklaşımla bütünleşen "çevresi içinde birey" bakış açısının benimsenmesi esastır. Psikiyatrik sosyal hizmet, kişilerarası etkileşimler, intrapsişik dinamikler gibi konularla ve sosyal destekle ilgili problemlere yönelik müdahaleler ile ilgilenmektedir. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışanların, değerlendirme yapma, psikiyatristin koyduğu tanı ışığında psikoterapi ve danışmanlık hizmeti verme, müracaatçı odaklı savunuculuk, konsültasyon ve tedavinin sonucunu değerlendirme gibi görevleri bulunmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012).

Türkiye’de tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarını doğrudan veya dolaylı olarak ilgilendiren pek çok önemli olay ve yasal belge bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla Çizelge 2.’deki gibi özetlenebilir.

Çizelge 2’de ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların (sosyal hizmet uzmanlarının) görevlerini, şimdiki kadar yayınlanmış mevzuat içinde en açık şekilde tanımlayan metin Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (2011)’dir. Bu yönergede toplum ruh sağlığı merkezlerinde sosyal çalışmacıların diğer personelle ortak görevleri ve diğer meslek elemanlarından ayrılan görevleri aşağıdaki gibi belirtilmektedir:

Sosyal çalışmacının merkezdeki diğer meslek elemanlarıyla ortak görevleri:

- Merkeze gelen hasta veya yakınlarına merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vermek,
- Hastalara bireysel danışmanlık hizmeti vermek, grup terapisi yapmak ve psikososyal beceri eğitimi vermek,
- Hasta ve ailelerine psiko-eğitim vermek,
- Gezici ekibinin çalışmalarına katılmak,
- Ev ziyareti sırasında yatış endikasyonu gerektiren bir durum tespit edilirse, hastanın ilgili kliniğe nakledilmesini sağlamak,
- İstatistiksel bilgilerin toplanmasında ve değerlendirilmesinde görev almak,
- Merkeze devamı sağlanamayan hasta veya yakınlarıyla irtibat

kurmak ve merkezin hastayla bağlantısını oluşturmakla ilgili görevler yer almaktadır.

Sosyal çalışmacının merkezdeki diğer meslek elemanlarından ayrılan görevleri:

- Merkezin sorumlu olduğu bölgedeki hastaların tespit edilmesinde ve merkeze kayıtlarının yapılması konusunda ilgili kurum ve kişilerle irtibat kurmak,
- Hasta ve/veya yakınlarıyla irtibat kurarak merkezle ilgili bilgi vermek ve merkeze davet etmek,
- Hastaneye yatışı gereken, bakıma muhtaç ya da çalışabilecek duruma gelmiş hastaların; hastane, bakım kurumu, korumalı iş yeri ihtiyacına cevap verebilmek için ilgili kurumlarla irtibat kurmak,
- Damgalama karşıtı çalışmalar için kurumlar arası işbirliğini sağlamak ve geliştirmek,
- Hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirme yapmak ve hastaların karşılaştıkları güçlüklerin çözümlenmesi konusunda destek hizmeti vermek,
- Sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla ilişkileri sağlamak.

Yukarıdaki görevlerle yakın bir şekilde, Oral ve Tuncay (2012), psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının rollerini klinik düzey roller ve toplumsal düzey roller olarak iki başlıkta sınıflamışlardır. Buna göre klinik düzey roller; “sosyal inceleme, psiko-eğitim ve danışmanlık, taburculuk planlaması, bireyle çalışma, grup çalışması, savunuculuk, psikoterapi ve hizmet içi eğitim koordinasyonu”, olarak sıralanmıştır. Toplumsal düzey

Çizelge 2. Türkiye’de Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanını İlgilendiren Olaylar

1959*	7355 Sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsü Kurulmasına Dair Kanun yayımlandı. Kanunda dört yıllık sosyal hizmet eğitimi sonrasında mezunlara sosyal hizmet mütehassısı unvanı verileceği açıklandı.
1961*	Sosyal Hizmetler Akademisi kuruldu.
1965*	Mezun olan ilk sosyal hizmet mütehassıslarının bir kısmı akademide kalmış bir kısmı da Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı olarak tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmaya başlamışlardır.
1965*	657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu yayınlanarak, sosyal hizmet mütehassıslarının sağlık hizmetleri sınıfına dâhil oldukları kanunda belirtildi.
1967*	Hacettepe Üniversitesi’nde sosyal çalışma bölümü kuruldu.
1972*	Sosyal Hizmetler Akademisi Mezunları Derneği kuruldu ve 1980 yılında kapatıldı.
1982*	Sosyal Hizmetler Akademisi ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Çalışma Bölümü birleşerek Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu adıyla öğretim faaliyetleri sürdürmeye devam etti.
1983	2828 Sayılı Kanunla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu resmi olarak kuruldu. Kanunda sosyal hizmet uzmanı unvanına yer verildi. Aynı yıl kadro unvanı “sosyal çalışmacı” olarak tanımlandı.
1983	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girdi ve Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları tanımlandı.
1988*	Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kuruldu.
1998	Hasta Hakları Yönetmeliği yayımlandı.
2003	Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge yayımlandı.
2006	Ulusal Ruh Sağlığı Politikası yayımlandı.
2005	Hasta Hakları Uygulama Yönergesi yayımlandı.
2007	SHÇEK Aile Danışma Merkezleri Yönetmeliği yayımlandı.
2009-2012	Özel sektörde açılan Aile Danışma Merkezlerini kapsayan şekilde yeni bir Aile Danışma Merkezleri Yönetmeliği yayımlandı. 2012 yılında yenilendi.

2010	Çıkarılan yönerge ile evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde verilmeye başlandı ve 2015 yılında ilgili yönetmelik yayımlandı. Sosyal çalışmacıların vereceği hizmetler bu alanda da tanımlandı.
2011	Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi yayımlandı. Buna göre sağlık kurumlarındaki sosyal hizmet uygulamaları yasal bir alt yapıya kavuştu.
2011	Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge yayımlandı. Bu merkezlerde bir ruh sağlığı çalışanı olarak sosyal hizmet uzmanlarının görevleri tanımlandı.
2011	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 633 Sayılı Kanun hükmünde kararname yayımlandı. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun görev ve sorumluluk alanları ve yetkileri kurulan bu Bakanlığa devrildi.
2011	Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı yayımlandı.
2012	2012/23 Sayılı Çalışan Hakları ve Güvenliği Genelgesi yayımlandı. Buna göre Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri kuruldu.
2012	Başkent Üniversitesi'ne bağlı "klinik odaklı yüksek lisans programı" açıldı.
2013	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'ne bağlı "klinik sosyal hizmet doktora programı" açıldı.
2014	Yayımlanan 2014/32 numaralı Sağlık Bakanlığı Genelgesi'ne göre Hasta Hakları Birimi" isim değiştirilerek "Hasta İletişim Birimleri" olarak tanımlandı.

*(Karakuş, 2008)

roller ise; ruhsal risk taraması ve araştırma, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, sosyal içerme, toplum eğitimi ve hizmet geliştirme" şeklinde belirtilmiştir.

Bu makalede daha çok klinik düzey üzerinden bir açılım yapılmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının klinik düzeydeki uygulamaları pek çok yaklaşım çerçevesinde yürütülmektedir. Bu konudaki başlıca yaklaşımlara sonraki bölümde yer verilmektedir.

UYGULAMA YAKLAŞIMLARI

Sosyal hizmet uygulamasında, esas olan konulardan biri de uzmanın

müdahalede kullandığı kuramsal yaklaşımdır. Uzmanın seçtiği yaklaşım, bize onun yöneldiği ekollerle ilgili bilgi verir. Uzmanların, sosyal hizmet uygulamalarında genel olarak tek bir yaklaşıma yönelmeleri ya da farklı vakalarda farklı yaklaşımlara yönelmeleri mümkündür. Bu konu uygulayıcının benimsediği mesleki bakış açısıyla ilgilidir.

Bu yaklaşımları; sosyal hizmet uygulamalarında yararlanılan temel paradigmlar ve sosyal hizmet uygulamalarında kullanılan diğer güncel yaklaşımlar şeklinde ele almak mümkündür.

a. Temel Paradigmalar

Psikodinamik Paradigma: Freud'un geliştirdiği psikodinamik ve psikoanalitik yaklaşımlar 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Önce psikoanalitik yaklaşım ortaya çıkmış ve sonrasında psikodinamik yaklaşım geliştirilmiştir.

Her iki yaklaşımla ilgili değerlendirmelerde ilk olarak geçmiş vurgusu yer almaktadır. Bu yaklaşımların altında yatan varsayımlara göre; psikolojik yaraları doğru bir şekilde iyileştirmek için, problemin kök kaynağına değinilmelidir (Boyle vd., 2006: 156).

Psikodinamik yaklaşımın sosyal hizmet tarihindeki yerine bakılırsa; 1920'lerden 1960'lara kadar ABD'de sosyal hizmet uzmanları tarafından uygulamada psikodinamik yaklaşımın sıklıkla tercih edildiği görülebilir (Zastrow, 2013: 4).

Psikodinamikterapi, müracaatçının davranışında açığa çıkan bilinçaltındaki düşünce süreçlerine odaklanır. Bu yaklaşım, geçmişin şimdiki düşünce ve davranışları nasıl etkilediği ile ilgili müracaatçının farkındalığını ve anlayışını artırmayı amaçlar. Psikodinamikterapinin, psikoanalitik terapiden farkı; psikodinamik terapide daha acil problemler için daha çabuk çözüm bulma esastır. Psikodinamikterapide müracaatçılar, çözümlenemeyen sorun ve çatışmaları keşfetmeleri ve yaşamlarındaki önemli insanlar/ilişkilerle ilgili konuşmaları konusunda cesaretlendirilir (<http://www.counselling-directory.org.uk/psychoanalytical.html>).

Bu yöntemde bilişsel gelişim (geçmiş ve şimdi arasındaki ilişkilerin iç yüzünü anlamak) ve psikososyal gelişim süreçlerine vurgu yapılır. Uzman ve müracaatçı arasında dikey bir ilişki

vardır. Psikodinamik çalışmada kullanılan bazı müdahale teknikleri; yorumlama, empatik tepki, sanatsal teknikler, psiko eğitim, öykülemidir. Psikodinamik yönelimli sosyal hizmet uzmanı; dinleme, soru sorma, yüzleştirme, açıklama gibi ek teknikleri de kullanabilmektedir (Derezotes, 2000: 95-103). Sosyal hizmet uzmanları; ilişkisel problemlerde, kaygı problemlerinde ve daha birçok sorun tipinde bu yaklaşımı kullanabilirler.

Bilişsel Davranışsal Paradigma: Bilişsel davranışçı terapinin modern hali 1950 ile 1960'larda Wolpe ve arkadaşlarının geliştirdiği davranışçı terapiler ve 1970'lerde Ellis ve Beck'in öncülüğünde gelişen bilişsel terapilerdir (Batur ve Demir, 2009: 19-56).

Bu modelde müracaatçının işlevsel bilişsel ve davranışsal değişiminin sağlanması amaçlanır. Uzman ve müracaatçı arasında dikey bir ilişki söz konusudur. Bilişsel Davranışsal müdahalede kullanılan bazı teknikler aşağıdaki gibidir:

- Yararsız düşüncelerin yararlı düşüncelerle değiştirilmesi
- Yararsız davranışların yararlı davranışlarla değiştirilmesi
- Çatışma çözme ve diğer problem çözme becerilerinin geliştirilmesi
- Terapötik manevralar yapma; yenden çerçeveleme, mizah kullanma, paradoksal çalışma(mantığa aykırı), bilgi ve yaşama becerisipsiko eğitimi (Derezotes, 2000: 105-114).

Ayrıca özellikle fobik ve obsesifkompulsif bozuklukların tedavisinde sıkça kullanılan yaygın bilişsel davranışçı

müdahale teknikleri; maruz bırakma ve sistematik duyarsızlaştırma teknikleridir. Sosyal hizmet uzmanları bilişsel davranışçı terapiyi uygularken; müracaatçının düşünce, davranış ve duygularını değerlendirerek bunların müracaatçının problemine nasıl katkı verdiğini fark etmesini ve bunları olumlu sonuçlar verecek süreçlerle değiştirmesini sağlamaya çalışır (Teater, 2010: 141-161).

İnsancıl/Varoluşçu Paradigma: Alman filozof Martin Heidegger varoluşçu felsefenin kurucusu olarak bilinmektedir. Varoluşçu psikoloji yaklaşımında, insanın kendi sorumluluğunu yüklenmesinin onu özgürleştireceği savunulur (Geçtan, 1974: 13-17).

1940'ların sonlarında Avrupa'da ortaya çıkan varoluşçuluk düşünce akımı, daha sonra ABD'ye kadar yayılmıştır. 1950 ve 1960'larda Rogers, May ve Maslow'un Hümanist Psikolojinin gelişmesi adına büyük çaba gösterdikleri bilinmektedir. Böylece psikolojide üçüncü paradigma ortaya çıkmıştır.

Bu yaklaşımdaki vurgu, kişisel farkındalık, kendini kabul etme ve kendini ifade etme yoluyla kendini gerçekleştirmeye doğru bir büyüme sağlanması üzerinedir. İnsancıl/varoluşçu yaklaşımda duyuşsal gelişim üzerinde durulmaktadır. Müracaatçı birçok şeyi hayata geçiremiyor, kendisiyle ilgili iyi şeyler düşünmüyor, kişisel deneyimlerine güvenmiyor ve bastırıyorsa, hayatın anlamını bulamıyorsa insancıl/varoluşçu yaklaşımla müracaatçıya yaklaşmak yararlı olabilir. İnsancıl/varoluşçu yaklaşımda uzman ve müracaatçı arasında yatay(eşit) bir ilişki kurulur. Bu metot yardım ilişkisine ve "şimdi ve burada" deneyimlenen konulara enerji sağlar.

Bu süreç, bir bakıma bir olgunlaşma sürecidir ve bazı müracaatçılar sorumluluk almaya hazır olmayabilir. Bu yaklaşımda bazı müdahale teknikleri; yüzleştirme, deney, özgüven çalışması olarak sıralanabilir (Derezotes, 2000: 115-121). Sosyal hizmet uzmanları, özellikle kendini tanıma ve kabul etme, varoluşsal problemler gibi konuları bu yaklaşım çerçevesinde ele alabilirler.

Ben Ötesi (Transpersonal) Paradigma: Önceki yaklaşımların eleştirisi olarak 1970'lerde Abraham Maslow ve arkadaşlarının çalışmaları sonucunda transpersonal/ben ötesi yaklaşım geliştirilmiştir (Grof, 2008: 46-54). Bu paradigma gelişmemiş ya da kaybedilmiş kendilik kısmının en yüksek refah düzeyi ve benlikle ilgili kapalı kısımların uyumunun yönetimini içeren spiritüel olgunlaşmaya odaklanmaktadır.

Bu paradigmanda asıl vurgu spiritüel gelişim üzerinedir. Kişi, spiritüel olarak gelişirken, en iç benliği(ruh) ve evren ile büyük bir bağlantı geliştirir. Birey, spiritüel yolda özel bir evrede; benlik öncesi, benlik ya da benlik ötesi gelişim dönemlerinin birinde başarılı bir süreci takip etmekte zorlanabilir. Örneğin bir kişi; varlığı, gücü, statüsü ile ego-bağlantılı olabilir. Müracaatçının yönü belli/açık olmadığında belki de iç dünyasında huzursuzlukları olabilir. Transpersonal çalışmalarda tüm gelişim dönemleri dikkate alınmaktadır. Müdahale teknikleri, diğer üç paradigmanda kullanılanlara ek olarak; kendisiyle çalışma(selfwork) ile farkındalık ve meditasyondur (Derezotes, 2000: 123-139). Ben ötesi yaklaşımda kişi adeta benliğiyle ilgili bir yolculuk yaşar, terapistin bu aşamada gerçek yaşamla bağlantıyı dengeli bir şekilde kurması oldukça önemlidir.

Özellikle belirli yaş gruplarına göre transpersonel yaklaşımın uygulamadaki formu farklılaşabilir. Genellikle yaşlı gruplarla çalışmada kullanıldığı düşünülen bu yaklaşım spiritüel çalışmalara açık olan her yaş grubuna uygulanabilir.

Tüm bu uygulama paradigmaları, sosyal hizmetin işlevleri açısından “danışmanlık” rolü altında ele alınır. Danışman ve klinisyen rolüyle, sosyal hizmet uzmanı bu paradigmalardan herhangi birini vakalarıyla çalışmaları sırasında seçerek kullanır.

b) Sosyal Hizmet Uygulamalarında Kullanılan Diğer Güncel Yaklaşımlar

Daha yakın geçmişte özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından sonrasosyal hizmet uygulamalarında işlevsellik kazanan yaklaşımlar incelendiğinde, sistem yaklaşımı, ekolojik yaklaşım, güçler perspektifi, feminist perspektif, birey merkezli yaklaşım, çözüm odaklı yaklaşım, görev merkezli yaklaşım, kriz müdahalesi gibi başlıca klinik yaklaşımlar dikkat çekmektedir. Bu bölümde söz konusu yaklaşımlara kısaca değinilmektedir.

Sistem Yaklaşımı ve Ekolojik Yaklaşım: Genel sistem yaklaşımının sosyal hizmet uygulamalarındaki görünümü 1970’lerde belirgin hale gelmiştir. Sistem teorisine göre; sistemin bütünü sistem parçalarının toplamından daha fazladır. Sistem birbirine bağlı parçalarla birlikte bir bütündür ve her bir parça sistemin içinde var olmadan tamam olamaz. Örneğin; aile ana sisteminde ebeveyn-çocuk sistemi bir parça yani ve aynı zamanda alt sistemdir (Teater, 2010: 16-37).

Sistemler açık ve kapalı olma özelliğine sahiptirler; açık sistemler

çevreleriyle etkileşim halindeyken (Alexander, 1985), kapalı sistemler bu etkileşime karşı dirençli ve kapalıdır (Preston-Shoot ve Agass, 1990). Her bir sistem diğer bir sistemlerle arasında belirli sınırlara sahiptir, bu sınırların esnekliği bilgi girişini kolaylaştırır veya zorlaştırır (Preston-Shoot ve Agass, 1990). Sistem aynı zamanda bir dengeye sahiptir çevreye geri bildirim verirken sabit bir durum yaratma ve sürdürme gereksinimindedir. Çevreden gelen mesajlara geri bildirim veren sistem, kimi zaman dengesini koruyarak eşitliğe kavuşmakta iken kimi zaman da olumlu bir gelişme sağlayamayarak eşitsizlik denilen durumu yaşar. Herhangi bir sistem, durulum denilen süreci, belirlediği hedefine ulaştıkça ve yeni hedeflere yöneldikçe deneyimler. Her bir sistemin karşılaştığı soruna yönelik pek çok çözüm yolu mevcuttur bu da sistemin “eşsonuçluluk” (Kirst-Ashman ve Hull, 2002) kavramını açıklamaktadır (Teater, 2010: 16-37). Sosyal hizmet uzmanları sistem kuramını kullanırken hedef sisteme odaklanırlar, hedef sistem, değişimin arzulandığı müdahale edilen sistem birimidir.

Sistem işlevselliği 4 bağlantılı etkinlikten oluşur: 1) girdi (enerji ve bilgi alımı), 2) işlemleri dönüştürme (bilgiyi işleme ve işlevselliğin sürmesi için sistem tarafından kullanılabilir hale dönüştürme), 3) çıktı (diğer sistemlerle etkileşim) 4) geri bildirim (sistemin kendi işlevselliğini izlediği ve sabit konumu sürdürmede gerekli uyumu sağladığı süreçler) (Sheafor&Horejsi, 2002: 82-118).

Sistem teorisiyle birlikte ekolojik yaklaşım, bireylerin çevreleriyle olan ilişkilerine ve bağlılıklarına vurgu yapmaktadır. Ekolojik yaklaşım, 1970’lerin sonu 1980’lerin başında genel sistem

teorisinin bir türü olarak kabul edilerek sosyal hizmette baskın bir şekilde yer almaya başlamıştır. Sistem yaklaşımı ve ekolojik yaklaşım prensipleri açısından oldukça benzerdir. Ancak, ekolojik yaklaşımın kendine özgü bir terminolojisi vardır. Terminolojideki en temelde birey ve çevre uyumuna kısacası çevresi içinde birey perspektifine odaklanır. Buna göre kişinin gelişebilmesi için olumlu bir birey-çevre uyumu olmalıdır. (Teater, 2010: 16-37).

Biyoloji biliminden ödünç alma kavramı alındığından beri, ekolojinin, organizma türlerinin uyum ve işlevselliğine odaklandığı bilinmektedir, ancak sosyal hizmet bu türler arasında özellikle insan üzerinde odaklanmaktadır. Her birey bazı çevrelerde diğerlerine oranla daha iyi işlevsellik gösterebilir. Başka bir deyişle uyum sağladığımız yerlerde hücrelerimiz var olur. (Sheafor&Horejsi, 2002: 82-118).

Sosyal hizmet uzmanları sistem ve ekolojik yaklaşımı kullanırken hangi sistem veya çevreye müdahale edileceğini belirleyerek çalışmalarını bu yönde şekillendirir.

Güçler Perspektifi ve Güçlendirme:

Güçler perspektifi adında anlaşılacağı üzere, sosyal hizmet uygulamasında müracaatçının güçlerine, becerilerine, kaynaklarına ve başarılarına odaklanır. Birey düzeyinde sıralanabilecek bazı güçler; istek, yetkinlikler ve güven olabilirken, topluluklar için; imkân ve fırsatlar, sosyal ağlar, kaynaklar ve somut hizmetler olabilir. Bu perspektif herkesin belirli güçleri olduğunu savunur. Bu perspektif, güçler ve kaynakları, "bireysel, kişilerarası ve sosyo-politik düzeylerde değerlendirir ve uygulamada başka yaklaşımlarla birlikte kullanılabilir (Kondrat, 2010: 38-53).

Güçler perspektifinde temel varsayımları şu şekilde sıralanmaktadır; a) herkesin güçleri vardır, b) problemler mücadeleye veya fırsatların bir kaynağıdır, c) uygulayıcılar müracaatçının daha üst gelişme potansiyeli düzeyini asla bilemezler d) geleneksel uygulayıcı ve müracaatçı hiyerarşisini değiştirmede uygulayıcı ve müracaatçı arasında daha iyi bir işbirliği olmalıdır e) her çevre, müracaatçı değişimine yardım etmede taşınabilir ve çoğu informal kaynaklar içerir (Walsh, 2010: 17-31).

Güçlendirme temelli yaklaşım ise, müracaatçıların karar verme becerilerini öğrenmelerine, kaynaklarını yönetmelerine ve verimli bir şekilde başkalarıyla çalışmalarına yardımcı olmayı kapsar (Walsh,2010: 17-31). Sosyal hizmet uzmanları baskıya maruz kalmış birey, grup ya da toplulukla karşılaştıklarında güçlendirme temelli bir yaklaşım uygulayabilirler. Bu yaklaşımda amaç; birey, grup ya da toplulukların güçlendirilmeleri ve kişisel, kişilerarası veya politik güçlerinin gelişmesidir. Güçlendirmede dil aracılığıyla sağlanması; işbirliği dilini kullanma, aidiyet dilini kullanma, çözüm dilini kullanma, pozitif çerçevelenme ile olanaklarla ilgili dilin kullanımı, detaylandırma ve açıklama dilini kullanma yollarıyla olabilmektedir (Greene vd., 2005). Güçlendirme, özellikle toplumdaki marjinal kesimlerle çalışırken referans alınabilir ve başka yaklaşımlarla bir arada kullanılabilir.

Feminist Teori ve Uygulama: Feminist teori ve uygulamanın amacı, erkekler ve kadınlar arasındaki farklılıkları, bu farklılıkların ortaya çıkışını açıklamak, kadınlara yönelik baskılar konusunda farkındalık geliştirmek ve kadınların yaşam kontrollerini elde etmelerinde onlara yol göstermektir.

Feminist sosyal hizmet çalışması yalnızca kadınlar üzerinde değil erkekler üzerinde de uygulanabilir. Örneğin erkeklerin toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili farkındalık kazanabilmeleri için kullanılabilir (Teater, 2010: 87-101).

Birey Merkezli Yaklaşım: Birey merkezli yaklaşımı Carl Rogers geliştirmiştir. Bireyin kendi benliği ile ilgili farkındalığını geliştirmesini amaçlayan bu yaklaşımda en temel kavramlar benlik, pozitif saygı (onaylanma isteği), deneyimlere açık olma ve öz saygıdır. Bu yaklaşımla sunulan yardımın işe yaraması için; uygulamacı ve müracaatçının fiziksel ve kişisel iletişim içinde olması, müracaatçının kendi içinde uyumsuzluk içinde olması, uygulayıcının tedavi ilişkisinde mutabık olması, koşulsuz pozitif saygı göstermesi ve empatik bir tarzı benimsemiş olmasıdır (Kondrat, 2010: 102-116).

Çözüm Odaklı Yaklaşım: Çözüm Odaklı Kısa Süreli Terapi, 1980'lerde Amerikalı sosyal hizmet uzmanları Steve De Shazer ve Inso Kim Berg tarafından Wisconsin, Milwaukee bölgesinde yer alan "Kısa Süreli Aile Terapileri Merkezi"nde (Brief Family Therapy Center) geliştirilmiştir (Macdonald, 2007: 1). Esasında bu yaklaşımın tohumları 1970'lerde atılmaya başlanmıştır, De Shazer o yıllarda Milwaukee'deki bazı terapistlerle çalışmalarını genişletmiştir (De Shazer, 1985: 18).

Sosyal hizmet uzmanı, süreç içerisinde bir taraftan müracaatçının aktif katılımına önem verir, bir taraftan da sürecin uygun bir çerçevede yürüyebilmesi için ustalıkla kullandığı "mucize sorular (miracle questions), istisnai sorular (exceptional questions), derecelendirme (scaling)" ve benzeri teknikler ile sürecin doğru bir şekilde ilerlemesini

sağlar. Çözüm odaklı kısa terapide, sorunun çözümü için sorun hakkında uzun süre durmanın yararlı olmayacağı, önemli olanın çözüme odaklanmak olduğu ortaya konulmaktadır. Sorunun araştırılması, tanı konulması konularına bu yaklaşımda mesafeli durulur.

Görev Merkezli Yaklaşım: Görev merkezli yaklaşım, ilk olarak Reid ve Epstein tarafından Periman'ın problem çözme modelinden ve kısa müdahalelerde vaka çalışmasının psikodinamik temelinden esinlenilerek geliştirilmiştir. Görev odaklı yaklaşım, danışanın değişimin öncelikli ajanı olduğunu ve danışanın problemi tanımlayarak değişimde lider rolü alması gerektiğini savunur. Strateji, sosyal hizmet uzmanının değişebilir anlaşılmayan istekler ve koşullarla ilgili spesifik problemleri tanımlamada danışana yardımcı olmasını kapsar. Değişim; sosyal hizmet uzmanı ve danışanın problem çözme, görevleri yerine getirme, mutabık kalınan planları yürütme süreçlerinin bir sonucu olarak gerçekleşir (Maguire, 2002: 281-283).

Görev merkezli yaklaşımın işbirliğine açık müracaatçılarda rahatlıkla uygulanabileceği düşünülmektedir. Diğer klinik yaklaşımlarda olduğu gibi özellikle terapiye kendi isteğiyle gelen müracaatçılarda verim daha yüksek olacaktır.

Kriz Müdahale Yaklaşımı: Sosyal hizmet uygulamalarına özgü kriz müdahalesi, Parad tarafından 1970'lerde geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre, yıkıcı olaylar ve yoğun stresli durumlardan sonra bireyler bir denge problemi yaşarlar ve bu durum bir patoloji olmaktan çok herkesin başına gelebilecek normal bir yaşam deneyimidir önemli olan

bireyin yeniden dengeye kavuşması ve duygusal dengesini yeniden kazanmasıdır. Krize müdahale, krizden hemen sonra başlatılarak 6-8 haftaya kadar uzayabilir (Maguire, 2002: 279-280).

Krize neden olan stresör; biyolojik (büyük bir hastalık), kişilerarası (sevilen birinin ani kaybı), çevresel (işsizlik veya bir doğal afet) veya varoluşsal (yaşamın anlamı ve değerlerle ilgili derin çatışmalar) olabilir (Walsh, 2010:301-328).

Caplan ve Cullberg'e göre krizler, travmatik ve gelişimsel krizler şeklinde sınıflandırılabilir (Sonneck, 1985; Sözer: 8-12). Travmatik krizler; "şok, tepki, işlemler ve yeniden uyum" olarak tanımlanabileceğimiz 4 dönemden oluşur. Gelişimsel krizler ise; "bireyin alışlageldik problem çözme tekniklerini kullanması, alışlagelen yöntemlerin yetersiz olduğunun fark edilmesi, yeni problem çözme yollarının aranması, sorunun çözülmemiş olması durumunda kriz tablosunun gelişmesi" şeklinde 4 dönemden oluşmaktadır (Sözer, 1992: 8-12).

Corwin (2002) ve Dixon (1987)'dan uyarlandığı üzere sosyal hizmet uzmanlarının krize müdahale süreçleri 7 aşamadan oluşur (Walsh, 2010: 301-328):

- Yapılandırılmış sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçı iletişiminin hızlıca kurulumu,
- Müracaatçının, acı veren duygularının ortaya çıkarılması ve ifade edilmesi için cesaretlendirilmesi,
- Değerlendirme,
- Bilişsel işlevselliğin yeniden düzenlenmesi,
- Müdahaleyi planlama ve yürütme,

- Çevreyle çalışma,
- Sonlandırma ve izleme.

Sosyal hizmet uygulamalarında krize müdahale; tecavüz mağdurlarında, tamamlanmamış intihar girişimlerinde, afetzedelerde başvurulabilecek bir yaklaşımdır.

Öyküsel Terapi **Yaklaşımı**: Öyküsel terapi (narrativetherapy), 1980'lerde geliştirilmiş yeni bir klinik uygulama yaklaşımıdır. Michael White ve David Epston(1990) tarafından temelleri atılmıştır.

Öyküsel terapi yaklaşımı; insan gelişiminin doğuştan akıcı bir yapıda olduğunu ve bireyin yaşam doyumunu artırmak için olanaklarını artıracak deneyimler içeren gelişimsel kilometre taşları olmadığını savunur. Yaşam öyküleri, kişinin ailesi, bulunduğu topluluk veya kültürden gelen önemli başkalarının öyküleriyle birlikte inşa edilmektedir. Öyküsel terapiye göre, tüm bireysel deneyimler temelde belirsizdir ve hayatımızı hikâyeler içinde düzenleyerek onlara bir anlam ve ahenk katarız. Bu hikâyeler hayatımızı yalnızca yansıtmaz aynı zamanda şekillendirir. Uygulamayı 4 aşamalı; "normalleştirme ve güçlendirme, yansıtma (yapı sökümü), değişimi artırma (yeniden izin verme veya yeniden inşa etme, kutlama ve bağlantı kurma) şeklinde düşünebiliriz (Walsh, 2010: 273-300).

Öyküsel terapi, kendini tanıma sürecindeki bireyler için veya güçlendirme yaklaşımı ile destek verilen gruplar için farkındalık kazanmalarını sağlayacak iyi bir yaklaşım olabilir.

Duygu Odaklı Yaklaşım: Duygu odaklı yaklaşımın, hümanistik ve yaşantısal terapi yaklaşımlarından

türedığı bilinmektedir, bu yaklaşımın öncüsü Leslie S. Greenberg'dir. Duygu odaklı yaklaşım, bireylerde bir değişim yaratabilmek için biliş ve davranışlardan ayrı olarak özellikle duygularda bir değişim yaratılması gerektiğini savunur. Bu yönüyle bu yaklaşımda; bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı eleştirilir. Duygu odaklı yaklaşımda; müracaatçılara, duygularını daha iyi tanıma, deneyimleme, irdeleme, anlamlandırma, dönüştürme ve esnek bir biçimde yönetme konularında destek olunur. Bu yaklaşıma göre duygular adaptif ve duygu odaklı terapi, bireyin duygularını adaptif biçimlerde kullanabilmesi için yardımcı olmaktadır (Greenberg, 2012: 3-4).

Duygu odaklı terapi, günümüzde hem bireylerin hem de çiftlerin tedavisinde kullanılabilir. Duygu ifadelerinden kaçınan, iletişim problemi yaşayan ve tekrarlayan kriz durumları yaşayan birey ve çiftler için uygun bir çalışma yaklaşımı olabilir.

Tüm bu yaklaşımlar klinik sosyal hizmet uygulamalarında en sık başvurulan yaklaşımlardır. Bu yaklaşımlar; birey, grup ve aileler ile çalışırken ayrı ayrı veya bir kaç bir arada kullanılabilirler. Ailelerle çalışırken kullanılacak diğer yaklaşımlara (sistemik, stratejik, yapısal vb. aile terapisi yaklaşımları) ve tüm aile terapisi yaklaşımlarının nasıl kullanılacağına başka bir çalışmada daha detaylı bir şekilde değinilecektir. Kısaca belirtilecek olursa; sosyal hizmette aile tedavisi özellikle 1950'lerden sonra önem kazanan bir konu olmuştur. Aile tedavisi sorun çözme sürecine tüm aileyi katmayı amaçlar. Sorunu birey üzerinden değerlendirmek yerine, aile üyeleri arasındaki etkileşimler açısından ele alır.

Minuchin, aile tedavisinde yapısal özellikler; alt sistemler, ilişki ve davranış kalıpları ile aile içi ve toplumsal kurallar üzerinde durmaktadır. Haley, Bateson, Jackson ve Satir ise; davranışların, aile üyeleri arasındaki iletişim üzerinde etkili olduğuna ve her bir davranışın aynı zamanda çevreye yönelik bir mesaj içerdiğine değinirler (Turan, 2012: 290-297). Bowen ise aile sistemleri terapisinde; düşünsel ve duygusal noktalara odaklanmaktadır. Bowen'ın modelinde, birden çok kuşağı etkileyen ilişkiler ağı ve aktarım süreci, özerklik ve benliğin farklılaşması, duygusal üçgenler, kardeş konumu gibi konular irdelenir, diğer aile terapilerinde olduğu gibi teknik kullanımı ilgili kaygılar beslenmez (Nichols, 2013: 145-175).

Bahsedilen bu klinik yaklaşımlar, günümüzde uygulamadaki varlıklarını sürdürmekte ve ülkemizde çeşitli kurumların organizasyonları altında eğitimleri verilmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Klinik sosyal hizmetin, temellerinin, ABD'de birey ve ailelerle sosyal hizmet (social casework) yönteminin tanımlanması ile atıldığı görülmektedir. 1970'lerden sonraki süreçte bugün kullanılan ismiyle klinik sosyal hizmetin mesleki bir kavram olarak tanımlandığı, kurumsallaştığı ve ruhsatlama koşullarının belirlendiği ortaya çıkmaktadır. Yapılan tanımlarda, klinik sosyal hizmetin psikososyal işlevsizlik, ruhsal ve duygusal bozukluklar ile ilgilendiği belirtilmektedir. Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW), klinik sosyal hizmet uzmanları tarafından; değerlendirme, psikoterapi ve danışmanlığı içeren teşhis ve tedavi, savunuculuk, konsültasyon

ve son değerlendirmeden oluşan bir yol izlendiğini; bu aşamalarda sosyal sistem kuramı ve çevresi içinde birey yaklaşımının göz önünde bulundurulduğunu açıklamaktadır.

Ülkemizde, alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının durumu değerlendirildiğinde klinik sosyal hizmet alanında çalışan az sayıda sosyal hizmet uzmanı olduğu ve doğrudan klinik sosyal hizmet ismiyle açılan yalnızca 2 lisansüstü eğitim programı bulunduğu görülmektedir. Doğrudan klinik alanda çalışan uzmanlarla ilgili bir istatistik bulunmamasıyla birlikte yalnızca Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışan 938 sosyal hizmet uzmanı olduğu bilinmektedir (Karakuş, 2015). Göçler, savaşlar, küresel ısınma ve iklim değişikliği, bir yandan bazı ülkelerde hızla artan doğum oranları ve bazı bölgelerde artan yaşlı nüfus gibi küresel ve bölgesel konular, diğer yandan yerel düzeyde kadına yönelik şiddet, sağlık ile yapısını inşa etme, yoksulluğu önleme, işsizlik ve istihdam gibi kronikleşmiş yerel sorunlar düşünüldüğünde, gerek sağlık alanında gerekse bir alt alanı olan klinik sosyal hizmet alanında, sosyal hizmet uzmanı istihdamının artırılması gerektiği daha net bir şekilde anlaşılmaktadır.

Bireyi çevresi içinde değerlendiren ve buna göre uygulama temelinde odaklanan klinik sosyal hizmet, bu etkili alanlardan biridir. Ülkemizde genelci sosyal hizmet eğitimi kadar klinik sosyal hizmet odaklı eğitimlere de ihtiyaç duyulduğu açıktır. Klinik sosyal hizmet alanının, dünyadaki özellikle de ABD'deki gelişimiyle eş zamanlı olarak, Türkiye'de de yaygınlaşmasına ve tanınmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal sorunların çeşitliliğinin artması ile birlikte etkili müdahale sürecini

içeren klinik sosyal hizmetin uzmanlaşmış eğitime dayalı olarak geliştirilmesi önemlidir. 2014 yılında yayımlanan "Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" te klinik psikologların yapabilecekleri işler tanımlanmış ve özellikle klinik sosyal hizmet lisansüstü programlarından mezunların artmasıyla birlikte benzer bir düzenlemenin klinik sosyal hizmet uzmanları için de gerçekleşeceği düşünülmektedir.

Bu makalede klinik sosyal hizmet alanının Türkiye'de geliştirilmesine yönelik öneriler temel olarak "eğitim ve mevzuat, mesleki örgütlenme ve mesleki gelişme ile istihdam ve yaygınlaştırma başlıkları altında sunulmaktadır:

Eğitim ve Mevzuat ile İlgili Öneriler:

- Klinik sosyal hizmet lisansüstü eğitimlerinin desteklenerek artırılması,
- Gerek sosyal hizmet lisans programlarında gerekse lisansüstü programlarda; klinik sosyal hizmet odaklı derslerin yurtdışındaki müfredat örnekleri göz önünde bulundurularak düzenlenmesi,
- Ülkeye özgü bir klinik sosyal hizmet sistemi modelinin tasarlanması, bunun için yurt dışı örneklerin yerinde incelenmesi,
- Ülkeye özgü klinik sosyal hizmet sistemi tasarlanması kapsamında; "klinik sosyal hizmet uzmanı" olabilme kriterlerinin belirlenmesi ve bunun için bilimsel inceleme ve araştırmalarda bulunulması,
- Devlet Personel Başkanlığı'nda "klinik sosyal hizmet uzmanı" tanımının

yapılarak geçerliliğinin sağlanması için çalışmaların başlatılması.

Mesleki Örgütlenme ve Mesleki Gelişme ile İlgili Öneriler:

- Meslek örgütlerinin, klinik sosyal hizmet alanının geliştirilmesi ve kurumsallaşması konusunda çalışmalarda bulunması ve politika yapıcılarla görüşülmesi,
- Meslek örgütlerinin klinik alanda çalışan uzmanların nicelik ve nitelikleriyle ilgili bir harita oluşturması, kurum ve bölgeler için ihtiyaç analizi yapması,
- Meslek örgütünün ilgili diğer kurumlarla, klinik sosyal hizmet alanının geliştirilmesi için kongreler düzenlemesi, yayınlar üretmesi vb. etkinliklerde bulunması,
- Ülke genelinde, sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edildiği kuruluş ve bakanlıklarda (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Valilikler, Belediyeler vb.) sosyal hizmet uzmanları için klinik sosyal hizmetle ilgili meslek içi eğitimlerin düzenlenmesi bu noktada gerek sosyal hizmet bölümlerinden gerekse meslek örgütlerinden destek alınması,
- Ülkemizde klinik sosyal hizmet alanının gelişimi için sosyal hizmet uzmanlarının yurt dışı örnekleri görmelerini destekleyecek eğitim ve çalışma ziyaretlerinin desteklenmesi ve düzenlenmesi, bunun için kurum ve kuruluşlar kadar mesleki örgütlerin de uluslararası bağlantıları, bilgi paylaşımını güçlendirmeye önem vermesi.

İstihdam ve Yaygınlaştırma ile İlgili Öneriler:

- Klinik sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki sayılarının artırılarak istihdamlarının desteklenmesi,
- İstihdam edilen klinik sosyal hizmet uzmanları için uygun bir süpervizyon sisteminin tanımlanması,

Klinik sosyal hizmet uzmanları için uygun çalışma koşullarının (günde belirli sayıda müracaatçı ile çalışma, uygun görüşme ve grup çalışması odalarının temin edilmesi vb.) sağlanması,

Sosyal hizmetin klinik boyutunun toplum içinde tanıtılması ve gerek bireysel gerekse toplum ruh sağlığı hizmetlerinde yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Küreselleşen Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de her geçen gün sosyal ve kişisel sorunların çeşitliliği artmaktadır. Sosyal hizmet, birey ve toplum odaklı yeni sorunlar ile yüzleşmekte ve sorunların çözümü için etkili uygulama alanlarına ihtiyaç duymaktadır. Klinik sosyal hizmet bu alanlardan biridir. Bu alanın gelişebilmesi için öncelikle eğitim sürecinde klinik sosyal hizmet bilgisine ve uygulamalarına ağırlık verilmesi öğrencilerin meslek yaşamına hazırlanması sürecinde önemlidir. Lisansüstü eğitimler ve akreditasyonu sağlanan ek eğitimler ile bu sürecin desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca, Türkiye'de sosyal hizmet alanında mesleki aidiyeti de güçlendirecek geniş bir ağa yayılan mesleki bir örgütlenme ihtiyacı bulunmaktadır. Meslek elemanlarının yeni bilgi ve gelişmeleri izleyebilmesi açısından da mesleki örgütlenmenin

bir parçası olmaları oldukça önemlidir. Makro düzeyde ruh sağlığı alanında klinik sosyal hizmet uzmanları için istihdam oluşturulması ve yaygınlaştırılması da bu alanın gelişmesi için önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKÇA

Alexander, P. (1985). A systemstheoryconceptualisation of incest. *FamilyProcess*, 24 (1), 79-88.

American Board of Examiners in Clinical-SocialWork (1989). *TheDiplomate 2* (June).

Austin, M. D. (1986). *A History of Social Work Education*. Austin: The University of Texas.

Robert, B. (1999).*TheSocialWork Dictionary*, 4th Edition. United States of America: NASW.

Batur, S., & Demir, K. H. (2009). Depresyonun Tedavisi: Bilişsel Davranışçı Yaklaşım. In I. Savaşır, G. Soygüt, & E. Barışkın (Eds.), *Bilişsel Davranışçı Terapiler* (Vol. 4, pp. 15-56). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Boyle, W. S., Hull, G. H., Mather, H. J., Smith, L. L., & Farley, O. W. (2006). *Direct Practice in Social Work*. (Vol. Pearson Education): USA.

Coady, N., & Lehmann, P. (2001). The Problem-solving model: An integrative framework for the deductive, eclectic use of theory and artistic, Intuitive-inductive practice. In P. Lehmannand & N. Coady (Eds.), *Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice: A Generalist- Eclectic Approach*. (pp. 46-46"). New York Springer.

CSWE (2017).CSWE Directory of Accredited Programs. Erişim Linki: <http://www.cswe.org/default.aspx?id=17491> , Erişim Tarihi: 07.01.2017.

Derezotes, D. S. (2000). *Advanced Generalist Social Work*. California: Sage Publications.

Duyan, V. (2014). *Sosyal Hizmet: Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri*. İstanbul: Sosyal Çalışma Yayınları.

De Shazer, S. (1985). *Keys to Solutions in Brief Therapy*. New York, USA: Norton& Company, 18.

Geçtan, E. (1974). Varoluşçu psikolojinin temel ilkeleri. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 13-17.

Gilbert, N., Miller, H., & Specht, H. (1980). *An introduction to social work practice*. New York: Prentice-Hall.

Greenberg, L. S. (2012). *Duygu Odaklı Terapi*. Ed. Tahir Özakkaş, (Çev. Serpil Kızıltaş). Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yay. Yayın No:71.

Greene, G. J., Lee, M.Y. & Hoffpaur, S. (2005). The language of empowerment and strengths in clinical social work: a constructivist perspective. *Families in Society*, 86(2), 267-277.

Grof, S. (2008). Brief history of transpersonal psychology. *International Journal of Transpersonal Studies* 27, 46-54.

Groshong, W. L. (2009). *Clinical Social Work Practice and Regulation: An Overview*.U. Maryland: University Press of America.

Hollis, F. (1964). *Casework: A Psychosocial Therapy*. New York: Random House.

Karakuş (2008). Sosyal Hizmet Uzmanları Derneğinin Tarihiçesi.Erişim Linki: <http://www.shudernegi.org/?pnum=6&pt=Tarih%C3%A7e> Erişim Tarihi: 07.01.2017

Karakuş, B. (2015). Türkiye'de Sosyal Hizmet Uzmanı Sayıları ve İstihdam Açısından Durumları. Erişim Linki: <http://www.shuder->

- negi.org/?pnum=175&pt=T%C3%BCrkiye%27deki+Sosyal+Hizmet+Uzman%C4%B1+Say%C4%B1lar%C4%B1 Erişim Tarihi: 08.01. 2017.
- Kirst-Ashman, K.K. & Hull, G. H. (2002). *Understanding Generalist Practice*, 3rd Ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kondrat C. D. (2010). The strengths perspective. Ed. Barbra Teater, *An Introduction To Applying Social Work Theories And Methods*. Open University Press,38-53.
- Kondrat C. D. (2010). Person-centered approach. Ed. Barbra Teater, *An Introduction To Applying Social Work Theories And Methods*. Open University Press, 102-116.
- Maguire, L. (2002). *Clinical Social Work: Beyond Generalist Practice with Individuals, Groups, and Families*. CA: Brooks/Cole.
- Macdonald, J. A. (2007). *Solution-Focused Therapy:Theory Research&Practice*. London: Sage Publ.
- Munson, E. C. (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision* (Vol. 3). USA: Hawthorth Press.
- NASW (1990). *Code of Ethics*. Washington, DC: NASW.
- NASW Colorado Chapter (2015). Colorado LicensureFlow Chart-LSW&LCSW. Erişim Linki: <http://c.ycmdn.com/sites/www.naswco.org/resource/resmgr/Docs/LicensureFlowChart4-2015.pdf> , Erişim Tarihi:07.01.2017
- Nichols, M. P. (2013). *Aile Terapisi: Kavramlar ve Yöntemler*. (Çev. Okhan Gündüz). İstanbul: Kaknüs Yay.
- Oral, M., Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 23(2), 93-114.
- Preston-Shoot, M. &Agass, D. (1990). *Making Sense of SocialWork: Psychodynamics, SystemsandPractice*.London: MacmillianEducation.
- Rothery, M. (2001). Ecological Systems Theory. In P. Lehmannand & N. Coady (Eds.), *Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice: A Generalist-Eclectic Approach* (pp. 65-82). New York: Springer.
- Sheafor, B. W., Horejsi, C. R. (2002). *Techniques ans Guidelines for Social Work Practice*. 6th Ed., Boston: Pearson.
- Sonneck, G. (1985). *Kriseninterventionund-Suizidverdhütung*.Facultas-Verlag, Wien.
- Sözer, Y. (1992).Psikiyatride kriz kavramı ve krize müdahale. *Kriz Dergisi*, 1(1), 8-12.
- T.C. ASPB (2012). Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişileri ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Aile Danışma Merkezleri Yönetmeliği. ASPB, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1998) Hasta Hakları Yönetmeliği. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2003) Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2005) Hasta Hakları Uygulama Yönergesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2006) Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) Türkiye Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Erişim

- Linki: <http://docplayer.biz.tr/2527563-T-c-saglik-bakanligi-ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani-2011-2023.html>, Erişim Tarihi: 16.08.2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014) 2014/32 No'lu Hasta Hakları Uygulamaları Hakkında Genelge. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. T. C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- T.C. SHÇEK (2007). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Aile Danışma Merkezleri Yönetmeliği. SHÇEK Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. SHÇEK (2009). Gerçek Kişiler ve Özel Hukuk Tüzel Kişileri ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Açılan Aile Danışma Merkezleri Hakkında Yönetmelik. SHÇEK Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Teater, B. (2010). Cognitive behavioural therapy. Ed. Barbra Teater, *An Introduction To Applying Social Work Theories And Methods*. Open University Press., 141-161.
- Teater, B. (2010). Social systems theory and the ecological perspective. Ed. Barbra Teater, *An Introduction To Applying Social Work Theories And Methods*. Open University Press., 16-37.
- Teater, B. (2010). Empowerment and use of language. Ed. Barbra Teater, *An Introduction To Applying Social Work Theories And Methods*. Open University Press., 54-69.
- Teater, B. (2010). Feminist theory and practice. Ed. Barbra Teater, *An Introduction To Applying Social Work Theories And Methods*. Open University Press., 87-101.
- Turan, N. (2012). *Birey ve Aileler ile Sosyal Hizmet*. Ed. Veli Duyan, Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayınları.
- Turner, F. J. (2005). *Encyclopedia of Canadian Social Work*. Canada: Wilfrid Laurier University Press.
- Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 11(2), 2-12.
- US Bureau of Labor Statistics(2015). Occupational Employment Statistics. Erişim Linki: https://www.bls.gov/oes/current/oes_stru.htm#00-0000 , Erişim Tarihi: 07.01.2017.
- Velting, O., Setzer, N., & Albano, M. A. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 42-54.
- Walsh, J. (2010). Theories for Direct Social Work Practice. 2nd Ed. Wadsworth Cengage Learning, USA.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative-meditation to therapeutic ends*. New York: Norton.
- World Health Organization (2005). Mental Health Atlas: 2005. Revised Ed. Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Geneva.
- Zastrow, C. (2013). *Sosyal Hizmete Giriş* (A. Aykara, Trans.). Ankara: Nika Yayınları.
- <http://www.counselling-directory.org.uk/psychoanalytical.html> Erişim Tarihi: 02.01.2014.