

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET YÖNETİMİNİN ETKİNLEŞTİRİLMESİ: TIBBİ SOSYAL ÇALIŞMACILARA YÖNELİK NİTEL BİR ÇALIŞMA VE ÖRGÜTSEL BİR MODEL ÖNERİSİ

Akın ERDEMİR*

Fatih SEYRAN**

ÖZ

Üniversite hastanelerinde görev yapan ve ihtiyacı olan hastalara ve hasta yakınlarına sosyal hizmet desteği sunan sosyal çalışmacıların, aldıkları çok yönlü ve kapsamlı eğitimlere rağmen, yoğunlukla hastaların muayene ve tedavi giderlerinin karşılanması ile ilgili sınırlı bir alanda çalıştıkları görülmektedir. Oysa üniversite hastanelerindeki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının kurum içinde ve kurum dışında çok geniş bir etkileşim sahasına sahip olduğu görülmektedir. Tıbbi sosyal hizmetin alanyazında sayılan yararlarının en üst düzeyde elde edilmesinin, üniversite hastanelerinin örgütsel ve yönetsel yapısında yapılacak bir takım düzenlemelerle mümkün olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı üniversite hastanelerinde en üst düzeyde tıbbi sosyal hizmet faydalarının elde edilebilmesi adına örgütsel ve yönetsel yapıda gerçekleştirilmesi önerilen bir takım değişikliklere dikkat çekmektir. Bu amaç doğrultusunda Türkiye'nin farklı illerindeki (İstanbul, Ankara, Adana, Mersin, Kayseri, Aydın, Malatya, Ordu ve Isparta) üniversite hastanelerinde görev/uygulama yapan 10 tıbbi sosyal çalışmacı ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Ayrıca, üniversite hastanelerindeki mevcut tıbbi sosyal hizmet biriminin gerçek ve tüzel kişilerle örgütsel ilişkileri de ayrıntılı şekilde değerlendirilmiştir. Yapılan çalışma sonunda üniversite hastanelerinin işleyişine daha etkin bir tıbbi sosyal hizmet sunumunu yansıtmamanın önünü açacağı düşünülen örgütsel bir yapı değişikliği öngörülmüştür. Bu bağlamda temel çözüm olarak sosyal hizmet biriminin sosyal hizmet koordinatörlüğüne dönüştürülerek, kapsamlı bir komuta yetkisi ile tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının etkinleştirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal hizmet, örgütsel yapı, yönetsel işleyiş, hastane yönetimi, sağlık yönetimi

IMPLEMENTING MEDICAL SOCIAL WORK MANAGEMENT IN UNIVERSITY HOSPITALS: A QUALITATIVE STUDY AND SUGGESTED ORGANIZATIONAL MODEL FOR SOCIAL WORK PROFESSIONALS

ABSTRACT

Despite their extensive and diverse training, social workers at university hospitals, who offer support to patients in need and their families, primarily focus on covering patients' medical expenses. However, it is apparent that medical social work practices in university hospitals encompass a broad scope of interaction both within and outside the institution. To fully realize the benefits of medical social work as identified in literature, it is suggested that certain modifications are needed within the organizational and managerial structure of these hospitals. The objective of this study is to highlight suggested modifications in the administrative structure to maximize the benefits of medical social work in university hospitals. In-depth interviews were conducted with 10 medical social workers employed at university hospitals across various Turkish provinces (Istanbul, Ankara, Adana, Mersin, Kayseri, Aydın, Malatya, Ordu, and Isparta). The insights and recommendations from these interviews were thoroughly analyzed. Additionally, the existing relationships between the medical social work unit in university hospitals and actual legal entities were comprehensively assessed. The study proposes an organizational restructuring aimed at enhancing the impact of effective medical social work on the functioning of university hospitals. As a fundamental solution, it suggests transforming the social work unit into a social work coordinator, endowed with comprehensive command authority, to carry out medical social work practices.

Keywords: Social work, organizational structure, administrative functioning, hospital management, health management

* Dr. (PhD), Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta, akinerdemir@sdu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9884-6135>

** Dr. (PhD), Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü & Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Turizmi Ana Bilim Dalı Doktora Öğrencisi, fatihseyran@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8546-1145>

GİRİŞ

Bireylerin refahını amaç edinen sosyal hizmet faaliyetlerinin insan hakları ve sosyal adalet kavramları üzerine inşa edilmesi gerekmektedir (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s. 34). Tıp bilimlerinin temel amacı insanların sağlık yönünden refahını sağlamaktır. Sosyal varlık olan insan için üretilen sağlık hizmetlerinin müracaatçılarda en üst düzeyde bir memnuniyet sağlaması için psikososyal yönden de tamamlanması gerekmektedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımını yaparken bireyde yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmamasını değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halinin olmasını gerekli görmektedir (WHO,1946).

Hastaneden toplumsal alanlara doğru genişlediği görülen sağlık hizmeti, sosyal hizmet mesleğinin sağlık bakım alanındaki faaliyet alanlarını artırmıştır. Hastanın ve yakınlarının; hastalığa, tedaviye ve tedavi sonrası yaşama psiko-sosyal yönden tekrar uyum sağlaması için sosyal çalışmacıların hastaneyi aşarak aile ve toplum odaklı çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda sosyal çalışmacılarda sosyal politika ve bürokratik anlayıştan başlanarak, nicelikten ziyade niteliğin daha fazla ön planda tutulduğu iş tanımları sayesinde mesleki gelişim için gerekli çaba önemsenmektedir (Kuruhalil ve İpek, 2022, s. 1205). Dolayısıyla insan refahını sosyal yönden artırmayı amaç edinen tıbbi sosyal hizmet faaliyetlerinin, hastanelerin yürüttükleri sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir tamamlayıcısı durumuna geldiğini söylemek mümkündür. Bununla birlikte tıbbi sosyal hizmetin, kurum içinde ve kurum dışındaki faaliyetleriyle bireysel ve kurumsal olarak çok geniş ve güçlü bir ilişkiler ağına dönüştüğü görülmektedir.

Hastanelerde sunulan tıbbi sosyal hizmet, hastane yöneticilerinin tutum ve anlayışına göre şekillenmektedir. Aynı zamanda bu uygulamaların ülkelerin sağlık sistemleri, sağlık sigortası işleyişleri, dezavantajlı gruplara ilişkin yardım etme kültürü gibi faktörlerden doğrudan etkilenebildiği de görülmektedir. Bu çeşitlilikler, benzer faaliyetler yürüten hastanelerde uygulama farklılıklarının doğmasına neden olmaktadır (Keleşoğlu, Aslan ve Aba, 2022, s. 108). Bununla birlikte tıbbi sosyal hizmetin hastanelerin örgütsel yapılarındaki yanlış konumundan dolayı yeterince etkin işletilemediği düşünülmektedir. Nitekim hastanelerde görev yapan ve sosyal hizmet mesleğini temsil eden sosyal hizmet uzmanlarının, aldıkları kapsamlı eğitimlere rağmen çok sınırlı bir alanda faaliyet gösterdikleri görülmektedir. Üniversite hastanelerindeki sosyal çalışma alanı ise oldukça dinamik ve etkin hareket kabiliyeti gerektiren, çok geniş bir örgütsel etkileşim alanına ve iş çeşitliliğine sahiptir. Özel danışmanlık gereksinimi olan engellilerden cinsel istismar mağdurlarına, terkedilmiş hastalardan sağlık giderlerini ödeme güçlüğü çeken hasta yakınlarına kadar birçok birey bu alanda sunulan hizmetlere ihtiyaç duyabilmektedir. Tıbbi sosyal hizmetin bu denli geniş bir faaliyet alanına ve iş çeşitliliğine sahip olmasına rağmen örgütsel konumundan kaynaklanan dezavantajlarından dolayı hareket ve etkinlik yönünden kısıtlı olduğu görülmektedir.

“Nitel Yöntem” ile yapılan bu çalışmada, üniversite hastanelerinde tıbbi sosyal hizmetin etkinleştirilmesi için örgütsel yapı değişikliği de önerilmektedir. Önerilen değişiklik, üniversite hastanelerinin ürettiği tüm sağlık hizmetlerini, sosyal hizmetin evrensel kazanımları doğrultusunda geliştirme ve çeşitlendirme imkanı sağlanacağı düşünülmektedir. Bunun yanında; üniversite hastanelerinin ürettikleri tüm hizmetlerin, tıbbi sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilerek tasarlandığı bir paydaşlık modeli önerilmektedir.

2011 yılında Türkiye’de yürürlüğe giren ilgili mevzuatlar (*Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*) bu konuda kapsamlı ve güncel bir işleyişin kapısını aralamıştır. Buna rağmen ideal tıbbi sosyal hizmet sürecinin, müracaatçılara bakım ve tedavi hizmetlerinin daha insancıl ve daha etkili şekilde sunulmasına varıncaya kadar çok geniş alanda etkin olması beklendiği de düşünüldüğünde üniversite hastanelerinde hâlen sunulmakta olan tıbbi sosyal hizmetin nicelik ve nitelik açısından yine de yeterli olmadığını söylemek mümkündür.

Sosyal Hizmet

Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği’ne (IASSW) göre sosyal hizmetin küresel tanımı; uygulamaya dayalı bir meslek ve sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal uyumu ve insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmesini destekleyen akademik bir disiplindir (IASSW, 2014). Sosyal

adalet ilkeleri, insan hakları, toplu sorumluluk ve farklılıklara saygı, sosyal hizmetin merkezinde yer almaktadır. Sosyal bilimler, beşeri bilimler ve yerel bilgi teorileri ile desteklenen sosyal hizmet alanı, yaşam zorluklarını ele almak ve hem bireysel, hem de sosyal refahı artırmak için insanları ve yapıları bir araya getirmektedir (IASSW, 2014). Sosyal çalışmacılar, kendi başına karar verebilen bağımsız ve özgür bir mesleğe sahip olmaktan daha çok kamusal kurumların görevlendirmeleri ile işbaşı yapmaktadır. Buna bağlı olarak da hangi sosyal alanlara yönelim gösterilebileceği ve hangi sosyal ihtiyaçlara cevap verilebileceğine kendi başlarına karar verememektedirler. Bu bağlamda sosyal hizmet mesleğinin uluslararası ve ulus ötesi bir açılımını dikkate almak gerekmektedir (Ataman, 2021, s. 24). Sosyal hizmet, profesyonel bir meslek alanıdır (Fink, 1963, s. 657). Aynı zamanda ülkelerin ve toplumların refah düzeyini gösteren önemli bir parametre olarak da değerlendirilebilir.

Sosyal hizmet yaklaşımlarının uygulandığı yere “sosyal hizmet kuruluşu” tanımlaması yapılmaktadır. Sosyal çalışmacı, bu kuruluşlarda müracaatçıların refahını sağlamak için profesyonel çalışmalar yapmaktadır. Birey düzeyinde çalışma (mikro), grup düzeyinde (mezzo) ve toplum düzeyinde (makro) çalışmalarla görevini yerine getirmektedir (Koç ve Paslı, 2022, s. 136). Sosyal hizmetin iki önemli esası bulunmaktadır (Kut, 1988, s. 42);

- Kişi onurunu, saygınlığını ve kapasitesini sonuna kadar geliştirme hakkına sahiptir.
- Bireyler birbirlerine bağımlıdır ve birbirlerine karşı sorumludur.

Tıbbi sosyal hizmet

Ayakta veya yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedavilerden etkin şekilde yararlanabilmesi, aynı zamanda sosyal sağlıklarının da korunabilmesi ve geliştirilebilmesi, tedavi süreçlerinde hastaların aileleri ve çevreleri ile ilişkilerinin düzenlenerek, tedavi süreçlerini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğin yeniden kazanılması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamalarıdır (*Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*, 2011, s. 1). Tıbbi sosyal hizmetin temel niteliği ise hastalıkla ilgili bireyin hayatını etkileyen sosyal ve duygusal problemlerle ilgilenmesidir (2017, s. 4). Başka bir ifadeyle, sosyal hizmetin alt dalı olan tıbbi sosyal hizmet (Özbesler, 2017, s. 10); hastalığa neden olan, tedavi süresince hasta ve yakınlarını etkileyen, tedaviyi olumsuz etkileyen, yaşamda yeni düzenlemeler gerektiren psiko-sosyal ve ekonomik sorunlara yönelik uygulanan profesyonel sosyal hizmet girişimlerini içeren özel bir branştır.

Tıbbi sosyal hizmetin tarihçesi

Alanyazında, hastanelerde sosyal hizmet uzmanlığının profesyonel meslek statüsü kazanmasıyla ilgili süreci anlatan muhtelif çalışmalar yer almaktadır. Birbirini tamamladığı görülen söz konusu çalışmaların içeriği, kronolojik olarak şu şekilde özetlenebilir (Friedlander, 1966, s. 415; Gehlert, 2006, s. 6; Ali ve Rafi, 2013, s. 357; Özbesler, 2017, s. 4-9; Yılmaz ve Yücel, 2022, s. 206);

- 1880 yılında tedavi için evlerinden uzak kalan hastaların duygusal ihtiyaçlarının önemi anlaşılmış ve bu doğrultuda çalışmalar başlatılmıştır.
- 1890’lı yıllarda “lady almoner” uygulaması ile ücretsiz tedavi olabilecekler hakkında sosyal inceleme çalışmaları yapılmıştır.
- 1893 yılında hastaların yaşadıkları sosyal çevrelerin görülebilmesi için ev ziyaretleri yapılmaya başlanmıştır.1902 yılında tıbbi sosyal hizmetle ilgili ders Dr. Charles P. Emerson tarafından tıp eğitimine dâhil edilmiştir.
- 1919 yılında sosyal hizmet birimleri hastanelerde resmi statü kazanmıştır.

Türkiye’de tıbbi sosyal hizmetin gelişimini ise şu şekilde özetlemek mümkündür (Barın, 1967, s. 7; Coşkun, 1971, s. 4; Kahramanoğlu, 1973, s. 5; Kaynaköz, 1973, s. 12; Çakmaklı, 1976; Duyan, 1996, s. 11; Özbesler, 2013, s. 7; Bekiroğlu, 2016, s. 342; Özbesler, 2017, s. 9; Keleşoğlu, Aslan ve Aba, 2022, s. 102);

- 1956-1966 yılları arasında Birleşmiş Milletler Teknik Yardım Programı çerçevesinde sağlanan sosyal refah desteği ile sosyal hizmet eğitimi planlanarak başlatılmıştır.
- 1959 yılında sosyal hizmetleri tespit etmek, çocukların okul öncesi ve okul döneminde korunması gibi amaçlarla 7355 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuştur.

Ardından da 1961 yılında Enstitüye bağlı olarak sosyal hizmet alanında çalışacak olan uzmanları yetiştirmek üzere “Sosyal Hizmetler Akademisi” kurulmuştur.

- 1961 yılında sosyal hizmet eğitimi başlamıştır.
- 1964 yılında Violet Bemmels yönetiminde ilk tıbbi sosyal hizmet uygulaması Hacettepe Üniversitesinde yapılmıştır.
- 1964 yılında sosyal Hizmetler akademisi öğrencilerinin stajları başlamıştır.
- 1966 yılında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’nde ilk sosyal servis kurulmuştur.
- 1967 yılında Ankara Üniversitesi Hastanesi’ne bir sosyal çalışmacının atanması ile tıbbi sosyal hizmet resmi yapı içinde yer almıştır.
- 1968 yılında Ankara Rehabilitasyon Merkezi kurularak tedavi ekibine ilerleyen zamanlarda tıbbi sosyal çalışmacılar alınmıştır.
- 1973 yılında “tıbbi sosyal hizmet” kavramı Tedavi Kurumları Yönetmeliği’ne girmiştir.
- 1983 tarihinde yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde belli standartlara sahip hastanelerde tıbbi sosyal hizmet birimleri kurulmasından ve bu birimlerde görev yapabilecek personellerin yetki ve sorumluluklarından söz edilmiştir.
- 1998 yılında sosyal çalışmacı istihdamının artması ile birlikte ilk kez hasta hakları ile ilgili birim kurulmuştur.
- 2000’li yıllardan itibaren sağlıkta dönüşüm programı (SDP-2003) çerçevesinde; hasta iletişim birimi, toplum ruh sağlığı merkezi, çocuk izlem merkezi, nöromusküler hastalıklar merkezi, alkol ve madde bağımlılığı merkezi, evde sağlık birimi, tıbbi sosyal hizmet birimi gibi hastanelere bağlı veya hastane bünyesinde yer alan sosyal hizmet birimleri kurulmuştur.

Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ikinci basamak (devlet hastaneleri) ve üçüncü basamak (üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri) sağlık tesislerinde yoğunlaşmaktadır (Aca, Akalın ve Solmaz, 2022, s. 844). Bununla birlikte en fazla sosyal çalışmacı; Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerdeki sosyal hizmet birimlerinde, en az sosyal çalışmacı ise özel hastaneler ve üniversite hastanelerinde istihdam edilmektedir (Bekiroğlu, 2016, s. 342). Keleşoğlu ve Aba’nın (2022) hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının mevcut durumunu değerlendirdikleri çalışmalarında da diğer ülkelere göre Türkiye’deki hastanelerde, dezavantajlı gruplara yönelik tıbbi sosyal hizmetin daha aktif ve sistematik bir şekilde verildiği belirtilmektedir.

Tıbbi sosyal çalışmacı

Tıbbi sosyal çalışmacı, hastaneye başvuran hastaların psikososyal ve sosyoekonomik problemlerini tespit eden, tespit ettiği problemlerle ilgili sosyal hizmet uygulamasını planlayan ve hayata geçiren, üniversitelerin 4 yıllık sosyal hizmet bölümlerinden mezun olmuş sağlık personelidir (*Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*, 2011, s. 4). Sosyal hizmet disiplininin önemli alanlarından biri olan tıbbi sosyal hizmet sunumunda çalışan uzman, hastanın ve ailesinin hastalık ve tedaviye adaptasyonu açısından tedavi ekibinin içerisinde yer alan profesyonellerdendir (Özbesler, 2013, s. 7).

Sosyal çalışmacının hastanedeki görevleri

Sosyal çalışmacıların görev tanımı ve sorumlulukları ilgili mevzuatta şu şekilde yer almaktadır:

- a) Mesleki çalışmalarını ilgili mevzuata uygun yapar.
- b) Hastaneden hizmet almak için müracaat eden;
 - Kimsesiz, terk edilmiş ve bakıma muhtaç olan hastalar,
 - Engelliler,
 - Sosyal güvencesi olmayan hastalar,
 - Fakir hastalar,
 - Aile içi şiddet mağduru olan hastalar,
 - İhmale ve/veya istismara uğramış çocuk hastalar,
 - Mülteci hastalar,
 - İnsan ticareti mağduru olan hastalar,
 - Yaşlı, dul ve yetim hastalar,
 - Kronik hastalar,
 - Ruh sağlığı bozulmuş hastalar,

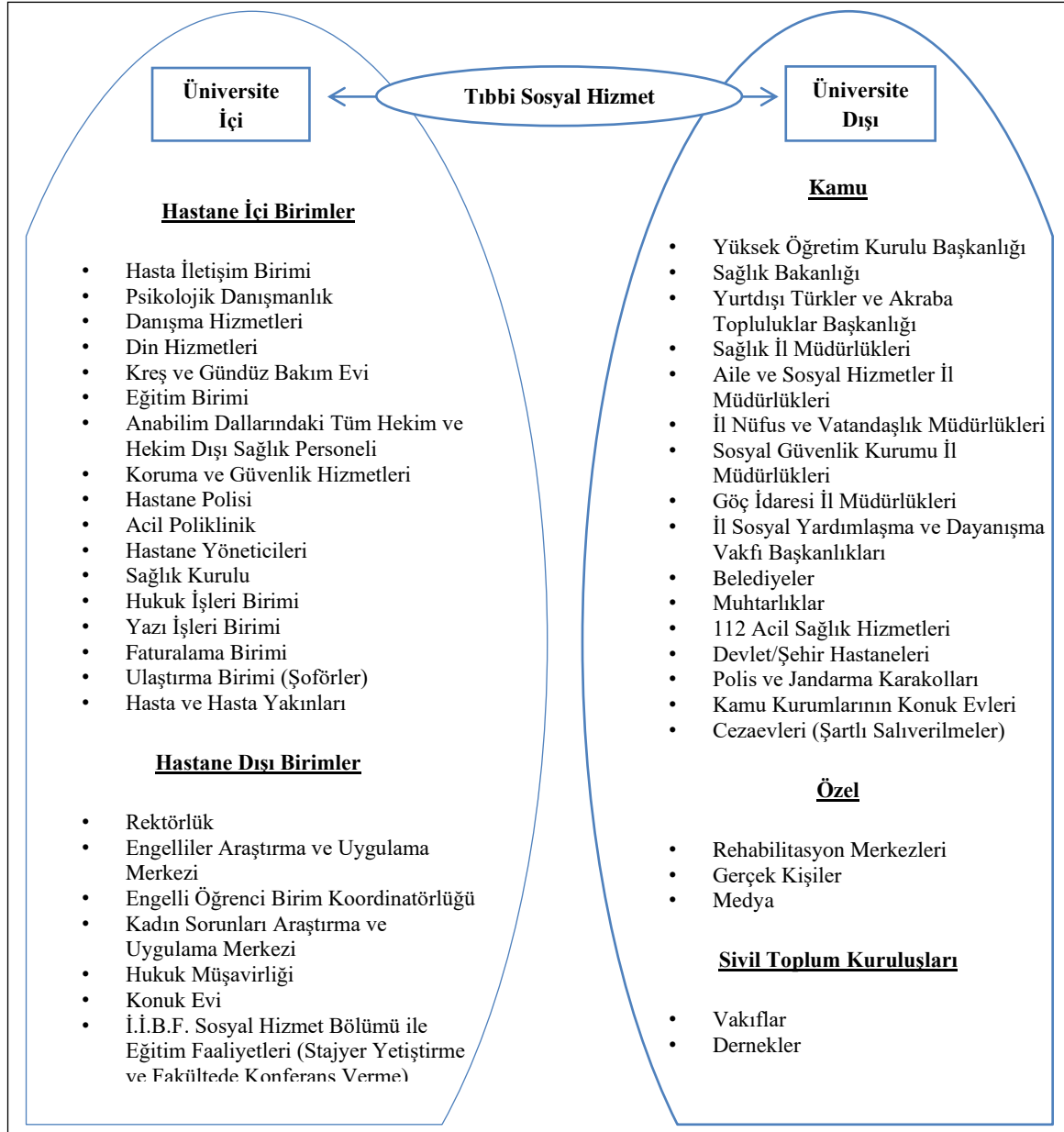
- Alkolik ve madde bağımlısı hastalar,
- Tedaviden yararlanamayan yabancı uyruklu hastalar,
- İl dışından gelen hastalardır (*Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*, 2011, s. 4-5).

Yukarıda belirtilen hastalar öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan tüm hastalara ve hasta yakınlarına sosyal hizmet planlamasını yaparak uygular.

- c) Hastalıklarına ve/veya tedavi sürecine uyum sağlamakta güçlük çeken hastaların adaptasyonunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesini yapar.
- d) Hastanede yatarak tedavi edilen, ikametene gidebilecek hiçbir imkânı olmayan ve yakınları tarafından alınmayan hastaların ikamet yerlerine götürülmesini koordine eder. Bu kapsamda mahalli yönetimlerle koordinasyon sağlar.
- e) Afetlerde, ortaya çıkacak acil ihtiyaçlar doğrultusunda gerekli sosyal hizmetin planlamasını yapar ve uygular.
- f) Tıbbi sosyal hizmetle ilgili, hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler yapar.
- g) Mesleği ile ilgili dersler verir, kongre, sempozyum vb. eğitim faaliyetlerine katılır. Mesleki projeler planlar ve yürütür.
- h) Rapor ve kayıtları tutarken gizlilik ilkesine uygun davranır.
- i) Çalışmalarında birim sorumlusuna karşı mesuldür.
- j) Kurumda kendisinden başka sosyal çalışmacı yoksa birim sorumlusunun görevlerini de yapar.
- k) Birim sorumlusu tarafından verilen diğer görevleri yerine getirir (*Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*, 2011, s. 4-5).

Türkiye'deki pek çok hastanenin tıbbi sosyal hizmet çalışma prosedürlerini Sağlık Bakanlığı'nın Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'ne göre hazırladıkları görülmektedir. Hastane ortamında görev yapan sosyal çalışmacıların mesleki görev tanımlarına göre yetki ve sorumlulukları ise şu şekilde detaylandırılabilir (Özbesler, 2017, s. 11-12);

- *Hastanın ve ailesinin hastalık öncesinde, esnasında ve sonrasında değişen ailevi ilişkilerini analiz ederek; hastanın tedaviye uyumunu, sorunlara çözüm bulabilme kapasitesini, ortaya çıkan yeni durumlarla baş edebilme yöntemlerini, güçlü taraflarını ve sosyal ihtiyaçlarını değerlendirmek,*
- *Hasta ve ailesi hakkında tedavi ekibi ile görüşerek bilgi almak, tedavi ekibiyle konu hakkındaki mesleki değerlendirmelerini paylaşmak,*
- *Tedavi sürecine hastanın uyumunu zorlaştıran, tedavi ekibiyle ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen faktörleri belirlemek ve çözülmesinde rol üstlenmek.*
- *Akut gelişen ve tedavi gerektiren sağlık sorunlarında hasta ve aileye duygusal destek sağlamak.*
- *Aile içi şiddet, terk edilme, istismar gibi tehlike altında bulunma durumlarında gerekli müdahaleyi yaparak ilgili adli ve idari kurumlarla iş birliği ve koordinasyon tesis etmek.*

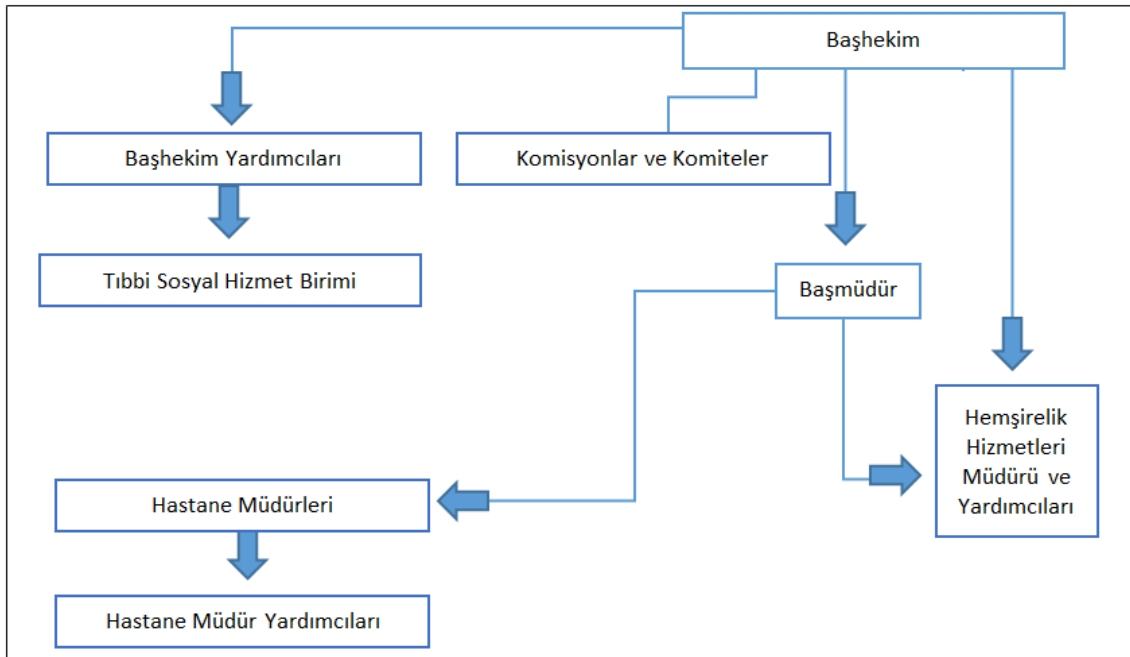


Grafik 1. Üniversite Hastanelerindeki Tıbbi Sosyal Çalışmacıların Örgütsel İlişki Alanı

- Hasta ve ailesi yararına kamu kaynaklarının kullanılmasına ya da yararlanılmasına yardımcı olmak.
- Bazı özel durumlarda hastanın ev ortamının yeniden düzenlenmesi gerektiğinde; taburculuk sürecinin planlanması, ev ziyaretlerinin ve izlenimlerin yapılması, aile üyelerinin uyum sürecine yardım etme, tedaviye uyumu güçlendiren faktörlerin güçlendirilmesi gibi faaliyetleri yürütmek.
- Hastanın terminal dönemini en iyi şekilde geçirmesine yardım etmek, karar verme sürecinin desteklemek, aile bireylerinin yas süreci ile baş edebilmelerine yardım etmek.
- Hastalık sonucunda ortaya çıkan malulen emeklilik, işgücü kaybı, sosyal yararlardan faydalanma ve diğer aile üyelerinin iş bulma süreçlerine yardım etmek.
- Tıbbın uzmanlaşmış birimlerinde tedavi olan hastaların spesifik problemlerine yönelik izleme ve problem çözme amaçlı çalışmaları yapmak.

Mevcut Örgütsel Yapı ve Örgütsel Değişiklik Önerisinin Nedenleri

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ve Bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşları kapsayan “Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi” üniversite hastanelerini bağlayıcı nitelikte değildir. Bu nedenle Türkiye’deki üniversite hastanelerinin genellikle kullandıkları görece değişken olabilen örgütsel yapı, araştırmacılar tarafından hazırlanan Grafik 2’de yer almaktadır. Söz konusu grafikte sosyal hizmet biriminin ve dolayısıyla sosyal çalışanların örgütsel hiyerarşideki yeri görülmektedir. Bunun yanında bazı üniversite hastanelerinde bu birimlerin hastane müdürlüklerine, hatta hastane müdür yardımcılarına bağlı olduğu görülebilmektedir. Bu hiyerarşik tercihlerdeki temel yaklaşımın; sosyal hizmet uygulamalarının yoğunluğunun tıbbi olması dışında idari olabilmesi nedeniyle de farklı bir yapıda şekillendiği anlaşılmaktadır. Sosyal hizmet biriminin mevcut örgütsel konumunun, üniversite hastanelerinde sosyal hizmete hak ettiği önemin verilmemesinin bir yansıması olduğu söylenebilir. Bu araştırmada vurgulanmak istenilen en önemli hususu şu şekilde özetlemek mümkündür; sosyal hizmet uzmanlığı lisans düzeyinde bilimsel eğitim gerektiren profesyonel bir meslektir. Çok küçük çapta bile olsa herhangi bir sosyal fayda üretmek isteyen sosyal çalışmacının amacına ulaşabilmesi için tamamlaması gereken bürokratik işlem basamak sayısı oldukça fazladır.



Grafik 2. Üniversite Hastanelerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Birimlerinin Hiyerarşik Yapısı

Sosyal çalışanların üreteceği herhangi bir sosyal fayda için örgütsel hiyerarşideki müteselsil tüm âmirlerine bilgi vermesi, onları ikna etmesi ve yazılı/sözlü onay alması dinamik yapıya sahip sosyal hizmetin doğasına uygun düşmemektedir. Sosyal hizmet konusunda bilimsel herhangi bir yetkinliğe ya da yeterli mevzuat bilgisine sahip olmayan çok sayıda âmir olması, gereksiz uzayan ve bezdirici bürokratik yükü beraberinde getirirken hızlı koordinasyon, anlık müdahale ve çözümler gerektiren dinamik nitelikteki sosyal hizmet sunumunda gecikmelere, aksaklıklara ve dolayısıyla telafisi mümkün olmayan mağduriyetlere yol açabildiği görülmektedir. Sosyal hizmetlerle ilgili herhangi bir konunun üst hiyerarşideki makamlardan, en alt düzeyde yer alan sosyal hizmet birimine iletilmesindeki süreçte de benzer şekilde gecikmeler ya da karışıklıklar yaşanabilmektedir. Söz konusu dezavantajların, sahip olunan kurumsal imkânlarla üretilebilecek en ideal sayı ve nitelikteki sosyal hizmet sunumuna engel olduğu söylenebilir.

YÖNTEM

Dezavantajlı gruplar başta olmak üzere, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri sırasında profesyonel desteğe ihtiyaçları olabilir. Hatta çoğu zaman bu süreç sadece teşhis ve tedavinin sağlandığı sağlık tesisleri kapsamında da kalmamaktadır. Öncesi ve sonrası ile tüm bu aşamaların çok paydaşlı bir organizasyon yönetimi kapsamında doğru, hızlı ve kapsamlı şekilde yürütülmesi

gerekmektedir. Bu aşamada üniversite hastanelerinde verilen tıbbi sosyal hizmetin en üst düzeyde değerlendirilmesi ve azami faydaların elde edilebilmesi adına örgütsel ve yönetsel yapıda bir takım değişikliklerin gerçekleştirilmesine de ihtiyaç duyulabilmektedir. Söz konusu örgütsel değişiklikler sayesinde üniversite hastanelerinde tıbbi sosyal hizmetin alanyazında sayılan yararlarının en üst düzeyde elde edilmesine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Nitel araştırmalardaki veri analizleri genel olarak insan merkezli olup, bireylerin kendilerini ve çevrelerini nasıl algıladığını ve tanımladığını anlamaya yönelik yöntemler olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında, amacı ve yöntemleri bakımından da nicel veri analizlerinden belirgin bir şekilde farklılaşmaktadır (Aydın, 2018, s. 61). Bu tür araştırmalar, araştırılan konunun derinlikli olarak keşfedilmesi gerekliliğinin yanı sıra, zor belirlenen değişkenler üzerinde çalışıldığında da görece hassas konularda ve katılımcıların daha güvenli olma isteği hissedildiğinde yapılmaktadır. Bu yöntem sayesinde katılımcılara konuşma, deneyimlerini ve yaşamışlıklarını ayrıntılı olarak anlatma olanağı sağlanabilmektedir (Creswell, 2015). Bu bağlamda, katılımcıların üniversite hastanelerinde sunulan tıbbi sosyal hizmete ilişkin deneyimlerini paylaşmasını sağlamak, görüş ve önerilerini alarak konu ile ilgili bir model önerisini ortaya çıkarabilmek amacıyla nitel araştırma yapılmasına gerek duyulmuştur.

Örneklem

Örneklem seçiminde ölçüt örneklem kullanılmıştır. Ölçüt örneklemin dikkat çeken özelliği, seçilecek olan durumların bilgi verme açısından zengin olmasıdır. Bu nedenle örneklem seçiminde problemle ilgisi belirlenen niteliklere sahip olan kişiler, olaylar, nesnelere veya durumlar özellikle dikkate alınmaktadır (Baltacı, 2018, s. 255). Yapılan çalışmada derinlemesine görüşme tekniği tercih edilmiştir. Bu teknik, araştırmacılara esnek, zengin ve detaylı veri toplanması imkanı sağlamaktadır. Bu sayede başka yöntemlerle elde edilmesi mümkün olmayan verilere kolayca ulaşılabilmektedir (Tekin, 2006, s. 104). Derinlemesine görüşmeler sayesinde açık uçlu soruların sorulması, dinlenmesi, cevapların kaydedilmesi ve incelenmesini mümkün olabilmektedir. Görüşmeler kapsamında elde edilen görüş ve öneriler detaylı şekilde değerlendirilmiştir. Görüşmeler, COVID-19 pandemi sürecindeki riskler de dikkate alınarak cep telefonu, anlık mesajlaşma uygulaması ve e-posta yoluyla yapılmıştır. Zorunlu olarak tercih edilen ve fiziksel olmayan söz konusu çevrimiçi araçlara rağmen açık uçlu soruların sorulması, dinlenmesi, cevapların kaydedilmesi, incelenmesi ve yeniden soru sorulması koşullarına yine de özen gösterilmiştir.

Görüşme sırasında katılımcıların çalışma şartlarına ilişkin duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmelerine ve kişisel bilgilerinin korunmasına özen gösterilmiştir. Araştırmaya katılım etik ilkeler kapsamında gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcı isimleri ve kurumları gizli tutulduğundan alfabetik veya başka her hangi bir sıralama gözetilmeksizin katılımcılara G1'den G10'a kadar kodlar verilmiştir.

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu, Türkiye'nin farklı illerinde (İstanbul, Ankara, Adana, Mersin, Kayseri, Aydın, Malatya, Ordu ve Isparta) üniversite hastanelerinde aktif olarak görev yapmakta olan on sosyal çalışmacı oluşturmaktadır. Ankara ilinden iki, diğer illerden ise birer kişi araştırmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılar belirlenirken, ölçüt örneklem yönteminden yararlanılmıştır. Bunun nedeni ise araştırmanın esasını ölçüt örneklem yönteminde ele alınan konuyla ilgili özellikleri taşıyan kişilerle yapılan görüşmelerin oluşturmasıdır. Bu duruma ek olarak, ölçüt örneklem sayesinde daha önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan durumların da çalışması yapılabilmektedir. Ölçüt; daha önceden hazırlanmış ölçütler listesinin yanı sıra, araştırmacılar tarafından da oluşturulabilir (Marshall ve Rossman, 2014).

Veri Toplama Araçları ve Uygulama

Araştırmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Form, üniversite hastanelerinde tıbbi sosyal hizmet sunumunda görevli sosyal çalışmacıların görüş ve önerileri için geliştirilmiştir. Sorular hazırlanırken, soruların kolay anlaşılabilir olması ve yönlendirici nitelikte olmamasına dikkat edilmiştir. Anket soruları, oluşturulan uzman bir ekip tarafından

hazırlanmış ve pilot uygulama olması bakımından iki farklı sosyal çalışmacı ile ön görüşme yapılmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşmelerde örneklem büyüklüğünün 5-25 arasında değişen kişiyi kapsayacak şekilde yapılması gerektiği belirtilmektedir (Saunders ve ark., 2009). Bu nedenle, yapılan bu araştırmada da üniversite hastanelerinde görev/uygulama yapan 10 tıbbi sosyal çalışmacı ile görüşme sağlanmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formunda, katılımcıların demografik özelliklerini belirleyen dört olgusal soru ve sekiz açık uçlu soru yer almaktadır.

Veri doygunluğu, sahada geçirilmesi gereken süreyi ve katılımcıların sayısını belirleyen önemli bir kriterdir. Yapılan görüşmeler sonucunda katılımcılardan alınan cevapların birbirini tekrarladığı için araştırılan konuya ilişkin artık daha fazla kategori üretilemeyeceği kanaatine varıldığından veri doygunluğuna ulaşıldığı kabul edilir (Çelik ve ark., 2020). Bu bağlamda veri doygunluğu sağlanıncaya kadar katılımcı çeşitliliği sağlanmaya çalışılmıştır.

Verilerin Analizi

Yapılan bu çalışmanın analizi, fenomenolojik (olgu bilim) olarak yapılmıştır. Nitel araştırma yöntemlerinden biri olan fenomenolojik desende yürütülen araştırmalar, bireylerin bizzat deneyim sahibi oldukları olgulara ilişkin yorumlarına odaklanmaktadır. Bu sayede katılımcıların zihinlerindeki bilişsel yapıların daha yoğun şekilde açığa çıkartılması amaçlanmaktadır (Kıral, 2021). Bu bağlamda; üniversite hastanelerinde görev yapmakta olan sosyal çalışmacılar ile görüşülmüş ve bu kişilerin tıbbi sosyal hizmet sunumlarına ilişkin görüşleri ve gözlemleri üzerine odaklanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar yazılı hale getirilmiş, kendilerine onaylatılmış ve araştırma ekibi tarafından ayrıca gözlem notları da alınmıştır. Gerçekleştirilen görüşmelerin orijinal cümleleri bulguları güçlendirmek amacıyla araştırma içerisinde kullanılmıştır. Formlardan elde edilen bilgiler ise Microsoft Excel programı ile kodlanarak tablo haline dönüştürülmüştür. Daha sonra bu kodlar sayesinde araştırmanın kategori başlıkları belirlenmiştir.

Çalışmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Karar No: 2022/117-13) izin alınmıştır. Araştırmanın tüm aşamalarında etik ilkelere uygun hareket edilmiştir.

BULGULAR

Bu bölümde yer verilen bulgular; üniversite hastanelerinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını gerçekleştiren sosyal çalışmacıların tanıtıcı bilgileri ile kendilerinin görüş ve önerilerini de içeren deneyimleri olmak üzere iki temel başlıkta açıklanmaktadır.

Üniversite Hastanelerinde Görevli Tıbbi Sosyal Çalışmacıların Tanıtıcı Bilgileri

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları; üçü kadın, yedisi erkek olmak üzere toplam on kişidir. Sosyal çalışmacıların tamamı kamuya ait üniversitelerin tıp fakültelerine bağlı hastanelerdeki tıbbi sosyal hizmet uygulama alanlarında çalışmaktadır. Katılımcıların yaş aralığı 27-56 olup, yaş ortalaması 43,7 olarak belirlenmiştir. Görüşme yapılan sosyal çalışmacıların meslekte geçen toplam süresi 3-34 yıl arasında değişmektedir. Halen görev yapılan üniversite hastanesindeki çalışma süresinin ise 3-26 yıl olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğunlukla 21-30 yıl arasında mesleki deneyime sahip olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 1). Katılımcıların tecrübe süresi ortalamasının (18,5 yıl) yüksek olması, araştırmanın tecrübeli katılımcılarla yapıldığını göstermektedir.

Tablo 1. Sosyal Çalışmacıları Tanıtıcı Bilgiler (n=10)

Cinsiyet	n	%	Medeni Durumu	n	%
Erkek	7	70	Evli	7	70
Kadın	3	30	Bekâr	3	30
Yaş	n	%	Varsa, Çocuk Sayısı	n	%
21-30	2	20	Yok	3	30
31-40	2	20	1	2	20
41-50	2	30	2	5	50
51-60	4	30	3 ve üstü		
Meslekte Geçen Toplam Yıl	n	%	Halen Görev Yaptığı Üniversitedeki Çalışma Yılı	n	%
1-10 yıl	3	30	1-10 yıl	5	50
11-20 yıl	1	10	11-20 yıl	1	10
21-30 yıl	5	50	21-30 yıl	4	40
31 yıl ve üstü	1	10	31 yıl ve üstü		

Üniversite Hastanelerinde Görevli Sosyal Çalışmacıların Deneyimleri

Katılımcıların cevaplar ile elde edilen bulgular; “Üniversite Hastanelerinde Verilen Tıbbi Sosyal Hizmet Türleri”, “Üniversite Hastanelerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Yeterliliği ve Yetkileri”, “Üniversite Hastanelerindeki Tıbbi Sosyal Çalışmacıların Mesleki Uygulamaları”, “Üniversite Hastanelerindeki Tıbbi Sosyal Çalışmacıların Çalışma Şartları”, “Üniversite Hastanelerindeki Tıbbi Sosyal Hizmet Sunumunda İletişim” ve “Üniversite Hastanelerindeki Tıbbi Sosyal Hizmet Sunumunun Etkinleştirilmesi” olmak üzere toplam 6 kategoride incelenmiştir.

Tıbbi Sosyal Hizmet Türleri

“Cinsel istismar, şiddet, korunmaya muhtaçlık konularında gerekli olan görüşme ve bildirimler, yakınları tarafından ilgilenilmeyen hastalar ile ilgili çalışmalar, sosyal etkinlikler, hizmet içi eğitimler, sosyal hizmet öğrencilerinin eğitimi, ilgili kuruluşlarla görüşme ve toplantılar, birim ile ilgili tüm kayıt ve yazışmaların tutulması gibi konular...” (Erkek, 56 yaşında, 34 yıllık mesleki deneyim)

“Şehir dışından gelen maddi durumu iyi olmayan hasta ve yakınları için ücretsiz konaklama imkânının sağlanması, yeni doğan çocukların hastanede yatmaları durumunda annelerin ücretsiz konaklayabilecekleri anne evi hizmetinden faydalandırılması...” (Erkek, 52 yaşında, 26 yıllık mesleki deneyim)

“Terkedilmiş hastalar oluyor. Onları kurumlara yerleştiriyoruz. Terkedilmiş bebekler de oluyor. Onların da kurumlara yerleştirilmesi için mücadele ediyoruz. En yoğunundan daha az yoğununa göre sıralarsak; terkedilmiş yaşlı, terkedilmiş engelli ve terkedilmiş bebek...” (Erkek, 40 yaşında, 6 yıllık mesleki deneyim)

Tıbbi Sosyal Hizmet Yeterliliği ve Yetkileri

“Hastanemizde tıbbi sosyal hizmetin yeterli düzeyde verildiğini fakat daha iyi olabileceğini düşünüyorum. Daha iyi olabilmesi için birimde çalışan personel sayısının artırılması, yönetimle olan bağın daha iyi olması çalışmalarını yapılabilir.” (Kadın, 27 yaşında, 3 yıllık mesleki deneyim)

“Tıbbi sosyal hizmetin tam olarak anlaşamadığını, yönetsel olarak hekimlere bağlı olduğumuz için kendilerine istek ve taleplerini karşılamakla yükümlü olduğumuz gibi bir algının oluştuğunu düşünüyorum. Sağlık Bakanlığı uygulamaları örnek gösterildiğinde ise bunun kabul edilmediği, hekimle sosyal çalışmacının karşı karşıya gelebildiği durumlar ortaya çıkabiliyor.” (Kadın, 52 yaşında, 26 yıllık mesleki deneyim)

“Üniversite hastanelerinin kendine özgü yapısı nedeniyle tıbbi sosyal hizmetin yeterliliğinin istenen düzeyde olmadığı kanaatindeyim. Sağlık Bakanlığı’nca oluşturulan mevzuatlarda üniversite hastanelerinin kapsam dışında kalması nedeniyle alınan kararların çoğunlukla bağlayıcılığı

bulunmuyor. Ayrıca idari sistemde akademisyen odaklı yaklaşım idari zorunlulukların göz ardı edilmesine neden olabiliyor.” (Erkek, 45 yaşında, 22 yıllık mesleki deneyim)

Mesleki Uygulamalar

“Lisans eğitimi sırasında verilen derslerin birebir alanda uygulanması mümkün olamamakla birlikte, sorun tespiti, ideal, uygun ve isabetli çözüm ve yaklaşımlar geliştirilmesinde temel dayanak teşkil etmesi söz konusudur. Üniversite hastanelerinde verilen tıbbi sosyal hizmetin asla yeterliliğinden söz edilemez.” (Erkek, 56 yaşında, 34 yıllık mesleki deneyim)

“Hizmet sunumu sırasında çeşitli yasal kısıtlamalar ya da kurumun hizmet sunumu için gerekli olan olanaklar sağlanamıyor. Bu nedenle lisans eğitiminde öğretilen ideal tıbbi sosyal hizmetin tamamını mesleki uygulamalarıma yansıtamıyorum.” (Erkek, 28 yaşında, 2 yıllık mesleki deneyim)

“Lisans eğitiminde alınan eğitimin alana çıktığında yeterli olduğunu düşünmüyorum. Alan çalışmalarının teorik olarak verilen eğitim kadar kolay olmadığını, örneğin bir evsiz hastanın kurum bakımına yerleştirilmesi bile kolay olmamaktadır. Yılların deneyimi ve kişisel becerimiz sayesinde sorunu çözmekteyim. Ancak kurumlar arası iş birliğinde çoğu zaman muhatap bulmamaktayız. Bu durumda mesleki alanda hastane yönetimi ile değişik sorunlar yaşamak durumunda kaldığımızı belirtmek isterim.” (Kadın, 52 yaşında, 26 yıllık mesleki deneyim)

“Çalışmış olduğum alanda kanser hastaları ve yakınları ile aynı zamanda sağlık tedbiri konulan çocuklar ve aileleri ile çalışıyorum. Bir tarafta kanser gibi toplumda ölümle eş olarak değerlendirilen ve gerçekten tanı aşamasından başlayarak her aşaması zorlu bir hastalıkla mücadele eden hasta ve hasta yakınları ile görüşme yapıyorum. Diğer taraftan çocuk ve istismar gibi yan yana gelmemesi gereken bir durumla baş etmeye çalışan hasta ve hasta yakınları ile çalışıyorum.” (Erkek, 48 yaşında, 24 yıllık mesleki deneyim)

“Bazen şöyle bir durum oluyor. Yoksul ve çaresiz hastalar için hekimler benden destek istiyor. Onların nerelere başvurabileceği ile ilgili bilgiler veriyorum. Yararlanabilecekleri kurumlara yönlendirmeler yapıyorum.” (Erkek, 40 yaşında, 6 yıllık mesleki deneyim)

Çalışma Şartları

“İşe başladığım yıllarda hastanelerdeki sosyal çalışanlarla ilgili çalışma şartlarını düzenleyen mevzuat eksikliği vardı. Şu anda mevzuat eksikliği yok ama bazı muğlak ifadeler bulunuyor. Bu muğlaklık çalışma ve kendimizi anlatmakta güçlükler oluşturuyor.” (Erkek, 52 yaşında, 26 yıllık mesleki deneyim)

“Sürekli değişen idari yapı nedeniyle her gelen yönetime kendimizi anlatma ihtiyacı duyuyoruz. Ayrıca sağlık sisteminin para kazanma odaklı olması dolayısıyla her daim masraf çıkaran ve gelir getirmeyen bir meslek olarak görülmek de idarecilerin bizlere bakışını olumsuz etkiliyor.” (Erkek, 45 yaşında, 22 yıllık mesleki deneyim)

“Lisans eğitimimi mesleğimize mevzuata uygunluk esas alınarak yansıtabiliyoruz. Takip ve tedavi sürecinin sürdürülebilirliğini sağlamak üzere kimi zaman öznel yaklaşım ile bunu başarabiliyoruz. Tedavisi ve taburcu işlemleri tamamlanan hastaların nakil işlemlerinde hastanemiz bünyesinde yeterli ambulans bulunmaması ve belediye ambulans hizmetlerinin yetersiz olmasından dolayı zorluklar yaşıyoruz.” (Kadın, 39 yaşında, 16 yıllık mesleki deneyim)

İletişim

“Özellikle asistan hekimlerin işleyiş hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması ve bir an önce hastanın taburculuğunu sağlamak zorunda olmaları çatışma yaşanmasına neden olabiliyor.” (Erkek, 45 yaşında, 22 yıllık mesleki deneyim)

“Çatışma yaşadığımız hasta grubu akli dengesi tam yerinde olmayan hasta grubu, sağlıklı düşünemedikleri için müdahale oldukça zor gerçekleşiyor.” (Kadın, 27 yaşında, 3 yıllık mesleki deneyim)

“Sağlık tedbiri konulan hastanın, özellikle cinsel istismar varsa yakınları problem çıkarabiliyor. Çok nadir de olsa bizi tehdit edebiliyorlar. Muayeneye getirmek istemiyorlar. Kimsenin bu süreçle ilgili bilgisinin olmamasını istiyorlar. Yaptığım görüşmelerde bunun mahkeme kararı ile yapıldığını ve çok gizli olduğu bilgisini paylaşıyorum.” (Erkek, 48 yaşında, 24 yıllık mesleki deneyim)

“Özellikle çocuk acillerde hastalarla görüşme yaparken sosyal çalışmacıların çocukların ailelerden alınması için geldiği gibi bir algının hekim tarafından ailelere karşı tehdit gibi kullanılması sonucu ailelerin bize karşı tutumlarından kaynaklanan sorunları yaşadığımı belirtebilirim.” (Kadın, 52 yaşında, 26 yıllık mesleki deneyim)

“Bazı bilgi eksikliğine dayanan, korumacılık refleksi iş yoğunluğundan kaynaklı gecikme tarzında sorunlar yaşanabilmektedir. Bunun yanında görev sırasında akademik ve idari çalışanlar ile sorun çözme aşamasında bazen direnç veya ilgisizlik nedeni sonucu sorunlar yaşanabilmektedir. Ancak bu sorunlar hiç bir zaman çatışma ve engelleme boyutunda kalmadan idari destek ile aşılabilmektedir.” (Erkek, 56 yaşında, 34 yıllık mesleki deneyim)

“Hastaların ve yakınlarının özellikle pandemi sürecinde işleri kolaylaştırıcı bir tutum sergilediklerini söyleyebilirim. Ama şunu söyleyebilirim bürokrasi ve yazışmalar, kurduğumuz koordinasyonlardaki eksiklikler, işleyişler zorlu olabiliyor...” (Erkek, 40 yaşında, 6 yıllık mesleki deneyim)

Tıbbi Sosyal Hizmet Sunumunun Etkinleştirilmesi

“Meslek tanımlanmasının tam olarak yapılması, hem klinik bazda hem de genel sosyal hizmet uygulamaları kapsamında hasta ve hasta yakınları ile ilgili alınacak kararlara bizim de görüşümüze başvurulması... Kliniklerde ya da Sosyal Hizmet Birimi'nde çalışan arkadaşlarımız için daha uygun çalışma koşullarının sağlanması... Özellikle aynı ve nakdi yardım talebi olan hastalar için bir fon oluşturulması...” (Erkek, 48 yaşında, 24 yıllık mesleki deneyim)

“Doktor ve hemşire grubuna sosyal hizmet ve diğer hastane bölümleri hakkında bilgi vermek amacı ile her dönem için oryantasyon programı düzenlenebilir. Eğitim hastanesi olduğu için personel hareketliliği yoğun olarak görülmekte sosyal hizmeti bilen bir doktor ya da hemşire yer değiştirdiğinde yeni gelen personelin konuya yabancı olması işleri zorlaştırıyor. Onun için her personelin oryantasyon programı alması uygun olacaktır.” (Erkek, 52 yaşında, 26 yıllık mesleki deneyim)

“Mevcut idari yapılanmada, daha etkin işlerlik kazandırılması adına eğitim ve çalışmalarını tanıtıcı toplantılara ağırlık verilmelidir. Bu sadece birim çalışanlarının kişisel çabaları ile olamaz. Birimin örgütsel yapıdaki konumu çalışmalarını olumsuz etkilemektedir. Yetersiz fiziki koşullar ve birimin eleman sayısının yetersizliği de hizmetin kalite, etkinlik ve verimliliğini düşürür. Bir masa ve 2-3 misafir sandalyesinin zorla sığdırıldığı, camı, havalandırılması, ısıtma ve klima sistemi olmayan, bir kaç metrekairelik birimde çalışan, tek çalışan personelin önce iş sağlığı ve motivasyonunun sağlanması gerekir ki hizmetin verimliliği ve kalitesinden söz edilebilsin.” (Erkek, 56 yaşında, 34 yıllık mesleki deneyim)

“Örgütsel yapıda Başhekime bağlı olunması gerektiğini, birimin başına uzman olan kişilerin getirilmesi ve tabii ki tüm hastaneye tıbbi sosyal hizmet birimin görevleri hakkında bilgilendirici eğitimlerin verilmesi gerektiğini düşünmekteyim. Nitelikli bir tıbbi sosyal hizmetin verilebilmesi için kesinlikle kurumlar arası koordinasyonun sağlanması için bir yapılanmanın oluşturulması, mesleki raporların hekimler tarafından düzeltilmesinin gerekmediği, -istediğimi yazmak zorundasın- gibi bir anlayışın olmaması gerektiğini, hizmet içi eğitimlerin sosyal hizmet içinde olması gerektiğini düşünüyorum.” (Kadın, 52 yaşında, 26 yıllık mesleki deneyim)

“Tıbbi sosyal hizmet yönergesinin üniversite hastanelerini de kapsamı ya da tıbbi sosyal hizmet yönetmeliğinin çıkartılması yasal güvence açısından önemli... Ayrıca Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile iletişimde ayrıcalık sağlanması da işleyişte kolaylık sağlayacaktır. Örnek vererek açıklayayım; bizim bildirmemiz halinde yazışma süreçlerine takılan bir vaka 183 hattan

bildirilmesi ya da medya haberi olması dolayısıyla hızla çözümlenebiliyor.” (Erkek, 45 yaşında, 22 yıllık mesleki deneyim)

“Sosyal hizmet çalışanlarının ilgili bakanlıklarda çok önemli yerlere gelmesini isterim. Bu sayede yapılacak düzenlemelerle bizim mesleğimizden olmayan, bu işin eğitimini alamamış başka meslektekilerin bu işleri yapmasının engellenmesini isterim.” (Erkek, 40 yaşında, 6 yıllık mesleki deneyim)

“Fiziki koşulların müracaatçı ve meslek elemanı için her koşulda uygunluğunun sağlanması, sosyal adalet ve eşitsizliğe önem verilerek sosyal hizmet müdahalesi yapılmalıdır.” (Kadın, 39 yaşında, 16 yıllık mesleki deneyim)

“Tıbbi sosyal hizmet yönetmeliği, mevzuat desteği ve meslek odası olması... Bunun yanında tıp fakültelerinde tıbbi sosyal hizmetin seçmeli ders şeklinde dahi olsa anlatılması...” (Erkek, 50 yaşında, 25 yıllık mesleki deneyim)

“Öncelikle Bakanlık bünyesinde sosyal hizmet meslek ve uygulamalarının tüm idarecilere tanıtımı yapılmalıdır. Daha sonra alanda sorun yaşayan uzmanların görüşlerini alarak bu görüşler doğrultusunda iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.” (Erkek, 28 yaşında, 2 yıllık mesleki deneyim)

“Tıbbi personele, sosyal hizmet birimi hakkında eğitim vermemiz kendimizi tanıtmamız bizim için iyi olabilir.” (Kadın, 27 yaşında, 3 yıllık mesleki deneyim)

Deneyimlere İlişkin Genel Bulgular

İlk olarak sosyal çalışanların görev yaptıkları üniversite hastanelerindeki tıbbi sosyal hizmet türleri hakkındaki görüşlerine yer verilmiştir. Katılımcıların genel olarak benzer veya farklı faaliyetleri yoğun bir şekilde yürüttükleri görülmüştür. Bu yönüyle; resmi yazışma gibi rutin prosedürlerin ve teorik çalışmaların yanı sıra, iletişim gücünün de önem taşıdığı sosyal ve pratik uygulamaların içinde oldukları anlaşılmaktadır.

Katılımcıların ortak deneyimlerini vurguladıkları “Tıbbi Sosyal Hizmet” kavramı üzerine elde edilen bulguların belirli bir sınıflandırmaya göre analiz edilmesinde ise halihazırdaki uygulamalara yönelik değişikliklere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Sosyal Çalışmacıların Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Tıbbi sosyal hizmet türleri	Danışmanlık Yönlendirme Savunuculuk Koruyuculuk
Tıbbi sosyal hizmet yeterliliği ve yetkileri	İstihdam ihtiyacı Yetki karmaşası Kurumsal özgünlük Uygulama farklılıkları
Mesleki uygulamalar	Yasal sınırlılıklar Kurumsal olanaklar Aşırı çeşitlilik
Çalışma şartları	Yoğunluk Belirsizlik Değişiklikler Yetersizlikler
İletişim	Hekimlerle çatışma Zor hastayla başa çıkma Hasta yakınlarının önyargısı

	Prosedür kaynaklı çatışmalar
Tıbbi sosyal hizmet sunumunun etkinleştirilmesi	Yönetişim Oryantasyon Eğitim Mevzuat

Katılımcılara üniversite hastanelerindeki tıbbi sosyal hizmetin yeterliliği konusundaki düşünceleri sorulmuştur. Bu konuda, üniversite hastanelerindeki tıbbi sosyal hizmet sunumu çeşitliliğine ilişkin sınıflandırmanın aslında uygun olduğu, ancak uygulama sırasında bazı aksaklıkların ortaya çıkabildiği anlaşılmaktadır. Bunun yanında, bazı katılımcılar yetkilerinin kimi zaman yeterince anlaşılamadığını ifade etmektedir.

Sosyal çalışmacılara lisans eğitimlerine göre; üniversite hastanelerindeki görevlerinin ne kadar uyumlu olduğu sorulmuştur. Katılımcıların mesleklerini uygulama konusunda istekli oldukları, buna rağmen çeşitli zorluklarla karşılaştıkları, bu durumun ise kendilerinde kimi zaman olumsuz duygulara neden olduğu görülmüştür.

Katılımcılardan çalışma şartlarına ilişkin varsa karşılaştıkları zorlukları anlatmaları istenmiştir. Yapılan görüşmelerde üniversite yıllarında alınan teorik eğitimlerin, pratikte tam olarak yansıtılmadığı belirtilmiştir. Bu durumun başlıca nedenlerinin mevzuatlardaki yetersizlikler ile iş çeşitliliğinin ve yoğunluğunun yanı sıra, hem hastanedeki yönetsel yaklaşımlardan hem de hastaların sosyokültürel farklılıklarından kaynaklandığı anlaşılmaktadır.

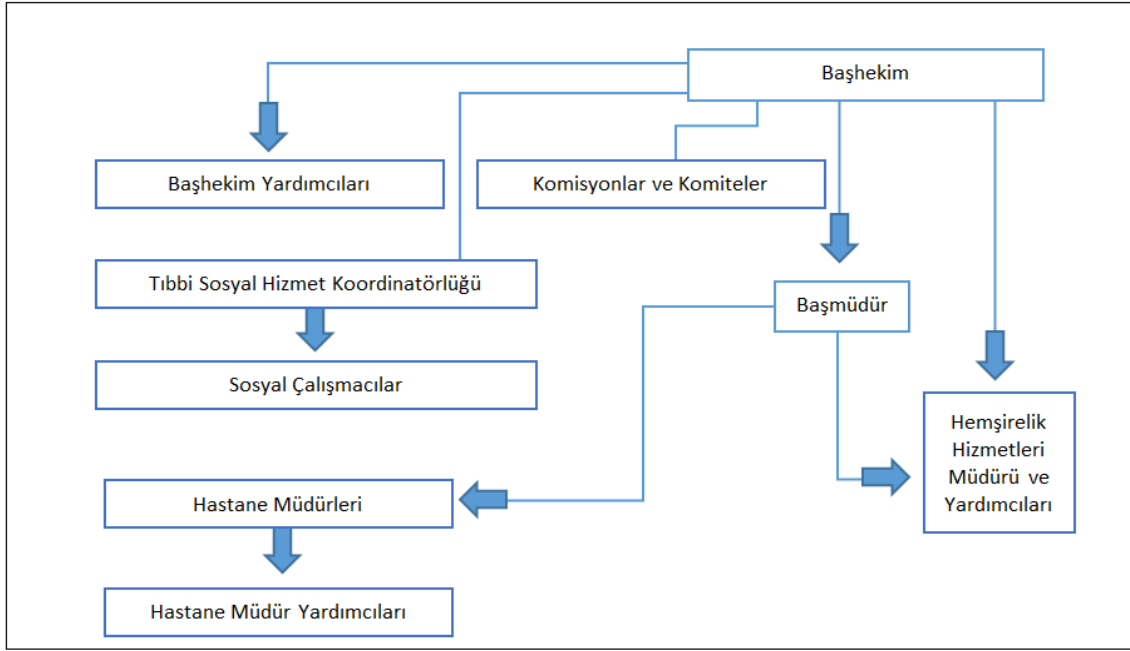
Çalışmaya katılan sosyal çalışmacılara görevlerini yerine getirirken en çok hangi hasta grubuyla ve en çok hangi meslek grubuyla, hangi nedenlerle çatışmalar yaşadıkları sorulmuştur. Yapılan görüşmelerde iletişim sorunlarının daha çok çalışma şartlarındaki yoğunluklardan, bazı hasta ve hasta yakını gruplarından, özellikle hekimlerin sosyal hizmet çalışmacıların mesleki alanlarına ilişkin tam olarak gerekli duyarlılığa sahip olamamalarından kaynaklandığı görülmektedir.

Katılımcılar genel olarak kendileri dışındaki sağlık profesyonellerinin de tıbbi sosyal hizmet konusunda farkındalık eğitimleri almaları gerektiğini belirtmiştir. Çalışma şartlarının ve çalışma ortamlarındaki fiziki koşullarının iyileştirilmesi taleplerinin yanı sıra, dezavantajlı hasta gruplarına daha nitelikli tıbbi sosyal hizmetin sunulabilmesi için de bir takım önerilerde bulunulmuştur.

Son olarak; aynı zamanda bu çalışmanın ana temasını da oluşturan “Tıbbi Sosyal Hizmet Sunumunun Etkinleştirilmesi” konusunda katılımcılara önerileri sorulmuştur. Araştırmaya katılan sosyal hizmet çalışmacılarının bu konu hakkında oldukça dikkat çekici önerilerde buldukları söylenebilir. Bu bağlamda; hem kurum içinde hem de kurum dışında yapılması gereken düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

TIBBİ SOSYAL HİZMET SUNUMUNDA ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÖRGÜTSEL MODEL ÖNERİSİ

Yapılan bu çalışma kapsamında sosyal çalışanlar ile yapılan derinlemesine görüşmeler de dikkat alınarak tıbbi sosyal hizmet sunumu için üniversite hastanelerinde örgütsel bir model tasarlanmıştır.



Grafik 3. Tıbbi Sosyal Hizmet Sunumunda Örgütsel Model Önerisi

Üniversite hastanelerinin örgütsel yapılarındaki konumundan dolayı ideal etkinlikle işlemediği düşünülen sosyal hizmet birimi'nin, koordinatörlük yetkileriyle donatılarak örgütsel yapı içerisinde sosyal hizmet koordinatörlüğü seviyesinde faaliyet göstermesi gerektiği düşünülmektedir. Başhekim yardımcısını sosyal hizmet koordinatörü olarak sosyal hizmet üretme/sunma sürecine dâhil etmenin yukarıda açıklanan dezavantajların önlenmesinde büyük oranda etkili olacağı düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan Grafik 3'te üniversite hastaneleri için örgütsel bir model de tasarlanmıştır. Bu modeldeki en dikkat çekici nokta ise Grafik 3'ten de anlaşılacağı üzere sosyal çalışanların mevcut hiyerarşik durumunun ve çalışma kapasitesinin yeniden tasarlanmış olmasıdır.

Tıbbi Sosyal Hizmet Koordinatörlüğü

Bazı üniversite hastanelerinde başhekim yardımcılıklarına, bazılarında ise hastane müdürlüklerine veya müdür yardımcılıklarına bağlı olan tıbbi sosyal hizmet birimlerinin yerine ihdas edilmesi önerilen tıbbi sosyal hizmet koordinatörlüğü, doğrudan başhekime bağlı olacaktır. Öncelikle; yapılacak örgütsel değişikliğin tıbbi sosyal hizmetin organizasyonel hiyerarşide koordinatörlük düzeyinde yürütülmesinin sosyal hizmetler konusuna kurumsal olarak atfedilen önemin ve hassasiyetin olumlu bir göstergesi olacağı düşünülmektedir. Önerilen örgütsel değişiklik sayesinde kurumda yürütülen sosyal hizmet üretme sürecindeki planlama, karar alma, uygulama, kontrol etme, paydaşlar arası iş birliği ve koordinasyon hızın ve gücünü artıracığı düşünülmektedir. Söz konusu koordinatörlüğün, bu sayede kendi alanındaki hizmetlere ilişkin tıbbi, mali ve idari işleyişleri de eş zamanlı ve eş güdümlü bir şekilde yönetebilmesi mümkün olacaktır.

Tıbb, sosyal hizmet koordinatörlüğünde, koordinatöre bağlı en az 3 sosyal çalışan görev yapacaktır. Bu çalışanların, sosyal hizmetin özel konularında ve mevzuat bilgilerinde derinleşmelerini sağlayacak şekilde görev tanımlarının ayrıntılı bir şekilde yapılması gerekmektedir. Koordinatörlüğün görev bileşenlerini koordinasyon, iş birliği ve eğitim olarak özetlemek mümkündür. Tıbbi sosyal hizmet koordinatörlüğünün görevleri; sosyal hizmetler ile ilgili kurum içi ya da kurum dışı tüm koordinasyon

faaliyetlerini yürütmek, birimler ve/veya kişiler arası iş birliği tesis etmek ve halkla ilişkiler, hasta hakları birimi gibi sosyal hizmetlerle doğrudan ilgili birimlerde çalışanlara gerekli gördükleri mesleki eğitimler ve tavsiyeler vermektir. Bunun yanında mali ve sosyal desteğe ihtiyaç duyan hastaların her hangi bir mağduriyet yaşamaksızın, en hızlı ve en doğru şekilde ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ve desteklenebilmesi sağlanacaktır.

Tıbbi sosyal hizmet koordinatörünün, tıbbi sosyal hizmet sunumunda kullandığı ve başhekim dışındaki tüm akademik ve idari personel üzerindeki emredici, hızlandırıcı, iş birliği ve koordinasyonu güçlendirici nitelikteki yetkisi komuta yetkisidir. Koordinatörlük bünyesinde çalışan sosyal hizmet çalışmacıların alanları ile ilgili teknik ya da mevzuat bilgisi gerektiren konularda koordinatöre bilgi vermeleri ya da danışmanlık yapmaları aslında bir kurmay yetkidir.

TARTIŞMA ve ÖNERİLER

Üniversite hastanelerindeki sosyal hizmet alanı, oldukça dinamik ve etkin hareket kabiliyeti gerektiren, çok geniş bir örgütsel etkileşim alanına ve iş çeşitliliğine sahiptir. Özel danışmanlık gereksinimi olan engellilerden cinsel istismar mağdurlarına, terkedilmiş hastalardan sağlık giderlerini ödeme gücünü çeken hasta yakınlarına kadar birçok birey bu alanda sunulan hizmetlere ihtiyaç duyabilmektedir. Tıbbi sosyal hizmetin bu denli geniş bir faaliyet alanına ve iş çeşitliliğine rağmen örgütsel konumundan kaynaklanan dezavantajlardan dolayı hareket ve etkinlik yönünden kısıtlı hareket edebildiği görülmektedir. Bunun yanında sosyal hizmet sunumu açısından; nicelik, nitelik ve çeşitlilik yönünden potansiyelin oldukça altına düşüldüğü anlaşılmaktadır. Dolayısıyla, üniversite hastanelerinde görev yapan ve sosyal hizmet mesleğini temsil eden uzmanlar aldıkları kapsamlı lisans eğitimlerine rağmen genellikle sınırlı bir alanda çalışmak zorunda kalmaktadır. Bu durum, temelde onların örgütsel hiyerarşideki dezavantajlı konumları ile açıklanabilir. Başka bir ifadeyle; alanyazında söz edildiği gibi tüm paydaşlarının her açıdan refahını artırmaya yönelik olan geniş yelpazeli ideal bir sosyal hizmet sunumunun, üniversite hastanelerinin örgütsel ve yönetsel yapısında yapılacak bir takım değişikliklerle mümkün olabileceği düşünülmektedir.

Türkiye'deki hastanelerde verilen tıbbi sosyal hizmet sunumları değerlendirildiğinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlar için 2011 yılında yayımlanan ve halen yürürlükte olan "Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi" kapsamında uygulamaların devam ettiği görülmektedir. Ancak, bu yönergenin yürürlüğünün ve yürürtmesinin Sağlık Bakanı uhdesinde olduğu göz önünde bulundurulduğunda aslında üniversite hastaneleri için bağlayıcı olmadığı açıkça görülmektedir. Sağlık Bakanlığı ile afilyasyon ilişkisi bulunan bazı üniversite hastanelerinin söz konusu yönergeye doğrudan uyduğu, bu kapsamda olmayan bazı üniversite hastanelerinin ise benzer şekillerde kendilerine uygun iç mevzuatlar düzenlediği veya geliştirdiği anlaşılmaktadır. Bu bağlamda üniversite hastanelerindeki tıbbi sosyal hizmet yönetiminin genel anlamda bir uygulama birliğine ihtiyaç duyduğu da söylenebilir. Bunun için de öncelikle Türkiye'deki tüm üniversite hastanelerinin tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının standardize edildiği kapsamlı bir yönergeye ihtiyacı bulunmaktadır. Yayınlanacak olan söz konusu yönergede de yapılan bu çalışmada ayrıntıları açıklanan örgütsel modelin dikkate alınması önerilebilir.

Yapılan çalışmada, halihazırdaki örgütsel paradokstan çıkılabilmesi noktasında çözüm olarak; sosyal hizmet biriminin sosyal hizmet koordinatörlüğüne dönüştürülerek, bir başhekim yardımcısının yöneticiliğinde verilen kapsamlı bir komuta yetkisi ile tıbbi sosyal hizmet faaliyetlerinin etkinleştirilmesi önerilmektedir. Yapılan bu çalışmada önerilen sosyal hizmet koordinatörlüğünün beklenen başarıyı göstermesi, gerekli yasal düzenlemelerle görev, yetki ve sorumlulukların açıkça belirlenmesi ile mümkün olabilir. Bu bağlamda üniversite hastanelerinin tamamını kapsayan özel bir yönetmeliğin yayımlanması gerekmektedir.

Üniversite hastanelerinin yanı sıra Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşların bünyesinde faaliyet gösteren tüm sosyal hizmet birimlerini de kapsayacak çapta ve daha derin bir araştırmanın; alanyazına, sosyal hizmet ihtiyacı içerisindeki bireylere, sosyal hizmet profesyonellerine ve sosyal hizmet sunumu sürecinin diğer paydaşlarına olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Aca, Z., Akalın, H. ve Solmaz, U. (2022). COVID-19 salgınının Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına yansımaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(3), 841-866.
- Ali, M., & Rafi, S. (2013). Medical social work in Pakistan: A multi-model approach to collaborative practice in health care settings. *Academic Research International*, 4(4): 355.
- Ataman, E. (2021). Bir insan hakları mesleği olarak sosyal çalışmanın temel unsurları, *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 22-29.
- Aydın, N. (2018). Nitel araştırma yöntemleri: Etnoloji. *Uluslararası Beşeri ve Sosyal Bilimler İnceleme Dergisi*, 2(2), 60-71.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Barın, D. (1967). Tıbbi sosyal hizmet. *Sosyal Hizmet*, 2(7): 7.
- Bekiroğlu, S. (26-28 Kasım 2015). *Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet alanında sosyal çalışmacı istihdamı. sosyal hizmet sempozyumu 2015 (s. 341-351)*. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü.
- Coşkun, N. (1971). Sosyal hizmet ve rehabilitasyon. *Sosyal Hizmet ve Rehabilitasyon Özel Sayısı*, 5(7); 2-4.
- Creswell, J. W. (2015). *Nitel araştırma yöntemleri (Çev. M. Bütün, & S. B. Demir)*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çakmaklı, K. (1976). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin bütünlenmesinde tıbbi sosyal hizmetin önemi*. İstanbul: Sermet Matbaası.
- Çelik, H., Baykal, N. B., & Memur, H. N. K. (2020). Nitel veri analizi ve temel ilkeleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 379-406.
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta psiko-sosyal boyut (tıbbi sosyal hizmet)*. Ankara: 72 TDFO Bilgisayar Yayıncılık Ltd. Şti.
- Duyan, V., Sayar, Ö. Ö., & Özbulut, M. (2008). *Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak-sosyal hizmet uzmanları ve sosyal hizmet alanında çalışanlar için bir rehber*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği.
- Fink, A. (1963). *Sosyal hizmet alanı/the field of social work (Çev. L. Yasa ve N. Ulasay)*. Ankara: SSYB Yayınları.
- Friedlander, W. A. (1966). *Sosyal refah hizmetine başlangıç (Çev. Taşçıoğlu, R.)*. Ankara: S.S.Y.B. Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü.
- Gehlert, S. (2006). *The conceptual underpinnings of social work in health care*. Canada: Wiley.
- IASSW. (2014, July). Global Definition Of Social Work. <https://www.iassw-aiets.org>: <https://www.iassw-aiets.org/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition/> adresinden alındı.
- Kahramanoğlu, E. (1973). Psikiyatrik sosyal hizmet. *Sosyal Hizmet*, 5(12); 4-11.
- Kaynaköz, F. (1971). Rehabilitasyon çalışmaları. *Sosyal Hizmet Rehabilitasyon Özel Sayısı*, 5(7); 11-12.
- Keleşoğlu, F., Arslan, D. & Aba, G. (2022). Hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları: Türkiye ve seçili ülkelerde mevcut durum. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 100-112.
- Kıral, B. (2021). Nitel araştırmada fenomenoloji deseni: Türleri ve araştırma süreci. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 10(4), 92-103.
- Koç, F. ve Paslı, F. (2022). Geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik hizmet sunan sivil toplum kuruluşlarında görev yapan sosyal çalışmacıların deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(1), 133-158.
- Kuruhallil, İ., & İpek, M. (2022). Sosyal hizmette kuram ve uygulama: Sosyal çalışmacıların uygulamada kuramsal bilgi kullanımları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(4), 1183-1208.
- Kut, S. (1988). *Sosyal hizmet mesleği nitelikleri temel unsurları müdahale yöntemleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. (2014). *Designing qualitative research*. New York: Sage.
- Özbesler, C. (2013). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0(2); 6-12.
- Özbesler, C. (2017). Tıbbi sosyal hizmetin temel dayanakları. *S. Attepe Özden, & E. Özcan içinde, Tıbbi Sosyal Hizmet (s. 1-14)*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.

- Özbesler, C., & İçağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2): 32.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students*. London: Pearson Education.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (16 Şubat 2011. Sayı:7465). *Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*.
- Tekin, H.H. (2006). Nitel araştırma yönteminin bir veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme. *İstanbul University Journal of Sociology*, 3(13), 101-116.
- World Health Organization (WHO). (1946). Constitution of the world health organization, signed on 22 July 1946 in New York City. *International Organization*, 1(1), 225–239.
- Yılmaz, H., & Yücel, T. (2022). Sosyal devlet anlayışından vazgeçilebilir mi? Covid-19 salgını bağlamında bir değerlendirme. *Kesit Akademi Dergisi*, 8 (32), 200-216.

Extended Abstract

Social work practices, which aim to promote individual welfare, should fundamentally incorporate the principles of human rights and social justice (Duyan, Sayar and Özbulut, 2008, p. 34). The primary objective of medical sciences is to ensure human health and well-being. Consequently, health services intended for individuals, who are inherently social beings, must address psychosocial aspects to deliver the highest level of satisfaction. As health services extend from the hospital to wider social areas, the scope of the social work profession within healthcare expands. To facilitate the psychosocial adaptation of patients and their relatives to the illness, treatment, and life post-treatment, it is necessary for social workers to extend their efforts beyond hospitals to family and societal contexts (Kuruhalil and İpek, 2022, p. 1205). Therefore, medical social work practices, with the goal of enhancing social welfare, have become an integral part of the health services provided by hospitals. It's observed that medical social work practices have grown into a comprehensive and robust network of individual and institutional relationships both within and outside the hospital. The implementation of medical social work within hospitals is largely influenced by the attitudes and understanding of hospital administrators, leading to practice discrepancies among similar hospitals (Özbesler and İçağasıoğlu Çoban, 2010, p. 32). Moreover, social work seems inadequately utilized due to its improper placement within hospital organizational structures, limiting the scope of social workers' roles despite their extensive training. This qualitative study proposes an organizational restructuring for medical social work practices in university hospitals. The amendment aims to enhance and diversify all health services delivered by university hospitals, in alignment with the universal principles of social work. The study proposes an alternative organizational model that evaluates all services provided by university hospitals from a social work perspective, thereby maximizing the benefits of social work. Existing literature suggests that an ideal medical social work process should be humane, effective, and broad in scope (Duyan, 1996, p. 4), and from this viewpoint, the quality of medical social work offered in university hospitals appears insufficient. Social work in university hospitals requires dynamic and effective mobility due to its broad organizational interactions and diverse job requirements. Disabled individuals, victims of sexual abuse, abandoned patients, and those unable to afford healthcare expenses may all require these services. However, medical social workers often experience limitations in their efficacy and mobility due to organizational constraints. Consequently, these professionals, despite their extensive education, are confined to a limited scope due to their disadvantaged position in the organizational hierarchy. The "Medical Social Work Implementation Directive" is applied in all Turkish hospitals, although it is not binding for university hospitals. Hence, it is suggested that university hospitals require a comprehensive directive standardizing medical social work practices. The organizational model detailed in this study should be considered in the proposed directive. The study recommends enhancing medical social work units with coordinator functions and directly connecting them to the chief physician. This restructuring is expected to enhance the efficiency and effectiveness of the medical social work production process, which includes planning, decision-making, implementation, control, and coordination among stakeholders. It would also reflect the institutional importance accorded to medical social work. In-depth research on the organizational positions of social work units in the hospitals of the Ministry of Health is believed to contribute positively to the literature and other stakeholders in the field.