

21175

ANKARA HASTANELERİNDE
TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Velî DUYAN

Hacettepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav
Yönetmeliği'nin
Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak Hazırlanmıştır.

Ankara

Eylül-1992

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İşbu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN Prof. Dr. Nihal TURAN.

ÜYE Doç. Dr. Gönül Erkan. (Dan.)

ÜYE Doç. Dr. İzzet Bulut.....

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

1.10.1992



i

Prof. Dr. YILDIZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu araştırma 1990-1992 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda Bitirme Tezi olarak hazırlanmıştır.

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde her aşamada yardım ve desteğini esirgemeyen, araştırmanın sağlıklı bir biçimde yapılıp, sonuçlandırılmasında katkı ve yönlendirmeleri ile bana yol gösterici olan danışmanım, değerli hocam Doç.Dr.Gönül ERKAN'a, araştırmanın çeşitli aşamalarında bilgi ve yardımlarını esirgemeyerek bana rehberlik eden değerli hocalarım Prof.Dr.Nihal TURAN ile Doç.Dr.Beril TUFAN'a ve sosyal hizmet eğitiminde büyük özveriyle çalışan; idari görevinin yanı sıra her yıl yeni sosyal hizmet uzmanlarının yetiştirilmesini sağlayan; yüksek lisans öğrenimim sırasında çalışma koşullarım ile eğitim programını beraber yürütebilmem için bana büyük yardımları bulunan; zaman zaman gecenin ilerleyen saatlerine kadar büyük özveriyle ders veren; insanlara, olaylara ve olgulara tek boyutlu değil, çeşitli açılardan bakmayı ve yaklaşım geliştirmeyi ilke edindiren değerli hocam Prof.Dr.Sema KUT'a,

Araştırmanın yürütüldüğü süre içinde yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkıları bulunan şefim Mevlüt DALKIRAN ile mesai arkadaşım Uyanık ATİK'e,

Araştırmanın yazılması ve çoğaltılması konusunda yakın ilgi ve yardımlarından dolayı arkadaşım, meslektaşım Zeynep TÜRÜTGEN ile Uzman Psikolog Berrin EYLEN'e,

Bu araştırmanın ortaya çıkmasında verdikleri içten yanıt ve önerileriyle Anket Formları'nı dolduran tüm doktor ve hemşireler ile tıbbi sosyal hizmet alanında büyük özveriyle çalışan meslektaşlarıma,

Teşekkür ederim.

Eylül-1992

Veli DUYAN

ÖZET

Sosyal hizmet mesleği insanların problem çözme kapasitelerini arttırmak; kaynak, hizmet ve olanak sağlayacak sistemlere müracaatçıları sevk etmek; bu sistemlerin etkili ve insancıl olarak işlev görmesini sağlamak; sosyal politikaların gelişimi ve ilerlemesi için katılımda bulunmayı amaçlayan bir meslektir.

Sosyal hizmet mesleği, aile ve çocuk refahı, gençlik, suçluluk, yaşlılık, endüstriyel sosyal hizmet gibi alanların yanısıra başlangıcından bu yana tıbbi alanda kişilere, gruplara ve topluluklara hizmet vermektedir.

Hastalar ve yakınları için hastalığın ekonomik, sosyal ve psikolojik sonuçları tıbbi bakımın önemli bir boyutu olarak kabul edilmektedir. Bu alanda çalışan SHU'lar bunun önemini anlamışlar ve hastanede buna yönelik olarak mesleki hizmetleri organize etmişlerdir. Burada amaç; hasta insanların iyileşme sürecini güçlendirme ve sağlıklı kalmalarını sürekli kılmaktır.

Geçmişten günümüze kadar tıbbi bakım kurumlarında sosyal hizmet uygulamalarının temel amacı hastalara ve ailelere hizmet sunmaktır. Bunu yaparken hastanın tıbbi bakıma katılımını, tıbbi bakımdan en üst düzeyde yararlanmasını, sağlık problemleri nedeniyle hastanın ve ailesinin yaşadığı duygusal stresin azaltılması ve hastanın hastalığı sonucunda ortaya çıkan problemleri çözmeyi amaçlar.

Bu araştırma hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunları; bu sorunların çözümü için servis sorumlusu doktor ve hemşirelerin başvuru yapma durumlarını ve SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlere ilişkin değerlendirmelerini; SHB/SHU'ların verdikleri hizmetleri; müracaatçı belirleme şekillerini; hizmet verirken yararlandıkları kaynakları ve hizmet verme biçimlerini; karşılaştıkları sorunları ve bu sorunların çözüm yollarını ve tıbbi sosyal hizmet alanına ilişkin değerlendirmelerini ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir.

Ankara ili merkezinde bulunan ve tıbbi sosyal hizmet veren SHU'ların istihdam edildiği hastanelerde yürütülen bu araştırmanın evrenini 140 servis sorumlusu doktor, 140 servis sorumlusu hemşire ve 39 SHU oluşturmalarına rağmen 100 doktor, 130 hemşire ve 34 SHU'ya ulaşılabilmektedir.

Araştırmada yukarıda belirtilen konuların ortaya konulması için araştırmacı tarafında geliştirilen ve uzman kanısı alınarak hazırlanan iki ayrı anket formu kullanılmıştır. Toplanan bilgilerin çözümlenmesi için yüzdelik hesaplamasının yanısıra yoğunluk puanı hesaplaması yapılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ele alınmış, yorumlanmış ve çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

SUMMARY

Social work is a profession, the purpose of which are; to enhance the problem solving capacities of people; to refer people to the systems that can provide them with the resources, services and opportunities; to promote the effectiveness and humanitarian aspects of these systems and to contribute to the development and improvement of social policy.

The profession of social work gives some services to individuals, groups and societies in the area of family and child welfare, youth services, correctional services, gerontology, industry and medicine.

The economic, social and psychological consequences of illness for patients and their relatives are widely recognized as a significant aspect of health care. The medical social workers (MSW) working in this area have understood this and have organized the establishment of the professional services in the hospitals. The purpose of these services is improving health conditions of ill people and enhancing and remaining their well being.

From past to now, the central task of social work in medical care settings is the delivery of social services to patients and their families. While doing this, it aims to facilitate the patients' access to health care and effective use of health services, to alleviate the emotional distress of patient and family over health problems and to solve the problems created by the patient's illness.

This study aims to specify the problems of the patients who are hospitalized; to show the ways that the doctors and the nurses use to make an application to solve the problems of the patients; to learn about the evaluations and suggestions of the doctors and the nurses about the Department of Social Work (DSW)/MSW services; to find the MSW's client specification process; the resources that they are using while they faced with an applicant; the ways of giving the services to the patients; the problems that they are faced with and their problem solving processes and their evaluations about medical social work.

The subjects of this study were chosen from the Hospitals of Ankara in which the MSWs are employed to provide the medical social services to patients. Although the population composed of totally 140 doctors who are responsible from the services, 140 nurses who are responsible from the services and 39 MSW's, only 100 doctors, 130 nurses and 34 MSW's have been reached.

Then, findings are argued and given some suggestions about these findings.

İÇİNDEKİLER

SAYFA

ONAY.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xi
ÖNSÖZ.....	xviii

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Tıbbi Sosyal Hizmetin Kapsamı ve Önemi.....	3
1.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tanımlanması.....	4
1.3. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tarihçesi.....	5
1.4. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Bireylere ve Ailelere Yönelik Hizmetler.....	8
1.4.1. Başlangıç (Vak'a Belirlenmesi) Aşaması.....	9
1.4.2. Sosyal Hizmetin Planlanması Aşaması.....	16
1.4.3. Hizmetin Verilmesi Aşaması.....	17
1.4.4. Değerlendirme, Sonlandırma ve Takip Aşaması.....	24
1.5. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Gruplarla Sosyal Hizmet Uygulaması.....	27
1.5.1. Gruplar Niçin Gereklidir?.....	29
1.5.2. Grupların Amaçları.....	30
1.5.3. Terapi Grupları.....	31

1.5.4. Destek Grupları.....	32
1.5.5. Eğitim-Ruhsal Eğitim Grupları.....	33
1.5.6. Kriz Müdahalesi.....	34
1.5.7. Sosyalizasyon Grupları.....	35
1.5.8. Diğer Gruplar.....	36
1.6. Problem.....	37
1.7. Alt Problemler.....	38
1.8. Araştırmanın Önemi.....	40
1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	41

BÖLÜM II

MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli.....	41
2.2. Araştırmanın Nüfusu.....	41
2.3. Bilgi Toplama Araçları.....	43
2.4. Bilgilerin Toplanması.....	44
2.5. Bilgilerin Çözümlemesi.....	45

BÖLÜM III

BULGULAR VE YORUM

3.1. Doktor, Hemşire ve SHU'lara İlişkin Tanıtıcı Bulgular.....	46
3.1.1. Doktor, Hemşire ve SHU'ların Cinsiyeti.....	46
3.1.2. Doktor, Hemşire ve SHU'ların Doğum Tarihi.....	46
3.1.3. Doktor, Hemşire ve SHU'ların İşyeri Değişikliği Yapma Durumu.....	47

3.1.4. Doktor, Hemşire ve SHU'ların Hastanede Çalışmaya Başlama Tarihi.....	48
3.1.5. SHU'ların Görev Yeri.....	49
3.2. Hastanelere Yatan Hastaların Tıbbi Sorunları Dışında Karşılaştıkları Sorunlar.....	50
3.2.1. Hastanelere Yatan Hastaların Tıbbi Sorunları Dışında Sorunlarla Karşılaşma Durumu.....	51
3.2.2. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneye Yatış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunlar.....	52
3.2.2.1. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneye Yatış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunların Yoğunluk Düzeyi.....	56
3.2.3. Hastanelere Yatan Hastaların Hastanede Yattıkları Süre İçinde Karşılaştıkları Sorunlar.....	56
3.2.3.1. Hastanelere Yatan Hastaların Hastanede Yattıkları Süre İçinde Karşılaştıkları Sorunların Yoğunluk Düzeyi.....	61
3.2.4. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneden Çıkış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunlar.....	62
3.2.4.1. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneden Çıkış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunların Yoğunluk Düzeyi.....	66
3.2.5. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneden Çıkıştan Sonra SHB/SHU'larca Takip Edilme Durumu.....	67
3.2.6. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneden Çıkıştan Sonra Karşılaştıkları Sorunlar.....	67
3.2.6.1. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneden Çıkıştan Sonra Karşılaştıkları Sorunların Yoğunluk Düzeyi.....	70
3.3. Doktor ve Hemşirelerin Hastanelere Yatan Hastaların Tıbbi Sorunları Dışında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin Başvuru Yapma Durumları ve SHB/SHU'ların Verdikleri Hizmetlere İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Değerlendirmeleri.....	72
3.3.1. Doktor ve Hemşirelerin Hastanelere Yatan Hastaların Tıbbi Sorunları Dışında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin Başvuru Yapma Durumları.....	72

3.3.2. Doktor ve Hemşirelerin Hastanelere Yatan Hastaların Tıbbi Sorunları Dışında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin Başvuru Yerleri.....	73
3.3.3. Doktor ve Hemşirelerin Hastanelere Yatan Hastaların Tıbbi Sorunları Dışında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'lara Başvuru Yapmama Nedenleri.....	75
3.3.4. Doktor ve Hemşirelerin Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ların Verdikleri Hizmetleri Yeterli Bulma Durumları.....	76
3.3.5. Doktor ve Hemşirelerin Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Hizmet Veren SHB/SHU'lara Önerileri.....	77
3.4. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Hastanelere Yatan Hastaların Tıbbi Sorunları Dışında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'larca Verilen Hizmetler.....	80
3.4.1. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneye Yatış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'larca Verilen Hizmetler.....	80
3.4.1.1. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneye Yatış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'larca Verilen Hizmetlerin Yoğunluk Düzeyi.....	83
3.4.2. Hastanelere Yatan Hastaların Hastanede Yattığı Süre İçinde Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'larca Verilen Hizmetler.....	85
3.4.2.1. Hastanelere Yatan Hastaların Hastanede Yattığı Süre İçinde Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'larca Verilen Hizmetlerin Yoğunluk Düzeyi.....	89
3.4.3. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneden Çıkış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'larca Verilen Hizmetler.....	91
3.4.3.1. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneden Çıkış Aşamasında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'larca Verilen Hizmetlerin Yoğunluk Düzeyi.....	94

3.4.4. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneden Çıkıştan Sonra Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'larca Verilen Hizmetler.....	95
3.4.4.1. Hastanelere Yatan Hastaların Hastaneden Çıkıştan Sonra Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin SHB/SHU'larca Verilen Hizmetlerin Yoğunluk Düzeyi.....	98
3.5. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Hizmet Veren SHB/SHU'ların Müracaatçı Belirleme Şekli.....	100
3.5.1. SHB/SHU'ların Müracaatçı Belirleme Şekli.....	100
3.5.1.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ların Müracaatçı Belirleme Şeklinin Yoğunluk Düzeyi	101
3.5.2. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'lara Yapılan Havale İşleminin Havale Yerleri.....	102
3.5.2.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'lara Yapılan Havale İşleminin Havale Yerlerinin Yoğunluk Düzeyi.....	103
3.5.3. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'lara Servis/Polikliniklerden Yapılan Havale.....	104
3.5.3.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'lara Servis/Polikliniklerden Yapılan Havalenin Yoğunluk Düzeyi.....	105
3.6. Hastanelere Yatan Hastaların Tıbbi Sorunları Dışında Karşılaştıkları Sorunların Çözümü İçin Hizmet Verirken SHB/SHU'ların Yararlandıkları Kaynaklar ve Hizmet Verme Biçimleri.....	106
3.6.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Yararlandıkları Kaynaklar...	106
3.6.1.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Yararlandıkları Kaynakların Yoğunluk Düzeyi.....	108

3.6.1.2. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Yararlanabilecekleri Diğer Kaynaklar.....	109
3.6.2. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Kullandıkları Sosyal Hizmet Mesleği Yöntemleri.....	110
3.6.2.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Kullandıkları Sosyal Hizmet Mesleği Yöntemlerinin Yoğunluk Düzeyi.....	112
3.6.3. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ları Kullandıkları SKÇ ve SGÇ Yöntemlerinin Yürütülme Yerleri....	112
3.6.3.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ları Kullandıkları SKÇ ve SGÇ Yöntemlerinin Yürütülme Yerlerinin Yoğunluk Düzeyi.....	114
3.6.4. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Bir Hizmet Verme Biçimi Olan Ekip Çalışması.....	115
3.6.4.1. SHB/SHU'ların Ekip Çalışmasına Katılma Durumu.....	115
3.6.4.2. SHB/SHU'ların Yürüttükleri Ekip Çalışmasında Ekip Üyeleri.....	115
3.6.4.3. SHB/SHU'ların Yürüttükleri Ekip Çalışmasına Katılımının Sıklık Durumu.....	116
3.6.4.4. SHB/SHU'ların Yürüttükleri Ekip Çalışması Kapsamında Yapılan Faaliyetler.....	117
3.6.4.5. SHB/SHU'ların Yürüttükleri Ekip Çalışmasını Yeterli Bulma Durumu.....	118
3.6.4.6. SHB/SHU'ların Yürüttükleri Ekip Çalışmasının Geliştirilmesi İçin Yapılabilecek Faaliyetler	119
3.6.4.7. SHU'ların Ekip Çalışmasına Katılmama Nedenleri.....	120

3.7. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Hastalara Hizmet Verirken SHB/SHU'ların Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Yolları.....	121
3.7.1. SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Karşılaştıkları Sorunlar.....	121
3.7.1.1. SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Sorunlarla Karşılaşma Durumu.....	121
3.7.1.2. SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Karşılaştıkları Sorunlar.....	122
3.7.2. SHB/SHU'ların Hastalara Hizmet Verirken Karşılaştıkları Sorunların Çözüm Yolları.....	123
3.8. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında SHB/SHU'ların Bu Alana İlişkin Değerlendirmeleri.....	125
3.8.1. Hastanelerde Çalışan SHU Sayısını Yeterli Bulma Durumu.....	125
3.8.1.1. Hastanelerde Çalışması Gerekli SHU Sayısı....	126
3.8.1.2. Hastanelerde Çalışması Gerekli SHU Sayısının Nedenleri.....	127
3.8.2. Hastanelerde Yürütülen Sosyal Hizmet Uygulamalarını Yeterli Bulma Durumu.....	128
3.8.2.1. Hastanelerde Yürütülen Sosyal Hizmet Uygulamalarının Geliştirilmesi İçin Yapılabilecek Faaliyetler.....	129
3.8.3. Hastanelerde Yürütülen Sosyal Hizmet Uygulamalarının Doktor, Hemşire ve Diğer Personel Tarafından Bilinme Durumu.....	130
3.8.3.1. Hastanelerde Yürütülen Sosyal Hizmet Uygulamalarının Doktor, Hemşire ve Diğer Personel Tarafından Yeteri Derecede Bilinmesi İçin Yapılması Gereken Çalışmalar.....	131

3.8.4. Ülkemizdeki Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Değerlendirilmesi.....	132
3.8.4.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Ülkemizdeki Durum.....	132
3.8.4.2. SHU'ların Ülkemizdeki Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarına İlişkin Önerileri.....	133

BÖLÜM IV

SONUÇ ve ÖNERİLER

4.1. Sonuç ve Öneriler.....	134
4.2. Kaynakça.....	139
4.3. Ekler	
4.3.1. Doktor ve Hemşireler İçin Anket Formu.....	149
4.3.2. Sosyal Hizmet Uzmanları İçin Anket Formu.....	155
4.4.3. Yoğunluk Puanı Hesaplaması.....	167

ÇİZELGELER LİSTESİ

ÇİZELGE
NO:

SAYFA
NO:

1. Doktor, hemşire ve SHU'ların görev yaptıkları hastanelere göre dağılımı.....	42
2. Doktor, hemşire ve SHU'ların cinsiyet durumuna göre dağılımı.....	46
3. Doktor, hemşire ve SHU'ların doğum tarihlerine göre dağılımı.....	47
4. Doktor, hemşire ve SHU'ların işyeri değişikliği yapma durumuna göre dağılımı.....	48
5. Doktor, hemşire ve SHU'ların hastanede çalışmaya başlama tarihlerine göre dağılımı.....	49
6. Tıbbi sosyal hizmet (TSH) alanında SHU'ların görev yerlerine göre dağılımı.....	50
7. Doktor ve hemşirelerin hastaların tıbbi sorunları dışında sorunlarıyla karşılaşma durumu.....	51
8. Doktor, hemşire ve SHU'lara göre hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların dağılımı.....	53
9. TSH alanında SHU'lara göre hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	56
10. Doktor, hemşire ve SHU'lara göre hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunların dağılımı....	57
11. TSH alanında SHU'lara göre hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunların yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	61
12. Doktor, hemşire ve SHU'lara göre hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların dağılımı.....	63

13. TSH alanında SHU'lara göre hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	66
14. TSH alanında SHB/SHU'larca hastaların hastaneden çıkışından sonra takip işleminin yapılma durumunun dağılımı....	67
15. Doktor, hemşire ve SHU'lara göre hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların dağılımı.....	68
16. TSH alanında SHU'lara göre hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	71
17. Doktor ve hemşirelerin hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yapma durumlarının dağılımı.....	72
18. Doktor ve hemşirelerin hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yerlerinin dağılımı.....	73
19. Doktor ve hemşirelerin hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'lara başvuru yapmama nedenlerinin dağılımı.....	75
20. Doktor ve hemşirelerin SHB/SHU'ların verdikleri hizmetleri yeterli bulma durumunun dağılımı.....	77
21. Doktor ve hemşirelerin SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin yeterli düzeye getirilmesi için önerilerinin dağılımı.....	78
22. Hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin dağılımı.....	81
23. Hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	84
24. Hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin dağılımı.....	86
25. Hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	90

26. Hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin dağılımı.....	92
27. Hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	95
28. Hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin dağılımı.....	96
29. Hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	99
30. TSH alanında SHB/SHU'ların müracaatçı belirleme şeklinin dağılımı.....	100
31. TSH alanında SHB/SHU'ların müracaatçı belirleme şeklinin yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	101
32. TSH alanında SHB/SHU'lara yapılan havale işleminin havale yerlerinin dağılımı.....	102
33. TSH alanında SHB/SHU'lara yapılan havale işleminin havale yerlerinin yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	103
34. TSH alanında SHB/SHU'lara servis/polikliniklerden yapılan havalenin kimlerden geldiğinin dağılımı.....	104
35. TSH alanında SHB/SHU'lara servis/polikliniklerden yapılan havalenin kimlerden geldiğinin yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	105
36. TSH alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlandığı kaynakların dağılımı.....	107
37. TSH alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlandığı kaynakların yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	108
38. TSH alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlanabileceği diğer kaynakların dağılımı.....	109
39. TSH alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken kullandıkları sosyal hizmet mesleği yöntemlerinin dağılımı.	111

40. TSH alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken kullandıkları sosyal hizmet mesleği yöntemlerinin yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	112
41. TSH alanında SHB/SHU'ların SKÇ ve SGÇ yöntemlerinin hastanedeki yürütülme yerlerinin dağılımı.....	113
42. TSH alanında SKÇ ve SGÇ yöntemlerinin hastanedeki yürütülme yerlerinin yoğunluk düzeyinin dağılımı.....	114
43. TSH alanında SHB/SHU'ların ekip çalışmasına katılma durumunun dağılımı.....	115
44. TSH alanında SHB/SHU'ların yürüttükleri ekip çalışmasında ekip üyelerinin dağılımı.....	116
45. SHB/SHU'ların yürüttükleri ekip çalışmasının sıklık durumunun dağılımı.....	117
46. Ekip çalışmasına katılan SHU'ların bu çalışma kapsamındaki faaliyetlerinin dağılımı.....	118
47. Ekip çalışmasına katılan SHU'ların bu çalışmayı yeterli bulma durumlarının dağılımı.....	119
48. Ekip çalışmasının geliştirilmesi için yapılabilecek faaliyetlerin dağılımı.....	119
49. Ekip çalışmasına katılmayan SHU'ların bu çalışmaya katılmama nedenlerinin dağılımı.....	120
50. Hastalara hizmet verirken SHU'ların sorunlarla karşılaşma durumlarının dağılımı.....	121
51. SHU'ların hastalara hizmet verirken karşılaştıkları sorunların dağılımı.....	122
52. SHU'ların hastalara hizmet verirken karşılaştıkları sorunların çözüm yollarının dağılımı.....	124
53. Hastanede çalışan SHU sayısının yeterli görülüp görülmediğinin dağılımı.....	125
54. Hastanede çalışan SHU sayısını yetersiz bulan SHU'lara göre hastanede çalışması gereken SHU sayısının dağılımı....	126

55. Hastanelerde çalışması gereken SHU sayısının nedenlerinin dağılımı.....	127
56. Hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının yeterli bulunma durumunun dağılımı.....	128
57. Hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesi için yapılabilecek etkinliklerin dağılımı...	129
58. Sosyal hizmet uygulamalarının doktor, hemşire ve diğer personel tarafından bilinme durumunun dağılımı.....	130
59. Sosyal hizmet uygulamalarının doktor, hemşire ve diğer personel tarafından bilinmesi için yapılması gereken etkinliklerin dağılımı.....	131
60. TSH alanında SHB/SHU'lara göre tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının ülkemizdeki durumunun dağılımı.....	132
61. TSH alanında SHU'ların ülkemizdeki TSH uygulamalarına ilişkin önerilerinin dağılımı.....	133

ÖNSÖZ

Tıbbi sosyal hizmet ülkemizde gelişmiş ülkelere oranla oldukça yeni bir alandır. Bu nedenle ülkemizdeki tıbbi sosyal hizmet uygulamaları sırasında karşılaşılan sorunların, verilen hizmetlerin ve bu alanın geliştirilmesi için sistematik olarak yürütülmesi gereken araştırmalara gereksinim olduğu bir gerçektir. Bu araştırma tıbbi sosyal hizmet alanındaki bu eksikliği gidermek amacıyla düzenlenmiştir.

Bu araştırma, hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunlar ile bu sorunların çözümü için tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarınca verilen hizmetleri incelemek ve bu hizmetlerin doktorlar ve hemşireler tarafından nasıl algılandığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Dört bölümden oluşan araştırmanın ilk bölümünde, tıbbi sosyal hizmet ile bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde, araştırmanın modeli, nüfusu, bilgi toplama araçları ile bilgilerin toplanması ve çözümlenmesinde izlenen yoldan söz edilmiştir. Üçüncü bölümde, araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular ve bunlara ilişkin yorumlar yer almıştır. Dördüncü bölümde ise sonuç ve öneriler ile eklere yer verilmiştir.

Bu araştırma tıbbi sosyal hizmet alanında yürütülen çalışmalarını ortaya koymasının yanı sıra tıp bilimi ve mesleğinin temelini oluşturan doktor ve hemşirelerin sosyal hizmet mesleğinin en eski uygulama alanlarından biri olan bu alana ve tıbbi sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin değerlendirmeleri ve önerilerini de ortaya koymaktadır.

Bu araştırmanın bulgularının spesifik olarak tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına ve bu alanda mesleki staj ve uygulamalarını yürütecek olan öğrencilere ve genelde ülkemizde hastalara hizmet veren diğer meslek elemanlarına çalışmalarında katkı, kimi zamanda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM I

GİRİŞ

Günümüzde toplumsal yapı çok hızlı bir değişim ve gelişim süreci içindedir. Bu süreç sanayileşme ve kentleşmeye bağlı olarak toplumsal yaşamı daha karmaşık ve içinden çıkılmaz bir hale getirmiştir. Toplumsal yapının oluşmasındaki bu farklılaşmayı ilk insanla birlikte vahşi doğada tek başına ya da sürüler halinde yaşayarak yiyecek bulma, barınma, kısacası insanların yaşamlarını sürdürme mücadelesiyle birlikte başladığını görmek mümkün olabilecektir. İnsan doğa çelişkisi olarak belirlenen bu olgu güçlü olanın varolabilmeyi sürdürme çabasıdır. İlk insanla birlikte başlayan doğayı denetimi altına alma, ona egemen olma isteği bu çabanın bir sonucudur. İşte bu çaba kısa zamanda insanın kendi gereksiniminden daha fazlasını üretmesiyle sonuçlanmış ve kaçınılmaz olarak teknolojik gelişmeyi de beraberinde getirmiştir. Teknolojik gelişmeyle birlikte hızlı bir değişim yaşanmaya başlanmış ve bu durum toplumsal değişimi de paralelinde başlatmıştır.

Kut(1988)'un belirttiği gibi, toplumsal değişimin çıplak gözle görülebildiği alanlar öncelikle maddi yaşamla ilgili olanlardır. Günümüzde bir çok değişim olmaktadır ve çağımızı belirleyen en önemli özelliklerin başında teknolojik gelişme gelmektedir. Bu gelişme ile bir zamanlar doğanın hakimiyetinde olan pek çok olay insanoğlunun kontrol ve yönetimi altına girmiştir.

Yaşanılan bu hızlı değişim toplumlarda ve insanlararası ilişkilerde de değişimi beraberinde getirmiştir. Bir anlamda toplumsal değişim hem bir toplumsal olay, hem de toplumsal bir olgu olmuştur(Kongar 1981). Kısacası insanlığın varoluşundan bu yana yaşanan hızlı hareketlilik suyun üzerine atılan bir taş olmuş, gittikçe genişleyen halkalarda daha sonraki yeniliklerin temelini oluşturmak için zemin hazırlamıştır.

Bu gün de çağımızı belirleyen önemli özelliklerin başında teknolojik gelişmenin geldiği kuşkusuz bir gerçektir. Ancak, bu gelişme bir çok sorunu da beraberinde getirmiştir. Ülkemiz de toplumsal, ekonomik ve teknolojik yönden bu hızlı gelişimden payını almıştır. Sağlık, eğitim ve insan davranışları, bilgi alanlarında çok büyük aşamalar olmuştur. Ancak bütün bunlara rağmen çağımızın sosyal alandaki gelişmesi hiç bir zaman teknolojik gelişme hızına erişememiştir. Yoksulluk, cehalet, hastalıklar halen günümüz sorunları arasındadır. Daha dün kadar (1927) ülkemizde toplam nüfus 13 milyon iken ülke nüfusu günümüzde altmışlı milyonlara, okur-yazar ülke nüfusu 2 milyondan yirmili milyonlara, sağlık alanında ayaktan ya da yataklı tedavi gören nüfus 30 milyondan 47 milyona ulaşmıştır (Kut 1983;1988).

Bu tablo henüz gelişme aşamasında olan ve hızlı bir değişim süreci yaşayan ülkemizin hem teknolojik gelişimden aldığı payı, hem de bu gelişimin getirdiği bazı sorunları bize göstermesi açısından çarpıcı örneği oluşturmaktadır.

Diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de modern çağda teknolojik gelişmeyi insancıllaştırmaya ve toplumları sosyalleştirmeye gereksinim vardır. İşte bu gereksinimi karşılamayı amaçlayan hizmetler sosyal hizmetlerdir(Kut 1988).

Yine Kut(1988)'un belirttiği gibi, sosyal hizmetlerin teknolojik gelişmeyi amaçlayan hizmetlerinin yanısıra bireylerin gelişmelerine ve toplumun değişen koşullarına uyum sağlamak ve sosyal değişmeyi etkilemek, bireyin sosyal işlevselliğini engelleyen tıkanıklıkları açmak, birey-toplum etkileşimini güçlendirmek, sosyal bilinci geliştirmek, insan haklarını güvence altına almak, toplumsal refah ve kaynakların dağılımını dengelemek gibi amaçları vardır.

Sosyal hizmetler alanında uygulama yapan mesleklerden biri olan ve tedavi edici, destekleyici, önleyici ve kalkınmayı hızlandırıcı nitelikte kendine özgü yöntem, teknik ve yaklaşımları bulunan sosyal hizmet mesleği toplumsal değişmeye ve artan karmaşık toplumsal örüntüye bağlı olarak pek çok uygulama alanı bulmuştur. Bu alanlar, aile ve çocuk refahı, ceza ve ıslah, yaşlılık refahı, endüstriyel sosyal hizmet, sosyal yardım, psikiyatrik sosyal hizmet gibi alanlardır. Bir başka sınıflamaya göre sosyal hizmetin başlıca çalışma alanları; tıbbi sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet endüstriyel sosyal hizmet, kriminolojik sosyal hizmet, gerontolojik sosyal hizmet, aileler için sosyal hizmet, gençler için sosyal hizmet, çocuklar için sosyal hizmet, köysel ve şehirselle sosyal hizmet şeklindedir (Çakmaklı 1976). Bir anlamda sosyal hizmet;

- 1- İnsanların problem çözme kapasitelerini arttırmak,
- 2- Kaynak, hizmet ve olanak sağlayacak sistemlere müracaatçıları sevk etmek,
- 3- Bu sistemlerin etkili ve insancıl olarak işlev görmesini sağlamak,
- 4- Sosyal politikaların gelişimi ve ilerlemesi için katılımda bulunmayı amaçlayan bir meslektir (Pincus 1973).

1.1. TIBBİ SOSYAL HİZMETİN KAPSAMI VE ÖNEMİ

Gelişmekte olan toplumlarda çeşitli biçimlerde ortaya çıkan ve değişik görünümde arzeden sorunlardan dolayı sosyal hizmet mesleğinin uygulandığı çeşitli alanlardaki çalışmaların içerikleri ve kapsamlarında değişiklikler olmuş ve yapılan çalışmalar daha etraflı hale gelmiştir. Ayrıca toplumsal değişimle birlikte ortaya çıkan yeni gereksinimlere yanıt bulunabilmesi amacıyla yeni hizmet alanları oluşmuştur. Aile ve çocuk refahı alanı, ceza ve ıslah, yaşlılık refahı, endüstriyel sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet gibi sosyal hizmet mesleği ve disiplininin spesifik alanları bu değişimlerden etkilenmiştir. Bu değişimlerden etkilenen alanlardan biri de "Tıbbi Sosyal Hizmet"tir. Sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin en eski uygulama alanlarından biri olan tıbbi sosyal hizmetin ilk uygulama şekillerinden bu yana sürekli değişim ve gelişim olmuştur.

Bütün bu değişim ve gelişmelere rağmen Küçükkaraca (1987)'nın da belirttiği gibi hastalığa yol açan psiko-sosyal faktörlerin saptanmasında, hastalık sonucunda ortaya çıkan sorunların çözömlenmesinde tıbbi sosyal hizmetin yeri ve müdahalesi her zaman için önem taşımaktadır.

Ayrıca tıbbi bakım kurumlarının ve bu kurumlardan çıkıştan sonra Sosyal hizmet uzmanlarının direkt olarak sunduğu hizmetler, Sosyal hizmet uzmanlarının problem çözme kapasitelerini destekleme ve insanları kaynaklara yönlendirme çalışmaları oldukça önemlidir. Sosyal hizmet tıbbi bakım sisteminin daha insancıl ve daha etkili şekilde hizmet vermesine de yardımcı olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları tıbbi bakım kurumlarında tedavi etkinliklerinin yanı sıra diğer rolleri de üstlenirler. Bu roller; yönetici, planlamacı, kaynak geliştirici, eğitimci, savunucu ve araştırmacı gibi sıralanabilir. Bu rollerin her biri etkili bir sağlık ve hizmet politikasının geliştirilmesinde SHU'ların kapasitelerinin olduğunu gösterir. Ancak belirtilmesi gereken bir başka nokta da araştırma verilerinin değerlendirilmesi ve yorumlanması bölümünde de göröleceği gibi SHU'ların tıbbi bakım sisteminin dışına taşmadıklarıdır. Yine aynı şekilde ABD'de de SHU'ların çoğu 100 ya da daha fazla yataklı genel ve eğitim hastanelerinde faaliyet göstermektedir (Society for Hospital Social Work Directors 1981). Bir anlamda sosyal hizmet uzmanları tıbbi sosyal hizmet programlarını çoğunlukla hastane içinde uygulamaktadırlar (Güven 1974). Bu SHU'larının yaptığı faaliyetlerin hastalığın tedavisi ve hastanede yatan hastaların taburculuk işlemleri ile ilgili olduğunu göstermektedir (Bracht 1978). Hastaneler ayaktan bakım gören hastalar için sınırlı düzeyde sosyal hizmet kaynağı sağlar ve birincil bakım kurumlarında çok az sayıda SHU vardır (Hookey 1978).

Tıbbi sosyal hizmet birey, ailesi ve çevresi üzerinde odaklaşmaktadır. BU alanda yaklaşım genelde hastalık bağlamında olmaktadır; ancak, konuya sağlık açısından da yaklaşılmada yarar vardır. Dünya sağlık örgütünün yaptığı tanımda sağlık "fiziksel, sosyal ve ruhsal yönlerden tam bir iyilik hali"dir (Turan 1979; Öztürk ve diğerleri 1982).

Hastalık ve sağlık birbiriyle ilişkili olup, aralarındaki çizgiyi belirlemek neredeyse olanaksızdır. Çeşitli psiko-sosyal faktörler hastalığa yol açabildiği gibi hastalık sonucunda da bu tür sorunlarla karşılaşılabilir.

Hastalıkları doğru teşhis ve tedavi etmek amacıyla yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar, tıp elemanlarının hastalığa yol açan fiziksel, sosyal ve ruhsal faktörler arasındaki ilişki üzerinde odaklaşmasına neden olmuştur. Kapsamlı tıp adı verilen bu yeni tedavi biçiminde tıbbi SHU hastalığın teşhisinde ve tedavisinde hasta ve ailesinin psikolojik ve sosyal özelliklerini saptayarak hastanın sağlığına kavuşmasında tedavi ekibinin etkin bir üyesi olarak görev yapmaktadır (Gökçakan 1985).

Tıbbi SHU ortak amaçları sağlığı korumak, sürdürmek ve (yeniden) düzeltmek olan çok disiplinli ekip üyeleriyle birlikte çalışır. Uzman bu ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. Sağlık konusu ele alındığında insan sağlığının fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutları olduğu; dolayısıyla, hastalığın tedavisinin çok boyutlu bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu nedenle, tıbbi sorunlarda bütüncül bir yaklaşım uygulanmakta ve burada tıbbi SHU birbirini etkileyen bu boyutların dengeli bir biçimde gelişmesini sağlamakla görevlidir. Vak'aların çoğunda tedaviyi yalnızca tıbbi boyutta sınırlamak, hastalığı kısmen tedavi etmek, yalnızca hastalığın belirtilerinin görülmesini engellemek demektir. Bununla birlikte duyarlı ve başarılı bir hekim hastaneden taburcu olup, eski çevresine dönmüş olan bir hastanın bu çevrenin koşullarından etkilenecek tedavi sonucu düzelen sağlığının yine bozulabileceğini dikkate alır. İşte bu noktada tıbbi sosyal hizmet becerileri, bireyin sağlığını etkileyen yaşam tarzı veya hastalığından etkilenen yaşam tarzına müdahale etmede yaşamsal bir rol oynamaktadır.

Sağlık alanında etkinlik gösteren çeşitli disiplinler içinde tıbbi sosyal hizmet belki de bu denli uzmanlaşmış bir alanda temel amacı insan unsurunu odak alan az sayıdaki disiplinlerden birisidir. Mesleğin doğası gereği tıbbi SHU çok sofistike bir araç kullanamaz. Uzmanın başlıca araçları; duyarlılık, algılama ve kavrama becerileri ile iletişim kurma yeteneği, toplumda var olan kaynaklar hakkındaki bilgisidir (Turan 1979).

Tıbbi sosyal hizmet hekimlerin hastalarına verdiği bireyselleştirilmiş bir hizmetin parçasıdır. Sosyal kişisel çalışma prensipleri ve tekniklerini kullanarak hastaya kapasitesinin en üst düzeyinde tıbbi bakımdan yararlanmasına yardımcı olur ve fiziksel sınırlılıklarıyla birlikte ve yaşamdan zevk almasını sağlayacak bir yaşamı oluşturmaya çalışır (Rubinow 1943).

Tıp alanında bireylere ve ailelere hizmet veren bu alanın insancılaştırılması ve sosyalleştirilmesinde yukarıda sayılan bilgiler dahilinde hareket eden tıbbi sosyal hizmetin önemi dikkate değer ölçüdedir.

1.2. TIBBİ SOSYAL HİZMETİN TANIMLANMASI

Tıbbi sosyal hizmetin tanımlanmasında çeşitli görüş ve düşünceler görülmekle birlikte temel odak hasta bakım etkinlikleri ile ilgilidir. Yapılan tanımlamalardan bir bölümü aşağıda verilmiştir.

Tıbbi sosyal hizmet; hastalığı ve tedavisi sırasında hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümüyle uğraşmak amacı ile sosyal kişisel çalışma ve bazen de grup çalışması yöntemi kullanılan sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanıdır (Friedlander 1963).

Tıbbi sosyal hizmet genellikle fiziksel hastalık sahiplerinin sosyal ve duygusal sorunları ile tıbbi bir kurum çerçevesinde ilgilenen bir daldır (Stroup 1960).

Bu alana ilişkin bir başka tanıma göre tıbbi sosyal hizmet "sosyal hizmet metod ve felsefesinin sağlık ve tedavi hizmetlerine adapte edilmesi, tıp ve halk sağlığı programları çerçevesinde uygulanmasıdır" (Turan 1979).

Bu alanda yapılmış önemli bir tanım da "hastanede ayaktan veya yatarak muayene, tetkik ve tedavisi olan hastaların tıbbi tedaviden etkin bir şekilde yararlanmaları amacıyla SHU'larınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik, eğitici, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin yanında hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastaneden çıktıktan sonra kişisel ve ailevi sorunların çözülmesi gibi hizmetlerin bütünü" şeklindedir (Öztürk ve diğ. 1982).

Bir başka tanımlama da ise tıbbi sosyal hizmet "odak noktası hastalık ve onun tıbbi tedavisi ile ilgili sosyal ve duygusal problemlere, hastaların ve ailelerinin uyumlarına yönelik bir hizmettir" şeklinde belirtilmektedir (Butrum 1967).

Tıbbi sosyal hizmet sosyal problemi olan hastalar için her hastanede mevcut olması gereken bir programdır (Teague 1972).

Tıbbi sosyal hizmet " hastanın gereksinimlerini ve onu çevreleyen koşulları anlayan ve bunların hastalığını nasıl etkilediğini dikkate alan bir hizmet türüdür" (Rubinow 1943).

Tıbbi sosyal hizmet, hastaneye yatan her hastanın uygulanan tedaviden en etkili şekilde yararlanması amacıyla sosyal hizmet personeline görülecek ekonomik, sosyal, eğitsel ve destekleyici hizmetler yanında, hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastaneden çıktıktan sonra kişisel ve aile sorunlarının çözülmesi gibi hususların tümü tıbbi sosyal hizmet olarak adlandırılır (Resmi Gazete 1973).

1.3. TIBBİ SOSYAL HİZMETİN TARİHÇESİ

Tıbbi sosyal hizmet ilk kez 1880'lerde İngiltere'de akıl hastanelerinden taburcu olan hastaların hastalığının tekrarlanmaması amacıyla birtakım çalışmalara yönelinmesiyle başlamıştır. Aynı dönemde başlatılan diğer bir çalışma ise, muhtaç aileleri saptayarak yardıma bulunmak üzere "Lady Almoner" adı verilen gönüllü kadınların hastanelerde görev almasıdır. İlk kez 1890'da Sir Charles tarafından Londra'da başlatılan bu sistem sayesinde ücretli ya da ücretsiz yatacak hastaların hangi kaynaktan ne ölçüde yardım alacaklarına karar verildiği gibi sosyal durumları da inceleniyordu(Turan 1979).

Daha sonraki yıllarda hastalığa yol açan ve hastalığın neden olduğu psiko-sosyal ve ekonomik faktörlerin önemi anlaşılmış ve kabul edilmiştir. Ayrıca hastalığın sadece tıbbi tedavisinin yeterli olmadığı bunun yanında psiko-sosyal etmenlerin de ele alınması ve önleyici, takip edici yaklaşıma da yer verilmesi gerektiği görülmüştür. Tıbbi elemanlar eski aile doktorları gibi hastanın yaşama koşulları, alışkanlıkları, aile ilişkileri, geliri vb. gibi konularla ilgilenemiyordu. Bu nedenle sosyal durumu ihmal edilen hastaların kendileri ve aileleriyle ilişki kuracak, sorunların çözümlenmesinde yardımcı olacak birisinin istihdam edilmesinin gerekliliğine inanılmış, 1905 yılında ABD'de tıbbi sosyal hizmet Boston Massachusetts General Hospital, New York Bellevue Hospital, Baltimore John Hopkins Hospitals, Boston Berkeley Infirmary Hospitals gibi hastanelerde resmen uygulanmaya başlamıştır(Friedlander 1963;Stroup 1960).

Tıbbi sosyal hizmetin tarihçesi açısından Alexander ve Weber kronolojik bir sıralama yapmış ve bu sıralamada yasal düzenlemelerin yanı sıra tıbbi sosyal hizmet açısından önemli olabilecek yayın ve eserlere de yer vermiştir. Bu sıralamaya göre;

1898 yılında sosyal hizmetlerde ilk uygulama kursları başlatılmıştır ve aynı yıl içinde, New York Flantropi Okulu'nun temelini oluşturan New York Hayırseverler Örgütü faaliyete geçmiştir.

1905 yılında Massachusetts General Hospital'da Richard C.Cabot (tıp doktoru) tarafından ilk tıbbi sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmiştir. Ayrıca aynı hastanede James J.Putman tarafından ilk psikiyatrik SHU çalışmaya başlatılmıştır.

1908 yılında akıl sağlığı hareketinin başlangıcı olarak Connecticut'ta tüm eyaleti kapsayan Akıl Sağlığı Topuluğu kuruldu.

1909 yılında akıl sağlığı için Ulusal Komite kuruldu. Yine aynı yıl içinde Chicago'da ilk çocuk akıl sağlığı kliniği olan Juvenile Psychopathic Institute kuruldu.

1911 yılında New York Akıl Hastaneleri tarafından bakım sonrası hizmet için SHU'ları istihdam edildi.

1912 yılında Dr.C.Cabot SHU ve doktorun hastanın tedavisinde tedavi ekibinin birer üyesi olduğu görüşünü ortaya attı.

1913 yılında bir akıl sağlığı kurumu olan Boston Psychopathic Hospital'da Mary C.Jarret'in yönetiminde ilk sosyal hizmet bölümü kuruldu. Yine aynı yıl içinde Phipps Kliniğinde, John Hopkins Hospital'da SHU istihdam edildi.

1915 yılında Richard C.Cabot tarafından Sosyal Hizmet ve İyileştirme Sanatı (Social Service and the Art of Healing) adlı eser yazıldı.

1917 yılında Mary Richmond tarafından Sosyal Teşhis (Social Diagnosis) adlı eser yazıldı. Ayrıca sosyal hizmet üzerine Ulusal Konferans düzenlendi.

1918 yılında Amerikan Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kuruldu. Ayrıca aynı yıl içinde Amerikan Hastanede Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kuruldu.

1920 yılında şu anda "The Family" olarak bilinen Social Casework adlı dergi yayın hayatına başladı.

1921 yılında Amerikan SHU'ları Derneği kuruldu.

1926 yılında Amerikan Psikiyatrik SHU'ları Derneği kuruldu.

1927 yılında Chicago Üniversitesi Basımevi tarafından Social Service Review yayınlanmaya başladı.

1931 yılında ünlü sosyal hizmet uzmanı Jane Addams'a Nobel Barış Ödülü verildi.

1955 yılında 1921 yılında kurulan SHU Derneği, 1918 ve 1926 yıllarında kurulan Tıbbi ve Psikiyatrik SHU Derneği ile diğer dört dernek birleşerek Ulusal Sosyal Hizmetler Derneği kuruldu.

1965 yılında Sosyal Güvenlik Yasasının 18. ve 19. maddeleri ile bakım hizmetlerinin masraflarını karşılayamayanlara yönelik olarak Medicare ve Medicaid yardım kurumları kuruldu.

1970 yılında Hastaneler Birleşik Komisyonu tarafından hastalara ve ailelerine sosyal hizmetin mutlaka sağlanması gerektiği ortaya kondu(Alexander ve Weber 1977).

Elde edilen bilgilerden anlaşıldığı gibi sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanında uygulanmaya başlaması bu alanın birincil sorumluluğunu taşıyan tıp elemanlarınca sağlanmıştır.

Sonuç olarak hastalığın fiziksel kökenli olmasının yanında psiko-sosyal yönlü olduğu sağlık personeli tarafından kabul edilmiş ve bu tür sorunların çözülmesi amacıyla sosyal hizmet mesleğinin hastanelerde uygulanması onaylanmış ve sağlanmıştır.

Ülkemizde tıbbi sosyal hizmetlerin bir ihtiyaç olarak ortaya çıkması yanında, sağlık alanında ilk olarak tıbbi sosyal hizmet uygulaması Akıcı ve diğerleri(1986)'nin belirttiği gibi 1964'lerde hastanelere staj uygulaması için giden öğrenciler tarafından başlatılmıştır. 1967 yılında ise Ankara Üniversitesi Hastanesine bir SHU tayin edilmiştir. Bir başka kaynağa göre Türkiye'de ilk -bilimsel ve mesleksi- tıbbi sosyal hizmet uygulaması, 1964 yılında Miss Violet Bemmels idaresinde bir grup stajyer sosyal hizmet uzmanı ile Hacettepe Hastanesinde başlatılmıştır (Çakmaklı 1976).

Tıbbi sosyal hizmetlere ilişkin gerçekleştirilen düzenlemeler ise, 1959 yılında 7355 sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsü'nün kurulmasına ilişkin kanun ile bu kanunun Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi'nin amacının belirlenmesi şeklindedir. 1961 yılında bu alanda çalışacak olan elemanları yetiştirmek üzere Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur. 1967 yılında ise Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmetler ve Sosyal Çalışma Bölümü kurulmuştur. 1982 yılında ise bu iki Bölüm birleştirilerek Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu haline getirilmiştir. Bu okul sosyal hizmetler alanında meslek elemanı yetiştiren tek okul konumundadır.

Ülkemizde tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan çok az sayıda sosyal hizmet uzmanı vardır. 1989 verilerine göre Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde 94 sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 1989).

1.4. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA BİREYLERE VE AİLELERE YÖNELİK HİZMETLER

Tıbbi bakım kurumlarında sosyal hizmetin temel görevi hastalara ve ailelere sosyal hizmet sunmaktır. Tıbbi sosyal hizmetin genel amacı ise;

- a) Hastanın tıbbi bakımı kabul etmesi ve bakımın etkili bir şekilde kullanılmasını kolaylaştırmak,
- b) Sağlık problemleri nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresi azaltmak ve
- c) Hastanın hastalığı ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan problemleri çözümlenektir (Estes 1984).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan SHU'lar; hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili olabilecek sosyal, ekonomik ve duygusal faktörlerin önemini sağlık ekibine iletmek; hasta ve ailesine bu faktörleri anlamasında yardımcı olmak; hastanın ve ailesinin moralini desteklemek; onlara güven duygusu vermek; hastanın ve ailenin yararına toplum kaynaklarını harekete geçirmek; hastane işleyişine mesleki açıdan katkıda bulunmak yoluyla hastanenin daha iyi hizmet vermesine çalışmak gibi görevler üstlenirler(Güran 1989).

SHU'ları ile hastaların birbirleriyle kontakt kurmaları kurumdan kuruma farklılık göstermektedir. Bazı koşullarda -problemler çok belirginse- hastalar hekimler veya diğer sağlık personeli tarafından SHU'larına havale edilirler. Bazı durumlarda hasta ve hekim arasında meydana gelen çatışma sonucunda havale yapılır. Duygusal stresi kaldıramama, hastanın kendi kendine bakmasındaki yetersizliği ve eve dönüş gibi konularda sorunlar ortaya çıkabilir. Bazı kurumlarda SHU'ları hastaların tümüyle kontakt kurarlar. Özellikle böbrek dializ hastalarında durum böyledir. SHU'larından oluşan bir spesifik klinik veya tıbbi servis henüz başlangıç aşamasında olan problemlerin ve

güçlüklerin teşhis edilmesine ve gözden geçirilmesine yardımcı olabilir. Hastanın hastaneye yatışı aşamasında yapılan planlama sonucunda hastaneye yatış, hastanede kaldığı süre ve taburculuk aşamalarında meydana gelebilecek problemlere etkiye bulunulabilir ve bunlar çözümlenebilir. Hastanın alacağı tıbbi bakımın başlangıç aşamasından önce SHU hastayla çalışmaya başlar. Bu sayede ortaya çıkabilecek problemlere zamanında müdahale etme ve en iyi çözümü bulma şansı artar. Bu nedenle yeterli ve etkili bir sosyal hizmet uygulaması için vak'a bulunması ve ilişki kurulmasının önemi büyüktür. Daha sonraki bölümlerde bu konu daha ayrıntılı bir şekilde incelenecektir.

Profesyonel bir sosyal hizmet uygulaması bir seri aşama sonucunda gerçekleşir: Bu aşamalar;

- 1- Başlangıç (vak'a belirlenmesi) aşaması,
- 2- Sosyal hizmet planlaması aşaması,
- 3- Hizmetin verilmesi aşaması,
- 4- Değerlendirme, sonlandırma ve takip aşaması.

Bu aşamalar arasındaki ayırım sadece analitik açıdandır. Hizmet verilirken izlenen süreçte böyle bir ayırma gitmeye gerek yoktur. Örneğin birinci aşamada SHU-hasta ilişkisi bir bilgi gün ışığına çıkıncaya kadar devam edebilir. Yine aynı şekilde süreç devam ederken yapmış oldukları her yeni eylem ve aşama sonucunda SHU ve hasta değerlendirme yapabilirler (Estes 1984).

1.4.1. BAŞLANGIÇ (VAK'A BELİRLENMESİ) AŞAMASI

Başlangıç aşamasında hastanın tıbbi bakım almasına neden olan veya olabilecek olan ve buna etkiye bulunan faktörler hakkında bilgi toplanır. SHU ve hasta o an hastanın içinde bulunduğu durumu nasıl algıladığını, nasıl değerlendirdiğini ve nasıl tepkide bulunduğunu gözden geçirirler. Problem alanlarını belirlemeye ve probleme kaynak olan etkileri keşfetmeye başlarlar. Sosyal hizmet ilişkisi halihazırdaki duruma etkiye bulunan ve belirgin olan problemler örneğin taburculuk planlaması ile gelişirse işte burada sosyal hizmet ilişkisi başlar. SHU ayrıca hastanın o an içinde bulunduğu durumu ve verdiği tepkileri anlayabilmek için hastanın geçmişine ait bilgileri edinmesi ve bunlar değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Son olarak SHU ve hasta o anki soruna etki eden olası kaynakları keşfederler.

Birinci aşamanın ne kadar ayrıntılı ve geniş kapsamlı olacağı kurumun yapısına, problemin türüne ve hastayla SHU'nun ilişkisinin niteliğine göre değişir. Bu aşama hastanın anksiyetesiyle başedebilmesi için kısa dönemli bir kriz müdahalesi gerektiriyorsa sosyal hizmet ilişkisi sınırlandırılabilir. Ters bir durumda da hasta uzun süreli bir tedavi alacaksa ve hastanın fiziksel işlevlerindeki ani, ciddi ve bütüncül değişikliklere yoğun bir uyum yapması gerekiyorsa SHU hastanın total sosyal durumunu değerlendirir ve buna göre daha kapsamlı ve uzun bir çalışma sürdürür.

SHU'ları mülakat ve gözlem yoluyla bilgi toplarlar. Hasta ve ailesiyle birlikte başlangıç aşamasını yürütürken aynı zamanda hastanın hekiminden, diğer tıbbi bakım personelinin ve kayıtlardan bilgiler toplar. SHU çalışmasını sürdürürken ilgi odağını hastanın işlevselliği ve hastanın total sosyal koşullarında ilişki içinde bulunduğu ailesi üzerinde toplar. SHU ayrıca hastanın içinde bulunduğu bakım sistemiyle olan ilişkileri ve hastanın gereksinimlerinin ne düzeyde karşılandığını da gözlemlemelidir. SHU bu sayede aşağı yukarı sağlık bakım kurumlarında hastaya etki eden genel sorunları belirleyebilecektir (Estes 1984).

Hastanın karşılaştığı problemlere ilişkin olarak üç sınıf oluşturulabilir. Birinci grup sorunlar "sağlık bakım kurumuna girme" ile ilgilidir. Hastalar tıbbi bakım kurumlarına yatmaya ilişkin problemlerini direkt olarak SHU'larına getirirler ancak SHU'lar bu problemlerden dolayı şekilde haberdar olurlar. Hastaların tıbbi bakıma ulaşma ve ondan yararlanma konusunda güçlükleri varsa, bu durum hastaların tıbbi bakımı almalarını ertelemelerine, randevularına gelmemelerine, hastanede kalmaya dirence veya verilen önerilere uymamaya neden olabilir. Böyle bir durumda SHU hastasıyla ilişki kurmalı ve onlara tıbbi bakımdan yararlanmalarına etki eden güçlüklerin kaynağını öğrenmelidir.

Bir tıbbi bakım sistemine veya belirli bir sağlık hizmetine ulaşmada fiziksel nedenlerden dolayı ortaya güçlükler çıkabilir. Örneğin; bir sağlık bakım kurumu bu bakıma gereksinim duyan insanların ikamet yerlerinden çok uzakta olabilir, bu kuruma ulaşmak için harcanacak olan yol parası çok yüksek olabilir ve bu kurumun bulunduğu yere ulaşım olanakları kısıtlı olabilir. Bakım yerinden epey uzakta ikamet eden bir hasta için radyasyon tedavisi için sık sık bu kuruma gidip gelmesi gerçekten çok önemli bir problem olabilir.

Tıbbi bakım hizmetleri için ödenen para bu hizmetleri kullanmamaya etki eden bir başka neden olabilir. Bakım için para ödeme bir çok ailede dikkate değer ölçüde bir stres kaynağı ve bakımdan optimal düzeyde yarar sağlamaya bir engeldir.

Sistemin yapısından dolayı hastalar sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma konusunda güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Hizmetten yararlanabilmek için izlenecek prosedür karmaşık, zorluklarla dolu, gayri insani veya düşmanca olabilir. Buna karşın bir hastaya sunulacak olan sağlık bakım hizmeti düzenli, anlaşılabilir bir sistem içinde verilmeli ve tedavi insani ölçüler taşımalıdır. Bir kurumun bu gibi özellikleri hastanın tıbbi bakımdan yararlanmasını kolaylaştıran veya güçleştiren önemli özelliklerdir.

Bazı hastalar için sağlık bakım sistemi değil, hastanın ev yaşantısı sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmasında problem kaynağıdır. Bazı hastalar için evden ayrılmak imkansızdır veya aile sorumlulukları evden ayrılıp hastaneye gitmeye göre ağır basabilir. Evin geçimini sağlayan bir kişiye ameliyat gerekli olabilir ama

ailesinin geçimini sağlamaya yardımcı olacak, alternatif bir gelir kaynağı olmayabilir. Bir anne doğum öncesi bakım alırken veya doğum için hastaneye yattığı zaman çocuklarına baktırabilecek bir kimse bulamayabilir. İlaç alışkanlığı veya alkolizm gibi ciddi sosyal problemleri olan hastalar toplum içinde kendilerini deşifre edici, bir anlamda damgalanıcı durumları nedeniyle reddedilebilecekleri veya farklı muameleye tabi tutulabilecekleri korkusuyla tıbbi bakımlarını ihmal edebilirler. Tüm bu güçlükler tıbbi bakımdan düzenli şekilde yararlanmamaya veya ertelemeye yol açabilir.

Son olarak hastaların kendilerine özgü inanç ve tutumları sağlık hizmetlerini yapıcı şekilde kullanmalarında bazen bir engel olabilir. Bu hastalar bakımın gerekli olduğunu bilmeyebilir veya bu bakımın yararlı olacağına inanmayabilirler. Bazı hastalar ise tanımadıkları bir yere gitmekten ve yabancılarla bir arada olmaktan korkabilirler. Bazı insanlar ise kendisi ile ilgili birtakım şeylerin çok ciddi bir şekilde kötü olduğunun söylenmesinden ürkerler. Onların geçmiş deneyimleri zor durumda kaldıkları zaman etkili bir yardım alabileceklerini öğretmemiştir (McKinley ve Dutton 1974).

"Hastalığa karşı tepkiler" ikinci grup sorunları oluşturur. Tıbbi bir bakım kurumuna girmek birçok hasta için bir seri probleme neden olabilirken tüm hastalar için hastalığına veya içinde bulunduğu duruma uyum sağlama da önemli bir sorun grubudur. Verdikleri tepkilerin güçlü ve uça olması nedeniyle hastaların bakımlarına engel olur. Bu hastalar atipik davranışları nedeniyle SHU'larına havale edilirler. Böyle bir durumda SHU daima hastanın içinde bulunduğu duruma nasıl tepki verdiği ile işe başlamalıdır.

Hastalık; hastalar ve ailesi için iki tür problem olarak görülebilir. İçsel yani duygusal ve dışsal yani çevresel problemler. Hastalıkların tümü, güçlü duygusal yanıtlara neden olur. Yaşamı tehdit eden bir durum; kolayca incinebilirlik, anksiyete, keder, depresyon, kızgınlık veya bunların tümünü kapsayan duyguların ortaya çıkmasına neden olabilir. Hamilelik memnuniyet veya hayret duygularıyla karşılanabilir ve annenin benlik imajında uyumlara neden olabilir. Kronik bir hastalığı olan veya bir ayağın kesilmesi gibi sürekli kaybı olan hastalar üzüntü ve kızgınlığın çevrelediği duruma bir seri içsel uyum yapmak zorundadır ve aynı zamanda değişen fiziksel kapasitesini benlik imajına uydurmak durumundadır. Aile üyeleri de hastanın durumuna ilişkin olarak çok güçlü duygusal tepkileri yaşamaktadırlar, onlar da hastanın değişen koşullarına sürekli veya geçici olarak duygusal uyum yapmak zorundadırlar.

Duygusal yanıtlar çeşitli şekillerde kendini gösterebilir. Hasta ve aileleri bazen bir süre inanmama, şok ve korku duygularını yaşayabilirler. Kötü haberlere uyum sağlamaya zaman bulana kadar ilgisiz veya duyarsız görünebilirler. Onlara bakım vermeye çalışan sağlık personeline kızgınlıklarını aktarabilirler. Hastalar kendilerini altüst olmuş ve yenilmiş hissedebilirler; gerekli aksiyonları yapmak için kendilerini güçlü hissetmeyebilirler. Hastalar ve ailelerinin

duygusal tepkilerini kontrol edebilme ve onlarla başedebilme konularında bazı güçlükleri bulunabilir. Müdahale yapılmadığı sürece bu kişiler bakımdan optimal düzeyde yararlanamayabilirler veya aile uyum kalıplarında uzun süreli hasarlar ortaya çıkabilir.

Hastalar ve aileleri aynı zamanda dışsal uyumlar da yapmak zorundadırlar. Akut hastalık sürecinde meydana gelen spesifik davranış değişikliklerine uyum yapma, tedavi için gerekli uygulamaları yapma veya hastalık nedeniyle yaşam tarzında ve işlevselliğinde uzun süreli değişiklikler yapma zorundadır. Hastalık; hastanın çalışma ve aile yaşamına ilişkin rollerindeki işlevselliği üzerinde de etki yapar.

Ailenin gelirini sağlayan kişi hastalandığında, aile hastane giderlerini sağlamak için bir yol bulmak zorundadır. Ebeveynlerden biri hastaneye yattığı zaman çocuk bakımı ve ev işlerinin yapılması gereksinimi karşılanmak zorundadır. Hamile bir kadın için lohusalık dönemine ilişkin olarak planlama yapılması ve bebeğin bakılması için bazı önlemlerin alınması gerekir. Bir hastalık, hastanın ailesinin total işlevselliğine etki eder ve ailenin diğer üyeleri hasta üyenin ciddi hastalığı nedeniyle kendi yaşamlarının bazı boyutlarında güçlüklerle karşılaşabilirler. Örneğin; bir kadının iş yaşamı kocasının hastalığı nedeniyle etkilenebilir.

Hastalar ve aile üyeleri hastalığın tedavisini sürdürmede bazı problemleri çözmek zorundadırlar. Hastalar ve aileleri hastalığın tedavisinde bir rol üstlenirler. Sadece bazı durumlarda (örneğin ameliyatta) tedavi sadece tıbbi personelin elindedir. Hastalar ilaçları ve tıbbi malzemeleri (örneğin koltuk değneği) edinmek ve bunların uygun şekilde nasıl kullanılacağını öğrenmek zorundadır. Onlar aynı zamanda hastalığın tedavisi ile bağıntılı olarak yeni düzenlemeleri öğrenmek zorundadır. Günlük egzersizler ve diyet yemeğinin hazırlanması gibi. Bu gereksinimler hastanın bunları karşılayacak parası olmadığı veya bunları öğrenmede ve yeni düzenlemelere uyum sağlamada güçlükleri varsa pratik sorunlar yaratabilir.

Son olarak, hasta fiziksel bakımının karşılanması konusunda çok fazla güçlükle karşılaşabilir. Eğer hastalar fiziksel olarak çok zayıf, yatağa veya eve bağımlı ise, diğerleri hasta için günlük yaşamda gerekli olan koşulları sağlamak zorundadır. Yalnız yaşayan veya bu sorumluluğu karşılama yeteneğinden yoksun kişilerle yaşayan hastalar için bu gereksinimler sorun kaynağı olabilir. Nekahat devresinde bakacak hiç kimsesi olmayan ve rehabilite edici hizmetlere gerek duyan hastalara bu hizmetlerin verilebilmesi için gerekli kolaylıkların sağlanması gereklidir (Berkman 1977; Mechanic 1978).

"Sağlık bakım sistemine duyulan tepki" de üçüncü grup sorun kaynağını oluşturur. Hastaların neyin kötü gittiğini anlayamadıkları ve kendilerine neyin yapılacağını kavrayamadıkları zaman duygusal rahatsızlık gittikçe artar. Bu bilgileri edinmedeki güçlüklerin bir çok kaynağı olabilir. Mesleki personel içinde bulunan durumu ve

süreci anlatmak için teknik bir dil kullanır ve bu şekilde bilgi verirler. Hastalar bu terimleri kendi dillerinde anlayamazlar. Sağlık bakım hizmetini sağlayan personel kimi zaman hastalarına ne olduğunu ve onlara ne yapılacağını anlatmayı unuturlar. Bilgi verildiği zaman bile hastalar bunları özümseme konusunda çok fazla tedirginlik yaşarlar. Hastalar içinde bulundukları durum ve süreç hakkında yetersiz bilgi sahibi oldukları zaman durumlarına uyum sağlama konusunda yeterince hazırlıklı olamazlar. Yardımsızlık, düşmanlık duygularını kontrol edememe, duyarsızlık ve geri çekilmenin yanı sıra problemleri çözmeye çalışma konusunda kapasitelerinin azalması sonucu da ortaya çıkar.(Freidson 1970;Mechanic 1978).

Hastaneye yatan hastalar daha "başka güçlükler"le de karşılaşır- lar. Hastanede yatıyor olmak kişinin sorunlarla başedebilme kapasitesini azaltır ve altedilmiş, yenilmiş duruma düştüklerini hissetmelerine neden olur. Hastane bakımının bir çok sıkıntı ve stres yaratıcı yönü vardır. Hastane rutininin getirdiklerine hastalıklardan dolayı fiziksel işlevlerin yapılamaması eklenince hastanede yatan hastalar olağan davranışlarının ve günlük rutinlerinin bir çok boyutunda kontrollerinin azalmasına neden olur. Küçük bir odanın sınırlarıyla yaşamak zorunda kalma, hastane giysilerini veya diğer gece giysilerini (pijama gibi) giyme nedeniyle hasta kadın veya erkek kendini bir bütün olarak işlevlerini yerine getiren ve en önemlisi kendini komple bir insan gibi gösterme fırsatını bulamazlar. Bir hastanın davranışı (örneğin banyo yaparken, yemek yerken, yataktan kalkarken) bireysel özelliklerden çok hastane rutinine uymak zorundadır. Ailelerinden veya diğer yakınlarında ayrılma (onların varlığı ve sayısı ziyaret sayısı ile sınırlıdır) hastanın yalnızlık duygularını arttırır. Telefonla bile sevilen bir yakın ile kontakt kurmak epey güç olabilir. Acı veren, yalnızlaştıran ve korku veren bu süreçler hastanede yatan hastaların travmasına katkıda bulunur. Hastalar yatakta ve çoğunlukla yatar pozisyonda kendilerine yapılacak uygulamalar için kendisinin hiç tanımadığı, yabancı bir yerde beklemek zorundadır. Ameliyat sonrası bir süre boyunca hasta acı çekebilir, yardımsızlık duygusu yaşayabilir bazen vücudunda dehşet verici değişiklikler yapılır ve bütün bunlar hastanın fiziksel bütünlüğüne olumsuz bir şekilde etki eder(Lucente ve Fleck 1972;New York Times 1982).

Bazı yaş grupları hastanenin bu stres yaratıcı ortamından diğer gruplara göre daha fazla etkilenirler. Çocuklar üzerinde hastanenin travmatik etkisi çok geniş ölçüde ortaya konmuştur(Skipper ve Leonard 1968) ama yaşlı insanlar da bu etkilenme içinde kendine özgü özellikler arzederler(Mezey 1979). Başedebilme kapasitelerindeki değişiklikler ve bilişsel işlevlerindeki yavaşlama nedeniyle yaşlı insanlar hastanede yatarlarken ailesel çevrelerine daha fazla bağımlı ve daha az uyumludurlar(Chisholm, Deniston ve Igrisan 1982).

Hastanede kalmanın bu tür özellikleri ayrı ayrı veya bir bütün olarak hastanın başedebilme kapasitelerini destekleyici olmak yerine olumsuz özellikler olarak ortaya çıkar. Hastanede yatan bir hasta ile çalışan SHU hastanın hastanede kalmaktan dolayı verdiği tepkileri değerlendirmeli ve hastanın stresini artıran etmenleri araştırmalıdır.

Değerlendirme yapılırken hastanın geçmiş yaşantısına ilişkin bilgilerden yararlanılır. Hastanın sosyal durumu bize önemli bilgi sağlar. Değerlendirme yaparken SHU'lar hastanın içinde bulunduğu durumla başedebilmelerine etki edebilecek bilgileri toplar ve gözlem yaparlar. Hastanın sosyal durumuna ilişkin olarak temel verilerin elde edilmesi bize bir çok değerli bilgiyi verir. Ailenin yapısı ve işlevlerinin belirlenmesi sonucunda hangi türde sorunların ortaya çıkabileceği (çocukların bakımı gibi) ve kimlerden destek gelebileceği (eş, arkadaş veya akraba gibi) saptanabilir. Hastanın ve ailesinin çalışma yaşamına ilişkin bilgiler de aynı şekilde özellikler gösterirler. Olası gerilimler ve mümkün olabilecek mali destek kaynakları ve arkadaşlarının ve mesai arkadaşlarının desteği ortaya konulur (Estes 1984).

Hastaların etnik geçmişi ve sosyal sınıfı gibi özellikleri de hastalığa karşı verecekleri tepkiler de bazı değişikliklerin ortaya çıkmasında etkilidir. Bir etnik grubun üyeleri o grupça benimsenen karakteristik özelliklere uygun olarak tepki verirler ve algılamaları bu yönde olur. Geniş toplum yapısı içinde bulunan etnik gruplar kendi üyelerini farklı şekillerde sosyalleştirirken, hastalığa karşı tepkileri de o grupların spesifik statüsüne göre şekillenmektedir. Sosyal sınıf özellikleri de mali, eğitimsel özellikler ile gösterilir ve çalışma yaşamına göre belirginleşir. Parası olan insanlar tıbbi bakım için ödeme yapabilirler. Bu durum onların hastalığı tolere edebilmelerine ve gerekli tedaviyi alma konusunda daha girişken olabilmelerine neden olabilir. Ayrıca sosyal sınıf özellikleri sadece parasal değil aynı zamanda destekleyici sosyal ilişkiler ve diğer kaynaklar konusunda kolaylıklar sağlayabilir ve tıbbi hizmetlerden yararlanmayı kolaylaştırabilir (Zbrowski 1958).

SHU'ları çalışmasını sürdürürken hastanın cinsiyetini, yaşını ve gelişimsel aşamasını da gözönünde bulundurmalıdır. Buna ilişkin gözlemler yapmalı ve hastanın hangi aşamaya uygun gelişimsel özelliklerle uyum sağlamaya çalıştığına dikkat etmelidir. Adölesanların bağımlılık çatışması ve özerklik gereksinimleri tıbbi önerileri yerine getirme konusunda ebeveynlerinin sözlerine uymada ikili duygular yaratır. Bir hastalık adölesanların bağımsızlık için çatıştıkları bu döneme denk gelirse hastanın büyük ölçüde bir bağımlılık yaşamasına neden olabilir. Küçük çocukları olan ebeveynlerin yetişkin olarak sorumlulukları bir hastalık nedeniyle kolayca düzenini yitirebilir. Yaşlı bir insan, iş yaşamına yeni girmiş genç birine göre bu yaşamdaki rollerini daha kolay bırakma eğiliminde olabilir. Bu durum onun iyileşmesi için motivasyonunu da kapsar. Gelişimsel aşama ayrıca hasta kişi için yardımcı olabilecek destekleyici toplumsal kaynak ve materyal kalıplarını da etkileyebilecektir.

Hastanın geçmişte yaşadığı çeşitli olaylar ve problemlerle uğraşma şekilleri onun o anki başedebilme kaynaklarını da önemli ölçüde etkileyecektir. Duruma veya hastalığa ilişkin deneyimi, hastanın duygusal olarak vereceği tepkinin şeklini belirleyecektir. Bu durum hastanın o anki işlevselliğine yardımcı olabileceği gibi yardımcı

olmayabilir de. Eğer bir hastanın babası bir kalp meselesinden ölmüşse böyle bir teşhis onun için çok korkutucu olabilir. Diğer taraftan daha önce hastane deneyimi yaşamış olan bir hasta bunu o anki deneyimi ile bütünleştirebilir. Fıtık ameliyatı olacak bir hasta ameliyata gitmeden önce sakin olabileceği gibi oldukça yüksek düzeyde endişeli olabilir.

SHU hastaların ve ailelerin geçmişte hastalıkla ve diğer problemlerle nasıl uğraştıkları konusunda da bilgi toplamalıdır. Bir hasta problemleri tek başına bağımsız bir şekilde çözme eğiliminde olabileceği gibi başkalarına bağımlı olabilir. Aile üyeleri geçmişte hastanın gereksinimlerine duyarlı olabileceği gibi duyarsız olabilir. Bu bilgiler SHU'na yardımcı olur (Estes 1984).

Başetmeye ilişkin bir başka faktör de o anki adaptasyon sürecidir. Hastalar çok yakın zamanda üst üste bir kaç kez kriz ve yaşam tehlikesi atlattıysa onların kişisel ve ilişkiler açısından başetme kaynakları gerilemiş ve tükenmiş olabilir. Geçen bir iki ay içinde annesini kaybeden ve kocasından ayrılan bir kadın çocuğunun hastalığına karşı çok aşırı tepkide bulunabilir ve çöküntüye uğrayabilir (Fuller ve Larson 1980; George 1980).

SHU'ları hastaların kültürel geçmişleri, geçmişte yaşadıkları krizler, o an içinde bulundukları koşullar ve kaynakları veya o anki problem çözme kapasitelerine etki edebilecek gerginlikleri hakkında bilgi toplayarak, hasta hakkında ortaya bir tablo çıkarmalıdır. Buna karşın sosyal hizmetin inceleme süreci sadece bilgi toplama ve problemlerin belirlenmesini kapsamaz, bu süreç hizmet verebilmek için bir basamaktır. SHU'nun buradaki görevlerinden biri hastayla (ve/veya ailesiyle) birlikte çalışmanın doğasını hastaya anlatmaktır. Hasta ve SHU çalışmalarına birer yabancı olarak başlarlar. Bir çok hastanın SHU konusunda ya çok sınırlı bilgisi vardır ya da bilgisi yoktur. Hastanın SHU'dan çeşitli beklentileri olabilir; bazen bu beklentiler hastanın mali problemlerine ve taburculuk planlarına yardım ile sınırlı olabilir.

SHU'nun kendisine ilişkin rolü ve işlevi ile görüşmenin amacını etkili bir şekilde anlatmasına bağlı olarak hastalar bilgilerini tamamlayabileceklerdir. SHU rolünü, işlevini ve amacını hastaya kısa ve açık bir şekilde anlatmalı ve hastanın bunları anladığına dair geri bildirim almalıdır. Bunu yaptıktan sonra SHU tartışılacak konuları ve yapılacak aktiviteleri ortaya koymalıdır. Bu durum hastaya SHU'nun geliştireceği iletişim için belirginlik ve yön tayini yapmasına olanak verir. Bu durum ayrıca hastanın SHU'dan ne tür yardım alabileceği konusunda da bilgi edinmesini sağlar (Green 1982; Middleman 1974; Reid 1972; Shulman 1979).

Hasta ile SHU ilişkisinin başlangıcında SHU kendisinin nasıl bir kişi olduğunu göstermelidir. Güçlükler hakkında iletişime girebilmek ve yürütülecek çalışma hakkında karar verebilmek için hastaların SHU'nun kendilerini anlayabileceğine ve yardım edebileceğine inanmaları gerekir. Ayrıca SHU'nun kendilerini dikkatli bir şekilde

dinlediğini, o an içinde bulundukları durumla ilgili spesifik yaşantılarını anladığını ve yaşadıkları zorlukları ve acıları kavradığını hissetmesi gereklidir. Sözcüklerle, jestlerle ve yüz ifadesiyle SHU hastaya onu anladığını göstermeli ve daha ileri düzeyde etkileşim için desteklemelidir. SHU bir konuyu tartışırken hastanın konu hakkındaki duygularını ve tutumlarını ifade etmesine olanak tanımalı ve ona yardımcı olmalıdır(Middleman 1974;Shulman 1979). SHU incelemesini yaparken kaynaklarını kumanda ettiğini göstermeli ve etkili şekilde yardım edebilmek için gerekli uzmanlığa sahip olmalıdır (Estes 1984).

SHU ayrıca hastanın içinde bulunduğu durumu çok iyi bir şekilde açıkladıktan sonra hastaya niçin birlikte çalışmalarının gerekli olduğunu göstermelidir. Belirli bir konu üzerinde sorulan iyi ve etkili sorular esas konuyu ortaya koyar ve gerekli açıklamaların yapılmasına yardımcı olur. Aynı zamanda SHU müracaatçıyı iyi bir şekilde dinlemeli ve hastanın duygularını aktarmasına yardımcı olmalıdır. Hastanın duyguları ve gerekli müdahalenin yapılması ve hizmet planlaması arasındaki dengeyi sağlayabilmek çok sayıda pratik yapma sonucunda elde edilebilecek bir beceridir.

Müdahale (intervention) sürecinde yerine getirilmesi gerekli olan bir başka görev ise hastanın veya müracaatçının başedebilme becerisini harekete geçirmektir. SHU müracaatçının içinde bulunduğu durumu ele alırken müracaatçıyı konuya katmalı, destekleyici dinlemeli ve yansıtıcı analizi yaparken birlikte çalışmalı ve hastanın problem çözme kapasitesini desteklemelidir. Mümkün olduğu ölçüde süreçte karşılıklılığı sağlamalı ve müracaatçıyı bu yöne kanalizetmelidir. Örneğin eğer uygunsa SHU hastaları ve aile üyelerini tanımladıkları problemlerin çözümleri hakkındaki düşüncelerini ifade etmelerine yardımcı olmalıdır (Estes 1984).

1.4.2. SOSYAL HİZMET PLANLAMASI AŞAMASI

Müdahale noktaları ve sosyal hizmet planlaması SHU ve müracaatçının ne şekilde işlev görecekları konusunda verdikleri bir karar "kontrat" sonucunda başlar. Anlaşma veya kontrat yapma ile hangi problemlerin çözümlenmesinin gerekli olduğu, bu problemlerden hangilerinin acil olduğu, ne gibi öncüllerin olacağı, neyin yapılacağı ve spesifik görevleri kimin yerine getireceği tanımlanmaktadır. Örneğin mastektomi olacak bir kadın çocuklarının bakımı için bir planlamanın yapılmasında onların duygusal gereksinimleri, bilgi ihtiyacı ve çocuklarıyla iletişiminin sağlanması kendisi için öncelik olarak kabul edilebilir. SHU ve müracaatçı bu problemlerin her biri için bir eylem planı yapma konusunda anlaşmaya varacaklardır(Compton ve Gallaway 1979;Reid ve Epstein 1972).

İnceleme ve sosyal hizmet planlaması arasında bağıntı kurarken SHU hasta, hastalık ve total durum hakkında topladığı bilgileri gözden geçirir ve bunları organize eder. Bu bilgiler kısa bir sosyal özet

veya değerlendirme şeklinde verilebileceği gibi tedaviye ve içinde bulunulan kurumun yapısına bağlı olarak ayrıntılı bir tarihçe ve psiko-sosyal değerlendirme biçiminde bir forma aktarılır. Bu özetle hastanın ve içinde bulunulan durumun görünümü elde edilen bilgiler ve ulaşılan sonuç formüle edilir. Esas problem tesbit edilir, üzerinde çalışılacak konular belirlenir ve her biri için bir eylem planı yapılır. Bu çalışma SHU'nun düşüncelerini, planlamasını ve olası çalışmalarını organize etmesine yardımcı olabileceği gibi hastayla çalışırken hastaya yardım etmek amacıyla ilişki kurulacak olan diğer meslektaş ve kurumlarla iletişime geçmede de yardımcı olur.

Problem çözme çabasına kimin veya kimlerin katılacağına bağlı olarak sosyal hizmet planlamasına hasta, aile üyeleri ve diğer sağlık personeli dahil edilir. Planlama yapılacak müdahalenin bir parçası olarak ele alınması nedeniyle bu aşamayı tek, ayrı bir aşama olarak tanımlama için bir çok neden vardır. Açık bir planlamada SHU hasta ve diğerleri üzerinde odaklaşır. Bu sayede hastanın ve ailesinin self-determinasyon hakkı güvence altında tutulur, onlara içinde bulundukları ve katıldıkları aşamanın farkına varmalarına ve bunu kabul etmelerine yardımcı olunur. Planlar doğal olarak formüle edilmek zorundadırlar. Açık bir şekilde yapılmış ve iyice gözden geçirilmiş planlar, düşünülmeden yapılmış olan planların yaratacağı boş çabaları ortadan kaldırır ve boşa zaman harcanmasına engel olur. Son olarak belirtilmesi gereken konu amaçları ve yöntemleri belirtilmiş olan yapılar, yapılan çalışmanın değerlendirilmesi için bize bir temel oluşturur (Estes 1984).

1.4.3. HİZMETİN VERİLMESİ AŞAMASI

SHU'ların verdikleri hizmetlerin bir çok yönü vardır. Ayırtetmek amacıyla burada ayrı ayrı ele alınmışlardır. Ancak bunların birbirinden ayrı tutulması pek mümkün değildir. Bunlar; danışma ve duygusal destek sağlama, kaynak sağlama, iş birliği ve konsültasyon ve grup hizmetleri gibi faaliyetlerdir. Grup hizmetleri dışarıda tutulmak koşuluyla tıbbi bakım kurumlarında verilen hizmetler çoğunlukla bunların tümünü kapsar.

"Danışma" -hastaya destek sağlama, moral verme ve hastanın acı verici duygularını hafifletmeye yarayan bir yardım yolu- SHU ile hasta arasında meydana gelen tüm iletişimlerini ortaya koyar ve bütün bunları kapsar. Problem çözme sürecinde kaynak bulma ve hastalığın sonucunda ortaya çıkan gereksinimleri karşılama işlevi de aslında bir danışmanlık sürecidir. SHU'nun hastanın duygularını anlayabildiği ve bunlara cevap verebildiği ölçüde hastanın problem çözme enerjisi ve kapasitesi açığa çıkar. Destekleyici ve kabul edici ilişkinin kullanımı tüm sosyal hizmet çalışmaları için esastır.

Hasta ve ailesiyle yapılan destekleyici danışma bir çok yönden yararlıdır. Ciddi bir hastalık karşısında hasta ve ailesi acı verici

duygular yaşayabilirler. Bu güçlü duygular, yeni bir veri ya da hali hazırda bulunan verilerin kullanımı problem çözme süreci ve adaptasyon sayesinde değiştirilebilir. Örneğin; baş parmağını kaybetmiş bir kişi bu yüzden derin bir keder içinde bulunabilir ama bu duygularını ifade edemeyebilir. Çünkü bu kişi hala kayıp parmağı ile meşguldür. Kişi bu durumu benlik imgesine adapte etmek, yeni durumuna uygun aktiviteler ve çabalar aramak istemeyebilecektir. SHU böyle bir hastanın duygularını dile getirmesine, içinde bulunduğu yeni durum hakkında konuşmasına ve ona ilişkin tepkilerini anlatmasına yardımcı olabilir.

Hastaların yaşadıkları korku, kayıp ve kızgınlık gibi duyguları hakkında konuşularak, belki defalarca tekrarlanarak onların kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olunabilir. Bu duyguları anlaşıldığı ve ifade edildiği zaman hastanın başedebilme ve uyum sağlama becerileri ortaya çıkar ve güçlenir.

Ciddi bir hastalığı olan veya çok şiddetli ve üstesinden gelinemeyecek düzeyde problemlerle karşılaşan insanlar içinde bulundukları durumu kendileriyle paylaşmayan diğer insanlardan farklı olguları yaşadıkları için kendilerini oldukça izole edilmiş hissederler. Üstlendikleri sorumlulukları yerine getiremeyen ve elinde bulundurduğu kaynaklardan yeterince yararlanma becerisi olmayan insanların benlik saygıları düşük düzeydedir ve kendilerini değersiz hissederler.

Bu konularda yapılacak psikolojik destekleme hastanın ve aile üyelerinin baş edebilme ve problem çözme kapasitelerini restore edebilmelerine yardımcı olabilir. Çoğu zaman SHU problemleri analiz etme ve çözümlemek için hastalarla birlikte çalışır. Bazen SHU müracaatçılarına yardım ederken onların sorunlarını çözme konusunda yetersiz kaldıkları veya problemleri işlevsel olmayan bir şekilde halletmeye çalıştıkları zaman işi ele almak zorunda kalabilir. Eğer bir hastanın stresle başedebilme yolu çözümsüz kalıyorsa, içinde bulunduğu koşula ilişkin duygularını, müracaatçıya bu davranışının olumsuz sonuçlarını ve diğer davranış seçeneklerinin olumlu yönlerini göstererek ona yardımcı olabilir. Bu sayede SHU'nun sağlık problemleri konusundaki danışmanlık yardımı hastaların ve ailelerin başedebilme ve problem çözebilme becerilerinin ortaya çıkmasına ve gelişmesine yardımcı olur.

Hasta ve aile üyelerinden biri veya birkaçı arasındaki ilişkilere yardım da sosyal hizmet danışmanlığının bir odak noktası olabilir. Hastalar yakınlarından daha fazla duygusal destek alma gereksinimi duyabilir. Bir koca yakında ölecek olan eşi için duyduğu kederi ifade etmek ve bu duygularına hakim olabilmek amacıyla yardıma ihtiyaç duyabilir. Evli üyeler veya ebeveynler ve çocuklar birlikte konuşmak ve problemleri çözmek amacıyla yeni yollar öğrenmeye gereksinim duyabilir. SHU hastanın sevdiği bir kişiye karşı olan davranışının bazı boyutlarını değiştirmesi konusunda yardımcı olabilir. Bu çalışma hastanın ve ailesinin tıbbi krize uyum sağlama kapasitesini güçlendirmek amacıyla yapılır. Hastalık süresince aile ilişkilerinin yardımı ve aile desteği çok kritik düzeyde öneme sahip olabilir.

" Kaynak sağlama ve kaynaklarla ilişki kurma" hizmet sunumunun diğer bir boyutudur. Destekleyici çalışma bazı problemleri çözmede hastalara yardımcı olurken hasta ve ailesinin sağlık problemi süresince karşılaştıkları sorunun çözümü için diğer sistemlerden kaynak sağlamayı gerektirir. Üzerinde çalışılacak olan problemler belirlendikten sonra hasta ve SHU her problemin çözümü için hangi kaynakların olabileceği ve bu kaynakların hangilerinin kabul edilebilir olduğu üzerinde durur. Hastaların ve ailelerinin problemlerini çözmek amacıyla gereksinim duydukları kaynak ve hizmetleri kolaylıkla kullanabilmeleri konusunda SHU'lar önemli rol alırlar.

Hastalar tıbbi bakım kurumlarına ulaşmaya veya buraya ulaşım için paraya gereksinim duyarlar. Hastalar bakımları için gereken ödemeyi yaptırabilmek için mali kaynaklara gereksinim duyabilirler. Hastalar doktora gitmek veya hastanede yatmak zorunda kaldıkları süre içinde bakmakla yükümlü oldukları kişilerin (çocukları gibi) bakımı için yardım edecek kişilere gereksinim duyarlar. Ayrıca bu kişiler rehabilite edici bakıma gereksinim duyabilir veya taburculuk sonrasında tamamiyle yeni bir yaşama uyum sağlamak durumunda kalabilir. Daha önceki bölümde ortaya konan her bir maddi gereksinim için SHU ve müracaatçı bu gereksinimleri karşılayacak kaynak bulmak zorundadırlar.

Hastanın kendi sosyal çevresindeki informal kaynaklar bazen gereksinim duyulan yardımı sağlayabilir. SHU hastalara sosyal ilişkilerinden dolayı onlara ulaşım sağlayacak, çocuklarına bakacak, nekahat devresinde bakım verecek, maddi yardım, duygusal destek verecek kaynakları ve kişileri belirlemelerine yardımcı olur. SHU hastalara ihtiyaçlarını nasıl planlamaları gerektiği konusunda yardımcı olabilir veya gerekli olduğu zaman hastanın nasıl davranması gerektiğini gösterebilir. Bu süreçte, destek ilişkileri veya müracaatçı tarafından belirlenen bir kişi de dahil edilebilir. Örneğin; SHU ve bir mastektomi hastası, hastanın kemoterapi için evden ayrıldığı zaman evde kalan çocuğuna bakması için hastanın sosyal çevresinde bulunan yakın bir arkadaşını veya akrabasını bu iş için belirleyebilirler (Finlayson 1976; Germain 1980 ve Nuckolls 1972).

Doğal destekler çoğunlukla (hastanın ailesi, arkadaşları gibi) güçlü ve onlardan yardım istendiğinde yardım etmeye hazır olmalarına rağmen bazen ilişkiler ve durumlar karmaşık olabilir. Hastalar yardım isteme konusunda çatışma içinde olabilirler ve bazen potansiyel yardım sağlayıcı kişiler de bu yardımı verme konusunda ambivalans duygulara sahip olabilirler. Bu nedenlerden dolayı yardım alan ve yardım eden kişiler arasında köprü oluşturmak ve iyi bir denge kurmak için SHU'nun dikkate değer bir beceriye sahip olması gerekir. SHU doğal kaynakları harekete geçirmek, formal kaynakların iktisadi olarak kullanılmasına yardımcı olmakla kalmaz aynı zamanda bunların bütünleştirilmesini sağlar. Bu durum gelecekteki işbirliği ve alışveriş için bir temel oluşturmasına yardımcı olur.

Formal kaynakların sınırları bellidir. İnfomal ilişkilerin gereksinim duyulan yardımı sürekli olarak sağlayamaması nedeniyle tıbbi bakım kurumlarında sosyal hizmet yardımının büyük bir bölümünü hastaların ve ailelerin problemlerine çözüm bulmaları konusunda sosyal sistemde ve sağlık hizmetlerinde somut kaynaklar bulma oluşturur. Problemleri çözmeye yönelik bu gibi kolaylaştırıcı hizmetler tıbbi bakıma ulaşmayı ve bu bakımdan yararlanmayı artırır (Reid 1972).

SHU problemleri çözmeye ve tıbbi bakımdan sürekli olarak yararlanmaları için hastaların toplum kaynakları ile bağlantı kurmalarına yardımcı olur. Eğer yukarıdaki mastektomi hastasının çocuklarına hastanın hastaneye geldiği süre içinde aile üyeleri bakmıyorsa bu durumda bu hasta homemaker hizmetlerine veya koruyucu aile bakımı hizmetlerine gereksinim duyuyor demektir. Eğer hastanın maddi kaynakları tıbbi bakım almaya elverişli değilse hastanın ödeme için diğer kaynaklara başvurması gerekmektedir. Ulaşım için hastanın yardım alabileceği bir aile üyesi yoksa bu durumda hastayı hastaneye ulaştıracak taksi için parasal kaynağa veya organize olmuş kurumsal yardıma veya gönüllü grupların yardımına ihtiyacı vardır.

Romatizmal artirit veya kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hastanın fiziksel kapasitesi azalır ve hasta uğraşsal rehabilitasyon hizmetlerine, evde bakım hizmetlerine gereksinim duyabilir. Evde bakım gören terminal aşamadaki bir hasta çeşitli özel tıbbi malzeme ve teçhizata (hastane yatağı, tekerlekli sandalye, oksijen aygıtı gibi) gereksinim duyabileceği gibi ziyaretçi hemşire ve homemaker'a ihtiyaç duyabilir.

Bakım için planlamaya, hastaneden taburcu olduktan sonraki yaşamının dahil edilmesi önemlidir. Yaşlı olan hastaların iyileşmek için daha uzun süre bakıma gereksinimi vardır. Bu tür insanlar oldukça önemli bir çoğunluğu oluşturmaktadır. Ödeme için üçüncü parti kaynakları (bir çok devlet ve federal programlar ve özel sağlık sigortaları) sadece hastanede bakım ve tedavi olma süreci içinde geçerli olmaktadır. Hasta aktif tedaviyi almayı bıraktığı zaman hastane bakımı için para kesilmektedir. Hasta nekahat devresinde iken daha özenli bir bakıma veya özel bakım kolaylıklarına veya bazı alternatif bakımların yapılmasına gerek vardır (Zelinka 1982).

Sosyal hizmet yardımının büyük bir bölümü hastalığın etkilerini ortadan kaldırmak için kaynak bulma yönünde olurken SHU aynı zamanda hastalar ve ailelerine diğer karmaşık problemlerini çözebilmeleri için toplum kaynaklarını sürekli olarak kullanmalarına yardımcı olur. Yaşamın kaçınılmaz ve insanı güçsüz bırakan problemleri sağlık bakımına da etki edebilir ve hastanın moral durumunu etkileyerek onun fiziksel sağlığını bozabilir. Bazı aileler ciddi ev problemlerinin çözümü için veya sadece giyim, mali destek için havale yapılmasına gereksinim duyabilirler. Bazen bu aileler yasal hizmetlerden, gündüz bakım hizmetlerinden veya işe yerleştirme programlarından yardım alma gereksinimi duyabilirler. Bazı aileler için tıbbi bakım kurumu yaşamlarında karşılaştıkları tek toplum kurumu olabilir.

Müracaatçının kurumla ilk kez temas kurduğu sırada kritik problemlerin ortaya çıkması durumunda SHU müracaatçıya yardım eden ilk kişidir. Kaynaklar hakkında bilgi sahibi olma konusunda SHU'nun özel bir beceriye sahip olması gerekir. Sağlık bakım kurumlarının dışında bulunan bu kaynaklara hastaların ulaşmasını sağlamak için SHU'nun toplumda bulunan kaynaklar hakkında yoğun bir bilgiye ve bu kaynaklara hastaların ulaştırılması için özel bir beceriye sahip olması gerekir. SHU toplumdaki kaynakları öğrenme konusunda sürekli araştırma içinde olmalıdır. Bir bölümde çalışan uzmanlar "kaynak dosyası" geliştirebilir ve bunu ortak olarak kullanabilirler. Burada spesifik problemleri karşılayan kaynaklar liste haline getirilir. SHU ayrıca içinde bulunduğu toplumun sosyal refah sistemi hakkında bilgi sahibi olmalıdır. SHU ayrıca informal bir havale sistemi de geliştirebilir; bir kişi aile mahkemesinde görev yapan veya yetişkin servisinde çalışan bir uzmanın kaynaklar konusunda özel bir uzmanlığa sahip olduğunu öğrenebilir.

Son olarak SHU havale yaptığı kurumlarda çalışan diğer uzmanlar ile kişisel bağlar geliştirebilir. Kişi odaklı yapılan ziyaretler sonucunda hizmetler hakkında birinci el kaynaktan ayrıntılı bilgi elde ederler. Çoğunlukla kişisel tanışıklık müracaatçılara yol göstermede önemli ölçüde yardımcı olur.

Havale işlemini kolaylaştırma ayrı beceriyi gerektirir. SHU'nun ilk görevi kaynaklar hakkında bilgi sahibi olmaktır; ikinci görevi ise, bunlardan müracaatçıların en etkili şekilde yararlanmalarını sağlamaktır. Bir çok hasta için bir başka yere havale edilmek önemli problemi kaynağı olmaz. Çünkü bunlar, sosyal kurumlar hakkında bilgilidirler ve yardım isteme konusunda duydukları rahatsızlığı yenmişlerdir. Bu kişiler yeni durumlara ulaşma ve istemde bulunma konusunda girişimcidirler. Buna karşın bir çok müracaatçı içinde bulundukları servis ağının karmaşıklığı dolayısıyla karmaşaya düşmekte ve şaşırılmaktadır. Sistemin yabancılığı ve formallığı, bürokratik işlemlerin çokluğu, müracaatçıların içinde bulundukları durumu ve gereksinimlerini tanımlamalarında kolaylık sağlanmaması, başvuru formlarının doldurulması için yüksek düzeyde eğitim görmenin gerekli olması müracaatçıların karşılaştıkları sorunlar arasındadır. Bir çok hasta toplum kaynaklarından yararlanma konusunda yukarıdaki güçlükleri yaşamaktadır. Düşük gelir grubunda bulunan müracaatçılar bir toplum kurumundan yararlanmak için başvuru yapma konusunda bilgisizdirler. Aynı zamanda bu kişilerin yardım istedikleri kurumlar yeterince yardımcı değildirler. Bazen SHU bu yüzden başvuru yapmadan önce ne beklediklerini sorar ve bir kuruma başvurdukları zaman nelerle karşılaşabilecekleri konusunda bilgi verir.

Bir çok hasta ise düşük gelir grubunda olmamalarına rağmen karmaşık ve içinden çıkılması kolay olmayan hizmet kurumlarına havale konusunda yardıma ihtiyaç duyabilir. SHU hastaların korkularını ve fantazilerini açığa kavuşturmaları ve bunların ortadan kaldırılması için hastaya destek sağlarken oldukça uzun zaman harcamak durumunda kalabilir. Örneğin; bir hastanede çalışan sosyal hizmet personeli hastanede verilen hizmetleri tanıtmak amacıyla bir fotoğraf albümünü kullanabilir.

Hastaların bir tedavi kurumuna iyileştirilmek amacıyla girmeleri onlar üzerinde oldukça travmatik bir etki yaratabilir ve hastanın çeşitli çatışmalar yaşamasına neden olabilir. Bu yüzden SHU hastanın yeni bir kuruma alışması konusunda ona refakat edebilir veya ona refakat edecek birini bulabilir.

SHU aynı zamanda kurumdan hizmet almaya gelenlerin kabulünde görev alır. Müracaatçının özel gereksinimlerini yorumlayabilen bir SHU sayesinde kurum daha kolay kabul edilebilir. SHU'nun kurumdaki diğer personel ile ilişkisi bu aktivitenin daha kolaylaşmasına yardımcı olur.

"İşbirliği yapma" veya bir diğer anlamda diğer personel ile çalışma tıbbi bakım kurumlarında hastaların problemlerinin çözülmesi için verilen hizmetlerin önemli bir boyutunu oluşturur. SHU diğer personel ile çeşitli şekillerde işbirliği yapar, bu işbirliği sosyal hizmetlerin nasıl organize olduğunu ve bunların tıbbi hizmetlerle ne düzeyde entegre olduğuna bağlı olarak farklılıklar gösterir. SHU faaliyetlerini yürütürken diğer personelden oldukça uzak bir şekilde çalışma yapabilir veya tedavi ekibinin bir parçası gibi çalışabilir. İşbirliği halinde çalışma ilişkisi, işbirliği halinde olan üyelerin ne kadar sıklıkla bir araya geldiklerine, birbirlerine mesafesine ve daha bir çok faktöre bağlı olarak değişiklikler gösterir. SHU belirli bir merkezden çeşitli servislere hizmet verebileceği gibi belli bir böbrek dializ servisi gibi veya yanık ünitesi gibi belli bir serviste de hizmet verebilir. Böyle bir çalışma sürekli, olağan ve çok sık bir şekilde ünite personeli ile çalışmaya ve düzenli olarak ekip toplantılarına katılmaya olanak sağlar(Kane 1975;Rubin 1972;Wise 1982)

Ekip çalışması bir çok türde aktiviteyi içerir ve yoğun bir şekilde bilgi alışverişini gerektirir. Örneğin; hastayla taburculuk planlaması yapan bir SHU'nun hekimden, fizyoterapistten ve hemşireden hastanın tıbbi durumu, hastalığın seyri ve hastanın kendi kendine bakabilme gücü hakkında bilgi alması gerekir. Bu sayede SHU hastanın gereksinim duyabileceği uygun kurumlar ve destekleyici hizmetleri planlayabilir. Aynı zamanda diğer meslek elemanları ile de sorumluluklarını yerine getirmeleri, duyarlı olma ve kişiselleştirilmiş hizmet verme konusundaki bilgisini paylaşır.

Hastanın hastalığa ilişkin duyguları ve tepkileri hakkında bilgisi olan SHU hastanın duygularını ve davranışlarını kolayca anlayabilecektir. Örneğin; SHU hekime veya diğer ekip elemanlarını ameliyat olacak emekli bir hastanın ameliyat öncesi duygularının ne anlama geldiğini aktarabilir. SHU ve diğer ekip personeli arasındaki bilgi alışverişi hastayla çalışmanın daha verimli olmasını sağlar. Ekip elemanlarının kendi uzmanlık alanlarındaki bilgilerini bir diğeriyle paylaşması herkesin kendi planı ve çalışmaları için bir rehber oluşturur.

Belirli bir hasta ve aile üzerinde iki veya daha fazla meslek elemanının aktiviteleri planlarken koordinasyon yapmaları diğer bir işbirliği örneğidir. Bu tür bir koordinasyon sayesinde planlar arasındaki karmaşa ortadan kalkabileceği gibi hizmet tekrarının olması da önlenir. Ölümü yaklaşan bir hastanın evine taburculuk işleminin yapılması sırasında hemşire, hastanın gereksinimi olan ziyaretçi hemşire, özel hasta yatağı ve oksijen konusunda sorumluluk üstlenebilir. SHU hastanın yakınlarıyla görüşerek hastanın ihtiyacı olan desteği sağlar. Bu nedenle aynı hasta ile çalışan farklı meslek elemanları belirli bir durumda yapacakları görev dağılımı neticesinde daha iyi bir sonuç elde edebileceklerdir.

Diğer bir işbirliği şekli ise; verilen tıbbi bakım hasta için bazı güçlükleri ortaya çıkarıyorsa ve verilen hizmette bazı değişikliklerin yapılması gerekiyorsa bu durumda yapılan işbirliğidir. Örneğin; meslek elemanları ve hasta arasındaki iletişimde meydana gelen bir bozukluk sonucunda yapılan işbirliği. Diğer bir örnek; hastanın alması gereken ilaçları alamadığı zaman SHU'nun devreye girmesidir. Bu durumda yapılacak müdahalede dikkat edilmesi gereken konu sadece ilaç için paranın olmaması değil aynı zamanda ilacın ne için kullanıldığını ve tedavi için bu ilaçların kullanılması gerektiğini hastanın anlamasıdır. Bu yüzden ilaçlar için para bulunmasının yanı sıra hastanın içinde bulunduğu durumu anlaması, ilaçların hastalığının tedavisi için gerekli olduğunu kavraması için SHU doktorla birlikte plan yapmalıdır. SHU'nun diğer meslek elemanlarıyla iletişime girmesi ve onlardan bilgi alması, SHU'nun bu bilgileri hastanın anlayabileceği şekilde anlatabilmesine yardımcı olur. SHU hastayla birlikte çalışırken hastanın bilgileri nasıl kavradığını ortaya koyar ve tıbbi personele daha fazla soru sorması yönünde destek verir.

Sıklıkla karşılaşılan diğer bir problem ise hastanedeki işlemler ve düzenlemeler ile ilgilidir. Yoğun bakımda yatan bir çocuğun annesinin ziyarete gelememesi bir sorun olarak SHU'na iletildiği zaman SHU bunun nedenlerini araştırır. SHU'nun yaptığı araştırma sonucunda ziyaret saatleri sırasında hastanın annesini hastaneye ulaştıracak bir vasıtanın olmadığı ortaya çıkabilir. Bu durumda SHU çözüm yollarını araştırır ve annenin komşularından birinin onu hastaneye getirebileceğini öğrenir. Yoğun bakım ünitesi personeli ve idari personel ile yapılan işbirliği sayesinde bu anne ve olası yakınları için ziyaret saatlerinde esneklik sağlanabilir. Ayrıca SHU bakım personeline annenin çocuğunu ziyaret etme motivasyonunu aktarabilir. Bu sayede sorun yapılan işbirliği sonucunda çözümlenir.

Ekip çalışması yaparken dikkat edilmesi gereken nokta; birkaç ayrıntıyla roller ve görevlerin bir bütünün, organize olmuş bir yapının veya iç içe geçmiş görevlerin bir parçası olduğudur. Aynı kurumun çatısı altında farklı amaçları olan diğer mesleklerle birarada işlev görmesi nedeniyle SHU yaptıkları çalışmanın diğer mesleklerle karşılıklı bağımsızlık gösteren bir yapısı olduğunu kavramak durumundadır. Sosyal hizmet mesleği hastaların gereksinimlerini

karşılama ekip çalışmasının en iyi yol olduğunu kabul eder. Sosyal hizmet çeşitli becerilerin ortaya konmasıyla iyi bir ekip çalışması ortamının oluşmasına yardımcı olur. SHU'nun sahip olması gereken becerilerden birincisi ekip çalışmasına inanan bir üye olarak hareket etme becerisidir.

Doktorlar ve diğer personelin mesleki uygulamaları, onların mesleki görev ve yetkilerini nasıl anladıkları, hastalarının durumlarını nasıl algıladıkları ve hastaların onlara verdikleri tepkileri bilen SHU ekipte daha başarılı bir yer edinir. Örneğin; hekimler mesleki uygulamalarını yaparken fizyolojik süreçlerle uğraşır ve fiziksel rahatsızlıkları tedavi etmek amacındadırlar. Hastalıklar üzerinde odaklaşmaya neden olan bu durum sonucunda hastaların duygusal tepkilerini anlamakta güçlük çekebilirler. Yine aynı şekilde hastalarla çalışan diğer meslek elemanları bu güçlüğü yaşayabilirler.

SHU'ların ikinci becerisi ise müracaatçıları ile çalışırken ilişki kurmadaki becerisidir. İlişki geliştirme üyenin gereksinimlerini tanıma ve süreci anlama ile gerçekleşir. Bunlar olduğu zaman iki insan arasında ilişki kurmak için doğal süreç başlar. SHU'ları benliğini, doğal sıcaklığını, dinleme kapasitesini, destekleyiciliğini ve iyi bir işbirliğinin gelişmesini kolaylaştıracak diğer özelliklerini kullanırlar(Conway 1979).

Ekip çalışmasında üçüncü beceri; SHU'nun kendi rolünü diğer ekip elemanlarına uygun bir şekilde anlatmasıdır. Bu anlatım mesleğe yakın olmayan ve SHU'nun görevlerini bilmeyen personelle çalışma durumunda özellikle önem taşımaktadır. Diğer personelin SHU'yla iletişim kurması ve yapıcı bir şekilde uzmandan yararlanması büyük ölçüde SHU'nun becerisine ve işlevselliğine bağlıdır. Bu durumda SHU kendi rolünü ve bakış açısını mutlaka açıklamalı ve diğer personelin bunu anlamasını sağlamalıdır.

Sosyal hizmet danışmanlığı ekip çalışmasının özel bir şeklidir. SHU'lar hastalarına çeşitli konularda danışmanlık verirler. Bu tür çalışmada SHU'nun yardımı diğer meslek elemanlarından topladığı bilgiler temeline dayanır. Uzman içinde bulunan durumun analizini yapar, problemin çözümüne yönelik yardımda bulunan diğer personeli destekler ve problemin çözümü için kullanılabilecek kaynaklar konusunda spesifik önerilerde bulunur. SHU'lar acil servis personeline, taburculuk planlaması yapan personele, idarecilere ve tıbbi bakım kurumunda çıkabilecek problemlerin çözümüne yönelik olarak çalışan diğer personele önerilerde bulunur (Estes 1984).

1.4.4. DEĞERLENDİRME, SONLANDIRMA VE TAKİP AŞAMASI

Açık ve anlaşılır bir sonlandırma süreci mesleki sosyal hizmet uygulamasının önemli bir ögesidir. Tıbbi bakım kurumlarında çalışan SHU'ların faaliyetleri bulgular ve yorum bölümünde de

görülebileceği gibi genelde hastanın kurumu kullandığı süre ile sınırlıdır. Hizmetin verilmesi ise kimi zaman daha da kısadır. Tıbbi bakım kurumunun yapısına göre hastayla sosyal hizmet ilişkisinin süresi oldukça kısa olabileceği gibi çok uzun bir süreyi de kapsayabilir. Fujimoto(1982)'nin verdiği bir örneğe göre istismar edilmiş bir çocuğun annesiyle bir SHU'nun ilişkisi çocuğun hastanede kaldığı on gün ile sınırlıdır. Bu süre içinde SHU annenin tedavi personeliyle ilişki kurmasına yardımcı olur, çocuk ihmal ve istismarı yapan diğer ailelerle birlikte geliştirici hizmetler verir ve onlara destekleyici hizmetlerin sağlanmasına yardımcı olur. Uzun süreli bir çalışmaya örnek olarak dializ ünitesinde çalışan bir SHU'nun faaliyetleri verilebilir. Bu çalışma bir kaç yıldan daha fazla sürmüştür. SHU hastanın tedavisinin ve hastalığının çeşitli aşamalarında hastanın ailesi, iş çevresi ve hastalığın tıbbi tedavisine ilişkin problemler ile çalışmıştır (Bare 1982).

SHU ve hastanın birlikte yürüttükleri formal çalışma bir süre sonra sonlanabilir. Tıbbi bakım kurumundan yararlanmaya devam eden bir hasta uzmana haber vermeksizin ona arada bir uğrayabileceği gibi sürekli olarak da gelebilir. Bazen hastalar SHU'ya yeni bir kriz ortaya çıktığı zaman uğrayabilirler ve bu onlar için yeni bir çalışmaya başlama olanağı olabilir. Tıbbi bakım kurumundaki SHU hasta için sürekli ve tek insani bağlantı aracı olabilir. Bir çok hasta için SHU toplum hizmetlerine ulaşmada tek aracıdır.

Sonlandırma yardım etme ilişkisi ve sürecinin önemli bir parçasıdır. SHU ve hasta çalışmayı birlikte bitiriyorlarsa onlar çoğunlukla ilişkiyi sonlandırma sorunuyla uğraşmak durumundadırlar. Sonlandırma kritik bir durumdur, çünkü; pozitif bir deneyim, hastanın başardığı gelişmeyi destekleme, hastanın sürekli başatma ve gelişmesi için yapılan çalışma bitmektedir. Eğer hasta ile yapılan çalışma çok yoğunsa veya çok uzun süre çalışılmışsa hasta ile SHU arasında güçlü bir bağlılık kurulabilir. Bu tür güçlü bir ilişki sonlandığı zaman hastalar kızgınlık, üzüntü veya korku gibi duyguları yaşayabilirler. SHU bu duyguları gözlemler ve hastanın bu duygularının farkına varmasına ve bu duygularını ifade etmesine yardımcı olur. Bu duygular değerlendirildiği zaman terkedilmiş veya reddedilmiş olma duygularının, kızgınlık hissinin, tehlike içinde bulunma, gelecekte korkma duygularının yaşandığı görülebilir. Bitime ilişkin yaşanan duygular ve düşünceler bilinç düzeyine getirilirse ve bunlar birlikte tartışılırsa sonlandırma gelişme, büyüme için bir ortam haline gelir. Bir hasta ilişkiyi kızgın, depresif ve korkmuş bir şekilde bitiriyorsa bu hasta gelecek hakkında çok az donanımlı olacaktır. Eğer SHU ve hasta birbirlerine ve bitime ilişkin duygularını birbirleriyle paylaşıyorsa birbirinden ayrılma yani sonlandırma pozitif bir deneyim olabilecek ve hasta bu ilişkiden güçlü bir şekilde ayrılmış olacaktır (Compton 1979; Shulman 1979).

İlişkinin bitiminde SHU ve hasta çalışmalarını birlikte tekrar gözden geçirirler. Bu durum hastanın neyi tamamladığını farketmesine, benlik imgesi ve saygısını güçlendirmesine yardım eden bir olay haline

gelebilecektir. SHU hastanın yapabilecekleri ve seçebileceği yollarını belirlemesine yardımcı olacaktır. SHU ayrıca hastanın kendi güçlülük duygusunu ve gelecekte karşılaşılabileceği problemleri çözmek için kullanabileceği kaynakları işleyerek onu destekleyebilir.

Son olarak hastayla birlikte yapılan tekrar ve yeniden değerlendirme hastanın geleceğe emin bir şekilde bakmasına olanak sağlar. Eğer hasta ölüyorsa, sonlandırma süreci hastanın korkularını ve üzüntüsünü ifade etmesine ve bu hastanın SHU'dan destek almasına da olanak sağlayabilecektir. Tüm bu aktiviteler hastanın bütünleşmesine ve gelecek için güçlenmesine yardımcı olabilecektir.

Değerlendirme yapma sonlandırma aşamasının önemli bir parçasıdır. Bitirme aşamasında SHU ve hasta yaptıkları çalışmanın sonuçlarını değerlendirirler. Çalışmanın bu aşamasında başlangıç, problemlerin belirlenmesi ve bu problemlerden üzerinde çalışılacak olanın belirlenmesi, hasta ve uzmanın yapacakları görevlere ilişkin olarak mantıki bir yaklaşım yapılır. Çalışmanın her bir aşaması tamamlandığı zaman uzman hastayla birlikte problemin çözümü için yapılan çalışmanın ne kadar etkili olduğu ve geriye yapılacak nelerin kaldığını tartışır. Bu sayede sözleşme tekrar gözden geçirilir, çalışma odağı yeni problemlere doğru değiştirilebilir veya probleme yönelik olarak yeni çözüm yolları denenebilir. Sonlandırma aşamasında da SHU ve hasta daha önce yapıldığı gibi içinde bulunulan durumu gözden geçirir ve değerlendirirler. Bu sayede hastanın bakış açısına göre neyin başarılı olduğu, problemin çözümünden aldığı doyum ve hangi problemlerin geriye kaldığı ortaya konulur.

Sonlandırma aşamasında diğer bir basamak ise hastanın havale edildiği yeni hizmetlerden ne ölçüde yararlandığının tesbiti oluşturur. Havale edilen kuruma telefon edilmesi suretiyle hastanın bu kurumdan yararlanıp yararlanmadığı tesbit edilebilir. Hastayla yapılan bir veya daha fazla telefon görüşmesi sonucunda çözüm yollarının işleyip işlemediği ve havale edilen kurumlara gidilip gidilmediği öğrenilebilir. Yapılan telefon görüşmeleri hastanın SHU'nun ilgisinin devam ettiğine inanmasına da yardım eder. Havale işlemediği zaman SHU'nun gerekli kurumlarla etkili bir bağlantı kurulana kadar çalışması gerekebilir.

Değerlendirme sürecinin bir aşaması olarak SHU hastanın havale edildiği kuruma veya kaynağa rapor gönderebilir. Bu kaynak hastane sistemi içinde olabileceği gibi tıbbi bakım kurumunun dışında da olabilir. SHU hastanın havale edildiği kuruma hastayla yaptığı çalışmanın sonuçlarını, neyin başarılı olduğu, neyin başarısız olduğu hakkında bilgi verebilir. SHU birlikte çalıştığı ekip üyeleriyle çalışmayı değerlendirebilir, bu çalışma sürecinden onların bakış açılarını öğrenebilir ve sonuçta onların birlikte çalışmaktan aldıkları doyumunu değerlendirebilir.

Sonlanma süreci profesyonel bir çalışmanın en önemli parçalarından birisidir. Bu aşamada çalışma kritik ve analiz edilir. Ayrıca bu aşama sayesinde uzman çalışmasının niteliği hakkında geri-bildirim alma olanağına sahip olur. Sonlandırma sürecinde; çalışmanın genel seyri içinde farklı olarak neler yapılabilirdi, hizmetin düzeyi nasıl geliştirilebilirdi ve gerçekleştirilemeyen neler vardı gibi konular ortaya konulur. Bu, görevlerin yerine getirilip getirilemediği konusunda hemfikir olup olunmadığını anlamaya yardımcı olur. Ayrıca sonlanma aşamasında çalışmanın başarılı bir şekilde gelişmesine engel olabilen problemlerin kaynağı tartışılır. BU problemlerin kaynağı SHU olabileceği gibi sistemden kaynaklanan yetersizlikler veya engeller olabilir. Sonlanma aşaması ayrıca hastayla birlikte yürütülen çalışmada yaptıkları anlaşmanın bazı bölümlerini birlikte yürütmelerine nelerin engel olduğunu anlamak için bir zaman dilimi olabilir. Ayrıca problemler ve kaynaklar arasındaki uçurum ortaya konulabilir (Estes 1984).

Yukarıda sayılanların hepsi SHU'nun gelecekte yapacağı çalışmalar için yol gösterici olabilir.

1.5. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA GRUPLARLA SOSYAL HİZMET UYGULAMASI

Tıbbi sosyal hizmet alanında grup hizmetleri sosyal hizmet verilmesinde diğer bir yöntemdir. SHU'ları bireylere ve ailelerine yardım etmelerinin yanısıra direkt olarak hizmet verdikleri gruplar da vardır. SHU'lar tıbbi bakım kurumlarında birçok görevi yerine getirirken grupları da kullanırlar. Bazı programlar bilgi vermek veya hastaları (veya aileleri) belirli bir hizmete oryante etmek için gruplar kullanılırlar. Örneğin düşük konusunu açıklamak için gruplar kullanılabilir. Gruplar ayrıca hastaların aileleri ile çalışmak için bir araç olarak kullanılabilir. Kanser hastası olan çocukların ebeveynleri ile bir grup oluşturulabilir ve bu grup sayesinde kızgınlıklarını ifade edebilmelerine, başedebilme becerilerinin harekete geçirilmesi ve güçlendirilmesine ve üyelerin keşfettikleri kaynakları paylaşabilmelerine olanak sağlanabilir. Bir grup hasta veya bir grup aile hizmetine gereksinim duyduğu zaman bunlar aynı anda aynı problemi yaşıyorlarsa gruplar çok yararlıdır. Burada temel amaç grup üyeleri arasında problemlerin yeterli düzeyde paylaşılmasıdır (Schwartz 1977).

Tıbbi bakım kurumlarında sosyal hizmet uygulamalarının amaçlarına ulaşması konusunda grupların birçok yararı olabilir. Üstesinden gelinmesi çok güç ve acı verici duyguların yaşanması ve ifade edilmesi benzer bir durum ve buna ilişkin benzer duyguları yaşayan diğer insanlarla birlikte daha kolay olabilir. Hastalığı yaşayan insanlar kendilerini dünyadan apayrı hissederler. Aynı deneyimi yaşayan diğer hastalar bu izolasyon duygularının ortadan kaldırılmasında en etkili ve en verimli yardımı yapabilir. Belirli bir sağlık durumunu bilen ve

paylaşan diğer insanlar onlara farklı bir anlayış tarzı getirebilirler. Aynı hastalığı yaşayan üyeler diğer grup üyelerinin savunmacı ve yıkıcı düşünceleri ve davranış kalıpları ile öbür grup üyelerinin yüzleşmelerini sağlama konusunda en iyi donanıma sahip kişiler olabilirler. Diabet hastası bir üye ile şişman bir grup üyesinin dietlerini uygularken yaptıkları hileleri rasyonelleştirmeleri birbirlerine çok benzer olabilir. Onların yüzleştirmeleri bazı hastalar için çok inandırıcı gelebilir. Yine aynı şekilde bir grubun üyeleri pozitif bir davranış kalıbını ödüllendirebilir veya güçlendirebilir.

Bu tür sürekliliği olan destek, davranış değişikliği sağlama konusunda oldukça etkili olabilir. Normal yaşamda birçok sağlıklı yaşam tarzı (alkol kullanma, sigara içme veya çok fazla yemek yeme gibi) toplumu sarmakta ve güçlü bir şekilde destek görmektedir. Bu nedenle gerekli bir rejimi uygulama konusunda bir kişiye yardım etmede güçlü ve sürekli bir grup desteği anahtar faktör olabilir. Bu tür bir yardım sadece sürekli bir hastalığı olan bir kişiyi tedavi etmede değil aynı zamanda insanlara hastalık yapıcı yaşam tarzı kalıplarını değiştirmeleri konusunda da yardımcı olabilir.

Gruplarda üyeler çeşitli bilgileri paylaşırlar. Bir üye diğer üyelerin çözüm bulamadığı çeşitli problemlere çözüm bulabilir. Son olarak tek yanlı yardım durumlarında çok sıklıkla hissedilen astlık ve bağımlılık duygusu kişilere grup yaşantısı içinde verilen yardımda hissedilmez. Fiziksel yeterlilik ve bağımsızlıklarını kaybeden insanlar kendi kaynaklarının kısıtlandığını, kontrollerini kaybettiklerini hissedebilirler. Bu duygular sonucunda hastalar çaresizlik ve bağımlılık duygusu geliştirebilirler. İnsanlar bu duygularıyla çeşitli şekillerde başetmeye çalışırlar ve fanteziler geliştirebilirler ama gruplarda bunun tam tersi olur. İnsanlar birbirlerinin benzeri duyguları yaşadıkları için gruplarda yardım alma şansına sahip olurlar. Daha da önemlisi gruplarda grup üyeleri kendilerini sadece yardım alan kişiler değil aynı zamanda yardım veren kişiler olduklarını hissederler ve bu durum benlik saygılarının güçlenmesine yardım eder. Birçok problemin çözümü için arkadaş desteği veya kendi kendine yardım gruplarına büyük bir yönelim vardır ve bunların etkililiğine büyük ölçüde inanılmaktadır(Katz 1977).

Tıbbi bakım kurumlarında yapılan çalışmalar üzerinde duran yayınlarda terapi gruplarının en yoğun olarak kullanılan model olduğu; bunu destek, eğitim, kriz çözümleme, toplumsallaşma, uygulama ve aracı (mediation) gruplarının izlediği belirtilmektedir. Yazarların büyük bir çoğunluğu biyopsikososyal oryantasyonlu bilgiler kullanmaktadır. Grupları kullanmadaki temel daha önce de belirtildiği gibi müracaatçıların karşılaştığı sorunlar ve terapötik güçlerin nasıl harekete geçirileceği ile ilgilidir.

Sosyal hizmet uygulamalarının ilk yıllarında teşhis ve tedavi prensipleri ortaya konulurken hastalar, aileleri ve hasta gruplarıyla SHU'ların çalışması gerektiği vurgulanmıştır(Cannon 1913). İlk grup terapisi 1905 yılında Massachusetts General Hospital'da verimli

hastalarla yapılmıştır.1959 yılından itibaren sağlık kurumlarında grupların kullanımı yoğunlaşmaya başlamıştır(Frey 1966). Ancak SHU'nun bu gruplardaki rolü hakkında çok az bilgi vardır.

1.5.1. GRUPLAR NİÇİN GEREKLİDİR?

Grupların uygulayıcılarının hastalığın ve sakatlığın duygusal, ruhsal ve toplumsal sınırlayıcılıkları ve bunların sonuçlarıyla ilgilenmesi gereklidir. Daha önce de belirtildiği gibi grup deneyimi bir çok yönden hastaların ve yakınlarının psiko-sosyal gereksinimlerini karşılamada yardımcı olabilir. İnsanlar gelişme ve diğer insanlarla olan ilişkilerinden doyum sağlama ihtiyacını hissederek; bir anlamda insanlararası ilişki sağlıklı bir gelişme ve işlev görme açısından en gerekli ihtiyaçtır. İnsanların bir başka insana ihtiyacı olması nedeniyle hastalığın veya sakatlığın yol açtığı duygusal stres ve sosyo-duygusal problemlerle başedebilmesi için hastalara ve ailelerine yardım etmek amacıyla grupların kullanımında büyük yarar vardır.

Bir hastalık veya sakatlık bir hastanın durumunu olumsuz yönde değiştirir, kişilerarası ilişkilerini sekteye uğratar ve yürüttüğü rollerde değişiklikler yapmasını gerektirir. Bir kişinin hastalığı veya sakatlığı onun tutumlarında, rol beklentilerinde, davranışlarında ve neredeyse tüm yaşamında değişiklik yapmasını gerektirir. Ayrıca onun hastalığı diğer aile üyelerinin, meslektaşlarının, arkadaşlarının ve diğer insanların da yeni duruma uyum yapmalarını gerektirmektedir. Sözü edilen diğer insanlar hastanın tıbbi duruma gerçekçi bir uyum yapmasına yardımcı olabilecekleri gibi bu durumu sabote de edebilirler. Hastalıktan kaynaklanan stres aileyle, arkadaşlarla, işle veya okulla ilgili sorunlarla birleşirse durum daha vahim hale gelebilir. Tıbbi bir müdahale sonucunda ortaya çıkan duygusal stres ve yaşamda meydana gelen değişikliklere hastaların ve ailelerin başedebilmelerine yardım konusunda grupların özel bir önemi vardır.

Sağlık alanında terapötik grup mekanizması yoluyla karşılıklı destek ve karşılıklı uyaran sağlama konusunda dikkate değer bir görüşbirliği vardır. Grup sürecinin birçok hastanın yaşadığı duygusal stres, izolasyon, yalnızlık, suçluluk, damgalanmışlık, depresyon, yardımsızlık veya umutsuzluk duygularının iyileştirilmesinde büyük yardımı vardır. Başarılı bir grupta bu duygular bir gruba ait olma duygusuyla atlatılır. Böyle bir grupta kişi anlaşıldığını ve kabul edildiğini hisseder (Boyd 1977;Northen 1983).

Bir grubun üyesi olan kişiler kendi yaşantılarını evrenselleştirebilirler. Artık yalnız ve tek olmadıklarını algırlarlar. Grubun amacının bütünleşme ve iyileşme olması nedeniyle üyelerin fiziksel ve sosyal sağlığa kavuşması yönünden bir değişimin olması beklenebilir. Bu üyeler bazı problemlerle başarılı bir şekilde başa çıkabilen diğer üyelerle kontakt kurmaya başladıktan sonra, ilk zamanlarda belirsizlik

ve umutsuzluk duygularının yerini bir umut duygusu oluşturmaya başlar. Bir çok hasta ve onların yakınları hastalığın ve sonuçlarının bileşimi olan acı bir deneyimi ve duyguları uygun bir şekilde yaşamak ve aktarmak için gerekli olan destekten yoksundur. Böyle önemli bir aşamada yeniden yapılanmaya grup güvenli ve destekleyici bir ortam sağlar. Gerçek ve güvenilir bilgiler uygulayıcılar veya bilgili üyeler tarafından sağlanır, mitler ve yanlış inançlar elemine edilir. Bozulmuş olan algılama veya etkili olmayan davranışlara karşı karşılıklı etkileşim sürecinin yaşandığı grupta mücadeleye başlanır ve grup gerçeğin test edildiği bir ortam haline gelir. Grup dışardaki ailesine karşı kendi düşüncelerini ve hareketlerini yargılama ve ölçmek için bir referans verir. Grup bu sayede bozulmuş algılama ve ilişkiler için düzeltici bir işlev görür. Tepkilerin ve görüşlerin çokluğu bir kişiye belirli bir kişilerarası gereksinime veya yaşam sorunlarına ilişkin geri-bildirim almasını sağlar.

Hastalar ve aileleri ile ilgili olarak çalışma amacıyla oluşturulan sosyal hizmet gruplarında terapötik mekanizmalar işlev görür. Bu sayede terapötik düzeltici ilişkiler, karşılıklı destek, kabul görme, evrenselleştirme, umudun aşılınması, başkalarını düşünme, bilgi ve beceriler kazanma, katarsis, gerçeklik testi ve uygun beklentilerin elde edilmesi sonucu ortaya çıkar(Boyd 1977;Northen 1983 Roback 1984;Yalom 1985). Grupların amaçları, yapısı ve içeriğine bağlı olarak belirli güçler harekete geçer.

1.5.2. GRUPLARIN AMAÇLARI

Sağlık alanında kullanılan grupların amaçları ;

- a) Hastalık veya sakatlık sonucunda hastalar ve aileleri tarafından yaşanan stresin hafifletilmesinde arkadaş desteği sağlama,
- b) Sosyal yaşamda meydana gelen değişikliklere ve tıbbi konulara uygun bilgi ve beceriler edinme,
- c) Hastalar ve ailelerine sorunlarını çözmeleri konusunda yardımcı olma,
- d) Hastalar ve ailelerine sosyal ilişkilerini de kapsayacak bir şekilde onların psiko-sosyal işlevlerinde değişiklikler ve gelişmeler yapmalarına yardımcı olma,
- e) Kişilerarası çatışmaları çözme şeklinde sıralanabilir.

Yukarıda sayılan amaçlar temel alınmak üzere terapi, destek, eğitim, çoklu aile, kriz müdahalesi, toplumsallaştırma, uygulama, mediasyon ve taburculuk planlaması gibi gruplar tıbbi bakım kurumlarında uygulanabilir. Bu grupların yanısıra hastaların yakınları ve diğer bakım alanlara yönelik gruplar da oluşturulabilir (Northen 1990).

1.5.3. TERAPİ GRUPLARI

Sosyal hizmet uygulamalarında en sık kullanılan gruplar terapötik gruplardır. Bu grupların temel amacı; hastalar ve aile üyelerinin sağlıklı bir hale gelmesi için grup üyelerine yardım etmektir. Terapi için gereksinim hastalar, aileleri ve bunlara bağlı diğer yakınlarının normal olan kişilerarası ilişkilerinin tıbbi koşullar veya hastalık veya sakatlık sonucunda bozulması ve çözülmesi zor sorunlar yaratması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Terapinin amaçları; destek sağlama, anksiyetenin azaltılması, eğitim ve pratik kaynaklar sağlama ile yanyana gitmektedir. Ayrıca, ilişkiler ve iletişimde meydana gelen problemleri çözme, yüzleşme, anlama kapasitesini artırma ve hastalık ve onun kayıp ve ölüm tehdidine karşı ruhsal reaksiyon geliştirme becerisini kazandırma, üyelerine yeni rollerine uyum sağlamalarında veya beklentilerinde değişiklikler yapmalarında yardımcı olma, gerçek durumu anlamalarında ve yanlış algılamaları düzeltmelerine yardımcı olma amaçları vardır(Coven 1981;Krausz 1980).

Belirli bir hastalığı veya sakatlığı ele almaksızın terapötik gruplar;

- a) Hasta ve ailesi üzerinde hastalık veya sakatlığın etkisi,
- b) Duygusal ve davranışsal reaksiyonların kaynaklarını anlama ve serbestçe ifade etme,
- c) Kişilerarası ilişkilerde karşılaşılan güçlükler,
- d) Tıbbi tedavi sonucunda ortaya çıkan acı, rahatsızlık ve işlev kaybı ile başedebilme,
- e) Tanımlama ve seçebilmeyi içeren bir karar verme,
- f) Son durumun ne olduğunu ve onun içindeki yerini kavrayabilme,
- g) Uygun olmayan reaksiyonları keşfetme, anlama ve değişimleri kavrama gibi temalar üzerinde durmaktadır (Northen 1990).

Bazı terapi grupları açık uçlu olabileceği gibi, yarı kapalı da olabilir. Yeni üyeler belirli zamanlarda kabul edilir. Grupların genellikle esnek bir yapısı vardır. İfade edici, keşfedici, yansıtıcı ve problem çözücü tartışmalarda grup üyeleri ve grup yöneticilerinin formal rolleri sınırlıdır. Bazı gruplar planlanmıştır. Kısa süreli olanlar 8-14 oturum arasında değişir. Uzun süreli veya devamlı olan gruplar da ise üye sayısı devamlı değişir. Üyeler ise genellikle haftada bir kere bir-iki saat süre için bir araya gelirler. Bununla birlikte üyeler genellikle toplantı aralarında birbirleriyle ilişkilerini kesmezler ve toplantılar sonrasında da süren bir sosyal ilişki ağı geliştirirler. Bu ilişkiler karşılıklı destek sağlar ve izolasyon duygularını azaltır.

Grup üyelerinin seçimi sıklıkla grup öncesi bir mülakatla yapılır. Burada olası grup üyelerinin grup için uygunluğu ve gruba katılma arzusuna bakılır veya tedavi ekibi üyelerinden birisinin havalesine bağlı olarak gruba alınır. Gruplar genellikle hastalık veya sakatlık türü, yaşam süreci evresinde homojen ve diğer özellikler

bakımından heterojen özellikler gösterir. Belirli bir tıbbi koşulu paylaşma çok güçlü bir bağ oluşturur ve diğer alandaki farklılıklar daha az önemli hale gelir (Northen 1990).

Grup terapisi hakkında yazılan makalelerde iki veya daha fazla ailelerden veya ailelerin alt sistemlerinden oluşan grup tipine daha sık rastlanmaktadır. Bunlar ayrıca multiple family (çoklu aile) veya couple therapy (eşlerin tedavisi) adıyla da anılır. Bu gibi gruplar destek sağlama, mücadele etme, arkadaş ve aile üyelerinin yeni fikirler edinmesinde grup ve aile terapisinin avantajlarını bir araya getirir. Aileden aileye olan karşılıklı etkileşim ve ailelerin birbirlerine etkisi sayesinde katı normları ve iletişim kalıpları sarsılır ve her bir ailenin yeni bir bilgi edinmesi sağlanır.

Bu grupların temel amacı; ailenin hastanın tedavisine katılımını sağlamak, nesiller arasında iletişimi geliştirmek, rol beklentilerini açığa kavuşturmak, rollerde gerekli değişiklikleri yapmak ve kişilerarası ve aile içi ilişkilerdeki problemleri yeniden çözümlemektir.

Diğer kurumlarda yapılan çoklu (multiple) aile terapisi grupları genellikle çocukları da kapsayan aile ünitesiyle birlikte yürütülür ama buna sağlık alanında nadiren başvurulur. Literatürde yoğun olarak değinilen grup şekli hasta üyeler ve eşleriyle birlikte bir kaç çiftten oluşturulan grup şeklidir. Başka örneklerde ise gruplarda aynı türden tıbbi problemlere sahip hastaların aileleriyle birlikte yer almasını doğru bir eğilim vardır. Grupların çoğunda ko-lider bulunmaktadır. Bunlar açık uçlu veya kapalı, kısa dönemli hizmetlerde yer almaktadır. Aile üyesi terimi açık olmamakla birlikte grup hastanın ailesinden gelmeyi kabul eden herhangi bir üyeye açıktır (D'Afflitti ve Weitz 1974; Steinglass 1982).

1.5.4. DESTEK GRUPLARI

Destek sağlama bir çok grubun temel odağıdır ama bazı grupların temel amacı destek sağlamaktır. Destek grubu aynı ilgiyi paylaşan insanların biraraya gelerek oluşturdukları bir gruptur. Bu insanlar belirli bir stres ve zorlukla başedebilmek için birbirine destek sağlamak ve diğerine yardım edebilmek amacıyla bir araya gelirler. Sağlık alanında temel ilgi bir hastalık, sakatlık veya ölüm olabilir. Destek grupları için profesyonel liderliğin kullanımı yeni bir olgudur. (Appalone 1978; Carey ve Hanse 1985).

Tüm insanlar memnuniyet verici bir yaşam için destekleyici sosyal ilişkilere gereksinim duyar. Bu durum özellikle tıbbi bir olay sonucunda ortaya çıkan stresle başetme çabasında olan hastalar için çok daha önemlidir. Ama destek sıklıkla sağlanamaz. Diğer insanlar hastanın durumu nedeniyle kendilerini tehdit edilmiş ve rahatsız edilmiş hissedebilirler; hastalık yaşamı tehdit eden bulaşıcı veya bir

kişiyi damgalayıcı olursa bu durum daha da belirgindir. İnsanlar daha rahatsız edici bir durum veya daha büyük bir stresle karşı karşıya gelirse daha çok tehdit edilmiş, rahatsız edilmiş hisseder ve diğer insanları reddedici hale gelebilir. Desteğe ihtiyacı olan bu kişiler formal bir desteği almak istemezler. Bu yüzden gruplar sosyal destek için önemli bir yapı haline gelir (Dunkel-Schetter ve Wortman 1982).

Profesyonel liderlik için gereksinim arkadaşların daima etkili bir destek sağlama yeteneğinin olmadığı gerçeğinden ortaya çıkmıştır. Ama kendi tedbirlerini, yeteneklerini bıraktığı ölçüde gruplar yararlı olmaktan uzaklaşırlar. Üyelerin duyguları, problemleri ve deneyimleri sıklıkla stres yaratıcı ve karmaşık özellikler gösterir. Eğitim, destek veya terapi için gereksinimler arasında çok ince bir çizgi vardır. Doğal yardımcıları hastaların veya ileri derecede hasta veya gittikçe korkutan ve belirsiz bir tedavi alan hastaların ailelerin gereksinimlerine uygun bir şekilde yanıt verebilecek desteğe sahip olabilirler veya olamayabilirler (Blythe 1983). Diğer destek kaynakları olsa bile sosyal hizmet grupları diğer iyileştirme mekanizmaları ve müracaatçıların gereksinimlerine ulaşmasında yardımcı olacak diğer destekleri birleştirir (Galinsky ve Schoples 1977).

Destek gruplarının amaçları aşağıda belirtilen amaçların birini veya daha fazlasını kapsayabilir. Stresi ve sosyal izolasyonu azaltma, teşhisle başedebilme kapasitesini arttırma, hastanede kalma ve tedavinin sıkı ve tekdüzeliğine uyum, bir yere ait olma duygusunu sağlama, duygularını ve ilgilerini evrenselleştirme ve aktarma için olanak sağlama, aynı sorunu paylaşan diğer insanlarla birarada olma sayesinde sosyalleşme olanağını elde etme, benlik saygısı düzeyini arttırma, damgalanmış olma duygusunu azaltma, tıbbi durumu hakkında bilgi edinme, hastanedeki ve toplumdaki uygun kaynakları öğrenme bu amaçlar arasındadır.

Destek gruplarının önceden planlanmış bir odağı vardır. Tıbbi durum hakkında eğitim, duyguların aktarımı, kaynakların kullanımı ve başedebilme yolları ile ilgilidir. Bir hemşirenin ko-lider olarak katılımı yaygındır. SHU genellikle sorunun veya münazaranın tıbbi boyutlarında sorumlu ko-liderle birlikte toplantıları yürütür. Grupların büyüklüğü değişkendir, açık uçludur ve üyeler istedikleri sıklıkta gelirler ve üyeler çok sık değişir. Grup oturumlarının odağı tatmin olma, hoşnutluk duyma olabileceği gibi bazen üyeler arasındaki ilişkiler ve etkileşimler olabilir (Estes 1990).

1.5.5. EĞİTİM-RUHSAL EĞİTİM GRUPLARI

Formal ve informal gruplar üyelerinin bilgilerini arttırmak, ilgi alanlarında yeterli düzeye getirmek amacıyla organize edilirler. Sağlık alanında eğitimsel grupların amacı hastalara veya hastaların aile üyelerine hastane, tıbbi personel, kaynaklar ve bir

hastalık veya sakatlık -onun etiyolojisi, seyri, kişisel ve sosyal yaşamdaki sonuçları- hakkında bilgi edinmelerine yardımcı olmaktır. Hastalığa bağlı olarak bir başka amaç da hastanın bakımına uygun spesifik beceriler öğrenmeye ilişkindir. Eğitim tıbbi tedaviyi destekler, stresi azaltır ve uzmanlar tarafından gerekli bilgilerin verilmesi suretiyle belirsiz konular açığa kavuşur. Bazı gruplar küçük, kapalı gruplar halinde düzenlenir ama grupların çoğu herkese açıktır ve bazen sadece bir oturum sürer.

Ruhsal eğitim gruplarında didaktik sunumlar, tartışma ve içinde bulunulan durumla ilgili olarak gösterilen reaksiyonları anlama ve bunları ifade edebilme becerisi grup sürecinde gerçekleştirilmeye çalışılır. Bu gruplar 6-8 haftalık kısa bir sürede beceri ve bilgi kazanmayı mümkün kılmak için yarı açık şekilde düzenlenmektedir. Gruplarda sosyal hizmet uzmanının yanında bir hemşire veya doktor ko-lider olarak bulunur. Grupların çok büyük bir bölümü hastalardan oluşmaktadır. Bunun yanı sıra aile üyeleri veya aile üyeleriyle birlikte hastalar için organize edilen gruplar da vardır. Tıbbi durumlara ve grup üyelerine göre farklı gruplar düzenlenmektedir. Bu gruplar risk altında bulunan bebeklerin ebeveynleri, kanser veya diğer ciddi hastalığı olan çocuklar, çocuk düşüren kadınlar, bakıma muhtaç yaşlılar, diabet hastaları ve yetişkin körlerle oluşturulabilir.

Eğitimsel gruplar üyelerin özel gereksinimlerini karşılamaya adapte edilebilirse çok önemli işlev görebilir. Bilgi ve beceri kazanma grup sürecinde amaçlanır. Arkadaş desteği ve üyelerin durumlarına ilişkin bilgi edinme bu gruplarda sağlanır. İnsanların istenen şeyin ne olduğu ve etkili nasıl olunabileceği hakkında bilgisi varsa hastalık veya sakatlıkla daha başarılı bir şekilde başedebilmektedir. Kendileri ve kendileri için önemli olan diğer insanlar hakkında sosyal kararlar verebilmek için yeni bilgi ve becerilere gereksinim duyulabilir. Duygular ve ilişkiler eğitimsel mesajları geri planda bırakabileceği için bilişsel ve etkili öğrenmeye yardımcı olan tartışmalardan üyeler kazançlı çıkar(Dooley, Prochaska ve Klibonoff 1983;Pueschel ve Yeatman 1977).

1.5.6. KRİZ MÜDAHALESİ

Birçok grup hastalara ve onların aile üyelerine yardım etme ve belirli bir krizi çözmeye doğru hareket etmelerini amaçlar(Berger 1984;Spink 1976). Kriz müdahalesi akut dengesizlik durumunda bireylerin, ailelerin ve küçük grupların psiko-sosyal işlevlerine aktif olarak etki eden bir süreç olarak tanımlanır (Parad,Selby ve Quinlan 1976). Normal problem çözme süreçleri işlemez hale gelebilir. Temel amaç sosyal işlevselliği restore etmektir. Amaçlar genellikle;

- a) Grup desteği sayesinde stresli bir olayın etkisini hafifletme,

b) Stresle uygun bir şekilde başedebilmek için müracaatçıların harekete geçirilmesi suretiyle kapasitelerini ve kaynaklarını kullanmalarını sağlama,

c) Çözümlememiş krizlerin zarar verici sonuçlarından korunmadır(Northen 1990).

Kriz teriminin kullanımında çeşitli farklılıklar vardır. Hastanın veya ailesinin düzenini alt üst eden bir kaza veya teşhis gibi olaylara referans verilmektedir. Kriz durumu stresli bir olay sonucunda meydana gelebilir. Aynı olay bazı insanlar için korkunç derecede stresli olabileceği gibi bazıları için stresli olmayabilir. İnsanlar sarsıldıkları zaman belirli stres semptomları, davranış, duygu ve düşünme bozuklukları gösterirler. Başedebilme kapasiteleri düşer. Kriz durumu zamanın iyice kısaldığı ve yapılacak şeylerin iyice kısıtlandığı bir durum olarak düşünülür ve müdahale gereklidir.

Kriz müdahalesi sağlık alanında yürütülen grup hizmetlerinin önemli bir şeklidir. Çünkü, hastaların çoğu ve/veya onların aileleri kriz içinde bulunmaktadır. Kriz müdahalesi hastanede kalma, ameliyat, şiddetli bir hastalığın teşhisi, tedavi sürecinin başarısızlığa uğraması ve ölüm gibi belirlenen durum üzerinde durur. AIDS ve kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıkları olan hastalar ile çalışırken, terapötik gruplar yapılırken periyodik krizler meydana gelebilir(Lopez ve Getzel 1984). İnsanlar bir kriz durumuna başarılı bir şekilde uyum gösterdiği ölçüde onların sonuçlarına daha etkili bir şekilde katlanabilirler.

1.5.7. SOSYALİZASYON GRUPLARI

Sosyalizasyon gruplarının kategorisi çok geniş ve geneldir. Kapsamı çocuk ve yetişkin gruplarından, uzun süreli bakıma gereksinim duyan yetişkin hastalara kadar genişler(Eisenstein 1959;Young 1957). Sosyalizasyon gruplarının amaçları; sosyal öğrenme, yeni durumlar sonucunda ortaya çıkan yeni roller veya rol değişikliklerine uyum sağlamak için hastalara fırsat sağlamaktır. Hartford(1971)'a göre sosyalizasyonun amaçları üyelerin kendi kendine gelişimi ve rolüyle bütünleşmesine yardımcı olmaktır. Bu amaçlar sağlık kurumlarında oldukça önemlidir. Çünkü; buralarda hastalar çoğunlukla kendi algılamalarında ve sosyal beklentilerinde önemli değişiklikler yapmak durumundadırlar.

İnsanlar hastanelere birçok korkuyla, hastanedeki yaşam, teşhis ve tedavi süreci hakkında belirsizlikle girerler. Ailelerinden, arkadaşlarından ve tanıdık çevrelerinden ayrılırlar. Kendilerini izole olmuş ve yalnız hissederler. Günlük yaşam için gerekli olan normal olanaklardan ve arkadaşlarıyla ilişkilerinden yoksundurlar. Bir grupta onlar pozitif veya negatif duygularını ifade etme olanağı bulurlar ve bu duygularının kabul edildiğini ve anlaşıldığını öğrenirler, korkutucu olan bilinmezlik duygusu azalır, normal aktivite kaybını

kısmen telafi edebilecek bazı aktivitelere katılırlar, diğer hastalar ve uygulayıcılarla destekleyici ilişkiler kurabilirler. Tıbbi durum ve tedavi hakkında ilgilerine ve anksiyetelerinin azaltılmasına ilişkin çalışmalar yapabilirler.

Birçok grup kabul edilebilir yaş sınırındaki tüm hastalara açıktır. Grup üyeliği çok kısa süreli olabilir ama sürekli üyeler aktivitelerin arasına sıkıştırılan tartışmalara katılabilirler. Bazı gruplar hastanede kalma veya rehabilitasyon uzun süreli olursa klüpler şeklinde organize edilebilirler. Böyle gruplarda planlama ve belli bir program yürütmeyle maksimum katılım sağlanabilir(Northen 1990).

1.5.8. DİĞER GRUPLAR

Bazı gruplar mediasyon amaçlı olabilir(Lipton ve Molter 1971; Weiner 1959). Bu gibi gruplarda amaçlar; üyelere sorumluluk alma, hastalar ve personel arasında meydana gelen tartışmaları görüşme, personelin hastalara karşı işlevsel olmayan tutum ve davranışlarını ortaya koymada yardımcı olmaktır. Diğer grup tiplerinde sosyal hizmet uzmanının sorumluluğunda çevresel engeller ele alınabilir. Bunun yanısıra taburculuğu planlama grupları da oluşturulabilir (Dougherty 1982).

Görüldüğü gibi tıbbi bakım kurumlarında hastalara ve ailelerine yardım etmek için gruplar SHU'larına sonsuz düzeyde olanak sağlamaktadır. Gruplar sayesinde hastalar ve aileleri yeni davranışlar öğrenmek için etkili ve sürekli bir doğal kaynağa sahip olurlar ve hatta hastalık veya sakatlıktan korunma ve onlarla başedebilmeyi öğrenirler. Gruplar hastalığın sonucunda ortaya çıkan kayıp ve değişikliklere hastaların ve yakınlarının uyum sağlamaları ve başedebilme güçlerinin desteklenmesinde çok önemli bir kaynaktırlar.

Diğer disiplinler de grup yönetimini benimsemişlerdir. Hemşireler ve psikoterapistler terapötik ve eğitimsel amaçlar için grup tekniklerini kullanmaktadırlar. Sağlık kurumlarında gruplar yaratıcı ekip çalışmasına yönelik çabalar için bir arena olabilir. Bu sayede problemlerin tek elden çözümlenmesi için birkaç mesleğin spesifik kaynakları biraraya getirilmiş olur. SHU'lar grupları hastaların kaynakları öğrenmeleri ve bu kaynakları kullanmaları için kullanabilir ve doktor ve hemşire gibi diğer personelin tıbbi bilgilerini bu gruba aktarabilir(Northen 1990).

Yukarıda ayrıntılı bir biçimde tanıtılmaya çalışılan tıbbi sosyal hizmet ülkemizde gelişmiş ülkelere göre oldukça yeni bir alandır. Bu nedenle ülkemizdeki tıbbi sosyal hizmet uygulamaları sırasında karşılaşılan sorunların, verilen hizmetlerin ve bu alanın geliştirilmesi için sistematik olarak yürütülmesi gereken araştırmalara gereksinim olduğu bir gerçektir. Bu araştırma tıbbi sosyal hizmet alanındaki bu eksikliği gidermek amacıyla düzenlenmiştir.

Araştırmanın amacı; hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunlar ile bu sorunların çözümü için tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren sosyal hizmet bölümü/sosyal hizmet uzmanlarınca (SHB/SHU) verilen hizmetleri incelemek ve bu hizmetlerin doktor, hemşireler tarafından nasıl algılandığını ortaya koymaktır.

1.6. PROBLEM

Yukarıda belirtilen amaç çerçevesinde bu araştırmada cevaplanması beklenen temel problem aşağıda belirtilmiştir;

Hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunlar ile bu sorunların çözümü için hizmet veren SHB/SHU'ların verdiği hizmetler nelerdir ve bu hizmetler doktor, hemşire ve diğer personel tarafından ne şekilde algılanmaktadır?

Bu temel problem ışığında yedi problem grubu oluşturulmuş ve bu problem grupları aşağıda verilmiştir:

Problem 1

Hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunlar nelerdir?

Problem 2

Doktor ve hemşirelerin hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yapma durumları ve tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri nasıldır?

Problem 3

Hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların verdikleri hizmetler nelerdir?

Problem 4

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların müracaatçı belirleme şekli ne şekilde olmaktadır?

Problem 5

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların hizmet verirken yararlandığı kaynaklar ve bu hizmetlerin veriliş biçimi ne şekildedir?

Problem 6

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların karşılaştığı sorunlar ve bu sorunların çözüm yolları nelerdir?

Problem 7

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri ne şekildedir?

1.7. ALT PROBLEMLER

Bu bölümde problem bölümünde belirtilen ve yedi gruptan oluşan problemlere ilişkin alt problemler verilmiştir.

Problem 1'e Ait Alt Problemler:

1. Hastanelere yatan hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunlar nelerdir?
2. Hastanelere yatan hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunlar nelerdir?
3. Hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunlar nelerdir?
4. Hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunlar nelerdir?

Problem 2'ye Ait Alt Problemler:

1. Doktorlar ve hemşireler hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yapmakta mıdır?
2. Doktorlar ve hemşirelerin hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yerleri nereleridir?
3. Doktor ve hemşirelerden hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'lara başvuru yapmayan doktor ve hemşirelerin başvurmama nedenleri nelerdir?
4. Doktor ve hemşirelerden hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'lara başvuru yapan doktor ve hemşirelere göre SHB/SHU'larca verilen hizmetler yeterli bulunmakta mıdır?
5. Doktor ve hemşirelerden hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'lara başvuru yapan ancak SHB/SHU'larca verilen hizmetleri yeterli bulmayan doktor ve hemşirelerin SHB/SHU'lara önerileri nelerdir?

Problem 3'e Ait Alt Problemler:

1. Hastanelere yatan hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetler nelerdir?
2. Hastanelere yatan hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetler nelerdir?
3. Hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetler nelerdir?
4. Hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetler nelerdir?

Problem 5'e Ait Alt Problemler:

1. Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlerin kaynakları nelerdir?
2. Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların sosyal hizmet mesleği ve disiplininin yöntemlerini kullanma durumu ne şekildedir?
3. Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için bir hizmet verme biçimi olan ekip çalışması ne şekilde yürütülmektedir?

Problem 6'ya Ait Alt Problemler:

1. Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHU sayısı yeterli midir?
2. Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların karşılaştıkları sorunlar nelerdir?
3. Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların karşılaştıkları sorunların çözüm yolları nelerdir?

Problem 7'ye Ait Alt Problemler:

1. Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'lar hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için verdikleri hizmetleri yeterli bulmakta mıdır?

2. Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlerin doktor, hemşire ve diğer personel tarafından bilinme durumu ne düzeydedir?

3. Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'lar ülkemizdeki sosyal hizmet uygulamalarını ne şekilde değerlendirmektedirler?

1.8. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu araştırma Ankara ili merkezinde bulunan hastanelere yatan hastaların hastaneye yatış, hastanede yattığı süre içinde, hastaneden çıkış ve hastaneden çıkıştan sonra tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunlar; bu sorunların çözümü için tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların verdikleri hizmetler; doktor ve hemşirelerin hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yapma durumları ve SHB/SHU'lar tarafından verilen hizmetlere ilişkin değerlendirme ve önerileri; SHB/SHU'ların hizmet verirken yararlandığı kaynaklar ve hizmetlerin verilme biçimi; SHB/SHU'ların hizmetleri verirken karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunların çözüm yolları için önerileri ve SHU'ların tıbbi sosyal hizmet alanı ile ilgili değerlendirmelerinin ortaya konulması amacıyla düzenlenmiştir.

Yukarıda belirtilen konuların ortaya konabilmesi için araştırma tıbbi sosyal hizmet veren SHU'ların istihdam edildiği hastanelerde yürütülmüştür.

Bu araştırma ülkemizde tıbbi sosyal hizmet alanındaki öncü çalışmalardan biri olması ve yapılacak diğer çalışmalara kaynak oluşturması açısından önemlidir; şöyle ki, sosyal hizmet mesleği ve disiplininin temel yöntemlerinden sosyal kişisel çalışma (SKÇ) ve sosyal grup çalışması (SGÇ) yöntemlerinin tıbbi sosyal hizmet alanında uygulanmasını geniş boyutlu olarak ele alması açısından bu alana katkı sağlayacaktır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında yürütülen çalışmaları ortaya koymasının yanı sıra tıp bilimi ve mesleğinin temelini oluşturan doktor ve hemşirelerin sosyal hizmet mesleğinin en eski uygulama alanlarından biri olan bu alana ve tıbbi sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin değerlendirmeleri ve önerilerini ortaya koyması da gözardı edilemeyecek bir konudur. Bu değerlendirmeler sayesinde tıp alanında ekip çalışması anlayışı dahilinde hastanelere yatan hastaların karşılaştıkları sorunlar tek boyutlu olarak ele alınmayıp çok boyutlu yaklaşım dahilinde çözümlenebilecek ve hizmet tekrarının önlenmesinin yanı sıra problemlerin kısa zamanda belirlenmesi ve çözümlenmesi sonucu hizmetlerden daha fazla kişinin yararlanması mümkün olabilecektir.

Sonuçta bu araştırmanın bulgularının spesifik olarak tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına ve bu alanda mesleki staj ve uygulamalarını yürütecek olan öğrencilere ve genelde ülkemizde hastalara hizmet veren diğer meslek elemanlarına çalışmalarında katkı, kimi zamanda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma ulaşım olanaklarındaki güçlükler, maddi olanaksızlıklar, haberleşmedeki zorluklar nedeniyle yalnızca Ankara ili merkezinde bulunan hastanelerde yapılmıştır.

Bu hastanelerden ise doğal olarak tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHU'ların bulunduğu hastaneler araştırma kapsamına alınmıştır.

BÖLÜM II

MATERYAL ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, nüfusu, bilgi toplama araçları, bilgilerin toplanması ve bilgilerin çözümlenmesi ayrıntılarıyla açıklanmıştır.

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu çalışmada Ankara ilinde bulunan ve sosyal hizmet uzmanı (SHU) istihdam edilmiş hastanelerde hastaların tıbbi sorunlarının yanısıra karşılaştığı diğer sorunlar ve bu sorunların çözümü için SHU'larca verilen hizmetlerin ortaya konulması amacıyla "betimsel araştırma" modeli kullanılmıştır. Bu araştırma modeli türünün "tarama (survey) modeli" ile araştırma yürütülmüş ve tamamlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN NÜFUSU

Bu araştırmanın nüfusunu hastanelerde yani tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan SHU'lar ve bu SHU'ların istihdam edildiği hastanelerdeki servis sorumlusu 140 doktor ve 140 servis sorumlu hemşiresi (başhemşire) oluşturmaktadır.

Servis sorumlusu doktor ve hemşirelerin araştırma kapsamına alınmasının nedeni, bu grubun hastanelere yatan hastaların tıbbi tedavilerinin yanı sıra, idari işlemlerden de haberdar olmasıdır. Şöyle ki, bir hastanın hastaneye yatış aşamasından hastaneden çıkış aşamasına kadar yürütülen idari işlemleri bilmektedirler. Bu yüzden servis sorumlusu doktor ve hemşirelerin araştırmanın amacına daha fazla yararlı olacağı düşünülmüştür.

Ankara ili merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, üniversitelere bağlı hastaneler ve diğer hastaneler bu kapsama alınmış ancak SHU'ların verdikleri hizmetlerin ve bunların doktorlar ve hemşireler tarafından bilinme durumlarının daha sağlıklı bir şekilde ortaya konabilmesi amacıyla sadece SHU istihdam edilen hastanelerde uygulama yapılmıştır. Bu hastanelerde istihdam edilen ancak hastane kreşi gibi yerlerde çalışan yani tıbbi sosyal hizmet vermeyen SHU'lar araştırma kapsamı dışında tutulmuş ve tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren 39 SHU belirlenmiştir.

Sonuçta 100 doktor, 130 hemşire ve 34 sosyal hizmet uzmanı ile bu araştırma yürütülmüştür.

Araştırma kapsamına giren hastanelerin isimleri ile bu hastanelerden araştırma kapsamına giren doktor, hemşire ve sosyal hizmet uzmanlarının dağılımı aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir:

ÇİZELGE 1

DOKTOR, HEMŞİRE VE SHU'LARIN
GÖREV YAPTIKLARI HASTANELERE GÖRE DAĞILIMI

Görev Yapılan Hastane	Doktor		Hemşire		S H U		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Onkoloji Hastanesi	7	7.0	9	6.9	2	5.9	18	6.8
Yüksek İhtisas Hast.	5	5.0	5	3.9	4	11.8	14	5.4
İbn-i Sina Hastanesi	5	5.0	15	11.5	2	5.9	22	8.3
Z.Tahir Burak Doğumevi	11	11.0	12	9.2	3	8.8	26	9.9
Dr.S.Ulus Çocuk Hast.	7	7.0	8	6.1	2	5.9	17	6.4
Rehabilitasyon Merkezi	4	4.0	4	3.1	3	8.8	11	4.2
Numune Hastanesi	12	12.0	20	15.4	5	14.7	37	14.0
Ankara Hastanesi	10	10.0	15	11.5	2	5.9	27	10.2
Atatürk Sanatoryumu	10	10.0	11	8.5	1	2.9	22	8.3
Trafik Hastanesi	5	5.0	5	3.9	1	2.9	11	4.2
Hacettepe Hastanesi	18	18.0	20	15.4	4	11.8	42	15.9
Zübeyde Hanım D.evi	6	6.0	6	4.6	1	2.9	13	4.9
GATA Hastanesi	--	--	--	--	4	11.8	4	1.5
Toplam	100	100.0	130	100.0	34	100.0	264	100.0

2.3. BİLGİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada hastanelere yatan hastaların (müracaatçıların) tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların belirlenmesi; doktor ve hemşirelerin bu sorunların çözümü için başvuru yapma durumları ve tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlere ilişkin görüş ve önerileri; hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'ların verdiği hizmetler ile tıbbi sosyal hizmet alanını kapsayan konuların ortaya konulması amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen iki ayrı anket formu kullanılmıştır.

Anket formlarının hazırlanmasında araştırmacının giriş bölümünde belirtilen bilgilerden ve Richard J. Estes'in "Health Care & The Social Services Social Work Practice in Health Care" isimli kitabından büyük ölçüde yararlanılmıştır. Bu bilgilerden ülkemize uyanlar araştırmacının tıbbi sosyal hizmet alanındaki mesleki tecrübesi dahilinde sınıflanmıştır. Daha sonra tıbbi sosyal hizmet alanında on yıldan daha uzun süreden beri hizmet veren ve halen Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Sosyal Hizmet Bölüm Şefi görevini yürüten Mevlüt DALKIRAN'ın görüşlerinden yararlanılmıştır.

Bu anket formlarından birisi doktor ve hemşirelere, ikincisi ise tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHU'lara yöneliktir.

Doktor ve hemşirelerin doldurdukları Anket Formu'nda (EK-1) cinsiyet, doğum tarihi, işyeri değişikliği yapma durumu, hastanede çalışmaya başlama tarihi gibi doktor ve hemşireleri tanıtıcı bilgilerin yanısıra;

a) Doktor ve hemşirelerin hastalarını tedavi ederken tıbbi sorunlarının yanısıra diğer sorunlarıyla karşılaşma durumu,

b) Hastaların karşılaştıkları sorunlar,

c) Hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yapma durumu ve başvuru yerleri,

d) SHU'ların verdikleri hizmetleri bilme durumu,

e) SHU'ların verdikleri hizmetleri yeterli bulma durumları ve SHU'larına önerilerine yönelik sorular bulunmaktadır.

SHU'ların doldurdukları Anket Formu'nda (EK-2) ise SHU'ları tanıtıcı bilgilerin yanısıra;

a) Müracaatçıların belirleme şekli,

b) Hastaların karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunların yoğunluk durumu,

c) Hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için verdiği hizmetler ve bunların yoğunluk durumu,

d) Hastalara hizmet verirken yararlanılan kaynaklar ve bunların yoğunluk durumu ile kaynakların geliştirilmesi için öneriler,

e) Hizmet verirken yararlanılan Sosyal Hizmet Mesleği Yöntemleri ve yoğunluk durumu ile bu yöntemlerin yürütülme yerleri,

f) Hastanede sosyal hizmet uygulamalarını yürütürken karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların çözümüne ilişkin öneriler,

g) SHU'ların tıbbi sosyal hizmet kapsamında verdikleri hizmetleri yeterli bulma durumları ile verilen hizmetlerin geliştirilebilmesi için yapılabilecek faaliyetler,

h) Hastanede yapılan faaliyetlerin ve görülen işlevlerin doktor, hemşire ve diğer personel tarafından bilinme durumu ile yeteri derecede bilinmesi için yapılabilecek faaliyetler,

ı) Türkiye'deki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin değerlendirme soruları bulunmaktadır.

Her iki anket formu hazırlandıktan sonra Prof.Dr. Nihal TURAN ile Doç.Dr.Gönül Erkan'a danışılmış ve görüşleri ele alınmıştır. Daha sonra bu anket formları Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Sosyal Hizmet Bölümü'nde görev yapan SHU'ları, Numune Hastanesi Sosyal Servisi'nde görev yapan SHU'ları ile Dr.Sami Ulus Hastanesi'nde görev yapan SHU'larına uygulanmış ve anket formlarında gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra uygulamaya geçilmiştir.

2.4. BİLGİLERİN TOPLANMASI

Uygulamanın yapıldığı hastanelerde bilgilerin toplanmasına geçilmeden önce servis sorumlu doktorları ile servis sorumlu hemşireleri bunlar yoksa onların yerlerine görev yapan personel belirlenmiştir.

Uygulama sırasında doktor, hemşire ve SHU'larından anket formlarının ön sayfasında bulunan yönerge okunduktan sonra sorulara geçmeleri istenmiştir. Bu arada doktor, hemşire ve SHU'larına araştırmanın amacı, kapsamı ve anket formları hakkında bilgiler verilmiştir.

Doktor, hemşire ve SHU'lar anket formlarını doldurduktan sonra anketlerin denetimi yapılmış, cevaplandırılmayan soru veya sorular varsa bunlar üzerinde durulmuştur.

Doktor ve hemşirelerin doldurdıkları anket formunun cevaplandırılması işlemi 15-20 dakika sürerken SHU'ların doldurdıkları anket formunun cevaplandırılması işlemi daha uzun süre almış, bazı SHU'lar daha ayrıntılı ve düzenli yanıt verebilmek amacıyla anket formlarının bir süre kendilerinde kalmasını istemişlerdir.

2.5. BİLGİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ

Doktor, hemşire ve SHU'larından anket formları aracılığıyla elde edilen bilgilerin çözümü geniş ölçüde araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Elde edilen verilerin özelliklerine göre yüzdelik hesaplaması yapılmıştır.

Ayrıca bazı sorularda yoğunluk düzeyi hesaplaması yapılmıştır. Bu hesaplama yapılırken cevaplayıcılardan içinde bulunulan durumu önem sırasına göre birinci, ikinci ve üçüncü yoğunluk şeklinde sıralamaları istenmiştir. Cevaplayıcının sıralamasına göre birinci yoğunlukta karşılaşılan duruma üç, ikinci yoğunlukta karşılaşılan duruma iki ve üçüncü yoğunlukta karşılaşılan duruma ise bir puan verilmiş ve buna göre hesaplama yapılmıştır(Ek 3'e bakınız).

Bilgilerin çözülmesinden sonra elde edilen sonuçlar, araştırmacının problemine yanıt verebilecek bir düzen içinde çizelgelerde verilmiş ve bir sonraki bölümde sunulmuştur.

BÖLÜM III

BULGULAR ve YORUM

Bu bölümde bulgular, (1) araştırma kapsamına giren doktor, hemşire ve SHU'lara ait tanıtıcı bulgular, (2) hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunlar, (3) doktor ve hemşirelerin hastaların tıbbi sorunları dışındaki sorunlarının çözümü için başvuru yapma durumları ve değerlendirmeleri, (4) hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'ların verdikleri hizmetler, (5) tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların müracaatçı belirleme şekli, (6) hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin kaynakları ve hizmetlerin verilme biçimi, (7) hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet verirken SHB/SHU'ların karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunların çözümüne ilişkin önerileri ve (8) tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların bu alana ilişkin değerlendirmeleri şeklinde ele alınmıştır.

3.1. DOKTOR, HEMŞİRE VE SHU'LARA İLİŞKİN TANITICI BULGULAR

Yöntem bölümünde değinildiği gibi 100 doktor, 130 hemşire ve 34 Sosyal Hizmet Uzmanı (SHU) araştırma kapsamına giren meslek elemanlarını oluşturmaktadır.

Bu alt bölümde doktor, hemşire ve SHU'lara ilişkin bulgular, (1) cinsiyet, (2) doğum tarihi, (3) işyeri değişikliği yapma durumu, (4) hastanede çalışmaya başlama tarihi ve (5) SHU'ların görev yeri açısından ele alınmıştır.

3.1.1. DOKTOR, HEMŞİRE VE SHU'LARIN CİNSİYETİ

Doktor, hemşire ve SHU'ların cinsiyetine ilişkin bulgular, Çizelge 2'de verilmiştir:

ÇİZELGE 2

DOKTOR, HEMŞİRE ve SHU'LARIN CİNSİYET DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI								
Cinsiyet	Doktor		Hemşire		S H U		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Kadın	28	28.0	130	100.0	27	79.4	185	70.1
Erkek	72	72.0	-	-	7	20.6	79	29.9
Toplam	100	100.0	130	100.0	34	100.0	264	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman araştırma kapsamına giren meslek elemanlarının % 70.1'inin kadın ve % 29.9'unun erkek olduğu görülmektedir. Doktorların cinsiyet dağılımında erkekler, SHU'ların dağılımında ise kadınlar çoğunluktadır. Ülkemizde hemşire yetiştiren okullara yalnızca bayan öğrencilerin alınması nedeniyle hemşirelerin tamamını kadınlar oluşturmaktadır.

3.1.2. DOKTOR, HEMŞİRE VE SHU'LARIN DOĞUM TARİHİ

Doktor, hemşire ve SHU'ların doğum tarihine ilişkin bulgular, Çizelge 3'de verilmiştir:

ÇİZELGE 3

DOKTOR, HEMŞİRE ve SHU'LARIN DOĞUM TARİHLERİNE GÖRE DAĞILIMI

Doğum Tarihi	Doktor		Hemşire		S H U		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
1940-50	7	7.0	4	3.1	6	17.7	17	6.4
1951-55	22	22.0	20	15.4	5	14.7	47	17.8
1956-60	36	36.0	36	27.7	10	29.4	82	31.1
1961-65	26	26.0	46	35.3	12	35.3	84	31.8
1966-70	7	7.0	20	15.4	1	2.9	28	10.6
Yanıtızsız	2	2.0	4	3.1	--	--	6	2.3
Toplam	100	100.0	130	100.0	34	100.0	264	100.0
	$\bar{x} = 33.9$		$\bar{x} = 31.7$		$\bar{x} = 34.9$		$\bar{x} = 33.0$	

Çizelgede verilen dağılım ele alındığı zaman 1961-65 grubunun % 31.8 oranla ilk sırada yer aldığı görülmektedir. İkinci sırada % 31.1 oranla 1956-60 grubu gelmektedir. 1940-50 grubu ise % 6.4 oranla en son sırada görülmektedir. Dağılımda araştırma grubuna giren meslek elemanları arasında farklılık olmadığı görülmektedir.

Çizelgeye bir başka açıdan bakıldığında 1956-65 yılları arasında bir yığılma görülmektedir.

3.1.3. DOKTOR, HEMŞİRE VE SHU'LARIN İŞYERİ DEĞİŞİKLİĞİ YAPMA DURUMU

Doktor, hemşire ve SHU'ların işyeri değişikliği yapma durumuna ilişkin bulgular, Çizelge 4'de verilmiştir:

ÇİZELGE 4

DOKTOR, HEMŞİRE ve SHU'LARIN
İŞYERİ DEĞİŞİKLİĞİ YAPMA DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI

İşyeri değişikliği yapma- durumu	Doktor		Hemşire		S H U		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
İlk işyeri	22	22.0	72	55.4	9	26.5	103	39.0
Bir işyeri	64	64.0	46	35.4	15	44.1	125	47.3
İki işyeri	11	11.0	6	4.6	4	11.8	21	8.0
Üç ve daha fazla	3	3.0	6	4.6	6	17.6	15	5.7
Toplam	100	100.0	130	100.0	34	100.0	264	100.0

Çizelgede verilen bulgulara bakıldığında zaman araştırma kapsamına giren meslek elemanlarının % 61.1'inin en az bir işyeri değişikliği yaptığı görülmektedir. Bir işyeri değişikliği yapanlar % 47.3 oranla ilk sırada yer alırken % 39.0 oranında henüz işyeri değişikliği yapmayanlar ikinci sırada görülmektedir. Üç ve daha fazla işyeri değişikliği yapanlar % 5.7 oranla son sıradadır. Doktor ve SHU'ların dağılımı benzerken hemşirelerde dağılım farklıdır. Hemşirelerin yarısından fazlası % 55.4 oranla henüz işyeri değişikliği yapmazken bu oran doktorlarda % 22.0 ve SHU'larda % 26.5 'dir.

İşyeri değişikliği yapma açısından en hareketli grup SHU grubudur. Doktorlarda hareketlilik ikinci işyerinden sonra azalmaktadır. Hemşireler ise işyeri değişikliği yapma açısından en durağan grup olarak görülmektedir. Bunda araştırma kapsamına giren hemşirelerin servis sorumlu hemşiresi olmasının etkisi büyüktür; şöyle ki, servis sorumlu hemşireleri serviste çalışmaya başlama tarihi, tecrübesi ve hastanede hizmet verme süresi ile belirlenmektedir. SHU'ların hareketli bir grup olmasının nedeni SHU'ların hemşire ve doktorlara göre daha çeşitli alanlarda (aile ve çocuk refahı, suçluluk, gençlik, yaşlılık gibi) görev yapma olanağının bulunması ile ilgili olabilir.

3.1.4. DOKTOR, HEMŞİRE VE SHU'LARIN HASTANEDE ÇALIŞMAYA BAŞLAMA TARİHİ

Doktor, hemşire ve SHU'ların hastanede çalışmaya başlama tarihine ait bulgular, Çizelge 5'de verilmiştir:

ÇİZELGE 5

DOKTOR, HEMŞİRE ve SHU'LARIN
HASTANEDE ÇALIŞMAYA BAŞLAMA TARİHLERİNE GÖRE DAĞILIMI

Hastanede çalışmaya başlama tarihi	Doktor		Hemşire		S H U		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
1970 yılına kadar	1	1.0	3	2.3	--	--	4	1.5
1971 - 1975	1	1.0	17	13.1	4	11.8	22	8.3
1976 - 1980	2	2.0	29	22.3	2	5.8	33	12.5
1981 - 1985	23	23.0	35	26.9	14	41.2	72	27.3
1986 - 1990	73	73.0	43	33.1	14	41.2	130	49.3
Yanıtızsız	--	--	3	2.3	--	--	3	1.1
Toplam	100	100.0	130	100.0	34	100.0	264	100.0

Çizelgeden izleneceği gibi 1986-90 döneminde hastanede çalışmaya başlama oranı % 49.3'le ilk sırada gelirken, 1970 yılından önce hastanede çalışmaya başlama % 1.5 oranla son sırada bulunmaktadır.

Dağılıma meslek grupları açısından bakıldığında belirgin bir farklılık göze çarpmaktadır. Doktor grubunda 1981-90 yılları arasında önemli bir yığılma görülürken (% 96.0), hemşirelerde bu yıllar arasında dağılım % 60.0 ve SHU'larda % 82.4 oranındadır.

Doktorlarda bu şekilde bir dağılım olmasının nedeni akademik kariyer olabilir; şöyle ki, akademik kariyer alan doktorlar danışmanlık ve eğitim görevlerini üstlenmekte ve başasistan, servis sorumlusu doktor gibi çalışmamaktadır.

SHU'larda 1980'li yıllardan sonra yığılma olmasının nedeni sağlık alanında sosyal hizmetlerin gerekliliğinin kabul edilmesi ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çabaları ile ilgili olabilir.

3.1.6. SHU'LARIN GÖREV YERİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHU'ların görev yerine ait bulgular, Çizelge 6'da verilmiştir:

ÇİZELGE 6

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA
SHU'LARIN GÖREV YERLERİNE GÖRE DAĞILIMI

Görev Yeri	S	%
Sosyal Hizmet Bölümü (SHB)	13	38.2
Servisler	4	11.8
Her ikisi	15	44.1
Başhekimlik	2	5.9
Toplam	34	100.0

Çizelgeye bakıldığı zaman SHU'ların SHB ve servislerin yanısıra başhekimlikte çalıştığı görülmektedir. Dağılımda ilk sırayı hem SHB hem de servislerde çalışan SHU'ların % 44.1 oranla aldığı görülmektedir. Bunu sadece SHB'de çalışan SHU'lar % 38.2 oranla izlemektedir. Görev yeri servisler olan SHU'ların oranı % 11.8'dir. Başhekim yardımcısı gibi esas mesleğinin dışında görev yapan SHU'lar ise % 5.9'la son sırayı almaktadır.

Hastanede çalışan SHU'ların yaklaşık 2/5'inin sadece SHB'de görev yapması SHU'ların hastanedeki servis çalışmaları ile hizmetleri bütünleştirme açısından etkililiğini azaltıcı bir faktör olarak düşünülebilir. Diğer yandan SHU'ların % 55.9'unun servislerle direkt ilgisinin olması sosyal hizmet mesleğinin ve tıbbi sosyal hizmet faaliyetlerinin hastanede tanınması ve etkililiğinin artması açısından oldukça yararlıdır.

Servislerde çalışmanın sağlayabileceği bir başka yarar da SHU'ların servis personeliyle daha sıkı etkileşime girerek ekip çalışmasına olanak sağlayan ortamın oluşturulması olabilir. Bunun yanısıra hastaya ulaşma ve onun tıbbi tedaviden daha etkin şekilde yararlanması sağlanabilecek ve sorunlarının daha kısa sürede tesbit edilerek çözülmesi de kolaylaşabilecektir.

3.2. HASTANELERE YATAN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Bu alt bölümde doktor, hemşire ve SHU'lara göre müracaatçıların (hastaların) tıbbi sorunlarının dışında karşılaştıkları sorunlara ilişkin bulgular, (1) hastanelere yatan hastaların (müracaatçıların) tıbbi sorunları dışında sorunlarla karşılaşma durumu, (2) hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunlar, (3) hastanelere yatan hastaların hastanede yattığı süre

içinde karşılaştıkları sorunlar, (4) hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunlar, (5) hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra SHB/SHU'lar tarafından takip edilme durumu ve (6) hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştığı sorunlar açısından ele alınmıştır. Ayrıca SHU'lara göre her aşamada en yoğun olarak karşılaşılan sorunlara ilişkin verilere de yer verilmiştir.

3.2.1. HASTANELERE YATAN HASTALARIN (MÜRACAATÇILARIN) TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA SORUNLARLA KARŞILAŞMA DURUMU

Doktor ve hemşirelerin hastaların tıbbi sorunlarının dışında sorunlarıyla karşılaşma durumuna ait bulgular, Çizelge 7'de verilmiştir:

ÇİZELGE 7

DOKTOR VE HEMŞİRELERİN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA SORUNLARIYLA KARŞILAŞMA DURUMLARININ DAĞILIMI

Durum	Doktor		Hemşire		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Sorunlarla karşılaşıyor	97	97.0	129	99.2	226	98.3
Sorunlarla karşılaşılmıyor	3	3.0	1	0.8	4	1.7
Toplam	100	100.0	130	100.0	230	100.0

Çizelgedeki dağılıma bakıldığında zaman doktor ve hemşirelerin tamamına yakınının (% 98.3) hastaların tıbbi sorunlarının yanısıra başka sorunlarla da karşılaştıkları görülmektedir.

Tıp alanında doktorların birincil sorumluluğu hastaların fiziksel sorunlarıyla uğraşmaktır. Hemşireler de bu sorunların tedavisinde önemli bir görev üstlenmektedirler. Bu yüzden doktor ve hemşirelerin tıbbi tedavinin yanında hastaların diğer sorunlarının farkında olmaları oldukça önemlidir.

3.2.2. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Doktor, hemşire ve SHU'lara göre hastanelere yatan hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunlara ilişkin bulgular, Çizelge 8'de verilmiştir:



ÇİZELGE 8

DOKTOR HEMŞİRE VE SHU'LARA GÖRE HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ AŞAMASINDA
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN DAĞILIMI

Sorunlar	Doktor		Hemşire		SHU		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Yatış ücretini ödemeyle ilgili sorunlar	87	28.5	116	24.4	28	30.4	231	26.5
Hastaneye yatış işlemleri ile ilgili sorunlar	42	13.7	83	17.4	11	12.0	136	15.6
Hastaneye yatışa engel olan ailesel sorunlar	46	15.0	62	13.0	8	8.7	116	13.3
Hastane hakkında bilgi eksikliğinden doğan sorunlar	30	9.8	65	13.7	12	13.0	107	12.2
Çalışma yaşamı ile ilgili sorunlar	30	9.8	41	8.6	8	8.7	79	9.0
Hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunlar	60	19.6	100	21.0	24	26.1	184	21.1
Diğer	11	3.6	9	1.9	1	1.1	21	2.4
Toplam	306	100.0	476	100.0	92	100.0	874	100.0

Çizelgede verilen dağılım ele alındığı zaman hastanelere yatan hastaların hastaneye yatışı aşamasında tıbbi sorunları dışında karşılaştığı sorunlarda ilk sırayı % 26.5 oranla yatış ücretini ödemeye ilgili sorunların aldığı görülmektedir. Hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunlar % 21.1 oranla ikinci sırada bulunmaktadır. Üçüncü sırada karşılaşılan sorun ise, % 15.6 oranla hastaneye yatış işlemleri ile ilgili formalitelerin karmaşıklığından doğan sorunlardır. Daha az oranda karşılaşılan sorunlar arasında % 9.0 oranla hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlar ve % 2.4 gibi bir oranla hastanın hastaneye yatışı aşamasında boş yatak olmaması, yatış için gün alma ve yatış için ilaç istenmesi gibi sorunlar bulunmaktadır.

Doktor grubuna göre hastanın hastaneye yatışı aşamasında karşılaştığı sorunlarda ilk sırayı % 28.5 oranıyla yatış ücretini ödemeye ilgili sorunlar olmaktadır. İkinci sırada hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunlar % 19.6 oranıyla bulunmaktadır. Üçüncü sırada ise % 15.0 oranıyla hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunlar gelmektedir. Doktor grubuna göre hastanın hastaneye yatışı aşamasında karşılaştığı sorunlarda son sıraları % 9.8 oranla hastane hakkında bilgi eksikliğinden doğan sorunlar ve hastanın çalışma yaşamı ile ilgili sorunlar almaktadır.

Hemşire grubunun dağılımına bakıldığında zaman hastanın hastaneye yatışı aşamasında karşılaştığı sorunlarda ilk sırayı % 24.4 oranla yatış ücretini ödemeye ilgili sorunlar almaktadır. İkinci sırada % 21 oranla hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunlar gelmektedir. Hemşirelere göre hastaneye yatış işlemleri ile ilgili formalitelerin karmaşıklığından doğan sorunlar % 17.4 oranla üçüncü sırada bulunmaktadır. Hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlar % 8.6 oranla son sırada görülmektedir.

SHU'larına göre hastanın hastaneye yatışı aşamasında karşılaştığı sorunlarda ilk sırayı % 30.4 oranla yatış ücretini ödemeye ilgili sorunlar alırken ikinci sırada % 21.1 ile hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunlar ve üçüncü sırada % 13.0 ile hastane hakkında bilgi eksikliğinden doğan sorunlar bulunmaktadır. Hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunlar ve çalışma yaşamı ile ilgili sorunlar % 8.7 oranla son sıraları almaktadır.

Çizelgede verilen dağılıma bir başka açıdan bakıldığında zaman şu sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Çizelge 7'de araştırma kapsamına giren doktorlardan 97'sinin (% 97.0) ve hemşirelerin 129'unun (% 99.2) hastalarını tedavi ederken tıbbi sorunlarının yanısıra başka sorunlarıyla karşılaştıkları görülmekteydi. Araştırma kapsamına giren SHU'larına da aynı soru sorulmuş ve 34 SHU'dan 31'inin (% 91.2) bu soruya hastaların yatışı aşamasında sorunlarla karşılaştıkları yanıtı alınmıştır.

Hastaların hastaneye yatışı aşamasında belirtilen sorunlardan işaretlenen sorun sayısı cevaplayıcı sayısına bölünerek elde edilen

verilere göre doktorların ortalama 3.2, hemşirelerin 3.7 ve SHU'ların 3.0 sorun işaretledikleri ortaya çıkmaktadır.

Hastaların hastaneye yatışı aşamasında belirtilen sorunlardan en az birini işaretleyen doktor, hemşire ve SHU'ların sayısının toplam doktor, hemşire ve SHU sayısına bölünmesi sonucu elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Her üç grupta da en yoğun olarak karşılaşılan sorun olan yatış ücretini ödemeye ilgili sorunları doktorların % 89.7'si, hemşirelerin % 89.9'u ve SHU'ların % 90.3'ü işaretlemiştir. Doktor, hemşire ve SHU'ların bu sorunla karşılaşma düzeyleri açısından belirgin bir farklılık görülmemektedir.

Hastaneye yatış işlemleri ile ilgili formalitelerin karmaşıklığından doğan sorunları doktorların % 43.3'ü, hemşirelerin % 54.3'ü ve SHU'ların % 35.5'i işaretlemiştir. Bu soruna her üç grubun bakış açısı birbirinden farklı düzeylerde. Hemşirelerin yaklaşık 3/5'i, doktorların 2/5'inden biraz fazlası ve SHU'ların 2/5'ine yakın bir bölümü bu sorunla karşılaştıklarını belirtmektedirler.

Hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunları doktorların % 47.4'ü, hemşirelerin % 48.0'ı ve SHU'ların % 25.8'i işaretlemiştir. Bu sorunla karşılaşma açısından doktor ve hemşire arasında belirgin bir farklılık görülmezken SHU'ların diğer gruba göre bu sorunla daha az oranda karşılaştıkları anlaşılmaktadır.

Hastane hakkında bilgi eksikliğinden doğan sorunları doktorların % 30.9'u, hemşirelerin % 58.4'ü ve SHU'ların % 38.7'si işaretlemişlerdir. Her üç grubun bu sorunla karşılaşma oranları birbirinden farklı düzeydedir. Doktorların yaklaşık 1/3'ü, hemşirelerin 2/3'üne yakın bir bölümü ve SHU'ların 1/3'den biraz fazlasının bu sorunla karşılaştıkları anlaşılmaktadır.

Hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunları doktorların % 30.9'u, hemşirelerin %31.8'i ve SHU'ların %25'i işaretlemişlerdir. Bu sorunla doktor ve hemşirelerin karşılaşma oranı birbirine yakinken SHU'larda bu oran daha düşük düzeyde görülmektedir.

Hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunları doktorların % 61.9'u hemşirelerin % 77.5'i ve SHU'ların % 77.4'ü işaretlemişlerdir. Bu sorunla hemşire ve SHU'ların karşılaşma oranları birbirine yakinken doktorlarda bu oran daha düşük düzeydedir.

Ayrıca doktorların % 11.3'ü, hemşirelerin % 6.0'sı ve SHU'ların % 3.2'sinin hastaların yukarıda sayılan sorunlardan başka sorunlarıyla da karşılaştıkları görülmektedir.

3.2.2.1. HASTANEYE YATAN HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Araştırma kapsamına giren SHU'lara göre hastaneye yatan hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 9'da verilmiştir:

ÇİZELGE 9
TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA
SHU'LARA GÖRE HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI
SORUNLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Sorunlar	S	* Y.P.
Yatış ücretini ödemeye ilgili sorunlar	26	71
Hastaneye yatış işlemleri ile ilgili formaliteler	11	22
Hastaneye yatışa engel olan ailesel sorunlar	4	7
Hastane hakkında bilgi eksikliğinden doğan sorunlar	8	10
Çalışma yaşamı ile ilgili sorunlar	1	2
Hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunlar	21	42
Diğer	2	4
Toplam	81	158

* Yoğunluk puanı cevaplayıcının sıralamasına göre ağırlıklı olarak hesaplanmıştır.

Çizelgeye bakıldığı zaman yatış ücretini ödemeye ilgili sorunların Çizelge 8'de olduğu gibi ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bu sorunun yoğunluk puanı ile diğer sorunların yoğunluk puanları arasında belirgin bir farklılık vardır. İkinci yoğunlukta hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunlar ve üçüncü yoğunlukta hastaneye yatış işlemleri ile ilgili formalitelerin karmaşıklığından kaynaklanan sorunlar gelmektedir. En az yoğunlukta karşılaşılan sorun grubu ise hastanın çalışma yaşamı ile ilgili sorunlardır.

3.2.3. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDE YATTIKLARI SÜRE İÇİNDE KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Doktor, hemşire ve SHU'lara göre hastanelere yatan hastaların hastanede yattıkları süre içinde karşılaştıkları sorunlara ilişkin bulgular, Çizelge 10'da verilmiştir:

ÇİZELGE 10

DOKTOR HEMŞİRE VE SHU'LARA GÖRE HASTALARIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN DAĞILIMI

Sorunlar	Doktor		Hemşire		SHU		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü,endişe ve korku, depresyon gibi) sorunlar	65	12.2	110	11.0	20	8.4	195	11.0
Hastaneye uyum sorunları	42	7.9	82	8.2	16	6.7	140	7.9
Uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliği	54	10.1	88	8.8	13	5.4	155	8.7
Uygulanacak tıbbi müdahaleye ilişkin (ameliyat öncesi ve sonrası gibi) sorunlar	60	11.3	81	8.1	15	6.3	156	8.8
Hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi	26	4.9	55	5.5	9	3.8	90	5.1
Tıbbi bakım almaya direnç gösterme	20	3.7	46	4.6	11	4.6	47	4.3
Hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar	10	1.9	38	3.8	9	3.8	57	3.2
Hastanın ailesinden uzak kalması nedeniyle sosyal rolünü yerine getirememesi	34	6.4	67	6.7	15	6.3	116	6.5
Hastanın yakınlarıyla iletişim kuramaması	26	4.9	67	6.7	26	10.9	119	6.7
Hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama	21	3.9	60	6.0	25	10.4	106	6.0
Hastanede kalınan süre içinde gelir kaybı	47	8.8	89	8.8	25	10.4	161	9.1
Hastalığın tedavisi ile ilgili gereksinimleri (ilaç, tetkik,kan vb.) karşılayamama	23	4.3	52	5.1	12	5.0	87	4.9
Hastanın çıkış sonrası çalışma yaşamına ilişkin sorunları	83	15.6	110	11.0	32	13.4	225	12.7
	20	3.7	50	5.0	11	4.6	81	4.6
Diğer	2	0.4	7	0.7	--	--	9	0.5
Toplam	533	100.0	1002	100.0	239	100.0	1774	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman hastaların hastanede kaldığı süre içinde karşılaştığı sorunların yüzdelik dağılımlarında belirgin bir farklılık görülmemekle beraber ilk sırayı % 12.7 ile hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik ve tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama olmaktadır. İkinci sırayı % 11.0 ile hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon gibi) oranlar bulunmaktadır. Hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama % 9.1 oranla üçüncü sırada yer almaktadır. Hastanın hastanede kaldığı süre içinde daha düşük düzeyde karşılaştığı sorunlar arasında % 4.9 ile hastanın hastanede kaldığı süre içinde uğradığı gelir kaybı, % 4.6 oranla hastanın çıkış sonrası çalışma yaşamına ilişkin ve % 3.2 gibi bir oranla hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar bulunmaktadır.

Doktor grubuna göre hastanın hastanede kaldığı süre içinde karşılaştığı sorunlar arasında % 15.6 ile hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik ve tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama ilk sırada yer alırken, ikinci sırayı % 12.2 oranla hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon gibi) sorunlar bulunmaktadır. Üçüncü sırada uygulanacak tıbbi müdahaleye ilişkin (ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan endişe gibi) sorunlar % 11.3 ve dördüncü sırada uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliği % 10.1 oranla görülmektedir. Doktorlara göre hastanın hastanede yattığı süre içinde daha az oranda karşılaştığı sorunlar arasında hasta yakınlarının ziyarette gelmemesi % 3.9, tıbbi bakım almaya direnç gösterme % 3.7 ve hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar % 1.9 oranındadır.

Hemşire grubunun dağılımına bakıldığında zaman ilk sırada % 11.0 oranla hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik ve tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama ve hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon gibi) sorunların yer aldığı görülmektedir. Daha sonra % 8.8 oranla hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama ve uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliğinden kaynaklanan sorunlar gelmektedir. Hemşirelere göre hastaların daha az oranda karşılaştığı sorunlar arasında % 4.6 oranla tıbbi bakım almaya direnç gösterme % 3.8 oranla hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar bulunmaktadır.

SHU'lara göre hastaların hastanede kaldığı süre içinde karşılaştığı sorunlar arasında ilk sırayı doktor ve hemşire grubunda olduğu gibi hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik ve tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama gelmektedir. İkinci sırada karşılaşılan sorun % 10.9'la hastanın yakınlarıyla iletişim kuramaması ve üçüncü sırada % 10.1 oranla hasta yakınlarının ziyarette gelmemesi çıkış ile ilgili sorunları yaşama yer almaktadır. Bu sorunları hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon gibi) sorunlar % 8.4 oranla izlemektedir. SHU'ların daha az oranda karşılaştığı sorunlar arasında % 3.8 oranla hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi ve hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar bulunmaktadır.

Hastaların hastanede kaldığı süre içinde karşılaştığı sorunlara araştırma kapsamına giren doktorların 96'sı hemşirelerin 129'u ve SHU'ların tamamı yanıt vermişlerdir. Hastaların hastanede yattığı süre içinde belirtilen sorunlardan işaretlenen sorun sayısı cevaplayıcı sayısına bölünerek elde edilen verilere göre doktorların ortalama 5.6, hemşirelerin 7.8 ve SHU'ların 7.0 sorun işaretledikleri ortaya çıkmaktadır.

Hastaların hastanede kaldığı süre içinde belirtilen her bir sorunu işaretleyen doktor, hemşire ve SHU'lar, toplam doktor, hemşire ve SHU sayısına bölünmesi sonucu elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon gibi) sorunlar doktorların % 67.7'si, hemşirelerin % 95.3'ü ve SHU'ların % 68.8'i işaretlemiştir. Doktor ve SHU'ların bu sorunla karşılaşma düzeyleri açısından belirgin bir farklılık görülmezken hemşirelerin diğer iki gruba göre bu sorunla daha yüksek oranda karşılaştıkları görülmektedir.

Hastaneye uyum sorunlarını doktorların % 43.8'i, hemşirelerin % 63.6'sı ve SHU'ların % 47.1'i tarafından işaretlenmiştir. Bu soruna her üç grubun bakış açısı birbirinden farklıdır.

Uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliğinden doğan sorunları, doktorların % 56.3'ü, hemşirelerin % 68.2'si ve SHU'ların % 38.3'ü işaretlemiştir. Hemşireler bu sorunla daha fazla karşılaşırken SHU'ların oranı daha düşüktür.

Uygulanacak tıbbi müdahaleye ilişkin (ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan endişe gibi) sorunları, doktorların % 62.5'i, hemşirelerin % 62.8'i ve SHU'ların % 44.1'i işaretlemiştir. Doktor ve hemşirelerin bu sorunla karşılaşma düzeyleri birbirine yakınken SHU'larda daha düşük düzeydedir.

Hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi sorununu doktorların % 27.1'i, hemşirelerin % 42.6'sı ve SHU'ların % 26.5'i işaretlemiştir. Bu sorunla karşılaşma düzeyleri doktor ve SHU'ların birbirine yakınken hemşirelerde daha yüksektir.

Tıbbi bakım almaya direnç gösterme sorununu doktorların % 20.8'i, hemşirelerin % 35.7'si ve SHU'ların % 32.4'ü işaretlemiştir. Hemşire ve SHU'ların oranları birbirine yakınken doktorların oranı daha düşük düzeydedir.

Hastanın vücut imajı ile ilgili sorunları, doktorların % 10.4'ü, hemşirelerin % 29.5'i ve SHU'ların % 26.5'i işaretlemiştir. Bu sorunla hemşire ve SHU'ların karşılaşma düzeyi birbirine yakınken doktorlarındaki belirgin bir düzeyde düşüktür.

Hastanın ailesinden uzak kalması nedeniyle sosyal rolünü yerine getirememesi sorununu, doktorların % 35.4'ü, hemşirelerin % 51.9'u ve SHU'ların % 44.1'i işaretlemişlerdir. Her üç grubun bu sorunla karşılaşma düzeyleri birbirinden farklıdır. Hemşireler ilk sırayı alırken doktorlar ikinci sırayı ve SHU'lar üçüncü sırayı almaktadırlar.

Hastanın yakınlarıyla iletişim kuramaması sorununa, doktorların % 27.1'i, hemşirelerin % 51.9'u ve SHU'ların % 76.5'i işaretlemişlerdir. Her üç grubun bu sorunla karşılaşma düzeyleri birbirinden farklıdır. Birinci sırayı SHU'lar alırken ikinci sırayı hemşireler ve üçüncü sırayı doktorlar almaktadırlar.

Hastanın yakınlarının ziyarete gelmemesi sorununu, doktorların % 21.9'u, hemşirelerin % 46.5'i ve SHU'ların % 73.5'i işaretlemişlerdir. Her üç grubun bu sorunla karşılaşma düzeyleri birbirinden farklıdır. Birinci sırayı SHU'lar alırken ikinci sırayı hemşireler ve üçüncü sırayı doktorlar almaktadırlar.

Hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama sorununu, doktorların % 49.0'ı, hemşirelerin % 69.0'ı ve SHU'ların % 73.5'i işaretlemişlerdir. Hemşire ve SHU'ların bu sorunla karşılaşma düzeyleri birbirine yakın gibi görünürken doktorların oranı daha düşük düzeydedir.

Hastanede kalınan süre içinde gelir kaybı sorununu, doktorların % 24.0'ı, hemşirelerin % 40.3'ü ve SHU'ların % 35.3'i işaretlemişlerdir. Bu sorunla en yoğun karşılaşan hemşireler olurken ikinci sırada SHU'lar ve üçüncü sırada doktorlar yer almaktadırlar.

Hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama sorununu doktorların % 86.5'i, hemşirelerin % 95.3'ü ve SHU'ların % 94.1'i işaretlemişlerdir. Bu sorunla karşılaşma düzeyleri arasında belirgin bir farklılık görülmemektedir.

Hastanın çıkış sonrası çalışma yaşamına ilişkin sorunları, doktorların % 20.8'i, hemşirelerin % 38.8'i ve SHU'ların % 32.4'ü işaretlemişlerdir. Bu sorunla en yoğun karşılaşan grup hemşireler olurken ikinci sırada SHU'lar ve üçüncü sırada doktorlar yer almaktadırlar.

Hastanın hastanede yattığı süre içinde hastaların karşılaştığı diğer sorunları, doktorların % 2.1'i, hemşirelerin % 5.4'ü işaretlemişlerdir. SHU'lar ise herhangi bir görüş belirtmemişlerdir.

Hastaların hastanede kaldığı süre içinde karşılaştığı sorunlardan ekonomik kökenli olan hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama sorunu her üç meslek grubu tarafından ön planda tutulurken, doktor ve hemşireler hastanın psikolojik problemlerine daha fazla eğilmişlerdir. Buna karşın SHU'lar hastanın sosyal problemleriyle daha ilgili görülmektedirler.

3.2.3.1. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDE YATTIKLARI SÜRE İÇİNDE KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan SHU'lara göre hastanelere yatan hastaların hastanede yattıkları süre içinde karşılaştıkları sorunların yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 11'de verilmiştir:

ÇİZELGE 11

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHU'LARA GÖRE HASTALARIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Sorunlar	S	* Y.P.
Hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü,endişe ve korku, depresyon gibi) sorunlar	16	30
Hastaneye uyum sorunları	5	10
Uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliği	5	11
Uygulanacak tıbbi müdahaleye ilişkin sorunlar	5	7
Hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi	-	-
Tıbbi bakım almaya direnç gösterme	2	3
Hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar	-	-
Hastanın ailesinden uzak kalması nedeniyle sosyal rolünü yerine getirememesi	1	3
Hastanın yakınlarıyla iletişim kuramaması	10	21
Hasta yakınlarının ziyaretine gelmemesi	4	5
Hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama	12	22
Hastanede kalınan süre içinde gelir kaybı	6	8
Hastalığın tedavisi ile ilgili gereksinimleri (ilaç, tetkik,kan vb.) karşılayamama	26	67
Hastanın çıkış sonrası çalışma yaşamına ilişkin sorunları	5	11
Toplam	97	198

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman hastanede çalışan SHU'lara göre en yoğun olarak karşılaşılan sorunun hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama olduğu görülmektedir. İkinci yoğunlukta görülen sorun hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon gibi) sorunlardır. Üçüncü yoğunlukta karşılaşılan sorun hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama ve hastanın yakınlarıyla iletişim kuramaması sorunu gelmektedir.

En az yoğunlukta karşılaşılan sorunlar ise tıbbi bakım almaya direnç gösterme, hastanın ailesinden uzak kalması sonucu sosyal rolünü yerine getirememesidir. Yoğun olarak karşılaşılmayan sorun olarak hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi ve hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar görülmektedir.

3.2.4. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Doktor, hemşire ve SHU'lara göre hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunlara ilişkin bulgular, Çizelge 12'de verilmiştir:

ÇİZELGE 12

DOKTOR HEMŞİRE VE SHU'LARA GÖRE HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞ AŞAMASINDA
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN DAĞILIMI

Sorunlar	Doktor		Hemşire		SHU		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlar	89	29.3	122	23.4	32	19.5	243	24.6
Hastanın ailesiyle bağlantı kurulmasında karşılaşılan sorunlar	43	14.1	67	12.8	24	14.6	134	13.5
Çıkış işlemleri hakkında bilgi eksikliği	30	9.9	69	13.2	13	7.9	112	11.3
Hastanın hastaneden çıkmak istememesi	47	15.5	64	12.3	18	11.0	129	13.0
Ailenin hastayı çıkarmak istememesi	42	13.8	89	17.1	24	14.6	155	15.7
Hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlar	24	7.9	56	10.7	26	15.9	106	10.7
Hastanın barınabileceği bir yerin olmaması	29	9.5	54	10.3	25	15.3	108	10.9
Diğer	--	--	1	0.2	2	1.2	3	0.3
Toplam	304	100.0	522	100.0	164	100.0	990	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştığı sorunlar arasında hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunların % 24.6 oranla ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Hastanın hastaneden çıkışı aşamasında karşılaştığı diğer sorunlar arasında belirgin bir farklılık görülmemesine rağmen ailenin hastayı çıkarmak istememesi sorunu % 15.7 oranla ikinci sırada yer almaktadır. Daha az yoğunlukta karşılaşılan sorunlar arasında % 10.9 oranla hastanın çıkış sonrası barınabileceği bir yerin olmaması ve % 10.7 oranla hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlar bulunmaktadır.

Doktor grubuna göre hastanın hastaneden çıkış aşamasında karşılaştığı sorunlarda ilk sırayı % 29.3 oranla hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlar almaktadır. İkinci sırada hastanın hastaneden çıkmak istememesi % 15.5 ve üçüncü sırada hastanın ailesiyle bağlantı kurulmasında karşılaşılan sorunlar % 14.1 oranla bulunmaktadır. Doktor grubuna göre daha az oranda karşılaşılan sorunlar arasında % 9.5 oranla hastanın çıkış sonrası barınabileceği bir yerin olmaması ve % 7.9 oranla hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlar bulunmaktadır.

Hemşire grubuna göre hastanın hastaneden çıkış aşamasında karşılaştığı sorunlarda ilk sırayı % 23.4 oranla hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlardır. İkinci sırada ailenin hastayı çıkarmak istememesi % 17.1 oranındadır. Hastaların daha az oranda karşılaştıkları sorunlar arasında doktor grubunda olduğu gibi % 10.3 oranla hastanın çıkış sonrası barınabileceği bir yerin olmaması ve % 10.7 oranla hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlardır.

SHU'ların dağılımına bakıldığında zaman hastanın hastaneden çıkış aşamasında karşılaştığı sorunlarda ilk sırayı % 19.5 oranla hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlar almaktadır. Doktor ve hemşire grubunun en az karşılaştığı sorun olan hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlar % 15.9 oranla ikinci ve hastanın çıktıktan sonra barınabileceği bir yerin olmaması sorunu % 10.3 oranla üçüncü sırada bulunmaktadır. SHU'lara göre en az yoğunlukta karşılaşılan sorun grubu ise % 7.9 ile çıkış işlemleri hakkında bilgi eksikliğidir.

Hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştığı sorunlara araştırma kapsamına giren doktorların 95'i, hemşirelerin 129'u ve SHU'ların tamamı yanıt vermiştir. İşaretlenen sorun sayısı cevaplayıcı sayısına bölünerek elde edilen verilere göre doktorlar ortalama 3.2, hemşireler 7.8 ve SHU'lar 4.8 sorun işaretledikleri ortaya çıkmaktadır. Hastaların hastaneden çıkış aşamasında belirtilen her bir sorunu işaretleyen doktor, hemşire ve SHU'lar toplam doktor, hemşire ve SHU sayısına bölünmesi sonucunda elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Hastaların hastaneden çıkışı aşamasında karşılaştığı sorunlardan en yoğun sorun grubu olarak karşımıza çıkan hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunları doktorların % 93.7'si, hemşirelerin

% 94.6'sı ve SHU'ların % 94.1'i işaretlemişlerdir. Doktor, hemşire ve SHU'ların bu sorunla karşılaşma oranı açısından önemli bir farklılık görülmemektedir.

Hastanın ailesiyle bağlantı kurulmasında karşılaşılan sorunları doktorların % 45.3'ü, hemşirelerin % 51.9'u ve SHU'ların % 70.6'sı işaretlemişlerdir. SHU'ların bu sorunla diğer iki gruba göre daha yüksek oranda karşılaştığı görülmektedir. İkinci sırada hemşireler ve diğerlerine göre daha düşük düzeyde bu sorunla karşılaştığını belirten doktor grubu üçüncü sırada yer almaktadır.

Çıkış işlemleri hakkında bilgi eksikliği sorununu doktorların % 31.6'sı, hemşirelerin % 53.5'i ve SHU'ların % 38.2'si işaretlemişlerdir. Doktor grubu bu sorunla daha az oranda karşılaşırken hemşire grubunun daha az karşılaştığı görülmektedir.

Hastanın hastaneden çıkmak istememesi sorununu doktorların % 49.5'i, hemşirelerin % 49.6'sı ve SHU'ların % 52.9'u işaretlemişlerdir. Bu soruna her üç meslek grubunun bakış açıları arasında önemli bir farklılık görülmemektedir.

Hastanın hastaneden çıkışı aşamasında karşılaştığı sorunlardan ailenin hastayı çıkarmak istememesi sorunu, hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlar ve hastanın çıkıştan sonra barınabilecek bir yerinin olmaması sorunlarını doktor, hemşire ve SHU'ların işaretleme oranları birbirlerinden oldukça farklı düzeydedir. Bu üç sorunla karşılaşma oranı doktorlarda 1/4'den biraz fazla, hemşirelerde yaklaşık 1/2 ve SHU'larda 3/4 düzeyindedir. Yüzdelik oranla ifade edildiği zaman ailenin hastayı çıkarmak istememesi sorununu doktorların % 44.2'si, hemşirelerin % 59.0'ı ve SHU'ların % 70.6'sı hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunları doktorların % 25.3'ü, hemşirelerin % 43.4'ü ve SHU'ların % 76.5'i ve hastanın çıkıştan sonra barınabileceği bir yerinin olmaması sorununu doktorların % 30.5'i, hemşirelerin % 41.9'u ve SHU'ların % 73.5'i işaretlemişlerdir.

Çizelgede görüldüğü üzere hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştığı en büyük sorun yine ekonomik kökenli bir sorun olan hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlardır. Bu sorun ülkemizin genel ekonomik yapısından ve sosyal güvenlik sisteminin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır.

Değişen toplum yapısına paralel olarak artık insanlarımız yalnızlaşmaktadırlar. Çok az oranda da olsa hastanın çıkıştan sonra barınabileceği bir yerinin olmaması sorunu bunun bir göstergesidir.

Hastanın hastaneden çıkmak istememesinin bir boyutu psikolojik olabilir. Hastaneden çıkıştan sonra kendisini yalnız, diğer insanlara yabancı hissedebilir, onların bakışlarından rahatsız olabilir. Ancak ailenin hastayı taburcu etmek istememesi sorunu hastanın bakımını üstlenebilecek bilgidен yoksun olmasının etkisinin yanısıra artık değişen toplum yapısına bağlı olarak insanların daha da bireyselleşmesi ile açıklanabilir.

3.2.4.1. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan SHU'lara göre hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 13'de verilmiştir:

ÇİZELGE 13

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA
SHU'LARA GÖRE HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI
SORUNLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Sorunlar	S	* Y.P.
Hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlar	28	74
Hastanın ailesiyle bağlantı kurulmasında karşılaşılan sorunlar	19	35
Çıkış işlemleri hakkında bilgi eksikliği	9	18
Hastanın hastaneden çıkmak istememesi	6	11
Ailenin hastayı çıkarmak istememesi	5	5
Hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlar	14	29
Hastanın barınabileceği bir yerin olmaması	14	21
Toplam	96	193

* Yoğunluk puanı cevaplayıcının sıralamasına göre ağırlıklı olarak hesaplanmıştır.

Çizelgede görülen dağılıma bakıldığında zaman çizelge 12'deki dağılıma paralel bir sonuç görülmektedir. Hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunların yoğunluk düzeyi diğer sorunlara göre önemli ölçüde yüksek görülmektedir. Hastanın ailesiyle bağlantı kurulmasında karşılaşılan sorunlar ikinci, hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlar üçüncü yoğunluktadır. En az yoğunlukta karşılaşılan sorunlar ise hastanın hastaneden çıkmak istememesi ve ailenin hastayı çıkarmak istememesidir.

3.2.5. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞTAN SONRA SHB/SHU'LARCA TAKİP EDİLME DURUMU

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra SHB/SHU'larca takip işleminin yapılıp yapılmadığına ilişkin bulgular Çizelge 14'de verilmiştir:

ÇİZELGE 14

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARCA HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞINDAN SONRA TAKİP İŞLEMİNİN YAPILMA DURUMUNUN DAĞILIMI

Durum	S	%
Takip işlemi yapılıyor	8	23.5
Takip işlemi yapılmıyor	26	76.5
Toplam	34	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkışından sonra SHB/SHU'ların 1/4'ünün takip işlemini yaptığı, geriye kalan 3/4 oranındakilerce takip işleminin yapılmadığı görülmektedir.

Hastanın hastaneden çıkışından sonra SHB/SHU'larca takip işleminin düşük düzeyde olmasının nedeni Ankara'da bulunan hastanelere ülkenin bir çok yöresinden hastaların gelmesi ve tedavileri tamamlanan hastaların tekrar memleketlerine geri dönmesi olabilir.

3.2.6. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞTAN SONRA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Doktor, hemşire ve SHU'lara göre hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunlara ilişkin bulgular, Çizelge 15'de verilmiştir:

ÇİZELGE 15

DOKTOR HEMŞİRE VE SHU'LARA GÖRE HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞTAN SONRA
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN DAĞILIMI

Sorunlar	Doktor		Hemşire		SHU		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu bağımlı hale gelmesi	27	9.3	51	11.7	5	12.2	83	10.8
Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamaması	11	3.8	37	8.5	6	14.6	54	7.0
Hastanın aile içindeki sosyal rolünü yerine getirememesi	19	6.5	47	10.8	5	12.2	71	9.3
Hastanın çalışma yaşamındaki rolünü yerine getirememesi	26	9.0	40	9.2	6	14.6	72	9.4
Hastanın tıbbi önerileri yerine getirmesinde karşılaştığı sorunlar	57	19.6	78	17.9	4	9.8	139	18.1
Hastanın kontrollere düzenli olarak gelmemesi	75	25.9	78	17.9	7	17.1	160	20.9
Hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli gereksinimleri karşılayamaması	73	25.2	104	23.8	8	19.5	185	24.1
Diğer	2	0.7	1	0.2	-	-	3	0.4
Toplam	290	100.0	436	100.0	41	100.0	767	100.0

Çizelgede görülen dağılıma bakıldığında zaman hastaların hastaneden çıktıktan sonra karşılaştığı sorunlarda hastaların ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli ilaç, tıbbi malzeme gibi gereksinimleri karşılayamaması % 24.1 ve hastanın kontrollere düzenli olarak gelmemesi % 20.9 oranla ilk iki sırada yer aldığı görülmektedir. Daha az yoğunlukta karşılaşılan sorunlar taburculuk sonrası uyum ile ilgilidir. Hastanın çalışma yaşamındaki rolünü yerine getirememesi % 9.4, hastanın aile içindeki rolünü yerine getirememesi % 9.3 ve hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamaması % 7.0 oranla daha az yoğunlukta karşılaşılan sorunlardır.

Doktor grubunun dağılımına bakıldığında zaman ilk sırada % 25.9 oranla hastanın kontrollere düzenli olarak gelememesi ve ikinci sırada % 25.2 oranla hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli ilaç, tıbbi malzeme gibi gereksinimleri karşılayamaması yer almaktadır. Doktorların daha az oranda karşılaştığı sorunlar ise hastanın aile içindeki sosyal rolünü yerine getirememesi % 6.5 ve % 3.8 oranla hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamaması gibi sorunlardır.

Hemşire grubunun dağılımına bakıldığında zaman hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli ilaç, tıbbi malzeme gibi gereksinimleri karşılayamaması % 23.8 oranla ilk sırada görülürken % 17.9 oranla hastanın tıbbi önerileri yerine getirmesinde karşılaştığı sorunlar ve hastanın kontrollere düzenli olarak gelmemesi bulunmaktadır. Daha az yoğunlukta karşılaşılan sorunlar ise % 9.2 oranla hastanın çalışma yaşamındaki rolünü yerine getirememesi ve % 8.5 oranla hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamamasıdır.

SHU grubunun dağılımına bakıldığında zaman hastanın hastaneden çıktıktan sonra karşılaştığı sorunlardan hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli ilaç, tıbbi malzeme gibi gereksinimleri karşılayamaması % 19.5 oranla ilk sırada yer alırken hastanın kontrollere düzenli olarak gelememesi % 17.1 oranla ikinci sırada bulunmaktadır. SHU'ların en az yoğunlukta karşılaştığı sorun % 9.8 oranla hastaların tıbbi önerileri yerine getirmesinde karşılaştığı sorunlardır.

Hastaların hastaneden çıktıktan sonra karşılaştığı sorunlara araştırma kapsamına giren doktorların 91'i, hemşirelerin 120'si ve hasta hastaneden çıktıktan sonra takip işlemini yapan 8 SHU yanıt vermişlerdir. Hastanın hastaneden çıkış aşamasında belirtilen sorunlardan işaretlenen sorun sayısı cevaplayıcı sayısına bölünerek elde edilen verilere göre doktorlar ortalama 3.2, hemşireler 3.6 ve SHU'lar 5.1 sorun işaretledikleri ortaya çıkmaktadır.

Hastaların hastaneden çıkışından sonra belirtilen sorunlardan en az bir sorunu işaretleyen doktor, hemşire ve SHU sayısının toplam doktor, hemşire ve SHU sayısına bölünmesi sonucunda elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu bağımlı hale gelmesi sorununu doktorların % 29.7'si, hemşirelerin % 42.5'i ve SHU'ların % 62.5'i işaretlemişlerdir. Her grubun bu soruna bakış açıları birbirinden farklı düzeydedir.

Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamaması sorununu doktorların % 12.1'i, hemşirelerin % 30.8'i ve SHU'ların % 75.0'ı işaretlemişlerdir. Bu soruna grupların bakış açısı birbirinden farklı düzeydedir.

Hastanın aile içindeki sosyal rolünü yerine getirememesi sorununu doktorların % 20.9'u, hemşirelerin % 39.2'si ve SHU'ların % 62.5'i işaretlemişlerdir.

Hastanın çalışma yaşamındaki rolünü yerine getirememesi sorununu doktorların % 28.6'sı, hemşirelerin % 33.3'ü ve SHU'ların % 75.0'ı işaretlemişlerdir. Bu soruna doktor ve hemşirelerin bakış açısı birbirine yakinken SHU'ların oldukça farklı düzeydedir.

Hastanın tıbbi önerileri yerine getirmesinde karşılaştığı sorunları doktorların % 52.6'sı hemşirelerin % 65.0'ı ve SHU'ların % 50.0'si işaretlemişlerdir. Doktor ve SHU'ların oranları birbirine yakinken hemşirelerinki daha üst düzeydedir.

Hastanın kontrollere düzenli olarak gelmemesi sorununu doktorların % 82.4'ü, hemşirelerin % 65.0'i ve SHU'ların % 87.5'i işaretlemişlerdir. Bu soruna doktor ve SHU'ların bakış açıları birbirine yakinken hemşirelerinki farklıdır.

Hastaların hastaneden çıktıktan sonra yoğun olarak karşılaştıkları sorun olan hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli ilaç, tıbbi malzeme gibi gereksinimleri karşılayamaması sorununu doktorların % 80.2'si, hemşirelerin % 86.7'si ve SHU'ların tamamı işaretlemişlerdir.

Ekonomik sorunlar hasta hastaneden çıktıktan sonra da devam etmektedir. Daha az yoğunlukta karşılaşılan sorun olan hastanın kontrollere düzenli olarak gelememesinin nedeni hastaların ikamet yerleri ile ilgili olabilir. Ankara'daki hastanelere taşradan gelen hastaların ikamet yerlerinin uzak olması nedeniyle düzenli olarak gelememektedirler. Ulaşım sorununun bir boyutu da ekonomiktir.

3.2.6.1. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞTAN SONRA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHU'lara göre hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştığı sorunların yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 16'da verilmiştir:

ÇİZELGE 16

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA
SHU'LARA GÖRE HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞTAN SONRA
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Sorunlar	S	* Y.P.
Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu bağımlı hale gelmesi	4	8
Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamaması	6	14
Hastanın aile içindeki sosyal rolünü yerine getirememesi	6	10
Hastanın çalışma yaşamındaki rolünü yerine getirememesi	3	3
Hastanın tıbbi önerileri yerine getirmesinde karşılaştığı sorunlar	3	5
Hastanın kontrollere düzenli olarak gelmemesi	4	7
Hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli gereksinimleri karşılayamaması	8	21
Diğer	1	3
Toplam	35	71

* Yoğunluk puanı cevaplayıcının sıralamasına göre ağırlıklı olarak hesaplanmıştır.

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman en yoğun olarak karşılaşılan sorun hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli ilaç, tıbbi malzeme gibi gereksinimleri karşılayamamasıdır. İkinci yoğunlukta karşılaşılan sorun hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamamasıdır. SHU'lara göre en az yoğunlukta karşılaşılan sorunlar ise tıbbi önerileri yerine getirmesinde karşılaştığı sorunlar ve hastanın çalışma yaşamındaki rolünü yerine getirememesidir.

3.3. DOKTOR VE HEMŞİRELERİN HASTANELERE YATAN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN BAŞVURU YAPMA DURUMLARI VE SHB/SHU'LARIN VERDİKLERİ HİZMETLERE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE DEĞERLENDİRMELERİ

Bu bölümde elde edilen bulgular; (1) doktor ve hemşirelerin hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yapma durumları, (2) doktor ve hemşirelerin hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yerleri, (3) doktor ve hemşirelerin hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'lara başvuru yapmama nedenleri, (4) SHB/SHU'lara hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yapan doktor ve hemşirelerin SHB/SHU'ların verdikleri hizmetleri yeterli bulma durumları, (5) SHB/SHU'ların hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için verdikleri hizmetleri yetersiz bulan doktor ve hemşirelerin önerileri şeklinde ele alınmıştır.

3.3.1. DOKTOR VE HEMŞİRELERİN HASTANELERE YATAN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN BAŞVURU YAPMA DURUMLARI

Doktor ve hemşirelerin hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yapma durumlarına ilişkin bulgular, Çizelge 17'de verilmiştir:

ÇİZELGE 17

DOKTOR VE HEMŞİRELERİN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN BAŞVURU YAPMA DURUMLARININ DAĞILIMI

Başvuru Yapma Durumu	Doktor		Hemşire		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Başvuru Yapılıyor	78	80.4	113	87.6	191	84.5
Başvuru Yapılmıyor	19	19.6	16	12.4	35	15.5
Toplam	97	100.0	129	100.0	226	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman doktor ve hemşirelerin büyük bir bölümünün hastaların sorunları için başvuru yaptıkları görülmektedir. Doktorların % 80.4'ü ve hemşirelerin % 80.6'sı başvuru yaparken doktorların % 19.6'sı ve hemşirelerin % 12.4'ü hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hastanelerindeki herhangi bir üniteye başvuru yapmamaktadırlar.

Doktor ve hemşirelerin tıbbi tedavinin yanısıra hastaların karşılaştıkları sorunların farkında olmalarının yanında bu sorunların çözümü için büyük bir oranda başvuru yapmaları oldukça önemlidir.

3.3.2. DOKTOR VE HEMŞİRELERİN HASTANELERE YATAN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN BAŞVURU YERLERİ

Doktor ve hemşirelerin hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yerlerine ilişkin bulgular, Çizelge 18'de verilmiştir:

ÇİZELGE 18

HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN BAŞVURU YERLERİNİN DAĞILIMI

Başvuru Yerleri	Doktor		Hemşire		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
SHB/SHU	74	46.5	109	43.4	183	44.6
Hasta kabul	12	7.6	28	11.2	40	9.8
Başhekimlik	28	17.6	51	20.3	79	19.3
Hastane Müdürlükleri	17	10.7	36	14.3	53	12.9
Psikiyatri Bölümü	24	15.1	24	9.6	48	11.7
Diğer	4	2.5	3	1.2	7	1.7
Toplam	159	100.0	251	100.0	410	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman doktor ve hemşirelerin SHB/SHU, hasta kabul, başhekimlik, hastane müdürlükleri ve psikiyatri bölümlerine başvuru yaptıkları görülmektedir.

Toplam başvuru yeri sayısı hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hastanedeki herhangi bir üniteye başvuru yapan cevaplayıcı sayısına bölünerek elde edilen verilere göre doktorların ortalama 2.0, hemşirelerin 2.2 üniteye başvuru yaptıkları ortaya çıkmaktadır.

Çizelgenin geneli ele alındığında zaman başvuru yerlerinde ilk sırayı % 44.6 oranla SHB/SHU'lar almaktadır. İkinci sıradaki başvuru yeri % 19.3 oranla başhekimliktir. Başvuru yerlerinde en az başvuru yapılan yer % 9.8 oranla hasta kabul ve % 1.7 oranla diğer bölümünde ele alınan ilaç firmaları, döner sermaye, psikolog ve çocuk gelişim uzmanlarıdır.

Doktor grubunun başvuru yerlerinin dağılımına bakıldığında zaman en yoğun başvuru yeri % 46.5 ile SHB/SHU'lardır. İkinci sıradaki başvuru yeri % 17.6 oranla başhekimlik ve üçüncü sıradaki başvuru yeri % 15.1 oranla psikiyatri bölümüdür. En az başvuru yapılan yer % 7.6 oranla hasta kabul ünitesidir.

Hemşire grubunun başvuru yerlerinin dağılımına bakıldığında doktor grubunda olduğu gibi ilk sırayı % 43.4 oranla SHB/SHU almaktadır. İkinci sırada da % 20.3'le başhekimlik bulunmaktadır. Üçüncü sırada % 14.3 oranla hastane müdürlükleri gelmektedir. Hemşire grubunun en az başvurduğu yer % 9.6 oranla psikiyatri bölümüdür.

Dağılıma bir başka açıdan bakıldığında zaman hastaların tıbbi sorunlarının dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hastanede herhangi bir üniteye başvuru yapan doktorların % 94.9'u ve hemşirelerin % 96.5'i SHB/SHU'lara başvurumaktadırlar. Araştırma kapsamına giren tüm doktorların % 74.0'ü ve hemşirelerin % 83.8'inin SHB/SHU'lara başvurduğu anlaşılmaktadır.

Hastanedeki diğer ünitelere başvurma durumları şu şekildedir: hasta kabul bölümüne doktorların % 15.4'ü ve hemşirelerin % 24.8'i; başhekimliğe doktorların % 35.9'u ve hemşirelerin % 45.1'i; hastane müdürlüklerine doktorların % 21.8'i ve hemşirelerin % 31.9'u; psikiyatri bölümüne doktorların % 30.8'i ve hemşirelerin % 21.2'si ve diğer yerlere doktorların % 5.1'i ve hemşirelerin % 2.7'si başvuru yapmaktadırlar.

SHB/SHU'lara doktorların 3/4'ünün ve hemşirelerin 3/4'ünden fazlasının başvuru yapması sosyal hizmet mesleğinin ve tıbbi sosyal hizmetlerin hastanelerde yerleşmesi ve tedavi ekibi içinde işlevsel bir yer edinilmesi açısından oldukça önemlidir.

3.3.3. DOKTOR VE HEMŞİRELERİN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARA BAŞVURU YAPMAMA NEDENLERİ

Doktor ve hemşirelerin hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'lara başvuru yapmama nedenlerine ilişkin bulgular, Çizelge 19'da verilmiştir:

ÇİZELGE 19

DOKTOR VE HEMŞİRELERİN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARA BAŞVURU YAPMAMA NEDENLERİNİN DAĞILIMI

Başvuru Yapmama Nedenleri	Doktor		Hemşire		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Hastaların sorunlarına yeterli çözüm getirileceğine inanmama	9	37.5	7	21.2	16	28.1
Hastanede çalışan SHU'ların yeterince aktif olmaması	3	12.5	5	15.1	8	14.1
SHB/SHU'ların varlığından haberdar olmama	-	--	4	12.1	4	7.0
SHU'lar tarafından servis çalışması yapılmaması	2	8.3	2	6.1	4	7.0
SHB/SHU'ların hastanede yaptığı faaliyetleri bilmeme	4	16.7	2	6.1	6	10.5
Hastanede çalışan SHU sayısının az olması	-	--	4	12.1	4	7.0
SHU'nun çalışması için gerekli ortam ve yetkinin verilmemesi	2	8.3	2	6.1	4	7.0
Hastanede SHB'nin olmaması	1	4.2	1	3.0	2	3.5
Diğer	3	12.5	6	18.2	9	15.8
Toplam	24	100.0	33	100.0	57	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHB/SHU'lara başvuru yapmama nedenlerinden SHB/SHU'ların hastaların sorunlarına yeterli çözüm getirilebileceğine inanmama % 28.1 oranla ilk sırada gelmektedir. Hastanede çalışan SHU'ların yeterince aktif olmaması % 14.1 oranla ikinci ve SHB/SHU'ların hastanede yaptığı faaliyetleri bilmeme % 10.5 oranla üçüncü sıradadır. Hastanede SHB'nin olmaması % 3.5'le başvuru yapmama nedenleri arasında en az yoğunluğa sahiptir. Doktorların başvurmamasının diğer nedenleri arasında sosyal devlet anlayışı yerleşmeden kişisel girişimler ve çözümlerin anlamı olmayacağına inanmama; hastaneye yatan-çıkan hastaların sirkülasyonunun çok hızlı olması nedeniyle istenmesine rağmen başvuramama gibi nedenler bulunmaktadır. Hemşirelerin başvuru yapmamalarının diğer nedenleri arasında hastanın psikolojik bakıma ihtiyaç duymaması; meşgul olma; hastaların sorunlarını kendisi çözdüğü için herhangi bir yere başvuru yapma gereği duymama; hastane kuralları nedeniyle servis dışına çıkamama ve ailelerin sosyo-kültürel düzeyinin düşük olması nedeniyle verilen yardımı anlayamaması gibi nedenler bulunmaktadır.

Doktorların üçü hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için herhangi bir üniteye başvurmama nedenlerini belirtmemişler ve çizelgede görülen başvurmama nedeni sayısı cevaplayıcı sayısına bölünerek elde edilen verilere göre doktorların ortalama 1.5 ve hemşirelerin 2.1 başvurmama nedeni ortaya çıkmaktadır.

SHB/SHU'lara başvurmama nedenlerinden hastaların sorunlarına yeterli çözüm getirileceğine inanmamayı doktorların % 56.3'ü, hemşirelerin % 43.8'i; hastanede çalışan SHU'ların yeterince aktif olmamasını doktorların % 18.8'i, hemşirelerin % 31.3'ü; SHB/SHU'nun varlığından haberdar olmamayı doktorların hiç biri işaretlemeyen hemşirelerin % 25.0'i; SHU'lar tarafından servis çalışması yapılmamasını doktorlar ve hemşireler eşit düzeyde olmak üzere % 12.5; SHB/SHU'ların hastanede yaptığı faaliyetleri bilmemeyi doktorların % 25.0'i ve hemşirelerin % 12.5'i; hastanede çalışan SHU sayısının az olmasını doktorlar işaretlemeyen hemşirelerin % 16.0'sı; SHU'nun çalışması için gerekli ortamın olmaması, yetki ve sorumluluğun verilmemesini doktor ve hemşireler % 12.5 oranla ve hastanede SHB'nin olmamasını doktor ve hemşireler % 6.3 oranla işaretlemişlerdir.

3.3.4. DOKTOR VE HEMŞİRELERİN SHB/SHU'LARIN VERDİKLERİ HİZMETLERİ YETERLİ BULMA DURUMLARI

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'lara hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuran doktor ve hemşirelere göre SHB/SHU'ların verdikleri hizmetleri yeterli bulma durumuna ilişkin bulgular, Çizelge 20'de verilmiştir:

ÇİZELGE 20

DOKTOR VE HEMŞİRELERİN
SHB/SHU'LARIN VERDİKLERİ HİZMETLERİ YETERLİ BULMA DURUMUNUN DAĞILIMI

Verilen Hizmetler	Doktor		Hemşire		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Yeterli bulunuyor	12	16.2	28	25.2	40	21.9
Yetersiz bulunuyor	62	83.8	81	74.3	143	78.1
Toplam	74	100.0	109	100.0	183	100.0

Çizelgede görülen dağılıma bakılınca doktor ve hemşirelerin % 78.1'inin hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHU'larınca verilen hizmetleri yetersiz ve % 21.9'unun yeterli bulduğu görülmektedir.

Dağılıma doktor ve hemşireler açısından bakıldığında hemşirelerin doktorlara göre daha fazla oranda SHU'ların verdikleri hizmetleri yeterli bulduğu görülmektedir. Doktorların % 16.2'si, hemşirelerin % 25.7'si verilen hizmetleri yeterli bulurken; doktorların % 83.8'i ve hemşirelerin % 74.3'ü SHU'larca verilen hizmetleri yetersiz bulmaktadırlar.

Görüldüğü üzere doktor ve hemşirelerin büyük bir bölümü SHB/SHU'ların verdiği hizmetleri yeterli bulmamaktadırlar. Çizelge 17'de verilen dağılımda doktorların 19'unun (% 19.6) ve hemşirelerin 16'sının (% 12.4) Çizelge 19'da belirtilen nedenlerle SHB/SHU'lara başvuru yapmadıkları, ayrıca Çizelge 18'de verilen dağılımda doktorların ortalama 2.0, hemşirelerin 2.2 üniteye başvuru yaptıkları da gözönüne alınırsa bu oranın daha da artabileceği düşünülebilir.

Bir anlamda SHB/SHU'lara başvuru çok olmakta fakat verilen hizmetler büyük ölçüde yeterli bulunmamaktadır.

3.3.5. DOKTOR VE HEMŞİRELERİN TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA HİZMET VEREN SHB/SHU'LARA ÖNERİLERİ

Hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için başvuru yapan ancak SHB/SHU'ların verdiği hizmetleri yeterli bulmayan doktor ve hemşirelerin SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin yeterli hale getirilmesi için yaptıkları önerilere ilişkin bulgular, Çizelge 21'de verilmiştir:

ÇİZELGE 21

DOKTOR VE HEMŞİRELERİN
SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLERİN YETERLİ DÜZEYE GETİRİLMESİ İÇİN
ÖNERİLERİNİN DAĞILIMI

Öneriler	Doktor		Hemşire		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
SHU'ların daha aktif çalışması	5	4.7	19	14.3	24	10.0
Servis çalışmasının yapılması	12	11.2	17	12.9	29	12.1
SHU sayısının arttırılması	3	2.8	16	12.1	19	7.9
Görev ve yetkilerin belirlenmesi	5	4.7	5	3.8	10	4.2
Hastalara hastane dışı maddi ve kurumsal hizmet sağlanması	12	11.2	14	10.6	26	10.9
S.H.mesleği ve hastanede yapılanların tanıtımı	11	10.3	9	5.8	20	9.4
SHB/SHU'nun mali olan.arttırılması	10	9.3	11	9.3	21	8.8
Hastane personeli ile daha sıkı etkileşime girilmesi	16	15.0	4	3.0	20	8.4
SHU'ların süpervizyon olması	9	8.4	1	0.8	10	4.2
Hastalara sağlık kurumları hakkında bilgi verilmesi	4	3.7	1	0.8	5	2.1
Hastanede yapılacak çalışmalar için idari destek sağlanması	5	4.7	7	5.3	12	5.0
Belirtilen hizmetler olsa yeter	5	4.7	3	2.3	8	3.3
SHU'nun hastayı başvurduğu anda bulması	-	-	7	5.3	7	2.9
SHU'ların görev sorumlulukların gerektirdiği ciddiyeti göstermeleri	3	2.8	7	5.3	10	4.2
Hastalara psiko-sosyal yardım yap.	3	2.8	3	2.3	6	2.5
Hastanede uğraşı böl. kurulması	-	-	3	2.3	3	1.3
Diğer	4	3.7	5	3.8	9	3.8
Toplam	107	100.0	132	100.0	239	100.0

Çizelgede verilen dağılım ele alındığında doktor ve hemşireler tarafından yapılan önerilerde ilk sırayı % 12.1 oranla SHU'lar tarafından servis çalışmasının yapılması önerisinin olduğu görülmektedir. İkinci sıradaki öneri ise % 10.9 oranla hastalara hastane dışı maddi ve kurumsal hizmet olanaklarının arttırılmasıdır. Üçüncü sırada verilen öneri % 10.0 oranla SHU'ların daha aktif çalışması önerisidir. BU üç öneriyi oldukça önemli olan ve dikkate alınması gereken öneriler izlemektedir. BU öneriler % 8.8 oranla SHB ve SHU'ların mali olanaklarının arttırılması, % 8.4 oranla sosyal hizmet mesleği ve hastanede yapılan faaliyetlerin tanıtılması ve hastane/klinik/servis personeliyle daha sıkı etkileşime girilmesi önerileri izlemektedir. Daha az oranda verilen öneriler arasında SHU'ların süpervizyon olması % 4.2, SHU'ların görev yetki ve sorumluluk alanlarının belirlenmesi % 4.2 ve SHU'ların görev ve yetkilerinin bilincinde olarak gereken ciddiyeti göstermeleri % 4.2 gibi dikkat çekici öneriler bulunmaktadır.

Doktor grubunun önerilerine bakıldığında zaman ilk sırayı % 15 oranla personelle daha sıkı etkileşime girilmesi almaktadır. İkinci sıradaki öneri ise % 11.2 oranla SHU'lar tarafından servis çalışmasının yapılması ve hastalara hastane dışı maddi ve kurumsal hizmet olanaklarının arttırılması önerileridir. Daha sonra verilen öneri ise % 10.3 oranla sosyal hizmet mesleği ve hastanede verilen hizmetlerin tanıtılmasıdır. Doktorların daha az orandaki önerileri ise % 2.8 oranla hastanede çalışan SHU sayısının arttırılması, SHU'ların görev ve yetkilerinin bilincinde olarak gereken ciddiyeti göstermeleri ve hastalara psiko-sosyal yardım yapılmasıdır.

Hemşire grubunun verdiği önerilerde ilk sırayı % 14.3 oranla SHU'ların daha aktif çalışması, ikinci sırayı % 12.9 oranla SHU'lar tarafından servis çalışmasının yapılması ve üçüncü sırayı % 12.1 oranla hastanede çalışan SHU sayısının arttırılması önerisinin aldığı görülmektedir. Hemşirelerin verdikleri önerilerde ayrıca % 10.6 oranla hastalara hastane dışı maddi ve kurumsal hizmet olanaklarının sağlanması ve % 9.3 oranla SHB/SHU'nun mali olanaklarının arttırılması önerileride önemli bir yer tutmaktadır. Hemşirelerin verdikleri önerilerde % 0.8 oranla SHU'ların süpervizyon olması ve hastalara/halka sağlık ve sağlık kurumları hakkında eğitim verilmesi önerileri son sıralarda bulunmaktadır.

Doktor ve hemşirelerin verdikleri bazı önerilerde belirgin farklılıklar olması dikkat çekicidir. Hemşirelerin % 14.3'ü SHU'lar daha aktif çalışmalı derken doktorlarda bu oran % 4.7'dir. Yine aynı şekilde hemşirelerin % 12.1'i hastanede çalışan SHU sayısı arttırılmalı derken doktorlarda bu oran % 2.8'dir. Doktorların %10.3'ü sosyal hizmet mesleği ve hastanelerde yapılan faaliyetler tanıtılmalı derken, bu oran hemşirelerde % 5.8'dir. İki grup arasında oldukça dikkat çekici bir öneri ise hastane/klinik/servis personeliyle daha sık etkileşime girilmesi önerisidir. Bu öneri doktorlarda % 15.0 oranla ilk sıradaki öneri olarak karşımıza çıkarken hemşirelerde bu

oran % 3.0'tür. Doktorların % 8.4'ü SHU'lar süpervizyon almalı derken, hemşirelerin % 0.8'i bu öneriyi vermektedir. Ayrıca hemşirelerin % 5.3 oranında verdiği, SHU hastayı hastaneye başvurduğu anda bulma önerisi ile % 2.3 oranındaki hastanede uğraşı bölümünün kurulması önerisi doktorlar tarafından verilmemiştir.

Doktorların verdikleri diğer öneriler arasında; sorunların kişisel çabalarla çözümlenemeyeceği, düzenlemelerin geniş boyutta yapılması, sosyal devlet anlayışı bilincinin yerleşmesi, verilen hizmetler arasında koordinasyon sağlanması ve sosyal hizmetlerin yaygınlığının ve sürekliliğinin sağlanması bulunurken, hemşirelerin verdikleri diğer öneriler arasında sosyal hizmet uygulamalarının hastanede yerleşmesi, bürokratik işlemlerin azaltılması, sosyal hizmet faaliyetleri hakkında daha düzenli ve kapsamlı araştırmaların yapılması gibi öneriler bulunmaktadır.

SHU'ların hastanelerde sosyal hizmet uygulamalarını yaparken daha aktif çalışması, servis çalışmalarına ağırlık vermeleri, yaptıkları faaliyetleri tanıtmaları ve servis personeliyle daha sık etkileşime girilmesinin yanısıra hastane dışı çalışmalara da ağırlık vermelerine ihtiyaç vardır. Ayrıca servis çalışmaları yapılırken doktor grubuyla daha az etkileşime girildiği bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden doktorlarla daha fazla etkileşime girilmesi ve hastanın tıbbi tedaviden daha fazla yararlanması için ekonomik ihtiyaçlarının yanısıra psiko-sosyal gereksinimlerine de ağırlık verilmesi gerektiği gibi bir sonuç ortaya çıkmaktadır.

3.4. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA HASTANELERE YATAN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLER

Bu alt bölümde hastanelere yatan hastaların(müracaatçıların) tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'larca verilen hizmetler, (1) hastanelere yatan hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetler, (2) hastanelere yatan hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetler, (3) hastanelere yatan hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetler ve (4) hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetler şeklinde ele alınmıştır.

3.4.1. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLER

Hastanelere yatan hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlere ilişkin bulgular, Çizelge 22'de verilmiştir:

ÇİZELGE 22

HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN
SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLERİN DAĞILIMI

Hizmetler	Doktor		Hemşire		SHU		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastane hakkında bilgi verme	18	10.8	23	8.6	23	18.7	64	11.5
Yatış işlemleri hakkında bilgi verme	16	9.6	23	8.6	19	15.5	58	10.4
Yatış ücretini ödemede yardımcı olma	34	20.3	51	19.1	19	15.5	104	18.7
Hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve kullanmasını sağlama	43	25.7	70	26.2	28	22.7	141	25.3
Hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunları çözmesine yardımcı olma	12	7.2	18	6.7	9	7.3	39	7.0
Hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlarını çözmesine yardımcı olma	8	4.8	12	4.5	5	4.1	25	4.5
Sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama	36	21.6	68	25.5	18	14.6	122	21.9
Diğer	-	-	2	0.8	2	1.6	4	0.7
Toplam	167	100.0	267	100.0	123	100.0	557	100.0

Çizelgede verilen dağılımda görüldüğü üzere hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştığı sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerde ilk sırayı % 25.3 oranla hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama hizmeti ilk sırada yer alırken, ikinci sırada % 21.9 oranla sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama hizmeti yer almakta ve üçüncü sırada % 18.7 oranla yatış ücretini ödemede yardımcı olma hizmeti bulunmaktadır. En az yoğunlukta verilen hizmetlerin hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunlarını çözmesine yardımcı olma % 7.0 ve hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlarını çözmesine yardımcı olma % 4.5 oranlarında olduğu görülmektedir.

Hastaların hastaneye yatması aşamasında karşılaştığı sorunların çözümü için SHB/SHU'ların verdiği hizmetlerde ilk sırayı % 22.7 oranla hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama, ikinci sırayı % 18.7 oranla hastane hakkında bilgi verme hizmeti almaktadır. En az yoğunlukta verilen hizmetler ise % 7.3 oranla hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunları çözmesine yardımcı olma hizmeti ve % 4.1 oranla hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlarını çözme hizmeti gelmektedir.

Doktorlara göre hastanın hastaneye yatışı aşamasında karşılaştığı sorunların çözümü için SHB/SHU'lar tarafından verilen hizmetlerde ilk sırayı % 25.7 oranla hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama hizmetinin olduğu görülmektedir. Doktorlara göre ikinci sırada verilen hizmet sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama % 21.6 ve üçüncü sırada ise % 20.3 oranla yatış ücretini ödemede yardımcı olma hizmetidir. En az yoğunlukta verilen hizmetler ise % 7.2 oranla hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunlarını çözmesine yardımcı olma ve % 4.8 oranla hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlarını çözmesine yardımcı olma hizmetleridir.

Hemşirelere göre SHB/SHU'lar tarafından verilen hizmetleri sıralama durumu doktor grubundan farklı değildir. Hemşirelere göre de SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlerde ilk sırayı % 26.2 oranla hastanın hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama, ikinci sırayı % 25.5 oranla sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama ve üçüncü sırayı % 19.1 oranla yatış ücretini ödemede yardımcı olma hizmeti almaktadır. En az yoğunlukta verilen hizmetler ise % 6.7 oranla hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunlarını çözmesine yardımcı olma ve % 4.5 oranla hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlarını çözmesine yardımcı olma hizmetleridir.

Hastanın hastaneye yatış aşamasında karşılaştığı sorunların çözümü için 31 SHU hizmet vermektedir. Diğer yandan doktorların 69'u ve hemşirelerin 102'si SHU'ların verdiği hizmetlerden en az birini işaretlemişlerdir. SHU'ların verdiği hizmet toplamını SHU sayısına bölerek elde edilen veriye göre SHU'nun hastanın hastaneye yatış

aşamasında karşılaştığı sorunların çözümü için ortalama 3.9 hizmet verdiği ortaya çıkmaktadır. SHU'ların verdikleri hizmetlerin doktorlar ve hemşireler tarafında ne oranda bilindiğinin ortaya çıkarılması amacıyla SHU'ların hastanın hastaneye yatış aşamasında karşılaştığı sorunların çözümü için verdikleri hizmetlerden en az birini işaretleyen 69 doktor ve 102 hemşirenin işaretledikleri toplam hizmet sayısı yine cevaplayıcı sayısına bölünmüş ve doktorların ortalama 2.4, hemşirelerin ise ortalama 2.6 hizmet işaretlediği ortaya çıkmıştır.

Hastane hakkında bilgi verme hizmeti veren SHU'ların oranı % 74.2 iken bu hizmetin verildiğini belirten doktorların oranı % 26.1 ve hemşirelerin oranı % 22.5'tir.

Yatış işlemleri hakkında bilgi verme hizmeti SHU'ların % 51.3'ü tarafından verilirken doktorların % 23.5'i ve hemşirelerin % 22.5'i bu hizmetin verildiğini belirtmektedir.

Yatış ücretini ödemede yardımcı olma hizmetini veren SHU'ların oranı % 51.3 iken doktorların % 49.3'ü ve hemşirelerin % 50.0'ı bu hizmetin SHU'lar tarafından verildiğini belirtmektedirler.

Hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama hizmetini veren SHU'ların oranı % 90.3'dür. Bu hizmetin SHU'lar tarafından verildiğini belirten doktorların oranı % 62.3 iken hemşirelerin oranı % 68.6'dır.

SHU'lar tarafından en az yoğunlukta verilen hizmetlerden biri olan hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunlarını çözmesine yardımcı olma hizmetlerini SHU'ların % 29.0'u verirken, bu hizmetin verildiğini belirten doktorların oranı % 17.4 ve hemşirelerin oranı % 17.6'dır.

Hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlarını çözmesine yardımcı olan SHU'ların oranı % 16.1 iken doktorların bu hizmetin verildiğini belirtme oranı % 11.6 ve hemşirelerin % 11.8'dir.

Sahipsiz hastaların hastaneye yatırılmasını sağlama hizmetini veren SHU'ların oranı % 58.1'dir. Doktorların % 52.2'si ve hemşirelerin % 66.7'si bu hizmetin SHU'lar tarafından verildiğini belirtmektedir.

3.4.1.1. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEYE YATIS ASAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLERİN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Hastanelere yatan hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 23'de verilmiştir:

ÇİZELGE 23

HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLERİN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Verilen hizmetler	S	* Y.P.
Hastane hakkında bilgi verme	14	28
Yatış işlemleri hakkında bilgi verme	14	24
Yatış ücretini ödemede yardımcı olma	14	33
Hastane ücretini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve kullanmasını sağlama	21	50
Hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunları çözmesine yardımcı olma	2	4
Hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunları çözmesine yardımcı olma	-	-
Sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama	16	28
Toplam	85	167

* Yoğunluk puanı cevaplayıcının sıralamasına göre ağırlıklı olarak hesaplanmıştır.

Dağılıma bakıldığında zaman zaman hastanın hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama hizmeti, en yoğun olarak verilen hizmet olduğu görülmektedir. SHU'lar tarafından ikinci yoğunlukta verilen hizmet yatış ücretini ödemede yardımcı olmadır. Üçüncü yoğunlukta verilen hizmet ise, sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama ve hastane hakkında bilgi verme hizmetleridir. En az yoğunlukta verilen hizmet, hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunları çözmesine yardımcı olma hizmetidir.

Çizelge 8'deki dağılımda % 26.5 oranla ve Çizelge 9 'da 71 yoğunluk puanıyla hastanın hastaneye yatışı aşamasında en fazla karşılaşılan sorun olan yatış ücretlerini ödemeye ilgili sorunların çözümü için hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama hizmeti ile yatış ücretini ödemede yardımcı olma hizmetlerinin SHU'larca yoğun olarak verilmesi dikkate değerdir. Yine aynı çizelgelerde hastaların sahipsiz olmasından doğan sorunların çözümü için ikinci yoğunlukta verilen hizmetin sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama hizmeti olması SHU'ların sorunlara isabetli çözümler bulmada dikkatli olduklarını göstermektedir. Yine aynı şekilde, az yoğunlukta karşılaşılan sorunlar için az oranda hizmet verilmesi dikkat çekicidir.

SHB/SHU'ların hastanın hastaneye yatışı aşamasında verdiği hizmetler çizelgeden anlaşılacağı üzere psikolojik odaklı değildir. SHB/SHU'ların bu aşamada hastalığın ekonomik, sosyal ve duygusal özellikleri hakkında bilgi toplaması hastanın servise yatırıldığı zaman vereceği hizmetler açısından oldukça önemlidir.

3.4.2. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLER

Hastanelere yatan hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunların çözümü için tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'lar tarafından verilen hizmetlere ilişkin bulgular, Çizelge 24'de verilmiştir:

ÇİZELGE 24

HASTALARIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ
İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLERİN DAĞILIMI

Hizmetler	Doktor		Hemşire		SHU		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastanın sorununa empati duyma ve dinleme	23	9.7	39	8.7	16	7.5	78	8.7
Hastanın duygularını aktarmasına destek olma								
sorunları ile başedebilme becerisini artırma	12	5.0	24	5.4	15	7.1	51	5.7
Hastanın çaresizlik ve bağımlılık duygularının ortaya konulmasını ve hastanın bu duygularıyla başedebilmesini sağlama	8	3.4	19	4.3	10	4.7	37	4.1
Hastayla iletişimi engelleyen sorunların çözülmesi	10	4.2	30	6.7	11	5.2	51	5.7
Tedaviye engel olan sorunların çözülerek hastanın tedavi sürecine katılımını sağlama	17	7.1	39	8.7	14	6.6	70	7.8
Hastanın hastaneye uyum sağlamasına yardımcı olma	19	8.0	35	7.9	16	7.5	70	7.8
Hastanın sorununa tedavi ekibinin duyarlı olmasını sağlama	7	2.9	28	6.3	10	4.7	45	5.0
Hasta ailesinin hastaya destek olmasını sağlama	22	9.2	36	8.1	21	9.5	79	8.8
Hastanın yakınlarıyla iletişiminin temini	23	9.7	43	9.6	22	10.4	88	9.8
Hastanın tedaviden daha fazla yararlanması için eğitim ve uğraşı çalışmalarının yaptırılması	12	5.0	18	4.0	8	3.8	38	4.3
Hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, kan gibi pratik gereksinimleri karşılama	35	14.7	59	13.2	30	14.2	124	13.9
Hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanması için yönlendirme	44	18.5	66	14.8	30	14.2	140	15.6
Hastanın hastanede yattığı süre içinde uğradığı gelir kaybının önlenmesi için çalışma yapma	3	1.3	7	1.6	2	0.5	12	1.4
Hastanın çalışma yaşamına ilişkin çalışma yapma	3	1.3	3	0.7	4	1.9	10	1.1
Diğer	-	-	-	-	3	1.4	3	0.3
Toplam	238	100.0	446	100.0	212	100.0	896	100.0

Çizelgede verilen bulgular ele alındığı zaman hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştığı sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerde ilk sırayı % 15.6 oranla hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanması için yönlendirme yapma hizmetinin aldığı görülmektedir. İkinci sırada verilen hizmet ise % 13.9 oranla hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimlerini karşılama hizmetidir. Verilen diğer hizmetlerin dağılımında belirgin bir farklılık görülmemekle beraber, en az yoğunlukta verilen hizmetler % 1.4 oranla hastanın hastanede yattığı süre içinde uğradığı gelir kaybının önlenmesi için çalışma yapma ve % 1.1 oranla hastanın çalışma yaşamına ilişkin düzenlemeler yapma hizmetidir.

Hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştığı sorunların çözümü için SHB/SHU'ların verdiği hizmetlerde ilk sırayı % 14.2 oranla hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimlerini karşılama hizmeti ile hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanması için yönlendirme yapma hizmeti almaktadır. Hastanın yakınlarıyla iletişiminin sağlanması hizmeti ise % 10.4 oranla bunları izlemektedir. Daha az yoğunlukta verilen hizmetler arasında % 1.9 oranla hastanın çalışma yaşamına ilişkin düzenlemeler yapma hizmeti ve % 0.9 oranla hastanın hastanede yattığı süre içinde uğradığı gelir kaybının önlenmesi için çalışma yapma hizmeti bulunmaktadır.

Doktorlara göre hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştığı sorunların çözümü için SHB/SHU'ların verdiği hizmetler arasında ilk sırayı % 18.5 oranla hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bu kaynaklardan yararlanması için yönlendirme yapma ve ikinci sırayı % 14.7 oranla hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimlerini karşılama hizmeti almaktadır. Hastanın sorununa empati duyma ve dinleme hizmeti ile hastanın yakınlarıyla iletişiminin sağlanması hizmeti % 9.7 oranla doktorlar tarafından bilinen hizmetlerdir. Doktorlara göre SHB/SHU'ların en az yoğunlukta verdikleri hizmetler arasında % 2.9 oranla hastanın sorunlarına tedavi ekibinin duyarlı olmasının sağlanması hizmeti ve % 1.3 oranla hastanın hastanede yattığı süre içinde uğradığı gelir kaybının önlenmesi için çalışma yapma hizmeti ile hastanın çalışma yaşamına ilişkin düzenlemeler yapma hizmeti bulunmaktadır.

Hemşirelere göre, SHB/SHU'ların hastanın hastanede yattığı süre içinde karşılaştığı sorunların çözümü için verdiği hizmetlerde ilk sırayı % 14.8 oranla hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanması için yönlendirme yapma ve ikinci sırayı hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimlerini karşılama hizmeti % 13.2 oranla almaktadır. Üçüncü sırada verilen hizmet ise, % 9.6 oranla hastanın yakınlarıyla iletişiminin sağlanmasıdır. Daha az yoğunlukta verilen hizmetler arasında % 1.6 oranla hastanın hastanede yattığı süre içinde uğradığı

gelir kaybının önlenmesi için çalışma yapma hizmeti ile % 0.7 oranla hastanın çalışma yaşamına ilişkin düzenlemeler yapma hizmeti bulunmaktadır.

Hastanın hastanede yattığı süre içinde karşılaştığı sorunların çözümü için SHU'ların tamamının hizmet verdiği belirtilmektedir. Diğer yandan doktorların 64'ü ve hemşirelerin 101'i SHU'ların verdiği hizmetlerden en az birini işaretlemişlerdir. SHU'ların verdikleri toplam hizmet sayısının SHU sayısına bölünmesi suretiyle elde edilen veriye göre SHU'lar tarafından ortalama 5.2 hizmet verildiği ortaya çıkmaktadır. SHU'ların verdikleri hizmetlerin doktorlar ve hemşireler tarafından bilindiğinin ortaya konulması amacıyla hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştığı sorunların çözümü için verdiği hizmetlerden en az birini işaretleyen 64 doktor ve 101 hemşirenin işaretledikleri toplam hizmet sayısı yine cevaplayıcı sayısına bölünmüş ve doktorların ortalama 3.7 ve hemşirelerin ortalama 4.4 hizmeti bildikleri ortaya çıkmıştır.

Hastanın sorununa empati duyma ve dinleme hizmetini veren SHU'ların oranı % 47.0 iken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 35.9 ve hemşirelerin oranı % 38.6'dır.

Hastanın duygularını aktarmasına destek olma, sorunları ile başedebilme becerilerini harekete geçirme hizmetini veren SHU'ların oranı % 44.1 iken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 18.8 ve hemşirelerin oranı % 23.8'dir.

Hastaların çaresizlik ve bağımlılık duygularının ortaya konulması ve hastanın bu duygularıyla başedebilmesinin sağlanması hizmetini veren SHU'ların oranı % 29.4 iken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 12.5 ve hemşirelerin oranı % 18.8'dir.

Hastayla iletişimi engelleyen sorunların (depresyon, endişe gibi) çözülmesi hizmetini SHU'ların % 32.4'ü verirken, doktorların % 15.6'sı ve hemşirelerin % 29.7'si bu hizmetin verildiğini bilmektedirler.

Tedaviye engel olan sorunların çözülerek hastanın tedavi sürecine katılımının sağlanması hizmetini SHU'ların % 41.2 'si verirken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 26.6 ve hemşirelerin oranı ise % 38.6'dır.

Hastanın hastaneye uyum sağlamasına yardımcı olma hizmetini SHU'ların % 47.1'i verirken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 29.7 ve hemşirelerin ise % 34.7'dir.

Hasta ailesinin hastaya destek olmasının sağlanması hizmetini veren SHU'ların oranı % 51.8 iken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 34.4 ve hemşirelerin oranı % 35.6'dır.

Hastanın yakınlarıyla iletişiminin sağlanması hizmetini veren SHU'ların oranı % 54.7 iken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 35.9 ve hemşirelerin oranı ise % 42.6'dır.

Hastanın tedaviden daha fazla yararlanması için eğitim ve uğraşı çalışmalarının yaptırılması hizmetini veren SHU'ların oranı % 23.5 iken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 18.8 ve hemşirelerin oranı % 17.8'dir.

Hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimlerini karşılama hizmetini veren SHU'ların oranı % 88.2 iken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 54.7 ve hemşirelerin oranı % 58.4'dür.

Hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanması için yönlendirme yapma hizmetini SHU'ların % 88.2'si verirken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 68.8 ve hemşirelerin oranı % 65.3'dür.

Hastanın hastanede yattığı süre içinde uğradığı gelir kaybının önlenmesi için çalışma yapan SHU'ların oranı % 5.9 iken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 4.7 ve hemşirelerin oranı % 6.9'dur.

Hastanın çalışma yaşamına ilişkin düzenlemeler yapma hizmetini veren SHU'ların oranı % 11.8 iken bu hizmetin verildiğini bilme oranı doktorlarda % 4.7 hemşirelerde % 3.0'tür.

Çizelge 10'da hastaların hastanede kaldığı süre içinde SHU'ların ortalama 7.0 sorunla karşılaştığı belirtilmişti. Hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştığı sorunların çözümü için SHU'larca ortalama 5.2 hizmet verilmesi bir eksiklik gibi gözükmemektedir. Verilen hizmetlerin doktorlar ve hemşireler tarafından bilinme oranı da düşük düzeydedir.

3.4.2.1. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE KARŞILAŞTIĞI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLERİN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Hastanelere yatan hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştığı sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerin yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 25'de verilmiştir:

ÇİZELGE 25

HASTALARIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN
HİZMETLERİN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Hizmetler	S	* Y.P.
Hastanın sorununa empati duyma ve dinleme	14	28
Hastanın duygularını aktarmasına destek olma sorunları ile başedebilme becerisini artırma	5	8
Hastanın çaresizlik ve bağımlılık duygularının ortaya konulmasını ve hastanın bu duygularıyla başedebilmesini sağlama	2	2
Hastayla iletişimi engelleyen sorunların çözülmesi	-	-
Tedaviye engel olan sorunların çözülerek hastanın tedavi sürecine katılımını sağlama	3	4
Hastanın hastaneye uyum sağlamasına yardımcı olma	4	4
Hastanın sorununa tedavi ekibinin duyarlı olmasını sağlama	1	1
Hasta ailesinin hastaya destek olmasını sağlama	10	18
Hastanın yakınlarıyla iletişiminin temini	1	1
Hastanın tedaviden daha fazla yararlanması için eğitim ve uğraşı çalışmalarının yaptırılması	25	58
Hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, kan gibi pratik gereksinimleri karşılama	4	5
Hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanması için yönlendirme	24	57
Hastanın hastanede yattığı süre içinde uğradığı gelir kaybının önlenmesi için çalışma yapma	2	6
Hastanın çalışma yaşamına ilişkin çalışma yapma	-	-
Diğer	2	6
Toplam	97	198

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimlerini karşılama ile hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanma için yönlendirme yapma hizmetinin en yoğun olarak verilen hizmetler olduğu görülmektedir. En az yoğunlukta verilen hizmetler ise tedaviye engel olan sorunların çözülerek hastanın tedavi sürecine katılımının sağlanması, hastanın hastaneye uyum sağlamasına yardımcı olma, hastanın çaresizlik ve bağımlılık duygularının ortaya konulması ve hastanın bu duygularıyla başedebilmesinin sağlanması, hastanın sorunlarına tedavi ekibinin duyarlı olmasının sağlanması, hastanın tedaviden daha fazla yararlanma için eğitim ve uğraşı çalışmalarının yaptırılması hizmetleridir.

En yoğun olarak verilen hizmetlerin ekonomik kökenli olmasının yanı sıra SHB'den yürütülebilecek hizmetler olması dikkate değerdir. Ayrıca en az yoğunlukta verilen hizmetlerin büyük bir bölümü psikolojik kökenlidir. Tedavi ekibiyle direkt iletişime girilerek yürütülebilecek olan hizmetler de az yoğunlukta verilen hizmetler arasındadır.

Bilindiği gibi ülkemizde sosyal hizmet eğitimi sırasında genelci yaklaşımın benimsenmesi nedeniyle sosyal hizmet eğitimi alan bir uzman temel bilgileri ve karşılaşılabilecek sorunların çözümü için spesifik ele alış tarzını değil genelci yaklaşımı öğrenmektedir. Tıbbi alanda çalışmaya başlayan SHU'lar için bu alana ilişkin esas eğitim yeni başlamıştır. SHU'nun çalıştığı hastanenin özelliklerine göre hastalıklar ve sakatlıklar hakkında bilgisini arttırması psikolojik odaklı çalışmalar için gereklidir. Çizelgeden anlaşılabileceği üzere verilen hizmetlerin büyük bir bölümü ekonomik kökenlidir. SHU'lar genelci eğitim nedeniyle hastalıkların teşhisi ve tedavisi için sorumluluk almamaktadırlar; çünkü, teşhis ve tedavi hakkında çok az bilgi ile bu alanda çalışmaya başlamaktadırlar. Bu yüzden, yeterli ve yoğun olarak teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında bilgisi olmayan SHU'lar servis çalışmalarına katılmamakta ya da yapılan servis çalışmaları hasta odaklı olmaktan çok hasta için kaynak sağlama odaklı olmaktadır.

3.4.3. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLER

Hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlere ilişkin bulgular, Çizelge 26'da verilmiştir:

ÇİZELGE 26

HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN
SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLERİN DAĞILIMI

Hizmetler	Doktor		Hemşire		SHU		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastaneden çıkmak istemeyen hastaların ikna edilmesi	15	7.5	33	9.1	18	11.2	66	9.1
Hastasını almak istemeyen ailenin ikna edilmesi	18	9.0	49	13.5	25	15.6	92	12.7
Çıkış işlemleri hakkında bilgi verme	22	11.0	45	12.3	11	6.9	78	10.8
Hastanın evine ulaştırılması ile ilgili hizmetler	27	13.6	41	11.3	24	15.0	92	12.7
Terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi	41	20.6	73	20.0	26	16.2	140	19.4
Hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve yararlanılması	37	18.6	55	15.1	27	16.9	119	16.5
Hastane ücretlerini ödemeye ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma	39	19.6	68	18.7	26	16.3	133	18.4
Diğer	-	-	-	-	3	1.9	3	0.4
Toplam	199	100.0	364	100.0	160	100.0	723	100.0

Çizelgede verilen bulgular ele alındığı zaman hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'ların verdiği hizmetlerde ilk sırayı terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi % 19.4 oranla alırken, ikinci sırada % 18.4 oranla hastane ücretlerini ödemeye ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma ve üçüncü sırada hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve bu kaynaklardan yararlanmasının sağlanması % 16.5 oranla yer almaktadır. En az yoğunlukta verilen hizmetler ise % 10.8 oranla çıkış işlemleri hakkında bilgi verme ve % 9.1 oranla hastaneden çıkmak istemeyen hastaların ikna edilmesidir.

SHU'lar tarafından hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için verilen hizmetlerin dağılımında önemli bir farklılık görülmemekle beraber ilk sırada verilen hizmet % 16.9 oranla hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve bu kaynaklardan yararlanmasının sağlanması, ikinci sırada % 16.3 oranla hastane ücretlerini ödemeye ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma ve üçüncü sırada % 16.2 oranla terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi hizmeti bulunmaktadır.

Doktorlara göre SHU'ların hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için verdikleri hizmetlerde ilk sırayı terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi hizmeti % 20.6 oranla alırken, ikinci sırada % 19.6 oranla hastane ücretlerini ödemeye ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma ve üçüncü sırada % 18.6 oranla hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve bu kaynaklardan yararlanmasının sağlanması bulunmaktadır. Doktorlara göre daha az yoğunlukta verilen hizmetler ise % 9.0 oranla hastasını almak istemeyen ailenin ikna edilmesi ve % 7.5 oranla hastaneden çıkmak istemeyen hastanın ikna edilmesi hizmetleridir.

Hemşirelere göre, SHU'ların hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştığı sorunların çözümü için verdiği hizmetlerde ilk sırayı % 20.0 oranıyla terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi almaktadır. İkinci sırada % 18.7 oranla hastane ücretlerini ödemeye ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma ve üçüncü sırada % 15.1 oranla hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve bu kaynaklardan yararlanmasının sağlanması hizmeti gelmektedir. Daha az yoğunlukta verilen hizmetler ise, % 11.3 oranla hastanın evine ulaştırılması ile ilgili hizmetler ve % 9.1 oranla hastaneden çıkmak istemeyen hastaların ikna edilmesi hizmetleridir.

Hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHU'ların tamamı hizmet verdiklerini belirtmektedirler. Diğer yandan doktorların 71'i ve hemşirelerin 106'sı SHU'ların hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için verdiği hizmetlerden en az birini işaretlemişlerdir. SHU'ların verdikleri toplam hizmet sayısını SHU sayısına bölünmesi sonucunda elde edilen veriye göre SHU'ların ortalama 4.7 hizmet

verdiği ortaya çıkmaktadır. SHU'ların verdiği hizmetlerin doktorlar ve hemşireler tarafından ne oranda bilindiğinin ortaya konulması amacıyla SHU'ların hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için verdikleri hizmetlerden en az birini işaretleyen 71 doktor ve 106 hemşirenin işaretledikleri toplam hizmet sayısı cevaplayıcı sayısına bölünmüş ve doktorların ortalama 2.8, hemşirelerin 3.4 hizmeti bildikleri ortaya çıkmıştır.

Hastaneden çıkmak istemeyen hastaların ikna edilmesi hizmetini SHU'ların % 52.9'u verirken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 21.1 ve hemşirelerin oranı % 31.1'dir.

Hastasını almak istemeyen ailenin ikna edilmesi hizmetini SHU'ların % 73.5'i verirken, bu hizmetin verildiğini belirten doktorların oranı % 25.4 ve hemşirelerin oranı % 46.2'dir.

Çıkış işlemleri hakkında bilgi verme hizmetini SHU'ların % 32.4'ü verirken, doktorların % 31.0'i ve hemşirelerin % 42.5'i bu hizmetin verildiğini belirtmektedirler.

Hastanın evine ulaştırılması ile ilgili hizmetleri SHU'ların % 70.6'sı verirken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 38.0 ve hemşirelerin oranı % 38.7'dir.

Terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi hizmetini SHU'ların % 76.5'i verirken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 57.7 ve hemşirelerin oranı % 58.9'dur.

Hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve bu kaynaklardan yararlanmasının sağlanması hizmetini SHU'ların % 79.4'ü verirken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 52.1 ve hemşirelerin oranı % 51.9'dur.

Hastaların hastane ücretlerini ödemeye ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma hizmetini veren SHU'ların oranı % 76.5 iken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 54.9 ve hemşirelerin oranı % 54.2'dir.

Çizelge 12'de hastaların hastaneden çıkış aşamasında SHU'lar hastaların ortalama 4.8 sorunla karşılaştıklarını belirtmişlerdi, bu aşamada SHU'ların ortalama 4.7 hizmet verdikleri anlaşılmaktadır. Karşılaşılan sorun ortalaması ile verilen hizmet ortalaması birbirine çok yakındır. Ancak verilen hizmetlerin doktorlar ve hemşireler tarafından bilinme ortalaması düşük düzeydedir. Yine bu aşamada ekonomik kökenli hizmetler ağırlıklı olarak verilmektedir.

3.4.3.1. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞ AŞAMASINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLERİN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Hastaneler yatan hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen

hizmetlerin yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 27'de verilmiştir:

ÇİZELGE 27
HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞ AŞAMASINDA
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN
HİZMETLERİN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Hizmetler	S	* Y.P.
Hastaneden çıkmak istemeyen hastaların ikna edilmesi	9	19
Hastasını almak istemeyen ailenin ikna edilmesi	8	12
Çıkış işlemleri hakkında bilgi verme	4	7
Hastanın evine ulaştırılması ile ilgili hizmetler	14	26
Terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi	13	21
Hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve yararlandırılması	25	66
Hastane ücretlerini ödemeye ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma	21	43
Toplam	94	194

Çizelgede verilen hizmetlerin yoğunluk düzeyinin dağılımına bakıldığı zaman ilk iki hizmetin ekonomik kökenli sorunların çözümüne yönelik olduğu görülmektedir. Çizelge 12'de doktor, hemşire ve SHU'ların en yoğun olarak karşılaştıkları sorun grubu yine ekonomik sorunlardı. Ayrıca Çizelge 13'de verilen dağılımda da SHU'larca en yoğun olarak karşılaşılan sorunlar ekonomik kökenli sorunlardı. Bu açıdan verilen hizmetlerde yoğunluğun ve önceliğin ekonomik kökenli hizmetler olması doğal olarak karşılanması gereken bir durumdur.

3.4.4. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞTAN SONRA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLER

Hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlere ilişkin bulgular, Çizelge 28'de verilmiştir:

ÇİZELGE 28

HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞTAN SONRA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN
SHB/SHU'LARCA VERİLEN HİZMETLERİN DAĞILIMI

Hizmetler	Doktor		Hemşire		SHU		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastanın yeni durumuna uyum sağlmasına yardımcı olma	10	16.4	14	11.4	3	11.2	27	12.8
Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu yaşadığı bağımlılık duygusunu yenmesine yardımcı olma	5	8.2	13	10.6	2	7.4	20	9.5
Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlmasına yardımcı olma	7	11.5	16	13.0	3	11.1	26	12.3
Aile içi yeni düzenlemelerin (sosyal rol açısından) yapılmasına yardımcı olma	4	6.5	12	9.7	3	11.1	19	9.0
Hasta ve ailesinin hastanın çıkış sonrası bakımı hakkında bilgilendirilmesi	10	16.4	36	29.3	7	25.9	53	25.1
Hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemelerin yapılması	7	11.5	7	5.7	2	7.4	16	7.6
Hasta ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlandırma	18	29.5	25	20.3	7	25.9	50	23.7
Toplam	61	100.0	123	100.0	27	100.0	211	100.0

Çizelgede verilen bulgulardan anlaşılabileceği üzere, hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştığı sorunların çözümü için SHB/SHU'larca verilen hizmetlerde ilk sırayı % 25.1 oranla hastanın ve ailesinin hastanın çıkış sonrası bakımı hakkında bilgilendirilmesi ve ikinci sırada ise % 23.7 oranla hasta ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlanmasına yardımcı olma hizmeti gelmektedir. Verilen diğer hizmetler arasında belirgin bir fark olmamakla beraber en az yoğunlukta verilen hizmet % 7.6 oranla hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemelerin yapılması hizmetidir.

SHU grubunun dağılımına bakıldığında zaman en yoğun olarak verilen hizmetler, % 25.9 oranla hastanın ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynaklar ve programlardan yararlanmasına yardımcı olma hizmeti ve hasta ve ailesinin hastanın çıkış sonrası bakımı hakkında bilgilendirilmesi hizmetidir. En az oranda verilen hizmetler ise, % 7.4 oranla hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu yaşadığı bağımlılık duygusunu yenmesine yardımcı olma ve hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemelerin yapılmasıdır.

Doktorlara göre, hastanın hastaneden çıkıştan sonra karşılaştığı sorunların çözümü için SHU'larca verilen hizmetlerde ilk sırayı % 29.5 oranla hasta ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlanmasına yardımcı olma hizmeti alırken, en az yoğunlukta verilen hizmet ise % 6.5 oranla aile içi yeni düzenlemelerin yapılması hizmetidir.

Hemşirelere göre, SHU'ların hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların çözümü için verdikleri hizmetlerde ilk sırayı % 29.3 oranla hasta ve ailesinin çıkış sonrası bakımı hakkında bilgilendirilmesi alırken, % 5.7 oranıyla hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemelerin yapılması hizmeti son sırada bulunmaktadır.

Hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştığı sorunların çözümü için SHU'ların sekizinin hizmet verdiği Çizelge 14'de takip işleminin yapılıp yapılmadığına ilişkin dağılımdan anlaşılmaktaydı. Diğer yandan doktorların 34'ü ve hemşirelerin 61'i SHU'ların verdiği hizmetlerden en az birini işaretlemişlerdir. SHU'ların verdikleri toplam hizmet sayısının hizmet veren SHU sayısına bölünmesi sonucunda elde edilen veriye göre takip işlemini yapan SHU'ların ortalama 3.4 hizmet verdiği ortaya çıkmaktadır. SHU'ların verdikleri hizmetlerin doktorlar ve hemşireler tarafından ne oranda bilindiğinin ortaya konulması amacıyla SHU'ların hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların çözümü için verdiği hizmetlerden en az birini işaretleyen 34 doktor ve 61 hemşirenin işaretledikleri toplam hizmet sayısı yine cevaplayıcı sayısına bölünmüş ve doktorların ortalama 1.8 ve hemşirelerin 2.0 hizmet bildikleri ortaya çıkmıştır.

Hastanın yeni durumuna uyum sağlamasına yardımcı olma hizmetini SHU'ların % 37.5'i verirken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 29.4 ve hemşirelerin ise % 23.0'dır.

Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu yaşadığı bağımlılık duygusunu yenmesine yardımcı olma hizmetini veren SHU'ların oranı % 25.0 iken bu hizmeti doktorların % 14.7'si ve hemşirelerin % 21.3'ü bilmektedirler.

Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlamasına yardımcı olma hizmetini SHU'ların % 37.5'i verirken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 20.6 ve hemşirelerin oranı % 26.2'dir.

Aile içi yeni düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olma hizmetini SHU'ların % 37.5'i verirken, bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 11.8 ve hemşirelerin oranı % 19.7'dir.

Hasta ve ailesinin hastanın çıkış sonrası bakımı hakkında bilgilendirilmesi hizmetini veren SHU'ların oranı % 87.5 ve bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 29.4 ve hemşirelerin oranı % 59.0'dur.

Hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemeler yapılması hizmetini veren SHU'ların oranı % 37.5 iken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 20.6 ve hemşirelerin oranı % 11.5'tir.

Hasta ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlanmasına yardımcı olma hizmetini veren SHU'ların oranı % 87.5 iken bu hizmetin verildiğini bilen doktorların oranı % 52.9 ve hemşirelerin oranı % 41.0'dir.

Çizelge 15'de hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra 5.1 sorun işaretledikleri ortaya çıkmıştı. Bu dağılımda SHU'ların ortalama 3.4 hizmet verilmesi ve verilen hizmetlerin doktorlar ve hemşireler tarafından çok az düzeyde bilinmesi üzücüdür.

3.4.4.1. HASTANELERE YATAN HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞTAN SONRA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARIN VERDİKLERİ HİZMETLERİN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştıkları sorunların çözümü için SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlerin yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 29'da verilmiştir:

ÇİZELGE 29
HASTALARIN HASTANEDEN ÇIKIŞTAN SONRA
KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN SHB/SHU'LARCA VERİLEN
HİZMETLERİN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Hizmetler	S	Y.P.*
Hastanın yeni durumuna uyum sağlamasına yardımcı olma	4	11
Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu yaşadığı bağımlılık duygusunu yenmesine yardımcı olma	-	-
Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlamasına yardımcı olma	2	5
Aile içi yeni düzenlemelerin (sosyal rol açısından) yapılmasına yardımcı olma	6	14
Hasta ve ailesinin hastanın çıkış sonrası bakımı hakkında bilgilendirilmesi	3	4
Hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemelerin yapılması	1	1
Hasta ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlandırma	8	17
Toplam	24	52

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman en yoğun olarak verilen hizmetin hasta ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlanmasına yardımcı olma hizmeti olduğu görülmektedir. En az yoğunlukta verilen hizmetler, hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemelerin yapılması hizmeti ile hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu yaşadığı bağımlılık duygusunu yenmesine yardımcı olma hizmetidir.

SHU'ların hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştığı sorunların çözümü için verdiği hizmetlerin yoğunluğu ekonomik kökenli hizmetlerdedir. Psikolojik kökenli problemlere yönelik hizmetlere hastaların hastaya yatış, hastanın hastanede yattığı süre içinde ve hastaneden çıkış aşamalarında olduğu gibi hastaneden çıkıştan sonra da daha az oranda eğilinilmektedir.

3.5. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA HİZMET VEREN SHB/SHU'LARIN MÜRACAATÇI BELİRLEME ŞEKLİ

Bu alt bölümde tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların müracaatçıları belirleme şekli, (1) SHB/SHU'ların müracaatçı belirleme şekli, (2) SHB/SHU'lara havale yapan yerler ve (3) SHB/SHU'lara servis/polikliniklerden yapılan havale şeklinde ele alınmıştır.

3.5.1. SHB/SHU'LARIN MÜRACAATÇI BELİRLEME ŞEKLİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların müracaatçı belirleme şekline ilişkin bulgular, Çizelge 30'da verilmiştir:

ÇİZELGE 30

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN MÜRACAATÇI BELİRLEME ŞEKLİNİN DAĞILIMI

Müracaatçı belirleme şekli	S	%
SHU'nun kendisi belirliyor	23	26.7
Havale ediliyor	33	38.4
Müracaatçı başvuruyor	30	34.9
Toplam	86	100.0

Dağılıma bakıldığında zaman SHU'ların müracaatçıları üç yolla belirledikleri görülmektedir. Müracaatçı belirleme şekillerinden havale edilme 1/3'den daha fazla bir oranla ilk sırayı almaktadır. İkinci sırada 1/3 gibi bir oranla müracaatçıların bizzat başvurusu ve son sırada SHU'nun müracaatçısını kendisinin belirlediği şekil gelmektedir.

Çizelgede verilen dağılıma başka bir açıdan yaklaşıldığında tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan SHU'ların 33'üne değişik bir ifadeyle % 97'sine havale işlemi yapılmaktadır. Bunun yanısıra müracaatçıları SHU'ların % 88.2'sine bizzat başvuru yapmakta ve SHU'ların % 67.6'sı müracaatçıları kendileri belirlemektedir.

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastaneler yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHB/SHU'lara oldukça yüksek bir oranda havale yapılmasının yanısıra müracaatçıların bizzat başvuru yapması dikkate değerdir. Bu durum tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet verme açısından belirli potansiyele ulaşıldığını gösterir.

3.5.1.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN MÜRACAATÇI BELİRLEME ŞEKLİNİN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların müracaatçı belirleme şekillerinin yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 31'de verilmiştir:

ÇİZELGE 31

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN MÜRACAATÇI BELİRLEME ŞEKLİNİN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Müracaatçı belirleme şekli	S	Y.P.*
SHU'nun kendisi belirliyor	26	48
Havale ediliyor	33	93
Müracaatçı başvuruyor	30	47
Toplam	89	188

Bir önceki çizelgede verilen dağılıma paralel olarak bu çizelgedeki dağılımda da ilk sırayı havale edilme almaktadır. SHB/SHU'ların müracaatçılarını belirledikleri şekil ile müracaatçıların bizzat başvuruları arasında belirgin bir farklılık görülmemektedir. Ancak, müracaatçıların SHB/SHU'ların belirlediği şekil ikinci ve müracaatçıların bizzat yaptıkları başvuru üçüncü sıradadır.

SHB/SHU'lara havale edilmenin oldukça yüksek düzeyde bulunması SHB/SHU'ların tanınması ve yaptığı işlevlerin bilinmesi açısından önemli bir husustur.

3.5.2. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARA YAPILAN HAVALE İŞLEMİNİN HAVALE YERLERİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'lara yapılan havale işleminin havale yerlerine ilişkin bulgular, Çizelge 32'de verilmiştir:

ÇİZELGE 32

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARA YAPILAN HAVALE İŞLEMİNİN HAVALE YERLERİNİN DAĞILIMI

Havale yerleri	S	%
SHB Şefi	5	5.3
Hasta Kabul	8	8.4
Servis/poliklinikler	34	35.8
Başhekimlik	22	23.2
Hastane Müdürlükleri	12	12.6
Laboratuvarlar	5	5.3
Vezneler	8	8.4
Diğer	1	1.0
Toplam	95	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHB/SHU'lara sekiz farklı birimden havale işleminin yapıldığı görülmektedir. Havale toplamının araştırma kapsamına giren SHU sayısına (34) oranlandığında ortalama olarak bir SHU'ya üç yerden havale işlemi yapıldığı anlaşılmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHB/SHU'lara servis/polikliniklerden yapılan havale % 35.8 oranla ilk sırayı almaktadır. Başhekimlikten yapılan havale % 23.2 oranla ikinci ve hastane müdürlüklerinden yapılan havale % 12.6 oranla üçüncü sıradadır. SHU'lara SHB şefi ve laboratuvarlardan yapılan havaleler % 5.3 oranla son sırada bulunmaktadır.

Çizelgede verilen dağılıma bir başka açıdan yaklaşıldığında tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan SHU'ların tamamına servis/polikliniklerden havale işleminin yapıldığı anlaşılmaktadır. SHU'lara başhekimlikten yapılan havale araştırma kapsamına giren SHU sayısı ile kıyaslandığında yaklaşık 2/3 oranında (% 64.7) ve önemli bir havale yeri olan hastane müdürlüklerinden gelen havalenin 1/3 oranından (% 35.3) biraz fazla olduğu anlaşılmaktadır.

SHB/SHU'ların hastanelerde işlevsel bir sosyal hizmet uygulaması yürütebilmesi açısından bir hastanenin temelini oluşturan servis/polikliniklerden, başhekimlik ve hastane müdürlüklerinden havale yapılması önemli bir husustur. Başhekimlik ve hastane müdürlüklerinin idari yapıyı oluşturduğu düşünülürse, buralarla geliştirilecek olumlu ilişkiler yapılabilecek sosyal hizmet uygulamalarına destek sağlama açısından potansiyel bir kaynak olarak görülebilir.

3.5.2.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARA YAPILAN HAVALE İŞLEMİNİN HAVALE YERLERİNİN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'lara yapılan havale işleminin havale yerlerinin yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 33'de verilmiştir:

ÇİZELGE 33

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARA YAPILAN HAVALE İŞLEMİNİN HAVALE YERLERİNİN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Havale yerleri	S	* Y.P.
SHB Şefi	1	2
Hasta Kabul	8	19
Servis/poliklinikler	33	94
Başhekimlik	17	32
Hastane Müdürlükleri	10	15
Laboratuvarlar	-	-
Vezneler	3	3
Toplam	72	165

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman Çizelge 31'de olduğu gibi ilk sırayı servis/polikliniklerden yapılan havalelerin aldığı görülmektedir. İkinci sırada başhekimlikten yapılan havale bulunmaktadır. Yoğunluk olarak en az gelen havale vezneler ve SHB şefinden gelen havaledir.

Servis/polikliniklerin her hastanede bulunması ve tedavi hizmetlerinin buralarda yürütülmesi ve hastanın tedavisinin idari işlemlerinin sorumluluğunun başhekimlikte bulunması nedeniyle havale işleminin yoğun olarak buralardan gelmesi anlaşılmaktadır. Ayrıca hastanın hastaneye yatış, hastanede yattığı süre, hastaneden çıkış aşamasındaki işlemlerin büyük ölçüde hasta kabul bölümü tarafından yürütülüyor olması ve karşılaşılan sorunların çözümü için buralardan SHB/SHU'lara havale edilme yoğunluğunu arttırıcı bir etken olarak düşünülebilir.

3.5.3. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA HİZMET VEREN SHB/SHU'LARA SERVİS/POLİKLİNİKLERDEN YAPILAN HAVALE

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHB/SHU'lara servis/polikliniklerden yapılan havalelerin kimler tarafından yapıldığına ilişkin bulgular, Çizelge 34'de verilmiştir:

ÇİZELGE 34

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARA SERVİS/POLİKLİNİKLERDEN YAPILAN HAVALENİN KİMLERDEN GELDİĞİNİN DAĞILIMI

Havaleyi Yapan	S	%
Servis/poliklinik şefi	20	18.5
Doktor	31	28.7
Başhemşire	12	11.1
Hemşire	29	26.9
Sekreter	16	14.8
Toplam	108	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHB/SHU'lara servis/polikliniklerden yapılan havalede ilk sırayı % 28.7 oranla doktorlar almaktadır. İkinci sırada ise % 26.9 oranla hemşireler bulunmaktadır. Servis/polikliniklerin idari işlemlerini yürüten sekreterden gelen havale % 14.8 oranındadır.

Servis/poliklinik şefinin doktor, başhemşirenin de hemşire olduğu gözönüne alınırsa, doktor grubunun havale işleminde % 47.2 oranla ilk sırada, hemşire grubunun % 38.0 oranla ikinci sırada bulunduğu görülmektedir.

Dağılıma bir başka açıdan yaklaşıldığında doktor grubunun SHU'ların % 91.2'sine, hemşire grubunun SHU'ların % 85.3'üne, servis/poliklinik şefi grubunun SHU'ların % 58.8'ine, sekreter grubunun SHU'ların % 47.1'ine ve hemşire grubunun SHU'ların % 35.3'üne havale yaptığı anlaşılmaktadır. Toplam havale sayısının SHU sayısına bölünmesi sonucunda elde edilen veriye göre ortalama olarak 3.2 kişiden havale geldiği ortaya çıkmaktadır.

Doktor ve hemşire grubundan büyük oranda havale yapılması servislerde işlevsel bir sosyal hizmet uygulamasının yapılabilmesi ve ekip çalışmasının oluşturulup, geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir.

3.5.3.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA HİZMET VEREN SHB/SHU'LARA SERVİS/POLİKLİNİKLERDEN YAPILAN HAVALENİN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'lara servis/polikliniklerden yapılan havalelerin kimlerden geldiğinin yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 35'de verilmiştir:

ÇİZELGE 35

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARA SERVİS/POLİKLİNİKLERDEN YAPILAN HAVALENİN KİMLERDEN GELDİĞİNİN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Havaleyi Yapan	S	* Y.P.
Servis/poliklinik şefi	21	29
Doktor	31	74
Başhemşire	12	26
Hemşire	22	51
Sekreter	13	14
Toplam	99	194

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman Çizelge 34'de verilen dağılıma benzer bir sıralamanın olduğu görülmektedir. Ancak yoğunluk olarak sıralama ele alındığında doktor grubunun en yoğun havaleyi yaptığı anlaşılmaktadır. İkinci yoğunluktaki grup hemşire grubudur. İdari sorumluluğu bulunan servis/poliklinik şefi ile başhemşire grubu arasında SHU'lara havale yapma yoğunluğu açısından önemli bir farklılık görülmemektedir. Servis/polikliniklerden en az yoğunlukta yapılan havalenin sekreterden geldiği anlaşılmaktadır.

Doktor ve hemşirelerden yoğun bir şekilde havalenin gelmesi ekip çalışması anlayışı içinde hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümünde deskeleyici bir bulgudur.

3.6. HASTANELERE YATAN HASTALARIN TIBBİ SORUNLARI DIŞINDA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜMÜ İÇİN HİZMET VERİRKEN SHB/SHU'LARIN YARARLANDIĞI KAYNAKLAR VE HİZMET VERME BİÇİMLERİ

Bu alt bölümde tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlandığı kaynaklar ve hizmet verme biçimleri, (1) SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlandığı kaynaklar, (2) SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken kullandıkları sosyal hizmet mesleği yöntemleri ve (3) SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken bir hizmet verme biçimi olan ekip çalışması şeklinde ele alınmıştır.

3.6.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN YARARLANDIĞI KAYNAKLAR

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastanelere yatan hastalara hizmet verirken yararlandığı kaynaklara ilişkin bulgular, Çizelge 36'da verilmiştir:

ÇİZELGE 36

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN
HASTALARA HİZMET VERİRKEN YARARLANDIĞI KAYNAKLARIN DAĞILIMI

Yararlanılan Kaynaklar	S	%
SHB kaynakları	13	9.4
Hastane kaynakları	24	17.4
Kızılay	22	15.9
Sos.Yar.Day.Vakıfları (SYDV)	27	19.6
Belediyeler	8	5.8
Kişisel bağışlar	11	8.0
Hasta ve ailesinin kaynakları	23	16.7
S.B.Ted.Hiz.Gn.Md.	5	3.6
Diğer	5	3.6
Toplam	138	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman başlıca sekiz kaynaktan yararlandığı görülmektedir. Bu kaynaklardan SYDV'nin % 19.6 oranla ilk sırada yer aldığı görülmektedir. İkinci sırada yararlanılan kaynak % 17.4 oranla hastane kaynakları ve üçüncü sırada % 16.7 oranla hasta ve ailesinin kaynakları bulunmaktadır. Daha az oranda yararlanılan kaynaklar arasında % 5.8 oranla belediyeler, % 3.6 oranla Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve % 3.6 oranla Diyanet Vakfı, ilaç firmaları, Yardımsevenler Derneği ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu gibi kaynaklar bulunmaktadır.

Yararlanılan toplam kaynak sayısı SHU sayısına bölünerek elde edilen veri sonucunda SHU'ların ortalama 4.1 kaynaktan yararlandığı ortaya çıkmaktadır.

Dağılıma bir başka açıdan yaklaşıldığında SHU'ların % 38.2'sinin SHB, % 70.6'sının hastane, % 64.7'sinin kızılai, % 79.4'ünün SYDV, % 23.5'inin belediyeler, % 32.4'ünün kişisel bağışlar, % 67.6'sının hasta ve ailesinin kaynakları, % 14.7'nin S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü kaynakları ve % 14.7'sinin diğer kaynaklardan yararlandığı ortaya çıkmaktadır.

SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlandığı kaynaklar arasında SHB kaynakları daha alt sıralarda görülmektedir. SHB kaynaklarının kullanımının düşük oranda olmasının nedeni, her hastanede SHB'nin olmaması, ayrıca SHB olan hastanelerde SHB kaynaklarının sınırlı düzeyde olmasıyla ilgilidir.

3.6.1.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN YARARLANDIĞI KAYNAKLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlandığı kaynakların yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 37'de verilmiştir:

ÇİZELGE 37

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN YARARLANDIĞI KAYNAKLARIN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Yararlanılan Kaynaklar	S	* Y.P.
SHB kaynakları	6	14
Hastane kaynakları	22	53
Kızılay	13	23
Sos.Yar.Day.Vakıfları (SYDV)	22	51
Belediyeler	1	1
Kişisel bağışlar	4	6
Hasta ve ailesinin kaynakları	16	31
S.B.Ted.Hiz.Gn.Md.	5	5
Diğer	2	5
Toplam	91	189

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığı zaman hastane kaynakları ve SYDV'nin ağırlıklı olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu kaynakların yanısıra hasta ve ailesinin kaynakları da önemli ölçüde kullanılmaktadır. En az yoğunlukta yararlanılan kaynaklar kişisel bağışlar ve belediyelerin kaynaklarıdır.

Hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında kalan sorunlarının çözümü için toplum, hastane ve hasta ile ailesinin kaynaklarının kullanılması sorunların çözümüne katılımın tek boyutlu değil; hizmet veren, hizmeti alan ve yardımcı kaynakların bütününde ele alındığı sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

3.6.1.2. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN YARARLANABİLECEĞİ DİĞER KAYNAKLAR

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlanabileceği diğer kaynaklara ilişkin bulgular, Çizelge 38'de verilmiştir:

ÇİZELGE 38

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN YARARLANABİLECEĞİ DİĞER KAYNAKLARIN DAĞILIMI

Diger Kaynaklar	S	%
SHB'ye ödenek (fon) tahsisi	7	30.5
Hastane döner sermayesi	4	17.4
Her hastaya sosyal güvence sağlanması	4	17.4
SHÇEK ve bağlı kuruluşları	3	13.0
Vakıflar	2	8.7
Diger	3	13.0
Toplam	23	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlanabilecekleri kaynakların iki bölümde ele alınabileceği görülmektedir. Birinci grup kaynaklar halen nicel olarak varlıklarını sürdüren kaynaklardır. Bu kaynaklar, hastane döner sermayesi, SHÇEK ve bağlı kuruluşları ile vakıflar (SYDV, Mehmetçik Vakfı) gibi kaynaklar olarak sıralanabilir. İkinci grup kaynaklar ise, nicel olarak var olmayan ancak olması düşünülen kaynaklardır. Bunlar ise, SHB'ye ödenek (fon) tahsisi, her hastaya sosyal güvence olanağının sağlanması gibi kaynaklardır. Bu gibi henüz oluşturulmamış kaynaklar yararlanılabilecek kaynakların yaklaşık yarısını ifade etmektedir; söyleki, SHB'ye ödenek tahsisi % 30.5 ve her hastaya sosyal güvence olanağının sağlanması % 17.4 oranıyla ilk sıraları almaktadır. Daha az oranda önerilen kaynaklar arasında SHÇEK ve diğer kaynaklar bulunmaktadır.

SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken yararlandığı kaynakların tamamı (SHÇEK ve bağlı kuruluşlar hariç) ekonomik kökenli sorunların çözümüne yönelik kaynaklardır. Bunun yanı sıra oluşturulması düşünülen kaynakların bir an önce faaliyete geçirilmesi verilen hizmetlerin daha işlevsel olmasına yardımcı olabileceği düşünülebilir.

Diğer yandan araştırma kapsamına giren SHU'ların 12'si (% 35.3) bu soruya yanıt vermemiş, bir anlamda herhangi bir öneri getirmemiştir. Geriye kalan SHU'ların hastalarına hizmet verirken kaynak arayışı içinde bulunmaları oldukça önemlidir.

3.6.2. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KULLANDIKLARI SOSYAL HİZMET MESLEĞİ YÖNTEMLERİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet verirken SHU'ların kullandığı sosyal hizmet mesleği yöntemlerine ilişkin bulgular, Çizelge 39'da verilmiştir:

ÇİZELGE 39

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA
SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KULLANDIKLARI
SOSYAL HİZMET MESLEĞİ YÖNTEMLERİNİN DAĞILIMI

Yöntemler	S	%
Sosyal kişisel çalışma	34	43.6
Sosyal grup çalışması	11	14.1
Toplumla çalışma	15	19.2
Sosyal hizmet araştırması	13	16.7
Sosyal hizmet idaresi	5	6.4
Toplam	78	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman ilk sırada % 43.6 oranıyla sosyal kişisel çalışma yönteminin kullanıldığı görülmektedir. Sosyal hizmet idaresi yöntemi ise % 6.4 oranla en az oranda kullanılan yöntem durumundadır. Diğer üç yöntemden yararlanma durumunda önemli bir farklılık görülmemektedir. Hastanelerde hasta gruplarıyla çalışma düzeyinin yani sosyal grup çalışması yönteminin daha az oranda kullanılması dikkat çekicidir.

Sosyal hizmet mesleğinin yöntemlerinden yararlanma sayısının SHU sayısına bölünmesi sonucunda elde edilen veriye göre SHU'ların ortalama 2.3 yöntemi uyguladıkları ortaya çıkmaktadır.

Çizelgede verilen dağılıma bir başka açıdan bakıldığında sosyal kişisel çalışma yöntemini SHU'ların tamamı, sosyal grup çalışması yöntemini SHU'ların % 32.4'ü, toplumla çalışma yöntemini SHU'ların % 44.1'i, sosyal hizmet araştırması yöntemini SHU'ların % 38.2'si ve sosyal hizmet idaresi yöntemini SHU'ların % 14.7'si kullanmaktadır.

Sosyal kişisel çalışma yönteminin en yoğun olarak kullanılmasının nedeni, bu yöntemin sosyal hizmet mesleğinin en eski ve en temel yöntemi olmasının yanı sıra bu yöntemin karakteristiği ile yakından ilgilidir. Sosyal hizmet idaresi yöntemi bir anlamda idareci olma konumu ile ilgili olarak algılanmaktadır. Bu yöntemi kullandıklarını belirten SHU'ların bir bölümü SHB şefi iken bir kısmı da başhekim yardımcılığı gibi idari bir görevi üstlenen SHU'lardır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında sosyal hizmet mesleğinin nasıl kullanılacağına ilişkin bir tanımlamanın yapılmamış olması bu alanda çalışan SHU'lara bir yol göstericinin bulunmaması anlamına gelmektedir.

3.6.2.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KULLANDIKLARI SOSYAL HİZMET MESLEĞİ YÖNTEMLERİNİN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet verirken kullandıkları sosyal hizmet mesleği yöntemlerinin yoğunluk düzeyine ilişkin bulgular, Çizelge 40'da verilmiştir:

ÇİZELGE 40

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KULLANDIKLARI SOSYAL HİZMET MESLEĞİ YÖNTEMLERİNİN YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI

Yöntemler	S	Y.P.*
Sosyal kişisel çalışma	34	94
Sosyal grup çalışması	11	23
Toplumla çalışma	14	25
Sosyal hizmet araştırması	7	10
Sosyal hizmet idaresi	5	11
Toplam	71	163

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında SHU'ların tamamı tarafından kullanılan yöntem olan sosyal kişisel çalışma yönteminin belirgin bir farkla ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Aralarında belirgin bir farklılık olmamakla beraber toplumla çalışma yöntemi ikinci ve sosyal grup çalışması yöntemi üçüncü sıradadır. Yine aynı şekilde sosyal hizmet idaresi ve sosyal hizmet araştırması en az yoğunlukta kullanılan yöntemlerdir.

3.6.3. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN KULLANDIKLARI SKÇ ve SGÇ YÖNTEMLERİNİN YÜRÜTÜLME YERLERİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken kullandıkları sosyal kişisel çalışma ve sosyal grup çalışması yöntemlerinin hastanedeki yürütülme yerlerine ilişkin bulgular, Çizelge 41'de verilmiştir:

ÇİZELGE 41

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SKÇ VE SGÇ YÖNTEMLERİNİN
HASTANEDEKİ YÜRÜTÜLME YERLERİNİN DAĞILIMI

Yer	S	%
SHB bürosu	29	39.7
Mülakat odası	2	2.8
Toplantı salonu	5	6.8
Doktor odası	1	1.4
Hemşire odası	5	6.8
Hasta odası	24	32.9
Hastane bahçesi ve koridoru	3	4.1
Diğer	4	5.5
Toplam	73	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SKÇ ve SGÇ yöntemlerinin başlıca yedi yerde yürütüldüğü görülmektedir. Yöntemlerin yürütülme yerlerinden SHB bürosunun % 39.7 oranla ilk sırada yer aldığı görülmektedir. İkinci sırada ise, % 32.9 oranla hasta odası bulunmaktadır. Yöntemlerin en az oranda yürütüldüğü yerler ise mülakat odası ile doktor odasıdır. Diğer yerler arasında halkla ilişkiler bürosu, uzmanın kendi çalışma odası ve eğitim odası gibi yerler bulunmaktadır. Hastane koridorunun ve bahçesinin kullanılması dikkat çekici aynı oranda da üzücü bir durumdur.

SHB bürosunun SKÇ ve SGÇ yöntemlerinin yürütülme yerlerinden en çok kullanılan yer olması SHU'ları çalışma yeri ile direkt ilgilidir. Çizelge 6'da SHU'ların görev yerlerinin dağılımı verilmişti. Bu dağılıma göre SHU'ların % 38.2'si sadece SHB bürosunda ve % 44.1'inin hem SHB bürosunda hem de servislerde çalıştığı belirtilmişti. İki grubun toplamı % 82.3 etmektedir. Dağılıma bu açıdan bakıldığında zaman yöntemlerin büyük oranda SHB bürosunda yürütülmesi anlaşılmaktadır. Diğer yandan servis çalışması yapan SHU'ların hasta servislerinde doktorlar ve hemşireler gibi bir odalarının bulunmaması onların hasta odalarını kullanmalarını zorunlu kılmaktadır. Ayrıca hastaların büyük bir bölümünün tedavileri esnasında yatağa bağımlı olmaları da önemli bir etkidir.

3.6.3.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KULLANDIKLARI SKÇ VE SGÇ YÖNTEMLERİNİN YÜRÜTÜLMÜ YERLERİNİN YOĞUNLUK DÜZEYİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken kullandıkları sosyal hizmet mesleği yöntemlerinden sosyal kişisel çalışma (SKÇ) ve sosyal grup çalışması (SGÇ) yöntemlerinin yürütülme yerlerinin yoğunluk durumuna ilişkin bulgular, Çizelge 42'de verilmiştir:

ÇİZELGE 42

**TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA
SKÇ VE SGÇ YÖNTEMLERİNİN HASTANEDEKİ YÜRÜTÜLMÜ YERLERİNİN
YOĞUNLUK DÜZEYİNİN DAĞILIMI**

Yer	S	Y.P. *
SHB bürosu	30	74
Mülakat odası	3	5
Toplantı salonu	5	12
Doktor odası	1	2
Hemşire odası	2	5
Hasta odası	22	52
Hastane bahçesi ve koridoru	2	5
Diğer	3	6
Toplam	68	161

Çizelgede verilen dağılımın Çizelge 41'e paralel bir dağılım izlediği görülmektedir. SHB bürosunun yoğun olarak kullanılma durumu daha belirgin olarak gözükmemektedir. İkinci yoğunlukta kullanılan yer hasta odasıdır. En az yoğunlukta kullanılan yerler arasında mülakat odasının bulunmasının nedeni hastanelerde SHU'lara ait mülakat odasının olmamasıdır.

Yoğunluk düzeyine ilişkin bu dağılım bir önceki çizelgede verilen dağılımı ve yorumları destekleyici özelliktedir.

3.6.4. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN BİR HİZMET VERME BİÇİMİ OLAN EKİP ÇALIŞMASI

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHB/SHU'ların bir hizmet verme biçimi olan ekip çalışması ile ilgili bilgiler aşağıda ele alınmıştır.

3.6.4.1. SHB/SHU'LARIN EKİP ÇALIŞMASINA KATILMA DURUMU

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastalara hizmet verirken bir hizmet verme biçimi olan ekip çalışmasına katılma durumuna ilişkin bulgular, Çizelge 43'de verilmiştir:

ÇİZELGE 43

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN EKİP ÇALIŞMASINA KATILMA DURUMUNUN DAĞILIMI

Durum	S	%
Ekip çalışmasına katılanlar	20	58.8
Ekip çalışmasına katılmayanlar	14	41.2
Toplam	34	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHU'ların yarısından fazlasının % 58.8 oranla ekip çalışmasına katıldığı ve % 41.2'sinin ekip çalışmasına katılmadığı görülmektedir.

Hastanede SHU'ların 2/5'inin ekip çalışmasına katılmamasının nedeni bu SHU'ların görev yerleri ile ilgili olabilir. Sadece SHB bürosunda çalışan SHU'ların oranı Çizelge 6'da verilmişti. Buna bağlı olarak SHB bürosunun dışında görev yapmayan SHU'ların ekip çalışmasına katılmalarına olanak sağlayacak ortamın oluşması mümkün görülmemektedir.

3.6.4.2. SHB/SHU'LARIN YÜRÜTTÜKLERİ EKİP ÇALIŞMASINDA EKİP ÜYELERİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında ekip çalışmasına katılan SHU'ların yürüttükleri ekip çalışmasındaki ekip üyelerine ilişkin bulgular, Çizelge 44'de verilmiştir:

ÇİZELGE 44

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN
YÜRÜTTÜKLERİ EKİP ÇALIŞMASINDA EKİP ÜYELERİNİN DAĞILIMI

Ekip üyeleri	S	%
Doktor	20	32.3
Hemşire	20	32.3
Psikolog	6	9.7
Psikiyatrist	4	6.4
Diyetisyen	9	14.5
Diğer	3	4.8
Toplam	62	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman doktor ve hemşirelerin % 32.3 oranla ilk sırada geldiği görülmektedir. İkinci sırada % 14.5 oranla diyetisyen gelmektedir.

Toplam ekip üyesi sayısının ekip çalışmasına katılan SHU sayısına bölünmesi sonucunda elde edilen veriye göre SHU'ların katıldığı ekip çalışmasında SHU'dan başka ortalama 3.1 personelin bulunduğu anlaşılmaktadır.

Dağılıma bir başka açıdan bakıldığında zaman SHU'ların katıldığı ekipte doktor ve hemşire sürekli bulunurken, % 30.0'unda psikolog, % 20.0'sinde psikiyatrist, % 45.0'inde diyetisyen ve % 15.0'nde diğer personelin bulunduğu ortaya çıkmaktadır.

Bir hastanede tıbbi tedavinin büyük ölçüde doktor ve hemşire tarafından yürütülmesi nedeniyle ekipte bu üyelerin bulunması doğaldır. Ancak diğer personelin de bulunduğu bir ekibe katılma oranının düşük olması hastanelerde ekip çalışması anlayışının yerleşmemiş olması ile açıklanabilir.

3.6.4.3. SHB/SHU'LARIN YÜRÜTTÜKLERİ EKİP ÇALIŞMASINA KATILIMININ SIKLIK DURUMU

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastalara hizmet verirken ekip çalışmasına katılan SHU'ların bu çalışmaya hangi sıklıkla katıldıklarına ilişkin bulgular, Çizelge 45'de verilmiştir:

ÇİZELGE 45

SHB/SHU'LARIN YÜRÜTTÜKLERİ EKİP ÇALIŞMASININ
SIKLIK DURUMUNUN DAĞILIMI

Süre	S	%
Hergün	7	35.0
Haftada bir	-	-
15 günde bir	-	-
Ayda bir	-	-
Gerektikçe	13	65.0
Toplam	20	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında ekip çalışmasının "hergün" ve "gerektikçe" şeklinde yürütüldüğü görülmektedir. "Gerektikçe" kavramı belirgin ve açık bir kavram olmamakla beraber SHU'ların % 65.0'inin ekip çalışmasına katılımının bu şekilde olmaktadır. SHU'ların % 35.0'inin "hergün" ekip çalışmasına katıldıkları görülmektedir.

Ekip çalışmasına gerektikçe katılım durumu hastanede ekip çalışması anlayışının yerleşmemiş olması ile açıklanabilir. Belli bir oranda ekip çalışmasına düzenli ve her gün katılımın bulunduğu çalışmaların bulunması sevindirici ve umut vericidir.

3.6.4.4. SHB/SHU'LARIN YÜRÜTTÜKLERİ EKİP ÇALIŞMASI KAPSAMINDA YAPILAN FAALİYETLER

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için bir hizmet verme biçimi olan ekip çalışmasına katılan SHB/SHU'ların bu çalışma kapsamında yaptıkları faaliyetlere ilişkin bulgular, Çizelge 46'da verilmiştir.

ÇİZELGE 46

EKİP ÇALIŞMASINA KATILAN SHU'LARIN
BU ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ FAALİYETLERİNİN DAĞILIMI

Ekip çalışması kapsamında yapılanlar	S	%
Vak'alar hakkında bilgi alışverişi	7	41.2
Vizit ve konseylere katılma	2	11.8
Hastanın tedavisi sırasında karşılaşılan sorunların çözümü için çalışma	3	17.6
Ortaklaşa eğitim çalışması	2	11.8
Diğer	3	17.6
Toplam	17	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHU'ların ekip çalışması kapsamında dört temel faaliyette bulundukları görülmektedir. Bu faaliyetlerden vak'alar hakkında bilgi alış verişi % 41.2 oranla ilk sıradadır. Hastanın tıbbi sorunları dışında karşılaşılan sorunların çözümü için çalışma yapma % 17.6 oranla ikinci sırada yer alırken % 11.8 oranla vizit ve konseylere katılma ile ortaklaşa eğitim çalışması yapma faaliyetleri bunu izlemektedir. Ekip çalışmasında ayrıca servisten gelen talep doğrultusunda çalışma, hastanın tedaviden yararlanması için işbirliği yapma gibi faaliyetler de bulunmaktadır.

Hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunlarının dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için vak'alar hakkında karşılıklı bilgi alış verişinde bulunulması ve yapılan diğer faaliyetler hastanın tıbbi tedaviden daha fazla yararlanmasının kolaylaştırılması açısından oldukça önemlidir.

3.6.4.5. SHB/SHU'LARIN YÜRÜTTÜKLERİ EKİP ÇALIŞMASINI YETERLİ BULMA DURUMU

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için bir hizmet verme biçimi olan ekip çalışmasına katılan SHU'ların katıldıkları ekip çalışmasını yeterli bulma durumuna ilişkin bulgular, Çizelge 47'de verilmiştir:

ÇİZELGE 47

EKİP ÇALIŞMASINA KATILAN SHU'LARIN BU ÇALIŞMAYI
YETERLİ BULMA DURUMLARININ DAĞILIMI

Durum	S	%
Yeterli bulanlar	11	55.0
Yetersiz bulanlar	9	45.0
Toplam	20	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman ekip çalışmasına katılan SHU'ların yarısından fazlasının % 55.0 oranla yürütülen ekip çalışmasını yeterli bulduğu görülürken, geriye kalan % 45.0'lik bir SHU grubunun bu çalışmayı yeterli bulmadığı anlaşılmaktadır.

3.6.4.6. EKİP ÇALIŞMASININ GELİŞTİRİLMESİ İÇİN YAPILABİLECEK FAALİYETLER

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için bir hizmet verme biçimi olan ekip çalışmasına katılan ancak bu çalışmayı yeterli bulmayan SHU'lara göre hastanede yürütülen ekip çalışmasının geliştirilmesi için yapılabilecek faaliyetlere ilişkin bulgular, Çizelge 48'de verilmiştir:

ÇİZELGE 48

EKİP ÇALIŞMASININ GELİŞTİRİLMESİ İÇİN
YAPILABİLECEK FAALİYETLERİN DAĞILIMI

Yapılması gerekli çalışmalar	S	%
Tanıtım çalışmalarının yapılması	3	37.5
SHU sayısının artırılması	2	25.0
SHU'nun görev ve sorumluluklarının belirlenmesi	2	25.0
Diğer	1	12.5
Toplam	8	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman hastanede uygulanan ekip çalışmasını yetersiz bulan SHU'ların ekip çalışmasının geliştirilmesi için üç temel öneride bulundukları görülmektedir. Bu önerilerden tanıtım çalışmalarının yapılması önerisi % 37.5 oranla ilk sırada yer alırken, % 25.0 oranla hastanede çalışan SHU sayısının arttırılması ve SHU'nun görev ve sorumluluklarının belirlenmesi önerileri bunu izlemektedir.

Ekip çalışmasının geliştirilmesi için SHU'larına oldukça önemli görevler düşmektedir. Bu görevlerin tamamlanması sonucunda SHU'ların ekip çalışması içinde daha işlevsel görev alabileceği düşünülebilir.

3.6.4.7. SHU'LARIN EKİP ÇALIŞMASINA KATILMAMA NEDENLERİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için bir hizmet verme biçimi olan ekip çalışmasına katılmayan SHU'ların bu çalışmaya katılmama nedenlerine ilişkin bulgular, Çizelge 49'da verilmiştir:

ÇİZELGE 49

EKİP ÇALIŞMASINA KATILMAYAN SHU'LARIN BU ÇALIŞMAYA KATILMAMA NEDENLERİNİN DAĞILIMI

Ekip çalışmasına katılmama nedenleri	S	%
Hastanede ekip çalışması anlayışının olmaması	7	58.4
Hastanede çalışan tek SHU olma	1	8.3
Ekip çalışmasına olanak sağlayan şartların olmaması	1	8.3
Çalışma yerinin (Halkla ilişkiler bürosu gibi) ekip çalışmasına uygun olmaması	2	16.7
SH mesleğinin tanınmamış olması	1	8.3
Toplam	12	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHU'ların ekip çalışmasına başlıca beş nedenle katılmadıkları görülmektedir. SHU'ların üçü ekip çalışmasına katılmama nedenlerini açıklamamışlardır. Çizelgede verilen nedenler arasında % 58.4 oranla hastanede ekip çalışması anlayışı ve uygulamasının olmaması birinci sırada yer alırken, ikinci sırada % 16.7 oranla uzmanın çalışma

yerinin ekip çalışmasına uygun olmaması gelmektedir. Bu iki nedeni % 8.3 oranla hastanede çalışan tek uzman olma, hastanede ekip çalışmasına olanak sağlayan koşulların olmaması ve sosyal hizmet mesleğinin tanınmamış olması nedenleri izlemektedir.

3.7. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA HASTALARA HİZMET VERİRKEN SHB/SHU'LARIN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR VE BU SORUNLARIN ÇÖZÜM YOLLARI

Bu alt bölümde tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet verirken SHB/SHU'ların karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunların çözüm yolları, (1) SHB/SHU'ların karşılaştıkları sorunlar ve (2) SHB/SHU'ların karşılaştıkları sorunların çözüm yolları şeklinde ele alınmıştır.

3.7.1. SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların karşılaştıkları sorunlar SHU'ların sorunlarla karşılaşma durumu ve karşılaştıkları sorunlar şeklinde ele alınmıştır.

3.7.1.1. SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN SORUNLARLA KARŞILAŞMA DURUMU

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet verirken sorunlarla karşılaşma durumuna ilişkin bulgular, Çizelge 50'de verilmiştir:

ÇİZELGE 50

HASTALARA HİZMET VERİRKEN SHU'LARIN KARŞILAŞMA DURUMLARININ DAĞILIMI		
Sorunlarla karşılaşma durumu	S	%
Sorunla karşılaşılıyor	28	87.5
Sorunla karşılaşılmıyor	4	12.5
Toplam	32	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHU'ların büyük bir bölümünün hastanede sosyal hizmet uygulamalarını yürütürken sorunlarla karşılaştıkları görülmektedir. Sorunlarla karşılaştıklarını belirten SHU oranı % 87.5 iken, sorunlarla karşılaşmadığını belirten SHU oranı ise % 12.5'tir. Bu soruya iki SHU yanıt vermemiştir.

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHU'ların hastaların karşılaştıkları sorunlara oranla daha az sayıda hizmet vermesinin nedeni sorunlarla karşılaşma olabilir.

3.7.1.2. SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHB/SHU'ların hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet verirken karşılaştıkları sorunlara ilişkin bulgular, Çizelge 51'de verilmiştir:

ÇİZELGE 51

SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN DAĞILIMI		
SHU'ların karşılaştığı sorunlar	S	%
Sosyal güvencesi olmayan hastalar için maddi kaynakların yeterli olmaması	9	14.0
SBH'nin ayrı ve bağımsız bir yerinin olmaması	8	12.5
SHU'nun görev, yetki ve sorumluluklarının açık olmaması	7	10.9
Mesleğin diğer personel tarafından yeteri kadar tanınmaması	7	10.9
Diğer personelin ekip çalışmasına açık olmaması	4	6.3
Hastanede çalışan SHU sayısının az olması	6	9.4
Hastane idaresinin destekleyici olmayan tutumu	11	17.2
SHB'nin kendi öz kaynağının (fon) olmaması	6	9.4
Hastanede mesleki olarak kabul görmeme	2	3.1
Diğer	4	6.3
Toplam	64	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman başlıca dokuz sorun grubunun bulunduğu görülmektedir. SHU'lara göre, hastane idaresinin destekleyici olmayan tutumu % 17.2 oranla ilk sırada yer alırken, ikinci sırada % 14.0 oranla karşılaşılan sorun sosyal güvencesi olmayan hastalar için maddi kaynakların yeterli olmamasıdır. Üçüncü sırada ise, % 12.5 oranla SHB'nin ayrı ve bağımsız bir yerinin olmaması sorunu bulunmaktadır. Bu üç sorunun yanısıra % 10.9 oranla SHU'nun görev, yetki ve sorumluluklarının açık olmaması ve mesleğin diğer personel tarafından yeteri kadar tanınmaması da oldukça önemli sorunlar arasındadır. SHU'ların daha az oranda karşılaştıkları sorunlar arasında % 6.3 oranla diğer hastane personelinin ekip çalışmasına açık olmaması ve % 3.1 oranla hastanede mesleki olarak kabul görmeme bulunmaktadır. SHU'ların karşılaştığı diğer sorunlar arasında hastaların hastanede yatış sürelerinin kısa olması nedeniyle çalışmalarını sürdürememe ve bürokratik işlemlerin çokluğu gibi sorunlar bulunmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHU'ların karşılaştıkları sorunlar, hizmet verirken yararlanabilecek kaynaklar, hizmet verme yeri, SHU'nun iş tanımının yapılmamış olması, tanınmama ve idarenin tutumu ile ilgilidir.

Yukarıda belirtilen sorunlar sosyal hizmet mesleğinin en eski uygulama alanlarından biri olan tıbbi sosyal hizmet alanında çözümlenmesi gereken konuların çokluğunu ve bu alanın ihmal edilmiş olduğunu göstermesi açısından üzücüdür.

3.7.2. SHB/SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARIN ÇÖZÜM YOLLARI

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastalara hizmet verirken SHB/SHU'ların karşılaştıkları sorunların çözüm yollarına ilişkin bulgular, Çizelge 52'de verilmiştir:

ÇİZELGE 52

SHU'LARIN HASTALARA HİZMET VERİRKEN KARŞILAŞTIKLARI
SORUNLARIN ÇÖZÜM YOLLARININ DAĞILIMI

SHU'ların çözüm önerileri	S	%
Sosyal güvencesi olmayan hastalar için kaynakların yeterli hale getirilmesi	9	14.0
Sosyal Hizmet Bölümünün ayrı ve bağımsız bir yerinin olması	7	11.9
SHU'nun görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi	6	10.2
Sosyal hizmet mesleği ve hastanede yapılan çalışmaların tanıtılması	12	20.3
Hastanede çalışan SHU sayısının artırılması	6	10.2
Hastanede ekip çalışmasının geliştirilmesi	3	5.1
Hastane idaresinin destekleyici olmayan tutumunun değiştirilmesi	7	11.9
SHB'nin kendi fonunun oluşturulması	8	13.5
Diğer	4	6.7
Toplam	59	100.0

Çizelgede verilen dağılımda SHU'ların karşılaştıkları sorunların çözümü için SHU'ların başlıca sekiz öneride bulunduğu görülmektedir. Çözüm önerilerinde ilk sırayı % 20.3 oranla sosyal hizmet mesleği ve hastanede yapılan çalışmaların tanıtılması almaktadır. Diğer önerilerde belirgin bir farklılık bulunmamakla beraber ikinci sırada % 13.5 oranla SHB'ye ait bir fonun oluşturulması gelmektedir. Üçüncü sırada ise % 11.9 oranla SHB'nin ayrı ve bağımsız bir yerinin olması ile hastane idaresinin destekleyici olmayan tutumunun değiştirilmesi gelmektedir. En az yoğunlukta verilen öneri % 5.1 oranla hastanede ekip çalışmasının geliştirilmesi önerisidir. Diğer öneriler arasında SHB bürolarının kapatılması, bürokratik işlemlerin hızlandırılması, sosyal hizmetin devlet politikası haline getirilmesi ve sosyal hizmet kurumları arasında organizasyon bütünlüğünün sağlanması gibi öneriler bulunmaktadır.

3.8. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHB/SHU'LARIN BU ALANA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİ

Bu alt bölümde tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHU'ların bu alana ilişkin değerlendirmeleri, (1) hastanelerde çalışan SHU sayısını yeterli bulma durumu, (2) hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını yeterli bulma durumu, (3) hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının doktor, hemşire ve diğer personel tarafından bilinme durumu ve (4) ülkemizdeki sosyal hizmet uygulamalarının değerlendirilmesi şeklinde ele alınmıştır.

3.8.1. HASTANELERDE ÇALIŞAN SHU SAYISINI YETERLİ BULMA DURUMU

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunların dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHU sayısının yeterli bulunup, bulunmadığına ilişkin bulgular, Çizelge 53'de verilmiştir:

ÇİZELGE 53

HASTANEDE ÇALIŞAN SHU SAYISININ
YETERLİ GÖRÜLÜP GÖRÜLMEDİĞİNİN DAĞILIMI

Durum	S	%
Yeterli görenler	12	35.3
Yetersiz görenler	22	64.7
Toplam	34	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHU'ların yaklaşık 2/3'üne göre (% 64.7) hastanede görev yapmakta olan SHU sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. SHU'ların 1/3'ünden biraz fazlasına göre (% 35.3) hastanede çalışan SHU sayısının yeterli olduğu anlaşılmaktadır.

3.8.1.1. HASTANELERDE ÇALIŞMASI GEREKEN SHU SAYISI

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelerde çalışan SHU sayısını yetersiz bulan SHU'lara göre hastanelerde çalışması gereken SHU sayısına ilişkin bulgular, Çizelge 54'de verilmiştir:

ÇİZELGE 54

HASTANEDE ÇALIŞAN SHU SAYISINI YETERSİZ BULANLAR SHU'LARA GÖRE
HASTANEDE ÇALIŞMASI GEREKEN SHU SAYISININ DAĞILIMI

SHU sayısı	S	%
4	2	9.1
5	3	13.2
7	1	4.5
8	7	31.8
12	1	4.5
15	1	4.5
18	1	4.5
20	3	13.7
Sayı belirtmeyen	3	13.7
Toplam	22	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman hastanede görev yapması gereken SHU'ların sayısı 4 ile 20 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu sayıların değişkenliği hastanelerin büyüklüğü ve hastanenin niteliğine göre değişkenlik göstermektedir. SHU'ların büyük bir bölümü (% 31.8) hastanede çalışması gereken SHU sayısını sekiz olarak belirtmişlerdir.

Belirtilen diğer sayıların oranlarında belirgin bir farklılık görülmemekle birlikte ikinci sıradaki sayı beş ve yirmidir. Bunların oranı % 13.7'dir. Yine aynı orandaki SHU da belirli bir sayı vermemişler ancak her serviste bir SHU bulunması yönünde görüş bildirmişlerdir.

Hastanelerin özelliklerine göre hastanede çalışması gereken SHU sayısı için görüş bildirilmekte ve buna göre istihdam talebinde bulunmaktadır.

3.8.1.2. HASTANELERDE ÇALIŞMASI GEREKEN SHU SAYISININ NEDENLERİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren ve hastanede çalışan SHU sayısını yetersiz bulan SHU'lara göre hastanede çalışması gereken sayı için belirtilen nedenlere ilişkin bulgular, Çizelge 55'de verilmiştir:

ÇİZELGE 55

HASTANELERDE ÇALIŞMASI GEREKEN SHU SAYISININ NEDENLERİNİN DAĞILIMI

Nedenler	S	%
Servis çalışmalarının daha fazla yapılması	17	58.6
Büro çalışmalarının daha düzenli yapılması	4	13.7
Hastane işlevlerine daha fazla katılma	1	3.5
Hastalarla daha ayrıntılı ilgilenilmesi	2	6.9
50/100 hasta ile bir uzmanın ilgilenebilmesi	2	6.9
Yapılan çalışmaların tanıtımının iyi yapılması	2	6.9
Fonksiyonel bir SHB'nin kurulabilmesi	1	3.5
Toplam	29	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman hastanede çalışması gereken SHU sayısı için belirtilen nedenlerin yedi sınıfta toplandığı görülmektedir. Servis çalışmalarının daha fazla yapılması %58.6 oranla ilk sırayı almaktadır. İkinci sırada % 13.7 oranla büro çalışmalarının daha düzenli yapılması bulunmaktadır. Diğer oranlarda belirgin bir farklılık görülmemekle birlikte hastane işlevlerine daha fazla katılma ve fonksiyonel bir sosyal hizmet servisinin kurulabilmesi için daha fazla sayıda SHU'ya gereksinim vardır şeklinde görüş bildirenler bulunmaktadır.

Çizelgede belirtilen ifadelerden hastanede çalışan SHU'ların servis çalışmalarına katılmaya istekli oldukları anlaşılmaktadır. Çizelge 6'da yalnız SHB bürosunda çalışan SHU'ların oranı % 38.2 olarak belirtilmişti. Hastanede görev yapan SHU sayısının artması ile bu oranın daha aşağılara düşebileceği ve SHU'ların servis çalışmalarına daha fazla katılabileceği düşünülebilir. Yapılacak servis çalışmaları sayesinde sosyal hizmet mesleği ve tıbbi sosyal hizmet çalışmalarının tanıtımının yapılabileceği ve tedavi ekibi içinde daha işlevsel olunabileceği varsayılabilir.

3.8.2. HASTANELERDE YÜRÜTÜLEN SOSYAL HİZMET UYGULAMALARINI YETERLİ BULMA DURUMU

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHB/SHU'lara göre hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını yeterli bulma durumlarına ilişkin bulgular, Çizelge 56'da verilmiştir.

ÇİZELGE 56

HASTANELERDE YÜRÜTÜLEN SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ YETERLİ BULUNMA DURUMUNUN DAĞILIMI

Durum	S	%
Sosyal hizmet uygulamaları yeterli	12	35.3
Sosyal hizmet uygulamaları yetersiz	22	64.7
Toplam	34	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman SHU'ların yaklaşık 2/3'ünün % 64.7 oranla hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını yetersiz buldukları görülmektedir. Hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını yeterli bulan SHU'ların oranı % 35.3'dür.

Çizelge 22, 24, 26 ve 28'de belirtilen bulgularda hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için verilen hizmetlerin karşılaşılan sorunlara göre düşük düzeyde olması yukarıdaki dağılımda ortaya çıkan sonucu destekler niteliktedir.

SHU'ların büyük bir bölümü tarafından hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının yetersiz bulunması dikkat çekici bir durumdur.

3.8.2.1. HASTANELERDE YÜRÜTÜLEN SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ GELİŞTİRİLMESİ İÇİN YAPILABİLECEK FAALİYETLER

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını yetersiz bulan SHU'lara göre hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesi için yapılabilecek etkinliklere ilişkin bulgular Çizelge 57'de verilmiştir:

ÇİZELGE 57

HASTANELERDE YÜRÜTÜLEN SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ GELİŞTİRİLMESİ İÇİN YAPILABİLECEK ETKİNLİKLERİN DAĞILIMI

Etkinlikler	S	%
Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nin ilgili hükümlerinde düzenlemeler yapılması	3	9.4
Diğer personel ile işbirliğine gidilmesi	4	12.5
SH mesleği ve hastanede yapılan çalışmaların tanıtılması	7	21.9
Hastane idaresinin destekleyici olmayan tutumunun değiştirilmesi	4	12.5
Tıp Fakülteleri ve Hemşirelik okulu müfredatlarına TSH ile ilgili ders konulması	2	6.2
Hastanede çalışan SHU sayısının arttırılması	5	15.6
SHB'ye maddi kaynak sağlanması	2	6.2
Kişisel düzeyde hiçbirşey yapılamaz	2	6.3
Diğer	3	9.4
Toplam	32	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığı zaman başlıca sekiz etkinliğin yapılabileceği görülmektedir. Bu soruya dört SHU yanıt vermemiştir. Yapılabilecek etkinliklerde ilk sırayı % 21.9 oranla sosyal hizmet mesleği ve hastanede yapılan çalışmaların tanıtılması almaktadır. İkinci sırada % 15.6 oranla hastanede çalışan SHU sayısının arttırılması gelmektedir. Üçüncü sırada % 12.5 oranla diğer personel ile işbirliğine girilmesi ve hastane idaresinin destekleyici

olmayan tutumunun değiştirilmesi önerileri bulunmaktadır. Diğer etkinliklerin dağılımında önemli bir farklılık bulunmamaktadır.

Yukarıda belirtilen öneriler bu alanda çalışan SHU'ların mesleki uygulamaların geliştirilmesi için istekli ve çalışmaya arzulu olduklarını göstermesi açısından önemli bir bulgudur.

3.8.3. HASTANELERDE YÜRÜTÜLEN SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ DOKTOR, HEMŞİRE VE DİĞER PERSONEL TARAFINDAN BİLİNME DURUMU

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHB/SHU'ların hastanelerde yürüttükleri sosyal hizmet uygulamalarının doktor, hemşire ve diğer personel tarafından bilinme durumuna ilişkin bulgular, Çizelge 58'de verilmiştir:

ÇİZELGE 58

SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ DOKTOR, HEMŞİRE VE DİĞER PERSONEL TARAFINDAN BİLİNME DURUMUNUN DAĞILIMI

Durum	Doktor		Hemşire		Diğer Personel		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hiç bilinmiyor	1	2.9	1	2.9	4	11.8	6	5.9
Az biliniyor	21	61.8	20	58.8	18	52.9	59	57.8
Yeterli derecede biliniyor	12	35.3	13	38.3	12	35.3	37	36.3
Toplam	34	100.0	34	100.0	34	100.0	102	100.0

Çizelgede verilen dağılım ele alındığı zaman bu alanda çalışan SHU'lara göre doktor, hemşire ve diğer personelin yarısından fazlasının % 57.8 oranla hastanede yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını yeteri düzeyde bilmedikleri görülmektedir. SHU'lara göre bu personelin sosyal hizmet uygulamalarını yeteri derecede bilme durumu % 36.3 ve hiç bilmeme durumu ise % 5.9'dur.

Doktor ve hemşirelerin sosyal hizmet uygulamalarını bilme durumlarında belirgin bir farklılık görülmemekle beraber diğer personelin bilme oranları daha düşük düzeydedir. Bunda SHU'ların çalışmalarını yürütürken daha fazla oranda doktor ve hemşirelerle iletişime girmelerinin etkisi olabilir.

Sosyal hizmet uygulamalarının genelde bilinme oranı yeterli düzeyde değildir. Bunda SHU'ların servis çalışmalarına katılımının az oranda olmasının yanısıra doktor ve hemşirelerin sürekli olarak değişmelerinin etkisi olabilir.

3.8.3.1. HASTANELERDE YÜRÜTÜLEN SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ DOKTOR, HEMŞİRE VE DİĞER PERSONEL TARAFINDAN YETERİ DERECEDE BİLİNMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKEN ÇALIŞMALAR

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının doktor, hemşire ve diğer personel tarafından yeteri düzeyde bilinmesi için yapılması gereken çalışmalara ilişkin bulgular, Çizelge 59'da verilmiştir:

ÇİZELGE 59

SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ DOKTOR, HEMŞİRE VE DİĞER PERSONEL TARAFINDAN YETERİ DERECEDE BİLİNMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKEN ETKİNLİKLERİN DAĞILIMI

Faaliyetler	S	%
Hastane personeli için hizmetiçi kurslar, seminerler düzenlenmesi	7	28.0
SH mesleği ve hastanede yapılan çalışmaların tanıtılması	5	20.0
Tıp Fakülteleri ve Hemşirelik okulu müfredatlarına TSH ile ilgili ders konulması	2	8.0
Hastanede çalışan SHU sayısının arttırılması	2	8.0
SHU'nun ekip çalışmasına katılması	2	8.0
SHB'ye maddi kaynak sağlanması	3	12.0
Diğer	4	16.0
Toplam	25	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman ilk sırada % 28.0 oranla hastane personeli için hizmet içi kurslar, seminerler düzenlenmesi yer alırken ikinci sırada % 20.0 oranla sosyal hizmet mesleği ve hastanede yapılan çalışmaların tanıtılması gelmektedir. Diğer önerilerde belirgin bir farklılık görülmemekle beraber tıp

fakültelerine ve hemşirelik okullarının müfredat programlarına tıbbi sosyal hizmet ile ilgili ders konulması dikkat çekici önerilerdir.

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelerdeki sosyal hizmet uygulamalarının doktor, hemşire ve diğer personel tarafından yeteri düzeyde bilinmesi için yapılması gereken çalışmaların genel niteliği tanıtım çalışmaları ile ilgilidir.

3.8.4. ÜLKEMİZDEKİ TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında hastanelere yatan hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet veren SHB/SHU'lara göre ülkemizdeki sosyal hizmet uygulamalarının değerlendirilmesi iki şekilde ele alınmıştır.

3.8.4.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA ÜLKEMİZDEKİ DURUM

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHU'lara göre ülkemizdeki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının değerlendirilmesine ilişkin bulgular, Çizelge 60'da verilmiştir:

ÇİZELGE 60

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA
SHB/SHU'LARA GÖRE ÜLKEMİZDEKİ TIBBİ SOSYAL UYGULAMALARININ
ÜLKEMİZDEKİ DURUMUNUN DAĞILIMI

Durum	S	%
Yetersiz	19	48.7
Tanınıyor	3	7.7
Maddi yardım üzerinde duruluyor	3	7.7
Kişisel becerilere bağlı	3	7.7
Örgütsel ve yasal düzenlemelerden yoksun	6	15.4
Eleman sayısı az	2	5.1
Diğer	3	7.7
Toplam	39	100.0

Tıbbi sosyal hizmet alanında ülkemizdeki durum değerlendirmesine ait çizelgeye bakıldığı zaman yapılan uygulamaların % 48.7 oranla yetersiz bulunduğu görülmektedir. Örgütsel ve yasal düzenlemelerden yoksun olması ise % 15.4 oranla ikinci sıradaki değerlendirme biçimidir. Diğerleri arasında belirgin bir fark görülmemektedir.

3.8.4.2. SHU'LARIN ÜLKEMİZDEKİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARINA İLİŞKİN ÖNERİLERİ

Tıbbi sosyal hizmet alanında araştırma kapsamına giren SHU'ların ülkemizdeki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesi için yaptıkları önerilerin dağılımı, Çizelge 61'de verilmiştir:

ÇİZELGE 61

TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDA SHU'LARIN ÜLKEMİZDEKİ TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARINA İLİŞKİN ÖNERİLERİNİN DAĞILIMI

Öneriler	S	%
SHYO'da Tıbbi Sosyal Hizmet Dersi müfredat programına alınmalı	9	20.0
Tıbbi SHU'lar biraraya gelip görüş alışverişinde bulunmalı	3	6.7
Daha fazla SHU istihdan edilmeli	2	4.4
Örgütlenme ve organizasyon yapılmalı	8	17.8
Yasa ve yönetmeliklerde yeni düzenlemeler	7	15.5
Tıbbi SHU'lar mesleğe sahip çıkmalı	3	6.7
Her hastanede SHB_sosyal servis kurulmalı	2	4.4
SHB'ye maddi destek sağlanmalı	3	6.7
Tanıtım çalışmaları yapılmalı	3	6.7
Diğer	5	11.1
Toplam	45	100.0

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman ilk sırada % 20.0 oranla sosyal hizmetler okulunda tıbbi sosyal hizmet dersinin müfredat programına alınması önerisi, ikinci sırada % 17.8 oranla tıbbi sosyal hizmet alanında örgütlenme ve organizasyon yoluna gidilmeli önerisi yer alırken üçüncü sırada % 15.5 oranla bu alana ilişkin yasa ve yönetmeliklerde yeni düzenlemelerin yapılması önerisi bulunmaktadır. Daha az oranda verilen öneriler arasında % 4.4 oranla hastanelerde daha fazla SHU istihdam edilmesi ve her hastanede SHB (Sosyal Servis) kurulması bulunmaktadır.

Bu alanda yerleşme ve gelişme için eğitimden başlamak suretiyle ülkenin sağlık politikasında sosyal hizmetin alacağı yere kadar köklü düzenlemelere gereksinim olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden bu alanda çalışan ve yeni yetiştirilecek uzmanlara büyük görev düştüğü çok açıktır.

BÖLÜM IV

SONUÇ ve ÖNERİLER

4.1. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar ve bu alana ilişkin değerlendirmeler ışığında yapılan öneriler aşağıda verilmiştir:

Araştırma kapsamına giren kişilerin büyük bir çoğunluğunun doğum tarihleri 1956-1965 yılları arasında yığılım göstermekte olup, araştırmanın yürütüldüğü sırada görev yaptıkları hastaneden daha önce en az bir işyeri değişikliği yapmışlar ve bu hastanelerde çalışmaya 1986-1990 yılları arasında başlamışlardır. Ayrıca SHU'ların yarısından daha fazlası hem servislerde, hem de SHB'de görev yaparken; sadece servislerde ya da SHB'de çalışan SHU'lar da bulunmaktadır.

Araştırma kapsamına giren kişilerce hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında başka sorunlarla da karşılaştıkları belirtilmektedir. Söz konusu sorunlardan ekonomik kökenli olanlar hastaneye yatıştan çıkış sonrasına kadar sürekli ön planda yer almaktadır. Kısacası bütün bunlar; hastaların hastaneye yatış aşamasında yatış ücretini ödemeye ilgili sorunlar; hastaların hastanede yattığı süre içinde hastalığın tedavisi ile ilgili (ilaç, tetkik, tıbbi malzeme gibi) gereksinimleri karşılayamama; hastaneden çıkış aşamasında hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlar ve hastaneden çıkıştan sonra hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli ilaç, tıbbi malzeme gibi gereksinimleri karşılayamama şeklinde sıralanabilir. Bu sorunlar ülkenin ekonomik

koşulları ile doğrudan ilişkilidir. Ekonomik koşulları yetersiz ülkelerde yaşayan insanların karşılaştıkları sorunların ekonomik kökenli olması doğal karşılanabilir; ancak, sosyal, duygusal ve psikolojik sorunların da aynı düzeyde yoğun olabileceği yadsınılmamalıdır.

Diğer bir deyişle, değişen toplumsal yapıdan kaynaklanan sorunlar da gözardı edilmeyecek boyutlara ulaşmıştır. Geçmişte geleneksel aile modelinin daha ağırlıklı olarak gözüktüğü ülkemizde yapının giderek çekirdek aile modeline dönüşmesi bugün sosyal bir sorun olarak görülen yalnızlığı da beraberinde getirmiştir. Bunun göstergesi olarak bugün hastanelere yatacak hastaların sahipsiz olması, hastanede yattıkları süre içinde yakınlarının ziyarete gelmemesi, hastaneden çıktıktan sonra barınabilecek bir yerlerinin olmaması, oluşan sosyal sorunların yoğunluğunu göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Yukarıda belirtilen sorunların çözümü için doktor ve hemşireler hastanelerde yer alan çeşitli birimlere başvurumaktadırlar. Bunlar arasında yardım alabilmek için ilk sırada SHB/SHU'ların tercih edilmesi sevindirici bir durum gibi gözüktürken; SHB/SHU'ların verdikleri hizmetlerin yine aynı kişilerce yetersiz olarak değerlendirilmesi üzücü bir durumdur. Ancak, bu doktor ve hemşirelerin alanda yapılabilecekler hakkındaki yapıcı eleştirileri, bu hizmetleri geliştirirken gözönünde bulundurulmasında yararlı olabilecek olumlu önerileri, SHB/SHU'ların tıbbi sosyal hizmet alanında harekete geçişte başlangıcı belirleme açısından, iyi bir noktayı vurgulamaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHB/SHU'ların verdikleri hizmetler, hastaların karşılaştıkları sorunlara paralel olarak ekonomik kökenli hizmetlerdir. Daha açık bir ifadeyle, hastaların hastaneye yatış aşamasında hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve kullanmasını sağlama hizmeti ile yatış ücretini ödemede yardımcı olma hizmeti; hastaların hastanede yattıkları süre içinde hastane ücretlerini ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanması için yönlendirme yapma ile hastanın hastalığının tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, kan gibi pratik gereksinimlerini karşılama hizmeti; hastaların hastaneden çıkış aşamasında hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma ile hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve yararlandırılması hizmeti ve hastaların hastaneden çıkıştan sonra hasta ve ailesinin yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlandırılması hizmetleri en fazla verilen hizmetlerdir ve bunların tamamı ekonomik kökenlidir.

Ekonomik kökenli problemlerin yanısıra yukarıda belirtilen sosyal problemlerin çözümü için hastaneye yatış aşamasında sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama; hastanede yatılan süre içinde hastanın yakınlarıyla iletişiminin sağlanması ve hastaneden çıkış aşamasında terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi hizmetleri verilmektedir.

Hastanelere yatan hastaların karşılaştıkları problemlerin çözümü için çeşitli hizmetler verilmekte ancak hastalar hastaneden çıktıktan sonra çok az sayıda uzman tarafından takip işlemi yapılmaktadır.

SHB/SHU'lar hizmet verdikleri müracaatçıları üç şekilde belirlemektedirler. Bunlardan birincisi, müracaatçıları uzmanın kendisinin belirlemesi, ikincisi müracaatçının uzmana başvurması ve üçüncüsü müracaatçının uzmana havale edilmesidir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına havale yoğun bir şekilde işlemektedir. Servis/polikliniklerden, başhekimlikten yapılan havalenin yanısıra hastane müdürlükleri, hasta kabul gibi birimlerden de havale gelmektedir. Servis/polikliniklerden yapılan havaleyi doktorlar ve hemşireler sıklıkla yapmaktadırlar.

Hastanelere yatan hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için hizmet verirken SHB/SHU'lar çoğunlukla hastane dışı kaynakları (SYDV, Kızılay ve S.B.Ted.Hizm.Gn.Müd.gibi) ve hastane kaynakları ile hasta ve ailesinin kaynaklarını kullanmaktadırlar. Ancak bu kaynaklar yeterli bulunmamakta ve her hastaya sosyal güvence olanağının sağlanması, SHB'ye ödenek (fon) tahsisi gibi öneriler geliştirilmektedir.

SHU'lar hizmet verirken sosyal hizmet mesleği yöntemlerinden, özellikle sosyal kişisel çalışma (SKÇ) yönteminden yararlanmaktadırlar. SKÇ ve sosyal grup çalışması yöntemleri büyük ölçüde SHB bürosu ve hasta odalarında yürütülmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet alanında SHU'lar ekip çalışmasına katılmakta ve bu çalışmayı doktor ve hemşirelerin yanısıra psikolog, psikiyatrist ve diyetisyen gibi ekip üyeleriyle yürütmektedirler. Ekip çalışması kapsamında vak'alar hakkında bilgi alışverişi, hastaların tedavisi sırasında karşılaşılan sorunların çözümü için ortak çalışma yapma, ziyaret ve konseylere katılma gibi etkinliklerde bulunmaktadır. Ancak ekip çalışmasına katılan SHU'ların yarısından fazlası bu çalışmayı yeterli bulmamakta ve ekip çalışmasının geliştirilmesi için çaba sarfedilmesi gerektiği belirtilmektedir. Ekip çalışmasına katılmayan SHU'ların bu çalışmaya büyük ölçüde hastanede ekip çalışması anlayışının yerleşmemiş olması nedeniyle katılmadıkları anlaşılmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında hizmet veren SHU'ların büyük bir bölümü hastane idaresinin destekleyici olmayan tutumu, sosyal güvencesi olmayan hastalar için maddi kaynakların yeterli olmaması gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Ayrıca hastanede mesleki olarak kabul görmeme gibi sorunlar dikkat çekicidir. Bu sorunların çözümü için sosyal hizmet mesleği ve hastanede yapılan çalışmaların tanıtılması, sosyal güvencesi olmayan hastalar için kaynak oluşturulması gibi öneriler bulunmaktadır.

SHU'ların büyük bir bölümüne göre hastanede çalışan SHU sayısı yetersiz bulunmakta; servis ve büro çalışmalarının daha etkin olarak yapılması için daha fazla sayıda SHU'nun istihdam edilmesi istenmektedir.

Hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamaları büyük ölçüde yeterli bulunmamaktadır. Bunun için hastanede sosyal hizmet mesleği ve yapılan çalışmaların tanıtılması, hastanede istihdam edilen SHU sayısının arttırılması gibi önerilerin yanısıra bu alana ilişkin yasal düzenlemelerin yapılması ve sağlık alanında eleman yetiştiren okulların müfredat programına tıbbi sosyal hizmet ile ilgili derslerin konulması gibi öneriler de bulunmaktadır.

Doktor, hemşire ve diğer personel hastanede yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını yeteri derecede bilmemektedir. Bu uygulamaların yeteri derecede bilinmesi için hastane personeline yönelik hizmetiçi kurslar, seminerler düzenlenmesi, sosyal hizmet mesleği ve hastanede yapılan çalışmaların tanıtılması gerektiği belirtilmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının ülkemizdeki durumu genelde yetersiz bulunurken, bu alanın örgütsel ve yasal düzenlemelerden yoksun olduğu, tanınmadığı, bu alanda çalışan eleman sayısının az olduğu ve maddi yardım üzerinde durulduğu belirtilmektedir. Bu alana ilişkin olarak okulumuzda Tıbbi Sosyal Hizmet dersinin müfredat programa alınması, daha fazla sayıda SHU'nun istihdam edilmesi ve yasal düzenlemelerin yapılması istenmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen verilere göre bu alana ilişkin olarak öneriler aşağıda verilmiştir:

Hastanelere yatan hastaların yetersiz ekonomik koşulları ve sosyal güvenceden yoksun olmaları nedeniyle bu sorunların çözümü için kaynak yaratılmalıdır; bir anlamda, sağlık hizmetlerinin ücretsiz karşılanması ya da ülke sınırları içine yaşayan herkesin sosyal güvenceye kavuşturulması gereklidir.

Hastaların ülkemizin değişen toplum yapısından kaynaklanan sorunlarının çözümü için bakım sonrası çeşitli hizmet kurumları geliştirilmelidir.

Hastanelere yatan hastaların hastalığından ve bunun tedavisi için gerekli uygulamalardan kaynaklanan duygusal ve psikolojik sorunlarının çözümü için çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmalar hastanın yanısıra onun hastalığından etkilenen yakınlarını da kapsamalıdır.

Tıbbi sosyal hizmet alanı ve hastanelerde yapılabilecek uygulamalar yeterince tanımlanmamıştır. Bu tanımlamanın yapılması, mesleki standartların geliştirilmesi ve yasal düzenlemelerin yapılması gereklidir.

Hastanelerin büyük bir bölümünde Sosyal Hizmet Bölümü ya da Sosyal Servis bulunmamaktadır. Bu yüzden hastanelerde Sosyal Hizmet Bölümü ya da Sosyal Servis organize edilmeli ve yeterli sayıda sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmelidir.

Hastanelerde ekip çalışması anlayışının geliştirilmesi için çalışmalar yapılmalı ve hastane personeli ile daha fazla etkileşime girilmelidir.

Servis çalışmalarının daha etkili ve düzenli bir şekilde yapılabilmesi için servislerde çalışacak SHU'lar için görev tanımlaması yapılmalı ve servislerde SHU'lara ait bir yer sağlanmalıdır.

Hastanelerde yürütülen tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ve yapılan çalışmaların tanıtımı için hizmetiçi kurslar, seminerler ve workshoplar düzenlenmelidir.

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmaya başlayan SHU'lar bu alana ilişkin spesifik bilgilerden yoksun olarak girmektedirler. Bu yüzden okulumuzda Tıbbi Sosyal Hizmet Dersi'nin müfredat programa alınması gereklidir. Ayrıca tıp alanına eleman yetiştiren okulların eğitim programlarına da bu dersin alınması konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan SHU'ların kaynaklar ve programlar hakkında bilgilerinin olmasının yanısıra hastalıklar ve hastalıklara ilişkin olarak geliştirilen psikolojik tepkiler konusunda yoğun bir bilgiye sahip olması gereklidir. Daha önce belirtildiği üzere SHU'lar eğitimleri esnasında bu alana yönelik olarak özel bir eğitim almamaktadırlar. Bu yüzden tıbbi sosyal hizmet alanında deneyimli, hastanelerde yapılabilecek çalışmalar için yönlendirme kapasitesine sahip ve eğitici nitelikleri olan SHU'lar tarafından verilebilecek süpervizyon (mesleki danışmanlık) sistemi geliştirilmelidir.

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan SHU'ların mesleki bir örgütü bulunmamaktadır. Bu alanda bütünlüğü sağlayabilecek, SHU'lar arasında dayanışmayı destekleyebilecek ve yapacağı yayınlarla bu alana katkıda bulunabilecek bir Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği kurulmalıdır.

Son olarak tıbbi sosyal hizmet alanına ve hastanelerde yürütülen çalışmalara yönelik olarak daha fazla araştırma yapılmalı, ayrıca kuramsal bilgi için materyal hazırlanmalıdır.

KAYNAKÇA

AKICI, N. ve diğ.

- 1986 " Ankara Hastanelerinde Yatan Kanserli Hastalara Sunulan Tıbbi Sosyal Hizmetler Üzerine Bir Araştırma. " (Yayınlanmamış Bitirme Tezi) Ankara: H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu.

ALEXANDER, CA ve D.N. WEBER

- 1977 " Social Welfare:Historical Dates." Encyclopedia of Social Work. Washington: NASW.

APPALONE, C.

- 1978 " Preventive Social Work Intervention with Families of Children with Epilepsy. " Social Work in Health Care. 4 (2): 139-148.

BARE, M.

- 1982 " Confronting a Life Threatening Disease. " T. KERSON (Ed), Social Work in Health Settings. New York:Longman.

BERKMAN, B.

- 1977 " Innovations for Social Services in Health Care. " F. SOBEY (Ed.), Changing Roles in Social Work Practice. Phila:Temple U.Press.

BERGER, J.

- 1984 " Crisis Intervention: A Drop-in Support Group for Cancer Patients and their Families. " Social Work in Health Care. 10(2):81-92.

BLYTHE, B. J.

- 1983 " Social Support Networks in Health Care and Health Promotion." J.K. WHITTAKER ve J. GARBARINO. Social Support Networks:Informal Helping in the Social Services. New York: Aldine.

BOYD, R. R.

- 1977 " Developing New Norms for Parents of Fatally Ill Children to Facilitate Coping. " E.R. PRICHARD (Ed.), Social Work with the Dying Patient and the Family. New York: Columbia Un. Press.

BRACHT, N.F.

- 1978 " Health Maintenance Organizations. " N. F. BRACHT (Ed.), Social Work in Health Care. New York: Haworth Press.

BUTRUM, Z.

- 1967 Social Work in Medical Care. London: Wilner Brother Ltd.

CANNON, I.M.

- 1913 Social Work in Hospitals. New York: Russell Sage Found.

CAREY, B. ve S. HANSE

- 1985 " Social Work Groups with Institutionalized Alzheimer Disease Victims. " Journal of Gerontological Social Work.
9 (2) : 15-25. "

CHISHOLM, S.E., O.L. DENISTO, R.M. IGRISAN ve A.J. BARBUS

- 1982 " Prevalence of Confusion in Elderly Hospitalized Patients. " Journal of Geriatric Nursing. 8:87.

CONWAY, J.B.

- 1979 " The Why and How of Relationship for the Social Worker in A Health Care Setting. Journal of Otto Rank Assoc. 14:40.

COMPTON, B.R. ve B. GALLAWAY

- 1979 Social Work Process. Homewood, Ill: Dorsey.

COVEN, C.R.

- 1981 " Ongoing Group Treatment with Severely Disturbed Medical Outpatients:The Formation Process." International Journal of Group Psychotherapy. 31(1):99-116.,

ÇAKMAKLI, K.

- 1976 Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Bütünlenmesinde " Tıbbi Sosyal Hizmet'in" Önemi. İstanbul: Sermet Matbaası.

D'AFFLITTI, J. ve G.W. WEITZ

- 1974 " Rehabilitating the Stroke Patient Through Patient-Family Groups. " International Journal of Group Psychotherapy. 25(3):323-332.

DİE

- 1990 Türkiye İstatistik Yıllığı 1989. Ankara: Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü.

DOOLEY, B., J. PROCHASKA ve P. KLIBANOFF

- 1983 "What Next:An Educational Program for Patients of Newborns. Social Work in Health Care. 8(4):85-104.

DOREMUS, B.

- 1976 " The Four R's: Social Diagnosis in Health Care. " Health and Social Work. 4:8.

DOUGHERTY, H.

- 1982 " Social Group Work in Health Setting:A Discharge Planning Group for Orthopedic Patients and a Therapeutic Community for Problem Drinkers. " A. LURIE, G. ROSENBERG ve S.PINSKY. (Ed.), Social Work with Groups in Health Settings. NewYork: Academic Press.

DUNKEL-SCHETTER, C. ve C. B. WORTMAN

- 1982 " The Interpersonal Dynamics of Cancer: Problems Social Relationship and their Impacts on the Patient. " H.S.FREIDMAN ve M.R.DIMATTEO (Ed.), Interpersonal Issues in Health Care. New York: Academic Press.

EISENSTEIN, F.

- 1959 " Life Enrichment of the Seriously Handicapped through the Group Process." Social Work with Groups. New York: NASW.

ESTES, R.J.

- 1984 " Health Care and The Social Services." Social Work Practice in Health Care. St. Luis, Missouri: Warren H. Green Inc.

FINLAYSON, A.

- 1976 " Social Networks as Coping Resources." Social Sci. and Med. 10:97.

FREIDLANDER, W.

- 1963 Introduction to Social Welfare. New Jersey: Prentice Hall In.

FREIDSON, E.

- 1970 Professional Dominance. Chicago: Aldine.

FREY, L.R.

- 1966 Use of Groups in the Health Field. New York: NASW.

FUJIMOTO, M.

- 1982 " Help for Family with an Abused Child." T.KERSON (Ed.), Social Work in Health Settings. New York: Longman.

FULLER, S. ve S. LARSON

- 1980 " Life Events, Emotional Support and Health of Older People." Res on Nurs.and Health. 3:81.

GALINSKY, M.J. ve J.H.SCHOPLER

- 1977 " Warning:Groups may be Dangerous." Social Work.22(2):89-94.

GEORGE, L.

- 1980 Role Transitions in Later Life. Monterey,Cal.:Brooks/ Cole.

GERMAIN, C.B. ve A.GITTERMAN

- 1980 Life Model of Social Work Practice. NewYork: Columbia University.

GÖKÇAKAN, Z.

- 1985 " Tıbbi Sosyal Hizmet Hacettepe Üniversitesi Uygulama Hastanesi Sosyal Bölümü Çalışmalarına Genel Bir Bakış." (Yayınlanmamış Bir Makale) Ankara: H.Ü.Hastanesi.

GREEN, J.W.

- 1982 Cultural Awareness in the Human Services. Englewoods: Prentice Hall.

GÜRAN KOŞAR, N.

- 1989 Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı. Ankara: Yargıçoğlu Matbaası.

GÜVEN, Z.

- 1974 " Ankara Hastanelerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması." (Yayınlanmamış Mezuniyet Tezi.) H.Ü. Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi,Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmet B.Dalı.

HARTFORD, M.E.

- 1971 Groups in Social Work. NewYork:Columbia Un.Press.

HOOKEY, P.

- 1978 Social Work in Primary Care in Health Care. NewYork: The Haworthh Press.

KANE, R.

- 1975 " The Interprofessional Team as a Small Group." Social Work in Health Care. 1:19.

KATZ, A.

- 1977 " Self - Help Groups." Encyclopedia of Social Work. Washington,DC:NASW.

KONGAR, E.

- 1981 Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği. İstanbul: Remzi Kitabevi.

KRAUZS, S.L.

- 1980 " Group Psychotherapy with Legally Blind Patients." Clinical Social Work Journal. 8(1):37-49.

KUT, S.

- 1983 " Sosyal Hizmet Eğitiminde 22 Yıl." Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi. 1: 1-12.

KUT, S.

- 1988 Sosyal Hizmet Mesleği Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri. Ankara:1988.

KÜÇÜKKARACA, N.

- 1987 " Tıbbi Sosyal Hizmet." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı.

LIPTON, H. ve S. MALTER

- 1971 " The Social Worker as Mediator on a Hospital Ward." S.SCHARTZ ve S.R. ZALBA (Ed.), The Practice of Group Work.
NewYork:Columbia University Press.

LOPEZ, D.J. ve G.S. GETZEL

- 1984 " Helping Gay Aids Patients in Crisis." Social Casework.
65(7): 387-94.

LUCENTE, F. ve S. FLECK

- 1972 " A Study of Hospitalization Anxiety in 408 Medical and Surgical Patients." Psychosom Med. 134:304.

MCKINLEY, J.B. ve D.B.DUTTON

- 1974 " Social Psychological Factors Affecting Health Service Utilization." S.J. MUSHKIN (Ed.), Consumer Incentives for Health Care. NewYork:Pro-Dist.

MECHANIC, D.

- 1978 Medical Sociology. NewYork:Free Press.

MEZEY, M.

- 1979 " Stress, Hospitalization and Aging." ANA Proceedings of Research Session. Kansas City:ANA Publications.

MIDDLEMAN, R.R. ve G.GODBERG

- 1974 Social Service Delivery. NewYork: Columbia University Press.

NEWYORK TIMES

- 1982 " Schweicker's Plan for Fixed Price Hospital Fees." Sunday, October 10.

NORTHEN, H.

- 1983 " Social Work Groups in Health Settings: Promises and Problems." H. REHR (Ed.), Advancing Social Work Practice in the Health Care Field. NewYork:The Haworth Press.

NORTHEN, H.

- 1990 Social Work Practice With Groups in Health Care. Newyork: The Haworth Pres.

NUCKOLLS, K.B., J.CASSEL ve B.H.KAPLAN

- 1972 " Psychosocial Assets, Life Crisis and the Prognosis of Pregnancy." American Journal of Epidem. 95:431.

ÖZTÜRK, H.D.

- 1982 "Tıbbi Sosyal Hizmet." (Yayınlanmamış Bir Çalışma) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Sosyal Hizmet Bölümü.

PARAD, H.J., L.G. SELBY ve J. QUINLAN

- 1976 " Crisis Intervention in Families and Groups." R.R. ROBERTS ve H.NORTHEN (Ed.), Theories of Social Work Groups. NewYork: Columbia University Press.

PINCUS, A. ve A. MINAHAN

- 1973 Social Work Practice:Model and Method. Hasca, Ill.:Peacock.

PUESCHEL, S. ve S:YEATMAN

- 1977 " An Emotional and Counseling Program for Phenylketonuric Adolescent Girls and their Parents." Social Work in Health Care. 3(1):29-36.

REID, W.J. ve L.EPSTEIN

- 1972 Task-Centered Casework. NewYork:Columbia University Press.

RESMİ GAZETE

- 1973 Tarih 26 Kasım 1973 ve Sayı 14724.

ROBACK, H.B.

- 1984 " Conclusion: Critical Issues in Groups. Approaches to Disease Management." H.B. ROBACK (Ed.), Helping Patients and their Families Cope with Medical Problems. San Francisco: Jessey-Boss.

RUBIN, J. ve R. BECKHARD

- 1972 " Factors Influencing the Effectiveness of Health Teams." Milbank Memfund Quart. 50:317.

RUBINOW, E.

- 1943 " Medical Social Work ". Hospitals. Journal of American Hospitals Association. 3:49.

SAĞLIK BAKANLIĞI

- 1990 Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1989. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları Yayın NO: 539.

SCHWARTS, M.

- 1977 "Social Group Work:The Interactionist Approach."Encyclopedia of Social Work. Washington,DC:NASW.

SHULMAN, L.

- 1979 The Skills of Helping Individuals and Groups.Itasca:Peacock.

SKIPPER, J.

- 1968 " Children, Stress and Hospitalization. Journal of Health and Social Behavior. 9:73.

SOCIETY FOR HOSPITAL SOCIAL WORK DIRECTORS

- 1981 Membership Survey Results Reported (mimeographed).

SPINK, D.

- 1976 "Crisis Intervention for Parents of the Deaf Child." Health and Social Work.1(4):140-160.

STEINGLASS, P.

- 1982 "Discussion Groups for Chronic Hemodialysis Patients and their Families." General Hospital Psychiatry. 4(1):7-14.

STROUP, H.

- 1960 Social Work: An Introduction to the Field. NewYork:American Book Company.

TEAGUE, D.

- 1972 "Social Services ". Hospitals. Journal of American Hospital Association. 46:36.

TURAN, N.

- 1979 "Tıbbi Sosyal Hizmet."(Yayınlanmamış Bir Makale.) Ankara: Sosyal Hizmetler Akademisi.

WEINER, H.J.

- 1959 "The Hospital the Ward and the Patients as Clients: Use of the Group Method." Social Work. 4(4):1-35.

WISE, H.

- 1972 "The Primary Health Care Team." Arch Int Med. 130:438.

YALOM, I.D.

- 1985 The Theory and Practice of Group Psychotherapy. NewYork: Basic Books.

YOUNG, C.

- 1957 "Social Group Work with Children in a General Hospital." Group Work Papers.NewYork:National Conference of Social Work.

ZELINKA, J.D.

- 1982 "Discharge Planning." T.KERSON (Ed.), Social Work in Health Settings. NewYork:Longman.

4.3. EKLER

4.3.1. DOKTOR VE HEMŞİRELER İÇİN ANKET FORMU

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı Master Programı'nda Bitirme Tezi olarak yapılmaktadır.

Sosyal Hizmet Mesleği sağlığın bozulmasında fiziksel faktörlerin yanısıra psiko-sosyal faktörlerin de etkili olduğunu kabul eden; kişilere, gruplara ve topluluklara süreç içinde kendi kendilerine yardım edebilmeleri, toplum kaynaklarından yararlanabilmeleri ve sürekli olarak kendilerini ve olanaklarını geliştirmeleri için yardımcı olma felsefesini ilke edinmiş bir meslektir. Bu mesleğin uygulayıcıları olan Sosyal Hizmet Uzmanları sağlık alanında da fonksiyonel olarak hizmet vermektedirler.

Yataklı tedavi kurumlarında görev yapan bir sağlık elemanı olarak yanıtlayacağınız bu Soru Kağıdı'nda hastalarınıza hizmet verirken tıbbi sorunlarının yanısıra karşılaştığınız sorunları ve bu sorunların çözümü için hastane içinde başvuru yerlerinizi, hastanenizdeki Sosyal Hizmet Uzmanları'nın verdiği hizmetleri ve bu konudaki düşüncelerinizi belirtmeniz hizmet verdiğiniz gruba daha etkin olarak ulaşılmasına yardımcı olacaktır.

Değerli katkılarınız için şimdiden teşekkürlerimi sunarım.

Veli DUYAN
Sosyal Hizmet Uzmanı

1- Cinsiyetiniz nedir?

- () 1) Kadın
() 2) Erkek

2- Doğum tarihiniz nedir?

.....

3- Hastanenizde çalışmaya başlamadan önce herhangi bir yerde çalıştınız mı?

- () 1) Evet
() 2) Hayır

4- Hastanenizde çalışmaya başlamadan önce nerede çalıştınız?

.....

5- Hastanenizde hangi tarihte çalışmaya başladınız?

.....

6- Hastanenizdeki göreviniz nedir?

.....

7- Hastalarınızı tedavi ederken tıbbi sorunlarının dışında sorunlarıyla karşılaşılıyor musunuz?

- () 1) Evet
() 2) Hayır

8- Hastalarınızı tedavi ederken tıbbi sorunlarının dışında karşılaştığınız sorunlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

A- HASTANIN HASTANEYE YATIŞI AŞAMASINDA

- () 1) Yatış ücretini ödemeye ilgili sorunlar
() 2) Hastaneye yatış işlemleri ile ilgili formalitelerin (kayıt, tetkik gibi) karmaşıklığından doğan sorunlar
() 3) Hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel (evde kalan çocuklar ve ebeveynler gibi) sorunlar
() 4) Hastane hakkında bilgi eksikliğinden doğan sorunlar
() 5) Çalışma yaşamı ile ilgili sorunlar
() 6) Hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunlar
() 7) Diğer (Belirtiniz)

B- HASTANIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE

- () 1) Hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon gibi) sorunlar
- () 2) Hastaneye uyum sorunları
- () 3) Uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliği
- () 4) Uygulanacak tıbbi müdahaleye ilişkin (ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan endişe gibi) sorunlar
- () 5) Hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi
- () 6) Tıbbi bakım almaya direnç gösterme
- () 7) Hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar
- () 8) Hastanın ailesinden uzak kalması nedeniyle sosyal rolünü yerine getirememesi
- () 9) Hastanın yakınlarıyla iletişim kuramaması
- () 10) Hasta yakınlarının ziyarete gelmemesi
- () 11) Hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama
- () 12) Hastanede kalınan süre içinde gelir kaybı
- () 13) Hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama
- () 14) Hastanın çıkış sonrası çalışma yaşamına ilişkin sorunları
- () 15) Diğer (Belirtiniz).....

C- HASTANIN HASTANEDEN ÇIKIŞI AŞAMASINDA

- () 1) Hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlar
- () 2) Hastanın ailesiyle bağlantı kurulmasında karşılaşılan sorunlar
- () 3) Çıkış işlemleri hakkında bilgi eksikliği
- () 4) Hastanın hastaneden çıkmak istememesi
- () 5) Ailenin hastayı çıkarmak istememesi
- () 6) Hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlar
- () 7) Hastanın barınabileceği bir yerin olmaması
- () 8) Diğer (Belirtiniz).....

D- HASTANIN HASTANEDEN ÇIKIŞINDAN SONRA

- () 1) Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu bağımlı hale gelmesi
- () 2) Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamaması
- () 3) Hastanın aile içindeki sosyal rolünü yerine getirememesi
- () 4) Hastanın çalışma yaşamındaki rolünü yerine getirememesi
- () 5) Hastanın tıbbi önerileri yerine getirmesinde karşılaştığı sorunlar
- () 6) Hastanın kontrollere düzenli olarak gelememesi
- () 7) Hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli ilaç, tıbbi malzeme gibi gereksinimlerini karşılayamaması
- () 8) Diğer (Belirtiniz).....

9- Yukarıda işaretlediğiniz sorunların çözümü için hastanemizdeki herhangi bir üniteye başvuruyor musunuz?

- () 1) Evet (10.soruya geçiniz)
 () 2) Hayır(14.soruya geçiniz)

10- Hastalarınızın tıbbi sorunları dışında karşılaştığı sorunların çözümü için başvurduğunuz ünite hangisidir?

- () 1) Sosyal Hizmet Bölümü/Sosyal Hizmet Uzmanları
 () 2) Hasta Kabul
 () 3) Başhekimlik
 () 4) Hastane Müdürlükleri
 () 5) Psikiyatri Bölümü
 () 6) Diğer (Belirtiniz).....

11- Hastanemizde bulunan Sosyal Hizmet Bölümü/Sosyal Hizmet Uzmanları hastaların karşılaştığı sorunların çözümü için ne tür hizmetler vermektedir?

A- HASTANIN HASTANEYE YATIŞI AŞAMASINDA

- () 1) Hastane hakkında bilgi verme
 () 2) Yatış işlemleri hakkında bilgi verme
 () 3) Yatış ücretini ödemede yardımcı olma
 () 4) Hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama
 () 5) Hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunlarını çözmesine yardımcı olma
 () 6) Hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlarını çözmesine yardımcı olma
 () 7) Sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama
 () 8) Diğer (Belirtiniz).....

B- HASTANIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE

- () 1) Hastanın sorununa empati duyma ve dinleme
 () 2) Hastanın duygularını aktarmasına destek olma, sorunları ile başedebilme becerilerini harekete geçirme
 () 3) Hastanın çaresizlik ve bağımlılık duygularının ortaya konması ve hastanın bu duygularıyla başedebilmesinin sağlanması
 () 4) Hastayla iletişimi engelleyen sorunların (depresyon, endişe gibi) çözülmesi
 () 5) Tedaviye engel olan sorunların çözülerek hastanın tedavi sürecine katılımının sağlanması
 () 6) Hastanın hastaneye uyum sağlamasına yardımcı olma
 () 7) Hastanın sorunlarına tedavi ekibinin duyarlı olmasının sağlanması

- () 8) Hasta ailesinin hastaya destek olmasının sağlanması
- () 9) Hastanın yakınlarıyla iletişiminin sağlanması
- () 10) Hastanın tedaviden daha fazla yararlanması için eğitim ve uğraşı çalışmalarının yaptırılması
- () 11) Hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimlerini karşılama
- () 12) Hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanması için yönlendirme yapma
- () 13) Hastanın hastanede yattığı süre içinde uğradığı gelir kaybının önlenmesi için çalışma yapma
- () 14) Hastanın çalışma yaşamına ilişkin düzenlemeler yapma
- () 15) Diğer (Belirtiniz).....

C- HASTANIN HASTANEDEN ÇIKIŞI AŞAMASINDA

- () 1) Hastaneden çıkmak istemeyen hastaların ikna edilmesi
- () 2) Hastasını almak istemeyen ailenin ikna edilmesi
- () 3) Çıkış işlemleri hakkında bilgi verme
- () 4) Hastanın evine ulaştırılması ile ilgili hizmetler
- () 5) Terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi
- () 6) Hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve kaynaklardan yararlandırılması
- () 7) Hastane ücretlerini ödemeye ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma
- () 8) Diğer (Belirtiniz).....

D- HASTANIN HASTANEDEN ÇIKIŞINDAN SONRA

- () 1) Hastanın yeni durumuna uyum sağlamasına yardımcı olma
- () 2) Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu yaşadığı bağımlılık duygusunu yenmesine yardımcı olma
- () 3) Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlamasına yardımcı olma
- () 4) Aile içi yeni düzenlemelerin (sosyal rol açısından) yapılmasına yardımcı olma
- () 5) Hasta ve ailesinin hastanın hastaneden çıkış sonrası bakımı hakkında bilgilendirilmesi
- () 6) Hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemelerin yapılması (hastanın işvereni ile görüşerek hastanın yeni durumuna uygun işin verdirilmesi gibi)
- () 7) Hasta ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlandırılması
- () 8) Diğer (Belirtiniz).....

12- Yukarıda SHB/SHU'lar tarafından verildiğini belirttiğiniz hizmetler yeterli mi?

() 1) Evet (15.soruya geçiniz)

() 2) Hayır(13.soruya geçiniz)

13- Verilen hizmetleri yeterli bulmuyorsanız SHB/SHU'lara önerileriniz nelerdir?

.....

14- Hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştığı sorunların çözümü için SHB/SHU'lara başvurmanızın nedeni nedir?

.....

15- Tüm bu soruların yanıtları dışında eklemek istediğiniz bir konu varsa lütfen ekleyiniz.

.....

4.3.2. SOSYAL HİZMET UZMANLARI İÇİN ANKET FORMU

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı Master Programında Bitirme Tezi olarak yapılmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet alanında fonksiyonel olarak hizmet veren bir Sosyal Hizmet Uzmanı olarak sağlığın bozulmasında fiziksel faktörlerin yanı sıra psiko-sosyal faktörlerin de etkili olduğunu kabul eden; kişilere, gruplara ve topluluklara süreç içinde kendi kendilerine yardım edebilmeleri, toplum kaynaklarından yararlanabilmeleri ve sürekli olarak kendilerini ve olanaklarını geliştirmeleri için yardımcı olma felsefesini ilke edinmiş bir mesleğin üyesisiniz.

Bu alanda işlevsel olarak hizmet veren bir sağlık elemanı olarak yanıtlayacağınız bu Soru Kağıdı'nda hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunları dışında karşılaştığı sorunları, bu sorunların çözümü için verdiğiniz hizmetleri, hizmetleri verirken yararlandığınız kaynakları ve hizmet verme biçimlerinizi, hizmetleri verirken karşılaştığınız sorunları ve bu sorunların çözümü için önerilerinizi ve verdiğiniz hizmetlere ve bu alana ilişkin değerlendirmelerinizi belirtmeniz kuramsal ve uygulama bilgileri açısından Sosyal Hizmet Mesleği'ne ve Tıbbi Sosyal Hizmet Alanı'na büyük katkı sağlayabilecektir. Ayrıca bu alana ilişkin yeni düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olabilecektir.

Değerli yanıtlarınız için şimdiden teşekkürlerimi sunar, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Veli DUYAN
Sosyal Hizmet Uzmanı

1- Cinsiyetiniz nedir?

- () 1) Kadın
() 2) Erkek

2- Doğum tarihiniz nedir?

.....

3- Sosyal Hizmet Bölümü(SHB)'nde/Hastanede Sosyal Hizmet Uzmanı (SHU) olarak çalışmaya başlamadan önce herhangi bir yerde çalıştınız mı?

- () 1) Evet (4.soruya geçiniz)
() 2) Hayır(5.soruya geçiniz)

4- SHB/Hastanede çalışmaya başlamadan önce nerede/lerde çalıştınız?

.....
.....
.....

5- SHB/Hastanede çalışmaya hangi tarihte başladınız?

.....

6- Hastanedeki görev yeriniz neresidir?

- () 1) SHB Bürosu
() 2) Servisler
() 3) Her ikisi
() 4) Diğer (Belirtiniz).....

7- SHB/Hastanede görev yapan SHU sayısı yeterli mi?

- () 1) Evet (10.soruya geçiniz)
() 2) Hayır(8.soruya geçiniz)

8- SHU sayısı yeterli değilse bu sayı kaç olmalıdır?

.....

9- Yukarıda belirttiğiniz sayının gerekçesi nedir?

.....
.....
.....
.....

10- Hizmet verdiğiniz müracaatçıları nasıl belirliyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- () 1) Kendim belirliyorum
() 2) Havale ediliyor
() 3) Kendisi başvuruyor

- 11- Yukarıda işaretlediğiniz müracaatçı belirleme şekillerinin yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

Birinci yoğunluktaki belirleme şekli...()

İkinci yoğunluktaki belirleme şekli...()

Üçüncü yoğunluktaki belirleme şekli...()

- 12- Size müracaatçıların havalesi nereden olmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() 1) SHB Şefi

() 2) Hasta Kabul

() 3) Servisler/Poliklinikler

() 4) Başhekimlik

() 5) Hastane Müdürlükleri

() 6) Laboratuvarlar

() 7) Vezneler

() 8) Diğer (Belirtiniz).....

- 13- Yukarıda işaretlediğiniz havale yerlerinin yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

Birinci yoğunluktaki havale yeri...()

İkinci yoğunluktaki havale yeri...()

Üçüncü yoğunluktaki havale yeri...()

- 14- Servislerden/Polikliniklerden havale yapılıyor ise bu havaleyi kimler yapmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() 1) Servis/Poliklinik Şefi

() 2) Doktor

() 3) Başhemşire

() 4) Hemşire

() 5) Sekreter

() 6) Diğer (Belirtiniz).....

- 15- Yukarıda işaretlediğiniz kişilerden en yoğun havaleyi kimler yapmaktadır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

Birinci yoğunlukta havaleyi yapan...()

İkinci yoğunlukta havaleyi yapan...()

Üçüncü yoğunlukta havaleyi yapan...()

16- Hastanenize yatacak bir hastanın HASTANEYE YATIŞ AŞAMASINDA ne tür sorunlarla karşılaşyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ 1) Yatış ücretini ödemeye ilgili sorunlar
- ☐ 2) Hastaneye yatış işlemleri ile ilgili formalitelerin (kayıt, tetkik gibi) karmaşıklığından doğan sorunlar
- ☐ 3) Hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel (evde kalan çocuklar ve ebeveynler gibi) sorunlar
- ☐ 4) Hastane hakkında bilgi eksikliğinden doğan sorunlar
- ☐ 5) Çalışma yaşamı ile ilgili sorunlar
- ☐ 6) Hastanın sahipsiz olmasından doğan sorunlar
- ☐ 7) Diğer (Belirtiniz)

17- Hastanın HASTANEYE YATIŞ AŞAMASINDA karşılaştığınız sorunların yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

- Birinci yoğunlukta karşılaşılan sorun...()
- İkinci yoğunlukta karşılaşılan sorun...()
- Üçüncü yoğunlukta karşılaşılan sorun...()

18- Hastanın HASTANEYE YATIŞI AŞAMASINDA karşılaştığı sorunların çözümü için ne tür hizmetler veriyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ 1) Hastane hakkında bilgi verme
- ☐ 2) Yatış işlemleri hakkında bilgi verme
- ☐ 3) Yatış ücretini ödemede yardımcı olma
- ☐ 4) Hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama
- ☐ 5) Hastanın hastaneye yatmasına engel olan ailesel sorunlarını çözmesine yardımcı olma
- ☐ 6) Hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlarını çözmesine yardımcı olma
- ☐ 7) Sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama
- ☐ 8) Diğer (Belirtiniz)

19- Hastanın HASTANEYE YATIŞI AŞAMASINDA verdiğiniz hizmetlerin yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

- Birinci yoğunlukta verilen hizmet...()
- İkinci yoğunlukta verilen hizmet...()
- Üçüncü yoğunlukta verilen hizmet...()

20- Hastanın HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE ne tür sorunlarla karşılaşılıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ 1) Hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon gibi) sorunlar
- ☐ 2) Hastaneye uyum sorunları
- ☐ 3) Uygulanacak tıbbi müdahale hakkında bilgi eksikliği
- ☐ 4) Uygulanacak tıbbi müdahaleye ilişkin (ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan endişe gibi) sorunlar
- ☐ 5) Hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi
- ☐ 6) Tıbbi bakım almaya direnç gösterme
- ☐ 7) Hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar
- ☐ 8) Hastanın ailesinden uzak kalması nedeniyle sosyal rolünü yerine getirememesi
- ☐ 9) Hastanın yakınlarıyla iletişim kuramaması
- ☐ 10) Hasta yakınlarının ziyarette gelmemesi
- ☐ 11) Hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama
- ☐ 12) Hastanede kalınan süre içinde gelir kaybı
- ☐ 13) Hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama
- ☐ 14) Hastanın çıkış sonrası çalışma yaşamına ilişkin sorunları
- ☐ 15) Diğer (Belirtiniz).....

21- Hastanın HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE karşılaştığınız sorunların yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

- Birinci yoğunlukta karşılaşılan sorun...()
 İkinci yoğunlukta karşılaşılan sorun...()
 Üçüncü yoğunlukta karşılaşılan sorun...()

22- Hastanın HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE karşılaştığı sorunların çözümü için ne tür hizmetler veriyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ 1) Hastanın sorununa empati duyma ve dinleme
- ☐ 2) Hastanın duygularını aktarmasına destek olma, sorunları ile başedebilme becerilerini harekete geçirme
- ☐ 3) Hastanın çaresizlik ve bağımlılık duygularının ortaya konması ve hastanın bu duygularıyla başedebilmesinin sağlanması
- ☐ 4) Hastayla iletişimi engelleyen sorunların (depresyon, endişe gibi) çözülmesi
- ☐ 5) Tedaviye engel olan sorunların çözülerek hastanın tedavi sürecine katılımının sağlanması
- ☐ 6) Hastanın hastaneye uyum sağlamasına yardımcı olma
- ☐ 7) Hastanın sorunlarına tedavi ekibinin duyarlı olmasının sağlanması

- () 8) Hasta ailesinin hastaya destek olmasının sağlanması
- () 9) Hastanın yakınlarıyla iletişiminin sağlanması
- () 10) Hastanın tedaviden daha fazla yararlanması için eğitim ve uğraşı çalışmalarının yaptırılması
- () 11) Hastanın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik, tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimlerini karşılama
- () 12) Hastane ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanması için yönlendirme yapma
- () 13) Hastanın hastanede yattığı süre içinde uğradığı gelir kaybının önlenmesi için çalışma yapma
- () 14) Hastanın çalışma yaşamına ilişkin düzenlemeler yapma
- () 15) Diğer (Belirtiniz).....

23- Hastanın HASTANEDE YATTIĞI SÜRE İÇİNDE verdiğiniz hizmetlerin yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

- Birinci yoğunlukta verilen hizmet...()
- İkinci yoğunlukta verilen hizmet...()
- Üçüncü yoğunlukta verilen hizmet...()

24- Hastanın HASTANEDEN ÇIKIŞI AŞAMASINDA ne tür sorunlarla karşılaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- () 1) Hastane ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlar
- () 2) Hastanın ailesiyle bağlantı kurulmasında karşılaşılan sorunlar
- () 3) Çıkış işlemleri hakkında bilgi eksikliği
- () 4) Hastanın hastaneden çıkmak istememesi
- () 5) Ailenin hastayı çıkarmak istememesi
- () 6) Hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin sorunlar
- () 7) Hastanın barınabileceği bir yerin olmaması
- () 8) Diğer (Belirtiniz).....

25- Hastanın HASTANEDEN ÇIKIŞI AŞAMASINDA karşılaştığınız sorunların yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

- Birinci yoğunlukta karşılaşılan sorun...()
- İkinci yoğunlukta karşılaşılan sorun...()
- Üçüncü yoğunlukta karşılaşılan sorun...()

26- Hastanın HASTANEDEN ÇIKIŞI AŞAMASINDA karşılaştığı sorunların çözümü için ne tür hizmetler veriyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ 1) Hastaneden çıkmak istemeyen hastaların ikna edilmesi
- ☐ 2) Hastasını almak istemeyen ailenin ikna edilmesi
- ☐ 3) Çıkış işlemleri hakkında bilgi verme
- ☐ 4) Hastanın evine ulaştırılması ile ilgili hizmetler
- ☐ 5) Terkedilen hastaların sosyal hizmet kurumlarına havale edilmesi
- ☐ 6) Hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve kaynaklardan yararlandırılması
- ☐ 7) Hastane ücretlerini ödemeye ilişkin sorunlarında hastanece yardımcı olma
- ☐ 8) Diğer (Belirtiniz).....

27- Hastanın HASTANEDEN ÇIKIŞI AŞAMASINDA verdiğiniz hizmetlerin yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

- Birinci yoğunlukta verilen hizmet...()
- İkinci yoğunlukta verilen hizmet...()
- Üçüncü yoğunlukta verilen hizmet...()

28- Hastanın HASTANEDEN ÇIKIŞINDAN SONRA takip ediyor musunuz?

- ☐ 1) Evet (29.soruya geçiniz)
- ☐ 2) Hayır(33.soruya geçiniz)

29- Hastanın HASTANEDEN ÇIKIŞINDAN SONRA ne tür sorunlarla karşılaşılıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ 1) Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu bağımlı hale gelmesi
- ☐ 2) Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamaması
- ☐ 3) Hastanın aile içindeki sosyal rolünü yerine getirememesi
- ☐ 4) Hastanın çalışma yaşamındaki rolünü yerine getirememesi
- ☐ 5) Hastanın tıbbi önerileri yerine getirmesinde karşılaştığı sorunlar
- ☐ 6) Hastanın kontrollere düzenli olarak gelememesi
- ☐ 7) Hastanın ekonomik sorunlar nedeniyle kullanması gerekli ilaç, tıbbi malzeme gibi gereksinimlerini karşılayamaması
- ☐ 8) Diğer (Belirtiniz).....

30- Hastanın HASTANEDEN ÇIKIŞINDAN SONRA karşılaştığınız sorunların yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

Birinci yoğunlukta karşılaşılan sorun...()

İkinci yoğunlukta karşılaşılan sorun...()

Üçüncü yoğunlukta karşılaşılan sorun...()

31- Hastanın HASTANEDEN ÇIKIŞINDAN SONRA karşılaştığı sorunların çözümü için ne tür hizmetler veriyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() 1) Hastanın yeni durumuna uyum sağlamasına yardımcı olma

() 2) Hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu yaşadığı bağımlılık duygusunu yenmesine yardımcı olma

() 3) Hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlamasına yardımcı olma

() 4) Aile içi yeni düzenlemelerin (sosyal rol açısından) yapılmasına yardımcı olma

() 5) Hasta ve ailesinin hastanın hastaneden çıkış sonrası bakımı hakkında bilgilendirilmesi

() 6) Hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemelerin yapılması (hastanın işvereni ile görüşerek hastanın yeni durumuna uygun işin verdirilmesi gibi)

() 7) Hasta ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlandırılması

() 8) Diğer (Belirtiniz).....

32- Hastanın HASTANEDEN ÇIKIŞINDAN SONRA verdiğiniz hizmetlerin yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

Birinci yoğunlukta verilen hizmet...()

İkinci yoğunlukta verilen hizmet...()

Üçüncü yoğunlukta verilen hizmet...()

33- Müracaatçılarınıza hizmet verirken yararlandığınız kaynaklar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() 1) SHB'nin kaynakları

() 2) Hastane kaynakları

() 3) Kızılay

() 4) Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları

() 5) Belediyeler

() 6) Kişisel bağışlar

() 7) Hasta ve ailesinin kaynakları

() 8) Diğer (Belirtiniz).....

34- Müracaatçılarınıza hizmet verirken yararlandığınız kaynakların yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine numaralarını yazınız)

Birinci yoğunlukta yararlanılan kaynak...()
İkinci yoğunlukta yararlanılan kaynak...()
Üçüncü yoğunlukta yararlanılan kaynak...()

35- Müracaatçılarınıza hizmet verirken yararlanabileceğiniz daha başka ne tür kaynaklar olmalıdır?

.....
.....
.....
.....

36- Müracaatçılarınıza hizmet verirken Sosyal Hizmet Mesleği'nin yöntemlerinden hangilerini kullanıyorsunuz?

() 1) Sosyal Kişisel Çalışma (SKÇ)
() 2) Sosyal Grup Çalışması (SGÇ)
() 3) Toplumla Çalışma
() 4) Sosyal Hizmet Araştırması
() 5) Sosyal Hizmet İdaresi

37- Müracaatçılarınıza hizmet verirken kullandığınız yöntemlerin yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine numaralarını yazınız)

Birinci yoğunlukta kullanılan yöntem...()
İkinci yoğunlukta kullanılan yöntem...()
Üçüncü yoğunlukta kullanılan yöntem...()

38- SKÇ ve SGÇ yöntemlerini nerede yürütüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() 1) SHB Bürosu
() 2) Mülakat Odası
() 3) Toplantı Salonu
() 4) Doktor Odası
() 5) Hemşire Odası
() 6) Hasta Odası
() 7) Diğer (Belirtiniz).....
.....

39- SKÇ ve SGÇ yöntemlerini yürüttüğünüz yerlerin yoğunluk düzeyi nasıldır? (Parantez içine yukarıdaki numaralarını yazınız)

Birinci yoğunlukta yürütülen yer...()
İkinci yoğunlukta yürütülen yer...()
Üçüncü yoğunlukta yürütülen yer...()

40- Hastanenizde EKİP ÇALIŞMASINA katılıyor musunuz?

- () 1) Evet (41.soruya geçiniz)
 () 2) Hayır(46.soruya geçiniz)

41- Ekip Çalışmasını kimlerle birlikte yürütüyorsunuz?

- () 1) Doktor
 () 2) Hemşire
 () 3) Psikolog
 () 4) Psikiyatrist
 () 5) Diyetisyen
 () 6) Diğer (Belirtiniz).....

42- Ekip Çalışmasını hangi sıklıkla yürütüyorsunuz?

- () 1) Hergün
 () 2) Haftada bir
 () 3) 15 günde bir
 () 4) Ayda bir
 () 5) Gereklikçe

43- Ekip çalışması kapsamında neler yapıyorsunuz? Açıklayınız.

.....

44- Yürüttüğünüz ekip çalışmasını yeterli buluyor musunuz?

- () 1) Evet (47.soruya geçiniz)
 () 2) Hayır(45.soruya geçiniz)

45- Ekip çalışmasının geliştirilmesi için neler yapılabilir?

.....

46- Ekip çalışmasına KATILMAMANIZIN nedeni nedir?

.....

47- Hastanenizde sosyal hizmet uygulamalarını yürütürken karşılaştığınız sorunlar var mıdır?

() 1) Evet (48.soruya geçiniz)

() 2) Hayır(50.soruya geçiniz)

48- Hastanenizde sosyal hizmet uygulamalarını yürütürken karşılaştığınız sorunlar nelerdir? (Önem sırasına göre karşılaştığınız üç sorunu yazınız)

1).....
.....
.....

2).....
.....
.....

3).....
.....
.....

49- Hastanenizde sosyal hizmet uygulamalarını yürütürken karşılaştığınız sorunların çözüm yolları neler olabilir?

1).....
.....
.....

2).....
.....
.....

3).....
.....
.....

50- Size göre hastanenizde yaptığınız faaliyetler yeterli midir?

() 1) Evet (52.soruya geçiniz)

() 2) Hayır(51.soruya geçiniz)

51- Hastanenizde yaptığınız faaliyetlerin geliştirilmesi için neler yapmanız gereklidir?

.....
.....
.....
.....
.....

52- Hastanenizde yaptığınız tüm faaliyetler ve gördüğünüz işlevler DOKTORLAR tarafından biliniyor mu?

- () 1) Hiç bilinmiyor
 () 2) Az biliniyor
 () 3) Yeteri derecede biliniyor

53- Hastanenizde yaptığınız tüm faaliyetler ve gördüğünüz işlevler HEMŞİRELER tarafından biliniyor mu?

- () 1) Hiç bilinmiyor
 () 2) Az biliniyor
 () 3) Yeteri derecede biliniyor

54- Hastanenizde yaptığınız tüm faaliyetler ve gördüğünüz işlevler DİĞER HASTANE PERSONELİ tarafından biliniyor mu?

- () 1) Hiç bilinmiyor
 () 2) Az biliniyor
 () 3) Yeteri derecede biliniyor

55- Hastanenizde yaptığınız tüm faaliyetler ve gördüğünüz işlevler HİÇ BİLİNMIYOR veya AZ BİLİNMIYOR ise hastane personeli tarafından YETERİ DERECEDE BİLİNMESİ için neler yapmanız gereklidir?

.....

56- Genel olarak ülkemizdeki Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

.....

57- Yaptığınız değerlendirme ışığında neler önerirsiniz ?

.....

58- Tüm bu soruların yanıtlarının dışında eklemek istediğiniz bir konu varsa lütfen ekleyiniz.

.....

4.3.3. YOĞUNLUK PUANI HESAPLAMASI

Bilgilerin çözümlenmesi bölümünde belirtildiği üzere bazı sorularda yoğunluk puanı hesaplaması yapılmıştır. Bu hesaplama yapılırken cevaplayıcılardan içinde bulunulan durumu önem sırasına göre birinci, ikinci ve üçüncü yoğunluk şeklinde sıralamaları istenmiştir. Cevaplayıcının yaptığı sıralamaya göre birinci yoğunlukta karşılaştığını belirttiği seçeneğe üç, ikinci yoğunlukta karşılaştığını belirttiği seçeneğe iki ve üçüncü yoğunlukta karşılaştığını belirttiği seçeneğe bir puan verilmiş ve yoğunluk puanı hesaplaması yapılmıştır.

Bu hesaplamanın daha iyi bir şekilde açıklanması için Çizelge 31'de (sayfa 99) verilen yoğunluk düzeyine ilişkin dağılımın hesaplanmasında izlenen yol örnek olarak verilmiştir:

Müracaatçı belirleme şekillerinden "SHU'nun kendisi belirliyor" seçeneğini 4 SHU birinci, 14 SHU ikinci ve 8 SHU üçüncü sırada; "havale ediliyor" seçeneğini 28 SHU birinci, 4 SHU ikinci ve 1 SHU üçüncü sırada ve "müracaatçı başvuruyor" seçeneğini 2 SHU birinci, 13 SHU ikinci ve 15 SHU üçüncü sırada işaretlemiştir.

Daha önce belirtilen hesaplama şekline göre:

"SHU'nun kendisi belirliyor" seçeneği için.....	4 x 3 = 12	
	14 x 2 = 28	
	8 x 1 = 8	
	26	48
"Havale ediliyor" seçeneği için.....	28 x 3 = 84	
	4 x 2 = 8	
	1 x 1 = 1	
	33	93
"Müracaatçı başvuruyor" seçeneği için.....	2 x 3 = 6	
	13 x 2 = 26	
	15 x 1 = 15	
	30	47

sonucu ortaya çıkmıştır.

Diğer bir ifade ile "SHU'nun kendisi belirliyor" seçeneği için 26 SHU'nun toplam yoğunluk puanı 48, "Havale ediliyor" seçeneği için 33 SHU'nun toplam yoğunluk puanı 93 ve "Müracaatçı başvuruyor" seçeneği için 30 SHU'nun toplam yoğunluk puanı 47 olarak hesaplanmıştır.

Bu sayede yüzdelik hesaplaması sonucunda birbirine yakın gibi görünen sonuçlar arasındaki farklılıklar daha açık bir şekilde ortaya konulmuştur.