

REHABİLİTASYON HİZMETLERİNDE SOSYAL HİZMET VE SOSYAL HİZMET UZMANININ ROL VE GÖREVLERİ

Roles and Tasks of Social Work and Social Workers at Rehabilitation Services

Süleyman DEMİREL

Sosyal Hizmet Uzmanı, Sağlık Bakanlığı
Tedavi Hizmetleri Gn. Md. Şube Müdürü

ÖZET

Bu çalışmada disiplinler arası bir yaklaşımla verilmesi zorunlu olan rehabilitasyon hizmetlerinde sosyal hizmet mesleğinin ve sosyal hizmet uzmanının rol ve görevleri bütüncül anlayışla ortaya konulmuştur. Araştırmada, kapsamlı rehabilitasyon hizmetlerinin sosyal hizmetlerle desteklenmemesi durumunda başarılı olamayacağı, etkili bir rehabilitasyon hizmeti sunabilmek için rehabilitasyon ekibinde yer alan sosyal hizmet uzmanının etkin görev almaları gerektiği ortaya konulmuştur. Rehabilitasyon alanında

çalışan SHU'larının iş ve görev analizleri yapılarak etkinliğin artırılmasına katkıda bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Rehabilitasyon, sosyal rehabilitasyon, sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı

SUMMARY

In this study, roles and tasks of social work and social worker were examined in rehabilitation services which must be given by interdisciplinary approach. This study indicated that rehabilitation services will be unsuccessful as it was not supported by social services and in order to give effective rehabilitation services, social workers must be in the rehabilitation team. With this study, by doing work and task analysis of the social workers, some additional contribution were given.

Key Words: Rehabilitation, social rehabilitation, social work, social worker

1- GİRİŞ

Ülkemizde modern anlamda rehabilitasyon hizmetlerinin, 1953 yılında Gülhane'nin Ankara Tıp Fakültesinden ayrılması ve Eski Yedek Subay Okuluna yerleşmesi ile başladığı kabul edilmekte (Çetinyalçın ve Oğuz, 1995,6-8), 1958'de kurulan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon derneği bu alanda görülen ilk sivil örgütlenme olarak sayılmaktadır. Kapsamlı rehabilitasyon çalışmalarının ise, 1965 yılında Ankara Rehabilitasyon Merkezinin açılması ile başladığı bilinmektedir.

Şekil 1: Türkiye'de Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonun Geçirdiği Önemli Aşamalar

1896 Darülaceze hizmete girdi
1898 Gülhane Seririyatı Klinikleri'nde Askeri Tıbbiye-i Şahane'den mezun olan doktorlara,

elektrodiagnoz, elektro terapi, masaj tatbikatı yaptırılmaya başlandı.
 1927 Bursa Asker Hastanesi Fizik Tedavi ve Kaphca merkezi haline getirildi.
 1930 İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Kliniği açıldı
 1935 Ankara Memleket Hastanesi'nde (Numune Hastanesi) Fizik Tedavi Kliniği kurulmuştur.
 1945 Yukarı Gureba'da Fizik Tedavi Kürsüsü yataklı klinik haline getirildi.
 1945 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Kliniği açıldı
 1950 Şişli Etfal Hastanesi bünyesinde Fizik Tedavi Klinik şefliği kuruldu.
 1953 İlk Rehabilitasyon Bütçesi (500.000 Lira) T.B.M.M'den çıktı.
 1953 Gülhane fizik tedavi kürsüsünde rehabilitasyon çalışmaları başlatıldı.
 1953 Sosyal Sigortalar Kurumuna ait ilk Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümü açıldı.
 1954 Heybeliada Sanatoryumuna bağlı 60 yataklı rehabilitasyon merkezi kuruldu.
 1956 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kürsüsü kuruldu.
 1957 Ankara Hastanesi'nde fizik tedavi bölümü kuruldu.
 1958 Fizik Terapi ve Rehabilitasyon Cemiyeti kuruldu.
 1959 İstanbul'da fizyatristerin öncülüğünde IV. Romatoloji Kongresi yapıldı.
 1959 İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Kürsüsünün ismi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon şeklinde değiştirildi.
 1960 Sosyal Hizmetler Akademisi kuruldu.
 1961 Hacettepe Üniversitesine bağlı olarak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu kuruldu.
 1963 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kuruldu.
 1968 Ankara, İstanbul, Kastamonu Rehabilitasyon merkezleri açıldı.
 1982 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ekibinin vazgeçilmez üyelerinden sosyal hizmet uzmanlarını yetiştirmek üzere HÜ'ye bağlı Sosyal Hizmetler Yüksekokulu kuruldu.
 1983 Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü kuruldu.

1995 WHO'dan ve İsrail'den davet edilen ilk T.O.R uzmanları İstanbul'da yapılan Çubukçu sempozyumuna katıldı.

1998 Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı dışı yataklı tedavi kurumlarında çalışan FTR Uzmanı hekim sayısı 659 kişi oldu.

1998 Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı dışı yataklı tedavi kurumlarında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 262 oldu.

1998 Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı dışı yataklı tedavi kurumlarında çalışan psikolog sayısı 456 oldu

1998 Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı dışı yataklı tedavi kurumlarında çalışan fizyoterapist sayısı 679 oldu.

1999 Sağlık Bilim Kurulu tarafından 12 kişiden oluşan FTR Bilim Kurulu oluşturuldu.

Tıptaki gelişmeler, yaşam standardının yükselmesi, doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, cerrahi tedavideki yenilikler, ilaç sanayiinde ve hekimliğin diğer branşlarında yaşanan hızlı değişimler hastalık profilini değiştirmiş ve bu da yeni hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Yaşanan bu gelişmeler rehabilitasyonun kapsamına giren hastalıkları da değiştirmiştir. Başlangıçta sadece fiziksel sakatlıklarla ilgilenen rehabilitasyon zaman içinde tüm özürlü gruplarına, ruh hastalarına, sosyal ve mesleki sorunları olan kimselelere de hizmet vermeye başlamıştır. Değişen hastalıklar değişik ihtisas alanlarından olan uzmanların birlikte çalışmasını gerektirir duruma gelmiştir. Rehabilitasyon alanında çalışan meslekler içerisinde insanın psikolojik, sosyal ve mesleki becerileri ile ilgili olan meslekler ve disiplinler girmiştir.

Genel rehabilitasyon alanında yaşanan bu gelişmeler, sosyal rehabilitasyon programlarının ortaya çıkmasına ve kapsamının genişlemesine neden olmuştur. Artık, sadece fiziksel ve ruhsal hastalıkların sosyal rehabilitasyonundan söz edilmemekte-

dir. AIDS, tüberküloz, yanık, böbrek transplantasyonu, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar ile sokak çocukları, sokakta yaşayan çocuklar, uyuşturucu bağımlıları, ıslah evlerinde kalan suçlular, yaşlılar vb. gibi fonksiyonları sınırlanan insanların da sosyal rehabilitasyonundan söz edilir hale gelmiştir (Demirel, 2001,21).

Sakatlıklar ve fonksiyon kayıpları sadece fiziksel kapasiteyi engellemeyip, kişinin bütün yaşamı üzerine olumsuz etkisi olan bir dizi sonuçların ortaya çıkmasına neden olur. Çeşitli düzeylerde fonksiyon kayıpları yaşayan kişilerin, aile ve toplum tarafından kendisinden beklenen rollerini yerine getirmesi; psikolojik, sosyal, ekonomik sorunlarının çözülmesi, iş ve meslek edindirilmesi, tıbbi, sosyal ve psikolojik açıdan durumunun değerlendirilerek tekrar toplumsal yaşamda yer alabilmesi yönünde gerçekleştirilen çalışmalar sosyal rehabilitasyon olarak tanımlanmakta (www.who.org) ve hastadaki fonksiyonel yetersizliklerin günlük yaşama etkisinin en aza indirilmesini, ilerlemesi söz konusu kayıpların yavaşlatılmasını, kurumsal, toplumsal ve bireysel kaynakların izin verdiği ölçüde çeşitli düzeylerde yaşanan fonksiyon kayıplarının ortadan kaldırmasını amaçlamaktadır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de değişen hastalık profilleri, yaşam süresinin uzaması, savaşlar, kazalar, psiko-sosyal sorunların değişmesi ile koruyucu ve rehabilitatif hizmetler önem kazanmıştır. Çeşitli nedenlerden dolayı rehabilitasyon hizmetlerine gereksinim duyan hastaların/müracaatçıların tıbbi, sosyal ve mesleki rehabilitasyonlarının sağlanması genel sağlık ve sosyal hiz-

metler açısından önem taşımaktadır. Sosyal rehabilitasyon programlarının, hastanın tedavi ve bakım kalitesini artırarak bireyin yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkıda bulunduğu bilinen bir gerçektir.

Ülkemizde rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasında son derece önemli olan ancak ilgili meslekler tarafından sahip çıkılmayan "kapsamlı rehabilitasyon programları" içerisinde yer alan sosyal ve toplumsal rehabilitasyon programları, halen uygulanmakta olan geleneksel veya esnek geleneksel bakım, tedavi ve rehabilitasyon programları nedeniyle tercih edilmemektedir. Ülkemizde çeşitli kurumlara bağlı olarak sunulmakta olan rehabilitasyon hizmetlerinin tamamı genel hastane ya da merkezlerde tıbbi tedavi ağırlıklı olarak ve hastane içi programlarla verilmektedir. Artık rehabilitasyon hizmetlerinin daha küçük ve uzmanlaşmış merkezlerde, hastane dışı toplumsal bakım, tedavi ve rehabilitasyon programları ile gerçekleştirilebilmesi için sistematik çalışmalara gereksinim vardır.

Bu düşünceden yola çıkarak bu araştırmada rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevlerinin belirlenmesi, iş analizlerinin yapılması, hizmet ve program sürecine ilişkin modellerin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

2- MATERYAL – YÖNTEM

Araştırma, Sağlık Bakanlığına bağlı bağımsız olarak hizmet sunan Ankara, İstanbul, Kastamonu ve Bolu illerinde bulunan fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan 220 meslek elemanı (başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, klinik şefi, klinik şef yardımcısı, fizik te-

davi ve rehabilitasyon uzmanı, asistan hekim, pratisyen hekim, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, başhemşire, hemşireler) üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kapsamında fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) Merkezlerinde var olan durumu belirlemek amacıyla iki ayrı soru formu geliştirilmiştir. Bunlardan ilki rehabilitasyon hizmeti sunulan kuruluşun yapısı, özellikleri, olanakları, hizmet-yönetim modeli ve personel durumunu ortaya koymaya yönelik olarak hazırlanan "Kuruluş Bilgi Formu"dur. İkinci soru formu ise; araştırma evrenini oluşturan fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan personele uygulanmak üzere geliştirilen "Soru Kağıdı"dır.

Kuruluş Bilgi Formu, dört merkezin yöneticileri tarafından doldurulmuştur. Soru kağıdı ise, Sağlık Bakanlığına bağlı bağımsız dört merkezde görev yapan 4 baştabip, 8 baştabip yardımcısı, 3 klinik şefi, 7 klinik şef yardımcısı, 4 hastane müdürü, 4 başhemşire, 50 FTR uzmanı, 20 asistan hekim, 31 pratisyen hekim, 6 sosyal hizmet uzmanı, 13 psikolog, 86 fizyoterapist ve 189 hemşire olmak üzere toplam 492 meslek elemanı tarafından cevaplandırılması beklenmesine karşılık 4 baştabip, 6 baştabip yardımcısı, 5 klinik şefi, 3 klinik şef yardımcısı, 2 hastane müdürü, 2 başhemşire, 8 FTR uzmanı, 8 asistan hekim, 3 pratisyen hekim, 1 sosyal hizmet uzmanı, 9 psikolog, 40 fizyoterapist ve 121 hemşire olmak üzere toplam 220 meslek elemanı tarafından doldurulmuştur.

Araştırma sonucu toplanan verilerin gruplandırılması, analizi, değerlendirilmesi ve yorumlanması amacıyla Statistical Package for the Social

Sciences (SPSS) 8.0 for Windows programı kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde de SPSS programı aracılığıyla "Sıklık Dağılımları", "Çapraz Tablolar" ve "Düz Tablolar" kullanılmıştır. Araştırmada "görev" ve "çalışma süresi" değişkenleri "bağımsız değişken" olarak belirlenmiştir.

3- BULGULAR VE TARTIŞMA

Hangi alanda uygulanırsa uygulanırsın sosyal hizmet mesleğinin ortak amacı National Association Social Work (NASW) tarafından "bireylerin, grupların ve toplulukların kapasitelerini arttırmak, yaşam kalitesini yükseltmek, toplumla birey arasındaki karşılıklı yararları gözetken dengeyi sağlayacak hareketleri tesis veya restore etmek için sosyal koşulları bu amaç doğrultusunda değiştiren mesleki aktiviteler" olarak tanımlanmıştır (Russel,1988:945-946).

Sosyal hizmetin odak noktasında, bireylerde bulunan insan gücünün en yüksek düzeye çıkartılması ve toplumun genel yararına katkıda bulunması yatar. Sosyal hizmet aynı zamanda bireylere dönüşümlü olarak fırsat sağlayan sosyal politikalar ile sosyal kuruluşlarda ve toplumda değişiklikler yaparak "toplumsal gücün gerçekliğini" vurgular (Swenson, 1998:527-535).

Rehabilitasyon alanında sosyal hizmetler, en genel anlamda psiko-sosyal faktörler ile hastanın yaşadığı sosyal şartlara ilişkin tespit ve müdahalenin yapılmasını sağlar. Rehabilitasyon alanında sosyal hizmet uygulamaları; hastanın sorunlarla baş edebilme yeteneğinin tespitini, fiziksel yetmezliğinin o anki psiko-sosyal uyumunun tayini, yakın ve

uzak akrabalar ile toplumsal örgütlerdeki destekleyici unsurlarını tayinini, taburculuk planlarına ilişkin olarak hastanın kalacağı ev, yaşam koşulları ve gelir kaynağının tespitini, sorunlarla başa çıkabilme etkinliğinin artırılması, gayri resmi destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve bakım devamlılığının kolaylaştırılması için tasarlanmış müdahale stratejileri ile bunların devamlılığının sağlanmasını içermekle birlikte bunlarla sınırlı değildir.

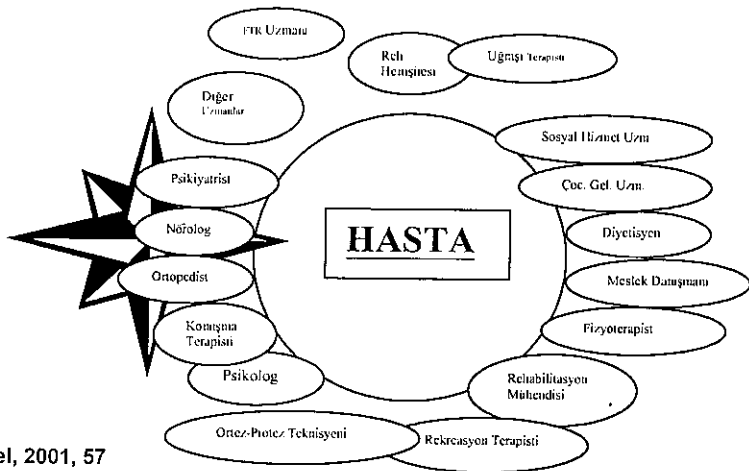
3.1. REHABİLİTASYON EKİBİ

Rehabilitasyon programları oldukça uzun sürebilen, öz verili çalışmayı gerektiren, karmaşık sorunların ve ilişkilerin olduğu bir süreçtir. Rehabilitasyon programları ile istenilen amaca ulaşılabilmesi için uzmanlık gerektiren bir çok mesleğin bir arada uyumlu çalışma yapması gerektiği belirtilmiştir. Hastalar ve hastalıklar arasındaki farklılıklar rehabilitasyon programlarında yer alan mesleklerin rollerinin ve faaliyetlerinin de bu doğrultuda değişmesini getirmektedir.

Rehabilitasyon programlarında görev yapan ekip şu mesleklerden oluşmaktadır. Fizik tedavi uzmanı, nörolog, ortopedist, psikiyatrist, pediatrik nörolog, rehabilitasyon uzmanı, fizyoterapist, sağlık idarecisi, sosyal hizmet uzmanı, klinik psikolog, iş ve uğraşı terapisti, konuşma terapisti, işitme terapisti, özel eğitim uzmanı, odyolog, rehabilitasyon hemşiresi, meslek danışmanları, diyetisyen, çocuk gelişimi ve eğitimi uzmanı, diş hekimi, ortez-protez teknisyeni, rehabilitasyon mühendisi (Delisa, 1993,7-9) gibi hastanın bütüncül bir anlayışla ele alınmasına sağlayacak disiplinlerin temsilcileri modern ve kapsamlı rehabilitasyon ekibini oluşturmaktadır.

Rehabilitasyon hizmetlerinin odağında hastanın olduğu yaklaşım kabul edilmeli ve hizmetlerinin sunumunda görev alacak olan ekip bu anlayışa göre yapılmalıdır. Rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda görev alan ekip üyeleri hasta odaklı olarak aşağıdaki gibi şematize edilmiştir.

Şekil 2: Hasta Odaklı Olarak Çalışmak Üzere Oluşturulan Rehabilitasyon Ekibi Şeması Ve Çalışma Şekli Şöyledir:



Kaynak: Demirel, 2001, 57

3.2.REHABİLİTASYON HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Rehabilitasyon merkezlerinde uygulanabilecek örgütlenme biçimi olarak "Matriks Örgütlenme" biçim önerilmektedir. Rehabilitasyonda ekip çalışması ve uzmanlaşmanın gerekliliği ve matriks örgütlenmelerde bunların daha kolay gerçekleştirilebilmesi, rehabilitasyon merkezleri için bu örgütlenmeyi uygun bir seçim durumuna getirmektedir. Bu yapılanmada, hasta yatakları vaka türüne göre veya birkaç vaka türünden oluşan bölümlere ayrılarak bu bölümlerin sorumluluğu bir rehabilitasyon hekimine verilebilir. Hemşirelik, psikolojik ve sosyal hizmetler ise; fonksiyonel bölümlerde organize edilebilirler. Hastanın gereksinimleri doğrultusunda gerekli rehabilitasyon uzmanlığı temsilcisi ile fonksiyonel bölüm temsilcisi, hasta ve aileyi de içine alan bir ekip oluşturulmalıdır. Ekip üyeleri, hastayı kendi uzmanlıkları yönünden değerlendirerek, tedavi planını rehabilitasyon ekibinin yöneticisi konumundaki meslek elemanı ile birlikte yapmalıdır. Tedavi planında beklenen iyileşme sürecine ilişkin tahmini süreler kaydedilerek ekibin iç denetimi de sağlanabilir. Bu örgütlenmede, ekip içi haberleşme belirlenmiş düzenli toplantılarla (günlük, haftalık toplantılarla) sağlanmalıdır. Hastanın taburculuğuna da ekipçe karar verilerek, taburculuk sonrası yaşam koşullarının hazırlanmasında aile ile işbirliği yapılmalıdır.

Matriks organizasyonlarda dikkat edilmesi gerekli olan önemli nokta, ekip üyesinin iki üste sahip olmasıdır. Ekip içi hizmetlerin yürütülmesi yönünden rehabilitasyon ekibi yöneticisine ve mesleki çalışmaların ya-

pılması açısından da fonksiyonel bölüm yöneticisine karşı sorumluluk taşımaktadır. Bu sorun mesleki çatışmalara, görev ve yetki kargaşasına neden olabileceği düşünülebilir. Ancak; sorunun çözümlenmesi amacıyla, ekip üyelerinin görev alanları ile yetkilerinin sınırları, görev tanımları ve sorumlulukları açıkça belirlenmeli ve ekip üyeleri bilgilendirilmelidir. Önerilen bu örgütlenme ile rehabilitasyon hizmetlerinin daha etkin verilebileceği ve meslek elemanları arasındaki çatışmaların en aza indirilebileceği düşünülmektedir.

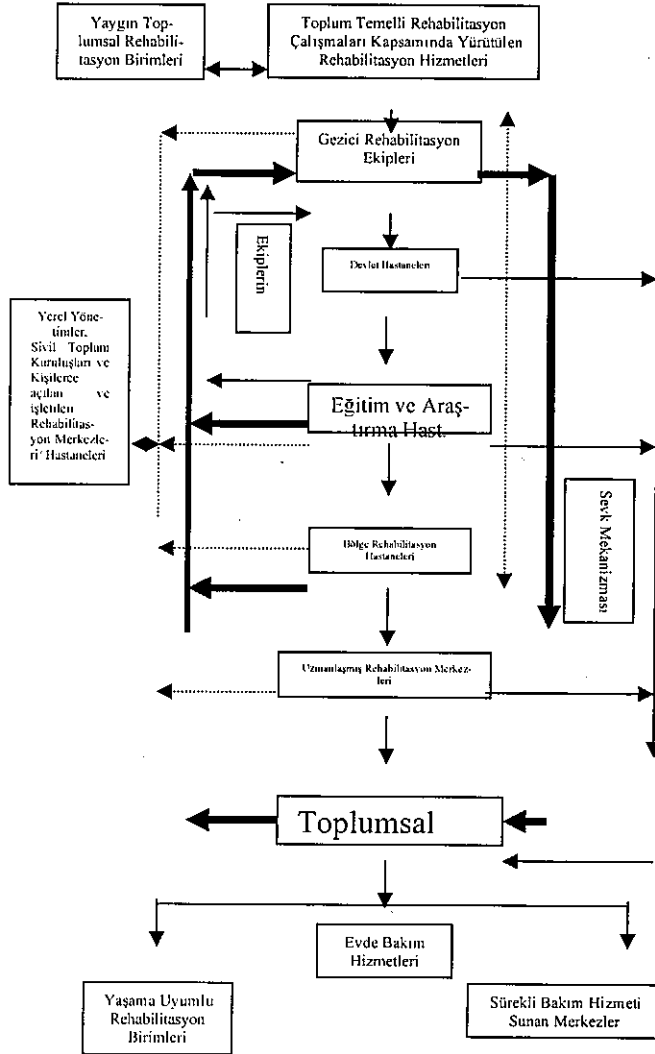
Rehabilitasyon sürecinin değişik dönemlerinin başarılı bir biçimde uygulanarak tamamlanabilmesi için, içine yalnızca hastaneyi değil aynı zamanda hastane dışı toplumsal bakım sistemlerini içine alabilen bir örgütlenme gereklidir. Gerçekleştirilen araştırma sonuçları doğrultusunda ülkemizde bütüncül yaklaşıma dayalı olarak uygulanabilecek rehabilitasyon hizmetlerinin işleyiş süreci, yerel ve ulusal düzeyde örgütlenmesi ile ilgili araştırmacı tarafından özgün olarak geliştirilen organizasyon modeli ve bu modeli oluşturan birimler aşağıdaki gibi olmalıdır.

Önerilen örgütsel yapılanma içerisinde yer alan FTR servisi, kliniği, merkezi veya uzmanlaşmış rehabilitasyon hastanesinde hizmetlerin verilebilmesi için polikliniklerin, hasta kayıt sisteminin, hizmet veriliş biçiminin, hastane işletmeciliğinin ve taburculuk sonrası hizmetlerin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Bu hizmetlerin ayrıntılarına kadar ekip çalışması, disiplinler arası çalışma, mesleki saygı, en yüksek düzeyde iletişim ve işbirliği ile hastanın çıkarlarının birincil amaç olduğu bir işeyiş

kurulmalıdır. Rehabilitasyon hizmet süreci ve program sürecinde yer alan bazı kavramlar ile örgütlenme organizasyon şemasında geçen bazı kavramlar üzerinde konunun anlaşılması açısından durulması gerek-

lidir. Rehabilitasyon hizmetlerinin ve programlarının yeniden yapılandırılması sürecinde sistemi destekleyen alt sistemler ve bunları bazı ayrıntıları üzerinde durularak konu daha analitik bir yaklaşımla ele alınacaktır.

Şekil 3: Rehabilitasyon Hizmetleri İçin Önerilen Örgütlenme Modeli



3.3. REHABİLİTASYON ALANINDA SOSYAL HİZMET UZMANI

Bilindiği üzere, rehabilitasyon hizmetlerinin uygulanması ve yaygınlaştırılması süreci ister hastanede olsun isterse bağımsız bir merkezde olsun sosyal hizmet uzmanlarının üzerine duygusal ve mesleki olarak ağır bir rol yükler. sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilemleri ve mesleki değerleri, içinde olduğu rehabilitasyon ekibi ve rehabilitasyon felsefesi ile uyumlu olmalıdır. Zaman zaman mesleki amaçlar ya da değerlerle kurum yada rehabilitasyon ekibini amaç ve değerleri farklılıklar gösterebilir. sosyal hizmet uzmanının becerisi bu uyumun sağlanmasında ortaya çıkar. Başarılı bir ekip çalışması, mesleki değerlerin rehabilitasyon felsefesi ile uyumlu olmasına bağlıdır. SHU, içinde bulunduğu ekibin değerleri ile çatışma halinde ise etkinliği azalır.

Sürekli olarak sorunlu insanlarla çalışmak, mesleki çalışmalar için gereksinim duyulan taleplerin sürekli olarak karşılanmaması, ya da ertelenmesi, çeşitli meslek uygulayıcıları arasındaki görev ve yetki karmaşası, çalışma koşulları ve ekonomik koşullar tükenmişlik sendromuna yol açan ya da destekleyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. SHU'da tespit edilen tükenmişlik sendromuna karşı vardiyalı değişimi ve görev değişimi yapılarak etkinliğin azalmasını önleyecek yöntemler kullanılmalıdır. Ayrıca genel olarak sağlık alanında özel olarak da rehabilitasyon alanında çalışan personelin sabırlı, yaratıcı ve araştırmacı olması için enerjiye ihtiyacı vardır. Rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının; yöneticiler ve mesleki danışmanlar (supervisor) tarafından sü-

rekli desteklenmesi tükenmişliği önleyebilir veya etkisini azaltabilir.

Rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının özel donatılmış bilgilere sahip bir ekip üyesi olarak sıklıkla yoğun gözlem altında olmadan rahat bir ortamda çalışmalarını sağlanmalıdır. Sosyal hizmet uzmanlarının ilk değerlendirmeleri, gerçekçi bir hastalık bakım planı çıkarabilmeleri ve ekibe verecekleri konferans için çok önemlidir.

Hasta ile sosyal hizmet uzmanı arasında yaşanan ilişkiler çoğunlukla çok yoğundur. SHU hasta ile birlikte ya da gerekli olduğu durumlarda onun adına hareket etme yetkisine sahip olması nedeniyle kendini hastaya karşı daha fazla sorumlu hissedebilir. Bazen öyle anlar olur ki; SHU özellikle kendileriyle iletişime geçmeyen veya kurulan ilişkiye cevap vermeyen hastalara sahip olduklarında ve onların mesleki ilişki kurulmadan taburcu edilmeleri durumunda kendilerini yetersiz ve çaresiz hissedebilir. (Russel, 1988,945-946).

Sağlık alanında özellikle de rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının tıbbi bilgisinin; teşhisi anlamak, özellikle tedavi sürecine hastanın katılımını sağlamak, uzmanlar ve ekibin diğer üyeleri ile hasta hakkında planlar yapmak ve aile ile toplum örgütlerinin rolünü belirlemek için yeterli düzeyde olması gereklidir. Ayrıca, tedavi programları kapsamına alınan hastanın aileleriyle bağlantıyı sağlayan kişi olarak sosyal hizmet uzmanı, tedavi ekibinin hastanın geleceği hakkındaki düşüncelerini hasta ve ailesine nakletme sorumluluğu da vardır.

Sosyal hizmet uygulamalarında kişisel çalışma, grup çalışması, eğitim

ve konsültasyon yöntemlerinin hepsini içine alan tek bir sosyal çalışma stratejisi yoktur. Hangi kaynakların mevcut olduğu, hangilerinin ulaşılabılır olduğu konusunda ekibe rapor sunmak da sosyal hizmet uzmanının sorumluluğudur. Bu rapor özellikle tedavi hedeflerinin gerçekleştirilmediği durumlarda ekibin planını önemli ölçüde etkiler. Ekip, hasta hakkında var olan diğer gözlemler hakkında da bilgilenebilir. Hasta ve ailesinin kullanabileceği toplum kaynakları sürekli değiştiği için sosyal hizmet uzmanının toplumla ilgili deneyimleri önem kazanır; hatta daha önemlisi; dışarıdaki hizmetlerin uygunluğu karışık ve şaşırtıcı bir konudur. Pek çok ailenin hasta için gerekli olan tekerlekli sandalye, protez veya evde bakım için gerekli olan aletleri satın almaya gücü yetmediği gibi ve yaşamını sürdürdürebileceği ücretli bakım yerlerine ulaşmak için bilgilere de sahip değillerdir. Pek çok hasta ve ailesi eğer kendi evleri kalabalık, ulaşılamaz ve uygun değilse başka evlere taşınmak zorunda kalmaktadır.

Kapsamlı rehabilitasyon programlarının vazgeçilmez unsurlarından olan grup eğitiminde sosyal hizmet uzmanının rolü küçümsenemez. Uygulama kapsamında tüm hasta grupları ile (aile- çocuk) diğer meslek gruplarında destek ve bilgi paylaşımı önerilir. Grup aktiviteleri süresince, diğer ekip üyelerinin bilgilerine de başvurulmalıdır. Aynı teşhise sahip hasta grupları daha yaratıcı çözümler üretebilmek ve birbirlerini daha iyi anlamak için birlikte çalışma yönünden teşvik edilebilir (Russel, 1988,947).

sosyal hizmet uzmanları yaptıklarının aynı zamanda psiko-sosyal değerlendirilmesinin ve sosyal hizmetin

bir parçası olduğu düşüncesinden hareketle hastaların psikolojik durumlarındaki hızlı değişimleri ölçerler. Çünkü, rehabilitasyon çok aşamalı olup sıklıkla bir ömür boyu süren çalışmaları içerir. Rehabilitasyon, uzun ve sabır isteyen bir yol olduğundan kazanımlar yavaş, sevinçlerin ertelenmesi nedeniyle çok küçük ilerlemeler yaşansa bile hayal kırıklıkları yaşanabilmektedir.

Diğer hastalarda olduğu gibi, rehabilitasyon hastalarının koşulları da sıkça değişir. sosyal hizmet uzmanı meslekî alanda yaşanan yeni yaklaşımlarla rehabilitasyon alanında ve hastalarda yaşanan bu değişimlere ayak uydurmalı, değişen koşulları yaratıcı fikirlerle avantaj durumuna getirmesini bilmelidir. Her birey için bağımsız yaşam sürebilmek istenen bir durumdur. Rehabilitasyon hastaları açısından, bağımsız yaşamın avantajlarına rağmen bağımsız olmak bu hastalar için her zaman elverişli olmayabilir. Rehabilitasyon hastalarının özel durumlarının gereği olan bakım hizmetleri zaman zaman hasta açısından sorun oluşturabilmektedir. Özel durumları nedeniyle rehabilitasyon hastalarının yaşamalarını sürdürdürebilmeleri için gerekli olan bakımın verilmesi bağımsızlıklarının sağlanmasından daha önceliklidir

Sosyal hizmet uzmanı, hastayı tedavi ederken aynı zamanda toplumun diğer üyelerinin hastayı yeniden içlerine almalarını sağlayacak ve toplumu da tedavinin bir parçası olarak ön plana çıkartacak yapılanmalar gerçekleştirilmelidir. Rehabilitasyon hastaları uygulanan tedavi programları sonucunda eski hareketliliğine ve fonksiyon kaybı yaşanmadan önceki haline tam olarak kavuşamayacağı için daha önceki yaptığı rutin aktivite-

ler, bireysel ve toplumsal roller de sosyal hizmet uzmanı tarafından düşünülme zorundadır (Russel, (1988,946). Sosyal hizmet uzmanının hastanın kendinden beklenen rollerini yeni durumuna uygun olarak yapabilmesi için uyum çalışmaları yapmak zorunda olduğunu belirtmektedir.

Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı sorumluluğu sadece kurum içindeki çalışmalarla sınırlı değildir ve olmamalıdır. Rehabilitasyon programları kapsamında yürütülen tedavinin tamamlanamaması, kesilmesi veya istenen düzeyde sonuca ulaşamaması durumunda taburcu edilen veya edilmek zorunda kalan hastaların toplumsal yaşama tıbbi, sosyal, ailesel, ekonomik ve mesleki sorunları çözümlenmeden geri dönen bu insanlar için de mesleki çalışma yapmak zorundadır. Bu hastalar için sosyal hizmet uzmanı yaratıcılığını ve hayal gücünü kullanmak zorundadır. Çok özel sorunları olan hastalarla karşılaşan sosyal hizmet uzmanı kişinin sorununa özel çözüm önerileri, alternatif tedavi planları, toplumsal kaynakları ve gönüllüleri kullanarak yaratıcı çözümler üretmelidir.

Rehabilitasyon alanında sosyal hizmet uzmanının tedavi ekibine özel katkılarından biri de, hastanın içinde bulunduğu psikolojik durumunun ortaya çıkardığı etkilerin değerlendirilmesi olmalıdır. Özürlülük ile ilgili olarak tanımlanan bazı psikolojik durumlar aslında özürsüz olmayan diğer hastaların şikayetleri ile de benzer özellikler gösterir. İkisi arasındaki farklılık rehabilitasyon hizmetlerinin diğerlerine göre daha uzun, yorucu ve sabır isteyen bir süreci kapsamasıdır.

Rehabilitasyon programlarının bütünlük içinde uygulanması, sosyal hizmet mesleğinin destek ve katkıları ile daha kolay gerçekleştirilebilir. Sosyal rehabilitasyon programlarının kapsadığı alanlar sosyal hizmet mesleğinin pek çok alanına (yaşlılar, özürsüzler, korunmaya muhtaçlar, uyuşturucu bağımlıları, kronik hastalığı olanlar vb.) yönelik hizmetleri de içermesi nedeniyle sosyal rehabilitasyon içerik açısından sosyal hizmet mesleğinden ayrı değildir. Sosyal rehabilitasyon, sosyal hizmet mesleğinin ilkelerinin, felsefesinin ve değerlerinin uygulamaya geçirilmiş halidir.

3.4. REHABİLİTASYON ALANINDA SOSYAL HİZMET UZMANIN ROL VE FONKSİYONU

Toplum içinde kronik hastaların bakımında ve rehabilitasyonunda insan davranışı, toplum kaynakları bilgisi, sistem teorisi, grup dinamikleri, gözlem, teşhis ve değerlendirme gibi bilgi ve becerileri kullanan sosyal hizmet uzmanın, kronik hastalıkların değerlendirilmesi, tedavilerinin planlanması ve izlenmesi aşamalarında önemli rollere sahiptir. Sosyal hizmet uzmanı bunları gerçekleştirirken eğitici, danışman, aracı ve hasta savunuculuğu olmak üzere dört temel role sahip olduğu belirtilmektedir (Şimşek, 2000, 82-84).

3.4.1. Eğitici Rolü

Sosyal hizmet uzmanın eğitici rolü, yardım sürecinin en önemli bütünleştirici parçasıdır. Hasta ve ailesinin duygularına ve ihtiyaçlarına duyarlılık, hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir. Hastayı ve ailesini hastalık hakkında bilgilendirme ve destekleme, baş etme becerilerini öğretme, azalan

yetenek ve güçlü yanlarını fark ettirme ve uyum sağlamasına yardımcı olma sosyal hizmet mesleğinin temel ilgi alanıdır.

3.4.2. Danışman Rolü

Sosyal hizmet uzmanı, hastanın ve ailesinin tedavi ve hastalığa karşı tepkilerini etkileyen psiko-sosyal faktörleri, hastanın sosyal çevresi ile aile içindeki ilişkileri ve fonksiyonlarına ilişkin bilgileri alır.

3.4.3. Aracı Rolü

Diğer hizmet sunanlar arasında aracılık rolünde olan sosyal hizmet uzmanı, toplum kaynakları konusundaki bilgisini kullanmaktadır. Uzman, hasta ve ailenin ihtiyaçlarını belirler ve bu ihtiyaçları karşılayabilecek uygun toplumsal kaynakların harekete geçirilmesi sağlar. Daha sonra hastayı uygun kaynakları kullanma konusunda bilgilendirir ve destekler.

3.4.4. Hasta Savunuculuğu Rolü

Tıbbi kriz danışmanı olarak sosyal hizmet uzmanı her düzeyde hastanın savunuculuğunu yapar. Hasta kısa süreli tedavi bile olsa onunla ilişkisini sürdürür. Hastanın ve ailenin günlük yaşamda karşılaştıkları yeni problemler konusunda sürekli uzmanla ilişkisi devam eder. Hasta savunuculuğu tıbbi bakımda son derece önemlidir. Özellikle de kronik hastaların haklarından en üst düzeyde yararlanabilmeleri açısından sosyal hizmet uzmanı hasta ile birlikte çalışmalıdır.

3.4.5. REHABİLİTASYON ALANINDA SOSYAL HİZMET UZMANIN GÖREVLERİ

Rehabilitasyon alanında sosyal hizmet uzmanı, kişilerin yaşam problemleri karşısında sosyal fonksiyonlarını inceleyen bir meslek elemanı-

dır (Arpacioğlu, 1998, 58). Böyle olduğu içindir ki; rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı hasta, ailesi, diğer kurumlar ve rehabilitasyon ekibi ile ilişki kurarak hastanın yaşam biçimini, gelirini, iş ve meslek ilişkilerini, sosyal çevresini, sosyal güvencesini, hastalığın ya da sakatlığın bunlara etkisini araştırır. Belirlenecek sorunların çözümünde ekibe yol gösterir, sorunun çözümlenebilmesi için mesleki yöntemleri kullanarak müdahalede bulunur. Hasta ya da ailesi veya her ikisi ile sosyal grup çalışması, sosyal kişisel çalışma ve aile görüşmeleri yaparak hastanın ve ailesinin topluma yeniden kazandırılması amacıyla çalışmalar gerçekleştirir.

Arpacioğlu (1998,58) Rehabilitasyon programlarının uygulanmasında hekimlik için 4 aşama bulunduğunu ifade etmektedir. Bunlar:

1. Aşama: Temel bilgilerle hastalığın değerlendirilmesi.
2. Aşama: Değerlendirmelerden elde edilen verilere dayanarak sorunlara ilişkin "sorun özet" çizelgesi hazırlamak
3. Aşama: Problemlerin her biri için özgün rehabilitasyon programı hazırlamak ve uygulamak.
4. Aşama: Tedavinin etkinliğini ve elde edilen gelişmeye dayanarak programda yapılacak değişiklikleri belirlemek

Tıbbi yaklaşıma dayalı bu aşamalar rehabilitasyon alanında hizmet veren sosyal hizmetin kendi değer, teori ve müdahale yöntemlerini göz önünde bulundurarak araştırmacı tarafından rehabilitasyon uygulamalarında sosyal hizmetlerin fonksiyonu beş aşamadan oluşacak biçimde yeniden yapılandırılmıştır. Özgün olarak ge-

liştirilen ve rehabilitasyon alanında sosyal hizmet uygulayıcılarına yol göstermesi beklenen rehabilitasyonda sosyal hizmet aşamaları şunlardır:

1. Aşama: Hasta ve ailesinin psiko-sosyal ve ekonomik durumunu belirleyerek psiko-sosyal tanısını yapmak. Rehabilitasyon programının başarısı öncelikli problemlerin doğru olarak tanımlanmasına bağlıdır. Bu problemlerin tanımlanmasında da insan ve çevre ilişkilerinin ergonomik prensiplerinden yararlanılmalıdır.

2. Aşama: Hasta ve ailesine ilişkin olarak hazırlanan psiko-sosyal tanıdan hareketle uygulanabilir "Sorun Çözümleme Planı" hazırlar. Rehabilitasyon ekibine "Sorun Çözümleme Planı" hakkında bilgi vererek kapsamlı rehabilitasyon programının hazırlanmasına yardım eder. Sosyal hizmet uzmanı böylece kapsamlı rehabilitasyon programlarının içerisinde sosyal hizmet uygulamalarının yer almasını sağlar.

3. Aşama: Hasta ve ailesinin tanılanan sorunlarının her biri için sosyal kişisel çalışma, sosyal grup çalışması ya da toplumla çalışma yöntemlerinden bir ya da bir kaçını kullanarak daha önce hazırlanan Sorun Çözümleme Planına uygun olarak mesleki müdahalede bulunmak.

4. Aşama: Uygulanan mesleki müdahalenin etkinliğini değerlendirerek, yaşanan gelişmelere dayanarak müdahale planında yapılacak değişiklikleri belirlemek.

5. Aşama: Yapılan çalışmaları kayıt altına almak.

Sonuç olarak, rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hastanın ya da özürünün kendi kendine hayatını sürdürebilecek du-

ruma gelmesi, topluma üretken bir birey olarak katılarak kendine olan güven ve saygısını kazanması, iş, okul ve diğer sosyal çevresi ile yeniden kaynaşması, sosyal, psikolojik ve ekonomik fonksiyon kayıplarının en az düzeye indirilmesi ve aile ilişkilerinin düzenlenmesinin sağlanması doğrultusunda görevleri vardır.

Rehabilitasyon tedavisi yüzeysel olarak algılanmamalı; koruma, hastane tedavisi, bakım ve tedavi sonrası izleme ile hasta, sosyal, ruhsal ve çevresel bir bütünlük içinde değerlendirilmelidir. Sosyal hizmet uzmanlarını ekibin diğer üyelerinden farklılaştıran ve aynı zamanda ona ekip çalışmasının "olmazsa olmaz" elemanı niteliği kazandıran özgün görevleri vardır (Arıkan,1989,50). Rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hasta ile karşılaşma anından başlayarak hastanın taburculuk sonrası toplumsal yaşamda takibine kadar olan süreçte yerine getirdikleri işler ve görevlerin açık olarak belirlenmesi gerekmektedir. Bu; meslek elemanlarına açık olarak ne yapacakları veya ne yapmaları gerektiği konusunda yol gösterici olacaktır. Sağlık hizmetlerinde yerleşmeye ve gelişmeye başlayan toplum kalite yönetimi ve mesleğin görevlerinin diğer meslek elemanları ya da yönetim tarafından daha iyi anlaşılması için bu gereklidir. Rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanının görevleri, mesleğin temel amaçları, mesleğin yaklaşımları, mesleğin yöntemleri ve uygulamalardan elde edilen gözlem ve bilgiler doğrultusunda zenginleştirilmelidir. Bu da rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görev analizlerinin yapılması anlamına gelmektedir. Bu tezin böyle bir amacı

bulunmamaktadır. Ancak, bu alanda ulaşılan bilgiler ve gözlemler doğrultusunda rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına yardımcı olması ve fikir vermesi açısından rehabilitasyon alanında sosyal hizmet uzmanın görevlerini Hastaya Yönelik Görevler ve Kurumun Amaçlarına Yönelik Görevler şeklinde sınıflandırmak mümkündür:

3.4.6. SOSYAL HİZMET UZMANININ HASTAYA YÖNELİK GÖREVLERİ

Poliklinik muayeneleri sonucunda yatarak tedaviye gerek duyulmayan hastalara yönelik olarak toplumsal kaynakların ve toplumsal bakım sistemleri ile ilgili olarak bilgi vererek onları yönlendirmek, bilgilendirmek,

Poliklinik muayeneleri tamamlananlardan yatarak tedavisine karar verilen hastalarla ilk görüşmeyi gerçekleştirmek ve bu doğrultuda hasta ve ailesinin psiko-sosyal ve ekonomik gereksinimlerini ile diğer özel durumlarını içeren "Psiko-sosyal İnceleme Raporunu" hazırlamak

Rehabilitasyon ekibine hazırlamış olduğu psiko-sosyal inceleme raporunu sunarak "Psiko-sosyal Tanı" çalışmalarına katılmak. Bu kapsamda hastanın sosyal, psikolojik, mesleki ve yaşam biçimi ile ilgili bilgileri tedavi ekibinin bilgisine sunmak,

Hastaların psiko-sosyal sorunların çözümlenmesi için "Sorun Çözümleme Planı" hazırlamak

Tıbbi rehabilitasyon programı ile Sorun Çözümleme Planının eş zamanlı olarak yürütülmesini sağlamak

Tedavi ekibinin hasta ve ailesi ile ilgili davranış ve duygularını etkilemek

Hastanın aile, iş, okul ve diğer sosyal çevresi ile olan ilişkilerini düzen-

lemek ve hastanın hastanede olmasından dolayı uğraması mümkün zararları en aza indirecek çalışmalar yapmak,

Hazırlanan sorun çözümüleme planı doğrultusunda gerçekleştirilecek müdahale planı kapsamında "Sosyal Kişisel Çalışma" yapmak

Hazırlanan sorun çözümüleme planı doğrultusunda gerçekleştirilecek müdahale planı kapsamında "Sosyal Grup Çalışması" yapmak

Hazırlanan sorun çözümüleme planı doğrultusunda gerçekleştirilecek müdahale planı kapsamında "Toplum Çalışması" yapmak

Hasta ve ailesi ile "Aile Görüşmeleri" yapmak

Psiko-sosyal tedavi yapan meslek elemanları ile işbirliği yapmak

Hastanın hastanede kaldığı süre içerisinde hastaneye uyumunu kolaylaştıracak çalışmalar yapmak

Zamanı geldiğinde hastanın ve ailesinin taburculuğa hazırlanmasını sağlamak

Toplumsal ve kurumsal olanaklar ölçüsünde hastanın etkinleştirilmesi ve yerleştirilmesi çalışmalarını gerçekleştirmek ve bu çalışmaları izlemek

Rehabilitasyon alanındaki mesleki gelişmeleri takip ederek olanaklar ölçüsünde bunları çalıştığı alanda uygulamak

Toplumsal bakım modelleri çerçevesinde Toplum Odaklı Rehabilitasyon programlarının tanıtılması, uygulanması ve yaygınlaştırılmasını sağlayacak çalışmalar yapmak

Rehabilitasyon alanındaki mesleki sorunların tespit edilerek çözümlenmesine katkıda bulunmak ve bu amaçla araştırmalar yapmak

Mesleki çalışmalarla ilgili kayıt sistemi kurmak, geliştirmek ve bunların mesleki gelişmeye katkı sağlayacak biçimde kullanılmasını sağlamak

SOSYAL HİZMET UZMANININ KURUMA YÖNELİK GÖREVLERİ

Çalışmış olduğu kurum tarafından verilmesi gereken sosyal hizmetlerin "Sosyal Servis" aracılığıyla verilmesini sağlamak

Sosyal Servis tarafında gerçekleştirilen hizmetler konusunda diğer meslek elemanları ve hastaların bilgilendirilmesini sağlayacak çalışmalar yapmak

Sosyal Servisin hastalar tarafından kolaylıkla ulaşılabilir bir yerde olmasını sağlamak/ sağlamak,

Kurumun rehabilitasyon politikalarının oluşturulması çalışmalarına katılmak,

Kurumun amaçlarının gerçekleştirilmesine katkı sağlayacak mesleki çalışmalar yapmak.

Sosyal politika gelişimini ve herkes için yeterli bir yaşam sağlayacak kurumsal ve toplumsal değişimleri etkileyecek çalışmalar yapmak bu çalışmalar içinde yer almak,

Rehabilitasyon merkezi ile diğer toplumsal ve sosyal birimler arasındaki ilişkinin gelişmesini sağlamak,

Hastaların sosyo-ekonomik sorunlarının çözümlenmesinde kullanılmak üzere kurum kaynaklarının geliştirilmesi için çalışmalar yapmak,

Ödeme gücü olmayan bireylerin tedavilerinde kullanılmak üzere bütçe ayrılmasını ve bu bütçenin kullanımını gerçekleştirmek,

Hastaların değerlendirilmelerinin yapıldığı hasta konseylerine, kurullarına katılmak,

Kurum tarafından verilen sosyal hizmetlerin hasta memnuniyetini sağlayacak ve hastanın yaşam kalitesini geliştirecek biçimde sunulmasını sağlayacak önlemleri almak, bu yönde çalışmalar yapmak,

Sosyal hizmet uzmanlarının iş ve görev analizlerinin olmaması sorunu bu mesleğin uygulayıcılarını ve mesleki uygulamaları önemli düzeyde olumsuz olarak etkilemektedir.

İş ve görev analizleri; yapılacak işin kim tarafından, nasıl, hangi araç ve gereci kullanarak, nerede, ne kadar sürede ve kimlerle işbirliği yaparak gerçekleştirebileceğini gösteren yazılı dokümanlardır. İşin ve işi yapacak olanın özelliklerinin ve işin gerçekleşme sürecinin bilinmesi bu hizmetlerin daha kolay yapılmasına ve bu hizmetlerin kurumsallaşmasına yardımcı olacaktır. Rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının iş ve görev analizlerinin yapılmasının bu hizmetleri sunan meslek elemanlarının yaptıkları işin bilinmesine ve sundukları hizmetlerin kurumsallaşmasına yardımcı olacağı düşüncesi ile araştırmacı tarafından özgün olarak geliştirilmiştir.

3.4.8.REHABİLİTASYON HİZMETLERİNDE SOSYAL SERVİS ve SOSYAL HİZMET UZMANLARINA İLİŞKİN SAYILAR

Rehabilitasyon durağan bir hizmet alanı olmayıp sürekli yenilikler ve gelişmelerle karşılaşılan bir alan olması nedeniyle bu alanda görev yapan profesyonellerin mezuniyet sonrası eğitimlerinin sürdürülmesi gereklidir. Meslek elemanlarının lisans düzeyinde ve çalışma yaşamı içinde sürekli eğitimlerinin sağlanmasına yönelik programlar planlanmalı ve kesintisiz uygulanmalıdır.

Tablo 1: Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Kliniğinde Kabul Edilebilir Personel / Hasta Oranları

Meslekler	Personel sayısı	Hasta oranı
Ftr uzmanı	1	25
Fizyoterapist	1	8-12
Sosyal hizmet uzm.	1	15
Psikolog	1	25
Uğraşı terapisti	1	8-12
Konuşma pataloğu	1	12-15
Hemşire	1	6
İş ve mes. Danışmanı	1	25

Kaynak: (Kayhan, 1997,3)

Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı gibi rehabilitasyon programları hizmet yoğun uğraşıdır. Rehabilitasyon alanında personel yetersizliği olması ya da personelin olmaması doğrudan hizmetin kalitesine etki eden, tedavinin başarısını etkileyen, ekip çalışması ve disiplinler arası çalışmayı aksatan önemli bir sorundur. Bu alanda çalışan profesyonellerin daha fazla hastayla daha az zamanda ilgilenme zorunluluğu meslek elemanları ve hasta açısından istenmeyen bir durumdur. Çağdaş anlamda rehabilitasyon hizmetlerinin sunulabilmesi için rehabilitasyon ekibi içerisinde yer alan tüm meslek elemanlarının yeterli sayı ve niteliklere sahip olarak bu alana kazandırılması gereklidir.

Seçilmiş bazı hastalık gruplarında rehabilitasyon alanında çalışan bazı meslek elemanlarının oranları farklılık göstermektedir. Bu durum hasta-

lıklara göre verilen hizmet yoğunluğunu değişmesi ile açıklanabilir. Rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında hasta başına personel oranlarının bilinmesi ve bu oranlara dikkat edilmesi tedavinin başarısı açısından önemlidir. Rehabilitasyon alanında hasta başına düşen meslek eleman oranları mesleklere göre değişkenlik göstermektedir. Rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda sağlık personeli başına hasta sayıları azalmakta ve daha fazla uğraşı gerektirmektedir. Buna göre bazı hastalıklarda uzman başına hasta oranları şöyledir:

Tablo 2: Bazı Hastalıklarda Kabul Edilebilir Personel Oranları

SORUN	FTÜz	Fizy	Uğr Trp	Kon Trp	Sos HizÜz	Psikolo g
Genel Nörol bozuk	1/16	1/18	1/8	1/8	1/18	1/18
TBH	1/16	1/6	1/6	1/8	1/8	1/10
Omurlilik Yaralan	1/16	1/8	1/5		1/15	1/20
Ortopedik	1/25	1/8	1/12		1/25	1/20
Amputasyon	1/25	1/8	1/12		1/20	1/25

Kaynak: (Kayhan, 1997,3)

Rehabilitasyon alanında genel olarak hasta başına düşen sağlık personeli ile uzmanlık gerektiren bazı hastalıklarda personel başına hasta sayılarını verdikten sonra daha özel bir konu çeşitli hastalıklar ve servisler için sosyal hizmet uzmanı başına hasta sayıları ortaya konulacaktır. Rehabilitasyon alanında çalışan ve çalışması gereken sosyal hizmet uzmanları bu alanda vazgeçilmez olması gerekirken maalesef ülkemizde yeterli önem verilmemektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının rehabilitasyon alanına katkısı çok büyük olmasına karşın tıbbi ağırlıklı sunulan hizmet-

ler nedeniyle yeterli düzeyde örgütlenememiş ve mesleki çalışmalarını ortaya koyamamışlardır. Genel hastanelerde sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında servis veya kliniklerde olması gereken sosyal hizmet uzmanı oranları şöyledir:

Tablo 3: Çeşitli Servislerde Bir Sosyal Hizmet Uzmanına Düşen Hasta Sayıları

Servis/Klinik	Oran
Ruh Sağ. Servisleri / Merkezleri	1/10 ile 1/50***
FTR Servisleri /Klinikleri	1/15*
Ortopedi Servisleri	1/25*
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Plan. Merkezleri	1/25**

* Kayhan, 1997

** 6.2.1997 tarih ve 22900 Sayılı Resmi Gazete'de Yayınlanan

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği, 1997

*** Şimşek, 2000

1999 yılı rakamlarına göre Sağlık Bakanlığına bağlı bağımsız FTR merkezlerinde rehabilitasyon ekibinde yer alan meslekleri temsil eden sağlık personeli başına yatak sayısı bu hizmetlerin ne kadar güçlüğü ve özveriyle yürütüldüğünü ortaya koymaktadır. 1999 yılı rakamlarına göre; FTR merkezlerinde 1 FTR uzmanına 14 yatak, 1 Sosyal Hizmet uzmanına 168 yatak, 1 Psikologa 77 yatak, 1 Fizyoterapist 12 yatak ve 1 hemşireye 5 yatak düşmektedir. Hizmet yoğun uğraşı olan rehabilitasyon hizmetlerinde meslek elemanı başına düşen yatak sayıları meslek elemanlarını çalışamaz duruma getirecek kadar yüksektir. Yatan hasta sayısı dikkate alındığında meslek elemanı başına düşen sayı daha da büyümektedir. Sağlık Ba-

kanlığı'na bağlı FTR hizmeti sunan dört kuruluşta 1999 yılında 9702 hasta yatmıştır. Yatan hasta sayısından hareketle dört FTR kuruluşunda sağlık personeli başına düşen hasta sayıları şöyledir: 1 FTR uzmanına 133 hasta, 1 sosyal hizmet uzmanına 1617 hasta, 1 psikologa 746 hasta, 1 fizyoterapist 113 hasta ve 1 hemşireye 51 hasta düşmüştür.

Uluslararası sosyal hizmet kuruluşları sosyal hizmet uzmanının günlük iş yükünü 7 kişi olarak belirlemişlerdir. Ancak ülkemizde gerek sosyal hizmetlerin ve fonksiyonlarının yeterince anlaşılamamış olması ve gerek yeterince mesleki uygulama yapma fırsatı verilmemiş olması gibi nedenlerden dolayı yeterli sayıda sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmemektedir. Bu nedenle sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının günlük iş yükü uluslararası sosyal hizmet uzmanları kuruluşları tarafından belirlenen orandan daha fazla olduğu 1999 yılı rakamları ile ortaya konulmuştur. Buna göre 1999 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı bağımsız FTR merkezlerinde 1 sosyal hizmet uzmanına 168 yatak ve 1617 hasta düşmektedir. Görüldüğü gibi rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, mesleki çalışmalar için gerekli olan hasta sayısının çok çok üstünde bir hasta kitlesiyle çalışmak zorundadırlar.

Rehabilitasyon alanında sunulan hizmetlerin daha verimli ve kaliteli olabilmesi için servis ya da klinikteki yetkili herhangi bir kişiden, en üst kademedeki kişiye kadar yazılı bir sorumluluk zinciri kurulması kaçınılmazdır. Her bir personel pozisyon kategorisi için görev (iş) tanımlaması yapılmalıdır. Bu alanda çalışan mes-

lek elemanlarının her birinin iş ve görev analizlerini ayrıntılı olarak yapılması ve bunun herkese bildirilmesi gereklidir. Böylece araştırma sonuçlarında da yer alan iş ve görev analizlerinin olmaması nedeniyle yaşanan çeşitli sorunların çözümlenmesi mümkün olacaktır. İş ve görev analizlerinin yapılması, mesleki saygı ve mesleki iletişimi de artıracak bir unsurdur. Her personelin görevlerini profesyonel ve efektif bir şekilde yapabilmesi için rehabilitasyon konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmasını sağlayacak hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. Ayrıca bu alanda görev yapan bakım personelinin yeterli sayıda ve nitelikte olması sağlanmalıdır.

Rehabilitasyon hizmeti sunulan klinik ve merkezlerde amputé edilmiş hastalara yönelik rehabilitasyon programlarının uygulanabilmesi amacıyla kapsamlı bir ortez ve protez servisi olmalı, gerekli olan protetist ve ortotetist personelin eğitimi ve daha sonra da eğitimine uygun yerde istihdamı sağlanmalıdır.

Sosyal rehabilitasyon programları kapsamında hastanın toplumsal yaşama uyumu çalışmalarında görev alacak gönüllülerin çalışmalarına olanak tanıyacak yasal ve fiziksel düzenlemeler yapılmalı ve gönüllülerden ülkemizde de gerektiği kadar yararlanılmalıdır.

Rehabilitasyon hizmetleri alanında hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların yaşam kalitelerini geliştirilmesine katkısı, meslek elemanlarının ve sundukları hizmetlerin rekabet anlayışı içinde verilebilmesi için belgelendirilmiş bir personel ve hizmet değerlendirme sistemi olmalıdır. Bu hizmetler toplam kalite yönetimi fel-

sefesine ve ilkelerine uygun olarak profesyonel olarak yürütülmelidir.

KAYNAKÇA

ARPACIOĞLU, O. (1998). "Özürülülerin Rehabilitasyonunda Temel İlke ve Yaklaşımlar", *Sosyal Hizmet Sempozyumu 97, Toplumla Bütünleşme Sürecinde Özürülüler ve Sosyal Hizmet*. Ankara: Sosyal Hizmetler Y.O. Yayınları Yayın No: 003 Aydınlar Matbaası.

ÇETİNYALÇIN, İ. ve Hasan O. (1995) "Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonun Anlamı, Amacı, Dünü, Bugünü, Yarını", *Tıbbi Rehabilitasyon*, Ankara: Nobel Kitapevi.

DEMİREL, S. (2001) *Rehabilitasyon Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılmasında Sosyal Rehabilitasyonunun Önemi ve İşlevi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı.

KAYHAN, Ö. (1997) *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğinin Standartları*, Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul.

MİLEY, K., O'MELLA, M. ve DUBOİS, B. (1988) *Generalist Social Work Practice*. Boston.

RUSSEL, Maurice V. (1988) "Clinical Social Work". *Rehabilitation Medicine*, Toronto: The C.V. Mosby Company.

SWENSON, Carol, R. (1998) "Clinical Contribution To A Social Work Justice Perspectives" *Social Work*. Volume:43, Number:6.

ŞİMŞEK, Z. (2000) *Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Toplum İçinde Bakıma Örgütsel Yaklaşım*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Ana Bilim Dalı.

[www.belgenet.com/depren/depren.html](http://www.belgenet.com/deprem/depren.html)

who.org