



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI  
SOSYAL HİZMET YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNDE SOSYAL HİZMET  
BİRİMLERİNİN ROLÜ: MARDİN İLİ ÖRNEĞİ**

**Esin DOĞAN**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Abdulhakim Beki**

**İSTANBUL-2020**

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI  
SOSYAL HİZMET YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNDE SOSYAL HİZMET  
BİRİMLERİNİN ROLÜ: MARDİN İLİ ÖRNEĞİ**

**Esin DOĞAN**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Abdulhakim Beki**

**İSTANBUL-2020**

## ÖZET

### HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNDE SOSYAL HİZMET BİRİMLERİNİN ROLÜ: MARDİN İLİ ÖRNEĞİ

Sosyal hizmet disiplini, birçok sektörde uygulanmakta ve bu alanlarda birbirinden farklı müracaatçı sistemleriyle ilgilenmektedir. Sosyal hizmet disiplinin etkin rol aldığı sektörlerden biri sağlık hizmetleridir ve muhatap olduğu müracaatçı grubu da şüphesiz hastalardır. Sağlığın bedensel değerlendirilmesinin yanında ruhsal ve sosyal boyutları da vardır. Sosyal hizmet uzmanları sağlık hizmetlerinin sunulduğu birçok birimde sosyal hizmet sunmaktadırlar. Bu birimler Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Hasta Hakları Birimidir. Özellikle tıbbi sosyal hizmet alanı, sağlığın sosyal yönlü olması nedeniyle hastalar üzerinde iyileştirici etkilere katkı sağlamaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki eylem ve etkinlikleriyle hastaların yaşam kalitelerinin yükseldiği gözlemlenmektedir. Bu çalışmanın temel amacı tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının yaptıkları çalışmaları hastaların bakış açısı doğrultusunda ortaya çıkarmaktır. Bir diğer amacı ise sosyal hizmet uzmanlarının birçok rollerinden biri olan hasta yaşam kalitesini yükseltmekte uyguladıkları mesleki eylem ve yeterliliklerini belirlemektir. Yapılan araştırmanın sonuçları tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına ve sosyal hizmet öğrencilerine farkındalık kazandırma, bilgilendirme, bilinçlendirme, rehberlik etme ve literatüre katkı vermesi bakımından önemli bulunmaktadır.

Araştırmanın ana evrenini Mardin ilinde bulunan hastanelerdeki Tıbbi Sosyal Hizmet Birimlerinden hizmet alan ve 400 kişilik hasta ve yakınlarından oluşan katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmada, Demir (2012) tarafından uyarlanan Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Analiz yapılırken değişkenlere yönelik frekans, standart sapma ortalama gibi değerler hesaplanmış, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi Sosyal Hizmet, Hasta Yaşam Kalitesi, Sosyal Hizmet Uzmanı

## **ABSTRACT**

### **THE ROLE OF SOCIAL WORK UNITS IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS: CASE OF MARDIN**

Social work discipline is applied in many sectors and deals with different applicant systems in these areas. One of the sectors in which the social work discipline plays an active role is health services, and the applicant group it addresses is undoubtedly patients. It should not be forgotten that health has spiritual and social dimensions as well as physical evaluation. Social workers provide social services in many units where health services are provided. These units are Medical Social Service Unit, Community Mental Health Center and Patient Rights Unit. Particularly, the field of medical social work contributes to the healing effects on patients due to the social aspect of health. The quality of life of patients increases with the professional actions and activities of medical social workers. The aim of this study is to determine the professional actions and activities that medical social workers implement in improving the quality of life of patients. The results of the research are important in terms of raising awareness, informing, guiding and contributing to the literature for medical social workers and social service students.

The main population of the study consists of a participant, consisting of 400 patients and their relatives, who receive service from the Medical Social Work Units in hospitals in Mardin. The Quality of Life Scale adapted by Demir (2012) has been used in the study. While performing the analysis, values such as frequency, standard deviation, mean were calculated for variables, one-way analysis of variance (ANOVA) and independent sample t-test were applied.

**Key Words:** Medical Social Work, Patient's Quality-of-Life, Social Worker

## TEŞEKKÜR

Mesleğimde uzmanlaşma adına ara kademelerden biri olan yüksek lisans eğitiminin sonuna gelmiş bulunuyorum. Mesleki alanımın gereklerini yerine getirmek, müracaatçılara yararlı olmak ve ilerlemeyi sürdürmek adına önümde aşmam gereken nice yollar ve güçlükler olduğunun da farkındayım.

Tez sürecim boyunca bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana rehber olan ilerlememe vesile olan kıymetli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Abdülhakim BEKİ' ye teşekkür ederim. Araştırmamda hastane ortamındaki psikolojilerine rağmen değerli vakitlerini ayıran tüm hasta ve hasta yakınlarına, ders dönemim boyunca benden manevi desteklerini esirgemeyen ve eğitim hayatımda gelişmemde büyük katkısı olan değerli hocalarım; Prof. Dr. Ebulfez SÜLEYMANLI' ya, Prof. Dr. Abdullah KARATAY'a, Doç. Dr. İsmail BARIŞ' a; Doç.Dr. Hasan Hüseyin TAYLAN'a eğitim hayatım boyunca benden desteklerini esirgemeyen, bana maddi ve manevi her konuda yardımcı olmaya çalışan annem, babam ve kardeşlerime şükranlarımı sunuyorum.

16.10.2020

Esin DOĞAN

## BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim

**10.11.2020**

**Esin Doğan**

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
BEYAN FORMU .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	ix
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>6</b>
2.1. Sosyal Hizmet Kavramı .....	6
2.1.1. Sosyal Adalet.....	8
2.1.2. Sosyal Destek .....	8
2.1.3. Sosyal Yardım .....	9
2.1.4. Sosyal Refah.....	9
2.2. Sağlık ve Yaşam Kalitesi .....	10
2.3. Tıbbi Sosyal Hizmet.....	11
2.3.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Kavramı.....	12
2.3.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişimi .....	12
2.3.2.1. Organize Olmamış Hizmetler .....	12
2.3.2.2. Lady Almonerler .....	13
2.3.2.3. Taburcu Edilen Hastaların Takibi.....	14
2.3.2.4. Ziyaretçi Hemşireler .....	14
2.3.2.5. Tıp Öğrencilerinin Eğitimi.....	15
2.3.3. Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmetin Gelişim Süreci .....	15
2.4. Mesleki Değerler Çerçevesinde Sosyal Hizmet .....	16
2.5. Sosyal Hizmetin Müracaatçı Grupları ve Uygulama Yöntemleri .....	17
2.6. Hak ve Hasta Hakları Kavramı .....	20
2.7. Hastane Müracaatçıları ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanının Mesleki Profili .....	22
2.7.1. Acil Servisteki Müracaatçılar .....	23
2.7.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Hemodiyaliz Tedavisi Gören Müracaatçı.....	25
2.7.3. Kanser Hastası Müracaatçılar .....	26
2.7.4. Palyatif Bakım Gören Müracaatçılar.....	27
2.7.5. Şiddet Mağduru Müracaatçılar .....	28

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>30</b>
3.1. Araştırmanın Modeli .....	30
3.2. Araştırmanın Hipotezleri .....	30
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi .....	31
3.3.1. Veri Toplama Araç ve Teknikleri.....	31
3.3.2. Demografik Bilgi Formu .....	31
3.3.3. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	32
3.4. Veri Toplama Süreci.....	32
3.6. Verilerin Analizi .....	32
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>34</b>
4.1. İç Tutarlılık Analizi .....	34
4.2. Sosyal Hizmet Desteği Alan Hastaların Kişisel Bilgileri .....	35
4.3. Sosyal Hizmet Biriminden Faydalanma ve Hasta Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisiyle İlgili Sorulara Yönelik Bulgular.....	36
4.4. Değişkenlere Yönelik Bulgular .....	38
4.4.1. Fark Testleri .....	39
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>53</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>60</b>
6.1. Sonuç.....	60
6.2. Öneriler .....	64
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>66</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>72</b>



## TABLolar DİZİNİ

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 1:</b> Ölçeklere ait güvenilirlik analizi bulguları .....	35
<b>Tablo 2:</b> Cinsiyet durumu dağılımı .....	36
<b>Tablo 3:</b> Yaş durumu dağılımı .....	36
<b>Tablo 4:</b> Eğitim durumu dağılımı.....	37
<b>Tablo 5:</b> Sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünün bilinme durum .....	37
<b>Tablo 6:</b> Tıbbi sosyal hizmetten istenilen zamanda yararlanma durum .....	38
<b>Tablo 7:</b> Tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra müracaatçıların hissiyatı .....	38
<b>Tablo 8:</b> Tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnuniyet durumu.....	38
<b>Tablo 9:</b> Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumu .....	39
<b>Tablo 10:</b> Sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etme durumu .....	39
<b>Tablo 11:</b> Ölçeğe ilişkin betimsel analizi sonuçları .....	39
<b>Tablo 12:</b> Hastaların cinsiyetine göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu. ....	41
<b>Tablo 13:</b> Hastaların yaşına göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu... ..	42
<b>Tablo 14:</b> Hastaların eğitimine göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu .....	43
<b>Tablo 15:</b> Hastaların sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünün bilme durumuna göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu.....	45
<b>Tablo 16:</b> Hastaların tıbbi sosyal hizmetten istediği zamanda yararlanma durumu göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu.....	48
<b>Tablo 17:</b> Hastaların tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra müracaatçıların hissiyatına göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu.....	48
<b>Tablo 18:</b> Hastaların tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnuniyet durumuna göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu.....	49

**Tablo 19:** Hastaların sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu değerlendirmesine göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu..... 51

**Tablo 20:** Hastaların sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etme durumuna göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu..... 52



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>CSWE</b>	: Council on Social Work Education-Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyi
<b>ÇHS</b>	: Çocuk Hakları Sözleşmesi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>IASSW</b>	: International Association of Schools of Social Work- Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği
<b>IFSW</b>	: International Federation of Social Workers-Uluslararası Sosyal Çalışmacılar Federasyonu
<b>KBY</b>	: Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>SHU</b>	: Sosyal Hizmet Uzmanı
<b>SHUDER</b>	: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TTB</b>	: Türk Tabipler Birliği
<b>TMK</b>	: Türk Medeni Kanunu
<b>YÖK</b>	: Yüksek Öğretim Kurulu
<b>WHO</b>	: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü

## 1. GİRİŞ

Çağın getirdiği değişim ve dönüşümden etkilenen toplumlarda, sosyal ilişkiler günümüz dünyasında yeniden tanımlanmaktadır. Bu yeniden tanımlama bağlamında, toplumsal ve sosyal ilişkileri düzenleyen yeni kurum ve disiplinler meydana gelmektedir. Çağımızın karmaşık ve sürekli değişen dünyasında toplumsal ilişkiler ve roller de devamlı değişmektedir. Tüm bu değişim ve dönüşümlerin olumlu bir yönde hayata geçmesi için ise yeni hizmet alanları ortaya çıkmaktadır. Sosyal hizmet de toplumsal bir ihtiyacı karşılamak suretiyle bu alanı dolduran önemli bir disiplin olarak karşımıza çıkmaktadır. Barker (1999) Sosyal Hizmet Sözlüğü'nde sosyal hizmet kavramını insanların psiko-sosyal fonksiyonlarını etkin bir şekilde icra etmelerinde bireylere destek olan, insanların iyi olma hallerini muhafaza etmek ile geliştirmek üzere toplumu ve sosyal değişime yön veren uygulamalı bir disiplin biçiminde ifade etmektedir (Özbesler, 2013, s: 6). Disiplini hayata geçiren uzmanlar ise sosyal hizmet uzmanları olarak nitelendirilmektedir. Bireyler, bu mesleğin yetkinliklerini yerine getiren sosyal hizmet uzmanlarının tutum, davranış, eylem ve yaklaşımlarından doğrudan veya dolaylı olarak etkilenmektedir.

Sosyal hizmet uzmanı, çağımızda görülen yozlaşma, ekonomik krizler, işsizlik, boşanmalar, suça sürüklenen çocuklar gibi sosyolojik olarak toplumları içten içe kemiren birçok problemle uğraşmak zorunda kalmaktadır. Bununla beraber, sosyal hizmet uzmanlarının işlevleri sadece toplumsal düzenleme ve bireysel danışmanlık yapmak olarak değerlendirilmemelidir. Bireye bakan yönü itibariyle sosyal hizmet uzmanları psikoterapiyi de içeren bir alanda hizmet vermektedir.

Sosyal hizmet uzmanları tüm bunları sağlayabilmek için gereken bilgi birikimiyle, bireylerin psikolojik durumlarını anlayabilmeli ve onların sorunlar karşısında gösterdikleri direnci görebilmelidir. Buna ek olarak, çoklu bakış açısıyla toplumsal politika ve uygulamaların birey ve toplum nezdindeki etkilerini de görmek o derece önem arz etmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, hiçbir zaman bir kliniğe ya da hastane duvarları arasında sıkışıp kalmamalı, olumlu yönde bir değişim için bireysel ve toplumsal faktörlerin etkileşiminin önemli bir yapı taşı olduğunun bilincinde faaliyetlerini sürdürmelidir (Arıkan ve Lapider, 1996, s: 63).

Farklı kurum ve birimlerde müracaatçı sistemiyle çalışan sosyal hizmet uzmanları, toplumsal değişime ilişkin kapsamlı çalışmalar yapmakta olup, etkili

müdahale yöntemlerini gerçekleştirme fırsatı bulabilecekleri, psikolojik dinamikleri güçlendirebilecekleri anlamlı bir konuma sahiptirler. Bu bağlamda, sağlık alanı sosyal hizmet mesleğinin en önemli uygulama alanlarından birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları sağlık alanında hasta ve yakınının destekçisi olmaktadır.

Öte yandan, sosyal hizmet uzmanları tıbbi sosyal hizmet uygulamasının icra edildiği sağlık kuruluşlarında sundukları çeşitli hizmetlerle de bireylerin yaşam kalitesine önemli katkılar sunabilecekleri bir pozisyonda çalışmaktadır. Bir topluluğun yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çalışmaların bütün toplumun katılımcı, sağlıklı ve üretken bir hareket kazanması üzerinde olumlu sonuçlar doğuracağı düşünüldüğünde sosyal hizmet uzmanlarının önemi ortaya çıkmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanı, zaman içerisinde büyüyen sosyal psikolojik sorunların kısa vadeli çabalarla çözülmesini beklememelidir. Anılan çözüm için sosyal hizmet uzmanlarının kalitesinin artırılması beklenmektedir. Buna ek olarak, müracaatçı sistemi içerisinde sıkıntı yaşayan bireylerin etkili bir şekilde tanımlanması, bu konuda veri toplanması, analizi ve uzun vadeli stratejiler üretilmesiyle olumlu toplumsal değişimlere yol açacak sosyal adaletsizlikler önlenilecektir (Sheafor ve Horejsi, 2014, s: 92).

Sosyal hizmetler disiplininin tıbbi sosyal hizmet alanı, hastanın ve ailesinin tedavi süresince karşılaştıkları zorluklarla baş etme çabalarını desteklemek, hastanın yararı gözetilerek kaynakları daha hak temelli ve daha verimli şekilde harekete geçirmek, elde edilen bulgu, sonuçlar ve yapılan önerilerle, hastanenin daha iyi hizmet vermesine yönelik hastane işleyişine mesleki açıdan katkıda bulunmak gibi önemli misyonlar üstlenmektedir.

Bu çalışmanın amacı, hastaların psiko-sosyal ve fiziksel fonksiyonlarının geliştirilmesi, hastalığın duygusal ve sosyal etkilerinin azaltılmasına yönelik etik sorumluluğun artırılması ve yerleştirilmesine katkıda bulunmaktır. Bir diğer amaçları arasında tıbbi sorunları dışında gelişen, tedavi süresince karşılaştıkları ve baş edemedikleri sıkıntıları değerlendirerek sosyal hizmet uzmanları tarafından verilen hizmet kalitesini incelemektir. Tıbbi sosyal hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin tespit edilmesini sağlamak, mesleğin uygulamasında uzman ve hastaların farkındalığını arttırmaya çalışmak, daha kaliteli bir hizmetin sunulmasını sağlama amacını taşımaktadır. Hasta yaşam kalitesinde sosyal hizmetin rolünü uygulamalar ve elde edilen bulgular doğrultusunda değerlendirmek yararlı bulunmaktadır. Ayrıca, yapılan değerlendirmeler doğrultusunda sosyal hizmetin geleceğe ilişkin olumlu değişimine

hasta odaklı yaklaşımla katkı sağlamaktır.

“Hastaların Yaşam Kalitesinde Sosyal Hizmet Birimlerinin Rolü: Mardin İli Örneği” başlıklı bu tez çalışmasının kavramsal çerçevesinin sunulduğu bölümünde, sosyal hizmet kavramı sosyal adalet, destek yardım ve refah terimleriyle birlikte ele alınmaktadır. Hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilebilmesi bakımından sağlık ve yaşam kalitesi değerlendirilecek olup, tıbbi sosyal hizmet kavramı ve tarihi gelişimi ile Türkiye’de tıbbi sosyal hizmetin gelişim aşamaları incelenecektir. Mesleki değerler çerçevesinde sosyal hizmet, müracaatçı grupları ve uygulama yöntemleri ile hak ve hasta hakları kavramları ele alınacaktır.

“Hastane Müracaatçıları ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanının Mesleki Rollerini” başlıklı bölümde, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının karşılaşılabileceği acil servisteki, hemodiyaliz tedavisi gören, kanser hastası, şiddet mağduru müracaatçılar gibi farklı başvuru ele alınarak analiz edilmeye çalışılacaktır. Sağlığa en anlamlı katkı, koruyucu-önleyici çalışmalarda bulunan mesleklerdir. Bireyin yaşam kalitesini bir bütün olarak ele aldığımızda sağlıklı bireyin sağlıklı bir toplumu oluşturmakta olduğu görülmektedir. Bireyin biyo-psiko-sosyal doyumu sağlandığı takdirde toplumda ideal bir birey olma ve güçlü sağlam bir karakterin inşası gerçekleştiği gibi yaşam kalitesi de etkilenecektir. Bu elbette bireyin temel ihtiyaçları ile beraber gereksinim duyduğu profesyonel mesleki yardımların zamanında karşılanması sorumluluğu üstlenmiş profesyonellerin yetkinliğini, yasal çerçevede, doğru zamanda kullanmasıyla gerçekleştirilen bir durumdur.

Toplumda, rol ve meslek çeşitliliği insanların gereksinim duyduğu müdahale yaklaşımlarının farklılaşması karşısında, yaşadığı problemle baş etme konusunda yetersiz kalılabilmekte olup, bu durumda bireylere sunulacak hizmet ve desteğin sağlanması adına işini profesyonel düzeyde yapabilen insanlara ihtiyaç duyulduğu tartışmasız bir gerçektir (Zastrow, 2015, s: 104). Sosyal hizmet uzmanlarının tıbbi sosyal hizmet müdahalesi, bireylerin yaşadığı sıkıntıları bertaraf etmek ve sağlık üretkenliğine katkıda bulunacak ilkeler çerçevesinde faaliyet göstermek gibi görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hastanın ve ailesinin tedavi sürecinde karşılaşılabileceği sıkıntılar konusunda müdahale sürecinin her aşamasında gerekli farkındalığa ve hassasiyete sahip olmaları beklenmektedir. Uzmanın tutumu bireyde özgüven ile ruh sağlığının pozitif ya da negatif yönde değişmesini etkilemektedir. Sağlıklı, huzurlu bireyler ve sağlıklı bir toplumun sağlanması ise, bireylerin ve toplumu oluşturan eğitim, sosyal ve sağlık hizmetleri veren kurumlardaki personellerinin mesleki değerlerle

harmanlanmış bir eğitim almaları, bunu içselleştirmeleri ve pratiğe dökmeleriyle gerçekleşebilmektedir.

Ülkemizde sağlık kuruluşlarında verilen tıbbi sosyal hizmetin kalitesinin artırılması bilimsel akademik ve sistemli olarak yürütülen araştırmaların devamına bağlıdır. Bu çerçevede, bu çalışma hastaneden toplumsal alana doğru uzanan sağlık sektörü içindeki sosyal hizmet mesleğinin sorumluluklarını irdelemeyi ve literatüre mütevazı bir katkı sunmayı hedeflemektedir.

Hastaların psiko-sosyal ve fiziksel fonksiyonlarının artırılması, hastalığın duygusal ve sosyal etkilerinin azaltılmasına yönelik etik sorumluluğun geliştirilmesine ve yerleştirilmesine bağlıdır. Hastaların tıbbi sorunları dışında gelişen tedavi süresince karşılaştıkları ve baş edemedikleri sıkıntıları değerlendirerek sosyal hizmet uzmanları tarafından verilen hizmet kalitesini incelemek çalışmanın temel amaçları arasında yer almaktadır. Öte yandan, tıbbi sosyal hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin tespit edilmesini sağlamak, mesleğin uygulamasında uzman ve hastaların farkındalığını arttırmaya çalışmak, daha anlamlı daha değerli bir hizmet sunumunu sağlamak da ayrıca önem arz etmektedir. Çalışma ayrıca, hasta yaşam kalitesinde sosyal hizmetin rolünü, uygulamalar ve elde edilen bulgular doğrultusunda tartışmaya açmak mesleğin geleceğe ilişkin olumlu değişimine müracaatçı sisteminin katılımını sağlayarak hasta odaklı yaklaşımla katkı sağlama hedefini taşımaktadır.

Bu çalışmanın bir diğer amacı sosyal hizmet mesleğinin uygulama alanlarından birisi olan tıbbi sosyal hizmet alanında işlevselliği arttırmak, hastaların tedavisiyle ilgili olabilecek duygusal, sosyal ve ekonomik faktörlerin iyileştirilmesine yönelik bir vizyon sunabilmek, uzmanın ve hastanın farkındalığını arttırmaya yardımcı olmaktır. Sosyal hizmet uzmanlarının hasta yaşam kalitesindeki rolünün incelenmesini esas alan bu çalışma, hastanın ve ailesinin tedavi süresince karşılaştıkları problemlerle baş etme çabalarını desteklemek, hastanın yararı gözetilerek kaynakları hak temelli ve daha verimli şekilde harekete geçirmek gibi alt amaç boyutları içermektedir.

Müracaatçıların kendileri ile ilgili kaygıları gözlemlemek elde edilen bulgu, sonuçlar ve yapılan önerilerle, hastanenin daha iyi hizmet vermesine yönelik hastane işleyişine mesleki açıdan katkıda bulunmak gibi hususlarda katkı sunmaya çaba sarf etmektedir. Bu amaçlar doğrultusunda bu yönüyle de bu çalışma önem arz etmektedir.

Doğru ve güvenilir bir araştırma sonucunda ulaşılan veriler sorun ve çözümlerin olumlu yönde sonuç vermesin de önemlidir. Bu çalışma içerisinde ulaşılan verilerle, belirenen sorunların çözülmesi doğrultusunda müracaatçının ulaşacağı daha kaliteli

hizmetle, kendini değerli hissetmesi, bireyin biyo-psiko-sosyal olarak sağlıklı yönde değişimine katkı sağlayacağı düşüncesi ile önem kazanmaktadır.

Yapılan araştırmanın sonuçları sahada çalışacak sosyal hizmet uzmanlarının üniversite öğrencilerinin ve hizmet sunan meslek elemanlarının farkındalıklarını artırma kazandırma, bu alanda araştırma yapanlara, sahadaki yöneticilere hatta araştırmaya konu olan katılımcılara bir bilgi kaynağı oluşturması bakımından önem taşımaktadır.

Genel tarama modelinin kullanıldığı bu çalışmada, tıbbi sosyal hizmet uygulamasıyla faaliyet gösteren Mardin Devlet Hastanesi ve Nusaybin Devlet Hastanesi'nde hizmet alan hastalardan katılımcılar ele alınmaktadır. Araştırmada, veri toplama aracı olarak demografik bilgi formu ve ölçek kullanılmaktadır. İçerikte, hasta ve hasta yakınlarından müteşekkil sosyal hizmet biriminden faydalanan katılımcıların demografik bilgileri yer almakta olup, katılımcılara sosyal hizmet biriminden faydalanma ve hasta yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin sorular sorulmaktadır.

Bilgi formu ve ölçek yoluyla bu veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 programı marifetiyle araştırmanın amacı doğrultusunda istatistiksel olarak analiz edilmeye çalışılmaktadır.

Diğer yandan, alanyazın taraması ve kavramsal çerçevenin teşekkülünde arşiv taraması yapılarak, Türkçe ve İngilizce kaynaklardan istifade edilmektedir. Bu kapsamda, yüksek lisans ve doktora tezleri, basılı materyaller, süreli yayınlar, raporlar, kuramsal kitaplar, makaleler ile internet yayınlarına da yoğunlaşılmaktadır.

Ülkemizde sağlık kuruluşlarında verilen tıbbi sosyal hizmet kalitesinin arttırılması bilimsel ve kurumsal çalışmaların sistemli olarak yürütülmesine bağlıdır. Sosyal hizmetlerin kalitesinin arttırılmasına yönelik mütevazı katkı sunmayı amaçlayan bu çalışma, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının birçok rollerinden biri olan hastanın yaşam kalitesini yükseltmekte uyguladıkları mesleki eylem ve etkinliklerini esas almaktadır. Bu araştırmanın, sosyal hizmet disiplini ile literatüre sunacağı katkı bakımından da önemli bir çalışma olacağı değerlendirilmektedir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sosyal Hizmet Kavramı

Kavramsal çerçevenin çizilmesi bakımından bu kısımda sosyal hizmet kavramı ve bu kavramla bağlantılı olarak sosyal adalet, sosyal destek, sosyal yardım ve sosyal refah kavramlarına yer verilmektedir. Bu çerçevede, tanımlarla söz konusu kavramlar hakkında değerlendirmelerde bulunmaktadır.

Bilimsel bir kavram olarak sosyal hizmet farklı boyutlarda tanımlanmıştır. Bir anlamda “Sosyal hizmetler, sosyal çalışma mesleğini ilgilendiren, toplumdaki özel gereksinim gruplarına, onların bedensel, ruhsal ve sosyal yapılarından gelen eksiklik, sorun ve tıkanıklık durumlarında, koruma, gözetme, kendine yeterli duruma gelmelerini sağlama amacıyla devletçe, özel ve gönüllü çabalarla düzenlenen önlemler bütünü.” (Tomanbay, 1999, s: 237) olarak tanımlanmaktadır. Sosyal hizmetin belirli bir meslekle doğrudan ilintili olduğu, insanların birçok yönden sorunlar yaşadığında bu sorunları gideren birçok hizmetin toplamına sosyal hizmetler denildiği de tanımlar arasında yer almaktadır.

Bu tanımlar ışığında sosyal hizmetler istem dışı yoksulluğa maruz kalan ve buna bağlı birçok sosyal sorun yaşayan bireye gerek devlet eliyle gerek toplum tarafından yapılan sosyal ve ekonomik yardımlar olarak da nitelenebilmektedir. Ayrıca, sosyal hizmet toplumsal olarak birbiriyle etkileşim içinde bulunan bireylerin refah düzeylerine yönelik beklentilerini karşılama üzerine temellendirilmiş, odak noktası insan olan bir meslektir. Anılan kavram, kendine özgü değer ölçüleriyle müracaatçıların beklentilerini karşılamak gayesinde bir hizmettir (Şeker, 2004, s: 23). Bu tanımlar çerçevesinde bakıldığında sosyal hizmet sosyal sorunlara çözüm üretmek üzere ortaya çıkmış bir disiplin olarak anlam bulmaktadır.

Sosyal hizmetin uluslararası literatürdeki tanımı da ayrıca dikkate değerdir. Uluslararası Sosyal Çalışmacılar Federasyonu (IFSW-International Federation of Social Workers) ve Uluslararası Sosyal Çalışma Okulları Birliği (IASSW-International Association of Schools of Social Work) (2014) tarafından sosyal hizmet şöyle tanımlanmaktadır: Bilimsel bir disiplin olan sosyal hizmet, insanların güçlendirilmesini ve bağımsızlaştırmasını temel alan sosyal uyum, değişim ve gelişimi sosyal adalet ilkeleri çerçevesinde destekleyen pratiğe dayalı bir meslektir. Farklılıklara ve insan haklarına karşı saygı ilkelerini temel alan bu bilim, insanların refah seviyesini

yükseltmeyi hedefleyen ve yaşamsal problemleri çözüme ulaştırmakla meşguldür (<https://www.iassw-aiets.org>, 2019). Burada sosyal hizmetin bilimsel bir meslek olduğu, insanların uyum, değişim ve gelişimler yoluyla güçleneceği ve bağımsızlaşacağı ve uygulamalı bir disiplin olduğu ifade edilmektedir.

Diğer yandan, sosyal hizmet mesleği daimi olarak insan sağlığına, gelişimine ve sosyal işlevselliklerine katkıda bulunma, insanların ilerlemesini destekleme, büsbütün gelişimlerinde etkide bulunmasıyla ilgilenmektedir. Hedefe varmak noktasında müracaatçılarıyla çalışmada bulunan sosyal hizmet uzmanı, ilgili yöntem ve kullanabileceği teknik aşamalar temin etmektedir (Teater, 2015, s: 22). Sosyal hizmet mesleğini icra edenler, demokratik toplumların gelişiminin hak temelli derinlikte olması gerektiğine inanan ve yaşam kalitesinin artırılmasının bilincinde olan bireyler olarak, toplumların daha yüksek tatmin düzeyinde bir yaşam sürmeleri için toplumsal mekanizmaları da beraberlerinde harekete geçirmeye çaba sarf eden kişilerdir. Sosyal hizmet uzmanları ayrıca, bilimsel sorumlulukları çerçevesinde toplumu demokrasi doğrultusunda üretkenliğe yönlendirerek, yaşam şartlarının gelişimini sağlamak üzere, lisans eğitimi almış, mesleki etik ve ilkelere bağlı uygulamacılar olarak bu etkileşimi sağlayacak niteliktedirler (Cılga, 2004, s: 36).

Özü itibariyle tanımlamak gerekirse sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki tarihleri süresince rastladıkları ve uğraştıkları bütün faaliyetleri içermektedir. En yalın ifadesiyle sosyal hizmet, insanlara kendi toplumsal çevreleri içinde ve ihtiyaç duyulduğunda sosyal çevrelerini de değişime katarak en üst düzeyde destek sağlamak üzere insan hayatına katkıda bulunan birçok işlevi içinde barındırmaktadır.

Bir Sosyal Hizmet Uzmanı;

- Etik bilgi ve beceriye sahip olmanın yanında, dezavantajlı bireylere veya çevrelerindeki kişilere ya da sosyal bünyelerin değişimde rol oynayan diğer insan gruplarına hizmette bulunmak için yapılması gereken mesleğin kabul görmüş uzmanlık alanlarında geçerli kaliteyi kazanmalıdır.
- Böylece sosyal hizmet uzmanı ilgili birey ve grupların birtakım sosyal gereksinimlerini karşılayabilmeleri, güçlüklerle baş etme veya onları bertaraf etme kabiliyetlerini, güçlü yönlerini en üst seviyeye çıkarabilmelerini, bu şekilde tatmin olacakları bir hayat sürerek topluma da katkıda bunmalarını temin etmelidir (Sheafor ve Horejsi, 2014, s: 24).

-

### **2.1.1. Sosyal Adalet**

Siyasi gücün kurumsallaşması anlamına gelen devlet, tarihin ilk dönemlerinden beri her topluluk için vazgeçilmez bir unsur olmuştur. Ancak; her siyasi güç; mahiyeti, fonksiyonları, yapıları ve ahlaki sınırları itibariyle sahip olduğu kültürel zeminin özelliklerini de yansıtmaktadır Bu anlamda sosyal devlet ya da refah devleti kavramı, modern batının devlet anlayışına eklenen sıfatlar olarak bizzat batının devlet anlayışının evrimi içinde değerlendirilip anlaşılabilir (Beki, 2008:7). Sosyal adaletin sosyal devletin gereklerinden olduğu değerlendirilmektedir.

Sosyal adalet kavramı, genel anlamda adaletin sosyal yönlü olarak uygulanmasını salık veren bir anlamla içeriklendirilmektedir. Sosyal adalet, sosyal hizmetin özellikle yoksulluk sorununun çözümü olarak toplumsal kaynakların kullanılmasında ve farklı değişkenlere sahip insanlar arasında ayırım yapmamaya bir atıf yapmaktadır. Burada üzerine temellendirebileceğimiz adalet kavramının sosyal yönü önümüze çıkmaktadır. Sosyal adalet kavramı, hukuki açıdan incelendiğinde demokrasinin hâkim olduğu bir ülkede kanunlar içerisinde olmazsa olmazlar arasında yer almaktadır. Yasalar önünde eşitlik ilkesine dayalı bu kavram, sosyolojik olarak ele alındığında, gelir dağılımı ve paylaşımın topluma adil şekilde dağılması olarak ifade edilebilmektedir (Topakkaya, 2006, s: 86).

Wakefield, çalışma alanlarını birbirinden ayıran en önemli özelliğin, gayelerinin farklı olmasında yattığını ifade etmektedir. “Sosyal adalet” ve “kendi kaderini tayin” bu anlamda sosyal hizmet mesleğinin iki önemli maksadını çalışmalarında amaç edinmektedir. En önemlisi iki temel amaçla gerçekleştirilen roller sosyal adalet ilkesi çerçevesinde sağlanan temel sosyal yardımlar ve danışanın kendi kaderini tayin hakkına gösterilen hassasiyet mesleğin misyonu açısından da benzersizliğini tanımlayabilecek niteliktedir (Yolcuoğlu, 2017, s: 182). Sosyal adalet, sosyal hizmetin hedefleri içinde yer alan bir kavram olarak kullanılmaktadır.

### **2.1.2. Sosyal Destek**

Sosyal destek, problemler içindeki bireye sunulan psiko-sosyal yardımları içermektedir. Psiko-sosyal kavramı “bireylerin psiko-sosyal iyilik hallerini etkileyen psikolojik ve sosyal süreçlerin dinamik ilişkisi anlamına gelir.” (Ramazano, 2016: s. 8) İnsanlar bazen kendileri dışında gerçekleşen afet, göç, boşanma, terk edilme, terör saldırısı ve savaş gibi birtakım sosyal sorunlara karşı baş etme kapasitelerini kullanamamaktadır. Bu durum travmatik sorunları beraberinde getirmektedir. Böylece

bireyler olay-zaman-gelecek bağlarını yitirebilmekte ve toplumsal yaşamda uyumlarını kaybedebilmektedirler. Ne yapacağını nereye gideceğini bilemeyen insanlar dışarıdan profesyonel bir yardıma ihtiyaç duymaktadır. Bu doğrultuda söz konusu sosyal sorunları yaşamış insanların, gelecek zamanda kendi içinde ruhsal dengesini kurmuş ve toplumsal yaşamda uyumlaşma sağlamış bulunması istenen bir durumdur. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları bu gibi hastalara psiko-sosyal destek sunarak, belirtilen iyilik durumuna ulaşmalarını hedeflemektedir. Sosyal hizmetlerde sosyal destek uygulamaları bu anlamda önemli ve oldukça gereklidir.

### **2.1.3. Sosyal Yardım**

Sosyal yardım, yoksulluk sorununa çözüm olarak bir sosyal hizmet türü olarak anlandırılmaktadır. Bu bağlamda, sosyal yardım kavramı elde olmayan bazı sebeplerle asgari düzeyde dahi gelir elde etme durumunda olmayan insanlara, muhtaçlık araştırmalarına göre en kısa vadede kendilerine yetecek duruma gelmeleri gayesinde olan bedelsiz olarak maddi ve toplumsal yardım için yapılan kamusal etkinlik birliğidir (Çengelci, 1993, s: 10). Sosyal yardımlardan faydalanan ihtiyaç sahibi, ait olduğu grup üyeleriyle beraber aitlik duygusu, sevgi, ilgi ve benlik saygısı gibi gereksinimlerini elde etmektedir (Aksüllü, 2004, s: 77).

Hasta ve hasta yakınları da yoksulluk içinde olup, bu endişeyi taşımak suretiyle fizyolojik sağlıklarını bozabilmekte veya tedaviye cevap vermekte güçlük yaşayabilmektedir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının hasta ve hasta yakınlarına başka kurumlardan sosyal yardım sağlamak için girişimlerde bulunması, hasta yakınına yönlendirmesi ya da başka alandaki meslektaşlarıyla işbirliği kurması bu noktada önemli görülmektedir. Toplum ve bireyleri olası tehditlere karşı korumak amacıyla kamunun, hayatını idame etmekte zorlanan bireylere asgari düzeyde parasal ve aynı yardımlar yapması sosyal devlet olmanın bir zorunluluğu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal yardımlar devletin kamu gelirlerinden karşılanarak, sağlık ve ekonomik alanda ihtiyaç sahibi yoksullara yönelik kamu tarafından tek taraflı olarak ödenmektedir (Özdemir, 2009).

### **2.1.4. Sosyal Refah**

Sosyal refah kavramı, sosyal hizmetin varmak istediği nihai hedef olarak anlaşılabilir. Tarihi olarak bakıldığında geleneksel kuruluşların yanında ortaya çıkan “sosyal refah kurumu” beraberinde toplumun işleyişinde aldığı sorumlulukla

sistemleşmiştir. Belli plan ve programlardan oluşan sosyal refah kurumu bireylere sunduğu gelirle ihtiyaçlarını karşılamalarını sağlamaktadır (Kut, 1988, s: 5). Bu tanımlamayla daha çok yoksulluğun giderilmesiyle insanların bolluğa erişeceği ve böylelikle o toplumun sosyal refaha ulaşacağı anlatılmak istenmektedir.

Ancak, günümüzde sosyal refah kavramının daha geniş anlamlar kazandığı ve yoksulluk gibi diğer sosyal sorunların da toplum nezdinde çözümlenmesiyle her yönden sosyal refaha ulaşılacağı söylenebilmektedir. Zira yoksulluk diğer tüm sosyal sorunların temelini oluştursa da, günümüzde sosyal sorunlar çeşitlilik ve yeni boyutlar kazanmaktadır. Örneğin, savaşa bağlı başka bir ülkeye göç etmeyi salt yoksullukla açıklamak mümkün olamamaktadır. Ekonomik olarak gelişmiş bireyler de can güvenliği riski taşıdığı için buldukları kaos ortamından uzaklaşmak istemektedir. Bu bağlamda, sosyal refah sosyal hizmetlerin bütüncül bir şekilde uygulanarak tüm sosyal sorunları önlemek ya da çözümlenmek amacıyla olan uzun vadeli bir hedef olarak karşımıza çıkmaktadır.

## **2.2. Sağlık ve Yaşam Kalitesi**

Sağlık kavramının en geniş tanımı Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımlamasında yer almaktadır. Bu çerçevedeki sağlık tanımı, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin bulunmasıdır. İfadelerden de anlaşılacağı gibi sağlığın bu tanımı ruhsal, fiziksel ve toplumsal durumun bütünlüğünü kapsamaktadır (Somunoğlu, 1999, s:53). Bu anlamda sağlık kavramında bedensel sağlık, ruhsal sağlık ve sosyal sağlık boyutlarından bahsetmek mümkündür (Sağı, 2019, s: 21).

Bedensel sağlığımızla doktorların ve ruhsal sağlığımızla psikiyatristlerin ilgilendiği bilindiğine göre sosyal sağlıkla da sosyal hizmet uzmanlarının ilgilendiği aşikar olacaktır. Bu bağlamda, sosyal hizmet sosyal sağlıktır yargısı ileri sürülebilmektedir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları sağlık hizmetlerinde sağlığın sosyal yönüne odaklanarak hastaların bu anlamda iyileşmelerine yönelik mesleki eylem ve uygulamalar yapmaktadırlar.

Yaşam kalitesi, bireyin esenlik içinde hayatını sürdürebileceği bir ortamda temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimlerini temin edebileceği uygun koşullara ulaşması, içinde yaşadığı topluma olumlu katkılar sunması, yaşadığı toplumsal sistemin ve doğal çevrenin dengeli uyumunu yakalayarak yaşam

becerilerinin geliştirilmesi olarak nitelenebilecektir (Yolcuoğlu, 2017, s: 339). Yaşam kalitesini tanımlamak için günümüzde ortak bir tanımlama yapılmamakla birlikte, bireyin hayatının bütünüyle pozitif yönde devam ettiğine dair sezdiği öznel his, yaşam kalitesi olarak tarif edilmektedir. Burada bireyin içinde var olduğu süreç, bu süreçteki pozisyona ilişkin ümitleri önem arz etmektedir. Kişinin beklentisi ve yaşadığı durumlar arasındaki ayrımın, bireyin yaşam kalitesini açıkladığı değerlendirilmektedir. Yaşamın kalitesi, kişinin alım gücü, çevresel koşulları, bağımsızlık gibi birden fazla parametreyle sınırlı ve karmaşık bir kavram olup, onun en önemli belirleyicilerinden birisi ise sağlıktır (Bilir ve ark., 2005, s: 663).

Yaşam kalitesini anlamak için öğelerinden bahsetmek yararlı olacaktır. Yaşam kalitesi öğeleri inanç, değerler, toplumsal bağlar, iktisadi durum, hava ve su niteliği gibi toplumun fiziki şartları, eğitim, güvenlik ve toplumsal statü gibi önemli unsurlardan oluşmaktadır. Ancak, bireyin süregelen rahatsızlığının bulunması fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde etkin konuma gelecektir. Burada ifade edilen sağlık terimi Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı üzere;

“Sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil hatta bedensel, psikolojik ve toplumsal açıdan pozitif halde olmasıdır. İnsanın sağlıklı bir zeminde hayatını sürdürmesi, yeme-içme, barınma ihtiyaçlarını giderebilmesi, fiziksel ve psikolojik ilerlemesine göre imkânları elde edebilmesi, keşfetme kuvvetini kullanabilmesi, hayatını idame ettiği çevreye ve topluluğa pozitif ilavelerde bulunabilmesi, hayatsal çevrenin birbirleriyle istikrarlı uyumudur.” (Yolcuoğlu, 2013, s: 49).

Belirtilen yaşam öğeleri arasında sosyal ihtiyaçlar ayrı bir öneme sahiptir. Hastaların ya da yakınlarının diğerleriyle birlikte sosyal ihtiyaçlarının da karşılanması onların tam anlamıyla sağlıklarına kavuşturulması amacına hizmet edecektir. Bu anlamda tıbbi sosyal hizmetin etki ve önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

### **2.3. Tıbbi Sosyal Hizmet**

Sosyal hizmetlerin farklı alanlarda varlığı ve uygulamaları bulunmakta, bu farklılıklara göre süreç içinde çeşitli derinleşme ya da uzmanlaşma alt dalları oluşmaktadır. Söz konusu müdahale alanlarından biri de sağlık hizmetleridir. Bu bağlamda sağlık sektöründe sosyal hizmet uygulanması tıbbi sosyal hizmet olarak anılmaktadır denilebilir. Bu kısımda tıbbi sosyal hizmet kavramı, tarihsel gelişimi ve Türkiye’de tıbbi sosyal hizmetin gelişim süreçlerine değinilmektedir.

### **2.3.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Kavramı**

Tıbbi sosyal hizmet, hasta ve hasta yakınlarının hastalıkla beraber ortaya çıkan psiko-sosyal sorunlarının önlenmesiyle ilgili problemlerin giderilmesi için sağlık kurumlarında ve hastanelerde yürütülen sosyal hizmet uygulamaları olarak ifade edilmektedir. Sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet uygulaması, tedavi sürecinin daha insani ve daha etkili olması için çalışmalar yürütmektedir (Duyan, 1996, akt. Özbeşler ve ark., 2010, s: 33).

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'ne göre tıbbi sosyal hizmet;

“Ayakta ya da yatakta tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözülerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır.”

İlgili mevzuat metinlerinde geçtiği üzere bir şekilde tedavi gören hastaların sosyal sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi, hasta ile ailesi arasında ilişkilerin düzenlenmesi, psiko-sosyal destek verilmesi, ekonomik sorunların çözümlenmesi ve sonuç olarak hastanın sosyal işlevsellik kazanması için yapılan mesleki eylem ve uygulamalara tıbbi sosyal hizmet denildiği anlaşılmaktadır.

### **2.3.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tarihsel Gelişimi**

Tıbbi sosyal hizmetin varlığı tarihi olarak eski dönemlere kadar uzanmaktadır. Resmi profesyonel düzenlemeler oldukça yeni olmasına rağmen bunların varlığı daha eski zamandadır. Tıbbi sosyal hizmetin çağdaş profesyonel düzenlemesini hazırlayan beş türde hizmet bulunmaktadır. Bunlar;

- Organize olmamış hizmetler,
- Lady Almonerler,
- Hastaların taburcu olmasından sonra izlenmesi,
- Ziyaretçi hemşireler
- Tıp öğrencilerinin eğitimi,

şeklinde sıralanmaktadır.

#### **2.3.2.1. Organize Olmamış Hizmetler**

Hastanın arkadaş ve çevresi hastalık durumunda genellikle psiko-sosyal alanda enformel şekilde destek olmaktadır. Örneğin, hastalık sürecinde müşahede altındaki

ebeveyn süreç içinde ailenin diğer üyelerinin yardımına gereksinim duymaktadır. Bu durumda büyükbaba, komşular ve diğer akrabalar yardım elini uzatmaktadır. Ancak, bedensel hastalık sürecinde hastalara sadece yakınları değil bu alan için kendini adanmış kişiler de yardımcı olmaktadır. Profesyonel olmayan din adamları, batı toplumunda sosyal hizmet uzmanı görevi alarak hastalık sürecinde ve sonrasında hastaya veya ailesine yardımcı olmaktadır. Rölatif olarak düzenlenmemiş ve profesyonel tarzda olmasa da alelade vatandaşlar ve profesyonel kişiler tarafından verilen tıbbi sosyal hizmet yardımlarının çoğu tıbbi sosyal hizmetin bir ekol olarak ortaya çıkmasındaki hazırlayıcı etmenlerden biri olarak kaydedilmektedir (Duyan, 2003, s: 39).

### **2.3.2.2. Lady Almonerler**

İngiliz hastane organizasyonunun bir parçası olarak hizmet veren Lady Almonerler, geçen yüzyılın sonlarında hastanede tedavi olan hastaların tedavi sürecinde etkilendikleri toplumsal problemlerin çözümü için destek vermişlerdir. 1890'lı yıllarda Londra Yoksullara Yardım Örgütü'nün Sekreteri olan Charles S. Loch'un önderliğinde Lady Almonerler İngiltere hastanelerinde oldukça prestijli bir konuma ulaşmıştı. Loch gözlemleri sonucu Lady Almonerler'in ihtiyaç sahiplerine tedavi hizmeti veren hastanelerde karşılaştıkları karmaşık problemlerin çözümünde destek verdiklerine tanık olmuştur. Bunun negatif yansıması ise gerçek ihtiyaç sahibi hastaların varlığını belirleyip tedavi süreçlerinde desteklemeleri zorlaşmış hatta imkânsız hale gelmiştir.

Hastaların yoksul olup olmadığını netleştirmek için ham ve rastlantıya dayalı farklı yollar bulunmasına rağmen, bunların oldukça yetersiz kaldığı açıktı. Loch'a göre İngiliz hastanelerinde Lady Almonerler yoksul hastaları yarı ücretli ya da ücretsiz tedaviden kimlerin yararlanacağını belirleyebilecek ehliyettedirler. Bu uygulama tıbbi sosyal hizmet için temel bir adım işlevi görmüştür. Hastaların durumlarını araştırmak üzere ilk defa Lady Almonerler 1895 yılında Londra'daki Royal Free Hospital'de görev almışlardır. Lady Almonerler, hastanenin tıbbi hizmetinden faydalanacak hastanın maddi durumunu inceleyerek, ücretsiz veya yarı ücretli olmasını belirlemekle görevlendirilmişti. Lady Almonerler, toplumun tıbbi kaynakları ve sosyal hizmet modelleri arasında irtibat kurma vazifesi yüklenmiştir. Bu sorumluluk modern tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının bazı başlıklarıyla uyuşmaktadır. Bundan dolayı Lady Almonerler tıbbi sosyal hizmet alanının temel taşları olarak görülmektedir (Duyan, 1996, akt. Zengin, 2011, s: 31).



### **2.3.2.3. Taburcu Edilen Hastaların Takibi**

İngiliz hastanelerinde Lady Almonerlerin tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında önemli bir rol olmasından önce Akıl Hastanelerinden Taburcu Olan Yoksul Kişilerin Taburculuk Sonrası Bakımı Topluluğu (The Society for After Care of Poor Persons Discharged Recovered From Insane Asylums) bulunmaktaydı. Bu topluluğun uzun adı kendi hikâyesini anlatmaktadır. Bu grup istekli bir kuruluş olmasına rağmen halen ruh sağlığı hizmeti veren hastanelerin genel süpervizörü kontrolü altında hizmet vermektedir. Bu grubun en önemli işlevi; evsiz ruh hastalarının barınma ihtiyacı için koruma evlerine ya da nekahet devresi bakım evlerine yerleştirilmesini sağlamak ve tedavi süreci biten hastalara yaşanılabilir ortamlarına sağlıklı bir biçimde dönmeleri konusunda yol göstermektir. Bu yıllarda ABD’de buna benzer bir sosyal hizmet kuruluşu bulunmamaktaydı. New York Yoksullara Yardım Derneği 1906 yılında kurulmuş ve aşağı yukarı bu sürece yakın yıllarda hastanelerde sosyal hizmet uygulamaları biçimsel ve uzmanlaşmış temele dayalı olarak işlev görmeye başlamıştır (Duyan, 2003, s: 40).

### **2.3.2.4. Ziyaretçi Hemşireler**

Hemşirelerin yaptıkları psiko-sosyal ve psikolojik destekler sosyal hizmetin uzmanlaşmamış süreci olarak ele alınabilmektedir. Hemşirelerin sosyal hizmetlere sağladığı bu katkı tıbbi sosyal hizmetin önemli bir önceli olarak sınıflanabilecektir. Hemşirelerin fiziki olarak çalıştıkları ev ve hastane ortamında duygusal ve psiko-sosyal problemlerle daha çok ilgilenmektedir.

Hemşire çalıştığı yere göre ilişki kurarak hastanın hastanede tıbbi hizmet alırken arada iletişimi sağlayarak süreci kolaylaştırmaktadır. Eğer hemşire hastanın evinde hizmet veriyorsa hastanın sosyal ve fiziki bakımını üstlendiği için daha dostça yaklaşabilmektedir. Birçok durumda ev hemşiresi hastaya dostça bir iletişim kurarak bireysel problemlerine doğrudan dokunarak bilgi sahibi olabilecektir. Günümüzde ise hemşireler sosyal hizmet uygulamalarına pozitif katkı sunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, problemler karmaşık duruma girince hastalarla çalışmak için devreye girmektedir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının hizmet misyonlarından birisi de sağlık çalışanları ve tıp öğrencilerinin hastalığın ve tıbbi bakımın sosyal boyutları üzerinde eğitim vermektir. Ancak, ülkemizde bu faaliyet yeterince sağlanamamaktadır (Duyan, 1996, akt. Zengin, 2011,s: 32 ).

### **2.3.2.5. Tıp Öğrencilerinin Eğitimi**

Tıp öğrencilerinin hastaların psiko-sosyal problemlerine çözüm üretirken hem hastanenin hem de sosyal hizmetin kaynaklarını doğru kullanmak için gerekli eğitime ihtiyaç duydukları açıktır. Hekim adaylarının tıbbi sosyal hizmet alanında formel eğitimleri ilk defa John Hopkins Üniversitesi Tıp Okulu'nda verilmiştir. Burada yalnız sınıf teori dersi değil, Dr. Charles P. Emerson'un isteği ve yönlendirmesi sonunda sahada uygulaması yapıldı. Hekim adayları hastaları ev ortamında analiz ederek hastanın fiziksel rahatsızlığı ve yakın çevresiyle ilişkilerini daha net şahit oldular (Duyan, 2003, s: 38-39).

ABD'de hekim olan Richard Cabot 20. yüzyılın başlarında hastaların beşte ikisinin yalnız tedaviye net cevap verebileceğini, beşte üçünün ise sosyal hizmetin tıp ile ilgili alanından destek almadan tedaviye tam olarak cevap veremeyeceklerini gözlemlemiştir. Richard Cabot bu detay üzerinde durarak incelemeler yapmıştır. Aynı dönemde Miss Barkeley ABD'de Barkeley Hastanesi'nde, Miss Pelton Massachusetts Genel Hastanesi'nde sosyal hizmetin yürütülmesinde görev almışlardır. Dr. Breck, klinik sahasındaki deneyimlerle sosyal yardım ve sosyal hizmetin birleştirilerek kullanılması taraftarıydı. Dr. Breck hastaları iyi analiz etmek için daha geniş zamana ihtiyaç duyuyordu. Bu alanın ilklerden sayılan Dr. Cabot hastanın üst düzeyde sağlık alanından faydalanması için kişiyi daha yakın tanımak gerektiğine inanıyordu. Hastanın tedavi sürecinde doğru yol göstericisi olması ve bu süreci azami derecede sağlıklı geçirmesi için hastanenin personeline sosyal hizmetin de eklenmesi fikrini savunmuş, böylece ABD'de tıbbi sosyal hizmet hızla yaygınlaşmıştır (Aydemir, 2003, s: 8).

Sosyal hizmetler ülkelerin ekonomik ve sosyal ölçülerine göre kullanılmakta ve gelişim sağlamaktadır. Anılan hizmetler ülkelerin yaşam standartlarıyla doğru orantılı olarak değişebilmekte ve içerik olarak farklılık gösterebilmektedir. Türkiye'ye mahsus sosyal hizmetlerin tanımına gelirse, ilk defa 27 Mayıs 1983 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanıp yürürlüğe giren 2828 sayılı "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu" ile yapılmış ve bu tanımlamayla "Sosyal Hizmetler" kavramı hukuki bir niteliğe kavuşmuştur.

### **2.3.3. Türkiye'de Tıbbi Sosyal Hizmetin Gelişim Süreci**

Türkiye'de sosyal hizmetin kamusal alanda ilk teşkilatlanması Sağlık Bakanlığı bünyesinde olmuştur. Sosyal hizmetlere kamusal zemin 12 Haziran 1959 tarihli ve 7355 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurularak oluşturulmuştur. Bu kanunla tabii

sosyal hizmet bölümü kurulmuştur. Anılan kanunun 7. maddesinde, “Tıbbi sosyal hizmetler şubesi, sosyal hizmetlerin koruyucu, terbiye ve tedavi edici tıbbi sosyal cephelerini (sosyal intibaksızlıklarını giderme rehabilitasyon ve saire gibi) ihtisas bakımından tetkik ve bunların memlekette tatbikine dair olan esasları vaz’eder.” (<https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10233.pdf>) ifadesiyle şubenin misyonuna yer vermiştir.

1961 yılında sosyal hizmet akademisiyle bu alanda öğrenci yetiştirmek istenmiştir. Sahada daha aktif olmaları için sosyal hizmet öğrencileri sağlık kuruluşlarında staj yapmaya başlamışlardır (Aydemir, 2003, s: 109). 1963 yılında 225 sayılı yasayla Sağlık Bakanlığı bünyesinde, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü faaliyete geçmiştir. İlk bilimsel sosyal hizmet olarak Türkiye’de Hacettepe Hastanesi’nde 1964 yılında mesleki tıbbi sosyal hizmet tatbiki bir grup stajyerle başlamıştır.

Hacettepe Üniversitesi’nin Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi’ne bağlı sosyal çalışma bölümü 1967 yılında faaliyete başlamıştır. Hastanelerdeki sosyal hizmet faaliyetlerinin yanı sıra 1967’de Gülveren Ana Çocuk sağlığı merkezinde sosyal hizmet bölümü, 1976’da ise Dünya Sağlık Örgütü’nün destekleriyle insan gücünün geliştirilmesi adıyla başlatılan projeye Ankara Çubuk ve İzmir Torbalı sağlık grup başkanlığı sosyal hizmet uzmanları faal rol almışlardır (Aydemir, 2003, s: 10).

Sosyal hizmetler, 1982 yılında 225 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile Sağlık Bakanlığı’nın bünyesinde çıkarılarak ayrılmış ve sosyal hizmetler şubesi kaldırılmıştır. Sonradan bu eksikliğin giderilmesini teminen 17 Nisan 1992 tarihli makam onayıyla Sağlık Bakanlığı’na bağlı Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü kurulmuş olup, bu kuruluş günümüzde de varlığını sürdürmektedir (Aydemir, 2003, s: 10).

#### **2.4. Mesleki Değerler Çerçevesinde Sosyal Hizmet**

Her mesleğin etkileşim alanı içinde kendine özgü içeriğini oluşturan değerler, ölçüler ve simgeler bulunmakta olup, bunlar mesleğin kültürel yapısını ortaya çıkarmaktadır. Mesleklerin toplumsal değerleri onun bir nevi inanç temelini de oluşturmaktadır. Bu kapsamda, sosyal hizmetin mesleki faaliyetlerinin odak noktası, toplumla etkileşim halinde olan bireyin sosyal işlevselliğidir. Shwartz’ın da ifade ettiği gibi birey ve toplumun ihtiyaçlarının karşılanması adına uyum ve doyumuna hassasiyet

göstererek destek sağlamaya çalışmaktır (Kut, 1988, s: 44). Bu çerçevede, sosyal hizmetin insan hakları, sosyal adalet, ayrımcılık yapmama, kabul etme, gizlilik, bireyin değeri ve saygınlığı gibi (Gökçearslan ve Gönen, 2011: s:151-153) mesleki değerleri bulunmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında hastalarla mesleki ilişki kurulurken kullanılan bu değerler sayesinde hastaların yaşam kalitesi yükselecektir.

## **2.5. Sosyal Hizmetin Müracaatçı Grupları ve Uygulama Yöntemleri**

Engelliler, yoksullar, azınlıklar, sığınmacılar, kadınlar, mağdurlar, çocuklar, hastalar ve hasta yakınları gibi müracaatçı gruplar, özellikleri ve özel ihtiyaçları sebebiyle hizmet almaları gereken insanlardır. Bu yöntemle sosyal hizmet uzmanı, olumsuz koşullar olsa bile, müracaatçının psiko-sosyal yönlerini güçlendirmeyi ve yaşam becerilerini kazandırmayı ve onları savunmayı vazife olarak görmektedir. Sosyal hizmet yöntemleri ise sosyal hizmet fonksiyonlarının yerine getirilmesindeki araçlar olarak anlaşılmakta ve meslekte müdahalenin oluşmasına imkân sağlamaktadır (Kut, 1988, s: 7-8). Amaç olarak kişilerin yaşam biçimlerini toplum içinde dengeli ve mutlu bir şekilde oluşmasına destek olan sosyal hizmet, mesleğin çerçevesine uygun şekilde mikro-makro ve mezzo olarak amaca ulaşmayı engelleyen sorunları çözüme kavuşturan profesyonel bir kimlikle yol alan bir meslek olarak değerlendirilmektedir (Tomanbay, 1999, s:232).

Müracaatçı grupları içinde büyük önem arz eden daha fazla hassasiyetle üzerinde durulması gerekenlerden korunmaya muhtaç çocuklar yer almaktadır. Çocuk kavramına yönelik birçok tanım bulunmaktadır. Sözlükte “bebeklik ile ergenlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız, uşak” olarak tanımlanan (TDK, 02.01.2019) çocuğu, İnan (1980) da en genel manasıyla “insan yavrusu” olarak tanımlamaktadır. Çocuk konusunda tüm ülkeleri kapsama alabilecek en genel tanımını ise Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde (ÇHS) görmekteyiz. ÇHS’nin 1. maddesi çocuğu 18 yaşından küçük insan olarak tanımlamaktadır.

Bununla beraber, aileler de sosyal hizmet uygulama kümesi içinde yer alan önemli unsurlardır. Birey ve toplum arasındaki olumlu ilişkilerin gelişimi aile vesilesiyle olduğundan, bu aşamada aile temel bir toplumsal kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Ailenin işlevleri ya da bunlar arasındaki öncelik sırası değişmekle birlikte, aile tüm toplumlarda tarih boyunca varlığını korumuştur. Toplumun ilk ve doğal çekirdeği olan aile hem bireyin fiziksel, zihinsel ve ahlaki gelişiminin doğal koşullarını sağlamakta, hem de devletin üzerinde geliştiği sosyal temellerden birinin oluşumuna

imkân sağlamaktadır (Akyüz, 2015, s: 86). Bu nedenle, sosyal hizmetin müdahale sahası müracaatçı ile beraber varsa yakınlarını da kapsayabilmektedir. Müdahale yöntemlerinden bireyle çalışma (sosyal kişisel çalışma) grupla çalışma (sosyal grup çalışması) ve toplumla çalışma uygulamalarında müracaatçının tedavi sürecine katılması amaçlanmaktadır. Bu katılma süreci müracaatçının kendi problemlerini çözme becerisini önemli ölçüde arttıracaktır (Koçyıldırım, 1992, s: 56).

Müracaatçıların temel yaşam ihtiyaçları yanında, psiko-sosyal ihtiyaçları da bulunmaktadır. Ancak, bu ihtiyaçlar çoğu zaman karşılanamaz, sorunları çözülemez ve kendi hallerine bırakılmış vaziyette hassas gruplar olarak hayata tek başına tutunmaya çalışmaktadırlar. Toplumsal cinsiyete dayalı şiddete maruz kalmaktadırlar. Yaşadıkları travmalar ve yetersizlik psikolojisiyle silik bir yaşam içinde hayatlarını devam ettirmeye çaba sarf etmektedirler. Bu durum kendine, hayata yabancılaşmayla gittikçe büyüyen sorunları ve zorlu bir yaşamı beraberinde getirmektedir. Söz konusu bireyler insani olarak ihtiyaç duydukları şeylere temel gıdaya, barınmaya ve giyeceğe, hatta tıbbi bakıma ihtiyaç duymaktadır. Dezavantajlı bireylerin yaşadıkları travmalar birçok ihtiyaçla beraber psikolojik ihtiyaçlar da doğurmaktadır. Bu bireyler güvenmeye ve güvenliklerinin sağlanması ihtiyacı içindedirler.

Sosyal yaşamlarını idame ettirecek işe, çalışmaya, ekonomiye ve yasal haklara ihtiyaç duymaktadırlar. Hassas gruplar içerisindeki bu müracaatçılar yakın çevrelerinden tamamen soyutlanmış ve yeni yerleşim yerlerinde kendilerini ne beklediğini bilmeden zor bir belirsizlik içinde hayata tutunmaya çalışmaktadır. Bu zorlu sürecin beraberinde getirdiği uyum sorunları, iletişim ve dil problemi gibi farklı bir kültür ve değer yargıları içerisinde bir anda kendini bulma, beraberinde sosyal yoksunluklar ve hayata adeta sıfırdan başlama gibi durumlar onları beklemektedir. Bu aşamada sosyal hizmet mesleği bütün bu olumsuzlukları azaltarak ortadan kaldırmayı hedefleyen bir meslektir.

Sosyal hizmet, bireylerin ilişkileri hakkında genel geçer bilgilerle, şahısların tek başlarına ya da grup olarak bireysel ve toplumsal başarılarla bu alanda hâkimiyet kazandıran bir ekoldür (Şeker, 2015, s: 9).

Cılga'ya göre ekol olarak sosyal hizmet insanların kendini yönettiği toplumlarda, sosyal ortamın ve bireyin gelişmesini, sosyal, siyasi, ekonomik, hak ve bağımsızlığını destekleyerek yaşam kalitesini artıran sosyal etkileşim düzeneğini hareketlendiren bunu yaparken bilimsel ilke ve metotlarla yapan bir meslektir (Cılga, 2004, s: 36).

Sosyal hizmeti diğer mesleklerden ayıran en önemli özelliklerden biri, müracaatçının karar verme sürecinde ne yapması gerektiği konusunda söylemde bulunmak değil, hatırlatma niteliğinde tavsiyeler üzerine kuruludur (Zastrow, 2015, s:141).

Zastrow (2013) sosyal hizmetin hedeflerini şöyle ifade etmektedir;

1. Sosyal hizmet uzmanı müracaatçıların sorunlarıyla baş etme kapasitelerini arttırarak işlevselliğini arttırmayı amaçlamaktadır. Böylece bireyin toplum içinde gerekli olan görevlerini başarabilme potansiyelini güçlendirmeyi hedeflemektedir.
2. Arabuluculuk rolü ile kaynakları sunan sistemler ve ihtiyacı olan müracaatçıları bir araya getirmektedir. Bireyleri kaynaklarla buluşturan sosyal hizmet uzmanı, karşılıklı uyumla birey ve sistemleri bir araya getirerek köprü görevi görmektedir.
3. Sosyal hizmet uygulamasının insan onuruna yaraşır şekilde belirlenmesine ve insani olarak işlevde bulunulmasına katkıda bulunmaktadır.
4. Sosyal adaletin tesisine, sosyal politikanın anlam ve işlevinin geliştirilmesine yönelik destek sağlamaktadır.
5. Eşitlikçi ve adil bir gelir dağılımı için yardım etme sürecinin kalitesi için çaba harcamakta, gerçek ihtiyaç sahipleri ve dezavantajlı grupların sosyo-ekonomik ve politik gücünü arttırmalarına yönelik güçlendirme misyonuyla aktiviteler gerçekleştirmektedir.
6. İnsanı merkeze alan bir mesleğin uzmanı olan sosyal hizmet uzmanı, toplumu geliştirmek ve tüm zorlukların üstesinden gelebilmek için yaşam boyunca kendilerini geliştirmeli profesyonel bilgi ve becerilerini arttırmalıdır (Zastrow, 2013, s: 126).

Sosyal hizmetin bilimsel fonksiyonunu oluşturan şey ise, insan ve toplumun gelişimine yönelik yaklaşımlardır. Sonuç itibariyle sosyal hizmet, insan ve insana dair önemli kavramları merkezine almış, birey ve toplum sağlığına odaklanarak var olan problemleri bilimsel yöntemlerle çözmeyi gaye edinen, nitelikli bir boyuta ulaşmasını sağlayan bilimsel işlevinden güç almaktadır (Cılga, 2004, s: 32).

Sosyal hizmet kişilerin sosyal alanda yaşamsal süreçlerini özgür, mutlu ve istendik şekilde sürdürmelerini hedeflemiş, bu doğrultuda programlanmış ilkelerle önüne çıkan engel ya da onu geciktiren durumlara kişisel, sosyal ve grup düzeyinde çalışmalar yürüten ilkeli yöntemler kullanan çalışmaların bir arada olduğu mesleğin ismidir (Tomanbay, 1999, s: 232).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda görev yapan sosyal hizmet uzmanı,

uzmanlık sahasına giren tüm hasta ve hasta yakınlarına hizmet sunmaktadır. Bu hizmetlerden faydalanabilecek müracaatçılar engelli, kimsesiz, terk edilmiş hastalar, şiddete uğramış, istismar edilmiş kadın ve çocuklar, mülteciler, yabancı uyruklu hastalar, insan ticareti mağdurları, dul, yetim ve bakıma muhtaç bireyler yaşlılar, kronik hastalığı olan bireyler, alkol ve madde bağımlısı bireyler, hastalıkta tedavi uyumu düşük hastalar, acil servis birimine intihar sebebi ile gelen vakalar, her türlü dezavantajlı muhtaç ve yoksul hastalar olarak sıralanmaktadır (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011).

Sosyal hizmet yönetimi, uygulamada hizmet sunan sosyal hizmet kurumlarının organize olmuş faydalı kullanımı ve planlanması gibi hususlarda müdahale metotlarından faydalanmaktadır. Toplumda var olan sosyal hizmet kurumlarının işlevselliğinde gerekli görülen tüm politika hizmetlerinin faydalı şekilde koordine edilmesi sürecini kapsamaktadır (Tomanbay, 1999, s: 246).

Mesleki müdahale, kuramsal bilgiyi bilimsel yolla elde ettiği mesleki bilgilerle görev kapsamına giren problemleri çözümlene sürecidir (Kut, 1988, s: 44). Hayata eşlik eden sosyal hizmet uzmanı bazen duruma göre danışman, bazen aracı, savunucu, koordinatör, eğitmen olarak destekleyici rolünü üstlenerek hizmetler sunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı kendisine rehberlik eden ilkeler doğrultusunda benliğini bilinçli kullanarak, mesleki objektifliğini sürdürerek, insani çeşitliliği benimseyerek gereksinimlerini karşılamayan birey aile ve gruplara hak temelli hizmet vermektedir (Kut, 1988, s: 8).

## **2.6. Hak ve Hasta Hakları Kavramı**

Mumcu'ya göre hak, "hukuk düzenince sınırı tanınmış, konusu, kullanma biçimi ve koşulları gösterilmiş, yararlanılması toplumca sağlanmış özgürlük"tür (Mumcu, 1992, akt. Zubaroglu, 2012, s: 4). Hatemi'ye göre ise hak, "hukuk düzeni tarafından korunan ve gerçekleşmesi hak sahibinin iradesine bırakılmış olan menfaatler" olarak nitelenmektedir (Hatemi, 2004, akt. Zubaroglu 2012, s:4).

Görüldüğü üzere hukukçularca verilen tanımlarda insan haklarının ancak bir düzen çerçevesinde varlığını sürdürebileceği ve bu düzenin uyum içinde sürdürülmesi hukuk sahasında olabileceği ifade edilmektedir. Hasta hakları "sağlık hakkı ve sağlıklı yaşama hakkı" içinde yer alan hakların bir bölümünü anlatmaktadır (Zubaroglu, 2012, s: 12).

George J. Annas 1998 yılında hazırladığı birleşik beyannamede hasta hakları

hükümlerinde olması gereken zaruri haklar,

- Tedavi ile ilgili bilgi verilmesi hakkı,
- Onam, mahremiyet ilkesinin ve insan itibarının korunması hakkı,
- Tedaviyi iade hakkı,
- Gizlilik ivedili durumlarda tedaviyi görebilme hakkı,
- Kendini müdafaa hakkı

olarak belirlenmiştir. Hastaların kendi şahsiyetleriyle ilgili karar verebilmeleri tedavi süresinde hem hak hem de prensip olarak gözetilmektedir (Zubaroglu, 2012, s: 21).

Sosyal hizmet uzmanı, hastaya ve ailesine hastalık aşamasında toplumsal, sağlık, ekonomik, ruhsal gibi çevresel ve içsel faktörleri değerlendirme aşamasında hasta ve çevresini bilgilendirip, çevresel kaynakları onların faydasına kullanmalarını sağlamaktadır. Uzman, bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetlerini hedeflemektedir. Nazilerin yargılandığı Nürnberg Mahkemeleri'nde 1947'de hasta haklarıyla ilgili emsal karar alınmıştır. Bununla birlikte tedavi öncesi doktorların hastayı bilgilendirmesi gerekmekte olup, onların onayıyla tedavi süreci başlanmış olacaktır. Böylece yönetmelik ve yasalar hak temelli bakış açısıyla yoğunlaşmıştır (Sayek, 1998, akt. Aydemir ve Işıkhani, 2013, s: 9).

Hasta hakları, temelde insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerinde söz konusu uygulama ve dayanağını insan haklarıyla ilintili temel belgelerden almaktadır. Bir başka ifadeyle, insan olarak saygı görme, kendi kaderini tayin etme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel hayatta saygı görme gibi temel ilkeler hasta haklarının da özünü oluşturmaktadır (Özlü, 2005, akt. Aydemir ve Işıkhani, 2013, s: 9).

1972'de yayınlanan ilk milli hasta hakları bildirgesi ABD Hastane Birliği'nin yayımladığı Hasta Hakları Bildirgesi'dir (Sert, 2004, s: 64). Bu bildiri, detaylı şekilde hasta haklarının vurgulanmış olduğu ilk ulusal belge niteliğini taşımaktadır. Bildiride hasta haklarının savunulması ve bunu yaparken insan haklarının ilke olarak alınması gerektiği vurgulanmıştır.

Sağlık hakkı ülkemizde ilk defa 1961 Anayasası'nda yer almıştır. 1961 Anayasası 49. maddesinde, "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır." (<https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/>) hükmüyle sağlık hakkının çerçevesini belirlemiştir.

1982 Anayasası'nın şahıs hak ve görevleri kısmının 17. maddesinde,



“Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.” hükmüyle, kimsenin izni dışında bilimsel ve tıbbi deneyler yapılamayacağı yani kobay olarak kimsenin bedeni kullanılamayacağı, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu (hasta hakları) vurgulanarak vatandaşlara sağlık hizmeti vermek görevini yetkili mevkilere vermiştir (T.C. Anayasası, 1982).

TTB 1961’de Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nü kabul görmüştür. Tüzükte tedaviden sorumlu hekimlerin mesuliyetlerini hastaların hakları, hastanın hekim tercih edebilmesi, süreçle ilgili hastanın bilgilendirilmesi, hastanın mahremiyetine saygı, doktorun hastanın tedavisinde değiştirilebilmesi gibi mevzulardan bahsedilmiştir (Vural, 1996: akt. Aydemir ve Işıkhan, s: 10). Tıbbi Deontoloji Tüzüğü gerekli niteliklere yer verse de, haklar konusunda istenen düzeyde olamamıştır. Ayrıca, bu tüzük “Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları” ismiyle tekrardan hazırlanarak TTB’nin 1998’de Ankara’da yaptığı 47. Büyük Kurultay’da onaylanmıştır (Hatun, 1999: akt. Aydemir ve Işıkhan, 2013, s: 10).

İnsan hakları bildirgesinin ve uluslararası hasta haklarıyla ilgili sözleşmelerin de etkisiyle 1998’ de kabul edilen Hasta Hakları Talimatnamesi, Türkiye’de bu alanda atılan en önemli bildirgedir. Düzensiz olan mevzuatı bir arada toplayan bir yönetmelik olmuştur.

Yönetmelik gelişmiş ülkelerde hastaların sahip olduğu hakları, sağlık sistemin nitelik ve niceliğini belirleyerek gerekli ilkeleri tespit etmiştir (Aydemir ve Işıkhan, 2013, s:11).

## **2.7. Hastane Müracaatçıları ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanının Mesleki Profili**

Hastane ortamında mesleğin gereklerini yerine getiren sosyal hizmet uzmanı, hastanın ailesinin ve hastanın tedavi sürecinde iletişimi kolaylaştırıp düzenlemektedir. Hastane ortamında hasta haklarını gerektiğinde koruyan sosyal hizmet uzmanı, hastanın ilgili ilkelere uygun şekilde tedavi sürecinde bilgilendirilmesini sağlamakta, yerine göre hastanın ve aile bireylerinin savunuculuğunu üstlenmektedir. Konuyla ilgili olarak, Turan (1988, s: 5) şunu söylemektedir: Tıbbi sosyal hizmetin sağlık alanıyla bütünleşmesinin en önemli nedeni hasta ve yakınlarıyla kaynakların tedavi sürecine

kanalize edilmesinde aracılık yapmasıdır.

Hastalık sürecinde hasta ve çevresine hastalığın psiko-sosyal tesirini ve yeni yaşam durumunu değerlendiren sosyal hizmet uzmanı, sosyal hizmet ilkeleri doğrultusunda hasta ve ailesinin hastalık sürecinde baş gösteren sorunlarla etkili mücadele etmeleri için desteklemektedir. Bu çalışmalarını yürütürken hastanın tüm problemlerine çözüm üretecek vaka yöneticisi vasfını kullanmaktadır (Özbeşler, 2010, s: 34).

### **2.7.1. Acil Servisteki Müracaatçılar**

Temel gereksinimlerinden yoksun kalan ve şiddet yüzünden ölümle karşı karşıya kalan, çabalamalarına rağmen yaşantısında olumlu bir değişim görmeyen insanlarla, yüz yüze gelen sosyal hizmet uzmanları, hastalıklar ve yoksunluklar nedeniyle insanlık adına büyük utanç sayılacak vakalarla da karşılaşacaktır. Bunlardan bazılarını inceleyecek olursak, birey, davranış olarak gelişimini biyo-psiko-sosyal olarak varlığını etkileşim halinde sürdürdüğü çevre içerisinde elde etmektedir. Sosyal hizmet alanında risk altındaki çocuklar vakası yukarıda bahsedilen değişimin önemli bir sosyal sorun olgusu olarak karşımıza çıkmaktadır (Yolcuoğlu, 2005, s: 81).

Acil servislere gelen vakalar sosyal hizmet çerçevesinde değerlendirilmeye tabi tutulduğunda sosyal hizmetin bir eksen gibi insanı en derin ve hassas şekilde ele aldığı görülebilmektedir.

Sosyal hizmet bağlamında, acil serviste görülen vakalar içerisinde, terk edilmiş bebekler, adölesan doğumlar, ihmal ve istismar sonucu gebe kalmış çocuklar gibi çok önemli vakalar meydana gelmektedir. Bu tarz vakaların tespit edilmesi durumunda, bir müdahale türü olarak tıbbi sosyal hizmet birimiyle paylaşılmalıdır. Sosyal Hizmet Uzmanı vakaya ilişkin ön değerlendirme sonucunda edindiği kanaat sonrası çocuğun yüksek yararını baz alarak, duruma göre adölesan ihbar formu veya değerlendirme formu hazırlayarak çocuk şubeye iletişim kurup durumdan haberdar etmelidir. Çocuk Koruma Kanunu kapsamında, çocuk savcılığının verdiği talimatla koruma altına alınmalıdır. Gerek görülmesi durumunda çocuk için sosyal inceleme raporu hazırlanarak eğitim, sağlık vb. önlemler alınmalıdır (Yıldırım ve Başer, 2019, s: 293).

Çocuğun ruhsal, sosyal, zihinsel, fiziksel, ahlaki gelişiminde en büyük sorumluluğu taşıyan kurum ailedir. Öte yandan, kişiliğinin inşasında ve özgüven sahibi bir bireyin yetişmesinde de önemli bir etkiye sahip olan aile, bunun gereklerini yerine getirmediğinde veya getiremediğinde birey hayata uyum sağlama konusunda ciddi

sıkıntılar yaşayacaktır.

Acil servis birimlerinde sosyal hizmet müdahale sahasına giren tecavüz, ihmal ve istismar sonucu evlilik dışı doğum yapan, ancak çocuğa uygun yaşam ortamı ve koşulları olmaması sebebiyle bebeklerini kuruma bırakmak isteyen müracaatçılar da olmaktadır. Müracaatçıların isteği doğrultusunda yapılan bu uygulama “terk bebek olarak” tanımlanmaktadır (Yıldırım ve ark. 2019, s:292).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanına gelen vaka çocukla ilgili ihmal ve istismar sonucu gebelikse sosyal hizmet biriminin durumdan haberdar edilmesi gerekmektedir. Ailenin haberi yoksa gebelik durumu, birinci derece mağdurun yakınlarına ve hastane polisine bildirilmektedir. Bu tarz vakalarda doğum gerçekleşiyse ve bebek istenmiyorsa sosyal hizmet uzmanı gerekli plan ve uygulama safhasında nitelikli bir müdahale olması için aile ile mülakat yapmakta, çözülebilecek sorunlar varsa çocuğun olabildiğince ailesinde kalması adına girişimlerde bulunmaktadır. Ön görüşme ve yapılan mülakat sonrasında anne adölesan ve hastanedeki anne yakınlarından gerekli bilgiler alınmaktadır.

Adölesan annenin kurum bakımı konusunda kararlı olması durumunda anne aracılığıyla çocuğun nüfus cüzdanı çıkarttırılır. Çocuğun kurum bakımına verilmesine ilişkin uygun görülmesi halinde bebek ve beraberindekiler Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü Korunmaya Muhtaç Çocuk Birimi'ne yönlendirilir. Burada adli işlemlerle beraber prosedürler sağlandıktan sonra çocuğun ailesi yanında kalması riskse yakınlarına teslim edilmeyip, devlet koruması altına alınır. Bunun yanı sıra, vakaya ilişkin tutanaklar ve adölesanın kişisel bilgi formları sosyal hizmet uzmanı tarafından arşive kaydedilmektedir (Yıldırım, 2019, s: 294).

Mesleğin içinde var olan her ilke ve yöntem müracaatçılar konusunda göz ardı edilecek sorunu büyüteç altına alan daha hak temelli bir yaklaşım sağlamaktadır. İnsanca yaşama olanakları elinden alınmış, dünyanın en savunmasız varlıkları olan çocukların, uğradıkları korkunç istismarlar sebebiyle telafisi zor mağduriyetler yaşamaktadırlar. Oluşan maddi, manevi ve psiko-sosyal yoksunluklarının giderilmesi ise maalesef süreç içinde zayıf kalmaktadır.

İnsan topluluklarıyla ilgilenen sosyal hizmet mesleği insanı ve toplumu tüm yönüyle incelemekle yaşanan süreci, sosyolojik, ekonomik ve psikolojik ölçülerle değerlendirme düsturuyla gerçekçi ve geçerli olan bir tabloyla insan denen değerli varlığı bütün boyutlarıyla ele almaktadır.

İnsanla çalışan bir meslek olan sosyal hizmet, bireyin kendisi veya çevresinden kaynaklı ortaya çıkan sıkıntı ve problemleri kendi potansiyelleriyle gidermeyi

hedefleyen, insan ve toplum gereksinimlerinden olan kaynaklarla buluşturmayı ön gören bir meslektir. Uygulama sürecinde yapılan her türlü faaliyet mesleğin disiplini ve temel tekniklerine dayanarak yürütülmektedir (Tomanbay, 1992, s: 134). Bu bakımdan adaletsiz toplumsal koşulları iyileştirme çabası içerisinde insan onuruna yaraşır anlayışı yerleştirmek için kendilerini mesleklerine dolayısıyla insanlığa adanmışlardır.

İntihar vakaları da tıbbi sosyal hizmet kapsamına giren vakalar arasındadır. Medikal tedavi odaklı çalışan hekim, genelde sosyal belirtileri görmezden gelmektedir. Vakanın iyiliği açısından sağlıklı ilerlemesi adına, görev üstlenen sosyal hizmet uzmanı, vakanın hem genel tedavisiyle ilgilenmekte hem de uygun terapistle yönlendirme işlemlerinde yardımcı olmaktadır (Yıldırım ve Başer, 2019, s: 295).

Sosyal hizmet mesleği değer-yargılı etik uygulamayla ilgilendiği için hizmet sunumunda müracaatçılara, hayatlarındaki değerlere ve anlama sahip çıkmaları için bu yönde yargılayıcı olmayan bir yaklaşımla çaba göstermektedirler. Uzman, kendi değerlerini mesleğin değerleriyle uyumlu hale getirip bu çabanın kritik bir adım olduğunun farkındalığı ile bireyin durumunun hassasiyetini koruyarak, saygıyla müdahalede bulunmaktadır. Uzman, müracaatçılarıyla çalışmalarında kendi kaderini tayin hakkını elinden almadan ve müracaatçının kendine olan inancını yozlaşmaya uğratmadan ne kadar dezavantajlı bir durumda olsa bile kendi yaşamları konusunda onları uzman görüp, güçlendirme odaklı bir çaba harcamaktadır.

### **2.7.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Hemodiyaliz Tedavisi Gören Müracaatçı**

Farklı sebeplerden kaynaklı olarak böbreklerin kronik olarak hastalanmasına ve görevlerini yapamaz hale gelmesine “kronik böbrek yetersizliği” (KBY) adı verilmektedir (Yıldırım, 2017, s: 65).

Hemodiyaliz kronik böbrek yetmezliği tedavi etmek için kullanılan bir yöntemdir. Hemodiyaliz hastadan alınan kanın sıvı ve solüt içeriğinin bir membran aracılığı ve bir makine yardımıyla düzenlenmiş kanın tekrar hastaya verilme işlemidir (Yavuz ve ark., 2012, akt. Yıldırım, 2017, s: 66).

KBY hastaları hastalık evresinde biyo-psiko-sosyal ve ekonomik olarak hastalıktan hem kendileri hem de yakınları etkilenmektedirler. Bireyin hastalığı nedeniyle işinden ayrılmak zorunda kalması, kendini işlevsiz olarak görüp ruhsal bunalıma girmesi kaçınılmaz hale gelebilmektedir. Ancak, bakıldığında sosyal destek alan hastaların tedaviye uyum sağladığı, hastalığın ortaya çıkardığı sorunları daha az yaşadığı bilinmektedir.

Sosyal hizmet uzmanı hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinin yükseltilmesi adına birlik ve uyumlarını güçlendirecek profesyonel destek sağlamalıdır. Sosyal hizmet uzmanlarının bu anlamdaki görevleri genel itibariyle, doğru bilgi ve yönlendirme, ilgili birime havale etme, kaynaklara erişimi sağlama, grup içerisinde bakım planlamasını yapma ve hasta adına savunuculukta bulunma, ailelere danışmalık ve psiko-sosyal destek sağlama gibi işlevsel rolleri bulunmaktadır (Yıldırım, 2017, s: 70).

Sosyal hizmet uzmanı müracaatçıya bir vizyon sunarken, müracaatçının güçlü yönlerine göre hareket etmektedir. Müracaatçının katılımını en üst düzeye çıkaracak şekilde kendi kaderini tayin hakkını gözeterek planlı değişim sürecinin ilerleyişini izlemekte ve müracaatçısının kendi yönelimli sorun çözme becerilerini öğrenmesine de katkıda bulunmaktadır. Müracaatçının kendisine ve çevresine zarar vermeyecek olan güçlü yönlerine göre hareket etmekte, güçlenmesini en yüksek düzeye çıkartmayı hedef edinmektedir.

### **2.7.3. Kanser Hastası Müracaatçılar**

“Tanım olarak kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü urlara denir. Genel anlamda ise kanser vücudun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan 100'den fazla hastalık grubudur. Çok çeşitli kanser tipleri olmasına rağmen, hepsi anormal hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile başlar. Tedavi edilmez ise ciddi rahatsızlıklara, hatta ölüme dahi neden olabilir.” (hsgm.saglik.gov.tr, 2019)

Her geçen gün görülme sıklığı artan kanser çağımızda sağlığı tehdit eden en sinsi ve en yaygın görülen hastalıklarından biridir. Hastalığın birey üzerinde örseleyici etkisi her anlamda görülmekte ve ne yazık ki telafisi mümkün olmayan zararlara sebep olmaktadır. Bu yüzden kanser, kanser tedavisinde süreci belirsizliklerle dolu olduğu bir hayat serüvenidir (Tuncay, 2009, s: 70). Kanser hastaları üzerinde oluşturduğu psikolojik sorunlar depresyonu tetiklemektedir. Beraberinde gelen tedavi masrafları ve kendini yetersiz hissetme, hastayı olumsuzluğa itmektir. Bu da karamsarlığa iterek ve tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır (Ülger ve ark., 2014, s: 86).

Farklı perspektiften mesleki müdahaleyi ele alırsak, müracaatçı sisteminin çözüme kavuşturamadıkları ve güç getiremedikleri sorunları çözüm yollarıyla buluşturmak için yapılan çalışmaya işaret etmektedir (Turan, 1988). Sosyal hizmet uzmanı mesleki müdahalede bulunurken uygulama ilkeleri ve güncel bilgi kombinasyonlarıyla hastayı durumuna göre ele almaktadır.

Sosyal hizmetler ekseninde, kanser hastaları için yapılması gereken, hastalıkla baş edebilmeleri adına sosyal güvenlik sistemi ile yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsur olan sosyal güvence konusunda sağlık yardımında bulunmaktır. Ayrıca, sosyal ve psikolojik danışmanlık, evde bakım ihtiyacının karşılanması, destek elemanları ile işbirliği içinde olmak ve hizmetin sunumunda verimli olmakta çok önemlidir. Uzman, hastanın gelir kaybının yaşanmaması için derneklerden sosyal destek alarak, hasta ve yakınlarını bilgilendirerek, engelli aylığı ve evde eğitim hizmetleri gibi kanser hastalarına sunulan hak ve yardımlardan yararlanmasını sağlayarak (Zengin ve Öztuna, 2018, s: 3) hastalara rehberlik etmektedir.

Psiko-sosyal yaklaşım bireyi ve ailesini hem psikolojik öğeleri hem de çevresi ile birlikte ele aldığı için sosyal hizmet uzmanı bu kapsamda birey odaklı bir çalışma da yapabilecektir. Sosyal hizmet uzmanı kendisine rehberlik eden ilkeler doğrultusunda, benliğini bilinçli kullanarak, mesleki nesnellliğini sürdürerek, insani çeşitliliği benimseyerek gereksinimlerini karşılamayan birey veya ailelere hak temelli hizmet sunar. Müracaatçıları kaynak, hizmet ve fırsatlarla buluşturmayı mesleki yetki ve yeterliliğinden güç alarak yapar. Bunları yaparken sosyal adaletsizlikle mücadele etme ilkesiyle hizmet sunmayı prensip edinir. Bu uygulamalar ister birey ister aile eksenli olsun, profesyonel yardım ve çalışmalar içermektedir.

Sosyal hizmet mesleği, aile ve bireyin işlevselliğini arttırmayı hedefleyen sosyal adalet ve refaha ulaşmayı amaçlayan bir disiplin olması nedeniyle yaşamla uyumlu bir denge sağlamayı da beraberinde getirir. Müracaatçıların yaşadıkları sürece eşlik eden sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıların yaşadığı strese tutun da psikopatolojik olarak ailelerine kadar etki etmektedirler. Önleyici müdahalelerle süreç içerisinde müracaatçısını ve yakınlarını etkileyecek riskleri minimize etmeye çalışmaktadır.

#### **2.7.4. Palyatif Bakım Gören Müracaatçılar**

Acının ölmekte olan hasta ve yakınlarını psiko-sosyal olarak çevrelemesi ile uygulamaya konulan palyatif bakım, hayatı zorlaştıran hastalıklardan doğan problemlerle mücadele eden hastalar ve yakınlarının yaşamsal kalitesini arttırmayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşıma göre, ister hastalığın ilk teşhis konulduğu evre olsun isterse yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği terminal evresi olsun uygulamaya konulan palyatif bakımın temel amacı kapsamlı olarak hastalıktan kaynaklı fiziksel ve ruhsal sıkıntıların önüne geçmektir. Sosyal hizmet kapsamında palyatif bakım yeni bir şey sayılmasa da Avrupa ve Amerika da

ekip içinde sosyal hizmet uzmanlarının etkili olması ülkemize oranla daha fazladır. Ancak, bu kapsamda sosyal hizmet uzmanının aldıkları görevle ilgili çalışmalar az sayıdadır (Saruç, 2013, s: 194).

Palyatif bakıma muhtaç olan müracaatçılar birçok gereksinimlerinin karşılayabilecek güç ve kapsama ulaştırılamaması nedeniyle süreç hiçbir şekilde yaşanmaz hale gelebilmektedir.

Bireyle sosyal hizmet yöntemi birey ya da aile için çözüm yollarına götüren gelişimlerden oluşur. Birey ve ailenin özelliklerine göre teknikler uygulaması, eşitlik, sosyal refah ve adalet sorunlara neden olan faktörleri bilgi merkezinde inceler. Uygulama çerçevesini seçerken bu çerçevenin gerekleri teori ve modelleri bilgi ve deneyim birikimine dayanan temel teknikleri ile sosyal hizmetin organize olmuş bilgi temelinde sorun çözmeye yönelik müdahalesini içerir olması, bütün sosyal hizmet uygulamalarında problemin ya da ihtiyacın giderilmesini gerçekleştirmeye yönelik amaç taşır.

Sosyal hizmet tarihsel gelişim içinde bilimselliğin gelişiminden doğan bir düşüncedir, bireyle beraber toplumun da özgürlüğünü ve ilerleyişini amaçlar. İnsan ve toplum düşüncesinin gelişimini sağlayan o toplumun tarihsel ve aydınlığa götüren koşullarıdır (Cılga, 2004, s:6). Elbette bu koşulları sağlamak ve ilerleyişi devam ettirmek müracaatçı sistemini olumluya götürecektir güç kaynağı ile bir araya getirerek üstesinden gelme çabasında bulunmalarında yardımcı olarak yapılabilir. Uzman için sosyal hizmet uygulama süreci etkili bir müdahale yaklaşımıyla her bir evrede yapılması gereken görevlerdendir.

Bu bakımdan palyatif bakımla ilgili sosyal hizmet uzmanının rolleri onkoloji kliniğinde çalışan sosyal hizmet uzmanının temel fonksiyonlarıyla yakındır. Hayatın her alanında olduğu gibi yaşamın son evresinde de müracaatçı için gösterdiği özen ilkeler itibarıyla eşiz bir duruş sunmaktadır. Bu da palyatif bakımın temel felsefesiyle uyumaktadır. Ekolojik yaklaşımı dikkate alarak yaşam kalitesini çevreleyen ağrı ve acıları en aza indirmek, ölüm olgusunu her boyutuyla ve anlamlı bir şekilde ele alarak yaşamın tüm iyi evrelerini hassasiyetle inceleyerek terapötik süreçle müracaatçıya aktarmaktadır (Saruç, 2013, s: 191).

### **2.7.5. Şiddet Mağduru Müracaatçılar**

İnsanlar arasındaki ilişkinin daha sağlıklı olmasına ve problemlerin çözülmesine yardımcı olan sosyal hizmet mesleği kişinin iyilik halinin devamına çalışır. Bireyin

toplumsal yaşantısında iletişim haline, girdiği çevreye bilimsel çerçeveye uygun teori üretmek müdahalede bulunan bir disiplin olması sebebiyle toplumsal adalet ve bireyin haklarını temel alan ilkeleri sosyal hizmetin esasını oluşturur (Duyan, 2008, akt. Özbeşler ve ark., 2010, s: 32). Sosyal hizmet uzmanının hizmet planı her zaman doludur, hele hastane ortamında faaliyette bulunuyorsa farklı vakalarla yüzleşme sahası olabilmektedir. Bunlarda biri de şiddet mağduru vakalardır.

Hastaneye gelen vakalar bireysel olarak veya kolluk kuvvetleri aracılığıyla gelir. Şayet bireysel olarak geldiyse şiddet gören kadının muayene eden doktorun tanı tedavi ve muayene raporu beraberinde sosyal hizmet uzmanına bildirilmesi gerekmektedir. Şiddet mağduru kadınla görüşme yapan uzman, kadını hukuki hakları konusunda bilgilendirmekte, mağdurla yakından ilgilenmekte ve istendiği takdirde kolluk görevlerine şikâyetle bulunarak adli süreci başlatabilmektedir. Durumun vahametine göre mağdur adına koruma talebinde bulunmaktadır (Başer ve Yıldırım, 2019, s: 286).

Şiddetin her türlü insan hayatına yapılmış en kötü davranış biçimidir ve kabul edilemez bir durumdur. Bununla beraber sosyal hayattaki adaletsiz koşullar insan için büyük yıkımlara sebep olmakta ve geride bu yıkımın içinde kaybolan hayatlar bırakmaktadır.

Düzenli sağlanacak kaynaklara ihtiyaç insan için bitmeyecek bir şeydir. Bu ihtiyaç sahibi müracaatçı sistemi için sağlanamadığında herhangi bir hedef başarıya ulaşılması mümkün olmamaktadır. Birincil ihtiyaçlarından yoksun olanlar, beslenme yetersizliği ya da kötü beslenme koşulları, sağlıklı bir ortamda yaşayamama, temel sağlık problemlerinin giderilememesi gibi birçok sebep ile risk altındaki gruplarının sayılarının çoğalmasıyla beraberlerinde büyüyen psiko-sosyal sorunların artmasına neden olmaktadır. Bununla beraber herhangi bir danışmanlık alamama, iletişimde kendilerini ifade etmede pek çok sorunla yaşama, güvensiz hissetme, yabancılaşma çekme ve bir takım önyargılar ile yaşamak nedeni ile bu hassas grupları yaşam koşulları karşısında dirençsiz kılmaktadır.

Farklı travmalara maruz kalmış belki açlık, susuzluk ve şiddetin her türlü ile yüzleşmiş ve yaşadıkları travmaların bile tedavi edilememesi ile daha büyük sıkıntıların patlak vermesine neden olmaktadır. Bütün bunların yanında insan onuruna yakışır yaşam hakkının zorla elinden alınmış olması ve korkunç şekilde büyüyen gelecek kaygısı bu dezavantajlı insanların yaşam alanlarını daha da daraltmaktadır. Bu bireyler hayatın içinde verdikleri savaşın izleri silinmeden, yaşadıkları uyum problemi ve önyargılar yüzünden bir kez daha hayatlarından vazgeçmek zorunda kalabilmekte ve



onları incitmeden el uzatmak mesleki olarak uzman için bir görev olsa da bu elbette insani ve vicdani olarak da kutsal bir sorumluluktur.

Sosyal hizmetin uygulanacağı saha ve yaşam koşulları uzmanın başarısının gözlemlenmesi için sosyal refah sistemi içerisinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Kuşkusuz, sosyal hizmet mesleği müracaatçıların sosyal işlevselliğini iyileştiren ve zenginleştiren, koruyucu önleyici tedavi edici geliştirici gibi uygulama etkinliklerine rehberlik eden etik ve ahlaki becerilere sahip bir meslektir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Bu araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmakta olup, çalışmada genel tarama modeli tercih edilmektedir. Genel tarama çok sayıda parametreden müteşekkil bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya ulaşmak amacıyla evrenin tamamı veya ilgili evrenden alınacak bir örneklem temelinde yapılan tarama olarak ifade edilmektedir.

Bu araştırma, hastaların tıbbi sorunları dışında gelişen tedavi süresince karşılaştıkları ve baş edemedikleri sıkıntıları değerlendirerek sosyal hizmet uzmanları tarafından verilen hizmet kalitesini incelemek üzere, nicel araştırma tekniğiyle genel tarama modeline uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Nicel araştırma, hedeflenen örneklem hakkında somut veri ve bilgi elde edinmek amacıyla sayısal verilerin sistematik, formel ve nesnel bir biçimde ele alınması ve yorumlanması olarak tanımlanmaktadır (Burns ve Grove, 1993, akt: Başol, 2008).

Nicel araştırmalarda tümevarım metodu kullanılmaktadır. Nicel araştırmalarda durum veya olay araştırmada kullanılan ölçme aracındaki maddelerce kısıtlı bir kapsamda ele alınmaktadır. Bu süreç, farkların veya ilişkinin ortaya çıkarılması ya da ileriye dönük tahminler yapılmasına kadar devam etmektedir. Ayrıca, nicel araştırmalar sayesinde örneklemde elde edilen veriler üzerinde araştırma hipotezlerini test etmek ve bu çerçevedeki genellemelere ulaşma imkânı olabilmektedir.(Başol, 2008).

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezleri**

Tez çalışmasının hipotezleri hasta yaşam kalitesindeki tıbbi sosyal hizmetin önemi ve farklı hasta tiplerinin yaşam kalitesine erişimleri olarak özetlenebilmekle birlikte, aşağıda sıralanmaktadır.

**Hipotez 1:** Hastaların yaşam kalitesi ile tıbbi sosyal hizmet arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**Hipotez 2:** Hastaların sosyal hizmet uzmanlarının sağıktaki rolünü bilme durumu ile yaşam kalitesi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**Hipotez 3:** Tıbbi sosyal hizmet desteği alanların, anılan hizmeti kısmen alanlara göre memnuniyetleri daha yüksektir.

**Hipotez 4:** Hastaların cinsiyet, yaş ve eğitim faktörlerinin farklılıkları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkisi vardır.

**Hipotez 5:** Tıbbi sosyal hizmetten istediği zaman yararlanan hastaların yaşam kalitesi düzeyleri kısmen yararlanan ve istediği zaman yararlanamayan hastalardan daha yüksektir.

### **3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın ana evrenini, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamasından yararlanan hasta ve hasta yakınları olup, örneklemi de Mardin Devlet Hastanesi ve Nusaybin Devlet Hastanesi'nden hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Etik kurul onayından sonra kurum iznine başvurulmuş ve izin verilen hastanelerde hastalardan veriler toplanmıştır.

%95 güven aralığında  $p=q=0,5$ ,  $d=0,05$  olmak üzere örneklem büyüklüğü için ulaşılmaması gereken katılımcı sayısının yaklaşık 400 kişi olarak öngörülmüştür (Karasar, 1994: 77). Örneklemi oluşturan hastanelerden yaklaşık olarak 600 hasta ve hasta yakınıyla görüşme yapılmış olup, 400'ü bu çalışmaya dâhil edilmiştir.

#### **3.3.1. Veri Toplama Araç ve Teknikleri**

Bu araştırmada veri toplama yöntemi olarak kullanılan demografik bilgi formu ve çok boyutlu yaşam kalitesi ölçeğinden oluşmaktadır. Hastane ortamında acil olmayan hasta ve yakınlarının durumu dikkate alınarak onları rahatsız etmeyecek şekilde soru formu uygulanmıştır. Örneklemde 400 katılımcıya ilişkin veriler kurum izni doğrultusunda anılan hastanelerden elde edilmiştir.

#### **3.3.2. Demografik Bilgi Formu**

İki bölümden oluşan demografik bilgi formu, İlk bölümde hasta bilgileri, ikinci bölümde sosyal hizmet biriminden faydalanma ve hasta yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin sorular sorulmaktadır. Bu sorularla katılan kişilerin cinsiyetleri, yaşı, eğitim durumu ve sosyal hizmetlerden faydalanma durumlarına ilişkin sorular yönlendirilmiş ve bu sorulara verilen yanıtlar incelenmiştir.

### **3.3.3. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Avis, Smith, Hambleton, Feldman, Selwyn ve Jacobs tarafından 1996 yılında 35 ifade ve 9 alt boyuttan oluşan ölçek yapısı ile geliştirilmiş (Avis ve ark.,1996) ve Demir (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak Güvenirlik ve Geçerlilik analizleri yapılmıştır. Geçerlilik analizi sonucunda, 34 ifade ve 6 alt boyut meydana gelmiştir. Alt boyutlar ruhsal sağlık (1, 2, 3 ve 4 nolu ifadeler), fiziksel sağlık (5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 20, 21, 22, 24, 33, 34 ve 35 nolu ifadeler), sağlık personeline erişim (28, 29, 30, 31 ve 32 nolu ifadeler), kişilerarası ilişkiler (7, 13, 18, 19 ve 23 nolu ifadeler), finansal durum (25, 26 ve 27 nolu ifadeler) ve sosyal fonksiyondan (16 ve 17 nolu ifadeler) oluşmaktadır. Ayrıca, yanıt seçenekleri “(1) hiç memnun değilim, (2) memnun değilim, (3) kararsızım, (4) memnunum ve (5) çok memnunum” şeklinde sınıflandırılmaktadır.

### **3.4. Veri Toplama Süreci**

Araştırma evrenini oluşturan katılımcılara ulaşmak için hazırlanan demografik bilgi formu ve ölçek formu etik kurul onayı alındıktan sonra sahada uygulanması için ilgili il müdürlüğünden kurum izni alınmıştır (Ek 2). Belirtilen hastanelerin ilgili birimlerinde katılımcılara demografik bilgi formu ve ölçek hastane ortamında uygulamaya konulmuştur. Katılımcılara gerekli ön bilgilendirmeler yapıp araştırmanın amacı izah edildikten sonra katılımcılardan bilgi formundaki soruları cevaplandırılmaları talep edilmiştir.

Bu çalışma formu katılımcılara 14/01/2020 20/02/2020 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmayı yapan araştırmacı, uygulamanın yapılacağı il ve ilçe hastanelerinin ilgili birimlerini dolaşarak anketleri yeterli hedef kitle sayısındaki katılımcılara dağıtmış ve daha sonra da toplamıştır. Araştırma sürecinde toplanan verilerin sağlıklı olması adına katılımcıları özellikle yüzeysel cevaplardan uzak tutmak için her katılımcıya detaylı bilgilendirme yapılmıştır.

### **3.6. Verilerin Analizi**

Araştırmada verilerin analizi için IBM SPSS 25.0 programı kullanılarak veri tabanı hazırlandıktan sonra veriler programa işlenmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans (f), yüzde (%), ortalama ( $\bar{X}$ ), standart sapma (SS), en az ve en fazla değerler olarak belirtilmiştir. Daha sonra Demir (2012) tarafından oluşturulan ölçek yapısı güvenirlik analizine tabi tutulmuştur.

Ardından hastaların kişisel bilgileri ve sosyal hizmet biriminden faydalanma ve hasta yaşam kalitesi üzerindeki etkisiyle ilgili sorulara vermiş olduğu cevaplar değerlendirilmiştir. Buna ek olarak, ölçeklerin normal dağılım hipotezine uyup uymadığı arpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir. Normal dağılım varsayımını sağlayan değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında “bağımsız örnekleme t testi” kullanılırken  ve üzeri grupların karşılaştırmalarında “tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA)” kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Verilerin analizi bu başlık altında yapılmış olup, yapılan analizlerde, iç tutarlılık analizi, araştırmaya dâhil olan hastaların sosyo-demografik profili, betimsel analiz ve fark testleri yer almaktadır.

### 4.1. İç Tutarlılık Analizi

Çalışmanın bu noktasında veri toplama vasıtası olarak tercih edilen Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği ifadeleri 34 maddeden oluşmakta olup ölçeğe verilen cevaplara göre güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlikle ilgili katsayının değerlendirme ölçütleri aşağıda sunulmaktadır:

“ $0.00 < \alpha < 0.40$  aralığında ise güvenilir değil”

“ $0.40 < \alpha < 0.60$  aralığında ise düşük güvenilirlikte.”

“ $0.60 < \alpha < 0.80$  aralığında ise oldukça güvenilir.”

“ $0.80 < \alpha < 1.00$  aralığında ise yüksek derecede güvenilir” (Özdamar, 1999, s: 513)

**Tablo 1: Ölçeklere ait güvenilirlik analizi bulguları**

Ölçekler	Cronbach's Alpha	N
----------	------------------	---

<b>Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	,919	35
Fiziksel Sağlık	,817	15
Ruhsal Sağlık	,850	4
Sağlık Personeline Erişim	,821	5
Kişilerarası İlişkiler	,625	5
Finansal Durum	,727	3
Sosyal Fonksiyon	,712	2

“Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach’s Alpha değerlerine bakıldığında bu değer 0,919 olduğu belirlenmiştir. Bu değer “ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu” ortaya koymaktadır (Özdamar, 1999, s: 510). Ölçeğin güvenilirlik analizinden elde edilen bulgulara göre, ölçeğin güvenilir olduğu, sosyal hizmet desteği alan hastaların tutarlı cevaplar verdiği ve analizde kullanılmasında bir engelin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

#### 4.2. Sosyal Hizmet Desteği Alan Hastaların Kişisel Bilgileri

Araştırmanın bu bölümünde sosyal hizmet desteği alan hastaların cinsiyet, yaş ve eğitim durumu frekans analizi irdelenmiş olup, tablolar halinde aşağıda arz edilmiştir.

**Tablo 2: Cinsiyet durumu dağılımı**

<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Kadın	218	54,5
Erkek	182	45,5
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

Tablo 2’de araştırmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımına yer verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların %54,5’i (218) kadın, %45,5’i (182) erkektir.

**Tablo 3: Yaş durumu dağılımı**

<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18-30	221	55,3
31-40	119	29,8
41-50	30	7,5
51-64	22	5,5
65+	8	2,0
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

Tablo 3’te katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında %55,3’ünün (221) 18-30 yaşlarında, %29,8’inin (119) 31-40 yaşlarında, %7,5’inin (30) 41-50 yaşlarında, %5,5’inin (22) 51-64 yaşlarında ve kalan %2,0’sinin (8) 65 yaş ve üzerinde olduğu

görülmektedir. Buna göre 65+ katılımcılar sayısı çok azken katılımcıların büyük çoğunluğunu 18-30 yaş aralığı oluşturmaktadır. Bunun sebebi de yaşlı hastaların genellikle katılımcı olmayı kabul etseler bile coğrafi bölge olarak okuma yazma oranının bu yaş grubu için çok az sayıda olması bu çalışma için katılımcıların yaş dağılımını etkilemektedir.

**Tablo 4: Eğitim durumu dağılımı**

<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
İlköğretim	84	21,0
Lise	167	41,8
Yükseköğretim	121	30,3
Lisansüstü	28	7,0
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

Tablo 4'te araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu dağılımına yer verilmiştir. Buna göre katılımcıların %41,8'ini (167) lise mezunları, %30,3'ünü (121) üniversite mezunları, %21,0'ini (84) ilköğretim mezunları ve kalan %7'sini (28) ise lisansüstü düzeyi oluşturmaktadır.

#### **4.3. Sosyal Hizmet Biriminden Faydalanma ve Hasta Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisiyle İlgili Sorulara Yönelik Bulgular**

Araştırmanın bu bölümünde sosyal hizmet desteği alan hastaların sosyal hizmet biriminden faydalanma ve hasta yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin sorulara vermiş olduğu cevaplar frekans analizi marifetiyle ele alınmış ve tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 5: Sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünün bilinme durumu**

<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	141	35,3
Kısmen	140	35,0
Hayır	119	29,7
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tablo 5'te katılımcıların sosyal hizmet uzmanlarının rolünü bilip bilmeme durumuna ilişkin veriler verilmiştir. Tablonun incelenmesinden görüleceği üzere, sosyal hizmet desteği alan hastaların %35,3'ünün (141) sosyal hizmet uzmanlarının rolünü bildiği, %35'inin (140) sosyal hizmet uzmanlarının rolünü kısmen bildiği ve kalan %29,7'sinin (119) ise sosyal hizmet uzmanlarının rol hakkında bir fikri olmadığı görülmektedir.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde, müracaatçı sistemi içinde çoğunluğun

“biliyor” veya “kısmen biliyor” olmasının yanında, sosyal hizmet uzmanlarının faaliyetlerine ilişkin hiçbir fikri olmayan bir kesimin varlığı, bu alanda farklı sorunların meydana gelebileceğini akla getirmektedir. Bununla birlikte, örneklemin sosyal hizmet uzmanlarının rollerinin tam anlamıyla bilinme oranının istenilen düzeyin altında kaldığı şeklinde değerlendirilebilmektedir.

**Tablo 6: Tıbbi sosyal hizmetten istenilen zamanda yararlanma durumu**

<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	141	35,3
Kısmen	116	29,0
Hayır	143	35,8
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6’da araştırmaya katılan hastaların tıbbi sosyal hizmetten istediği zamanda yararlanma durumuyla ilgili verilere yer verilmiştir. Buna göre katılımcıların %35,3’ü (141) tıbbi sosyal hizmetten istediği zaman yararlanmaktayken, %29,0’u (116) bu hizmetten istediği zaman kısmen yararlandığını düşünmektedir. Geriye kalan %35,8’lik (143) kesim ise bu hizmetten istediği zaman yararlanamadığını düşünmekte olup, anılan oranın oldukça yüksek olduğu değerlendirilebilecektir.

**Tablo 7: Tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra müracaatçıların hissiyatı**

<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Kötü	80	20
İyi	292	73
Çok iyi	28	7,0
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tablo 7’de araştırmaya katılan hastaların tıbbi sosyal hizmetten faydalandıktan sonraki duygusal durumuna ilişkin verilere yer verilmiştir. Buna göre katılımcıların %20’si (80) hissiyatlarının kötü olduğunu düşünürken %73’ü (292) iyi hissettiğini belirtmiştir. Hastaların %7’lik (28) kısmı duygusal durumlarının çok iyi olduğunu söylemiştir. Bu tablodaki genel memnuniyet oranının olumlu olduğu ifade edilebilecektir.

**Tablo 8: Tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnuniyet durumu**

<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	162	40,5
Kısmen	116	29,0
Hayır	122	30,5
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan hastaların sosyal hizmet uzmanının ilgi ve yeteneğinden memnun kalıp kalmama durumuna ilişkin bulgulara Tablo 8’de yer verilmiştir. Buna



göre katılımcıların %40,5'i (162) sosyal hizmet uzmanından memnun kalmışken %29'u (116) kısmen memnun olduğunu belirtmiştir. %30,5'lik (122) kesim sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnun kalmamıştır.

**Tablo 9: Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumu**

<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Kötü	80	20
İyi	266	66,5
Çok iyi	54	13,5
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tablo 9'da sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumuna dair bulgulara yer verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların %20'si (80) sosyal hizmet uzmanın tutumunu “kötü” olarak tanımlamakta olup, %66,5'i (266) sosyal hizmet uzmanın hastaya yönelik tutumundan memnun olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %13,5'i ise (54) sosyal hizmet uzmanın tutumunu “çok iyi” olarak değerlendirmiştir.

**Tablo 10: Sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etme durumu**

<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Evet	200	50,0
Kısmen	110	27,5
Hayır	90	22,5
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tablo 10'da sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etme durumuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların %50'si (200) sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye ederken, %22,5'i (90) ise sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %27,5'i ise sosyal hizmet uzmanından destek alma hususunu başkalarına “kısmen” tavsiye edebileceğini ifade etmiştir.

#### **4.4. Değişkenlere Yönelik Bulgular**

Araştırmada; “Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi” ve alt boyutlarında “Fiziksel Sağlık”, “Ruhsal Sağlık”, “Sağlık Personeline Erişim”, “Kişilerarası İlişkiler”, “Finansal Durum” ve “Sosyal Fonksiyon” araştırmada kullanılan değişkenleri teşkil etmektedir. Çalışmanın bu bölümünde, değişkenlerle ilgili tanımlayıcı istatistiklere ve fark testlerine yer verilmiştir.

**Tablo 11: Ölçeğe ilişkin betimsel analizi sonuçları**

<b>Ölçek</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
--------------	----------	-------------	--------------	-------------	-----------	------------------	-----------------

<b>Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	400	1,26	4,89	3,50	,70	-,533	,068
Fiziksel Sağlık	400	1,27	5,00	3,61	,74	-,701	,274
Ruhsal Sağlık	400	1,00	5,00	3,16	1,08	-,166	-,842
Sağlık Personeline Erişim	400	1,00	5,00	3,34	,99	-,435	-,662
Kişilerarası İlişkiler	400	1,20	5,00	3,67	,79	-,381	-,388
Finansal Durum	400	1,00	5,00	3,30	1,07	-,398	-,822
Sosyal Fonksiyon	400	1,00	5,00	3,55	1,13	-,663	-,535

Tablo 11’de yer alan betimsel analiz sonuçları aşağıda sunulmaktadır:

Araştırmaya dâhil olan hastaların, yaşam kalitesine verilen yanıtların ortalaması  $3,50 \pm 0,70$ , en az puanı 1,26 ve en fazla 4,89 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların çok boyutlu yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel sağlığa verilen yanıtların ortalaması  $3,61 \pm 0,74$ , en az 1,27 ve en fazla 5,00, ruhsal sağlığa verilen yanıtların ortalaması  $3,16 \pm 1,08$ , en az 1,00 ve en fazla 5,00, sağlık personeline erişime verilen yanıtların ortalaması  $3,34 \pm 0,99$ , en az 1,00 ve en fazla 5,00, kişilerarası iletişime verilen yanıtların ortalaması  $3,67 \pm 0,79$ , en az 1,20 ve en fazla 5,00, finansal duruma verilen yanıtların ortalaması  $3,30 \pm 1,07$ , en az 1,00 ve en fazla 5,00 ve sosyal fonksiyona verilen yanıtların - ortalaması  $3,55 \pm 1,13$ , en az 1,00 ve en fazla 5,00 şeklinde belirlenmiştir.

“Normal dağılım varsayımı, “çarpıklık ve basıklık” değerleri değerlendirilerek dağılımın normalliğine karar verilmesinin daha doğru bir yaklaşımdır” (Seçer, 2015, s: 28). Tabachnick ve Fidell (2013), çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,500 ve -1,500 değerleri arasında olduğu durumlarda dağılımın normal dağılım olarak gerçekleştiğini kabul görmektedir. Yapılan analizler sonucunda değişkenlerin tamamının belirtilen aralıklarda olduğu, aşırı uç değerlerin olmadığı ve normal dağılım varsayımını sağladığı tespit edilmiş olup, parametrik testlerin uygulanabilirliği sonucuna varılmaktadır.

#### 4.4.1. Fark Testleri

Fark testleri kısmında araştırma grubunu teşkil eden hastaların cinsiyet, yaş ve eğitim ile birlikte sosyal hizmet birimlerinden istifade etme ve hasta yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin sorulara verilen yanıtlar ile araştırma değişkenlerinden elde edilen skorları arasındaki farklılaşmalar ele alınmaktadır.

**Tablo 12: Hastaların cinsiyetine göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu**

Değişkenler	Gruplar	f	$\bar{X}$	SS	t	P
Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi	Kadın	218	3,47	,68	-1,179	,239
	Erkek	182	3,55	,71		
Fiziksel Sağlık	Kadın	218	3,57	,72	-1,069	,286
	Erkek	182	3,65	,76		
Ruhsal Sağlık	Kadın	218	3,16	1,04	-,095	,925
	Erkek	182	3,17	1,12		
Sağlık Personeline Erişim	Kadın	218	3,25	1,02	-2,067	<b>,039</b>
	Erkek	182	3,46	,95		
Kişilerarası İlişkiler	Kadın	218	3,60	,79	-1,819	,070
	Erkek	182	3,75	,78		
Finansal Durum	Kadın	218	3,36	1,05	1,266	,206
	Erkek	182	3,23	1,08		
Sosyal Fonksiyon	Kadın	218	3,51	1,15	-,765	,445
	Erkek	182	3,59	1,09		

Bağımsız örneklem t testinin neticeleri Tablo 12’de gösterilmektedir. Analiz sonucunda, hastaların cinsiyetine göre sağlık personeline erişim skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p<0.05$ ) farklılaşmaktadır. Erkeklerin sağlık personeline erişim düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, hastaların cinsiyetine göre çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler, finansal durum ve sosyal fonksiyon skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p>0.05$ ) bir biçimde farklılaşmamaktadır.

Analizden elde edilen bilgiler sonucunda hastaların kadın ya da erkek olması, hastaların sağlık personeline erişim düzeylerini etkilerken çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler, finansal durum ve sosyal fonksiyon düzeylerini etkilememektedir.

**Tablo 13: Hastaların yaşına göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu**

Gruplar	N	X	SS	$X^2$	p	Grup Fark
---------	---	---	----	-------	---	-----------

Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi	(1) 18-30	221	3,46	,71	7,186	,126		
	(2) 31-40	119	3,56	,74				
	(3) 41-50	30	3,53	,59				
	(4) 51-64	22	3,45	,47				
	(5) 65+	8	3,91	,34				
Fiziksel Sağlık	(1) 18-30	221	3,57	,74	6,090	,193		
	(2) 31-40	119	3,65	,80				
	(3) 41-50	30	3,62	,70				
	(4) 51-64	22	3,60	,52				
	(5) 65+	8	4,08	,37				
Ruhsal Sağlık	(1) 18-30	221	3,22	1,11	13,380	<b>,010</b>	4 <b>7</b> 2	
	(2) 31-40	119	3,18	1,08				4 <b>7</b> 1
	(3) 41-50	30	2,82	,86				4 <b>7</b> 5
	(4) 51-64	22	2,64	,85				3 <b>7</b> 1
	(5) 65+	8	3,84	,93				3 <b>7</b> 5
Sağlık Personeline Erişim	(1) 18-30	221	3,23	1,06	6,988	,137		
	(2) 31-40	119	3,51	,90				
	(3) 41-50	30	3,57	,89				
	(4) 51-64	22	3,38	,83				
	(5) 65+	8	3,28	,82				
Kişilerarası İlişkiler	(1) 18-30	221	3,64	,81	6,255	,181		
	(2) 31-40	119	3,69	,81				
	(3) 41-50	30	3,65	,71				
	(4) 51-64	22	3,60	,61				
	(5) 65+	8	4,27	,47				
Finansal Durum	(1) 18-30	221	3,14	1,11	10,683	<b>,030</b>	1 <b>7</b> 2	
	(2) 31-40	119	3,48	,99				1 <b>7</b> 3
	(3) 41-50	30	3,57	1,07				
	(4) 51-64	22	3,45	,85				
	(5) 65+	8	3,58	,92				
Sosyal Fonksiyon	(1) 18-30	221	3,49	1,21	1,558	,816		
	(2) 31-40	119	3,57	1,02				
	(3) 41-50	30	3,72	1,07				
	(4) 51-64	22	3,68	,81				
	(5) 65+	8	3,81	1,07				

Kruskal-Wallis H testinin sonuçları Tablo 13'te gösterilmektedir. Analiz sonucunda, hastaların yaşlarına göre ruhsal sağlık ve finansal durum skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p < 0.05$ ) şekilde farklılaşmaktadır. Ayrıca, hastaların yaşlarına göre çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, sağlık personeline erişim, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılaşmamaktadır. Analiz sonucunda, hastaların yaşı, ruhsal sağlıkları ve finansal durum düzeylerini etkilerken çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, sağlık personeline erişim, kişilerarası ilişkiler ve sosyal fonksiyon düzeylerini etkilememektedir. Ayrıca, istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar

arasında olduğu ileri seviye analizler (*post hoc*) testiyle incelenmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde aşağıda şu hususlar kaydedilmektedir.

51-64 yaşlarında olan hastaların ruhsal sağlık düzeylerinin 18-30 yaşlarında, 31-40 yaşlarında ve 65 yaş ve üzeri olan hastaların ruhsal sağlık düzeylerine göre daha düşük olduğu kaydedilmektedir. Bu durumda istatistiki olarak anlamlı ( $p<0.05$ ) bir sonuç ortaya çıkmaktadır.

41-50 yaşlarındaki hastaların ruhsal sağlık düzeylerinin 18-30 yaşlarında ve 65 yaş ve üzerindeki hastaların ruhsal sağlık düzeylerinden düşük olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna varılmaktadır.

Diğer yandan, 18-30 yaş grubundaki hastaların finansal durum seviyelerinin 31-40 ve 41-50 yaş gruplarındaki hastaların finansal durum düzeylerinden düşük olduğu değerlendirilmektedir. Bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır.

**Tablo 14: Hastaların eğitimine göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu**

	Gruplar	N	X	SS	F	p	Grup Fark
Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi	(1)İlköğretim	84	3,29	,70	2,891	,035	1 <b>7</b> 2
		167	3,54	,70			1 <b>7</b> 3
	(3)Yükseköğretim	121	3,58	,67			
	(4)Yüksek lisans/ Doktora	28	3,61	,67			
Fiziksel Sağlık	(1)İlköğretim	84	3,39	,75	3,724	,012	1 <b>7</b> 3
	(2)Lise	167	3,64	,74			
	(3)Yükseköğretim	121	3,69	,71			
	(4)Yüksek lisans/ Doktora	28	3,78	,70			
Ruhsal Sağlık	(1)İlköğretim	84	2,92	1,14	2,223	,085	
	(2)Lise	167	3,28	1,05			
	(3)Yükseköğretim	121	3,20	1,07			
	(4)Yüksek lisans/ Doktora	28	3,03	1,00			
Sağlık Personeline Erişim	(1)İlköğretim	84	3,30	,99	,368	,776	
		167	3,37	1,03			
	(3)Yükseköğretim	121	3,30	,94			
	(4)Yüksek lisans/ Doktora	28	3,49	1,02			

Kişilerarası	(1)İlköğretim	84	3,40	,78			
		167	3,66	,77			1 <del>7</del> 3
İlişkiler	(3)Yükseköğretim	121	3,89	,79	6,702	,000	
	(4)Yüksek lisans/ Doktora	28	3,59	,70			
Finansal Durum	(1)İlköğretim	84	3,21	1,03			
	(2)Lise	167	3,37	1,12			
	(3)Yükseköğretim	121	3,21	,98	1,057	,367	
	(4)Yüksek lisans/ Doktora	28	3,51	1,20			
Sosyal Fonksiyon	(1)İlköğretim	84	3,14	1,16			
	(2)Lise	167	3,53	1,11			1 <del>7</del> 3
	(3)Yükseköğretim	121	3,74	1,09	6,656	,000	1 <del>7</del> 4
	(4)Yüksek lisans/ Doktora	28	4,02	,90			

Tablo 14'te tek yönlü varyans analizinin sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonucunda, hastaların eğitim durumlarına göre çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, kişiler arası ilişkiler ve sosyal fonksiyon skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p<0.05$ ) bir şekilde farklılaşmaktadır. Ayrıca, hastaların eğitim durumlarına göre ruhsal sağlık, sağlık personeline erişim sağlık personeline erişim ve finansal durum skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p>0.05$ ) bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Analizden elde edilen bilgiler neticesinde hastaların eğitim durumu, hastaların çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, kişiler arası ilişkiler ve sosyal fonksiyon düzeylerini etkilerken ruhsal sağlık, sağlık personeline erişim ve finansal durum düzeylerini etkilememektedir. Ayrıca, istatistiki olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni *post hoc* testiyle incelenmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde aşağıdaki hususların öne çıktığı görülmektedir.

İlköğretim mezunu hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin lise ve yükseköğretim mezunu hastaların yaşam kalitesi düzeylerinden daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır.

İlköğretim mezunu hastaların fiziksel sağlık düzeylerinin yükseköğretim mezunu hastaların fiziksel sağlık düzeylerinden daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) neticesine varılmaktadır.

İlköğretim mezunu hastaların kişiler arası ilişkiler seviyelerinin yükseköğretim mezunu hastaların kişiler arası ilişkiler seviyelerinden daha düşük olduğu ve bu

durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) neticesine ulaşılmaktadır.

İlköğretim mezunu hastaların sosyal fonksiyon seviyelerinin yükseköğretim ve yüksek lisans veya doktora mezunu hastaların sosyal fonksiyon düzeylerinden daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 15: Hastaların sosyal hizmet uzmanlarının sağıktaki rolünün bilme durumuna göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu**

	Gruplar	N	X	SS	F	p	Grup Fark
Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi	(1) Evet	141	3,63	,70	4,662	,010	1 <b>7</b> 2
	(2) Kısmen	140	3,38	,69			
	(3) Hayır	119	3,51	,67			
Fiziksel Sağlık	(1) Evet	141	3,75	,73	4,275	,015	1 <b>7</b> 2
	(2) Kısmen	140	3,49	,75			
	(3) Hayır	119	3,59	,72			
Ruhsal Sağlık	(1) Evet	141	3,18	1,10	,520	,595	
	(2) Kısmen	140	3,21	1,05			
	(3) Hayır	119	3,08	1,10			
Sağık Personeline Erişim	(1) Evet	141	3,51	1,02	6,281	,002	1 <b>7</b> 2 2 <b>7</b> 3
	(2) Kısmen	140	3,11	1,00			
	(3) Hayır	119	3,42	,92			
Kişilerarası İlişkiler	(1) Evet	141	3,79	,79	4,530	,011	1 <b>7</b> 2
	(2) Kısmen	140	3,51	,82			
	(3) Hayır	119	3,71	,73			
Finansal Durum	(1) Evet	141	3,44	1,08	4,693	,010	1 <b>7</b> 2
	(2) Kısmen	140	3,08	1,04			
	(3) Hayır	119	3,38	1,05			
Sosyal Fonksiyon	(1) Evet	141	3,68	1,08	1,555	,212	
	(2) Kısmen	140	3,45	1,12			
	(3) Hayır	119	3,50	1,17			

Tablo 15'te tek yönlü varyans analizinin sonuçları gösterilmektedir. Analizin neticesinde, hastaların sosyal hizmet uzmanlarının sağıktaki rolünü bilme durumuna göre çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağık, sağık personeline erişim, kişiler arası ilişkiler ve finansal durum skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p<0.05$ ) bir şekilde farklılaşmaktadır. Ayrıca, hastaların sosyal hizmet uzmanlarının sağıktaki rolünü bilme durumuna göre ruhsal sağık ve sosyal fonksiyon skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p>0.05$ ) bir biçimde farklılaşmamaktadır.

Analizden elde edilen bilgiler neticesinde hastaların sosyal hizmet uzmanlarının

sağlıktaki rolünü bilme durumları, hastaların çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, sağlık personeline erişim, kişiler arası ilişkiler ve finansal durum düzeylerini etkilerken, ruhsal sağlık ve sosyal fonksiyon düzeylerini etkilememektedir. Ayrıca, istatistiki olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni *post hoc* testiyle incelenmektedir.

Analiz sonuçları incelendiğinde aşağıdaki hususlar öne çıkmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünü bilen hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin kısmen bilen hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünü bilen hastaların fiziksel sağlık düzeylerinin kısmen bilen hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünü bilen hastaların sağlık personeline erişim düzeylerinin kısmen bilen hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna varılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünü kısmen bilen hastaların sağlık personeline erişim düzeylerinin bilmeyen hastalardan daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) neticesine ulaşılmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünü bilen hastaların kişilerarası ilişkiler düzeylerinin kısmen bilen hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna varılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünü bilen hastaların finansal durum düzeylerinin kısmen bilen hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır.

**Tablo 16: Hastaların tıbbi sosyal hizmetten istediği zamanda yararlanma durumuna göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu**

	Gruplar	N	X	SS	F	p	Grup Fark
Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi	(1) Evet	141	3,72	,62	11,503	,000	1
	(2) Kısmen	116	3,34	,68			2
	(3) Hayır	143	3,43	,73			3



<u>Fiziksel Sağlık</u>	(1) Evet	141	3,84	,65	<u>11,097</u>	<u>.000</u>	1
							2



	(2) Kısmen	116	3,44	,76			<b>1 7 3</b>
	(3) Hayır	143	3,53	,76			
Ruhsal Sağlık	(1) Evet	141	3,31	1,15			
	(2) Kısmen	116	3,08	1,00	2,013	,135	
	(3) Hayır	143	3,08	1,06			
Sağlık Personeline Erişim	(1) Evet	141	3,75	,84			<b>1 7 2</b>
	(2) Kısmen	116	3,04	,97	20,262	,000	<b>1 7 3</b>
	(3) Hayır	143	3,19	1,03			
Kişilerarası İlişkiler	(1) Evet	141	3,75	,74			
	(2) Kısmen	116	3,61	,77	1,237	,291	
	(3) Hayır	143	3,63	,86			
Finansal Durum	(1) Evet	141	3,53	,90			<b>1 7 2</b>
	(2) Kısmen	116	3,12	1,06	5,485	,004	<b>1 7 3</b>
	(3) Hayır	143	3,22	1,18			
Sosyal Fonksiyon	(1) Evet	141	3,66	1,06			
	(2) Kısmen	116	3,36	1,17	2,427	,090	
	(3) Hayır	143	3,59	1,14			

Tek yönlü varyans analizinin neticeleri Tablo 16'da gösterilmektedir. Analiz sonucunda, hastaların tıbbi sosyal hizmetten istediği zamanda yararlanma durumuna göre çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, sağlık personeline erişim ve finansal durum skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p < 0.05$ ) bir şekilde farklılaşmaktadır. Ayrıca, hastaların tıbbi sosyal hizmetten istediği zamanda yararlanma durumuna göre ruhsal sağlık, kişiler arası iletişim ve sosyal fonksiyon skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılaşmamaktadır.

Analiz sonucunda elde edilen bilgiler hastaların tıbbi sosyal hizmetten istediği zamanda yararlanma durumu, hastaların çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, sağlık personeline erişim ve finansal durum düzeylerini etkilerken, ruhsal sağlık, kişiler arası ilişkiler ve sosyal fonksiyon düzeylerini etkilememektedir. Ayrıca, istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni *post hoc* testiyle incelenmiştir.

Analiz sonuçları incelendiğinde aşağıda hususlar öne çıkmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmetten istediği zaman yararlanan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin kısmen yararlanan ve istediği zaman yararlanamayan hastalardan daha yüksek olduğu bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır. Tıbbi sosyal hizmetten istediği zaman yararlanan hastaların fiziksel sağlık düzeylerinin kısmen yararlanan ve istediği zaman yararlanamayan hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ )

neticesine varılmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmetten istediği zaman yararlanan hastaların sağlık personeline erişim düzeylerinin kısmen yararlanan ve istediği zaman yararlanamayan hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır. Tıbbi sosyal hizmetten istediği zaman yararlanan hastaların finansal durum düzeylerinin kısmen yararlanan ve istediği zaman yararlanamayan hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) neticesine varılmaktadır.

**Tablo 17: Hastaların tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra müracaatçıların hissiyatına göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu**

	Gruplar	N	X	SS	F	p	Grup Fark
Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi	(1) Kötü	80	3,46	,61	3,791	,023	1 <b>7</b> 3
	(2) İyi	292	3,48	,71			2 <b>7</b> 3
	(3) Çok iyi	28	3,85	,75			
Fiziksel Sağlık	(1) Kötü	80	3,55	,65	3,857	,022	1 <b>7</b> 3
	(2) İyi	292	3,59	,75			2 <b>7</b> 3
	(3) Çok iyi	28	3,98	,75			
Ruhsal Sağlık	(1) Kötü	80	2,95	1,03	9,348	,000	1 <b>7</b> 3
	(2) İyi	292	3,14	1,05			2 <b>7</b> 3
	(3) Çok iyi	28	3,95	1,20			
Sağlık Personeline Erişim	(1) Kötü	80	3,26	1,06	2,664	,071	
	(2) İyi	292	3,33	,96			
	(3) Çok iyi	28	3,75	1,07			
Kişilerarası İlişkiler	(1) Kötü	80	3,66	,71	,198	,820	
	(2) İyi	292	3,66	,81			
	(3) Çok iyi	28	3,76	,84			
Finansal Durum	(1) Kötü	80	3,53	1,16	2,929	,055	
	(2) İyi	292	3,22	1,04			
	(3) Çok iyi	28	3,46	1,00			
Sosyal Fonksiyon	(1) Kötü	80	3,67	1,00	,591	,554	
	(2) İyi	292	3,52	1,12			
	(3) Çok iyi	28	3,52	1,50			

Tek yönlü varyans analizinin neticeleri Tablo 17’de gösterilmiş olup, analiz sonucunda tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra hastaların hissiyatına göre çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p<0.05$ ) farklılaşmaktadır. Ayrıca, tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra hastaların hissiyatına göre sağlık personeline erişim, kişiler arası iletişim, finansal durum ve sosyal fonksiyon skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılaşmamaktadır.

Analizden elde edilen bilgiler neticesinde tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra hastaların hissiyatı, hastaların çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık düzeylerini etkilerken sağlık personeline erişim, kişiler arası iletişim, finansal durum ve sosyal fonksiyon düzeylerini etkilememektedir. Ayrıca, istatistiki olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni *post hoc* testiyle incelenmektedir.

Analiz sonuçları incelendiğinde dikkat çeken hususlar şunlar olarak öne çıkmaktadır:

Sosyal hizmet desteğinden sonra çok iyi hisseden hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin iyi hisseden ve kötü hisseden hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır. Sosyal hizmet desteğinden sonra çok iyi hisseden hastaların fiziksel sağlık düzeylerinin iyi hisseden ve kötü hisseden hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) neticesine varılmaktadır. Sosyal hizmet desteğinden sonra çok iyi hisseden hastaların ruhsal sağlık düzeylerinin iyi hisseden ve kötü hisseden hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 18: Hastaların tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnuniyet durumuna göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu**

	Gruplar	N	X	SS	F	p	Grup Fark
Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi	(1)Evet	162	3,67	,66	8,235	,000	1 <b>7</b> 2
	(2)Kısmen	116	3,36	,72			1 <b>7</b> 3
	(3)Hayır	122	3,42	,67			
Fiziksel Sağlık	(1)Evet	162	3,78	,68	7,223	,001	1 <b>7</b> 2
	(2)Kısmen	116	3,48	,79			1 <b>7</b> 3
	(3)Hayır	122	3,52	,73			
Ruhsal Sağlık	(1)Evet	162	3,25	1,14	1,036	,356	
	(2)Kısmen	116	3,10	1,05			
	(3)Hayır	122	3,10	1,02			
Sağlık Personeline Erişim	(1)Evet	162	3,68	,89	17,585	,000	1 <b>7</b> 2
	(2)Kısmen	116	3,06	,91			1 <b>7</b> 3
	(3)Hayır	122	3,16	1,07			
Kişilerarası İlişkiler	(1)Evet	162	3,78	,80	2,901	,056	
	(2)Kısmen	116	3,55	,79			
	(3)Hayır	122	3,63	,77			

Finansal Durum	(1)Evet	162	3,39	,99	1,953	,143
	(2)Kısmen	116	3,14	1,06		
	(3)Hayır	122	3,34	1,16		
Sosyal Fonksiyon	(1)Evet	162	3,66	1,17	1,871	,155
	(2)Kısmen	116	3,40	1,09		
	(3)Hayır	122	3,53	1,09		

Tek yönlü varyans analizinin neticeleri Tablo 18’de gösterilmiştir. Analiz sonucunda, hastaların tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnuniyet durumuna göre çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık ve sağlık personeline erişim skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p<0.05$ ) farklılaşmaktadır. Ayrıca, hastaların tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnuniyet durumuna göre ruhsal sağlık, kişiler arası iletişim, finansal durum ve sosyal fonksiyon skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılaşmamaktadır.

Analizden elde edilen bilgiler hastaların tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnuniyet durumu, hastaların çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık ve sağlık personeline erişim düzeylerini etkilerken ruhsal sağlık, kişiler arası iletişim, finansal durum ve sosyal fonksiyon düzeylerini etkilemediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, istatistiki olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni *post hoc* testiyle incelenmiştir.

Analiz sonuçları incelendiğinde şu hususlar öne çıkmaktadır.

Sosyal tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnun olan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin kısmen memnun olan ve memnun olmayan hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır. Sosyal tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnun olan hastaların fiziksel sağlık düzeylerinin bu beceriden kısmen memnun olan ve memnun olmayan hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır. Sosyal tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnun olan hastaların sağlık personeline erişim düzeylerinin kısmen memnun olan ve memnun olmayan hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) neticesine varılmaktadır.

**Tablo 19: Hastaların sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu değerlendirmesine göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu**

	Gruplar	N	X	SS	F	p	Grup Fark
Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi	(1)Kötü	80	3,42	,68	9,143	,000	1 <b>7</b> 3
	(2)İyi	266	3,45	,69			2 <b>7</b> 3
	(3)Çok iyi	54	3,87	,64			
Fiziksel Sağlık	(1)Kötü	80	3,52	,73	5,960	,003	1 <b>7</b> 3
	(2)İyi	266	3,58	,74			2 <b>7</b> 3
	(3)Çok iyi	54	3,92	,68			
Ruhsal Sağlık	(1)Kötü	80	2,93	1,02	16,382	,000	1 <b>7</b> 3
	(2)İyi	266	3,08	1,05			2 <b>7</b> 3
	(3)Çok iyi	54	3,90	1,03			
Sağlık Personeline Erişim	(1)Kötü	80	3,22	1,02	7,928	,000	1 <b>7</b> 3
	(2)İyi	266	3,28	,98			2 <b>7</b> 3
	(3)Çok iyi	54	3,83	,91			
Kişilerarası İlişkiler	(1)Kötü	80	3,60	,80	2,980	,052	
	(2)İyi	266	3,64	,78			
	(3)Çok iyi	54	3,91	,79			
Finansal Durum	(1)Kötü	80	3,52	1,12	4,285	,014	1 <b>7</b> 2
	(2)İyi	266	3,19	1,03			
	(3)Çok iyi	54	3,51	1,10			
Sosyal Fonksiyon	(1)Kötü	80	3,55	1,05	2,427	,090	
	(2)İyi	266	3,48	1,13			
	(3)Çok iyi	54	3,85	1,19			

Tek yönlü varyans analizinin neticeleri Tablo 19’da gösterilmiştir. Analizin neticesinde, hastaların sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu değerlendirmesine göre çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, sağlık personeline erişim ve finansal durum skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p < 0.05$ ) farklılaşmaktadır. Ayrıca, hastaların sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu değerlendirmesine göre kişiler arası iletişim ve sosyal fonksiyon skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılaşmamaktadır.

Analizden elde edilen veriler hastaların sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu değerlendirmesi, hastaların çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, sağlık personeline erişim ve finansal durum düzeylerini etkilerken, kişiler arası iletişim ve sosyal fonksiyon düzeylerini etkilememektedir. Ayrıca, istatistiki olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni *post hoc* testiyle incelenmiştir.

Analiz sonuçları ele alındığında aşağıdaki hususlar dikkat çekmektedir.

Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu çok iyi olarak değerlendiren hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin iyi ve kötü olarak değerlendiren hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu çok iyi olarak değerlendiren hastaların fiziksel sağlık düzeylerinin iyi ve kötü olarak değerlendiren hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) neticesine varılmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu çok iyi olarak değerlendiren hastaların ruhsal sağlık düzeylerinin iyi ve kötü olarak değerlendiren hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu çok iyi olarak değerlendiren hastaların sağlık personeline erişim düzeylerinin iyi ve kötü olarak değerlendiren hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) neticesine ulaşılmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunu iyi olarak değerlendiren hastaların finansal durum düzeylerinin kötü olarak değerlendiren hastalardan düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna varılmaktadır.

**Tablo 20: Hastaların sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etme durumuna göre değişkenlerden elde edilen ortalama skorların farklılaşma durumu**

	Gruplar	N	X	SS	F	p	Grup Fark
Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi	(1)Evet	200	3,55	,73	2,075	,127	
	(2)Kısmen	110	3,39	,63			
	(3)Hayır	90	3,54	,67			
Fiziksel Sağlık	(1)Evet	200	3,64	,77	,687	,504	
	(2)Kısmen	110	3,54	,70			
	(3)Hayır	90	3,63	,72			
Ruhsal Sağlık	(1)Evet	200	3,29	1,12	2,991	,051	
	(2)Kısmen	110	3,07	,99			
	(3)Hayır	90	2,99	1,06			
Sağlık Personeline Erişim	(1)Evet	200	3,47	,99	7,891	,000	1 <b>7</b> 2
	(2)Kısmen	110	3,03	,96			2 <b>7</b> 3
	(3)Hayır	90	3,44	,99			
Kişilerarası İlişkiler	(1)Evet	200	3,66	,81	,482	,618	
	(2)Kısmen	110	3,63	,79			
	(3)Hayır	90	3,74	,75			

Finansal Durum	(1)Evet	200	3,30	1,05	5,218	<b>,006</b>	<b>2</b>
	(2)Kısmen	110	3,08	1,05			
	(3)Hayır	90	3,57	1,07			
Sosyal Fonksiyon	(1)Evet	200	3,56	1,17	1,099	,334	<b>3</b>
	(2)Kısmen	110	3,43	1,05			
	(3)Hayır	90	3,66	1,11			

Tek yönlü varyans analizinin neticeleri Tablo 20’de ele alınmaktadır. Analiz sonucunda hastaların sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etme durumuna göre sağlık personeline erişim ve finansal durum skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p<0.05$ ) farklılaşmaktadır. Ayrıca, hastaların sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etme durumuna göre çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişiler arası iletişim ve sosyal fonksiyon skorları istatistiki bakımdan anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılaşmamaktadır.

Analizden elde edilen veriler hastaların sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etme durumu, hastaların sağlık personeline erişim ve finansal durum düzeylerini etkilerken çok boyutlu yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, kişiler arası iletişim ve sosyal fonksiyon düzeylerini etkilemediğini kaydetmektedir. Ayrıca, istatistiki olarak anlamlı farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu Bonferroni *post hoc* testiyle incelenmiştir.

Analiz sonuçları incelendiğinde şu hususlar öne çıkmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanından destek almayı kısmen tavsiye eden hastaların sağlık personeline erişim düzeylerinin tavsiye eden ve tavsiye etmeyen hastalardan düşük olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanından destek almayı kısmen tavsiye eden hastaların finansal durum düzeylerinin tavsiye etmeyen hastalardan düşük olduğu ve bu durumun istatistiki olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) neticesine varılmaktadır.





## 5. TARTIŞMA

İnsanlara yardımı hedefleyen, insanların toplumsal işlevselliği ve çevresiyle olan etkileşimini sağlamaya çalışan, bunu yaparken kendine özgü yöntemleri kullanan, bu konuda bilgi ve beceriye sahip bir disiplin olan sosyal hizmet (Demiröz, 2003: 86), çok farklı alanlarda hizmet vermektedir. Sosyal hizmet uzmanları, hastanelerdeki farklı hasta tipolojilerine hizmet sunmaktan, belediyeler, kamu kurumları ve özel sektörde birbirinden başka gruplara yardım ve destek vermeye çaba sarf etmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, güçlerini yasalardan almakta ve mesleki uygulamalarını resmi politikalar çerçevesinde gerçekleştirmektedirler. Eğitim sürecinde elde ettikleri mesleki bilgi ve becerilerini yasal düzenlemeler ve çalıştıkları sosyal hizmet kurumunun çalışmalarına bağlı kalarak yürütmektedirler (Danış, 2007: 52).

Bu çerçevede, sosyal hizmet uzmanlarının faaliyet gösterdikleri alanların çeşitliliği bu alanda yapılan çalışmalara da yansımaktadır. Gerek yerli gerek yabancı akademik çalışmalar sosyal hizmet uzmanlarının farklı alanlarda olmasına rağmen

temelde verdikleri hizmetin aynı olduğu gerçeğini değiştirmemektedir. Literatür taramasında değerlendirilen sosyal hizmet alanlarının bakıma muhtaç yaşlılar, aileye destek veren hizmetler, kadına şiddete yönelik faaliyetler, psikiyatrik tedavi gören hastalar, AIDS hastalarına verilen sosyal hizmetler, hasta hakları alanındaki faaliyetler, belirli yaş aralıklarındaki orta ve yüksek riskli hastalara dönük hizmetler, bakımevlerini konu alan faaliyetler, işitme engelli çocuklara ve ailelerine hizmet sağlayan faaliyetler ile kanser hastalarının içinde buldukları hassas döneme yönelik hizmetler gibi farklı alanlarda olduğu görülmektedir.

Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban (2010) makalelerinde, sağlık anlayışındaki değişim ve sağlıkta bütüncül bir yaklaşımın ortaya çıkmasını, tıbbi sosyal hizmet ihtiyacının artmasına ve bu alandaki uygulamalara verilen önemin artmasına neden bağlamıştır. Araştırmalarının amacı, hastanelerde istihdam edilen sosyal hizmet uzmanlarının çalışma koşullarını, mesleki uygulama kapsamında kullandıkları yaklaşım, yöntem ve teknikleri, mezuniyet sonrası eğitim ihtiyaçlarını ve yaptıkları işin türünü belirlemektir. Araştırmanın bulgularına göre sosyal hizmet uzmanlarının yaklaşık yarısı (%48) hastanelerin sosyal hizmetlerinde çalışmaktadır. Onkoloji, hemodiyaliz, psikiyatri ve acil servislerde çalışanların oranı %20,8'dir. Çalışmada başvuru sahiplerinin çoğunluğunun hastane masraflarının karşılanmasına ilişkin sorunlar olduğunu ifade ettikleri sonucuna varılmıştır. Mesleki uygulamada kullanılan yaklaşımlar arasında en sık kullanılanlar problem çözme yaklaşımı (% 76,6), psikososyal yaklaşım (% 72,7) ve güçlendirme yaklaşımıdır (% 49,4). En sık kullanılan toplumsal kaynaklar, sosyal yardım ve dayanışmanın temelleri ile sosyal hizmet kurumları ve kurumlarıdır. Anılan yaklaşımların sonucunun tez çalışmasının tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra müracaatçıların hissiyatı kapsamında memnuniyetin yaklaşık %80'e (İyi ve Çok İyi oranları toplamı itibariyle) ulaşmasıyla bağdaştığı yorumunun yapılabileceği değerlendirilmektedir.

Kaya Kılıç (2010) çalışmasında, Antalya ilinde Tıbbi Sosyal Hizmet Birimlerinde görevli 10 sosyal hizmet uzmanını ele almaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanındaki çalışma sürelerine bakıldığında, iki katılımcının 28 yıl ve üzerinde, üç katılımcının 10-15 yıl arasında, üç katılımcının 3-4 yıl arasında ve iki katılımcının da iki yıldır çalıştıkları tespit edilmiştir. Katılımcılar, tıbbi sosyal hizmet birimlerini hastanede çözümlenmesi gereken problemlerin halledileceği birim olarak görmekte, bu kapsamda genel sağlık hizmetleri dâhilinde oldukça önemli bir noktada yer aldığını ifade etmektedir. Tıbbi Sosyal Hizmet Birimlerinde görevli sosyal hizmet uzmanlarının

müracaatçılarla yaşadıkları en önemli problemlerin başında uzman-müracaatçı ilişkisinde mahremiyetin sağlanamamasının geldiği kaydedilmektedir. Çalışmada ayrıca, sosyal hizmet uzmanlarının bazı müracaatçılara yönelik sosyal hizmet faaliyetlerinde evsiz hastalar, AIDS'li hastalar ve sağlık tedbir kararı olan çocuklar gibi konularda çaresiz kaldıkları vurgulanmıştır. Bu nedenle, anılan müdahalelerde çözüm üretilmesi adına sosyal politikaların oluşturulmasına ışık tutacak makro çalışmalara gereksinim duyulduğu kaydedilmektedir. Kaya Kılıç (2010) çalışmasında, sosyal hizmet uzmanlarını ele almış olup, tıbbi sosyal hizmet birimlerinin hastanede çözümlenmesi gereken problemlerin halledileceği birim olduğunu ortaya koymaktadır. Anılan sonuç sosyal hizmet uzmanlarının bakış açısıyla böyle değerlendirilirken, bu tez çalışmasının hedefi olan hasta ve hasta yakınları sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki rolünün bilinme durumunda, sosyal hizmet desteği alan hastaların %35,3'ünün sosyal hizmet uzmanlarının rolünü bildiği, %35'inin (140) sosyal hizmet uzmanlarının rolünü kısmen bildiği ve kalan %29,7'sinin (119) ise sosyal hizmet uzmanlarının rol hakkında bir fikri olmadığı ortaya çıkmıştır. Bu çerçevede, sosyal hizmet desteği alan hasta ve hasta yakınlarının sosyal hizmet uzmanlarının rolünü kısmen bildiği ve bildiği yaklaşık %70'lik bir yekün teşkil ettiğinden anılan çalışmayla rol ve bilinirlik bakımından benzer sonuçlar ortaya koyabileceği değerlendirilmektedir. Bu durumun yaşam kalitesi ile ilişkisi üzerinde etkili olabileceği söylenebilmektedir.

Bronstei ve ark. (2015) çalışmalarında, sosyal hizmet öncülüğündeki bir bakım koordinasyon müdahalesinin, 50 yaş ve üzerindeki orta ve yüksek riskli hastalar arasında 30 gün içinde hastaneye yeniden kabul oranını nasıl azaltacağını değerlendirdi. Yazarlar, taburcu olduktan sonra olağan bakım alan hastalar ile sosyal hizmet stajyerinden müdahale alan hastalar arasında 30 gün içinde yeniden kabul oranlarında önemli bir fark olup olmadığını belirlemek için rastgele kontrollü bir çalışma yürütmüşlerdir. Sonuçlar, LACE indeksi skoru 7 veya daha yüksek olan (N = 89) hastanede yatan hastaların bir örneği kullanılarak elde edilmişti. Analiz, müdahalenin yaklaşık %22 oranında tekrar kabul edilmeme olasılığını artırdığını göstermektedir (RR = 1.222;% 95 CI = 1.063–1.405). Müdahaleyle risk artışı istatistiksel olarak oldukça anlamlıydı (p = .003). Bu çalışma, sosyal hizmet stajyerlerinin zaman açısından verimli bir bakım koordinasyon müdahalesinin hastaneye yeniden kabul oranlarını azaltabileceğini göstermektedir. Bu çalışmanın diğer topluluklarda, daha çeşitli popülasyonlarda ve daha fazla sayıda hastayla tekrarlanması, sonuçların genelleştirilebilir olup olmadığını gösterecektir. Bu tez çalışmasında da, katılımcıların

%50'si sosyal hizmet uzmanından destek alacağını tavsiye ederken, %22,5'i ise sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %27,5'i ise sosyal hizmet uzmanından destek alma hususunu başkalarına "kısmen" tavsiye edebileceğini ifade etmiştir. Destek almayı tavsiye edenler ile kısmen tavsiye edenlerin toplam oranın yaklaşık olarak %77'si olduğu ele alındığında, sosyal hizmet uzmanlarının hasta kabul oranlarını düşürmesinde olduğu gibi tez çalışması da bu durumu memnuniyet ve tavsiye açısından ele almaktadır. Her ne kadar Bronstei ve ark. (2015) çalışmalarında belirli bir yaş üstü hastaların sosyal hizmet almaları sonrasında hastaların dönüşlerini azaltabileceğini ortaya koymuş olsa da, tez çalışmasının konuya memnuniyet açısından yaklaşımının da benzer bir anlayış meydana çıkardığı ifade edilebilecektir.

Gibbons, Butler ve Urwin (1978) kendilerini kasten zehirledikten sonra bir yıl içinde acil servise gelen en az 17 yaşındaki 400 hasta üzerinde deneysel bir sosyal hizmet çalışması ve rutin bir kontrol takip hizmeti yürütmüştü. Çoğunluğu hâlihazırda psikiyatrik tedaviye devam eden 139 hasta araştırmaya dâhil edilmemişti. Bir yıl sonra, kendini zehirlemeyi tekrarlayan hastalarının yaklaşık %14'ünün durumlarında bir değişiklik yoktu, ancak dışlanan grubun önemli ölçüde daha fazlasında (%36) bu durum tekrarlamıştı. Araştırmaya katılan hastaların rastgele yarısıyla başvurudan dört ay sonra yeniden görüşülmüş olup, bazı grupların depresif duygudurum ve sosyal sorunların ölçümlerinde önemli ölçüde iyileştiği görülmüştür. Her ne kadar anılan çalışmada psikiyatrik tedavi görenler ele alınmış olsa da, çalışma sosyal hizmet alanlarda olumlu sonuçların gözlemlenmeye başladığını ortaya koymakta olup, sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumu sorusunun yanıtlarının tez çalışmasıyla benzerlik kurulabileceğini gösterdiği değerlendirilmektedir. Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumunun %80 oranında iyi olduğu değerlendirildiğinde, bu hizmeti alanların bu yaklaşımdan müspet anlamda etkilendiğini söylemenin yerinde olabileceği yorumu yapılabilecektir.

Reese (2004) çalışmasında mali gerçekleri bakımevi felsefesiyle dengeleme mücadelesinde, bazı bakımevlerinin sosyal hizmet katılımını azaltarak maliyetleri düşürmeye çalıştığını ortaya koymaktadır. 66 bakımevine ilişkin bu kesitsel araştırmada, artan sosyal hizmet katılımı, düşük bakımevi maliyetleriyle önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir. Ek faydalar arasında daha iyi ekip çalışması, ekipte sosyal hizmet uzmanı tarafından ele alınan daha fazla sorun, azaltılmış tıbbi hizmetler ve diğer ekip üyelerinin daha az ziyaretinin yanı sıra artan müşteri memnuniyeti ve daha düşük vaka

şiddeti bulunmuştu. Çalışma, yeterli sayıda yüksek eğitimli ve deneyimli sosyal hizmet uzmanına daha yüksek maaş ödenmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Anılan çalışma da sosya hizmet alanların memnuniyetlerinin arttığını ifadeyle, tez çalışmamızla paralellik teşkil etmektedir.

Proctor, Morrow-Howel ve Lott (1993) hastane sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilem tanımlamalarını çatışan belirli ilkelere göre kodlamak için NASW Etik Kurallarına dayalı kategoriler kullandılar. Ayrıca, etik ikilemde yer alan taburcu edilecek yeri ve tıbbi bakım sorunlarını belirlemek için kodlar geliştirdiler. Çoğu etik ikilemin, bireylerin kendi kaderini tayin etmesi ile bireylerin çıkarları arasındaki çatışmaları içerdiği görülmüştür. Etik ikilemler, hastanın zihinsel durumu bozulduğunda ve karar verme sorunu olduğunda daha muhtemeldi. Etik ikilemler, gecikmiş taburculuk, hastane içi mortalite ve taburculuk sonrası bakımın yetersiz olmasıyla ilişkiliydi. Çalışma, etik ikilemlerin anlaşılmasını geliştirir ve bunların oluşumunu ve sonuçlarını incelemek için bir metodoloji geliştirir. Çalışma sosyal hizmet uzmanları için mesleki kurallar ortaya koymakla beraber, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarını ele almaktadır. Mevcut tez çalışması da, sosyal hizmet biriminden faydalanma ve hasta yaşam kalitesi üzerindeki etkisiyle ilgili sorularıyla, sosyal hizmet uzmanlarının sağıktaki rolünün bilinme durumunu ortaya koyması, hastaya karşı olan tutumu ve sosyal hizmet uzmanından destek almayı tavsiye etme durumlarıyla sosyal hizmet uzmanlarının mesleki ve etik kurallara uyup uymadıklarını hasta ve hasta yakınlarının cevaplarıyla ortaya koymaktadır.

Aydemir ve Işıkhan (2013), hasta hakları uygulamalarının alandaki (hastanelerdeki) uygulayıcılara ilişkin çalışmalarında, hasta ve yakınlarının karşılaştıkları her türlü sorunu çözmeye çalışan hasta hakları birim sorumlularının alanın özelliğine ilişkin günlük uygulamalarda karşılaştıkları sorunların neler olduğunun saptanması buna ilişkin çözüm önerileri geliştirmeye odaklanmıştır. Ayrıca, hasta hakları birim sorumlularının gözüyle hasta hakları sorunlarının saptanması ve çözüm önerileri, alana ilişkin yapılması planlanan yasal düzenlemelere de katkı sağlayabilir. Bu amaçla araştırma kapsamında hasta hakları birim sorumlularının karşılaştıkları sorunlar ve hasta hakları uygulamalarının kalitesini arttırmak için konuya ilişkin önerileri incelenmiştir. Hasta memnuniyetinin en üst noktada olduğu, katılımcı ve demokratik bir yapıda yönetimin geçerli olduğu Çağdaş Sağlık Yönetimi, her geçen gün özellikle sağık kurumlarında daha da fazla uygulama alanı oluşturmaktadır. Ülkemizdeki hastanelerin %94'ünü oluşturan kamu hastaneleri oldukça önemli bir paya

sahiptir. Yaşanan koşullarda oldukça zor bir görev üstlenmiş olan kamu hastaneleri için Çağdaş Sağlık Yönetimi ideal bir yönetim stratejisi olarak görülmektedir. Anılan çalışma hasta haklarını sosyal hizmet uzmanları yönünden ele alırken, mevcut tez çalışması hastalar ve hasta yakınlarının haklarını ve tıbbi sosyal sosyal hizmeti bilip bilmemelerine odaklanmaktadır.

Daşbaşı (2013) araştırmasını işitme engelli çocuklara ve ailelerine hizmet veren bir işitme ve konuşma engelliler özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde yapmıştır. Araştırmanın amacı, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde ailelere yönelik sosyal hizmet uygulamalarında ne ölçüde başarı sağlandığını ve bu uygulamaların başarısını etkileyen etmenleri değerlendirmektir. Araştırmada önce, merkezden hizmet alan ve ilköğretime devam eden 12 işitme engelli çocuk ve aileleriyle sosyal hizmet uygulaması yürütülmüş, izleyen aşamada mesleki uygulamanın sonuçları değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, çalışmanın ilk aşamasında görüşmeler yoluyla ailelerin ihtiyaç ve sorunları belirlenmiştir. Daha sonra bu ihtiyaçlar önceliklerine göre sıralanmış ve öncelikli üç ihtiyacın karşılanmasına yönelik üç amaç belirlenmiştir. Araştırma sürecinde ailelerle bu amaçlara ulaşmaya yönelik mesleki çalışma yürütülmüştür. Ailelerin amaçlara ulaşmadaki başarısı Amaca Ulaşma Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ailelerle yürütülen mesleki çalışmanın sonucunda, ailelerin çalışmaya katılma konusundaki motivasyonları, araştırmacının mesleki becerileri ve mesleki çalışmanın yürütüldüğü merkezin koşulları mesleki çalışmanın başarısına etki eden etmenler olmuştur. Ailelerin amaca ulaşmadaki başarısı sosyal hizmet uygulamalarının da başarılı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu çalışma, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerindeki sosyal hizmet uygulamalarının işitme engelli çocuk ve ailelerine yarar sağladığını göstermektedir. Tez çalışması da, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetlerini tespit etmeye çalışırken, Daşbaşı (2013) araştırmasında olduğu gibi sosyal hizmet uygulamalarının başarılarını ortaya koymaya çalışmaktadır.

Bu çalışmada, Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği çerçevesinde fiziksel ve ruhsal sağlık, sağlık personeline erişim, kişilerarası ilişkiler, finansal durum ve sosyal fonksiyona ait güvenilirlik analizleri yapılmaktadır. Sosyal hizmet desteği alan hastaların %35,3'ünün (141) sosyal hizmet uzmanlarının rolünü bildiğini, %35,0'inin (140) sosyal hizmet uzmanlarının rolünü kısmen bildiğini ve kalan %29,7'sinin (119) ise sosyal hizmet uzmanlarının rolünü bilmediği görülmektedir. Aydemir ve Işıkhani'nin (2013), hasta hakları bağlamındaki çalışmalarıyla birlikte değerlendirildiğinde, tezin literatürle paralellikler gösterdiği değerlendirilebilmektedir. Araştırmaya katılan hastaların tıbbi

sosyal hizmetten faydalandıktan sonraki duygusal durumuna ilişkin verilere yer verilmektedir. Bu bağlamda, katılımcıların %20'si (80) hissiyatlarının kötü olduğunu düşünürken %73'ü (292) iyi hissettiğini belirtmiştir. Hastaların %7'lik (28) kısmı duygusal durumlarının çok iyi olduğunu söylemiştir.

Diğer yandan, çalışmamızda sosyal hizmet uzmanlarının sağıltaki rolünü bilen hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin kısmen bilen hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının sağıltaki rolünü bilen hastaların fiziksel sağılık düzeylerinin kısmen bilen hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının sağıltaki rolünü bilen hastaların sağılık personeline erişim düzeylerinin kısmen bilen hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının sağıltaki rolünü kısmen bilen hastaların sağılık personeline erişim düzeyleri konusunda daha az bilgi sahibi olan hastalardan düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda, Aydemir ve Işıkhani'nin (2013) hasta hakları üzerine yaptıkları çalışmalarda da benzer neticelerin ortaya çıktığı ifade edilebilecektir.

Sosyal hizmet desteğinden sonra çok iyi hisseden hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin iyi hisseden ve kötü hisseden hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal hizmet desteğinden sonra çok iyi hisseden hastaların fiziksel sağılık düzeylerinin iyi hisseden ve kötü hisseden hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal hizmet desteğinden sonra çok iyi hisseden hastaların ruhsal sağılık düzeylerinin iyi hisseden ve kötü hisseden hastalardan daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) sonucuna ulaşılmıştır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Günümüzün karmaşık ve hızlı değişen toplumları bilgi ve iletişim teknolojilerinin de etkisiyle birbirlerinden oldukça etkilenebilmektedir. Gelişmiş ülkeler ile refah toplumlarındaki hayat tarzları veya trendler ivedilikle dünyaya yayılmaktadır. Bu gelişmeler karşısında bireylerin eskiye nazaran dünyadan haberdar olmalarına ve hayatlarına popüler unsurlar katmalarına neden olmaktadır. Bu çerçevede, yaşam kalitesinin ve beklentisinin de dünden bugüne tartışılması ve günümüzde üzerinde çeşitli araştırmalar yapılan bir konu olması nedeniyle oldukça sık rastlanan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplumun genelinde ele alınan bu konu, özellikle hastaneye başvuran hasta veya hasta yakınlarının aldıkları hizmetin kalitesiyle bağlantılı olarak yaşam kaliteleri üzerine odaklanmaktadır. Bu kapsamda, belirlenen örneklem bağlamında yaşam kalitesi



hakkında değerlendirme yapabilmek için birtakım ölçekler, anketler ve görüşme formlarından istifade edilmektedir. Tüm bunlar bilgi edinme ve hedefe ulaşma derecesini tahmin etmeye yardımcı olmaktadır. Sahada icra edilen bu çalışma da hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetin unsurunu, müdahaledeki başarı oranı konusunda bilgi edinmeyi, hizmet sunanların ve hizmet alanların değerlendirilmesini sağlamaktadır.

Ülkemizde 1960'lardan beri üzerinde çalışılan sosyal hizmetlerin, katılımcıların büyük bir kısmı tarafından bilinmesi durumu, toplumun sağlık alanındaki bilinç düzeyi hakkında da bizlere ipucu vermektedir. Uzman tarafından gerçekleştirilen rollerle mesleğin bilinmesi, bulunduğu sahada mesleki olarak tanımlanmak anlamına geldiği için temel misyonları ne derece yerine getirdiği savını da beraberinde getirmektedir.

Uzman, faaliyetlerine dahası yerine getirdiği görev bilinci ve işlevlerine göre değerlendirildiğinden müracaatçılar tarafından ne düzeyde tanındıklarına, rollerini yükümlülüklerini ne oranda gerçekleştirdiklerine göre olumlu veya olumsuz değerlendirme alabilmektedirler. Bu değerlendirme aşaması faaliyet ve performans uyum etkenini de önemli kılmaktadır. Bu ölçüyle bakıldığında uzmanın yeterliliğini, teorik bilgiyi pratik mesleki uygulamaya aktarmadaki başarı oranını görmek adına da önem arz etmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı, hasta odaklı yaklaşımla, hastalığın şiddetini azaltacak ve tıbbi bakımın etkisini arttıracak rolde işlevsel olmak durumundadır. Prosedürlerle tanımlanmış roller gereği; savunucu, aracı, kaynaklarla buluşturucu, danışman, vaka yöneticisi gibi mesleki rol kapsamı çeşitli ve geniş olan sosyal hizmet uzmanı kimliğinin tatmin edici düzeyde bilinmemesi sorumlulukların yerine yeterli düzeyde getirilmediği kanaatini oluşturmaktadır. Bu durum müracaatçı sisteminde taleplerin karşılıksız kalmasına da neden olmaktadır.

Hastaların yaşam kalitesi farklı tıbbi ve sosyal alanlarda çok araştırmaya konu olsa da, hastaların yaşam kalitesinin Sosyal Hizmet birimlerinin rolü çerçevesinde daha az çalışıldığı söylenebilecektir. Öte yandan, literatürdeki çalışmalar incelendiğinde hastanelerde yapılan anket temelli çalışmaların daha ziyade sosyal hizmetler personelleri veya belirli tıbbi servislerle sınırlandığı görülmektedir. Sosyal hizmetler alanında sosyal hizmet uzmanlarının mesleki tatmini veya yeterliliği konulu çalışmalar, çocuklara yönelik sosyal hizmetler, kadına şiddete dönük sosyal hizmet çabaları, sosyal hizmetlerin gelişimi ve Türkiye'de sosyal hizmet gibi hususlar ele alınmıştır. Ancak, özellikle son yıllarda Suriye'de yaşanan insanlık dramı sonucunda Türkiye'ye gelen ve

geçici koruma statüsündeki Suriyelilere yönelik kadın ve çocuk eksenindeki sosyal hizmet çalışmalarının arttığı gözlemlenmektedir.

Daha önce alanyazınında tartışılan çalışmalardan birinde başvuru sahiplerinin ekseriyetinin hastane giderlerinin karşılanmasına yönelik problemleri olduğunu ifade ettikleri ortaya konmuştur. Mesleki uygulamada kullanılan yaklaşımlar arasında en sık kullanılanlar ise problem çözme yaklaşımı (% 76,6), psikososyal yaklaşım (% 72,7) ve güçlendirme yaklaşımı (% 49,4) şeklinde öne çıkmaktadır. Problem çözme ve psikososyal mesleki yaklaşımların bu çalışmada tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra müracaatçıların hissiyatı kapsamındaki memnuniyetin yaklaşık %80'e (İyi ve Çok İyi yanıtları toplamı) ulaşmasıyla örtüşdüğü değerlendirilebilecektir. Bu çerçevede, Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban (2010) makalesiyle benzer sonuçlara ulaştığını söylemek mümkün olabilecektir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre katılımcılarının genel olarak genç nüfustan oluşması, genç dinamik ve çağı takip eden nüfusun görüşleri, genel nüfusun yaşam kalitesini yükseltme adına araştırma için önemli bir unsur olduğu değerlendirilmektedir. Araştırmaya göre eğitim düzeyi yükseldikçe psiko-sosyal destek algısında da artış görülmektedir. Bununla beraber ayrıca 400 kişiye uygulanan ölçeğin demografik dağılımının rasyonel olduğu değerlendirilmektedir. Ancak, %45,5 (182) erkek katılımcının da çalışmanın sıhhati bakımından oldukça dengeli bir oran olduğu ifade edilebilmektedir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun lise ve lisans mezunu olması ve bu oran içerisinde düşük bir oranında lisansüstü eğitim düzeyine sahip olması durumu beraber ele alındığında, eğitim seviyesinin böyle bir örneklem için oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, bu durumun elde edilen verinin anket sonuçlarını pozitif bir şekilde etkilediği de saptanmaktadır. Bu nedenle, eğitim düzeyinin de sonuç üzerindeki etkisi dolaylı olarak müracaatçıların farkındalıklarının ve bilgiden yararlanma düzeylerinin yeterli olup olmadığı çıkarımını da yaptırmaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyi düştükçe çaresizlik ve umutsuzluk düzeylerinin arttığı, eğitim seviyesi arttıkça destek alma girişim ve düşüncelerinin yükseldiği şeklinde yorumlanabilecektir.

Sabık araştırmalarda katılımcılar tıbbi sosyal hizmet birimlerini hastanede çözümlenmesi gereken problemlerin halledileceği birim olarak görmekte, bu kapsamda genel sağlık hizmetleri dâhilinde oldukça önemli bir noktada yer aldığını ifade etmektedir. Tezin araştırması sonucunda da sosyal hizmet uzmanlarının sağlıktaki

rolünün bilinme durumunun yaklaşık %70 olarak tespit edilmesi, uzmanların faaliyetlerinin hasta ve hasta yakınları tarafından bilindiğini ortaya koymaktadır. Tıbbi sosyal hizmet desteğinden sonra müracaatçıların hissiyatının genel itibarıyla olumlu olduğu görülmektedir. Hizmetin devamlılığı ve hizmet verilen sayısının artışıyla beraber olumluluk düzeyinin de bireysel ve toplumsal olarak artacağı düşünülmektedir.

Diğer yandan, tıbbi sosyal hizmet uzmanının bilgi ve becerisinin hasta memnuniyetine yansması ele alındığında, katılımcıların ekseriyetinin memnun veya kısmen memnun olduğu görülmekte olup, memnuniyetsizliğin altındaki sebeplere inerek var olan negatif durumun giderilmesine yönelik çalışmaların desteklenmesi gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanının hastaya karşı olan tutumu genel müracaatçı kesimi tarafından iyi olarak değerlendirilmekte olup, hastaya karşı tutumun yaşam kalitesiyle ilintisinin tutuma bağlı olarak olumlu veya olumsuz yönde etki ettiği saptanmıştır. Hastaların sosyal hizmet uzmanının ilgisinden ve bilgilendirmesinden memnuniyet ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı bir sonuç vermekte, verilen hizmetin hayat kalitesine olumlu katkı yaptığı düşünülmektedir.

Katılımcıların ruhsal sağlık boyutunun genel olarak en zayıf yönleri olduğu, kişiler arası ilişkilerin en yüksek yönleri olduğu ve genel yaşam kalitelerinden şikâyetçi olmadıkları sonucuna varılmıştır. Katılımcıların yaşam kalitesi ile yaş ilişkisi arasındaki duruma bakıldığında 31-40 yaş arasının en yüksek ortalamaya ulaştığı, bir diğer ifadeyle en yüksek yaşam kalitesi puanına sahip olduğu, 51-64 yaş grubundaki hastaların ise en düşük yaşam kalitesine sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Yaşam kalitesi ve eğitim düzeyi durumu arasındaki ilişki yaşam kalitesi ortalama puanı en yüksek olanların lisansüstü eğitilmiş olanlar, yaşam kalitesi en düşük olanların ise ilköğretim düzeyindeki hastalar olduğu saptanmıştır.

Hastaların sağlık personeline ulaşabilme durumu cinsiyetleri baz alındığında erkeklerin ulaşma durumunun kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Bu sonuca göre mesleğin tanıtımı ve hizmetin ağırlıklı olarak kadın müracaatçıları baz alınarak yapılması gerektiği saptanmakta, elde edilen bulgular ışığında hizmet sunumu ve hizmete ulaşma farkındalığının artırılması gerektiği sonucuna varılmaktadır.

Bu doğrultuda müracaatçıların kişisel gelişimini ve güçlenmelerini sağlamaları için kaynaklar ile buluşma sağlama yönünde eksikliklerin olduğu, yani sosyal hizmet uygulamaları kapsamında güçlendirme yaklaşımının uygulanmasında birtakım yetersizlikler bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Öte yandan, sosyal hizmetten yararlanma ile yaşam kalitesi ilişkisinin pozitif

yönlü olarak saptandığı ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak hastaların yaşam kalitesinin, tıbbi sosyal hizmetten yararlanmış ya da yararlanmamış olma durumuna göre değiştiği yorumunun yapılabileceği düşünülmektedir.

## 6.2. Öneriler

Sonuçlar değerlendirildiğinde sosyal hizmet mesleğinin sağlıkta sunduğu hizmetin daha etkin bir şekilde sağlanabilmesini teminen yapılan bu çalışmada elde edilen neticelere göre ileride yapılacak çalışmalara ilişkin aşağıda şu öneriler belirtilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesinde önemli bir etkisi bulunan sosyal hizmet uzmanlarına ulaşabilme durumunda yaşanan sıkıntılar giderilmeli, nitekim verilerden de anlaşıldığı üzere önemli bir katılımcı kitlesi istenilen zaman içerisinde hizmet alamamaktadır. Bu da beraberinde başka sorunlar getirebilmektedir. Özellikle hastaların ihtiyaç halinde istenilen zaman diliminde ulaşamama konusu dikkate alınmalı, bunun altında yatan sebeplerden biri hastane içerisindeki yetersiz sosyal hizmet uzmanı ise yeterli düzeyde istihdam sağlanmalıdır.

Çalışma sonucunda katılımcıların yaşam kalitelerine etki eden faktörlerden bazılarının etki düzeylerinin, katılımcıların cinsiyetleri yaş ve eğitim durumlarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Bu durum çalışma içerisinde elde edilen önemli bir sonuçtur. Bu sonuca uygun düzeyde sorunlar başlamadan koruyucu-önleyici müdahale hizmetleri sunulmalı sorunlar baş gösterdiğinde ise müracaatçıların işlevselliğini arttıran rehabilite edici çalışmalar doğrultusunda desteklenmesi önerilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanının ilgi ve yeteneğinden memnun kalıp kalmama durumuna ilişkin bulgulardan elde edilen sonuç ışığında memnuniyetsizliğin altında yatan sebepler araştırılmalı buna yönelik çalışmalar yapılmalı. Bu şekilde müracaatçıların memnuniyetsizliğinin çözülmesine yönelik hizmet sunumu tavsiye edilmektedir.

Bulgularda elde edilen bir diğer sonuç ise hastaların bir kısmının sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve becerisinden memnun olmayan müracaatçı kitlesidir. Hizmeti tavsiye etme konusunun memnuniyet etkisi ile ilişkili olduğu göz önünde bulundurularak müracaatçıların ihtiyaçlarına dönük daha hak temelli, kontrol edilebilir çalışmalar yapılmasının uygun olacağı önerilmektedir. Bu durum hizmet kalitesinin arttırılmasıyla memnuniyeti de arttıracak hizmetin müracaatçılar tarafından tavsiye edilmesi durumunda daha olumlu bir etki sağlayacağı düşüncesi ile önerilmektedir.

Hastane içerisinde dezavantajlı gruplar arasında olan kadınlara yönelik eşgüdüm ve karşılıklı destekle sosyal hizmetin ulaşılabilirliği için gereken şartlar oluşturulmalıdır. Kadınların farkındalığının artırılması ve bilinçlenmesi sağlanmalıdır. Bu nedenle katılımcılardan da alınan veriler doğrultusunda genel duruma göre kuramsal bilgi çerçevesinde ekonomik ve psiko-sosyal destek olanakları sağlanarak güçlendirme temelli bir çözüm etkeni konumlandırılmalıdır. Özellikle kadın hastalar baz alınarak hizmetin istenilen düzeyde ulaşılması için sosyal hizmet uzmanları tarafından mesleki çalışmalar yapılmalıdır. Uzman destekleyici hizmetleri, stratejik olarak planlanmalı ve var olan diğer hizmetler konusunda da müracaatçı kesiminin bilgisi olup olmadığı konusunu sorup bilgisi yoksa bilgilendirmelidir. Bu bağlamda sosyoloji hizmet uzmanının bilgi ve becerisinden memnun olmayan hedef kitleye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Katılımcıların hastalıkla ilgili olağanüstü durumlara karşı kendilerini hazır hissetmemelerinden dolayı, sosyal hizmet uzmanının uygun tekniklerle kendi uygulamasına ters düşmeyecek, etik ilkeler çerçevesinde müracaatçıların zayıf yönlerine yönelik müdahale hedefleri şimdiden hazırlanması gerekmektedir. Bunun için meslekler arası iş birliğinden yararlanarak formüller geliştirmesi, ilerde kriz süreçlerinden geçebilecek bireylerin ihtiyaçlarına dönük kontrol edilebilir çalışmalar yapılmasının uygun olacağı önerilebilir. Bu eşgüdüm içerisinde atılan adımlarla bir işlerlik sağlanarak hizmetin daha fazla kişiye ve daha nitelikli ulaştırılmasında etkili olacaktır. Bu şekilde hasta ve hasta yakınları da sağlıktan aldıkları verimli hizmetle, yaşam kalitelerini arttıracak bilinç düzeyiyle hareket edebileceklerdir.

Tespit edilen sorunlar için iyileştirici çözümler sunulmalı, önleyici ve destekleyici hizmetler artırılarak hizmet sunumundaki sıkıntıların işleyişi giderilmelidir. Belirli sürelerde memnuniyeti ölçen ve farkındalığı arttıran anket çalışmaları yapılarak olası hak ihlalleri ve müracaatçı ihmallerinin önüne geçecek çalışmalar yapılmalıdır.



## 7. KAYNAKLAR

- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 5(2). 76-84.
- Akyüz, E. (2015). Çocuk Hukuku. Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.
- Arıkan, Ç. ve Lapider, İ. (1996). Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko-Sosyal Boyut. Ankara (Teksir).
- Avis, N. E., Smith, K. W., Hambleton, R. K., Feldman, H. A., Selwyn, A. & Jacobs, A. (1996). Development of the Multidimensional Index of Life Quality: A Quality

- of Life Measure for Cardiovascular Disease. *Medical Care*, 34(11), 1102-120.
- Aydemir, İ. (2003). Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Sosyal Hizmet Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Aydemir, İ. ve Işıkhana, V. (2013). Hasta Hakları Birim Sorumlularının Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 24(1). 7-24.
- Başol, G. (2008). Bilimsel Araştırma Süreci ve Yöntem, İstanbul: Lisans Yayıncılık.
- Beki, A.(2008).Türkiye’de Sosyal Belediyecilik Uygulamaları (Ümraniye Belediyesi Örneği).Yayınlanmış Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Bilir, N., Özcebe, H., Vazıoğlu, S.A., Aslan, D., Subaşı, N. ve Telatar, T. G. (2005). “Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science* 25(5). 663-668.
- Bronstein, L.R, Gould, P., Berkowitz, S.A., James, G.D. and Marks, K. (2015), Impact of a Social Work Care Coordination Intervention on Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial, *Social Work*, Volume 60, Issue 3, Pages 248–255.
- Burger, J. M. (2006). Kişilik. Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Cicarelli, S. ve White, J. (2016). Psikoloji- Bir Keşif Gezintisi. Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara.
- Cilga, İ. (2004). Bilim ve Meslek Olarak Türkiye’de Sosyal Hizmet. H.Ü., SHMYO Yayınları, Ankara.
- Çengelci, E. (1993). Sosyal Refahın Gerçekleştirilmesinde Sosyal Yardımların Rol ve Önemi. *Hacettepe Üniversitesi, S.H.Y.O. Dergisi*, 11(1-2-3).10.
- Daşbaşı, S. (2013). Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Ailelere Yönelik Sosyal Hizmet Uygulaması: Bir Değerlendirme Araştırması, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 24(1), 101-114.
- Danış, M. Z. (2007). Sosyal Hizmet Mesleği ve Disiplininde Sosyal Politikanın Yeri ve Önemi, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 2 (18) 51-64.
- Demir, Ş. (2012). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi İndeksinin Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Antalya.
- Demiray, U. (2014). Etkili İletişim. Pegem Akademi Yayıncılık. Ankara.
- Demiröz, F. (2003). Ailede Krizler ve Sosyal Hizmet, *Toplum ve Sosyal Hizmet*

- Dergisi, 1 (14) 85.98.
- Doksat, N.G. (2011). Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuğun Zihinsel-Ruhsal Gelişimi ve Hastalıkları, Som Kitap Yayınevi, İstanbul.
- Dökmen, Ü. (2005). İletişim Çatışmaları ve Empati. Sistem Yayıncılık. İstanbul.
- Duyan, V. (1992). Ankara Hastanelerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Duyan, V. (1996). Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut, Tıbbi Sosyal Hizmet. [72 TDFO Ltd. şti.] Ankara.
- Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 25(4). 39-44.
- Friedlander, W. (1965). Sosyal Hizmet Kavram ve Metotları (Elkin Besin Çev.), SSYB Yay. Ankara.
- Gökçeaslan, Ç.ve Gönen.(2011). Sosyal Hizmet Uygulamalarında Etik Karar Verme Süreci. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi.22 (2).149-160.
- Gibbons, J., Butler, J., Urwin, P., & Gibbons, J. (1978). Evaluation of a Social Work Service for Self-Poisoning Patients. British Journal of Psychiatry, 133(2), 111-118.
- Iassw (2019). [<https://www.iassw-aiets.org/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition>]. Erişim tarihi: 23.10.2019.
- İnceoğlu, M. (2004). Tutum, Algı, İletişim. Elips Yayınları. Ankara.
- İnan, A. (1980) Çocuğun Korunması ve Polis.Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 37(1). 243-250.
- Karakuş, B. (2015). Sosyal Hizmet Mezunlarının Kadro ve Unvanı “Sosyal Hizmet Uzmanı / Sosyal çalışmacı”. Toplum ve Sosyal Hizmet. 26(2). 169-190.
- Karasar, N. (1994). Araştırmalarda rapor hazırlama. 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., Ankara.
- Kaya Kılıç, A. (2019). Tıbbi Sosyal Hizmet Birimlerinde Müracaatçılara Yönelik Yaşanan Sorunlar, Çözüksüzlükler Ve Öneriler: Antalya Örneği, Sosyal Hizmet Sempozyumu 2019: “Evrensel Değerler Işığında Sosyal Hizmet Uygulamalarında Çağı Yakalamak” Tam Metin Bildiri Kitabı, Başkent Üniversitesi Geliştirme Vakfı İktisadi İşletmesi, Ankara.
- Koçyıldırım, Ş. (1992). Toplumsal Hizmetlerde Halk Katılımı. Kişisel Basım Yayınevi. Ankara.



- Kol, E. (2009). Türkiye’de Sağlık İşletmelerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları. Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir.
- Kut, S. (1988). Sosyal Hizmet Mesleği: Nitelikleri, Temel Unsurları ve Müdahale Yöntemleri, Ankara (Teksir).
- Marshall, G. (2005). Sosyoloji Sözlüğü. Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara.
- Özbesler, C. (2013). Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi, Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, Sayı 2, 6 – 12.
- Özdamar, K. (1999) Paket Program ile İstatistiksel Veri Analizi, Kaan Kitabevi, 2. Baskı, Eskişehir.
- Özdemir, S. (2009). Refah Devleti ve Üstlendiği Temel Görevler Üzerine Bir İnceleme, [[http://www.sosyalsiyaset.net/documents/refah\\_devleti\\_ustlendigi\\_gorvlr.htm](http://www.sosyalsiyaset.net/documents/refah_devleti_ustlendigi_gorvlr.htm)]. Erişim tarihi: 19.10.2019.
- Özbesler, C., ve İçağasioğlu, Ç. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 21(2). 31-46.
- Proctor, E. G., Morrow-Howell, N., Lott, C.L. (1993) Classification and Correlates of Ethical Dilemmas in Hospital Social Work, Social Work, Volume 38, Issue 2, March 1993, Pages 166–177
- Ramazano, M (2016).Türkiye’de Afet ve Acil durumlar Sonrası Yürütülen Psiko-Sosyal Müdahalelerin Analizi ve Psiko-Sosyal Müdahale Önerisi.Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Reese, D. J. (2004) Relationships between Social Work Involvement and Hospice Outcomes: Results of the National Hospice Social Work Survey, Social Work, Volume 49, Issue 3, July 2004, Pages 415–422.
- Saruç, S. (2013). Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanın Rollerini ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 24(2). 193-207.
- Sayar, K. (2008). Ruh Hali. Timaş Yayınları. İstanbul.
- Sağı, M.(2019). Türkiye’de Geçici Koruma Kapsamında Bulunan Suriyelilere Yönelik Politikaların Sosyal Hizmetler Açısından Değerlendirilmesi. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Bitlis.
- Seçer, İ. (2015). SPSS ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi, 2. Baskı. Anı Yayıncılık, Ankara.
- Sezgin, D. (2011) Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık. Ayrıntı Yayınları.

İstanbul.

- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 4(1). 50-62.
- Şeker, A. (2004). Küreselleşen Dünyada Geleceğin Sosyal Hizmeti Meslek Tartışmaları -2, SABEV Yayınları. Ankara.
- Şeker, A. (2005). 101 Soruda Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler. Sabev yayınları. Ankara.
- TBMM Kanunlar. [<https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html>]. Erişim tarihi: 02.07.2019.
- Tabachnick, B.G., Fidell. L.S. (2013). Using Multivariate Statistics. Sixth Ed. Boston: Pearson.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. [<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri#:~:text=Kelime%20anlam%C4%B1%20olarak%20kanser%2C%20bir,100'de n%20fazla%20hastal%C4%B1k%20grubudur>]. Erişim tarihi: 02.06.2019.
- T.C.Sağlık Bakanlığı. (2011). Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. [<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?>]. Erişim tarihi: 17.11.2019.
- Teater, B. (2015). Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri. Abdullah Karatay (Yay.Haz.). Nika Yayınevi. Ankara.
- Tomanbay, İ. (1992). Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut. Doruk Yayınları. Ankara.
- Tomanbay, İ. (1999). Sosyal Çalışma Sözlüğü. Selvi Yayınları. Ankara.
- Tomanbay, İ. [<https://www.ilhantomanbay.com/2019/02/01/sozcukler-degismeden-surecler-degisemez-bilimde-ve-meslekte-once-kavram%E2%80%93surecler-degisemez-bilimde-ve-meslekte-once-kavram%E2%80%93>]. Erişim tarihi: 01.02.2020.
- Topakkaya, A. (2006). Bir Söylem Olarak Sosyal Adalet Kavramı. Erciyes Üniversitesi Hukuk Fak. Dergisi, 1(2). 97-110.
- Tuncay, T. (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 20(2). 69-87.
- Turan, N. (1988). Sağlık Alanında Tıbbi Sosyal Hizmetler. Ankara: HÜ. Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı (Teksir).
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, Ş. A., Zencir, G., Demir, L., ve W. Sheafor, B. ve J. Horejsi, C. (2014). Sosyal Hizmet ve Sosyal Hizmet Uzmanı. Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler. Nika Yayınevi. Ankara.
- Yıldırım B., Acar, M, ve Tuncay, T. (2013). Onkoloji Alanında Sosyal Hizmet

- Uzmanlarının Görevleri Ve Kanıta Dayalı Değerlendirme, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 24(1). 169-189.
- Yıldırım, B. (2017). Bir Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması: Hemodiyaliz Hastaları Üzerine Etkileşim Grubu Planlama. Sosyal Çalışma Dergisi. 1(2). 65-70.
- Yıldırım, B., ve Osman, B. (2019). Acil Servis Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahaleleri, Müracaatçı Profili ve Sosyal Hizmet Mülakatında Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 30 (1). 286-305.
- Yılmaz, T. (2018). Hastanede Çalışan Sosyal Çalışmacı, Çocuk Gelişimci Ve Psikologların İstismarı İle İlgili Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2013). Toplumsal İşlevsizlik. Nar Yayınevi. İstanbul.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2015). Türkiye’de Tüm Çocuklarımızı İyi Yetiştirebilmek. Nar Yayınevi. İstanbul.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2017). Sosyal Hizmet/ Sosyal Çalışma Bilim ve Mesleğine Giriş. Nar Yayınevi. İstanbul.
- Zastrow, C. (2013). Sosyal Hizmette Giriş. Nika Yayınevi-2. Ankara.
- Zastrow, C., ve K. Kirst- Ashman. (2015). İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre II Nika Yayınevi, Ankara.
- Zengin, O. ve Öztuna, B. (2018). Kanser Hastalarına Yönelik Sosyal Hizmetler ve Sosyal Güvenlik Düzenlemeleri. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi. 18(1). 3.
- Zengin, O. (2011) Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü Konuralp Tıp Dergisi 2011;3(3):29-34.
- Zubaroglu, M. (2012). Hasta Hakları Kurul Üyelerinin Hasta Haklarına Bakışı: İstanbul İli Örneği. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

## EKLER

### EK-1: ANKET FORMU

Sayın İlgili;

Bu anket çalışması, tıbbi sosyal hizmetin hasta yaşam kalitesi üzerindeki etkisi konusunda mevcut durumun değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplarla tıbbi sosyal hizmetin geliştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalara ışık tutacak verilerin elde edilmesine yardımcı olacaksınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

**Esin Doğan**

**Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Öğrencisi**

Anketin Yapıldığı Kurum:  Devlet Hastanesi  İlçe Sağlık Merkezi  Aile Hekimliği

**1) Yaşınız?**

18 -30  31-40  41-50  51-64  65 ve üzeri

**2) Cinsiyetiniz?**

Kadın  Erkek

**3) Eğitim durumunuz?**

İlköğretim  Lise  Yükseköğretim  Yüksek lisans/doktora

**4) Sosyal hizmet uzmanlarının sağıktaki rolünü biliyor musunuz?**

Evet  Hayır  Kısmen

**5) Bugüne kadar sağığınızla ilgili tedavi sürecinde tıbbi sosyal hizmetten istediğiniz zaman faydalanabildiniz mi?**

Evet  Hayır  Kısmen

**6) Tıbbi sosyal hizmet desteğı aldıktan sonraki aşamada kendinizi nasıl hissettiniz**

Kötü  İyi  Çok iyi

7) Sosyal hizmet uzmanının ilgi ve bilgilendirmesinden memnun kaldınız mı?

Evet  Hayır  Kısmen

8) Sosyal hizmet uzmanının size karşı olumlu tutumu nasıldı?

Kötü  İyi  Çok iyi

9) Çevrenizdeki hastalara sosyal hizmet uzmanından destek almasını tavsiye eder miydiniz?

Evet  Hayır  Kısmen

	<b>10)Aşağıdaki ifadelerin her birine ilişkin olarak size en uygun bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz.</b> Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra, bu ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna (x) işareti koyunuz	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Genel duygusal durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
2	Geleceğinize umutla bakıyor musunuz?	1	2	3	4	5
3	Şu anki halinizden memnun musunuz?	1	2	3	4	5
4	Kendinizi huzurlu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
5	Fiziksel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
6	İstedikleriniz yapabilecek enerjiye sahip misiniz?	1	2	3	4	5
7	Ağrı hissetmeme durumunuzdan memnun musunuz?	1	2	3	4	5
8	Fiziksel egzersiz yapabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
9	Kendi işlerinizi yapabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
10	Ev işlerini yapabilme gücünüzden memnun musunuz?	1	2	3	4	5
11	Fiziksel olarak tatil ya da seyahatlere katılabilme gücünüzden memnun musunuz?	1	2	3	4	5
12	Fiziksel yönden çalışabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
13	Ailenizin istediğiniz şeyleri yapmanıza izin vermesinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
14	Bebek bakımı ,akrabaların bakımı gibi konularda ailenize yardım edebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
15	Arkadaşlarınızla geçirdiğiniz zamandan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5

16	Sosyal aktivitelere katılma durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
17	Eşiniz/partnerinizle yaptığınız aktivitelerden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
18	Eşiniz /partnerinizi size karşı gösterdiği sevgiden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
19	Eşinize/partnerinize güvenebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
20	Cinsel yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
21	Hastalıkla ilgili olağan üstü durumlara hazırlıklı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
22	Konsantre olabilme becerinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
23	Kendi başınıza karar verebilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
24	Yakın geçmişteki olayları hatırlayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
25	Maddi gelirinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
26	Aylık giderlerinizi karşılayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
27	Tasarruf yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
28	Sosyal güvencenizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
29	Sağlık personelinin sağladığı bilgilerden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
30	Sağlık personeline soru sorabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
31	Aldığınız tıbbi bakımın kalitesinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
32	Sağlık personellerinden aldığınız destekten ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
33	Sağlığınız ölçüsünde çalışma süresinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
34	İsteddiğiniz bir işi yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5
35	Kendinizi işe yarar hissetme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5