

BİR REHABİLİTASYON KLİNİĞİNDE, SİSTEM AKSAMALARI ÜZERİNE İNTER-AKTİF BİR HİZMET İÇİ EĞİTİM PROGRAMI DEĞERLENDİRMESİ

ESTIMATION OF PROGRAM "INTERACTIVE EDUCATION IN FUNCTION" OVER SYSTEM FALTER, IN A REHABILITATION CLINIC

Z.Rezan Yorgancıoğlu¹, Esmâ Ceceli¹

ÖZET

Rehabilitasyon ekibinin aynı amaca ve son hedefe yönelik çalışması rehabilitasyon programları için önemlidir.

Rehabilitasyon programlarının yönetimi bazen çok zordur. Sistem yönetimi bocalar.

Ve özürlü hastanın kafası karışır.

Biz bu inter-aktif hizmet içi eğitim programında, rehabilitasyon ekibi için bir çok problemi aşmaya çalıştık.

Bu hizmet içi eğitim programı altı ay sürdürüldü. Programı ekip liderinin moderatörlüğü ile aktif olarak rehabilitasyon ekibi yönetti. Ekip haftada bir gün 1.5-2 saat bu çalışmaya katıldı.

Problemler analiz edildi ve tartışıldı. Çözüm önerileri program sürmekteyken uygulamaya kondu. Sonuçları gözlenip değerlendirildi.

En önemli sorunun ekip iletişimi olduğu bulundu. Ekip hastanın ve refakatçisinin de bir ekip elemanı gibi kabul edilip görev ve sorumluluk verilmesi fikrini benimsedi. Profesyonellerin çalışmalarının, ekip çalışma şemasına uygun olmasının ve sonuç hedef için birlik içinde olunmasının denetlemelerle hayata geçirilebileceği savı kabul edildi.

Tartışılan sorunların çözümleri program sonundaki gözleme dayalı klinik değerlendirmede başarılı bulunduğundan, değerlendirmemizin yayınlanmasına karar verdik.

Bu tip çalışmalarda ,ölçüt içinde somut sonuçların verilmesi daha ikna edici olmasına rağmen, bu çalışmanın konuya dikkat çekerek niteliksel olarak da bir katkı sağlayabileceği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: Rehabilitasyon, ekip, organizasyon, koordinasyon

SUMMARY

Working of rehabilitation team for the same aim and final target is important in rehabilitation programmes. Sometimes management of rehabilitation programmes is very difficult. System management falters. And disabled patient become confused.

In this programme of inservice interactive education, we tried to manage a lot of problems for the rehabilitation team.

This program continued for six months. The program was directed actively by the "rehabilitation team" under the moderation of team leader. Team participated in this work 1.5-2 hours, one day, per week. Problems were analysed and discussed. Proposals for solving of the problems were brought into application when programs were continuing. Results were observed and evaluated.

Communication problems between the team members was found to be the most important problem. The team agreed in the idea of acceptance of the patient and his accompaniment as a member of the team and in giving the responsibility and duty to them. Convenience of the professional's practice with the team's work plan and agreement between the team members could be possible by routine controls, was accepted as the hypothesis.

As the solution of the discussed problems were found to be successful in observational clinical evaluation, we decided to publish our evaluation.

In spite of the fact that it is more convincing to give the objective data in this type of studies, it was thought that this study could call attention to the subject and had an additional support to the qualitative evaluation.

Key words: Rehabilitation, team, organization, coordination.

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Dr. Z.Rezan Yorgancıoğlu, Dr. Esmâ Ceceli; Zirvekent Blokları D Blok No 13 Birlik Mah ANKARA
e-mail: esma@ceceli.com.tr

¹ SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR 1 Kliniği

GİRİŞ

Rehabilitasyon merkezlerinin kendine özgü bir işleyiş biçimi vardır. Bu işleyiş; kadrolaşma, plan, organizasyon, koordinasyon, strateji, iletişim teknikleri ile hastanın bir program içinde ve profesyonel eğitimi ekip elinde tedavi edilmesini, eğitilerek yönlendirilmesini ve yüksek bir yaşam kalitesi içinde topluma kazandırılmasını sağlar. Organizasyon; fizik temel, ekip, çalışılan alan, işletme yapısı ve servis katılımcılarının kapsamı ile bölgeden bölgeye farklılıklar gösterir. Bu bağlamda tıbbi rehabilitasyon programını tamamlayan hasta, iş- uğraşı rehabilitasyonu ve sosyal rehabilitasyon ve sosyal entegrasyona tabi tutulur. Bu seyir ve gereksinimler profesyonel bir sevk ve idare, yani yönetim ve ekip becerisi gerektirir. Ekip lideri nereye gittiğini ve nasıl gideceğini bilen ve ekip güvenini kazanmış olan bir tarz benimsemelidir. Görevine inanmalı ve heyecanlandırıcı olmalıdır(1). Lider hem ilgili tıbbi konunun kapsamına ait bilgilere sahip olmalı; hem de gerek servis içinde çoklu profesyonelle çalışma, gerekse servis dışında çoklu tıbbi disiplinler arası çalışmaları yönlendirme, yönetme, denetme, değerlendirme yetileriyle donatılmış olmalıdır. Bu amaçlara yönelik bir formal eğitim Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimlerinin alanında tatbiki olarak da mevcuttur. Bütün bu temel becerilere rağmen, rehabilitasyon kliniklerinde hizmetler; verimsel düşüklük, profesyoneller arası gerilim ve hizmetlerde karmaşa boyutuna taşınabilir.

Bu hizmetlerin tıbbi bölümü; Bölgesel Rehabilitasyon Hizmetleri, Yerel Rehabilitasyon Hizmetleri, Rehabilitasyon Birimleri olarak farklı yapılarda oluşturulur. Organizasyon modelleri için; ayakta tedavi klinikleri, temel bakım ekibi, toplumsal rehabilitasyon ekibi, uzman terapist ve hemşireler, bağımsız yaşam sağlayıcı merkezler gibi organizasyon modelleriyle İngiliz tipi bir yapılanma örnek verilebilir (2). Planlanan işlevlerin yürütülmesi ve çoklu disiplinlerle sinerji oluşturulması Tıbbi rehabilitasyon ekip yöneticisinin bilgi, deneyim, yönetsel yeti donanımıyla yakından ilgilidir. Çünkü söz konusu hastanın, amaçlanan yaşam kalitesi, tıbbi yeterlilik ve kısıtlılıklarıyla belirlenecektir. Burada Fiziksel Tıp ve rehabilitasyon uzmanının öngörüsü çok önemlidir.

Rehabilitasyon hizmet merkezleri veya birimleri için profesyonel yetişmiş elemanlar mevcut olmasına rağmen; her birim kendi içinde; kendi özel gereksi-

nimlerini saptamak, hizmette iyileştirici model çalışmalar yapmak, yenilikleri hizmete sunmak üzere standartlar oluşturur, ekip elemanlarına hizmet içi eğitim programları düzenler. Programlarda hasta ve ailesi için psikolojik-sosyal destekleme ve eğitim yöntemleri de önemli yer tutar(3).

Kronik sağlık problemlerinde, hastalığa özgü sağlık sorunlarına yoğunlaşmış profesyonellere gereksinim vardır. Bu elemanlar hem hizmet, hem de hastanın yaşamsal kalitesini sağlamak, kendine bakım ve bağımsız yaşam becerilerini kazandırmak için eğitmek üzere donanım sahibi olmak durumundadırlar. Bu profesyonellerin eğitim çabaları hastane klinikleri ve hastanın yaşadığı ortam arasında dönüşümlü ve koordineli olarak sürdürülür(4).

Verilen hizmetler için profesyonellere gerekli olan bilgilendirme her hastalık birimine göre farklılıklar gösterir, gereksinimler, hizmet akış biçimi ve iletişim de farklı olacaktır. Hastanın aldığı hizmet konforu, beklentileriyle uyumalıdır(5,6).

Ekip hizmetinde; hastaya ait rehabilitasyon planındaki son hedefe odaklanmış bir sistem bu sistemi yapılandıran ekibin en ciddi görevidir. Çünkü sistem önemsenmezse hedef saptırılır veya hizmet verilen hastanın kafası karıştırılmış olur. Bir rehabilitasyon hekimi hizmette ahenkli bir çalışmanın önemini özümsemelidir.

Tıbbi olarak planlanmış, uygulamaya ve değerlendirmeye tabi tutulmuş, iş- uğraşı rehabilitasyonu hizmetlerini de tıbbi rehabilitasyon içinde veya bağlamli olarak alan birey, bağımsızlaştırılmış yetileriyle taburculuk sonrasında iş rehabilitasyonuna devam eder. Hastanın yaşadığı çevrenin değerlendirilmesi, eski işine fiziki veya psikolojik-sosyolojik adaptasyon sorunlarının çözülmesi veya eski işine dönemiyorsa yeni bir iş veya uğraşı edindirilmesi sonunda, sosyal entegrasyonla program tamamlanır. Tıbbi rehabilitasyon dışı hizmet alanları olarak da hastalar devlet, devlet dışı kurum ve kuruluşlar görev alırlar.

Son yıllarda nörolojik yetersizlikleri olanlara yönelik sağlık hizmetleri medikal modelden kombine bir modele dönüştürülmüştür. Medikal-sosyal-toplum kombinasyonu temeline dayalı bu hizmetler; kapsamlı, önemli olması yanında pahalı ve risklidir. Web tabanlı bir çalışma ile yönetilir, tele rehabilitasyon olarak anılır(7). Nöropsikoloji, konuşma tedavisi, fiziksel tedavi, medikal bakım -tele ev bakımı- sensörler sistemi ile tele monitörizasyon, tele danışma gi-

bi hizmetlerle teknolojinin araya girdiği yeni görüş, gereksinim ve araştırmalara zorunluluk getirmiştir. Bu alanın problemleri daha farklı olacaktır.

Biz bu sunu ile hizmet içi eğitimde, doğru sistemin doğru işletilmesi yönünde, ekip inter-aktif çalışmasının bir örneğini oluşturmaya çalıştık. Bu programın yıllık, olağan hizmet içi eğitim programlarından farkı; meslek gruplarının kendi içlerinde değil, diğer meslek guruplarıyla ekip içinde grup sorunlarına yönelik analitik çözümlenmeli eğitim almaları, programın içeriğini getirdikleri sorunlar ve bilgiye dayalı çözüm önerileriyle aktif olarak kendilerinin yönlendirmeleridir. Benimsenen öneriler hemen uygulamaya konmuş, sonuçları da ekip elemanlarının gözlemleriyle program sürmekteyken değerlendirilmiştir.

Programda ekip elemanları sistemde, planlama ve organizasyonda gördükleri kusurları dile getirmişler, nedenleri üzerinde durmuşlar ve çözümler önermişlerdir.

Programın sonunda elde edilen başarı, çalışmanın yayınlanması fikrini doğurmuştur.

GEREÇ ve YÖNTEM

Yönetim modellerinden Denetim, Liderlik modelleri yerine Mentörlük modelinde bir yönlendirici çalışma yapılmıştır(8). Geleneksel otokratik yönetim modelinde tek lider otoritesi tavsiye edilmemektedir. Tıbbi rehabilitasyon alanında, kendi konuları için lider kabul edilen profesyonelleri sinerjik çalıştıracak bir koordinatör yönetimine gereksinim olduğu ifade edilmiştir(1).

Çalışma 50 yataklı erkek rehabilitasyon kliniğinde, 6 ay süre ile 4 doktor, 4 hemşire, 2 psikolog, 7 fizyoterapist, 1 ortotist, 1 sosyal hizmet uzmanından oluşan rehabilitasyon ekibi ile haftada bir gün 1.5-2 saat toplanılarak gerçekleştirilmiştir. Kliniğin hasta profili, çoğunluğu yaralanma üzere spinal kord hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, diğer nörolojik rehabilitasyon hastalıkları, ortopedik rehabilitasyon hastalıklarından oluşmakta idi.

İlk toplantıda sorunlar ortaya konmuş ve sınıflandırılmıştır.

Konular a) Hasta ve ailesine, refakatçisine ait işleyiş bozuklukları b) Rehabilitasyon ekip elemanlarının çalışma sistemlerine ait işleyiş bozuklukları c)

Yardımcı sağlık personeline ait işleyiş bozuklukları d) Organizasyon bozuklukları olarak dört grupta toplanmıştır.

Ekip elemanlarının görüş ve tartışmaları aynı sıra ile ilgili konulara odaklanmıştır. Devam eden toplantılarda söz edilen sorunlara yönelik yoğunlaşan diğer ekip elemanlarının gözlemleri ve görüşleri ile tartışma oluşturulmuştur. Sonuçlar oylanarak karara bağlandı. Ekip elemanı, sonuç kendi fikrine uymasa bile kararla bağlamı davranış sergileme zorunluluğundaydı. Uygulama değerlendirmesinde oylama ile başarılı bulunan sonuç ilke olarak benimsendi. Başarısız ise nedenleri ve öneriler yeniden gözden geçirildi. Yeni bir yöntem uygulamaya konu veya düzeltmelerle başarı görüldükten sonra ilkeleştirildi.

Eğitim programını aktif olarak yürüten tüm servis ekibi, programın yürütülmesinde gerekli görülen görevler üzerine iş bölümü yaptı. Hizmet içi eğitim programlarını hazırlama, yönlendirme, konulara yönelik anket formları düzenleme, uygulama, raportör-lük, ekip elemanları arasındaki iletişimi sağlama ve programa paralel servis hizmetlerini planlama ve uygulama, sonuçları gözlemlenme görevleri paylaştırıldı. Anket formlarının incelenen konuya yönelik açık uçlu sorulardan oluşması benimsendi.

SONUÇLAR

Hasta, ailesi ve refakatçisine ait öncelikli sorun, hastalığa ve hastaneye uyum sağlayamamaları idi. Refakatçi, çoğu kez yakın bir akraba bazen de para ile tutulmuş bir hizmetli olarak duruma dahil oluyordu. Konu ekip elemanlarının katılımıyla tartışıldı. Hastane düzeni ve hastalık hakkında yeterince bilgili olmadıkları, işbirliği şeklinde çalışma düzenine yabancı oldukları, çaresizlik hissetmeleri, beklentilerindeki bulanıklık, çaresizliklerine rehabilitasyon ekibi dışında psikolojik destek arayışı içinde oldukları ortaya kondu. Hasta için planlanan tıbbi rehabilitasyonun son hedefi ile hasta ve çevresinin aynı hedefi benimsemiş olması problemlerin temelinde yatan en önemli faktördü. Hasta, hastanede durumunu kabullense bile kendi sosyal ortamı için hazırlanmamış oluyordu. Fonksiyon kaybını kabullenememekten doğan umutsuzluk ve küskünlüğü programın yürütülmesinde en önemli engellerden biri idi. Yakın sosyal çevresi ile olan ilişkilerde bozulma, kopma dikkati çekiyordu. Hastalığı nedeniyle terk edilebiliyor ve

ya aynı nedenle ailenin yönetimi hastaya indeksleniyordu. Rehabilitasyon merkezlerinde sık gözlendiği kabul gören "kinlenme" bazen ekibe bazen hasta gurubu içinde birbirine yönelerek kendini gösteriyordu. (9)

Çözüm olarak; "hasta, ailesi ve refakatçisinin hastalık, hastane ve son rehabilitasyon hedefi hakkında bilgilendirilmeli" ilkesi benimsendi. Hasta ve refakatçisinin de rehabilitasyon ekibinin bir üyesi kabul edilmesi ve ekip çalışması sorumluluğunda görülmesi; bu durumun hasta, refakatçi ve ailesini motive edeceği fikri gelişti. Ailenin ve refakatçinin de psikolojik, sosyal açıdan değerlendirilmesi ve buna göre rehabilitasyon hizmeti içinde görevlendirmelerinin yapılmasına karar verildi. Ekip çalışması içinde hasta kendi sosyal ortamına hazırlanacaktı. Hasta odası, ortamındaki düzen ve hastaneye uyum için lider refakatçi seçimi ile refakatçilerin organize edilmesi bu liderliğin iki haftada bir el değiştirmesi fikri benimsendi. Hastaya özümseyeceği bir yaşam hedefi ve felsefesi oluşturmada yardım edilmeli fikri öne geçti. Bu fikirlerle bazı hastalar örneklenerek, uygulamaya geçildi. Başarılı bulunan uygulamalar yöntemleştirildi.

Hasta, ailesi ve refakatçisinin psikolojik destek arayışlarında genel gözlem, hastanın gerçek sorunlarını yaşadığı ortamda birçok kişiyle rasgele konuşmasına rağmen psikologla görüşmesinde maskeli bir açılmaya gitmesi idi..

Ekibin daha halk dili kullanması, psikologla iletişim sorununda diğer ekip elemanlarının da gözlem ve/veya yönlendirme ile psikologa destek olması benimsendi. Uygulamaya konuldu. Hasta ile iyi iletişim kurulduğu gözlendi.

Sistemin birinci basamağı olan Tıbbi Rehabilitasyon için fonksiyon kaybının bilincinde, durumunu benimsemiş ve ekibin rehabilitasyon hedefini kabullemiş bir hastanın çalışmalar için hazır olduğu ilkesi kabul gördü.

İkinci basamakta tıbbi rehabilitasyonu tamamlamakta veya tamamlamış "uğraşı tedavisi" aşamasındaki hastanın motive edilmesi, fizik ve sosyal çevre ilişkilerini düzenlemiş olması ilkesi belirlendi.

Üçüncü aşama olan "mesleki rehabilitasyon" basamağında ise kabullendiği fonksiyon kaybına göre iş hedefi seçen hastanın ekibin son hedef beklentilerini yürütebileceği ilkesi ortaya kondu. Bu çalışmanın ya-

pıldığı süreçte çevremizde sistematik, organize iş rehabilitasyonu üniteleri olmadığından bu konu ekibin yönlendirmesi ile hastanın kendisinin çözmesi gereken bir sorun olarak saptanmıştı.

Bu bakışla ilk iki seviyede değerlendirme formları hazırlandı ve örneklenen hastalara uygulandı. Üçüncü aşama uygulama sonuçları için bir değerlendirme oluşturulamadı.

Rehabilitasyon ekip elemanlarının çalışma sistemlerine yönelik işleyiş bozuklukları olarak; son hedefin hep birlikte benimsenerek hizmetin bu yönde verilmesi ve ekip içi uyum sorunlarını en aza indirmek için iletişim işlevini ilkeleştirmek en önemli karar olarak belirlendi. Ortak terminoloji kullanmak için standart terimleri belirleme ve uygulama çalışması yapmak, hasta konseyleri dışında, ayda bir personel iletişimi ve görüşler için toplantı; stres ve gerilimi ortadan kaldırma amacıyla moral ve motivasyon toplantıları düzenleme kararı alındı.

Vurgulanan sorunlar olarak; doktor, organizasyondaki aksamalardan, rehabilitasyon programı tamamlanmış, sosyal çevresine iade edilmiş hastanın çevre uyumsuzluğu ve amaçsızlık sebebiyle tıbbi rehabilitasyon düzeyini koruyamamasından; hemşire, hasta ve refakatçisi üzerinde otorite sağlayamamaktan; psikolog, hastanın yanıtıcı bilgi vermesinden; sosyal hizmet uzmanı, hastane içindeki iletişim aksaklığından ve hastane dışında sosyal hizmet verememekten; fizyoterapist, ekiple konsey dışında iletişim kopukluğundan şikayetlerini dile getirdiler.

Konular tartışıldı. Hastanedeki organizasyon ve işlev akış sistemi gözden geçirilerek ekip elemanlarının bu kalıplara uyarak davranmaları gereği, mesleki görevleri ve sorumlulukları da dikkate alınarak iletişim koşulları netleştirildi ve ilke olarak oy birliği ile benimsendi. Organizasyonda dikey örgütlenme modeli yerine, yatay merkezci örgütlenme modelinin daha uygun olacağı kanaati oluştu. İletişimde geleneksel model yerine; yatay örgütlenme modeline uygun, planlı, ritmik bir iletişim modeli daha öne çıkıyordu. Modern işletme, yönetme ve iletişim bilgi ve olanaklarının takip edilmesi gerektiğine karar verildi.

Hastanın sosyal ortamına gönderilirken amaç edinmesi ve çıkabilecek sorunlara karşı psiko-sosyal programlanması gerektiği kabul edildi.

Ekip elemanları içinde sık, sağlıklı bir iletişimin oluşturulması için bütün ekibin duyarlılık göstermesi karara bağlandı. Psikolog ve sosyal hizmet uzmanının hasta doğru bilgilerine ulaşmalarında ekip elemanlarının desteğinin konseyler dışında da sürmesi gerekliliği hizmetin yavaşlamaması açısından önemsendi. Hemşire otoritesine ekip desteği benimsendi. Uzunca bir süre hastanede kalan hastaya en yakın hizmet veren eleman olmasının doğurduğu bir problem olarak görüldü. "Çok genç olmaları da bu duruma yol açabilir" görüşü kabul buldu. Hizmetli gurubu ve denetimi konusunu içeren sorunlar üzerindeki tartışmalarda gözlenen en önemli neden sağlıklı ve net bir görev bölümünün oluşturulmamasıydı. Net, sınırları belirlenmiş görev bölümüne gidildi. Sorunların anında bildirilmesi ve anında çözüm bulunması karara bağlandı. Olası sorunlar için sorun oluşmadan tedbir alma benimsendi

Organizasyon bozukluklarının ele alındığı son basamakta sistem, organizasyon ve engelleyici unsurlar üzerine tartışma açıldı. Gözlemler ve uygulamadaki eksikler dinlendi. Profesyonel eğitimlerden geçmiş işlerini iyi bilen rehabilitasyon ekip elemanlarında kendi yönlendirmelerine bırakılmış oto-kontrol sisteminin pratik uygulama bulmadığı anlaşıldı. Sebepleri tartışıldı. Sistemin organize çalışma gerektirdiği, ekip çalışmasının birlikte benimsenen ilkelerle, sıkı iletişim içinde, ekip koordinasyonu için de toplantılar yaparak uygulamanın sorunları çözeceği benimsendi. Uygulamaya konuldu.

Sonuç; ekip elemanlarının iletişim bozukluğunu ve gerilimi ortadan kaldırmıştı.

A ltı ay süresince problemlerin ortaya konması, objektif verilerin saptanması, hipotez kurma, uygulama ve değerlendirerek raporlaştırma aşamalarından geçen programda benimsenen fikirlerin ancak sıkı denetimle uygulanabileceği, uzun sürede yerleşebileceği ve ekibe, hizmetli guruba, yatan her hastaya tekrarlanması gerektiği ilginç ama gerçektir.

TARTIŞMA

Rehabilitasyonların işleyiş plan ve organizasyonu bu bilimle beraber gelişmiştir. Önceleri tıbbi rehabilitasyon ve endüstriyel rehabilitasyon olarak iki sade üniteden bugünkü alt üniteleriyle bir ekipler organizasyonu olmuş ve çözüm bekleyen işletme sorunlarını da ortaya koymuştur. Alan genişledikçe işlevler hantallaşmakta ekip içi çatışmalar çıkmaktadır. Bu alanda sunulan hizmette detaylandırılmış bir işlevsel program ise hastayı madde olarak görmek, ondan gelen geribildirimleri dikkate almamak demektir. Amaçsız ve programa inanmamış hasta, rehabilitasyonun son hedefi olan sosyal bir varlık olarak ortamında yaşamını sürdüremeyecektir(10).

Birinci dünya savaşı sonrası gelişen sakatlıkların yarattığı iş gücü kaybı ve ekonomik sorunlara çözüm olarak başlatılan tıbbi rehabilitasyon gelişimindeki ilk on yıl içinde mental ve sosyal sorunlara da değinmek zorunda kalmıştır.

Giderek daha özel dallarda uzmanlaşmalarla hizmete giren yeni elemanlar artık bir rehabilitasyon ünitesinde dahi alt üniteler oluşturarak organizasyonda daha karmaşık bir iletişim sorununu ortaya koymuşlardır.

Bizim altı aylık bu çalışmamızda hastanın mental, ruhsal, fiziksel, sosyal bir bütün olduğu; ne "yardım edilmesi gereken" ne de "iş üretmesi gereken kişi olduğu bugünkü son rehabilitasyon hedefiyle "yaşamdan zevk alan sosyal bir birey" olması ve programlarda bir ekip elemanı gibi görev ve sorumluluklarla donatılması gerektiği ortaya çıkmıştır. Howard Rusk'ın deyimiyle "yeteneklerinin limitlerine kadar eğitilen birey" olması geleceğine güvenle bakmasını sağlayacaktır(10,11).

Bu çalışma sonucunda kanımızca; rehabilitasyon alanında nitelikli birey çokluğu organizasyon ve iletişim problemini ortaya koymuştur. Hastaya hizmet kadar ekibe de hizmet gerektiği ve her iki tarafın da dengesiz çalışma gerektirdiği izlenimi dikkat çekmiştir. Ayrıca rehabilitasyon çalışmalarında; etik boyut, bu konuyu çalışan komitelerin, rehabilitasyonun işletmesini ele alan bilimsel sunuların izlenmesinde hizmet verimi, kalitesi ve hasta memnunluğu bakımından çok yarar vardır ve önemlidir.

KAYNAKLAR

1. DeLisa JA, Curie DM, Martin GM. Rehabilitation Medicine. Past, Present, Future. In: DeLisa JA. Rehabilitation Medicine. Principles and Practice. Philadelphia: Lippincott-Raven ,1998: 3-32
2. Barnes MP,Ward AB. Oxford Handbook of Rehabilitation Medicine. Newyork.Oxford University Press Inc, 2005
3. Barker E. Neuroscience Nursing. St Louis. Mosby, 1994
4. Wertwenger S., Yerardi R., Drake AC, Parlier R. Veterans Health Administration Office of Nursing Services Exploration of Positive Patient Care Synergies Fueled by Consumer Demand. Nursing Administration Quarterly 2006; 30(2):137-146
5. Shugars RA, More RC. Home Study Program. Arthroscopic hip surgery. AORN Journal 2005; 82(6): 975-998
6. Heijnen L,Buzzard BB. The Role of Physical Therapy and Rehabilitation in the Management of Hemophilia in Developing Countries. Seminars in Thrombosis and Hemostasis. 2005; 31(5): 513- 517
7. Schopp LH,Hales JW,Brown GD,Quetsch JL. A rationale and training agenda for rehabilitation informatics: Roadmap for an emerging discipline. NeuroRehabilitation 2003;18: 158-170 IOS press
8. Caldwell C. Sağlık kuruluşlarında stratejik yönetim.Çev.Ed.Akınhay O. İstanbul Sistem Yayıncılık. 1998: 62-63
9. Gans J.S. Hate in the Rehabilitation Setting. Archives Physical Medicine and Rehabilitation 1983; 64: 4
10. O'Malley C.J.S., Organisation of Medical Rehabilitation and Industrial Resettlement. Kiernander B. Physical Medicine and Rehabilitation. Illinois Blacwell Scientific Publications Oxford 1953: 109-132
11. Çakmaklı K.,Özürlülerin Sosyal Rehabilitasyonu. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi. 1983; 6: 1-2