

ÖZÜRLÜLÜK VE MEDİKAL MODEL: YARDIM VEREN MESLEKLER İÇİN SOSYAL HİZMET ÖRNEĞİNDE BİR DEĞERLENDİRME

Disability and Medical Model: An Assessment in the Example of Social Work for Helping Professions

Fatih ŞAHİN

Dr., Hacettepe Üniversitesi
Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Öğr. Görevlisi

ÖZET

Sosyal hizmet, mesleki müdahalelerinde pek çok uygulama modeli kullanmaktadır. Sosyal hizmetin kullandığı uygulama modellerden biri de medikal modeldir. Bu makalede, medikal model ve temel özellikleri açıklanmakta ve medikal modelin sosyal hizmet uygulaması üzerindeki olumsuz etkileri özürllülük örneğinde tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: medikal model, sosyal hizmet, özürllülük

SUMMARY

Social work uses many practice models in its professional interventions. One of the practice models that social work uses is medical one. In this article, medical model and its basic characteristics are explained and adverse effects of medical model on social work practice are discussed in the example of disability.

Key Words: medical model, social work, disability

GİRİŞ

Sosyal hizmet, sosyal refah alanı içerisinde görev alan bazı meslek, disiplin ve kurumların yaşam ve insan sorunlarının değişip farklılaşmasıyla yetersiz kalması sonucunda ortaya çıkmış bir meslek ve disiplindir. İnsan ihtiyaçlarını bir bütün olarak gören sosyal hizmet, meslekleşme sürecinde kimi zorluklar ile karşılaşmıştır. Bu güçlüklerin temelinde, sosyal yardımlaşma ve dayanışmanın insanlık tarihi kadar eski geleneksel bir uygulama oluşu gelmektedir. Böyle bir uygulamaya bilimsel içerikli mesleki bir oryantasyon kazandırmak kolay olmamıştır. İkel toplumlarda gerek bireysel düzeyde gerek toplumların sosyal örgütlenmesi içinde insanların birbirleri ile ihtiyaçlarına yönelik ilişkileriyle başlayan sosyal yardımlaşma, günümüze gelinceye kadar, toplumların sosyal, ekonomik, politik yapılanma biçimlerine göre çeşitli evrelerden geçmiştir. Dinsel, flantropik, faydacı, hümanist ve nihayet sosyal adalet olarak bilinen bu yaklaşımlar yüzyıllar boyu sosyal yardımlaşma ve dayanışmanın dayalı olduğu düşünce tarzını biçimlendirmiştir (Kut, 1988: 9).

Sosyal hizmetin mesleki etkinliğinin odağı, bireyin sosyal işlevselliği ve

çevresi ile olan etkileşimi temelinde değişme ajanlığıdır. Sosyal hizmet, başlangıcından bu yana insan ihtiyaçlarını karşılama, sorunlarını giderme amacı ile hümanist demokratik felsefe çerçevesinde var olmuştur.

Esasen, bireyin sosyal işlevselliğini artırmak açısından tarihi yönden iki ayrı yaklaşım, sosyal hizmet girişimlerinin karakteristiği olmuştur. Bu yaklaşımlardan birincisi, sosyal reform ikincisi ise bireysel tedavi üzerine ağırlık vermiştir. Sosyal çevre üzerine ağırlık veren reform yaklaşımı, bireylerin uygun yaşam koşullarına sahip oldukları takdirde işlevselliğinin otomatik olarak gelişeceği sayılına dayanmaktadır. Bu sayılı zaman zaman doğrulanmasına rağmen genelde hatalı bulunmuştur. Nitekim ruh sağlığı akımı, sosyal koşullar kadar ruhsal durumların da sosyal işlevselliği etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Sosyal hizmetin daha sonraki gelişmeleri, reform yaklaşımından vazgeçme ve sosyal koşulları kısmen dışarıda bırakarak ruhsal durumlara gösterilen ilginin ortaya çıkması ile karakterize edilmiştir. Bilinçli ya da bilinçsiz olarak sosyal hizmet uzmanı (SHU) psikiyatristi mesleki bir model olarak kabul etmiştir. Yirminci yüzyıldaki politik ve sosyal ortam ve bireyin kendi kaderi için sorumlu olduğu Amerikan görüşüne çok fazla değer verme eğilimi, sadece reformcu yaklaşımın cazibesini yok etmekle kalmamış, aynı zamanda, sosyal hizmet tarafından ruh sağlığı görüşlerinin çabuk kabulü ve benimsenmesi için uygun bir ortam da sağlamıştır. Daha yeni bilgi alanlarına verilen önem, sosyal hizmetle biyolojik, hatta duygusal gelişme a-

rasında ilgi kurduğu gibi, psikolojideki mevcut bilgiyi kullanmaya ilişkin eğilimi de teşvik etmiştir (Kut, 1988: 25-26). Sosyal hizmetin, mesleğin temel amacına ilişkin bu ikili (bireysel tedavi-sosyal reform) kavramsallaştırması, yüzyıllık mesleki evrimden sonra bile temel bir tartışma konusu olmaya devam etmektedir (Haynes, 1998: 501; Abramovitz, 1993: 6).

Diğer yardım veren meslekler gibi insan problem ve ihtiyaçlarına çözüm getirme arayışında olan sosyal hizmet, bu ihtiyaç ve problemleri anlamasına olanak sağlayacak uygulama modellerine ihtiyaç duymuştur.

1900'ü yılların başlarında sosyal hizmet insanlara yardım etme çabalarında mesleki bir yaklaşım arama başlamıştır. Doğa bilimlerinde kullanılan ampirik metotların kullanılması sosyal hizmet için uyarıcı olmuştur (Kut, 1988; Weick ve ark., 1989: 350). Mesleki yardım için mantıksal, kanıta dayalı bir metot kullanımının ilk savunucusu olan "Mary Richmond" ile birlikte sosyal hizmetin ilgisi, insanların yaşamlarındaki problemleri tanımlamaya ve rasyonel müdahale stratejileri uygulamaya yönelmiştir. Tüm bu gelişmelere paralel olarak, sosyal hizmetin mesleki uygulama formülasyonu 1930'larda bireylerin problemlerini tanımlamada teorik bir yapı olarak gelişen "psikoanalitik" teoriden etkilenmiştir. Psikoanalitik teori ve onun türevleri ile yakın ilişkiye geçen sosyal hizmet, insan problemlerini anlamada insanın "güçsüzlüğü, patolojisi, eksiklikleri" kavramları ile felsefi olarak ilişkiye geçmiştir (Weick ve ark., 1989: 350). Bu makalede, insanın eksikliği, güçsüzlüğü, patolojisi üzerine odaklanan medikal yaklaşım ve

özürlülük alanındaki sosyal hizmet uygulamalarına etkisi ele alınmaktadır. Bu çerçevede, öncelikle, medikal model ve temel özelliklerini incelemek gerekmektedir.

MEDİKAL MODEL ve TEMEL ÖZELLİKLERİ

Günümüzde özürlülük olgusunu açıklamaya çalışan temel modellerden biri medikal modeldir. 1700'lü yılların ortalarında Aydınlanma çağı ile birlikte insanın mükemmelliğe erişebileceği düşüncesi, önce Avrupa daha sonra ise Amerika'nın gündemine girmiştir. Özürlü insanları biyolojik yetersizlikleri ve patolojilerine dayalı olarak tanımlayan bir anlayış gelişmeye başlamıştır. Medikal modelin ortaya çıkışını, temelde bu koşullar hazırlamıştır (Mackelprang ve Salsgiver, 1996).

Doktorlar kendilerini medikal modelin savunucuları olarak görmemektedirler. Onlar, gerçekleştirdikleri mesleği insan vücudunun bilimsel olarak anlaşılmasına dayalı olarak görmektedirler. Bu anlamda, medikal modelin temelini Bilton (Bilton ve ark., 1996: 410) şu şekilde özetlemektedir:

1. Hastalık (disease) organik bir durumdur. İnsan beyni ile ilişkili organik olmayan faktörler önemsiz görülmektedir.
2. Hastalık, medikal müdahale ile tedavi edilerek ortadan kaldırılabilecek geçici organik bir durumdur.
3. Hastalık, ileride tedavinin objesi olacak hasta bireyler tarafından yaşanan bir durumdur.
4. Hastalık, semptomlar görülmeye başlandıktan sonra tedavi edilir. Tıbbi uygulama bu noktada başlar.

Hastalık, semptomların ilk defa görüldüğü alanın dışında olan bir nok-

tada, muayenehane ya da hastahanedeki yani medikal bir çevre içerisinde tedavi edilir.

Medikal modelin kavramsal çatısı tıpta kullanılan hastalık modelinden kaynaklanmaktadır. Medikal model, 1950'lerin başlarında Parsons tarafından geliştirilen **hastalık (illness)** nosyonuna dayalıdır. Bu modelde, hastalık kavramı, hasta bireyi sosyal olarak istenen davranış normlarına uymaktan kurtarmaktadır. Böylelikle özürlü birey, tıbbi tedavi için oluşturulmuş müdahale ile uyumlu hale getirilmektedir. Bu anlamda, tedavi süreci ile değiştirilemeyen insanlar sosyal bakımdan kabul edilen normların dışında fonksiyon gösteren yetersiz bireyler olarak kalmaya devam etmektedir. Özürlülüğü anlama bakımından medikal yaklaşım, bireyi, toplumun üzerinde uzlaştığı geleneksel davranışlardan sapan uyumsuz bir varlık olarak betimlemektedir (Gilson ve Depoy, 2002: 154-155).

Medikal modele göre özürlülük, ruhsal ya da fiziksel bozukluk (impairment) nedeni ile oluşmaktadır. Bir başka deyişle, yürüyemeyen bir insan yürüyemediği için özürlü olarak görülmektedir. Medikal model bakışına göre, **toplum katı ve değiştirilemez** olarak görülür iken **insan esnek ve değiştirilebilir** olarak görülmektedir. Medikal modelde vurgu, **çevreye uyum** üzerindedir (Johnston, 1994). Medikal model, sadece tıba ait bir model değildir. Psikoloji de, tıbbi ve klinik yaklaşımlar ile eşit tutulabilecek, benlik tasarımı ve zekanın standartlaştırılmış ölçeklerini kullanmaktadır (Lewellyn ve Hogan, 2000).

Medikal model, tüm özürlülükleri hastalık gibi nedenlerden kaynakla-

nan fizyolojik bozuklukların sonucu olarak görmektedir. Bu anlamda özürülük, Priestley (1998)'in de belirttiği gibi, biyolojik determinizmin ya da bireyin fiziksel koşullarında görülen bireysel bir trajedinin bir ürünü olarak ele alınmaktadır. Medikal modelin temelinde, özürülü bireylerin otomatik olarak "kısıtlı" oldukları sayılması yatmaktadır. "Kısıtlılık" anlayışının oluşumunda "Dünya Sağlık Örgütü'nün" engel, bozukluk, özürülük gibi terimlere atfettiği anlamlar da rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı çerçevesinde özürülük "bir insanın normalde yapabileceği herhangi bir etkinliği yerine getirme becerisinin (bozukluğun bir sonucu olarak) olmayışı veya sınırlı oluşu"dur. Bu tanım, temelde, özürülülüğü bireysel patolojiye indirgemekte ve buna bağlı olarak bireyin bu patolojik duruma uyum yapması beklenmektedir (Arıkan, 2001: 22).

Medikal model açısından özürülük, uzun dönemli ya da sürekli olarak fiziksel, davranışsal, psikolojik, bilişsel, duyuşsal açıdan bireyleri, bu durumda olmayanlardan ayıran bir kısıtlılıktır. Bu anlamı ile özürülülere yönelik hizmetlerin temel hedefi özürülülüğü tedavi etme oryantasyonundadır (Mackelprang ve Salsgiver, 1999).

Medikal model açısından özürülük konusu değerlendirildiğinde iki temel nokta, özürülülüğün biyolojik temelden kaynaklanan fizyolojik bir sonuç olarak görülüşü ve bireysel patoloji olması nedeni ile uyum sağlamak gerekliliğidir. Bununla beraber, özürülük konusunda çalışanlar, medikal modelin, kendilerini bozukluk kavramından ziyade sağlığı bozuk olarak niteleyen pek çok özürülü insan üye-

rinde derin olumsuz etkilere yol açtığını belirtmektedir. Gerçek yaşamda olduğu gibi, özürülü bir insan diğer insanlardan daha az ya da daha çok hastalıklardan muzdarip olabilir (Dowling ve Dolan, 2001:23).

Özürülük olgusuna yönelik medikal modeli kabul eden bir sosyal hizmet uygulama biçimi özü itibarıyla nasıl olacaktır? Esasen bu soruyu cevaplandırmak özürülük alanında gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları için hayati noktadadır.

MEDİKAL MODELİN SOSYAL HİZMET UYGULAMASINA ETKİLERİ

Sosyal hizmet başlangıcından bu yana kendini ayrımcılık ve baskı ile karşı karşıya kalan müracaatçı sistemlerine yönelik fonksiyon ve sorumlulukları bulunan bir meslek olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte, tarihsel açıdan bakıldığında görece olarak az sayıda SHU özürülü insanlarla özürülü haklarını geliştirmek açısından çalışmaktadır (Mackelprang ve Salsgiver, 1996:7). Bu durumun temel nedenlerini sosyal hizmetin kullandığı uygulama modellerinde aramak olanaklıdır.

Sosyal hizmetin tarihsel gelişimi bakımından, 1920 öncesi dönemde genellikle teorik bir tabanı olmadığı görülmektedir. Bu dönemde, sosyal hizmet alanında çalışanlar sorunu görüp bu sorunu çözmeye çalışmaktaydılar. Bu dönemde, sosyal hizmet alanında çalışanlar yoksulluğun nedenleri konusunda ön yargılı idiler ve yoksulluğu tembellik, beceriksizlik ya da alkolik olmaya bağlıyorlardı.

Sosyal hizmetin ilk uygulama teorisi, Mary Richmond'un "Sosyal Teşhis" isimli kitabında görülmektedir.

Richmond, orijinal bir değerlendirme yapısı geliştirmiş ancak değerlendirme (assessment) sözcüğü yerine diaznoz (diagnosis) terimini medikal modelden alarak kullanmıştır. Richmond'un döneminde, özellikle sosyoloji, sosyal hizmet uygulaması üzerinde etkili olmuştur. Bu dönemde, sosyal hizmet uzmanları (SHU) problemin nedenini aramak peşinde olmuşlardır. Problemin nedeni, genellikle, ahlaki yetersizlik ya da sosyal kaynakların uygun kullanılmayışı olarak kabul edilmekte idi. Müracaatçıya ilişkin veriler kapsamlı ve titiz bir biçimde toplanmaktaydı. Kullanılan veri kaynakları arasında müracaatçının kendisinin yanı sıra ailesi, akrabaları, okul çevresi, tıbbi kaynaklar, işveren, komşular ve uygun dokümanlar da yer almaktaydı (Johnson, 1998: 21). Yaklaşımın odağı, yetersizlikler, eksiklikler ve kusurlar üzerine olmuştur. Sonuçta, kişisel çalışma, hastalık metaforunu kullanan bir problem çözme süreci olarak görülmekteydi (Early ve Glenmaye, 2000: 121).

Sosyal hizmete Freud'un görüşlerinin girişi ile birlikte medikal yaklaşım ön plana çıkmıştır. Sosyal hizmet sözlüğüne göre medikal model (Barker, 1999: 296), tıp alanında kullanımını takiben sosyal hizmet tarafından örnek alınarak uygulamaya aktarılan bir yardım yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda, müracaatçılara tedavi edilecek hastalıkları olan bireyler olarak bakılmakta, müracaatçının çevresinde yer alan faktörlere görece az ilgi gösterilmekte, durum belirli yaftalara (label) göre teşhis edilmekte ve sorun klinik düzenlemelerle tedavi edilmektedir.

Sosyal hizmet, patoloji oryantasyonlu medikal modeli sadece özürsüzlük alanında değil tüm sosyal hizmet alanlarında bir uygulama modeli olarak kullanmıştır. Bu anlamı ile medikal modele dayanan sosyal hizmet uygulamalarının özürsüzlük alanına etkisi diğer tüm sosyal hizmet alanlarındaki etkisine son derece benzerdir.

Öncelikle medikal model temel alınarak yapılan sosyal hizmet çalışmalarında çözülecek problem ya da karşılanacak ihtiyacın temelinde bireylerin patolojisinin yattığı temel bir sayılı olarak kabul edilmektedir. Bu bakışı kabul eden bir sosyal hizmet uygulamasında doğal olarak, değiştirilecek olan otomatik olarak özürsüzlük birey olarak belirmektedir. Böylesi bir ele alış, özürsüzlüğü "özürsüzlük" oluşundan dolayı adeta suçlamaktadır. Bir başka deyişle, özürsüzlüğün içinde bulunduğu durumun nedeni, yine kendinde olan bir "eksiklik, yetersizlik ya da patoloji" olarak ele alınmaktadır. Özürsüzlüğün durumu sosyal hizmet tarafından bu biçimde tanımlandığında gerçekleştirilecek olan mesleki müdahalenin sınırları da çizilmiş olmaktadır. Böylesi bir tanımlamanın ışığı altında sosyal hizmet müdahalesi, özürsüzlüğü çevreleyen ve onu özürsüzlük kılan faktörlerden uzaklaşarak özürsüzlük bireyin kendisine yönelmektedir. Böyle bir müdahale, "çevresi içinde birey" holistik nosyonunu gözetererek mesleki müdahalelerini tasarlayan sosyal hizmetin doğasına da aykırıdır. Nitekim medikal modele dayalı bir sosyal hizmet uygulaması özürsüzlüğün yaşadığı çevreden ziyade özürsüzlüğün bizzat kendisini değişme odaklı çalışmanın odağında görmektedir.

Medikal modele dayalı sosyal hizmet çalışmalarında özürünün durumunu tanımlama açısından sosyal hizmet uzmanlarının "uzmanlık" bilgisine sahip olduğu varsayılmaktadır. Teşhis, sosyal hizmet uzmanları tarafından kendi mesleki dilinde yapılmaktadır. Esasen, böyle bir yaklaşım ile meslek elemanı, konunun çözümünün nasıl olacağını bilen bir kişi konumuna getirilmektedir. Oysa, böyle bir yaklaşım, özürünü mesleki müdahale sürecinin aktif bir ögesi olmaktan çıkarmaktadır. Böylesi bir durum, müracaatçının self-determinasyon hakkına güvenmesini zorlaştırarak adete kendisini yardım veren meslek elemanlarının kollarına kayıtsız şartsız bırakmasına yol açabilmektedir.

SONUÇ

Sosyal hizmet açısından medikal model tabanlı bir ele alışa sadece özürsüzlük alanında rastlanmamaktadır. Medikal modele dayalı olarak gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamalarında, müracaatçı kitlelerine yönelen ve durumu müracaatçının bireysel özellikleri ile tanımlayarak çözüme de bireysel özellikler temelinde yaklaşan bir uygulama tarzı genel olarak göze çarpmaktadır. Bu anlamda, medikal modele dayalı sosyal hizmet uygulamaları statükoyu müracaatçı sistemlerinin yararına değiştirmekten uzaklaşarak adeta müracaatçı sistemlerinin sorunlarına uyum sağlamasına ve buldukları durumun sorumluluğunu toplumsal yapı değişkeninden ziyade kendilerinde görmelerine yol açmaktadır. Medikal model bakış açısının etkisiyle özürsüzlük, kendilerini özürsüzlük kılan, toplumsal yaşam içinde işlevsel bir birey olarak yaşamalarına im-

kan sağlamayan toplumsal koşulların değiştirilmesi yönündeki demokratik hak arama çabalarına daha az yönelebilmektedir.

Bu duruma yol açan bir uygulama modeli temelinde mesleki çalışmalarını yürütmek sosyal hizmete de uygun bir durum değildir. Çünkü, sosyal hizmetin mesleki etkinliğinin odağı birey ve çevre faktörlerini de içerecek biçimde ele alınan insan davranışlarıdır. Özürsüzlük içinde buldukları durumu toplumsal faktörlerden uzaklaştırarak bireysel düzeye indirgemek sosyal hizmeti sosyal hizmet olmaktan çıkaracak bir durumdur. Eğer sosyal hizmet bakışını medikal model temelinden ayırmaz ise özürsüzlük kılınması sürecine katkıda bulunan bir meslek olmaktan öte gidemez. Esasen, literatürde geniş yer tutan genelde sosyal hizmet uygulama modeli sosyal hizmeti bu çelişkiye uzaklaştırmanın yegane yoludur.

KAYNAKÇA

- Abramovitz, M. (1993) "Should All Social Work Students Be Educated For Social Change", *Journal of Social Work Education*, 29 (1) 6-11.
- Anıkan, Ç. (2001) *Türkiye'de Görme Özürsüzlük Kadınlar: Sorunlar, Beklentiler, Çözüm Önerileri*, Körler Federasyonu Yayını No:3, Ankara.
- Barker, R. L. (1999) *The Social Work Dictionary*, 4th edition, NASW Press, Washington, DC.
- Bilton, T., Bonnet, L., Skinner D., Stanworth, M., ve Webster, A. (1996) *Introductory Sociology*, 3rd edn, London: Macmillan.
- Dowling, M. ve Dolan L. (2001) "Families with Children with Disabilities – Inequalities and Social Model" *Disability and Society*, 16 (1) 21-35.
- Early, T J. ve GlenMaye L. F. (2000) "Valuing Families: Social Work Practice with Families from a Strengths Perspective", *Social Work*, 45 (2) 118-129.

Gilson, S. F. ve DePoy E. (2002) "Theoretical Approaches to Disability Content in Social Work Education", *Journal of Social Work Education*, 38 (1) 153-165.

Haynes, K. S. (1998) "The One Hundred-Year Debate: Social Reform Versus Individual Treatment" *Social Work*, (Special Centennial Issue), 43 (6) 501-509.

Johnson, L. C. (1998) *Social Work Practice A Generalist Approach*, Massachusetts: Allyn Bacon.

Johnston, M. (1994) "Models of Disability", *The Psychologist*, May, 205-212.

Kut, S. (1988) *Sosyal Hizmet Mesleği: Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri*, Ankara:..

Llewellyn, A ve Hogan, K. (2000) "The Use And Abuse of Models of Disability", *Disability and Society*, 15, 157-165.

Mackelprang, Romel ve Salsgiver, R. (1996) "People with Disabilities and Social Work" : Historical and Contemporary Issues" *Social Work* 41 (1), 7-14.

Mackelprang, R. ve Salsgiver, R. (1999) *Disability: A Diversity Model Approach in Human Service Practice* , Brooks/ Cole Publishing Company, Canada.

Priestley, M. (1998) "Constructions and Creations: Idealism, Materialism and Disability Theory". *Disability and Society*, 13 (1) 75-94.

Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W.P. ve Kisthardt, W. (1989) "A Strengths Perspective For Social Work Practice", *Social Work*, 34 (4) 350-354.