

ÖZÜRLÜLÜĞE İLİŞKİN MODELLER VE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Models of Disability and Social Work Practices

Gönül ERKAN*

*Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu

ÖZET

Sosyal hizmet mesleği, mesleki müdahalelerinde medikal model ve sosyal model diye adlandırılan iki temel modelden yararlanmaktadır. Bu makalede, bu iki modelin temel özellikleri açıklanmakta ve sosyal hizmet uygulamaları üzerindeki etkileri özürlülük boyutunda tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Medikal model, sosyal model, sosyal hizmet, özürlülük.

ABSTRACT

Social work profession benefits from two basic models, which are called medical model and social model, in its professional interventions. In this article, the basic characteristics of these models are explained and effects of the models on social work practices are discussed within the dimension of disability.

Key Words: Medical model, social model, social work, disability

GİRİŞ

Özürlülük, insanların çağlardan beri yüz yüze geldiği ve derinden etkilediği sorunlardan biridir. Bu sorunu ve insanlar üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla farklı modeller geliştirilmiştir.

Modeller, karmaşık konuları basitleştirmek ve dış dünyada etkili olan bu karmaşık konular tarafından belirlenen süreçleri açıklamak amacıyla güder (Bates, 1977, 7. Aktaran: Arıkan, 2001:21).

Bu modeller genelde, "medikal model" ve "sosyal model" olmak üzere iki grupta toplanır (Dowling ve Dolan, 2001; Llewellyn ve Hogan 2000).

Mackelprang ve Salsgiver (1999) ise, özürlülük ile ilgili modelleri "moral model", "medikal model" ve "sosyal/azınlık modeli" olmak üzere üç grupta ele almaktadır.

MORAL MODEL

Mackelprang ve Salsgiver (1999: 36–38), yaptıkları çalışmada moral modeli şöyle açıklamışlardır:

En eski model, moral modeldir. Bu modele göre özürlülük, doğrudan günahkârlık ve kötülüğe bağlıdır. Özürlülüğün nedeni, kötülük yapma yada kötü şekilde yaşamak değildir; kötü olmaktır.

Özürlülüğün moral olarak değerlendirilmesi ilk olarak beşeri kültürlerde gelişmiştir ve Ortaçağın sonuna kadar bu konuda egemen görüş olarak kalmıştır.

Özürlülüğün moral kaynaklardan ortaya çıkan bir sorun olması görüşü, büyük olasılıkla özürli insanların ruhlar tarafından ele geçirildiği inancına dayanıyordu ve ruhun kötü olması durumunda kötü sonuçların ortaya çıktığına inanan Neolitik insan topluluklarında görülmekteydi.

Spartalılar, genç ve yaşlı özürllüleri şehirlerin dışında ölmeye terk ediyorlardı. Platon felsefesine göre, bu insanlar mükemmel dünyanın önünde duran engeller olarak kabul ediliyordu.

Eski Yunan'dan etkilenen Romalılar da özürllülere yardım edememiş ve özürllülerin kendi kendilerine bakmalarını beklemişlerdir. Bazen de özürllü yada deforme olmuş çocukları ölüme terk etmişlerdir.

Avrupa'da Ortaçağ ve sonrasında egemen olan Judeo-Hıristiyan geleneğine göre, özürllüler Tanrı'nın memnuniyetsizliğinin bir göstergesi idi. Bu düşünceye göre, özürllüler ölüme terk edilmeseler de, çoğu durumda toplumla bağları koparılıyor ve stereotipleştiriliyorlardı.

İncil tarihinde özürllülüğün günah ve kötülükle bağlı olduğunu gösteren birçok referans vardır. Eski Yahudi toplumlarında özürllülük günahkarlıkla eşdeğer tutulurdu ve özürllülerin şeytanlar tarafından ele geçirildikleri düşünülürdü. İncil'de deforme, özürllü ve kısa boylu olan kişilerin rahip olmaları yasaklanmıştı. Yeni Ahit'te zihinsel özürllüler (mental disorders) in şeytan tarafından ele geçirildiği sanılırdı. Görme ve diğer özürllülerin, kendi yada ana babalarının günahları yüzünden cezalandırıldıklarına inanılırdı.

Bugün bile özürllü kişiler, "Neden ben?" sorusuna cevap ararken, duruma hayali günahlarıyla anlam kazandırma çabasındadırlar.

MEDİKAL MODEL

Özürllülüğün kavramsallaştırılmasındaki ikinci model, medikal modeldir. Bu model günümüzde en etkin model sayılır. 1700'lerin ortasına doğru ortaya çıkan Aydınlanma Çağı'nın etkisini göstermeye başlamasıyla bir-

likte, insanların mükemmel hale gelebilecekleri düşüncesi egemen olmaya başlamıştır. Özürllü insanların biyolojik yetersizlikleri yada patolojileriyle değerlendirilebilecekleri bir paradigma ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu koşullar altında medikal model doğmuştur. Bunun sonucu Amerika'da kusurluları mükemmelleştirmeye yönelik kurumlar kurulmaya başlanmıştır. Yetersizliklerin mesleki müdahale ile giderilebileceği düşünülmüştür (Mackelprang ve Salsgiver, 1999:38).

Özürllülükle ilgili bu geleneksel model, özürllülüğü fiziksel yada zihinsel bozukluk sonucu ortaya çıkan bir durum olarak kabul eder. Bu durumda, yürüemeyen bir kişi özürllü olarak kabul edilir (Dowling ve Dolan, 2001:23).

Medikal model, tüm özürllülüğü fizyolojik bozukluk sonucu ortaya çıkan bir durum olarak görür. Buna göre uygulayıcılar, uygun bir "tedavi" yi gerektiren "durum" a göre plan yapmaktadırlar (Llewellyn ve Hogan, 2000:158).

Bu model doktorları, hemşireleri, terapistleri ve sosyal hizmet uzmanlarını hastaların yaşamlarına doğrudan yardımcı olan kişiler olarak değerlendirmektedir. Buna karşılık hastalar, bu uzmanlaşmış kişiler tarafından oluşturulan tedavilerin pasif alıcılarıdır. Tedavi ekibinin hizmetlerinden yararlanan özürllüler, aktif tüketiciler olmaya kalktıkları taktirde, otoriteleri sarsılan meslek elemanları verdikleri desteği geri çekerler. Meslek elemanlarının ve toplumun zorla oluşturduğu bağımlılık yüzünden özürllülerin büyük bir doyumsuzluk yaşadığı görülür (Arıkan, 2001:21).

Medikal modelde başlıca "değerlendirme amaçları (assessment targets)"

organik, fiziksel ve tıbbi sorunlardır. Psikososyal vurgu, kişilik sorunları ve iyileşmesine yöneliktir. Kişinin güçlü yanları gözardı edilir ve yalnızca patolojinin varlığı üzerinde durulur. Değerlendirme birimi bireydir; sorunlara birey düzeyinde bakılır ve tedavi planı da birey üzerinde odaklaşır. Meslek elemanları değerlendirme ve tedavi sorumluluğunu üstlenir. Bu model, tıbbi ve ruhsal kriz durumlarında uygun olabilir ancak uzun dönemlerde yararları kısıtlı kalmaktadır (Mackelprang ve Salsgiver, 1999:214-215).

Medikal Model ve Sosyal Hizmet Uygulamaları

Daha çok sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları uzun yıllar medikal modelin etkisi altında kalmışlardır. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, bireysel uyum ve bireyin sahip olduğu kaynaklar üzerinde durmuşlardır (Arıkan, 2002:59).

Bu modele dayanan sosyal hizmet uygulamalarında, çözülecek problem yada bireylerin patolojisi üzerinde durulur. Bu durumda değiştirilecek olan, özürlü bireydir. Özürlü bireyin içinde bulunduğu durumun nedeni, kendindeki "eksiklik, yetersizlik yada patoloji" dir. Dolayısıyla özürlüyü çevreleyen ve onu özürlü kılan etmenlerden uzaklaşarak özürlü bireyi odak alan müdahalelerde bulunulur. Diğer bir deyişle, özürünün yaşadığı çevreden çok, özürünün kendisini değiştirmesi beklenir.

Medikal modele dayalı sosyal hizmet uygulamalarında, sosyal hizmet uzmanı uzmanlık bilgisine dayalı olarak, özürünün durumunu tanımlar; kendi mesleki dilini kullanarak teşhis koyar. Böylece sorunun çözümünün nasıl olacağını bilen bir kişi konumundadır; özürüyü

mesleki müdahale sürecinin aktif üyesi olmaktan çıkarır (Şahin, 2002:74-75).

Medikal Modele Yönelik Eleştiriler

Medikal model son yıllarda çok eleştiri almaya başlamıştır. Modelin özürülüğü yararlı bir şekilde açıklayamadığı belirtilmektedir. Bu modelin birçok özürünün benlik kimliği (self-identity) üzerinde çok derin etkisi vardır. Bu kişiler durumlarını bozukluk olmaktan çok hastalık olarak görürler. Aslında özürülü kişiler, diğer insanlardan ne daha çok ne de daha az acı çekerler (Dowling ve Dolan, 2001:23).

Medikal model, statükoyu müracaatçıların yararına değiştirmemekte ve sorunlarına uyum sağlamalarına yol açmaktadır. Ayrıca özürülüklerinin sorumluluğunu, toplumsal yapı yerine kendilerinde aramasına neden olmaktadır (Şahin, 2002:75).

Medikal model, "çevresi içinde birey" nosyonunu esas alarak mesleki müdahalelerini gerçekleştiren sosyal hizmetin doğasına da aykırı düşmektedir (Şahin, 2002:74).

Bu model, "müracaatçının kendi kendine karar verme hakkı" na güvenmesini de zorlaştırmakta ve kendini yardım veren meslek elemanlarına kayıtsız şartsız bırakmaktadır (Şahin, 2002:75).

Medikal modelin, problemlerini çözme ve uyum sağlamada kendine özgü bir takım özellikleri olan müracaatçıları anlama amacını güden "bireyselleştirme ilkesi" ne de ters düştüğü söylenebilir.

Tüm bu eleştirilere karşın, Llewellyn ve Hogan (2000: 159)'a göre bu model tamamıyla reddedilmemekte fakat özürülüğü bütünüyle kapsamakta yetersiz kalmaktadır.

SOSYAL MODEL

Sosyal model, medikal modeldeki yetersizlikler sonucu ortaya çıkan bir modeldir.

Bu modele göre özürsüzlük, bozukluk sonucu olmayıp sosyal organizasyon sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Bu modeli savunanlar yürüyemeyen bir kişiyi özürsüzlük olarak görmez; kişi yürüyemeyebilir fakat toplum ona yürümeye yeteneği olmayan bir kişi olarak zorluk çıkarmaz. Örneğin, yürüyememek bir kişinin alışveriş yapmasını engeller fakat o kişinin tekerlekli sandalye ile alışveriş yapması mümkündür. Özürsüzlük kişi bozukluğu sonucu değil, toplumdaki başarısızlık yüzünden özürsüzlüktür (Dowling ve Dolan, 2001:23).

Özürsüzlüğün gereksinmelerine uygun olarak tasarlanmamış bir ev, "özürsüzlük ev" (housing disability) olarak kabul edilir (Oliver ve Saprey, 1999:23).

Kişiyi özürsüzlük kılan kişinin fiziksel yada zihinsel bozukluğu değildir. Muktedir bir bedeni norm olarak benimseten, toplumun engelleyici etkileridir. Bu yüzden özürsüzlük, toplum tarafından yaratılmıştır ve özürsüzlük tecrübesi bir sosyal baskı biçimidir (Llyod, 1992:208-209).

Oliver (1996:38) 'ın da belirttiği gibi, sosyal model özürsüzlüğün bireysel kısıtlamaları ile ilgili değildir. Bu model sosyal engellenmeler üzerinde durur.

Sosyal model, sorunu bir bütün olarak toplumun ortak sorumluluğu olarak ele alınır. Bu modelde bireyin üzerindeki vurgu geri çekilir (Llewellyn ve Hogan, 2000:159).

Sosyal modele göre özürsüzlük, toplumsal olarak yapılandırılmıştır ve çeşitli bozuklukları olan insanlara dayatılmıştır. Toplum normalizasyon kavramını

sanki bir saplantıya dönüştürmüş ve özürsüzlük bireyler üzerinde bir baskı yaratmıştır. Bu durumda özürsüzlük, bireyin benimsemek ve uyum yapmak zorunda kaldığı bir "bireysel trajedi" olarak özürsüzlüğe kabul ettirilmeye çalışılmaktadır. Dolayısıyla sosyal modele göre, "muktedir olamamak" toplumca üretilen bir kavramlaştırma değildir. Bu yüzden özürsüzlük deneyimi, toplumsal baskının ve zulmün bir biçimi olarak kabul edilmiştir. Bozuklukları olan insanları özürsüzlük kılan toplum gerçeğidir (Oliver, 1992: 24. Aktaran: Arıkan, 2001:23).

Bu modele göre özürsüzlük bir kişi, bu bireysel trajediyi kabul etmeyi ve yaşadığı yaşam ile mücadele etmeyi öğrenmelidir (Llyod, 1992:208-209).

Toplumda güzel ve sağlıklı bir bedene sahip olmak yüksek bir değer olarak sunulmaktadır. Bu durumda özürsüzlük kişilerin daha az çekici oldukları görüşü yaygınlaşmaktadır. Özürsüzlük sakınılacak ve utanılacak bir durum gibi çarpık olarak algılanmaktadır. Dolayısıyla özürsüzlük kişiler toplumun güçsüz, başarısız, sürekli kaybeden ve marjinal üyeleri olarak değerlendirilmektedir (Arıkan, 2001:23-24).

Sosyal modelde uyum, özürsüzlük kişiler için bir problem olarak görülmez. Uyum, toplum için problem sayılır. Bu modele göre, toplumun özürsüzlük kişileri kabullenmesinde önemli olan sosyal baskının ortadan kaldırılmasıdır (Cankurtaran Öntaş, 1998:25).

Sosyal modelle ilişkili değerlendirmede özürsüzlük kişiler uzman (expert) rolünü oynar. Meslek elemanları ise, danışman olarak hareket eder. Müracaatçının algıladıklarını her zaman kabul etmeyebilirler ancak bu yaklaşım bireylerin kendi gerçeklerini görme yeteneğinin

olduğunu kabul eder. Sosyal model meslek elemanlarının algılamalarını müracaatçı yada hastaninkinden daha üstün görmez. İnsanların algılamaları kendi gerçekleridir; sosyal model bunu kabul eder.

Sosyal model değerlendirilmesinde kritik öge, çevredir. Örneğin, tekerlekli sandalye kullanan bireyin sınırlamasına yol açan tekerlekli sandalye olmayıp, onun sosyal katılımını engelleyen çevresindeki bariyerlerdir.

Sosyal model bireyin güçleri (strengths) ve potansiyeli üzerinde durur. Güçler, bireyin sahip olduğu bilgi ve becerilerdir. Potansiyel ise, yeterli kaynaklarla bireyin geliştirebileceği yetenekleridir. Özürlüler kendi güçlü yanlarını tanımlayabilirler. Bazen de meslek elemanları bireylere farkında olmadıkları güçlü yanlarını tanımaları konusunda yardımcı olurlar. Meslek elemanları ayrıca özürlülerin potansiyellerini geliştirmeleri için yol gösterici olurlar (Mackelprang ve Salsgiver, 1999:216):

Sosyal modelde mikro, mezo ve makro düzeyde değerlendirmeler yapmak yararlıdır.

Mikro düzeyde meslek sistemleri, fiziksel ve duygusal destekleri içerir. Örneğin, bazı kişiler devamlı bakım yada alışveriş gibi fiziksel desteğe ihtiyaç duyarlar. Bazılarının ise fiziksel bakıma ihtiyaçları yoktur; sadece duygusal destek isterler.

Mezo düzeyde destek de önem taşır. Bu destek bireyin yaşamındaki sosyal sistemlerin etkileri ile ilgilidir. Mezo değerlendirme komşuluk, sağlık bakımı kuruluşları, okullar, sosyal kurumlar, bireylerin çalıştığı yerler vb. gibi ortamları kapsar. Örneğin, özürlülerin gelir ve iş düzeyleri, özürlü olmayanlarınkinden daha düşüktür.

Makro düzeyde değerlendirme ise, bireylerin yaşamındaki sosyal yapıların ve kurumların etkilerini kapsar. Özürlü kişiler için makro değerlendirme, güç farklılıkları ve sosyal koşulların kabul edilmesi ile başlar. Örneğin, özürlülerin istihdamının değerlendirilmesi için sağlık politikalarının ve uygulamalarının, meşguliyet (vocational) ile ilgili kuruluşların ve iş dünyasının değerlendirilmesi gerekir (Mackelprang ve Salsgiver, 1999:222-224).

Daha önce de belirtildiği üzere, Mackelprang ve Salsgiver (1999: 40) bu modeli "sosyal/azınlık modeli" olarak adlandırılmaktadır. Moral ve medikal modelden farklı olarak, sosyal/azınlık modeli özürlü kişileri, özürlü olmayan bir toplum içerisinde bir azınlık olarak görür. Özürlülük fenomenini ırk yada cinsiyet gibi sosyal bir kurgu olarak ele alır. Özürlülüğün getirdiği sınırlamalar, özürlülüğün içsel özelliklerinden dolayı değildir. Bu sınırlamalar toplumun özürlülük tanımlamasından doğmaktadır. Böyle olunca özürlü kişiye değil, tanımları yaratan ve koruyan topluma müdahale gerekmektedir.

"Bağımsız yaşam hareketi" de bu felsefi ve politik görüş üzerine kuruludur. 1960'lı yıllarda Amerika'da kadın ve Afrikalı Amerika'luların hareketlerinin ortaya çıktığı atmosferde özürlüler hareketi de doğmuştur.

Bağımsız yaşam hareketinde içselleştirilen sosyal/azınlık modeli, farklı bir bakış açısı getirmiştir. Bireysel yetersizlikten çevresel ayrımcılığa yapılan paradigma geçişi, özürlüler için güç vericidir. Bu görüşe göre, özürlüler acınılan objeler olarak algılanmaz; kişisel ve politik becerilerini geliştirmeye güdülenirler. Özürlü kişiler kendilerini toplumu oluşturan büyük çeşitlilik (diversity)

mozağının bir parçası olarak görürler. Bağımsız yaşam, kişisel bağımsızlık ve politik güç rol modelleri oluşturmuştur. Özürlüler hizmet ve hizmet verenlerin pasif objeleri olarak kalmaktansa aktif ve yeterli tüketiciler haline gelebilirler. Bu kişiler yaşamlarını yetersizlikleri ve sorunları etrafına örgütlemek yerine güçleri etrafına kurarlar; yaşamlarının kontrolünü ele alırlar. Bu modelde pasiflik yerine karar verme, güçsüzlük yerine güçlenme egemenliğidir. Bu güç ve kontrol bilinci, önemli sosyal ve politik değişimle sonuçlanır (Mackelprang ve Salsgiver, 1999:43).

Sosyal Model ve Sosyal Hizmet Uygulamaları

Arkan (2002:57-58) 'ın vurguladığı üzere, sosyal hizmet uzmanı bireyin iyilik durumunu amaçlar. Bireyin karşılaştığı sorunların çözümü ve engellerin aşılabilmesi için "onunla birlikte" hareket eder. Kendini savunması için çaba gösterir. Çevrenin hem olanaklarının hem de olanaksızlıklarının bireyin kaderini biçimlendirdiğine dair inancı vardır.

Sosyal model de, bireyin yaşadığı toplumun ve çevresel koşullarının son derece etkili olduğunu ileri sürer; hatta belirleyici olduğunu vurgular.

Özürlülük alanında sosyal modeli temel alarak çalışan sosyal hizmet uzmanı şu noktalar üzerinde durur (Arkan, 2002: 58-59):

- Özürlü bireylerin içinde yaşadıkları toplumsal ve çevresel koşulların, toplumsal tutumların, eşitlik temelinde günlük yaşama girmelerini önlemesi durumunda özürlü kılındıklarını kabul eder.
- Özürlülüğü "sindirilmişlik, bastırılmışlık ve engellenmişlik" boyutunda ele alır.
- Özürlü bireylerin savunuculuğunu yaptığı kadar, onları da kendilerinin savunuculuğunu yapmaları için destekler; savunuculuk rolünün daha fazlasını onların yapması için çalışır.
- Özürlü bireylerin karşılaştığı engellerin büyük bir bölümünün kendi durumlarından kaynaklanmadığını vurgular. Buna karşılık, kısıtlayıcı toplumsal ve çevresel koşulların, insanların olumsuz tutumlarının ve önyargılarının engelleyici olduğunu kabul eder.
- Özürlülük alanındaki tüm çalışmalarda "sosyal eylem" in önemi üzerinde durur.
- Toplumda varolan potansiyel kaynakları değerlendirir ve gerektiğinde bu kaynakları harekete geçirir.
- Özürlülükle ilgili ulusal ve uluslararası temel yasal ve yönetsel düzenlemeler hakkında bilgi sahibidir.

Sosyal hizmet uzmanı özürlüler ve aileleri ile birey, grup ve toplum düzeyinde sosyal hizmet uygulamaları yapar (Erkan, 2003). Diğer bir deyişle, mikro, mezo, ve makro düzeyde uygulamalar gerçekleştirir. Sosyal model, özellikle makro düzeydeki çalışmalarda başvurulması kaçınılmaz bir modeldir.

Sosyal Modele Yönelik Eleştiriler

Sosyal model özürlülük alanında giderek güçlü bir yer kazanmasına karşın yine de bazı eleştiriler almaktadır. Bu eleştirilerin başlıcaları şunlardır (Bernaı, 2003):

Sosyal model, medikal açıdan uygun olan müdahalelerin başlatılmasını sınırlandırabilir.

Sosyal model, bireyin özürlü olmasına yol açan durumların araştırılmasını engelleyebilir.

Bu model, ağrı ve rahatsızlık gerçeğini yadsıyan bir modeldir.

Sosyal model, bir grup özürlü için, diğer özürlü gruplarına kıyasla daha kabul edilebilir nitelik taşımaktadır.

Tüm bu eleştirilere karşın, Arıkan (2002:62)'ın belirttiği gibi, sosyal modelin güçlü bir tabanı vardır, çünkü özür-lülükle ilgili sosyal model özür-lülerin oluşturduğu bir modeldir. Dolayısıyla en büyük gücü özür-lülerin kendilerinden almaktadır.

Sosyal model, özür-lülerin kendilerini toplumla bütünleşmiş hissetmelerine yol açmaktadır; böylece toplumdan soyutlanmamış olmaktadır. Özür-lüleri toplumla bütünleştirici bu yaklaşıma, hem özür-lüler hem de yakınları tarafından ihtiyaç duyulmaktadır (Arıkan, 2002:12).

SONUÇ

Medikal modele bir tepki olarak doğan sosyal model, özür-lüleri etiketlenmekten ve damgalanmaktan kurtaran bir modeldir. Bu model özür-lülüğü bireysel bir trajedi olarak görmemekte ve utanılacak ve sakınılacak bir durum olarak kabul etmemektedir.

Sosyal model özür-lülüğü toplumsal sorumluluk boyutunda ele almakta ve toplumda özür-lülere sunulan ve sunulamayan hizmetlerin onların yaşam biçimini belirlediğine inanmaktadır.

Sosyal model, sosyal hizmet uygulamalarında giderek benimsenen bir model

olmakla birlikte, bu modelin başarıya götürmesi için, bazı olanakların ve fırsatların mevcut olması gerekmektedir. Temel hakların çiğnendiği, yoksulluğun ve işsizliğin yaygın olduğu, özür-lülerin marjinal bir grup olarak değerlendirildiği toplumlarda sosyal modelden gerektiği gibi yararlanılması olanaksızdır.

Sosyal modele dayalı yaklaşımın başarıyla uygulanabilmesi için, sosyal hizmet uzmanının makro düzeyde çalışmalara ağırlık vermesi gerekmektedir. Daha ayrıntılı bir anlatımla, sosyal eylemlere öncelik tanınması, özür-lülerle birlikte onların haklarını savunması, toplumu bilinçlendirmesi, yasal düzenlemelerin yapılması için kamuoyu oluşturması vb. başlıca görevleri arasındadır.

Özür-lülüğü bireysel değil, sosyal yönden ele alan bu model özür-lülere yeni bir kimlik kazandırmıştır ancak bu modelin kabulü, medikal modelin reddedilmesini gerektirmez. Zaten Oliver (1996:35)'ın da değindiği gibi, bu model özür-lü beden ile ilişkisini inkar etmemektedir.

Medikal model, bazı özür-lüler için daha uygulanabilir bir modeldir. Daha önce de belirtildiği gibi, tıbbi ve ruhsal kriz durumlarında bu modelden yararlanılır. Özellikle ruhsal kriz durumlarında özür-lünün bu krizi atlatabilmesi için sosyal hizmet uzmanının mikro ve mezo düzeyde çalışmalar yapması gerekir.

Aslında bu iki modeli birbirini tamamlayıcı modeller olarak kabul etmek daha doğru olur. Özür-lülerdeki bozukluğun varlığı reddedilemeyeceğine göre, medikal modele göre müdahale edileceği bir gerçektir. Sosyal model yaklaşımı ile de, özür-lünün bozukluğuna karşın toplumda daha kolay yaşaması ve topluma uyumu sağlanır.

KAYNAKLAR

Arıkan, Ç. (2001) *Türkiye'de Görme Özürlü Kadınlar: Sorunlar, Beklentiler, Çözüm Önerileri*. Ankara: Körler Federasyonu.

Arıkan, Ç. (2002) "Sosyal Model ve Sosyal Hizmet Uygulamaları," *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*. 2, 2: 57-66.

Arıkan, Ç. (2002a) "Sosyal Model Çerçevesinde Özürlülüğe Yaklaşım," *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*. 2, 1: 11-25.

Bates, E. (2001) *Models of Madness*. St. Lucia: University of Queensland, 1977. Aktaran: Ç. Arıkan. *Türkiye'de Görme Özürlü Kadınlar: Sorunlar, Beklentiler, Çözüm Önerileri*. Ankara: Körler Federasyonu.

Bernal, J. (2005) Medical Model. [http://www.squ.ac.uk/depts/psychdis/education/powerpoint/Intro to Disability 2003/sld008.htm](http://www.squ.ac.uk/depts/psychdis/education/powerpoint/Intro%20to%20Disability%2003/sld008.htm), 25 Temmuz 2005.

Cankurtaran-Öntaş, Ö. (1998) "Sosyal Hizmette Özürlülere İlişkin İki Uygulama Modeli," *Sosyal Hizmet Sempozyumu 97: Toplumla Bütünleşme Sürecinde Özürlüler ve Sosyal Hizmet*. 18-20 Eylül 1997, İstanbul. Yay. Haz.: I. Bulut ve Ö. Kars. Ankara: H.Ü Sosyal Hizmetler Yüksekokulu.

Dowling, M. ve L. Dolan. (2001) "Families with Children with Disabilities: Inequalities and the Social Model," *Disability and Society*. 16, 1: 21-35.

Erkan, G. (2003). "Özürlülerle Sosyal Hizmet Uygulamaları," *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Halk Sağlığı Özel Eki*. 25, 4: 34-38.

Llwellyn, A. ve K. Hogan. (2000) "The Use and Abuse of Models of Disability," *Disability and Society*. 15, 1: 157,165.

Llyod, M. (1992) "Does She Boil Eggs? Towards a Feminist Model of Disability," *Disability, Handicap and Society*. 7, 3: 207-221.

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

Oliver, M. (1992) *Social Work With Disabled People*. London: Mac Millan. Aktaran: Ç. Arıkan. (2001) *Türkiye'de Görme Özürlü Kadınlar: Sorunlar, Çözüm Yolları, Önerileri* Ankara: Körler Federasyonu.

Oliver, M. (1996) *Understanding Disability: From Theory to Practice*. London: McMillan Pres Ltd.

Oliver, M. ve B. Saprey (1999) *Social Work With Disabled People*. Second Edition. New York: British Association of Social Workers.

Şahin, F. (2002) "Özürlüler ve Medikal Model: Yardım Veren Meslekler İçin Sosyal Hizmet Örneğinde Bir Değerlendirme," *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 13,2: 70-76.