

TOPLUM ve SOSYAL HİZMET

Society and Social Work



TOPLUM VE SOSYAL HİZMET



Society and Social Work

Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü Dergisi

Publication of Social Work Department
Faculty of Economics and Administrative Sciences, Hacettepe University

Hakemli Dergidir.
Blind Peer Reviewed Journal

H. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Adına
On Behalf of H.U.
Faculty of Economics and Administrative Sciences

SAHİBİ/PUBLISHER

Prof. Dr. Ahmet Burçin YERELİ

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ/EDITING AUTHORITY

Yrd. Doç. Dr. Ercüment ERBAY

YAYIN KURULU BAŞKANI/CHIEF EDITOR

Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN

YAYIN KURULU BŞK. YRD./ASSOCIATE EDITOR

Prof. Dr. Kasım KARATAŞ

YAYIN KURULU/EDITORIAL BOARD

Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN
Prof. Dr. Doğan Nadi LEBLEBİCİ
Prof. Dr. Kasım KARATAŞ
Doç. Dr. Özlem CANKURTARAN ÖNTAŞ
Doç. Dr. Hilal ONUR İNCE
Doç. Dr. Tarık TUNCAY
Yrd. Doç. Dr. Ercüment ERBAY

YAYIN SEKRETERİ

Arş. Gör. Özgür ALTINDAĞ

İNGİLİZCE EDİTÖR/ENGLISH EDITOR

Prof. Dr. Mehmet DEMİREZEN

CİLT/Volume:24

SAYI/Number: 1

AY/Month: NİSAN

YIL/Year: 2013

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

Araştırma/Research

- 7-24 ***Hasta Hakları Birim Sorumlularının Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri*** *İshak AYDEMİR*
Problems Encountered By the Responsible Of Departments Related To the Rights of Patients and Their Suggestions for Solution *Vedat IŞIKHAN*
- 25-40 ***Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet 4. Sınıf Öğrencilerinin Eğitim Süreçlerine ve Gelecekteki Meslek Yaşamlarına İlişkin Görüşleri*** *Ercüment ERBAY*
Opinions of 4th Class Students of Social Work Department, Hacettepe University on Process of Social Work Education and Professional Life in Future *Çağrı SEVİN*
- 41-64 ***Toplumsal İlişkiler Kıskaçında Zihin Engelli Olan Bireyler ve Aile Yapıları: Eskişehir’de Engelli Ailesi Hakkında Sosyolojik Bir Alan Çalışması*** *Fuat GÜLLÜPİNAR*
The Family Structure of the Children with Mental Disability Squeezed within Social Relations: A Sociological Case Study on the Disabled Family in Eskişehir
- 65-82 ***Hasta Hakları Kurul Dosyalarının Sosyal Hizmet Bakış Açısıyla İncelenmesi ve Değerlendirilmesi*** *Semra SARUÇ*
Examination and Evaluation of the Files of the Patient Rights Committee with Social Work Perspective
- 83-100 ***İnsan Ticaretiyle Mücadelede Sosyal Politika ve Sosyal Hizmetlerin Gelişimi: Ukrayna Örneği*** *Reyhan ATASÜ TOPCUOĞLU*
Development of Social Policy and Social Work in Fight against Human Trafficking: The Ukrainian Example

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

- 101-114 **Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Ailelere Yönelik Sosyal Hizmet Uygulaması: Bir Değerlendirme Araştırması** *Serap DAŞBAŞ*
Social Work Practice with Families in Special Education and Rehabilitation Centres: An Evaluation Research.
- 115-128 **Sivil Toplum Kuruluşu Gönüllülerinin Sosyal Sistemin Meşruiyetine İlişkin Algıları, Adil Dünya İnançları ve Sosyal Baskınlık Yönelimleri** *Necip YILDIRIM*
Perceived Legitimacy of the Social System, Belief in a just World and Social Dominance Orientation of Volunteers in Non-Governmental Organizations
Serap AKGÜN
- 129-144 **Aile Danışmanlığı Eğitimlerinde Popüler Filmlerin Kullanımı ve Yapısal Aile Terapisi Kuramı İle Dalgaların Prensi Filminin Analizi** *Ural NADİR*
Usage of the Popular Films in Family Counselling Courses and A Film Analysis with the Concepts of Structural Family Therapy
- Derleme/Review**
- 145-156 **Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Konut İlişkisi** *Ayfer AYDINER BOYLU*
The Relationship Between Housing And Quality Of Life In Older Ages
- 157-168 **Türkiye’de Çocuk İşçiliğinin Büyük Resmi** *Ercüment ERBAY*
A Big Picture of Child Labour in Turkey
- 169-190 **Onkoloji Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri ve Kanıtı Dayalı Değerlendirme** *Buğra YILDIRIM*
Tasks of Social Workers in Oncology Settings and Evidence Based Assessment
Melis ACAR
Tarık TUNCAY
- 191-198 **Geriatrik Hizmetlerde Ekip Çalışması ve Geriatrik Ekipte Sosyal Çalışmacı** *Bilge ÖNAL DÖLEK*
Team Work in Geriatric Services and Social Worker in Geriatric Team
- 199-208 **Mağdur Çocuklarla Adli Mülakat Teknikleri** *Gamze ERÜKÇÜ*
Forensic Interviewing Techniques with Child Victims
Emrah AKBAŞ

Araştırma

HASTA HAKLARI BİRİM SORUMLULARININ KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Problems Encountered By the Responsible Of Departments Related To the Rights of Patients and Their Suggestions for Solution

İshak AYDEMİR*
Vedat İŞIKHAN**

*Yrd. Doç. Dr., Turgut Özal Üniversitesi
Sağlık Yüksek Okulu Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi
İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi

ÖZET

Türkiye’de 2003 yılında başlatılan hasta hakları uygulamalarının alandaki (hastanelerdeki) uygulayıcıları hasta hakları birim sorumlularıdır. Bu nedenle 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 geliştirmek çok önemlidir. 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.

Anahtar Sözcükler: *Hasta Hakları, Hasta Hakları Birimi, Hasta Hakları Birim Sorumlusu, Tıbbi Sosyal Hizmet*

ABSTRACT

Patients’ rights applications have been started in 2003, and their appliers are the hospitals heads of the departments in charge, who try to solve any kind of problems that the patients and their relatives face in daily procedures. The detection of the problems in relation to these problems in the responsibility areas of the heads of the departments in charge and finding solutions to these problems are very important. In addition, the determination of patients’ rights and production of solutions to the problems by means of their perspectives, too, may contribute to the legal reformations that are planned on these issues. In this research, the problems that they face and the proposals to promote the quality of patients’ rights applications are investigated.

Key Words: *Patient Rights, Patient Risghts Office, Responsible of Patient Rights Office, Medical Social Work.*

GİRİŞ

Bireyin yaşamı süresince onun insan olma özelliğinden kaynaklanan ve sahip olması gereken temel hak ve özgürlükler insan hakları olarak tanımlanırken, bunun sağlık alanındaki uygulaması ise

karşımıza hasta hakları olarak çıkmaktadır. Günümüzde insan hakları, hukukun üstünlüğü gibi temelde insanı ve onun değerini ön planda tutan anlayışın giderek önem kazanması ve yaygınlaşması nedeniyle sağlık alanında da hasta hakları tartışılmaya başlanmıştır. Hasta hakları, esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka deyişle, insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır.

Hastalık hali, hayatın normal akışının dışında ortaya çıkan bir durumdur. Dolayısıyla bireyin maddi ve manevi varlığını derinden etkileyebilmektedir. Teşhis, tedavi ve bakım sürecinden oluşan ilişki hasta ile sağlık çalışanlarını aynı karede buluşturmaktadır. Bu çerçevede ilişkinin pasif tarafını temsil eden hastanın bir takım hak ve yükümlülükleri gündeme gelmektedir. Bunu da hasta hakları olarak adlandırılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, bireyin, fiziki, ruhi ve sosyal açıdan tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Yani bireyin sağlıklı olarak tanımlanabilmesi için fizik, ruh ve sosyal açıdan tam fonksiyonel bir halde olması gerekmektedir. Bireyin fizik, ruh veya sosyal açıdan fonksiyonelliğinin azalması veya yok olması ise hastalık olarak tanımlanmaktadır. Hastalık, bireyin psiko-sosyal ve fiziksel fonksiyonelliğini azaltan veya yok eden bir durumdur. Bu nedenle fonksiyonelliği azalan veya yok olan birey, yardıma ihtiyaç duyabilir, sağlıklı bir ilişki kuramayabilir ve bağımlı hale gelebilir. Hastalık nedeniyle

hastada, başvurma, hastaneye yatma, bilinen çevreden uzaklaşma, bilinmezlik korkusu gibi bazı sorunlar ortaya çıkabilir. Bu sorunlar sonucunda hasta hafif veya yoğun bir anksiyete yaşar. Anksiyeteyi azaltmak, hastanın fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak için, hastalığa ve hastaneye uyumu sağlayacak psiko-sosyal desteğin sağlanması gerekir.

İşte bu noktada sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanındaki uygulaması olan tıbbi sosyal hizmetin temel odağı, psiko-sosyal fonksiyonelliği azalan hasta ve ailesi ön plana çıkmaya başlar. Bu amaçla hasta ve ailesinin psiko-sosyal açıdan desteklenmeleri önem arz etmektedir. Sağlık alanında hasta ve sosyal hizmet uzmanı ilişkisinin temeli ve belirleyicisi olan hasta savunuculuğu, hastaların daha güvenli ve katılımcı bir ortamda tedavi görmesini kolaylaştırmaktadır.

Sağlık hizmetleri, üretildikleri anda tüketilmeleri, stoklanamamaları, sunulmadan önce muayene ve test edilememesi ancak hizmetin sunulduğu fiziki ortam ve donanımın iyileştirilerek, insan kaynağı niteliğinin geliştirilerek olabilecek hata ve uygunsuzlukları en aza indirebilmenin söz konusu olması, memnuniyetin hizmetin sunumu esnasında oluşması ve en önemlisi oluşan hataların bazen geri dönüşünün olmaması ve insan hayatına mal olabilmesi gibi oldukça önemli unsurlardan dolayı hizmet sektörü içerisinde farklı bir konuma sahiptir. Tüm bu özellikler sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu, iyileştirilmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında birtakım mekanizmaların oluşturulmasını ve geliştirilmesini gerekli kılmaktadır (Gülşay ve Diğ., 2005: 23).

Değişen ihtiyaçlar, talepler, çevresel koşullar, iletişim ve bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, üretim ilişkilerindeki değişmeler, küreselleşme ve bölgesel entegrasyonlar, vb. gelişmeler sağlık sektörünü de etkilemekte ve doğası gereği son derece dinamik bir yapıya sahip olan sektörü, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi noktasında farklı arayışlara itmektedir.

Hasta hakları, esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka deyişle; insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır (Özülü, 2005: 14-17).

Hasta hakları ile ilgili ilk çağlardan beri hekim sorumluluğunu belirleyen bir takım kuralların ve kanunların olduğu bilinmektedir. Dünyanın bilinen ilk yazılı hukuk kuralları olan Hammurabi kanunlarında olduğu gibi ilk çağ uygarlıklarının hemen hepsinde kötü ya da hatalı bir uygulama olduğunda hekim sorumluluğundan söz edilirken ilk kez Roma Hukukunda hekim bilgisizliği ve ihmali ağır kusur olarak sayılmıştır (Ersoy, 1995:1).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşı, insanlığa hastalık, kıtlık, türlü sefalet ve ölüm getirmiş ve dahası esir ve masum insanlar üzerinde ürkütücü boyutlara varan insanlık dışı bilimsel tıp deneyler Nazi doktorları tarafından uygulanmıştır.

Hasta hakları ile ilgili ilk resmi deklarasyon 1947 yılında Nuremberg Mahkemelerinde ortaya çıkmış ve doktorlara tıbbi işlemleri uygulamadan önce hastanın bilgilendirilmiş onayının alınması sorumluluğu verilmiştir (Sayek, 1998).

Hasta hakları ile ilgili bilinen ilk ulusal belge, Amerikan Hastaneler Birliğinin 1972 yılında yayımlanmış olduğu Hasta Hakları Bildirgesidir (Sert, 2004: 64). Bu beyanname, hasta haklarını kapsamlı bir şekilde ele almış ve hasta hakları ile ilgili yayınlanan ilk ulusal belge niteliğindedir. Beynamede insan hakları temel alınmış ve hastanede yatan hastaların haklarının savunulması gereği vurgulanmıştır.

Hasta hakları konusundaki ilk uluslararası belge 1981'de Lizbon'da Dünya Tabipleri Birliği'nce açıklanan bildirgedir. Bunu takiben, Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 1995 yılında Lizbon Bildirgesi daha detaylı olarak Bali Bildirgesi, 2002 yılında Roma'da Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü, Dünya Hekimler Birliği tarafından 2005 yılında Santiago'da Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır (Bostan, 2005: 65-72; Görkey, 2003: 100-126; Hatun, 1999: 83 Oğuz, 1997: 50-55).

Hasta hakları önceleri tıp mesleğinin etik kuralları içerisinde yer almıştır. Herhangi bir yasal yaptırımı yoktu. Ancak çağımıza özgü olarak ortaya çıkan ve gelişen insan hakları, eşitlik, demokrasi ve özgürlük gibi kavramların toplumsal yaşamın her alanını etkilediği gibi sağlık alanında hekim-hasta ilişkisini de etkilemiştir. Bu nedenle hasta haklarının tıp mesleğinin etik kurallarından çok yaptırımı olan yasal kurullarla korunması gereği ortaya çıkmıştır.

Ülkemizde sağlık hakkı, ilk kez 1961 Anayasasında yer almıştır. 1982 Anayasasının kişi hak ve ödevleri bölümünün 17. maddesinde herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu (sağlık hakkı) ve tıbbi zorunluluklar dışında kişinin

vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı, izni olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağı (hasta hakları) vurgulanarak vatandaşlara sağlık hizmeti sunmayı devlete bir görev olarak yüklemiştir (TC Anayasası, 1982).

Türk Tabipler Birliği tarafından 1961 yılında Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzük) kabul edilerek yayımlanmıştır. Nizamnamede hasta haklarından, hekim ve dış hekimlerinin sorumluluklarından bahsedilerek burada hekimler ile ilgili, hastanın mahremiyetine saygı, hastanın hekimini seçebilmesi, tanı ve tedavinin hastaya açıklanması, sır saklama, hekimin hastanın tedavisinden çekilebilme gibi konulara yer verilmiştir (Vural, 1996: 39-23). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, hasta hakları konusunda bazı hükümler taşımakla birlikte yetersiz kalmıştır. Ayrıca bu nizamname "Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları" adı altında yeniden düzenlenerek Türk Tabipler Birliğinin 1998'de Ankara'da yaptığı 47. Büyük Kongresinde kabul edilmiştir (Hatun, 1999: 22).

Türkiye'de hasta haklarına ilişkin olarak atılan en önemli adım, Türkiye'nin taraf olduğu insan hakları sözleşmeleri ile hasta haklarının yer aldığı uluslararası bildirilerin etkisiyle, 1 Ağustos 1998 tarihinde kabul edilen Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)'dir. Yönetmelik iç mevzuatımızda dağınık halde bulunan hasta haklarına ilişkin düzenlemeleri tek çatı altında toplamıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği, dokuz bölüm ve toplam elli bir maddeden oluşmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği sağlık hizmetlerinin insan onur ve haysiyetine yaraşır ve gelişmiş ülkelerdeki hastaların almış olduğu nitelik ve nicelikte bir sağlık hizmetinden faydalanmalarının ilkelerini tespit etmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliğinin amacı, temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"ni somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan onuruna yaraşır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemektir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Türkiye'de 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği ile ilgili olarak 2003 yılına kadar bu yönetmeliğinin nasıl uygulanacağına ilişkin herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin uygulanmasını sağlamak üzere 2003 yılında Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge (2003) yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur. Bu uygulama ile hasta ve yakınlarının mevzuatta belirlenmiş haklarını kullanabilmeleri, her aşamada bilgilendirilmeleri, hasta ve yakınlarının hak ihlallerinden korunabilmeleri ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmeleri amaçlanmıştır.

İlk etapta 60 hastanede başlatılan hasta hakları uygulamaları, yaygınlaştırılarak günümüzde Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastane ve diğer ayaktan tedavi hizmeti sunan kurumlarda uygulanmaktadır. Uygulamanın başladığı hastanelerde uygulamalar sırasında karşılaşılan güçlüklerin, sorunların,

eksikliklerin giderilmesi ve uygulamayı yapan ilgili kişi ve birimler tarafından yapılan öneriler doğrultusunda yönergenin yeniden düzenlenmesi gereği ortaya çıkmıştır.

2004 yılı sonuna kadar ise 81 il ve tüm büyük ilçelerde uygulamaya başlanmıştır. İlk aşamada uygulama başlatılan hastanelerin belirlenmesinde kalite konseylerinin oluşmuş olması esas alınmıştır. Uygulama ile birlikte Bakanlık Hasta Hakları Merkez Şubesi, Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü, Hastane Hasta Hakları Kurulu, Hastane Hasta Hakları Birimi, Sağlık Grup Başkanlıklarında Hasta Hakları Kurulları, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Oluşturulan Hasta Hakları İletişim Birimleri kurulmuştur. Bu nedenle yönerge, revize edilerek ve günün koşullarına uyarlanarak 2005 tarihinde yeniden yürürlüğe girmiştir.

Yönergenin Amacı: Sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki koruma yollarını fiilen kullanabilmesine dair esas ve usulleri belirlemek ve tüm toplumu ve sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve eğitmektir (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2003).

Yönergenin Hedefi: Bu yönerge ile hastaların haklarının ihlal edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, mahremiyete uyulduğu, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tıbbi tedaviyi aldığı, hekimini ve kurumu seçebildiği ve değiştirebildiği, kendisine sağlık

hizmeti sunan sağlık personelinin kimlik ve unvanını bildiği, sağlık hizmetini güvenli bir ortamda aldığı, inançlarına saygı gösterildiği, güler yüzlü, nazik, şefkatli hizmet alabildiği, hastanede yattığı süre içinde ziyaretçi kabul edebildiği, yanında refakatçi bulundurabildiği bir sağlık hizmeti sunumu hedeflenmektedir (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2003).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde kurulan hasta hakları birimleri yoluyla hasta ve yakınlarının karşılaştıkları her türlü sorunu çözmeye çalışan birim sorumlularının uygulamaya ilişkin karşılaştıkları sorunların saptanması, uygulamanın etkinliğinin ve kalitesinin arttırılması, uygulamanın eksik kalan yönlerinin ortaya çıkarılarak bu doğrultuda yapılacak çalışmalar, düzeltme ve iyileştirme faaliyetleri ile hasta hakları uygulamalarının etkinliği ve verimliliğinin arttırılmasının sağlanması çok önemlidir.

ARAşTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, hasta hakları birim sorumlularının hasta hakları uygulamalarına ilişkin karşılaştıkları sorunlar ve hizmet kalitesini arttırmak için konuya ilişkin önerilerini belirlemektir..

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın modeli, değerlendirme araştırmasıdır. Değerlendirme araştırması, sosyal aksiyon, sağaltım ve müdahale programlarının uygulanmasının, etkinliğinin ve yarattıkları etkilerin ortaya çıkarılmasına yönelik sistematik bir çalışmadır (Weiss, 1972: 73-77).

Bu araştırma, 2006- 2010 yılları arasında gerçekteştirilmiştir. Araştırmanın evreni, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 740

hastanenin hasta hakları birim sorumlusundan oluşmaktadır. Araştırmada tam sayım yöntemi uygulandığından ayrıca bir örnekleme yapılmamıştır. Araştırma evreninden 552 (%75) hasta hakları birim sorumlusu araştırmaya katılmıştır.

BULGULAR

Araştırma bulguları, hasta hakları birim sorumlularına ait bazı sosyo-demografik özellikler, hasta hakları birim sorumlularının karşılaştıkları sorunlar ve hasta hakları uygulamalarının kalitesinin artırılması için önerileri olmak üzere üç bölümde incelenmiştir.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Aşağıda araştırmaya katılan hasta hakları birim sorumlularının yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, unvan, hizmet süresi, çalıştıkları hastaneler ve göreve başlamadan önce hasta hakları ile ilgili olarak eğitim almalarına ait elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hasta hakları birim sorumlularının cinsiyet dağılımı incelendiğinde, hasta hakları birim sorumlularının büyük çoğunluğu (%70.7) kadınlardan ve yaklaşık üçte biri (%29.3) de erkeklerden oluşmaktadır.

Hasta hakları birim sorumlularının yaş dağılımı incelendiğinde, büyük çoğunluğu (%48.2)'nin 31-40 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bunu 20-30 yaş aralığı %35.9, ve 41-50 yaş aralığı %14.9 ile izlemektedir. Hasta hakları birim sorumluları 31-40 yaş aralığında yoğunlaştığını görülmektedir.

Hasta Hakları Birim sorumlularının çoğunluğunun (%57.8) lisans mezunu

Tablo 1. Hasta Hakları Birim Sorumlularının Sosyo-Demografik Özellikleri

Cinsiyet Dağılımı	N	%
Erkek	162	29.3
Kadın	390	70.7
Toplam	552	100.0
Yaş Dağılımı	N	%
20-30 yaş	198	35.9
31-40 yaş	266	48.2
41-50 yaş	82	14.9
51 yaş ve üzeri	4	0.7
Yanıtsız	2	0.4
Toplam	552	100.0
Öğrenim Durumu	N	%
Lise	34	6.2
Ön lisans	167	30.3
Lisans (Üniversite)	319	57.8
Yüksek lisans	31	5.6
Doktora	1	0.2
Toplam	552	100.0
Medeni Durum	N	%
Evli	417	75.5
Bekar	120	21.7
Boşanmış	8	1.4
Dul	2	0.4
Yanıtsız	5	0.9
Toplam	552	100.0
Çalıştıkları Bölgeler	N	%
Ege Bölgesi	102	18.7
İç Anadolu bölgesi	101	18.5
Marmara Bölgesi	91	16.7
Karadeniz Bölgesi	79	14.5
Doğu Anadolu Bölgesi	73	13.2
Akdeniz Bölgesi	69	12.0
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	36	6.4
Toplam	552	100.0

olduğu ayrıca lise ve ön lisans mezunu olarak görevlendirilen birim sorumlularının (%36.9) da olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunda yer alan hasta hakları birim sorumlularının medeni durumlarına bakıldığında çoğunluğu (%75.5)'nin evli olduğu, %21.7'sinin bekar ve çok az sayıda da dul ve boşanmış (%1.8) olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki hasta hakları birim sorumlularının çalıştıkları bölgelerin dağılımı incelendiğinde, %18.17 oranla en fazla katılımın ilk sırada Ege Bölgesi, onu %18.5 oranla İç Anadolu Bölgesi ve diğer bölgeler izlemektedir. En az katılım, %6.4 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesinden gerçekleştirilmiştir. Saptanan bu bulgu, bölgelerin sahip oldukları hastane sayısı ile yakından ilgilidir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin bu üç bölgede daha çok

yaygınlık göstermesi nedeniyle hastane sayısı fazla olan bölgelerden daha fazla katılım gerçekleştiği düşünülmektedir. Ayrıca en fazla katılımın sağlandığı bu üç bölge, diğer bölgelere göre sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan daha gelişmiş olmalarından da kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hasta hakları birim sorumlularının unvan dağılımı incelendiğinde, yarısı (%50.9)'ndan fazlası hemşire kökenli olup bunu hemşireleri sırasıyla sosyal hizmet uzmanı (%14.3), sağlık memuru (%11.2), psikolog (%6.7) ve ebeler (%4.5) izlemektedir.

Araştırmaya katılan hasta hakları birim sorumlularının çalıştıkları hastanelerin nitelikleri göre incelendiğinde çalışılan hastanelerin çoğunluğu (%68.1) genel hastanelerden oluşmaktadır.

Tablo 2. Hasta Hakları Birim Sorumlularının Unvanlarına Göre Dağılımı

Unvan Dağılımı	N	%	Unvan Dağılımı	N	%
Hemşire	277	50.9	Röntgen teknisyeni	3	0.5
Sosyal hizmet uzmanı	84	15.2	Biyolog	3	0.5
Sağlık memuru	62	11.5	Diş teknisyeni	2	0.4
Psikolog	37	6.8	Müdür yardımcısı	2	0.4
Ebe	24	4.4	Çocuk gelişim uzmanı	2	0.4
Tıbbi sekreter	10	1.6	Hastane müdürü	1	0.2
Halkla ilişkiler uzmanı	7	1.3	Anestezi teknisyeni	1	0.2
Tıbbi teknolog	8	1.4	Eczacı	1	0.2
Memur	10	1.6	Ambar memuru	1	0.2
Doktor	8	1.4	Şef	1	0.2
Laboratuvar teknisyeni	4	0.6	Tıp teknisyeni	1	0.2
Çevre sağlık teknisyeni	3	0.5	Toplam	552	100.0

Tablo 3. Hasta Hakları Birim Sorumlularının Çalıştıkları Hastanelerin Niteliklerine Göre Dağılımı

Hastaneler	N	%
Devlet Hastanesi (İl-İlçe Genel Hastanesi)	376	68.1
Dal hastanesi	69	12.5
Eğitim ve araştırma hastanesi	42	7.6
İlçe entegre hastanesi	34	6.2
Ağız ve diş sağlığı merkezi	28	5.1
Yanıtız	3	0.5
Toplam	552	100.0

Eğitim ve araştırma hastaneleri, uzman hekim yetiştiren ve çok sayıda tıbbi araştırmanın yapıldığı hastanelerdir. Bu hastaneler, genel olarak tüm branşlarda hizmet verdiği gibi özel bir branşta da (çocuk hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve göğüs hastalıkları gibi) hizmet verebilmektedir. Devlet hastaneleri, genel olarak çok sayıda branşta sağlık hizmeti veren ve uzman hekim yetiştirmeyen hastanelerdir. Devlet hastanelerinde her branşın uzmanı kendi alanında çalışır. İlçe entegre hastaneleri, aynı ilçede bulunan birden fazla sayıdaki sağlık ocağı, dispanser veya hastanenin birleşmesinden oluşmaktadır. Dal hastaneleri ise sağlık hizmetlerinin özel bir alanına yönelik olarak hizmet veren hastanelerdir. Kemik hastanesi, ruh sağlığı hastanesi, doğum hastanesi ve meslek hastalıkları hastanesi dal hastanelerine örnek verilebilir. Hasta hakları birim sorumlularının büyük çoğunluğu (%79.9)'nun göreve başlamadan önce hasta hakları ile ilgili bir eğitim aldığı görülmektedir.

HASTA HAKLARI BİRİM SORUMLULARININ KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Türkiye'deki hasta hakları uygulamalarının alandaki uygulayıcıları hasta hakları birim sorumlularıdır. Bu nedenle hasta ve yakınlarının karşılaştıkları her türlü sorunu çözmeye çalışan hasta hakları birim sorumlularının alanın özelliğine ilişkin günlük uygulamalarda karşılaştıkları sorunların neler olduğunun saptanması çok önemlidir. Bu amaçla araştırma kapsamında yer alan hasta hakları birim sorumlularının karşılaştıkları sorunlar gruplandırılarak aşağıda sunulmuştur.

Hasta Hakları Kurulu İle İlgili Karşılaşılan Sorunlar

Hasta hakları kurulunun düzenli toplanamaması,

İl Genel Meclis Üyesi ve Valiliğin atadığı hasta hakları kurul üyelerinin kurul toplantılarına düzenli katılmaması,

Hasta hakları kurul başkanlarının başhekim yardımcısı olması ve iş yoğunluğu nedeniyle kurula düzensiz katılması,

Hasta hakları kurullarının çoğunluğu sağlık çalışanı olması ve kurul başkanının başhekim yardımcısı olması, adil karar verilmesini etkileyeceği düşüncesiyle hastaların şikâyetlerini geri çekmesi,

Hasta hakları kurul kararlarının bağlayıcı olmaması, yani tavsiye niteliğinde olmasından dolayı, sağlık çalışanlarının kurul kararlarına önem vermemesi,

Hasta Hakları Kurul toplantılarına başhekimin katılması ve konumu nedeniyle zaman zaman kurul üyelerini etkileyerek istediği yönde karar alınmasını sağlaması,

Hasta Hakları Kurulunun kararları bağlayıcı olmadığından hasta hakları birimlerine hak ihlali iddiası ile başvuran hasta ve yakınlarının beklenti düzeylerinin düşmesi,

Kurul başkanının sık sık değişmesi ve değiştirilmesi ve birim sorumlusunun da başkana bağlı olması nedeniyle yeni gelen başkanının iş ve işlemleri bilmemesi dolayısıyla belirlenmiş standartlar yerine kendi yöntemleri ile hareket etmeye kalkması,

Kurula katılan üyelerin, hasta hakları konusunda yeterince bilgi sahibi olmaması,

Kurul üyelerinin hastane ile ilgili özel işlerini birim sorumlularına yaptırmaya çalışması,

Kurul üyeleri (özellikle hastane dışından gelen)nin mazeretsiz toplantıya gelmeyerek boşuna üyelik işgal etmesi.

Hasta Hakları Biriminin Yeri, Fiziksel Yapısı İle İlgili Karşılaşılan Sorunlar

Hasta hakları birim odasının farklı birimlerle bir arada olması,

Hasta hakları birim odasının aynı anda farklı işler için kullanılması durumunun hasta ve yakınlarının başvurularını engellemesi,

Hasta hakları birimlerinin fiziksel şartlarının yetersiz olması, bireysel görüşme ve danışmanlık hizmeti vermeye uygun olmaması.

Hasta Hakları Birim Çalışanlarının Yaşadığı Sorunlar

Hasta hakları biriminde çalışan personelin sayısının yetersiz olması,

Personel yetersizliği nedeniyle birim sorumlusunun birimden ayrıldığı zamanlarda, hasta ve yakınlarının sorunlarını iletebilecekleri bir görevliyi karşılarında bulamaması,

Hasta hakları birim sorumlularına birden çok görev ve sorumluluk verilmesi,

Hasta hakları birim sorumlularının karşılaştıkları sorunları çözebilecek bir yapının, mekanizmanın, kişi ya da birimin olmaması,

Birim sorumlularının kadrolu olmaması,

Hasta hakları birimlerinde yönergede ifade edilen niteliklerde birim sorumlusunun görevlendirilmemesi,

Birim sorumlularının iş yükünün fazla olması ve işin psikolojik açıdan son derece yıpratıcı olması,

Personel yetersizliğinden dolayı hasta hakları birim sorumlularının izin kullanamaması,

Yönergeye göre hasta hakları birimi ve sorumlusunun, başhekim yardımcısına bağlı hizmet vermesi gerekirken, birim sorumlusunun asıl kadrosunun bağlı bulunduğu birim sorumlusuna bağlı çalışması. Örneğin, birim sorumlusu hemşire olan personelin, başhemşireye bağlı olarak çalışması,

Hasta hakları birim sorumlularının döner sermayenin ek katkı puanından yararlanamaması,

Hasta hakları birim sorumlusu olarak çalışan personelden şikâyet geldiğinde, özellikle hekimler konusunda çok tepki alınması ve bunun zaman zaman hakaret boyutuna varması,

Başvuranlarla çalışanlar arasında kaldığı durumların olması ve başvuran hastaların çözüm konusunda tatmin olmadıklarında tepkilerini çok sert bir şekilde göstermesi,

Hastaları, yakınlarını ve personeli eğitecek eleman yetersizliği,

Birim sorumlularının, başhemşire, şef, bazı başhekim yardımcılarında olumsuz, kırıcı, hasta haklarını hiçe sayan bir yaklaşımla karşı karşıya kalınması nedeniyle kendilerini psikolojik baskı altında hissetmeleri,

Şikâyet edilen personelin, zaman zaman siyasi gücünü kullanarak hasta hakları birim sorumlularını zor durumlara düşürmesi veya tehdit etmesi,

Yönergeye göre hasta hakları birimi ve birim sorumlusunun başhekim yardımcısına bağlı hizmet vermesi gerekirken başka bir birime bağlı olarak çalışması,

Hasta hakları birim sorumlularının zaman zaman fiziksel şiddete veya sözlü hakaretlere maruz kalması,

Eleman eksikliği olduğunda takviye olarak başka bölümlerde birim sorumlusunun çalıştırılması,

Yatan hastalara verilen hasta hakları eğitimini hekimlerin engellemeye çalışması.

Mevzuat ile İlgili Karşılaşılan Sorunlar

Yönergede hasta hakları kurulu herhangi bir dosyayı inceledikten sonra "Personel haklı veya başvuran haklı" ibaresinin çoğu zaman birim sorumlusunu zor durumda bırakması,

Hasta hakları birimlerine hangi durumlarda yazılı başvuru alınacağına tanımlanmamış olması,

Hasta sorumluluklarının dayandığı bir mevzuatın olmaması,

Hastanede hasta ve yakınlarının şikâyet, öneri ve dileklerinin farklı yerlere yapılması,

Hasta hakları uygulama yönergesindeki bazı hükümlerin ağız ve diş sağlığı merkezleri ve ruh sağlığı hastaneleri için uygun olmaması,

Hasta haklarının tek taraflı oluşu nedeniyle sağlık personelinin şikâyetlerini ileticeği mercilerinin bulunmaması,

Hasta hakları birimi tarafından bilgi istemek amacıyla gönderilen yazılara cevap verilmediğinde uygulanacak prosedürün ne olacağına bilinmemesi,

Hekim seçme uygulamasının, yatan hasta uygulamaları ile ilgili belirlenmiş bir prosedürün olmaması,

Hasta hakları birimlerine yapılan başvurularda teknik konu, kapsam dışı ayrımlarının neye göre

belirleneceğinin yazılı ve açık olarak yönergede belirtilmemesi,

Personel kusurlu bulunduğu he-
men işlem yapılabilen ve ceza ala-
bilmekte iken, hasta veya yakınının ku-
surlu bulunması durumunda yapılacak
işlemin bilinmemesi,

Hasta hakları ile ilgili bazı durumlar-
da kanıt yetersizliğinden dolayı ilgi-
li sağlık çalışanına ne yapılacağına
bilinmemesi.

Hastane İdaresi İle İlgili Karşılaşılan Sorunlar

Hastane idarecilerinin, hasta hakları
biriminin görev, yetki ve sorumlulukla-
rı ve yaptığı işleri hakkında bilgilerinin
yetersiz olması,

Hastane idaresi tarafından hasta hak-
ları birimlerinin danışma birimleri ola-
rak kullanılması,

Sistemden, fiziki mekândan ya da yapı-
dan kaynaklanan sorunlar konusunda,
yapılan başvurular, hastane idaresine
iletildiği halde, idare tarafından her-
hangi bir düzenleme veya değişiklik
yapılmaması,

Hasta hakları ile ilgili yapılacak eğitim,
seminer, toplantılar, broşür hazırlama
gibi etkinlikler için ödenek, araç ve/
veya gereç bulunamaması,

Hastane yönetiminin çalışmalara des-
tek vermemesi, oda için yer vermemesi
ve en önemlisi, hasta ve yakınlarının
göremeyeceği bir yerde hasta hakları
biriminin kurulması,

Hasta hakları birimlerinin işleyişine
başhekimliğin müdahale etmesi,

Yazışmalar ve evrak takibi konularında
çok fazla problemle karşılaşılmakta ve

çoğu zaman evrakları birim sorumluları
takip etmektedir. Evrak biriminin hasta
hakları birimlerinden gelen evrakları
kayıt ve kabul etmemesi,

Şikâyet dosyalarının tamamlanma sü-
recinde iki gün olan bilgi isteme süre-
sinin aşılması ve ilgili personelin buna
riayet etmemesine rağmen hastane
idaresi tarafından herhangi bir yaptırı-
mın uygulanmaması,

Üst yönetimin hasta ve yakınlarının
başvurularını engellemesi,

Hasta ve Yakınları İle İlgili Karşılaşılan Sorunlar

Hasta ve yakınlarının isim vermeden
şikâyet başvurusu yapmak istemesi,

Sorunu olan hastaların, sorunlarını
hasta hakları birim sorumlusuna ilet-
mek yerine bunu başhekime iletmeyi
ve onu görmeyi tercih etmesi,

Hasta ve yakınları, hasta hakları birim
sorumlularının hastanenin personeli
olması nedeniyle yapılan başvuruların
kendilerinin aleyhinde sonuçlanacağını
ifade etmektedir. Bu nedenle hasta ve
yakınlarının hasta hakkı ihlali olmasa
da bunun kasıtlı olarak bu şekilde so-
nuçlandığını düşünmesi,

Hasta hakları birimleri tarafından veri-
len hasta hakları eğitimlerine hasta ve
yakınlarının ilgi göstermemesi,

Şikâyet amacıyla başvuran hasta ve
yakınları, tüm problemlerinin (sistemle
veya cihazlarla ilgili olan) anında çözül-
mesini istemekte ve problemlerin çözü-
mü için başka yere yönlendirildiklerin-
de bundan memnun olmaması,

Hasta hakları birimlerinin poliklinik kat-
larında olması nedeniyle hastaların,

hakkında şikâyet başvurusu yapmayı düşündüğü personel tarafından şikâyet edildiğinin görülmesi ve tekrar geldiklerinde bakılmayacakları endişesiyle birimlere başvurmada çekingen davranması,

İlaç mümessillerinin polikliniklerde mesai saatlerinde ve hasta muayenesinde çalışmasından dolayı hastaların rahatsız olması ve hasta mahremiyetinin ihlal edilmesi,

İnternet üzerinden yapılan başvurular da başvuranın adı, adres ve telefon numaralarının doğru olmaması ve asılsız şikâyet ve beyanlarda bulunulması,

Hastaların, her türlü işlemleri için (randevu alma, direkt olarak doktorun yanına giderek birim tarafından sözlü uyarıda bulunulmasını sağlama, birimin verilen tetkik ve operasyon gibi randevularını öne almasını sağlama v.b.) birimin müdahale etmesini istemesi,

Hasta ve yakınlarının çoğu zaman yanlış anlama veya bilgilendirilmekten kaynaklanan gereksiz başvuruda bulunması,

Hasta ve yakınlarının sorumluluklarını yerine getirmeden hak talebinde bulunmaya çalışması,

Hasta ve yakınlarının hakları ve sorumlulukları konusunda verilen eğitimlere rağmen hastane kurallarına uymakta zorlanması.

Hasta Hakları Birim Sorumlularının Karşılaştıkları Diğer Sorunlar

Hasta hakları birimlerinin denetlenmemesi,

Yatan hastaların hasta hakları ile ilgili eğitimleri birim sorumlusu tek başına yürütmemektedir. Birim memurunun

yetkili ve yetkin olmaması nedeniyle başvuran hasta ve yakınlarına etkili hizmet verilememekte ve bu durum aksaklıklara neden olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı yatan hastaların hasta haklarına yönelik eğitimlerinin yapılamaması,

Hasta hakları konulu hizmet içi eğitimi verilirken hastane personeli, yardımcı sağlık personelini eğitimci olarak dinlemek istememesi,

Asistan hekimlerin kimi zaman uzman hekimlerin yerine hasta bakmasından dolayı, hastaların hekim seçme haklarının ihlal edilmesi,

Hastanenin özel hizmet aldığı birimlerde en çok sorunlar yaşanmaktadır (Güvenlik, bilgi işlem gibi). Bu kesimin eğitim düzeyi ve çalışma koşulları nedeniyle tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir. Şirketleri tarafından verilen iletişim eğitimlerinin yetersiz olması,

Yaşlı, özürlü vb. durumdaki özel nüfus gruplarının, zaman zaman muayene olamaması,

Hekimlerin iş yoğunluğu nedeniyle hastalara yeterli zaman ayıramaması,

Hasta hakları birimleri tarafından verilen hasta hakları eğitimlerine personelin ilgisinin az olması,

Daha çok karşılıklı iletişimden kaynaklanan sorunlar yaşanması,

Yataklı tedavi kurumlarında hasta ve yakınlarına sunulan hizmetlerin belirli standartlar doğrultusunda sunulmaması,

Çoğu sağlık kuruluşunda olduğu gibi hekimlerin hasta hakları uygulamalarına karşı katı ve ilgisiz tutum içinde olması,

Hasta hakları birimi, hasta ve çalışanlar tarafından bir şikâyet birimi olarak görülmesi ve algılanması,

Bazı hekimlerin yerinde çözüm gerektiren konularda yardımcı olmaması,

Uzman hekimlerden bilgi isteminin yapılmasında zorluk çekilmesi,

Hasta şikâyeti ve personel şikâyeti arasında kalmak bazen sıkıntı yaratmaktadır. Başvuranın iddialarıyla çalışanın açıklamaları bazen tamamen zıt olmakta, objektif değerlendirme yapıldığında kimin doğru söylediğinin tam olara tespit edilememesi.

HASTA HAKLARI BİRİM SORUMLULARININ HASTA HAKLARI BİRİM ÇALIŞMALARININ KALİTESİNİN ARTIRILMASINA YÖNELİK ÖNERİLERİ

Hastanelerde hasta ve yakınlarına sunulan sağlık hizmetlerinin insan onuruna yaraşır bir şekilde sunulması gerekir. Hasta ve yakınları bu hizmetlerden yararlanırken Hasta Hakları Yönetmeliğinin ifade edilen haklarını azami düzeyde kullanmaları çok önemlidir. Bu amaçla hasta haklarının temel uygulayıcıları olan hasta hakları birim sorumlularının uygulama esnasında yürüttükleri çalışmaların kalitesinin artırılmasına yönelik önerileri önem arz etmektedir. Çünkü Hasta Hakları Uygulama Yönergesi'nin doğrudan uygulayıcıları birim sorumlularıdır. Uygulamaya ilişkin karşılaştıkları sorunlar, aksaklıklar ve engellerin birim sorumlularınca tespiti daha kolaydır. Bu doğrultudaki önerileri uygulamanın etkinliğini arttırmaya yönelik çabalara, çalışmalara ve yasal düzenlemelere ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu anlamda araştırma kapsamında hasta hakları birim sorumlularına göre hasta

hakları uygulamalarının kalitesinin artırılmasına yönelik geliştirilen önerileri aşağıda sunulmuştur.

Hasta Hakları Kurulu İle İlgili Öneriler

Dışarıdan kurula katılan üyelere döner sermayeden katkı (maddi destek) sağlanması,

Kurul için seçilecek sivil üyelerin nitelikli ve son düzenleme ve değişimlere ayak uydurabilecek kişiler arasından tercih edilerek görevlendirilmesi,

Kurulda alınan ve yönetime bildirilen kararları takip eden daha etkili bir sürecin sağlanması,

Valilik tarafından atanan il genel meclis üyeleri, zaman zaman kendilerini kurul üyelerinin üstünde görme gibi davranışlarda bulunmaktadır. Bu nedenle il genel meclis üyeleri her yıl ya da iki yıl için görevlendirilmesi,

Hasta hakları kurulu tarafından görüşülüp hasta hakkı ihlali saptanan şikâyet dosyalarının sonuçlandırılması için il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulacak bir kurula gönderilmesi,

Hasta haklarının gelecekte de faaliyetlerini sürdürebilmeleri ve amaçlarına ulaşabilmeleri için, kurul üyelerinin yasalarla korunması ve kararlarının yaptırımı ve caydırıcılığı olmasının sağlanması,

Hasta hakları kuruluna başhekimin girememesi.

Hasta Hakları Biriminin Yeri, Fiziksel Yapısı İle İlgili Öneriler

Hasta veya yakınının en sinirli olduğu, ajite olduğu, kontrolünün güç olduğu,

kontrol edilemeyecek olduğu durumlar için, hasta hakları biriminin havadar, ferah, sakinleştirici, gürültüden uzak, sakin, huzurlu bir fiziksel yapıya kavuşturulması,

Hasta hakları birimlerinin, hasta mahremiyeti göz önünde bulundurularak fiziksel koşulları uygun hale getirilmesi sağlanmalıdır.

Hasta Hakları Birimi ve İşleyişi ile İlgili Öneriler

Hasta hakları birimlerinin doğrudan Hasta Hakları İl Koordinatörlüğüne bağlı olarak çalışması,

Hasta Hakları Birimde görevli bir hukukçu olması,

Kalitenin arttırılabilmesi için illerde valiliklerde, ilçelerde kaymakamlıklarda sağlık hukuk büroları gibi çalışan birimler kurulmalıdır. Bu kurulun başkanı, sağlık hukuku alanında eğitim almış kişi olmalıdır. Hasta hakları birimlerinde alınan yazılı başvurular hazırlanarak bu bürolara değerlendirilmesi için gönderilmesi, orada sonuçlandırılması ve sağlık hizmeti veren (sağlık ocağı, aile hekimliği, özel hastane gibi) birimlerden gelebilecek şikâyetlerin de bu bürolara yapılabilesinin sağlanması,

Birimlerin kapalı kalmaması için birimlerde en az iki personelin görevlendirilmesi,

Hasta hakları birimlerinde internet bağlantısının kısıtlı olmaması,

Hasta haklarının birimi ile ilgili belirli aralıklarla anketler düzenlenip elde edilen sonuçlar doğrultusunda iyileştirme çalışmaları yapılması,

Her hastanenin hasta hakları WEB sayfası oluşturularak

hasta ve yakınlarından gelen öneriler, şikâyetler bu adrese yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

Hasta Hakları Birim Çalışanları ile İlgili Öneriler

Hasta hakları birim sorumlularının bölgesel ve genel eğitimlere katılımının sağlanması,

Hasta hakları birim sorulusunun eğitim verebilecek bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Bu nedenle, hasta hakları birim sorumlusu seçilirken bunun göz önünde bulundurulması,

Hasta hakları birim sorumlusu ve birim çalışanlarının ek olarak başka birimlerde görevlendirilmemesi,

Hasta hakları birim sorumlularına kadro verilmeli ve sicil yönünden başhekimliğe değil de doğrudan il koordinatörlüğüne bağlı çalışması,

Hasta hakları birim sorumlusu olmadığı zamanlarda, birim çalışmaları aksamaktadır. Bu nedenle, hasta hakları birimlerinde birim sorumlusu ve yardımcı adı altında iki kalifiye eleman görevlendirilmesi,

İl içindeki bütün hasta hakları birimi çalışanları belirli periyotlarla sürekli olarak yapılacak toplantılarla bir araya gelerek, görüş alışverişinde bulunmalı ve hasta hakları konusunda çalışmalar yapmak üzere geniş kitlelere ulaşacak ortak organizasyonlar planlanması,

Hasta ve yakınları, ne kadar adil hüküm verilirse verilsin kurulu ve birimi sağlık çalışanının yanında yer alan bir pozisyonda görmektedir. Bu nedenle hasta hakları biriminin hastaneden ayrı bir yerde olması ve birim sorumlusunun hastane personeli olmamalı,

Hasta hakları birim sorumlularından daha yetkili (hastane müdürü ve yardımcıları vs) kişilerin olaylara müdahalesi birim sorumlularını pasifize etmektedir. Bundan dolayı birim sorumlusundan daha yetkili sorumluların olaylara müdahale etmemesi sağlanmalıdır.

Mevzuat İle İlgili Öneriler

Yönetmelik ve Yönergenin güncellenerek ihtiyaçları karşılayabilecek düzeye getirilmesi,

Yönetmelik ve yönergede hangi şikâyetlerin alınacağı ve hangilerinin alınmayacağı netleştirilmesi,

Sistemden kaynaklanan sorunlar, yazışmalarla uzatılmadan daha kısa sürede çözümlenmesi ile ilgili çalışma yapılması,

Hasta hakkının ihlal edildiği durumlarda, hasta hakları kurul kararının çalışan üzerinde bir yaptırımı, caydırıcılığı olmadığı sürece, hasta hakları ve ihlalleri ile ilgili çalışmalar amacına ulaşamayacaktır, etkisiz ve fonksiyonunu kaybetmiş bir birim olacaktır. Bu amaçla, yasal düzenlemeler yapılmalı ve hasta hakları ihlallerinin yaptırımının olmasının sağlanması,

Ağız ve diş sağlığı alanına özgü hasta hakları düzenlenmesi,

Hasta Hakları Yönetmeliğinde, hasta ve yakınları sorumluluklarını yerine getirmede anlaşılan durumlarda ne yapılması gerektiğinin açıkça ortaya konulması,

Hasta hakları kavramı yerine “sağlık hakları” kavramı kullanılması,

Hasta haklarına yönelik suçlar ceza kanununda da yer almasının sağlanması,

Ruh sağlığı alanına özgü olarak hasta hakları içerisindeki ayırıcı farklılıkları belirlenmeli, mevzuatta hangi çevrelerde hareket edilmesi gerektiği daha net olmalıdır. Olası insan hakkı ihlalleri dikkate alındığında, ruh sağlığı hastanelerindeki hasta hakları birimleri, daha geniş yetkilerle donatılması sağlanmalıdır.

Hastane İdaresi İle İlgili Öneriler

Baştabiplik tarafından günlük yapılması gereken poliklinik muayene sayısı belirlenmediği için ikilemler yaşanmaktadır. Bu nedenle günlük poliklinik muayene sayılarına bakanlık tarafından standart hale getirilmesi,

Hastane idarelerinin personelini eğitim eğitmediğinin saptanması için il müdürlüğü tarafından denetlenmesi,

Sağlık müdürlükleri tarafından hasta hakları birimi kurulan bütün hastanelerin başhekim, başhemşire, müdür ve müdür yardımcılara hasta hakları biriminin işleyişi, sorumlulukları ve yetkileri ile ilgili eğitim verilmesinin sağlanması,

Hasta hakları kapsamına giren örnek, bilgilendirilmiş onay, Renk Kodlaması Uygulaması gibi çalışmalarda hasta hakları birim sorumlusunun yer almasının sağlanması,

Hasta hakları biriminin tespit ettiği yaşlı, özürlü ve kimsesiz hastalara öncelik verilmesi sağlanmalıdır.

Hasta ve Yakınları İle İlgili Öneriler

Hastaneye müracaat eden hastaların bilgilendirilmesine yönelik slayt, televizyon gösterimlerinin yapılması; görülebilecek yerlere afişlerin asılması, broşürlerin dağıtılması ve yeni açılan

hastanelere hasta hakları ile ilgili gerekli eğitimlerin verilmesinin sağlanması,

Tetkik ve tahlillerin çıkmasını bekleyen hasta ve refakatçilerinin hastane içerisinde bekleyebileceği yerler tahsis edilmesi,

Hastalara bekleme esnasında poliklinik önündeki sıra ekranlarından hastaların hakları konusunda eğitici materyal izlettirilmesi,

Yaşlı, hamile ve engelli hastalara yönelik, onların işlemlerini kolaylaştırmak amaçlı rehberlik uygulamalarının artırılması sağlanmalıdır.

Diğer Öneriler

Basında hasta hakları eğitimine yer verilmesi,

Hasta hakları konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından son gelişmeler, uygulamalar ve işleyiş hakkında bilgilendirici toplantılar ve seminerlerin düzenlenmesi,

Hasta hakları konusunda toplumu bilinçlendirme programların hazırlanması,

Yardımcı sağlık personelinden çok hekimlere hasta hakları konusunda bilgi veya eğitim verilmesi gerekmektedir.

SONUÇ

Araştırmanın sonucuna baktığımızda, hasta haklarının temel uygulayıcıları olan hasta hakları birim sorumluları, hasta ve yakınları, hastane idaresi, mevzuat, hasta hakları biriminin yeri, fiziksel yapısı, hasta hakları kurulu, hasta hakları birim çalışanlarının kişisel özellikleri ile ilgili ve diğer benzer sorunlarla karşılaştıkları belirlenmiştir.

Ülkemizde hasta hakları birimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesiyle ilgili araştırmalar yetersizdir. Hasta hakları uygulamalarının daha etkili, hizmetlerin verimli olabilmesi açısından, böyle bir araştırma, hizmetin yürütülmesinde ortaya çıkan bazı güçlükleri ve sorunları ortaya çıkarıp, daha etkili hizmet biçimleri ve uygulamalarının başlatılmasına yardımcı olabilir.

Hasta hakları birimlerinin etkinliğini olumlu veya olumsuz yönde etkileyen faktörlerin ortaya konulması, mevcut durumun belirlenmesi, alandaki hizmetin nitelik ve niceliğini değerlendirecek olması, ortaya çıkan sorunlar, eksiklik ve gereksinimlerin ortaya konulması açısından bu araştırmanın sonuçları önem arz etmektedir.

Sağlık Bakanlığı için hasta hakları uygulamalarına yönelik olarak politika ve projelerin başlatılmasında bu araştırmanın sonuçları önemli katkılar sunacağı ve hasta hakları birimlerinin oluşturulmasında nitelikli insan gücünün yetiştirilmesi amacıyla bu araştırma sonuçları Sağlık Bakanlığı tarafından dikkate alınabileceği düşünülmektedir.

Sağlık sektöründe, gereksiz tedaviden kaçınmak, uygun olan malzeme ile uygun olan tedaviyi yapmak, verimsiz işlemleri durdurmak ve en önemlisi hastaya zarar vermemek için iyi tıbbi uygulama ilkeleri konulması zorunludur. Halen ABD ve diğer sanayileşmiş ülkelerde, yılda 80-120.000 kişinin yanlış tedavi ya da önlenemez bir hastalıktan öldüğü tahmin edilmektedir. Aynı şekilde ülkemizde de buna benzer sorunlar bulunmaktadır (Ecer ve Diğer. 2002: 66-68).

Çağdaş Sağlık Yönetimi anlayışı, son yıllarda sağlık sektöründe giderek

yaygınlaşması doğrultusunda sağlık sektöründe hizmetin bir bütün olarak iyileştirilmesi temel amaç olmuştur. Günümüzde sağlık sektöründeki mevcut kalite sistemi gözden geçirilerek bu yapının Çağdaş Sağlık Yönetimi anlayışıyla bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü Çağdaş Sağlık Yönetimi, bir kuruluştaki faaliyetleri sürekli iyileştiren, kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikâyetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisidir. Bu stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi için gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir (Ecer ve Diğr., 2002: 66-68).

Hasta memnuniyetinin en üst noktada olduğu, katılımcı ve demokratik bir yapıda yönetimin geçerli olduğu Çağdaş Sağlık Yönetimi, her geçen gün özellikle sağlık kurumlarında daha da fazla uygulama alanı oluşturmaktadır. Ülkemizde sağlık sektörünün temelini hastaneler 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.

Günümüzde hasta tatmini büyük bir hızla değiştiği için, hastaneler hasta tatminine odaklı bir sistem geliştirmek durumunda kalmıştır. Sunulan hizmetin kalitesinin tatmin edici olup olmadığı kararını hastalar vermektedir. Hastanelerin verdiği tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinde hastaların beklentilerini karşılamak, tıbbi hatalardan uzak, günün gelişmiş tanı ve tedavi olanaklarını kullanmak, kaliteli ve etkin bir şekilde hizmet sunmak hastane yönetiminin

amacı olmalıdır (Türköz 1197: 15). Bu da beraberinde hasta memnuniyetini zorunlu kılmaktadır.

Sosyal hizmet mesleği açısından hasta hakları, müracaatçı haklarının sağlık alanına yansımalarıdır. Sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçı hakları konusundaki tutum ve davranışları mesleğin felsefesinde, ilke ve standartlarında açık bir şekilde ifade edilmektedir (Knee, 1987 akt. Saruç 2007: 42). Çünkü sosyal hizmet mesleğinin temel belirleyici ilkeleri, insanın değeri ve sosyal adaletin sağlanmasıdır. Bu iki temel, insan haklarının da aynı zamanda temel değerleridir. Hastaların insan olmaları nedeniyle hakları da vardır.

Dolayısıyla hasta hakları, bir sosyal durumdur ve doğası gereği sosyal hizmet mesleği kapsamında değerlendirmek mümkündür. Bu amaçla hasta ve yakınlarının karşılaştıkları her türlü psikososyal sorunların çözümünde sosyal hizmet mesleği mikro, mezo ve makro düzeylerde rol alır.

Sağlık alanında hasta ve yakınlarının hakları korunarak sunulan sağlık hizmetlerinden maksimum düzeyde yararlanmalarını sağlayamaya yönelik sosyal hizmet müdahalesi çok önemlidir. Sosyal hizmet müdahalesi sağlığın psiko-sosyal boyutunda olup, tıbbi müdahale süreci ile ilgili değildir. Ancak tıbbi sürecin insancillaştırılması ve hastanın onurunun korunarak tedavisinin en kısa sürede ve etkin bir şekilde yapılarak normal yaşamına dönmesi için sosyal hizmet uzmanları hastalara yardımcı olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeyde kabul görmüş standartlar doğrultusunda hasta ve yakınlarına sunulması, sosyal hizmet mesleğinin de arzuladığı bir durumdur. Burada

sosyal hizmet mesleğini ilgilendiren, sunulan bu hizmetlerin insancıl olması ve insanın değerini gözetmesidir.

Bu bağlamda, hasta hakları uygulamalarında sosyal hizmet müdahalesi hasta ve yakınlarının karşılaştıkları sorunların daha etkin bir şekilde çözümü noktasında önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

Bostan, S. (2005). Hasta hakları ihlallerinin nedenleri, İbni Sina Tıp Dergisi, 10 (2-3), 65-72.

Ecer, F. D. Yavuz, U. S. (2002). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma, Standard Dergisi, Sayı: 490, Ekim, s.66.

Ersoy, N. (1995). Aydınlatılmış onam öğretisinin gelişimi, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 3, 1.

Gülay, S. ve Diğerleri (2005). Ulusal sağlık akreditasyon sistemi yapılandırılıyor, Sağlık Bakanlığı, Diyalog Dergisi, Eylül Sayısı.

Görkey, Ş. (2003). Hasta hakları, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 4, 100-126.

Hasta Hakları Yönetmeliği, (1998). Resmi Gazete, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayı.

Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, (2005). Resmi Gazete, 26.04.2005 tarih ve 3077 sayı.

Hatun, Ş. (1999). Hasta hakları: temel belgeler, Türk Tabipleri Birliği, İstanbul: İletişim Yayınları.

Oğuz, Y. (1997). Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişen değerler, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 5, 50-55.

Özlu, T. (2005). Hasta hakları; hakkınız var çünkü hastasınız (1.baskı), Timaş Yayınları, İstanbul.

Saruç, S. (2007). Kadın hastalıkları ve doğumevi eğitim ve araştırma hastanelerinde

yatan hastaların hasta hakları bilgi düzeyinin belirlenmesi: Ankara örneği. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Sayek, F. (1998). Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.

Sert, G. (2004). Hasta hakları (1. Baskı), Babil Yayınları, İstanbul.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (1982). İkinci Bölüm, Kişinin Hakları ve Ödevleri, Madde 17: Kişinin Dokunulmazlığı, Maddî ve Manevî Varlığı.

Türköz, T.Y. (1997). Bayındır Tıp Merkezinde Hasta Memnuniyeti Ölçüm Çalışmaları, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Sayı:2, s.15.

Vural, G. (1996). Patient rights, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (2), 39-23.

Weiss, H.C. (1972). Evaluation research: methods for assessing program effectiveness, United States, Published by Prentice Hall.

Araştırma

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL HİZMET 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİM SÜREÇLERİNE VE GELECEKTEKİ MESLEK YAŞAMLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Opinions of 4th Class Students of Social Work Department, Hacettepe University on Process of Social Work Education and Professional Life in Future

Ercüment ERBAY*
Çağrı SEVİN**

*Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi
İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi

**Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi
İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Araştırma Görevlisi

ÖZET

Sürekli yenilenen ve değişen yapıyla sosyal hizmet eğitimi, akademisyenlerin her zaman gündeminde yer almıştır. Bununla birlikte konunun asıl muhatabı olan sosyal hizmet öğrencilerinin sosyal hizmet eğitimi hak-

kında görüşlerinin alınması da son derece önemlidir. Bu amaçla Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü 4. sınıfta eğitim gören 83 öğrencinin sosyal hizmet eğitimi hakkında görüşü alınmıştır. Ayrıca öğrencilerin gelecekteki meslek yaşamları hakkında görüşleri de araştırmada yer almaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sosyal hizmet, sosyal hizmet öğrencisi, sosyal hizmet eğitimi

ABSTRACT

Social work education always has been on agenda of academicians with renewal and changing structure. However taking opinions of social work students who are collocator of subject is very important about social work education. Opinions of 83 students who study in 4th class of Social Work Department, FEAS, Hacettepe University have taken about social work education. Also there are opinions of students on professional life in future in this research.

Key Words: Social work, social work student, social work education

GİRİŞ

IASSW ve IFSW'nin ortak tanımına göre; sosyal hizmet mesleği, insanların refahları için sosyal değişmeye, insani ilişkilerdeki sorunları çözümlenmeye ve insanın güçlenmesi ile özgürleşmesinin gelişmesine yardımcı olur. Sosyal hizmet, insan davranışı ve sosyal sistem kuramlarını kullanarak insanların çevreleriyle etkileşimde bulunduğu noktalara müdahale eder. İnsan hakları ve sosyal adalet ilkeleri sosyal hizmette temeldir. Sosyal hizmet, çeşitli uygulama biçimlerinde, insanların çevreleriyle çoklu, karmaşık alışverişlerini temel alır. Sosyal hizmetin misyonu tüm

insanları potansiyellerini tam olarak kullanabilir hale getirmek, yaşamlarını zenginleştirmek ve işsiz olmalarını önlemektir. Meslek olarak sosyal hizmet sorun çözümü ve değişim üzerinde odaklaşır. Bu bakımdan sosyal hizmet uzmanları toplumda ve hizmet ettikleri birey, aile ve toplulukların yaşamlarında değişim ajanıdır. Sosyal hizmet birbiriyle bağlantılı değerler, kuramlar ve uygulama sistemidir (<http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work>, Erişim Tarihi: 15.01.2013).

Bu tanım sosyal hizmete ve mesleğin uygulayıcı sosyal hizmet uzmanlarına önemli sorumluluklar yüklemektedir. Bu sorumluluklara sahip meslek elemanlarının yetişmesi, iyi kurgulanmış bir sosyal hizmet eğitimi sürecini gerektirmektedir.

Tuncay ve Tufan'a göre sosyal hizmet eğitimi üç temel alandan oluşmaktadır. Bunlar insanoğlu, toplum ve sosyal hizmet metodu, teorisi ve uygulamasıdır. Sosyal hizmet eğitimi teorik ve pratik çok farklı konulardan oluşmaktadır. Bununla birlikte genelci sosyal hizmet eğitimi uygulanmaktadır. Türkiye'de sosyal hizmet eğitimi temsilen Hacettepe Üniversitesinde yürütülen sosyal hizmet eğitiminin amaçları üç başlık altında incelenebilir (2011: 174):

1. Türkiye'deki koşulları ve sorunları çözebilmek için yeterli bilgiyle ve beceriyle donatılmış sosyal hizmet uzmanlarını yetiştirmek
2. Sosyal hizmet alanında bilimsel çalışmalar ve araştırmalar yapmak
3. Sosyal hizmet alanında çalışanların bilgi ve becerilerini artırmak için farklı dersler, seminerler ve konferanslar organize etmek.

Dünyada çok daha eskiye dayanan sosyal hizmet eğitimi Türkiye'de de yarım asrı aşan bir geçmişe sahiptir. Yaşanan toplumsal değişimler ve gelişmelere bağlı olarak sosyal hizmet eğitimi de evrim sürecine devam etmekte, gelinen noktada "genelci sosyal hizmet eğitimi" yaklaşımıyla yükseköğretim sistemi içerisindeki varlığını sürdürmektedir. Dünya genelinde artan sosyal sorunlar birey ve toplum düzeyinde olumsuz etkilerini güçlendirirken diğer taraftan da sosyal hizmet eğitiminin ve sosyal hizmet mesleğinin öneminin kavranmasına olanak sağlamıştır. Nitelikli bir sosyal hizmet eğitimi ile mezun olacak donanımlı sosyal hizmet uzmanları, tanımıda yer alan işlevleri ve sorumlulukları gerçekleştirmek için muktedir olacaktır. Buradan hareketle sosyal hizmet eğitime ve akademisyenlere sosyal hizmet uzmanlarının yetişmesi aşamasında büyük bir rol düşmektedir.

Bu noktada gerek eğitimin gerekse mesleğin güçlenmesi açısından sosyal hizmet eğitiminin gözden geçirilmesine ve bir özelleştirmeye tabi tutulmasına ihtiyaç vardır. Bu "kendini değerlendirme" sürecinin paydaşları akademisyenler, sosyal hizmet uzmanları ve öğrencilerdir. Bu araştırmanın amacı eğitiminin son aşamasına gelmiş olan 4. Sınıf sosyal hizmet öğrencilerinin aldıkları eğitimi hem kendi öğrencilik süreçleri hem de derslerin niteliği açısından değerlendirmeleridir. Bununla birlikte çalışmada öğrencilerin başlamak üzere oldukları meslek yaşantılarına ne kadar hazır oldukları ve beklentileri incelenmiştir.

Araştırmanın alt amaçları ise şu şekildedir:

- Öğrenciler eğitim süreçlerine katılım düzeyleri hakkında ne

- düşünmektedir? (derse katılım, devam vb.)
- Öğrenciler derslere ve sınavlara hazırlık yapma hususunda kendilerini nasıl değerlendirmektedir?
 - Öğrenciler lisans programındaki derslerin yeterlilik düzeyleri konusunda ne düşünmektedir?
 - Öğrenciler, mesleki yaşama başlamadan önce kendi yeterlilikleri hakkında ne düşünmektedir?
 - Öğrenciler mezuniyet sonraki yaşamları hakkında ne gibi planlar yapmaktadır?

YÖNTEM

Araştırma, sayısal verilere ulaşmayı ve genelleme yapmayı olanaklı kılan nicel araştırma tekniğiyle gerçekleştirilmiştir. Ayrıca araştırma, betimleyici (descriptive) araştırma türünde bir çalışmadır. Bu tür, bir durumun belirli detaylarının resmini ortaya koymayı kendisine hedef edinir. Buna göre araştırmacı, iyi tanımlanmış bir konu ile işe başlar ve onu tam olarak betimlemek için çalışmayı yürütür (Neuman, 1997: 20). Genel tarama modelinin kullanıldığı bu

betimleyici çalışmada uygun örnekleme (convenience sampling) tekniği kullanılmıştır. Oluşturulan anket elektronik ortamda hazırlanmış (Google Drive) ve 4. sınıfta eğitimini sürdüren 137 öğrenciye gönderilmiştir. 83 öğrenci geri dönüş yaparak araştırmaya katılmıştır.

Öğrencilerin görüşleri araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan anket aracılığıyla alınmıştır. Anket toplam 18 sorudan oluşmakla birlikte, bir soruda toplam 51 ders hakkında görüş istendiğinden soru sayısı 69 olarak değerlendirilebilir. Ders değerlendirmeleri dışında ankette öğrencilerin gelecekteki mesleki yaşantılarına ilişkin görüşlerini almaya yönelik sorular mevcuttur.

ÖĞRENCİLERİN GÖZÜYLE SOSYAL HİZMET EĞİTİMİ

Araştırmaya katılan öğrencilerin %54,2'si kadın, %45,8'i ise erkektir. Öğrencilerin ortalama yaşları 23,37'dir.

Öğrencilerin, bir bölümü bilinçli olarak tercih etmesi eğitim sürecindeki motivasyonunu, ilgisini olumlu olarak etkileyebilir. Bu bağlamda araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu (%74,7) sosyal hizmet bölümünü bilinçli

Tablo 1. Öğrencilerin Derslere ve Sınavlara Hazırlık Düzeyi

Yeterlilik	Kısmen yeterli		Yeterli		Yetersiz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Derslere Hazırlanma Düzeyi	47	56,6	29	34,9	7	8,4	83	100
Sınavlara Hazırlanma Düzeyi	37	44,6	38	45,8	8	9,6	83	100
Derslere Katılım Düzeyi	34	41	27	32,5	22	26,5	83	100

olarak tercih ettiğini ifade etmektedir. Öğrencilerin %4'ünün bölümü bilinçli tercih etmesi oldukça anlamlıdır. Bu tercihin sebebi iş imkanlarının fazlalığı olabileceği gibi, sosyal hizmet bölümlerinin artan sayısı da olabilir.

Avrupa genelindeki üniversitelerde eğitime hem öğrenci hem de akademisyen boyutunda standartlar getiren Bologna Sürecinde vurgulanan öğrencilerin derslere ve sınavlara hazırlığı konusu önemsenmektedir. Bu çalışmada da öğrencilerin bu odaklarda kendilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Elde edilen verilere göre öğrencilerin sınavlara derslerden daha fazla hazırlandıkları görülmektedir. Sınavlara hazırlık düzeyinin daha fazla olmasında öğrencilerin not kaygısının temel bir faktör olabileceği düşünülebilir. Öte yandan nitelikli bir eğitimde sonuç odaklı bir yaklaşımdan çok süreç odaklı bir bakış açısı önemlidir. Bu anlamda öğrencilerin bilgi ve birikimleriyle derslere katkı sağlaması, sınıf içi tartışmalara katılması oldukça önemlidir. Bu sebeple öğrencilere derslere sağladıkları katkı anlamında düşünceleri de sorulmuş ve katılımının yetersiz olduğunu düşünen öğrencilerin sayısında görece bir artış olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilere derslerde kullanılan materyallerin yeterliliği

sorulmuş ve yaklaşık %70'inin materyalleri kısmen yeterli veya yeterli bulunduğu görülmüştür. Bununla birlikte yaklaşık %30'luk kesim ise materyalleri yetersiz bulmaktadır. Bu veriler temelinde söylenebilir ki görsel ve yazılı ders materyallerinin niteliğinin ve niceliğinin artırılmasında fayda vardır.

Öğrencilere nitelikli bir eğitim yaşantısının sadece derslerden ibaret olmadığı, sosyal yaşamın ve gönüllü çalışmaların da önemli olduğu akademisyenlerce sıklıkla vurgulanmaktadır. Artan sosyal sorunlar günümüzde hem kamu kurum ve kuruluşlarını hem de sivil toplum örgütlerini sosyal projeler yapmaya itmiştir. Üniversite çatısı altında ise pek çok topluluk farklı konularda faaliyetler yürütmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilere bu imkanlardan ne ölçüde yararlandıkları sorulmuştur ve buna göre öğrencilerin yaklaşık %35' sivil toplum örgütleri, %40'ı kamu kuruluşları ve %45'i üniversite kulüpleri ve topluluklarındaki çalışmalara gönüllü katılım sağlamıştır. Bununla birlikte bu oranların artırılması gereğini de göz ardı etmemek gerekir.

Kişisel ve mesleki gelişimleri için eğitim sürecinde öğrencilerden bilimsel etkinliklere (sempozyum, kongre, panel vb.) katılmaları beklenmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaklaşık yarısı

Tablo 2. Öğrencilerin Ders Dışı Faaliyetlere Katılımı

Gönüllü Çalışmalara katılım	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sivil toplum örgütleri	27	32,5	56	67,5	83	100
Kamu kuruluşları	33	39,8	50	60,2	83	100
Üniversite kulüpleri, toplulukları	37	44,6	46	55,4	83	100

Tablo 3. Öğrenci Gözüyle Derslerin Yeterlilik Düzeyi

Derslerin Yeterlilik Düzeyi	Yeterli		Yetersiz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sosyal Hizmet Ortamlarında İnceleme	56	%67,5	27	%32,5	83	%100
<p>Bu ders öğrencilerin farklı alanlarda hizmet veren sosyal hizmet kuruluşlarını tanımasını hedefleyen bir derstir. Dersi kısmen yeterli veya yeterli bulan öğrencilerin oranı yaklaşık %70'tir. Bununla birlikte öğrencilerin %32,5'inin dersi yetersiz bulmasının nedeni şu olabilir: ders öğrenci sayısının fazlalığı nedeniyle üç farklı şubede verilmektedir. Bir şubedeki öğrenci diğer iki şubenin ziyaret ettiği kuruluşları görememektedir. Öğrenciler tarafından bu durum yazarlara eleştiri olarak daha önce de zaman zaman ifade edilmiştir. Kalabalık öğrenci gruplarını kuruluşlar fiziki imkânlarının yetersizliği ve iş yoğunluğu gibi nedenlerle kabul edememektedir. Bu doğrultuda en temel çözüm öğrenci kontenjanlarının Yüksek Öğretim Kurumu tarafından düşürülmesidir.</p>						
Sosyal Hizmete Giriş	63	%75,9	20	%24,1	83	%100
<p>Bu ders, 1. sınıf öğrencilerinin sosyal hizmete ilişkin temel bilgileri edinebileceği bir derstir. Öğrencilerin $\frac{3}{4}$'ü dersi yeterli bulmuştur. Öğrencilerin sosyal hizmete ilişkin bilgi temelini oluşmasında temel unsurlardan biri olan bu dersin büyük ölçüde yeterli görülmesi memnuniyet vericidir.</p>						
Temel Bilgi Teknolojilerine Giriş	59	%71,1	24	%28,9	83	%100
<p>Bu ders, 1. Sınıf öğrencilerin çağın gereklilikleri doğrultusunda teknolojik imkanların sosyal hizmet uygulamasında nasıl kullanılabileceği hususunda bilgi edindikleri bir ders niteliğindedir. Bilgi teknolojileri yaşamın her alanında olduğu gibi sosyal hizmet uygulamasında da raporlaştırma, araştırma, veri tabanları, istatistik ve inceleme gibi pek çok süreçte olmazsa olmaz bir unsurdur. Öğrencilerin çoğunluğunun dersi yeterli bulduğu görülmektedir.</p>						
Türkiye'nin Toplumsal Yapısı	55	%66,2	28	%33,8	83	%100
<p>Bu ders, Türkiye'de yaşanan toplumsal dönüşümü sosyolojik, ekonomik, kültürel, siyasal açılardan ele alan bir derstir. Yukarıdaki derslerdeki yüksek sayılabilecek oranlardaki yeterlilik düzeyinin bu derste biraz daha düşük olduğu görülmektedir.</p>						
Rapor Yazma ve Sunum Becerileri	43	%51,8	40	%48,2	83	%100

Rapor hazırlama ve kayıt tutma, sosyal hizmet mesleğinin en temel unsurlarından birisidir. Mesleki yaşamlarında sıklıkla bu gibi süreçlerle karşılaşacak olan öğrencileri rapor hazırlama, kayıt tutma teknikleri ve ayrıca sunum becerileri odağında geliştirmeyi hedefleyen bu dersi, öğrencilerin yaklaşık yarısı yeterli bulmamaktadır. Dersin içeriği düşünüldüğünde, incelenen başlıklar (kaynak gösterme, rapor yazmanın teknik detayları, sunum yapmanın teknik incelikler gibi) öğrenciler tarafından içselleştirmesi yarım dönemde mümkün olmayacak kadar karmaşık görülebilmektedir. Bununla birlikte benzer konuları içeriğinde barındıran başka derslerin de müfredatta olması öğrencilere, rapor yazma ve sunum yapma deneyimini sıklıkla yaşama imkanı sağlamaktadır. Böylelikle dördüncü yılın sonunda öğrencilerin bu becerileri edinmiş olarak mezun oldukları düşünülmektedir.

İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre I-II	74	%89,2	9	%10,8	83	%100
---	-----------	--------------	----------	--------------	-----------	-------------

Bu derslerde insanın biyopsikososyal gelişimi, gelişim kuramları ve birey-sosyal çevre etkileşimi odağında öğrencilere bilgiler verilmektedir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu dersi yeterli bulmaktadır. Bunun nedeni dersin iki yarıyla dağıtılarak verilmesi ve bu sayede her konunun detaylıca tartışılarak öğrenciye aktarılması olabilir. Ayrıca ders öğrenciler için kendi gündelik yaşamlarına ilişkin pratik bilgiler de sunmaktadır.

Sosyal Sorunlar	67	%80,7	16	%19,3	83	%100
------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Bu derste, Türkiye'deki sosyal sorunların önemli bir kısmı nedenleri, sonuçları ve sosyal hizmet uygulamaları bağlamında ele alınmaktadır. Öğrencilerin yaklaşık %80'i dersi yeterli bulmaktadır. Türkiye'nin çok önemli sosyal sorunların iki kredilik bir derste ve yarım dönemde ele alınmaya çalışılması kısıtlayıcı olabilmektedir. Dersin daha yüksek düzeyde yeterli görülmemesi sebebi bu durumdan kaynaklanıyor olabilir.

Sosyal Hizmet Araştırması I-II	60	%73,3	23	%27,7	83	%100
---------------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Bu derslerde, sosyal hizmet araştırmasının neden önemli olduğu ve ne tür süreçleri bünyesinde barındırdığı araştırma teknikleri bağlamında detaylı bir şekilde ele alınmaktadır. Öğrencilerin yaklaşık %75'inin dersi yeterli görmesi önemlidir. Diğer taraftan derslerin içeriğine bakıldığında lisans düzeyinde çok ağır ve anlaşılması zor konuları kapsadığı görülmektedir. Araştırma bilgisinin kısa vadede ve teorik olarak öğrenilmesi zordur. Zaten bu nedenle lisans programında bir yılı kapsayan bir "Uygulamalı Araştırma" dersi bulunmaktadır. Öğrenciler aldıkları teorik bilgiyi deneme ve uygulamaya aktarma imkanı bulmaktadır. Bununla birlikte yüksek lisans ve doktora programlarında dahi bu konunun tekrar tekrar ele alınması araştırma bilgisinin kısa sürede ve kolaylıkla elde edilemeyeceğinin bir kanıtıdır.

Sosyal Hizmet Mevzuatı	58	%69,9	25	%30,1	83	%100
-------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Bu ders sosyal hizmet alanını ilgilendiren yasal düzenlemelerin öğrencilere aktarıldığı bir derstir. Bununla birlikte hukuku temelli olan dersin öğrenciler tarafından zor bulunduğu çeşitli vesilelerle ifade edilmektedir. Buna rağmen öğrencilerin yaklaşık %70'inin bu dersi yeterli görmesi önemlidir.

Sosyal Hizmet Kuramı I-II-III	73	%88	10	%12	83	%100
--------------------------------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	-------------

Bu derste, sosyal hizmetin faydalandığı kuramlar ve bunların uygulaması hakkında üç yarıyıl bilgi sunulmakta ve bu bilgiler pratiğe dönüştürülerek uygulamalı bir süreç izlenmektedir. Bu derece kapsamlı ve önemli bir dersin öğrenciler tarafından %88 oranında yeterli bulunması memnuniyet vericidir.

Mesleki İngilizce I-II	52	%62,7	31	%37,3	83	%100
-------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Sosyal hizmet eğitimi yurtdışı literatürden ve özellikle İngilizce kaynaklardan yararlanmayı gerektirmektedir. Bu temelde öğrencilerin kaynakları okuyacak kadar İngilizce bilgisine sahip olmaları ön koşul olduğu gibi mesleki kavramların İngilizcelerine de hakim olmaları da gerekmektedir. Bu amaçla müfredatta yer alan bu ders bu kavramları öğrencilere İngilizce metinler içerisinde aktarmaktadır. Bununla birlikte verilerde görüleceği üzere bu dersi yeterli olarak değerlendiren öğrencilerin oranı %62,7'dir. Bu rakamın çok yüksek çıkmamasının nedeni, öğrencilerin İngilizce Hazırlık eğitiminden istenilen faydayı görmemeleri ve bunun neticesinde İngilizce bir derste de yüksek başarı performansı gösterememesi olarak açıklanabilir.

Sosyal Hizmet Yönetimi	56	%67,5	27	%32,5	83	%100
-------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Sosyal hizmet uygulamaları bir örgütün içerisinde gerçekleştirilmektedir. Bu örgütlerin yönetimi de başlı başına önemsenmektedir. Derste yönetimle ilgili kavramlar, kuramlar, ilkeler, ilişki süreçleri, çatışmalar ve proje yönetimi gibi konular ele alınmaktadır. Öğrenciler bu dersi %67,5 oranında yeterli bulmuştur.

Sosyal Politika ve Planlama	50	%60,2	33	%39,8	83	%100
------------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Sosyal hizmetin müdahalesinin makro boyutu, sosyal politika ve planlamayı bilmeyi gerektirmektedir. Sosyal politikanın öğeleri, tarihçesi, oluşturulması gibi bilgiler sosyal hizmet öğrencileri tarafından öğrenilmelidir. Bununla birlikte öğrencilerin %60,2'si bu dersi yeterli görmüştür. Bunun nedeni, dersin İngilizce verilmesi olabileceği gibi politika ve planlama kavramlarının soyut kalması ve uygulamaya yeterince aktarılamaması da olabilir.

İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet	54	%65,1	29	%34,9	83	%100
---------------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Sosyal hizmet uygulamalarını insan hakları temelinde gerçekleştirir. İnsan haklarıyla ilgili temel belgeler ve sosyal hizmet uygulamasına katkıları sosyal hizmet eğitiminde büyük önem taşımaktadır. Bu konunun ele alındığı dersi öğrencilerin %65,1'i yeterli bulmaktadır. Daha yüksek çıkması beklenmekle birlikte İngilizce bir dersin %60'ın üstünde yeterli görülmesi anlamlıdır.

Aile ve Çocuklarla Sosyal Hizmet	73	%88	10	%12	83	%100
---	-----------	------------	-----------	------------	-----------	-------------

Bu ders sosyal hizmetin önemli iki hedef grubu olan aileler ve çocuklarla sosyal hizmet uygulamalarını ele alan bir derstir. Öğrencilerin yaklaşık %90'ı bu dersi yeterli bulmaktadır. Sosyal hizmet uygulamasında aile ve çocukların yeri ve önemi düşünüldüğünde bu dersin yeterli olması, başarılı uygulamalar açısından umut vericidir.

Özürlerle Sosyal Hizmet	64	%77,1	19	%22,9	83	%100
--------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Sosyal hizmet alanlarına ilişkin derslerden biri olan "Özürlerle Sosyal Hizmet" öğrenciler tarafından %77,1 gibi yüksek bir oranda yeterli bulunmuştur.

Sosyal Hizmet Etik İlke Değer ve Sorumlulukları	73	%88	10	%12	83	%100
--	-----------	------------	-----------	------------	-----------	-------------

Sosyal hizmet uygulamalarını yürütürken etik ilke değerler ve sorumluluklar yol gösterici olmaktadır. Uygulamanın mesleki olarak uygun olması yanında etik olarak da uygun olması son derece önemlidir. Öğrencilerin yaklaşık %90'ının bu dersi yeterli bulması, meslek yaşamlarındaki uygulamalarının etik olarak uygun olacağı yönünde işaret vermektedir.

Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet	77	%92,8	6	%7,2	83	%100
---	-----------	--------------	----------	-------------	-----------	-------------

Dünyada sosyal hizmetin profesyonel olarak doğduğu alanlar olarak nitelendirilebilecek tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet, öğrencilerin 4. Sınıfta aldıkları bir derstir. İngilizce bir ders olmasına rağmen öğrencilerin %92,8'inin bu dersi yeterli bulması çok önemli ve anlamlıdır.

Suçluluk ve Sosyal Hizmet	60	%72,2	23	%27,7	83	%100
----------------------------------	-----------	--------------	-----------	--------------	-----------	-------------

Suçluluk veya diğer bir deyişle adli sosyal hizmet öğrenciler tarafından %72,2 oranında yeterli bulunmuştur.

Sosyal Hizmet Uygulaması I-II	79	%95,2	4	%4,8	83	%100
Uygulamalı Araştırma	78	%94	5	%6	83	%100

Verimliliği son zamanlarda tartışılan ve akademisyenler tarafından daha iyi bir şekilde kurgulanması gerektiği düşünülen “Sosyal Hizmet Uygulaması I-II” ve “Uygulamalı Araştırma” dersleri, öğrenciler tarafından ortalama %95 oranında yeterli bulunmuştur. Bu veri öğrenci bakışıyla anlamlıdır.

Sanat ve Sosyal Hizmet	38	%72	15	%28	53	%100
Spor ve Sosyal Hizmet	40	%70	17	%30	57	%100
Yaratıcı Drama	47	%92	4	%8	51	%100
Oyunla İletişim	45	%92	4	%8	49	%100
İletişim Becerileri	40	%92,8	6	%7,2	46	%100
Animasyon	35	%77	10	%23	45	%100
Göçmen ve Sığınmacılarla Sosyal Hizmet	32	%78	9	%22	41	%100
Kentleşme, Kentsel Sorunlar ve Sosyal Hizmet	38	%74	13	%26	51	%100
Afetlerde Sosyal Hizmet	36	%75	12	%25	48	%100
Yoksulluk ve Sosyal Hizmet	41	%85	7	%15	48	%100
Çocuk Suçluluğu ve Sosyal Hizmet	38	%73	14	%27	52	%100
Çocuk Koruma ve Bakım Sistemleri	39	%81	9	%19	48	%100
Sosyal Hizmet Görüşme, İlke ve Teknikleri	43	%89	5	%11	49	%100
Yaşlılarla Sosyal Hizmet	36	%84	7	%16	43	%100
Endüstriyel Sosyal Hizmet	40	%88	5	%12	45	%100
Okul Sosyal Hizmeti	40	%74	14	%26	54	%100
Toplumsal Kalkınma ve Sosyal Hizmet	37	%90	4	%10	41	%100
Demografi	38	%87	6	%13	44	%100
Karşılaştırmalı Sosyal Refah Modelleri	33	%81	8	%19	41	%100
Gençlerle Sosyal Hizmet	44	%85	8	%15	52	%100
Sokak Sosyal Hizmeti	39	%83	8	%17	47	%100
Madde Bağımlılığı ve Sosyal Hizmet	40	%89	5	%11	45	%100

Sivil Toplum Örgütleri ve Sosyal Hizmet	32	%71	8	%29	40	%100
Baskı Karşıtı Uygulama	46	%94	3	%6	49	%100
Sosyal Hizmette Stratejik Planlama ve Proje Geliştirme	44	%92	4	%8	48	%100
Sağlık ve Çevre	35	%86	6	%14	41	%100
Toplumsal Cinsiyet ve Sosyal Hizmet	43	%79	11	%21	54	%100

Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet bölümü lisans programı zorunlu derslere ek olarak pek çok seçmeli dersi de kapsamaktadır. Yukarıda belirtilen dersler 4 yıllık eğitim programı boyunca Seçmeli I, Seçmeli II, Seçmeli III ve Seçmeli IV dersleri adı altında farklı dönemlerde verilmektedir. Öğrenciler her seçmeli ders grubuna ait ders paketinden ilgi alanları doğrultusunda en az bir ders almakla yükümlü olmaktadır. Bu sebeple araştırmaya katılan tüm öğrenciler yukarıda verilen derslerin tamamını yüklenmemiştir. Bu doğrultuda çalışma kapsamında öğrencilerden sadece yükledikleri seçmeli derslere ilişkin değerlendirmelerini yapmaları istenmiştir. Elde edilen verilere göre zorunlu derslerle kıyaslandığında öğrencilerin seçmeli dersleri daha yeterli gördüğü anlaşılmaktadır. Seçmeli dersleri “yeterli” olarak gören öğrencilerin oranı farklı derslere göre %70 ile %94 arasında değişmektedir.

Seçmeli dersler için ortaya çıkan bu anlamlı artışın iki temel sebebi olabilir. İlk olarak seçmeli dersler öğrencilerin kendi bireysel tercihleri doğrultusunda, belki de uzmanlaşmak istedikleri alanlara göre yükledikleri derslerdir. Böylelikle öğrenciler ilk andan itibaren daha üst düzeyde bir aidiyet duygusu ve motivasyon ile bu derslere katılıyor olabilirler. İkinci olarak ise, pek çok farklı seçmeli ders seçeneği olduğu için, her bir seçmeli dersin zorunlu derslere göre sınıf mevcudu daha az sayıda olmaktadır. Öğrenci sayısı azaldıkça bu durum dersin niteliğinin artması noktasında olumlu yönde etki gösteriyor olabilir. Sayıca az bir grup, bir yandan dersin işleniş biçimi açısından akademisyene fayda sağlarken, diğer taraftan da öğrenciye derse daha fazla katkı verme imkanı sağlamaktadır.

Bazı seçmeli dersler içerik yönünden öğrenciye kendisine ilişkin farkındalığını artırma, kendi yaşamıyla ilgili çıkarımlarda bulunma ve böylelikle insana dair bir bilgi, bilinç ve algı kazanma imkanı sunmaktadır. Bu kapsamda değerlendirilebilecek dersler arasında yer alan İletişim Becerileri, Oyunla İletişim ve Animasyon gibi derslerde öğrencinin dersi yeterli bulma oranı %93'e kadar çıkmaktadır. Bu derslerde ayrıca rol oynama, canlandırma, oyun oynama, film izleme ve analizi gibi farklı eğitim yöntemleri kullanılmaktadır. Bu gibi yöntemler de bu derslere ilişkin öğrencilerin olumlu değerlendirmelerinde büyük bir etki göstermiş olabilir.

Araştırmanın verileri ışığında seçmeli dersler kategorisinde sevindirici olan bir diğer nokta ise yeni gelişmekte olan sosyal hizmet alanlarına ilişkin derslerin yeterli görülmesidir. Türkiye’de özellikle son yıllarda Endüstriyel Sosyal Hizmet, Yaşlılarla Sosyal Hizmet, Okul Sosyal Hizmeti, Göçmen ve Sığınmacılarla Sosyal Hizmet, Sivil Toplum Örgütlerinde Sosyal Hizmet, Afetlerde Sosyal Hizmet gibi alanlar gelişmekte olan veya gelişmeye açık alanlar olarak göze çarpmaktadır. İlerleyen yıllarda bu alanlarda hizmet verecek olan sosyal hizmet uzmanı adaylarının %71 ile %88 arasında değişen oranlarla dersleri yeterli görmeleri geleceğe ilişkin oldukça umut vericidir. Yine günümüz koşullarında kamu sektörü, özel sektör ve sivil toplum örgütlerine bir arada çalışma olanağı sağlayan ve böylelikle çok daha büyük ölçekli makro düzeyde uygulamalar yapılmasını sağlayan proje odaklı çalışmalar ön plana çıkmaktadır. Bu amaçla proje hazırlamak, yürütmek ve değerlendirmek gibi konularda sosyal hizmet öğrencilerinin yetkinlik kazanması giderek daha önemli bir konuma gelmektedir. Tam da bu ihtiyaca yönelik bir seçmeli ders olan “Sosyal Hizmette Stratejik Planlama ve Proje Geliştirme” dersinin öğrenciler tarafından %92 oranında yeterli görülmesi memnuniyet vericidir.

Son olarak Türkiye’de sosyal hizmet uygulamaları odağında en köklü geçmişe sahip, bilgi birikiminin daha fazla olduğu ve gelecekte de güncelliğini yitirmeyecek olan sosyal hizmet alanlarına ilişkin dersleri de öğrenciler yeterli düzeyde görmektedir. Bu kapsamda değerlendirilebilecek olan Kentleşme, Kentsel Sorunlar ve Sosyal Hizmet, Yoksulluk ve Sosyal Hizmet, Çocuk Suçluluğu ve Sosyal Hizmet, Çocuk Koruma ve Bakım Sistemleri, Toplumsal Kalkınma ve Sosyal Hizmet, Madde Bağımlılığı ve Sosyal Hizmet, Sokak Sosyal Hizmeti, Gençlerle Sosyal Hizmet gibi dersler öğrencilerin gözüyle %73 ile %90 arasında değişen oranlarda yeterlidir.

bu gibi etkinliklere katılımlarını yetersiz görmektedir. Tamamen yeterli görenlerin oranı sadece %12’dir. Öğrenciyi mesleki yeterlik açısından güçlendirecek olan ders dışı akademik faaliyetlere katılımın istenilen düzeyde olmamasının sorgulanması gerekir.

Bu araştırmada sosyal hizmet eğitimi müfredatında yer alan dersler tek tek öğrencilere sorulmuş ve yukarıdaki veriler elde edilmiştir. Karataş ve diğerlerinin (2002:74) sosyal hizmet uzmanlarıyla yürüttüğü araştırmada sosyal

hizmet uzmanları sosyal hizmet eğitimi bir bütün olarak değerlendirmiştir. Buna göre uzmanların %37,1’i aldıkları lisans eğitimini yeterli bulmuştur.

Öğrencilerin %85 gibi büyük bir kısmı mesleki yaşam için kendini hazır hissetmektedir. Eğitimin içeriği ve kalitesi bağlamında bu veri önemlidir. Sosyal hizmet eğitiminin hem teorik hem de pratik olarak verilmesi ve özellikle 4. sınıfta yoğun bir şekilde uygulama deneyiminin elde edilmesi öğrenciyi sosyal hizmet uzmanı olma kimliğine

Tablo 4. Mesleki Yaşam İçin Kendini Hazır Hissetme Durumu

Mesleki Yaşam İçin Kendini Hazır Hissetme	n	%
Hazır hissediyor	70	84,3
Hazır hissetmiyor	13	15,7
Toplam	83	100

daha fazla yakınlaştırmaktadır. Mesleki yaşama kendini hazır hissetmeyen bazı öğrencilerin (%15,7) bu durumlarına ilişkin nedenleri ise şu şekildedir:

- Açıkçası lisansın ilk 3 yılı benzer konuların farklı hocalarca evrilip çevrilip önümüze geldiğini ve bolca kalabalık yaptığını düşünüyorum. Öğrendiğim çoğu bilgiyi staj dönemine borçluyum.
- Akademi çok yetersiz. Bu nedenle, engin bilgi ve tecrübe gerektiren sosyal hizmet mesleğinin başarılı bir uygulayıcısı olmam şimdilik gerçekçi görünmüyor. Üniversitenin eğitimde, akademiye değişime ihtiyaç var.
- Aldığım eğitimin iyi bir sosyal hizmet uzmanı olmam için yeterli düzeyde olduğunu düşünmüyorum. Bölümde verilen teorik eğitim alanla birleştirilmiyor. Akademisyen olmamız için verilen eğitimi daha baskın görmekteyim.
- Bütün derslerden oradan buradan bilgilerle kafamız bilgi harmanına döndü. Nerede hangi bilgi beceriyi ve değeri kullanacağımızı bilemiyoruz.
- Çoğu dersimizde teorik kısımlara takılıp dönem sonu geldiğinde

sosyal hizmet ile dersin ilişkisinin hiç kurulmadığını ve sosyal hizmet uzmanı olarak o alanda ne yapıldığının konuşulmadığını gördüm.

- Okulda derste gördüklerimiz, konuştuklarımızla gerçek hayatta yaşananlar aynı değil. Kendimi hazırlıksız gibi hissetmeme neden oluyor. Bir vakayla karşılaştığımda arayıp okuldaki hocalarımdan yardım istemek zorunda kalacağım gibi hissediyorum.
- Hiçbir zaman tamamıyla yeterli olacağımı düşünmüyorum. Mesleki bilgi repertuarı oluşturmaya yönelik öğrenme süreci hep devam edecektir. Zaman içinde eksiklerimi tamamlayarak kapsamlı ve yararlı bir sosyal hizmet uygulama modeline ulaşacağımı düşünüyorum.
- Mevzuat ve yasal yazışmalar hakkında yetersiz görüyorum. Mevzuat adına yıllardır aynı şeyler anlatılmakta bölüm içinde daha çok hocalar hangi alanda uzmansa dersin de içeriği o konuda yoğunlaşmakta (çocuk, kadın, yaşlı vb.)
- Sosyal hizmet alanı çok geniş olduğu için her alana ulaşabilmemiz, her alanda bilgi sahibi olabilmemiz mümkün değil. Bu yüzden her konuda bilgi sahibi olmadan kendimi yeterli görmek uygun olmaz.
- Staj yaptığım yer sosyal hizmetin bel kemiği denecek yer olmasına rağmen danışman tarafından hiç yönlendirilmedik, stajda ne öğrendi isem meslek hayatımda da o çıkacağı için kendimi tam yeterli görmüyorum.
- Staj yerlerinin tek bir alanda olması, bizim her alanda sosyal hizmeti

gözleyemememize neden olmaktadır. Bu yüzden sadece kendi çalıştığım kuruma hakim olmaktan başka bir seçeneğimiz yoktur.

- Teorik ve uygulama süreci birbirinden kopuk oldu. 3 sene eğitim alıp birden uygulamaya koyulmak bana yetersiz geldi. Stajın kısa süreli de olsa 2. sınıftan başlatılması daha uygun olurdu.
- Teori olarak gerekli bilgileri almış olmakla beraber uygulamada eksiklerim olduğunu düşünüyorum yeterli bir düzeye ulaşmak için ise yüksek lisans eğitiminin şart olduğunu düşünüyorum.

Öğrencilerin görüşleri daha çok üç temel temada birleşmektedir. İlk olarak öğrenciler bazı dersler için içeriğin yetersiz olduğunu, benzer konuların farklı tekrar edildiğini düşünmektedir. İkincisi, öğrenciler teori ve pratik arasındaki ilişkinin derslerde kurulmadığını ifade etmekte, uygulama derslerindeki zorluklar da buna eklendiğinde kendilerini yeterli hissedemediklerini belirtmektedirler. Son olarak ise bazı öğrenciler de

yeterliliğin tam anlamıyla mümkün olmayacağını, sürekli bir eğitim anlayışı ve deneyim süreci ile birlikte yeterliliğin daha hissedilebilir bir düzeye ulaşacağı görüşünü paylaşmaktadır.

Öğrencilerin hangi kurumda çalışmayı düşündüğüne ilişkin soruya verdikleri yanıtlar belirgin bir şekilde manidardır. İlk sırada Sağlık Bakanlığı yer almaktadır. Öğrenciler sağlık alanının çalışma koşulları açısından çok daha rahat olduğunu ve iş yükünün görece çok fazla olmadığını sıklıkla ifade etmektedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ise öğrenciler tarafından sosyal hizmet alanları içerisinde temel kurum olarak görüldüğünden ikinci sırada yer almaktadır. Üçüncü sırada ise öğrenciler akademisyenliği düşündüklerini belirtmiştir. Bu sevindirici bir durumdur çünkü sosyal hizmet akademisyenine ihtiyacın ve olanakların (Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı, artan sosyal hizmet bölümleri gibi) çok fazla olduğu bu günlerde bu tercihin üst sıralarda yer alması önemlidir. Bunu takiben 4. sınıfta geleceği konusunda kararsız öğrencilerin olması şaşırtıcıdır.

Tablo 5. Mezun Olduktan Sonra Çalışmak İstenen Kurum

Çalışmak İstenen Kurum	n	%
Sağlık Bakanlığı	25	30,1
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	16	19,3
Üniversite (Akademisyenlik)	13	15,7
Kararsızım	10	12,0
Adalet Bakanlığı	9	10,8
Özel sektör	3	3,6
Sivil Toplum Örgütleri	2	2,4
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları	2	2,4
Henüz düşünmedim	2	2,4
Toplam	83	100

Yazarlar Adalet Bakanlığı'nın tabloda daha yüksek bir oranda çıkacağını tahmin etmekte iken kamu sektörü içerisinde en az tercih edilen kurum olarak çıkmıştır. Oysa denetimli serbestlik, aile mahkemeleri ve çocuk mahkemeleri gibi alanlar düşünüldüğünde Adalet Bakanlığı geniş bir alan sunmaktadır.

Özel sektöre ve sivil toplum örgütlere öğrenciler tarafından son sıralarda yer verilmesi, meslekteki kamuda çalışma algısının bir tezahürüdür.

Öğrencilerin neredeyse yarısı, mesleki yaşamlarında mesleki haz ve doyum istemektedir. Bunu %26 ile akademik yükselme ve %13 ile kamu sektöründe idari yükselme izlemektedir. Bu veriler, öğrencilerin motivasyonunun ve ideallerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Temel konusu insan olan bir meslek için maddi değerlerin geri planda olması sevindiricidir.

Öğrencilerin $\frac{3}{4}$ 'ünden fazlası lisans eğitimlerinin ardından lisansüstü eğitime devam etmeyi planlamaktadır. Bir önceki tabloda da öğrencilerin mesleki planları arasında akademik yükselmenin üst sıralarda olduğu görülmektedir. Bu iki sonuç birbirini desteklemektedir.

Karataş ve diğerlerinin araştırmasın (2002:68), araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %7,2'si yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır. Bu araştırmada ise yüksek lisans eğitimini düşünen öğrencilerin oranı %77,1'dir. İki araştırma arasında geçen zaman dilimi düşünüldüğünde, bundan sonraki süreçte lisansüstü eğitime devam eden sosyal hizmet uzmanlarının sayısının artacağı öngörülebilir.

SONUÇ

Odağında insan ve sosyal refah yer alan temel mesleklerden birisi olan

Tablo 6. Mesleki Yaşamda Temel Öncelik

Temel Öncelik	n	%
Mesleki haz ve doyum	37	44,6
Akademik yükselme	20	26
Kamu sektöründe idari yükselme	12	13
Ücret koşullarının yeterli olması	8	9,2
Diğer	6	7,2
Toplam	83	100

Tablo 7. Yüksek Lisans Eğitimi

Yüksek Lisans Eğitimi	n	%
Yüksek Lisans eğitimi düşünüyor	64	77,1
Kararsız	12	14,5
Yüksek Lisans eğitimi düşünmüyor	5	6,0
Bu konuyu henüz düşünmedi	2	2,4
Toplam	83	100,0

sosyal hizmetin eğitim düzeyinde niteliğinin artması, sosyal sorunların çözümü noktasında uygulamalar gerçekleştirecek olan sosyal hizmet uzmanlarının yetişmesi açısından büyük bir önem arz etmektedir. Nitelikli bir sosyal hizmet eğitim sisteminin oluşmasında hiç kuşku yok ki tek sorumlu taraf akademisyenler değildir. Katılımcı demokratik bir bakış açısıyla öğrencinin bu sürece katılımının sağlanması amacıyla öğrencilerin görüş ve değerlendirmelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda gerçekleştirilen bu araştırmada, öğrenciler aldıkları eğitimin yeterliliği konusunda oldukça anlamlı geri bildirimler vermiştir. Genel olarak öğrenciler sosyal hizmet eğitimini yeterli görmekteyken, yine de eğitimin gelişmeye açık yanlarının olduğu da aşıkardır. Bununla birlikte öğrenciler öğrencilik sonrasında başlayacakları mesleki yaşamlarına ilişkin önemli ipuçları sunmuştur. Öğrencilerin genel olarak kendilerini mesleki yaşam için hazır hissetmeleri ve bunun da ötesinde lisansüstü eğitimi düşünmeleri olumlu bulunmuştur.

Bu araştırma nihayetinde öğrencilerin gözüyle gerçekleştirilmiştir. Bunun diğer paydaşları akademisyenler ve sosyal hizmet uzmanlarıyla¹ da benzer araştırmaların yapılması nitelikli sosyal hizmet eğitimine giden yolda destekleyici olacaktır.

KAYNAKLAR

International Federation of Social Workers, Erişim Adresi: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work>, Erişim Tarihi: 15.01.2013.

Karataş, K., Demiröz, F. ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2002). Sosyal hizmet uzmanlarının Türkiye'deki sosyal hizmet eğitimine ilişkin değerlendirmeleri, *Sosyal Hizmet Eğitimi-nde Yeniden Yapılanma I*. (Yayına Hazırlayanlar: Kasım Karataş ve Sunay İl), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, no: 12.

Neuman, L. (1997). *Social Research Methods*. Third Edition. Allyn and Bacon.

Tufan, A. B. ve Tuncay T. (2004). Social work education in Turkey, Hamburger F., Hirschler S., Günther S., Wöbcke M. (Ed.) *Ausbildung Für Soziale Berufe in Europa*, Band 1, Frankfurt: ISS-Verlag am Main, 171-181.

1 Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu'nun "Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeniden Yapılanma" çalışmaları kapsamında Kasım Karataş, Filiz Demiröz ve Arzu İçağasıoğlu Çoban tarafından sosyal hizmet uzmanları ile görüşülerek sosyal hizmet eğitimi değerlendirilmiştir. Bununla birlikte 2001 yılında gerçekleşen bu değerlendirme, genelci sosyal hizmet eğitimini kapsamamaktadır.

Araştırma

TOPLUMSAL İLİŞKİLER KISKACINDA ZİHİN ENGELLİ OLAN BİREYLER VE AİLE YAPILARI: ESKİŞEHİR'DE ENGELLİ AİLESİ HAKKINDA SOSYOLOJİK BİR ALAN ÇALIŞMASI¹

The Family Structure of the Children with Mental Disability Squeezed within Social Relations: A Sociological Case Study on the Disabled Family in Eskişehir

Fuat GÜLLÜPINAR*

*Yrd. Doç. Dr., Eskişehir Anadolu Üniversitesi
Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi

1 Bu makale, Anadolu Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenen “Gelişim Geriliği Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Aile Özelliklerinin ve Yaşadıklarının Betimlenmesi” projesinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Proje Ekibine (Proje Yürütücüsü: Doç.Dr. Atilla Cavkaytar; Araştırmacılar: Doç.Dr. Sema Batu, Prof.Dr. Bilhan Kartal, Yard.Doç.Dr. Oya Beklan Çetin, Yard.Doç.Dr. Fuat Güllüpinar) içtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

Eskişehir’de zihin engelli çocuğa sahip aileler üzerinde yapılan bu araştırma, zihin engeli olan çocuklara sahip ailelerin toplumsal ilişkiler ağı içinde deneyimledikleri imkan, sınırlılık ve baş etme stratejilerini analiz etmektedir. Bu noktada çalışma, zihinsel engelli olmanın sadece tek başına engelli bireyi ilgilendiren ve yalnızca onun yaşamını etkileyen bireysel bir sorunmuş gibi görünmesinin karşın, çoğu zaman etrafındaki yakın ilişkide bulunan bütün insanları (özellikle de ebeveyn, aile bireyleri ve akraba çevresini) güçlü ama olumsuz bir şekilde etkilediğini ortaya koymaktadır. Toplumsal ilişkilerde yeterince sosyal destek ve yardım alamayan Eskişehir’deki engelli ailelerinin “engellileştirilme” süreci, devletin bu konulardaki yetersiz örgütlenmesi ve teşkilatlanması tarafından iyice pekiştirilmektedir. Tıbbi ve psikolojik açıklamaların engelli bireyin maruz kaldığı yalnızca organik ve biyolojik kaynaklı olumsuzlukları öne çıkaran yaklaşımlardan farklı olarak, bu çalışma engelliliğin belli ölçülerde kurumsal ve yapısal olarak şekillendirildiği ve yeniden üretildiğini savunan “sosyolojik” yaklaşıma dayanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Zihin Engelli, Engelli Ailesi, Sosyal İlişkiler Ağı, Dışlama Süreçleri, Eskişehir.

ABSTRACT

This study, which focuses on the children with mental disability and their families in Eskişehir, scrutinizes the opportunities, limitations and overcoming strategies of these families within the network of social relations. This study suggests that a mental disability handicaps not only the person in whom it occurs, but also frequently those who enter into social relations with him. It places limitations and constraints on family members and relatives that, if it were not for the presence of a disabled person, they would not encounter. Lacking social support

and help within their social network, the families in Eskişehir have been suffered from institutional or organizational support from the state which sharpens their "retardation" process. Different from medical or psychological approaches which emphasize genetic or organic problems of diabled people, the study is based on sociological agenda suggesting that what precisely constitutes a disability is to some degree institutionally and socially determined and reproduced.

Key Words: *Mental Disability, Family of Disabled Children, Social Network, Exclusion Processes, Eskişehir.*

GİRİŞ

"Biz engelliler, farklı olmamız, problemlili olmamız ve sosyal uyum için yeterli donanıma sahip olmamız yüzünden anormal olarak görülüyoruz. Ancak gerçek şu ki tıpkı herkes gibi, birey olarak hem zihinsel hem de fiziksel olarak sadece kendimize özgü yapabileceğimiz ve yapamayacağımız bir dizi şeye sahibiz. Sadece bizim ve diğer insanlar arasındaki tek fark, bizim sadece yapamadıklarımıza odaklanan seyirciler tarafından izleniyor olmamızdır..." (Barton, 1993).

Demografik veriler açısından değerlendirildiğinde, Türkiye'de nüfusun %12,29'unu engelliler oluşturmaktadır (DİE, 2002). Engellilerin %77, 81'i işgücüne dahil olmayan nüfusu oluşturmaktadır. Engellilerin sadece %60,28'inin sosyal güvenliği bulunmaktadır. Eğitim hizmetlerinden yararlananlar engellilerin %20,45'ini, sağlık hizmetlerinden

yararlananlar ise %75,76'sını oluşturmaktadır. Engelli grupların içerisinde zihinsel engelli olan bireylerin Türkiye'deki demografik özelliklerine ve genel durumuna yakından baktığımızda %12,29'luk grubun %0,48'ini zihinsel engellilerin oluşturduğu belirtilmektedir. Zihinsel engelli olanların çoğunluğunun (%54,08) tedavisinin yapılmadığı belirtilmektedir. Yaşadığı güçlükler açısından zihin engelli olan bu insanların çoğunluğu (%70,79) gelecekte kendisine kimin bakacağı, %63,71'i hiçbir maddi güvencesinin olmaması, %47,32'si kısa süreli kalabileceği kurum ve kuruluşun olmaması, %40'ı sosyal ve kültürel etkinliklere katılamama, %38,26'sı ise toplumun kendilerini kabullenmemesi konularında endişelendikleri ifade edilmektedir (Başbakanlık, 2003: 101).

Eskişehir'de ise DİE (2002) verilerine göre toplam 1778 zihin engelli olan birey bulunmaktadır. Bu toplam grubun 0-18 yaş grubunda ise 275'i erkek, 207'si kız olmak üzere 482 zihinsel engeli olan çocuk olduğuna işaret edilmektedir.

Eskişehir'de zihin engelli çocuklara sahip aileler ile yaptığımız bu saha araştırması göstermektedir ki, engelli insanlara sahip olan ya da onunla yakın ilişki içinde olan aile bireyleri de süreç içinde sosyal ilişkiler açısından "engelli" hale gelmekte ya da getirilmektedir. Bunun en büyük nedeni, bu ailelerin içinde buldukları çevre ve toplumsal ilişkilerden uzaklaşmak zorunda kalmalarıdır. İçinde buldukları toplumsal ilişkilerde yeterince sosyal destek ve yardım alamayan engelli yakınları ayrıca engelli çocuğun bakımının üstlenilmesi dolayısıyla da bütün bir toplumsallık alanından, insani ilişkilerinden, çalışıyorlarsa işlerinin gerektirdiği bir

takım sorumluluklardan uzak kalmak zorunda kalmaktadırlar.

Bu çalışma Eskişehir'de zihin engelli çocuklara sahip ailelerin özellikle toplumsal ilişkiler ağında karşılaştıkları imkan, sınırlılık ve baş etme stratejilerini analiz etmeye odaklanmıştır. Engelli ailelerinin toplumsal ilişkiler analizinden yola çıkarak şu önemli tespiti yapmak mümkündür: Engelli bireye sahip aile fertleri iş yaşamından, gündelik yaşamın bütün ayrıntılı pratiklerine kadar engelli hale gelmekte, daha doğrusu, engellileştirilmektedirler. Başka bir deyişle, engelli birey ve ailesi sosyal hayatın dışında kalmak zorunda bırakılmakta ya da sosyal hayattan dışlanmaktadır. Buna ek olarak, ailelerin engellileşme süreci, devletin bu konulardaki yetersiz örgütlenmesi ve teşkilatlanması tarafından iyice pekiştirilmektedir. Görüldüğü gibi, sorun yalnızca engelli bireyin maruz kaldığı organik ve biyolojik kaynaklı olumsuzluklardan daha farklı olarak sosyolojik, kurumsal ve yapısal bir problemdir. Araştırma sonucunda yaptığımız bazı istatistikler ve bu istatistiklerin analizleri bize göstermiştir ki, engelli bir bireyle yaşamak o ailenin yerleşik hayat düzeninde büyük ölçüde değişiklikler gerektirmektedir.

Deborah Marks (1999: 611) engelli olmayı, belli insanların insanlar arası ilişkilerden, sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasal olaylara katılımlarından tam olarak dışlanmalarına yol açan beden, çevre ve kişilik arasındaki karmaşık ilişki olarak tarif etmektedir. Buna göre engelli olmak ne salt bireysel bir açıklama modeliyle ne de yalnızca toplumsal bir modelle açıklanabilir. Özellikle toplumsal ilişkiler bağlamında, sosyolojik olarak diyebiliriz ki engelli olmak, sadece

engelli bireyle (veya bireyin engelleriyle) sınırlı olmayan bir meseledir. Engelli olmak, engelli bireyin biyolojik/organik engelini; ailesi, toplumsal çevresi, kurum ve yapılar tarafından anlamlandırıldığı ve çeşitli pratiklerle şekillendirildiği ve yeniden üretildiği bir mesele olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bunun yanı sıra, belli bir engeli olan insanlara, sahip oldukları engelin dışında farklı engeller de toplum tarafından eklenmektedir. Örneğin görme engelli birisine zaman zaman aptal, sağır, zihin engelli gibi eksiklikleri biz yakıştırırız. Görme engellilerin ve diğer engelli insanların kendilerinde olmayan engellerin onlara yakıştırılarak bu tür nazik etiketlemelerle ve davranışlarla karşılaşmaları hiç nadir değildir. Tabii engellilere dair bilgi eksikliği ve mevcut toplumsal zihniyetimizden dolayı engellilerin kendi kendilerine yapabilecekleri şeyler konusunda bile sürekli sorulara maruz kalmaları, onların kimlik ve kişiliklerine yönelik bir tehdit olarak karşımıza çıkmaktadır.

Engelli olmanın belli bir bedenle veya çevreyle sınırlandırılmayacağını, fakat toplumsal ilişkilerde gömülü olarak var olduğu ısrarla vurgulanmaktadır (Marks, 1999). Buna karşın, tıbbi yaklaşım, engelli olmayı (özellikle zihin engelliler açısından bakıldığında) beynin organik bir rahatsızlığıyla açıklama eğilimindedir. Engelliler üzerine yapılan psikolojik çalışmaların ise engellilerin bireysel deneyimlerini, içinde bulunduğu sosyal bağlamından koparan bir açıklama biçimini öne çıkarmakta önemli bir işlev gördüğünü söyleyebiliriz. Bu anlamda psikolojik açıklamalar, sadece bireysel motivasyonlara odaklanmakta ve bu motivasyonların nereden geldiğini açıklamakta başarısız olmaktadır.

Ancak, engelli olmayı sosyolojik olarak değerlendiren bir yaklaşım, kişinin deneyimlediği engel biyolojik olarak her ne olursa olsun bu engeli bireysel olarak açıklamak yerine dışsal sosyal çevreyle açıklama eğilimindedir (Marks, 1999: 612). Sosyolojik yaklaşımda temel amaç engelli bireyin ne hissettiğinin anlaşılmasından çok fiziksel çevre, kurumlar, politikalar ve pratikler hakkında tatmin edici açıklamalar yapmaktır. Sosyolojik teoriler, zihinsel engelli olmanın değer-bağımsız ve nesnel bir değerlendirmesinin olmayacağını, "zeka" kavramının da kültürel, eğitimsel, sosyal ve ekonomik faktörler tarafından şekillendirilen bir olgu olduğunu savunmaktadır. Ancak Morris (1991) engellilerin hissettiklerinin dışsal bir parametre olduğunu düşünen sosyolojik açıklamanın aşırı materyalizmini eleştirerek, sosyolojik açıklamaların ek olarak engelli bireylerin neler hissettiğinin, hangi baskıları içselleştirdiğinin (içselleştirilmiş baskılar) analizine de yer vermesinin oldukça önemli olduğunu altını çizmektedir. Bu anlamda, Crow (1996) engellilerin hissettikleri engellenmişlik deneyimlerinin de engelli olmanın önemli bir boyutu olduğunu öne sürmektedir. Bu anlamda, engelli bireyler hakkında yapılacak bir analizin psikolojik, tıbbi ya da sosyolojik yaklaşımların açıklamalarının zorunlu olarak birbirlerini dışlamaması gerektiği öne sürülebilir.

Eleştirel analizin söz konusu olmadığı nesnel bir bilimsel çalışmaya dönüşen ve "engellilerin" deneyimleri ve onların üzerindeki toplum baskısını dikkate almadan yapılan bazı engelli çalışmaları, engelliliği bireysel ve ailevi bir "problem" olarak görmektedir. Bu durum engelli çalışmalarının sosyal bilimlerde içinde bir ağırlığının olmaması ve

marjinalliğinden de rahatlıkla anlaşılabilir (Barnes, 1999: 577-578).

Herhangi bir eksikliğe/bozukluğa sahip bir birey, otomatik bir sonuç olarak engelli değildir. Birey, toplum içine engelli haline gelmektedir. Çoğu zaman hayatın içinde eğitimcilerin, medya temsilcilerinin, dinsel öğretilerin ve özellikle gündelik hayatta insanların negatif bakış açıları, eksikliği olan kişilerin kendilerini eksikliği olmayanlardan farklı ve engelli hissetmelerini etkileyen temel etmenlerdir (Camilleri, 1999: 845). Yaşamın farklı alanlarında "engelli," "özürlü," "kadersiz," "şanssız" olarak etiketlenmek, engelli bireyleri utanma, günahkâr, aşağılık ve insan dışılık gibi duyguları yaşamalarına neden olmaktadır. Açıkçası, bu özel tanımlamalar ve varsayımlar oldukça yaralayıcı, saldırgan ve basmakalıp etiketlemelere yol açmaktadır (Barton, 1993). Bunun yanı sıra, engellilik kavramı çoğu zaman, toplumun ayrımcı bir şekilde engelli insanları ekonomik refahına katkıları açısından onları yeteneksiz ve kapasitesiz olarak algılayarak marjinalleştiren, toplumsal olarak işlevlerini değersizleştiren ve fakirliğe hapseden bir anlayışının ürünü olarak ortaya çıkmaktadır.

Engellilik çalışmalarının bir kısmı, engelliliğin bedene tıbbi yaklaşımların tekil, bağlamından koparılmış ve psikolojik parametreleri öne çıkaran yorumlarını eleştirerek sosyal bir kavram olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmalar, bazı bakımlardan tıbbın karmaşıklığını basitleştirmesine ve tıp biliminin acı içindeki bedenleri tedavi edici işlevinin meşruiyetine zarar vermesine rağmen, sosyal ilişkilerin tıbbileştirilmesinin sınırlandırıcı ve kısıtlayıcı sonuçlarına işaret etmektedir (Jakubowicz ve Meekoska, 2002: 242).

Eskişehir’de zihin engelli olan çocuklar ve aileleri üzerinde gerçekleştirilen bu çalışma engelliliğin sadece medikal/ tıbbi bir profesyonellik anlayışıyla açıklanamayacağını savunmaktadır. Tıbbi profesyonel yaklaşım, engellileri belli kurallar içinde tanımlayarak onların normal ve üretken olmasını sağlamaya yönelik girişimlerle bu “problemi uzun dönemli tedavilerle çözmeye kendisini adanmıştır. Söz konusu yaklaşıma göre, bireylerin yerleşmiş belli kalıplar içerisinde hareket etmesi, iletişim kurması, düşünmesi gerekmektedir. Buna göre kusurlu olan engellilerin bir şekilde normal işleyen bir şey haline getirilmesi gerekmektedir. Engelliliği açıklamaya çalışan tıbbi model aşağıdaki temel ilkeler üzerine inşa edilmiştir (Camilleri, 1999: 850):

- Engelliliği özelleştirilmiş, yetenekli ve nitelikli profesyoneller tarafından keşfedilmesi gereken tıbbi bir durum olarak görmektedir.
- Engellilerin “çok özel” gereksinimleri olan ve herkesten farklı kişiler olduğu yanlışlığını güçlendirmektedir.
- Engelli ve ailelerinin tedavi sürecinin pasif alıcıları olduğunu; hiçbir bilgisi ve fikri olmayan hastalar ve sonuç olarak onları doğrudan ilgilendiren konularda bile danışılmasına gerek olmayan kişiler olarak görmektedir.
- Açık yetenekleri görmezden gelecek sadece yeteneksizlikleri vurgulayan işlevsel bir değerlendirmeye odaklanmaktadır.
- Engelliliği bir bireysel trajedi olarak insanlık durumunun bir tezatı olarak görmektedir.
- Dahası, rehabilitasyon tedavileri ne kadar yorucu, zaman alıcı, pahalı

ve yararsız olursa olsun bu tedavilerin aracılığıyla gelişmeyi ve normalleşme arayışını engellinin ve ailesinin bir sorumluluğu olduğunu ima etmektedir.

- Sosyal yapılarda bir değişime kendini adanmaz ancak bireyler için plansız çözümlerden sonra, çoğu zaman bir gönüllü organizasyona katılım arayışındadır.
- Tüm “normalleştirme” girişimleri başarısız olduğunda, bireyin özel okullar, kurumsallaşmış hastane ve dinlenme evleri gibi “özel” koşullarda toplumdaki yalıtılmasına karar vermektedir.

Öte yandan, kimlik oluşumu ve sosyal etkileşimin insan topluluklarının yaratımı olduğunu savunan sosyal-psikolojik araştırmalar bir çok tıbbi bakış açısının eleştirilmesine ve toplumsal olanın öneminin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu yaklaşım özellikle önemli etkileşimci teorisyenler olan Erwing Goffman (1963) ve Irving Zola (1991) tarafından temsil edilmektedir. Goffman, bağımlı ve engelli rollerinin oluşmasında kurumsal dinamikleri vurgularken, Zola kimlik oluşumunu sosyal-psikolojik boyutlarını keşfetmenin önemini ifade etmektedir (aktaran, Jacobowicz ve Meekosha, 2002: 242). Wolf Wolenfberger (1983) ise eğer engelli bireyler ve aileleri kendileri için engelli-olmayan bireyler tarafından belirlenmiş davranış kalıplarıyla en az etkilenecek şekilde mücadele yollarını öğrenebilirlerse, bu kişilerin hayatlarını en iyi şekilde kurumların dışında sürdürebileceklerini öne sürmektedir. Dolayısıyla, özellikle zihin engeli olan bireyler ve aileleri için geçerli olabilecek ve “mücadeleci davranışlar” olarak adlandırılan bu yaklaşım

engelliliğe tıbbi olmayan bir karşılık vermeyi temsil etmektedir.

YÖNTEM

Bu araştırma betimsel modeli temel olarak, Eskişehir ilinde zihin engelli bireylerin ve aile yapılarının halihazırdaki sosyolojik durumunu incelemektedir. Bu çalışmada elde edilen betimsel araştırma verileri, betimsel istatistikler kullanılarak (yüzde olarak) analiz edilmiştir. Betimsel araştırma modellerinde veriler özaktarım yoluyla örnekleme yer alan bireylerin kendilerinden bilgi alınarak toplanmaktadır. Betimleyici model, eklektik bir model olmasına rağmen veri toplama konusunda iyi düşünülmüş örneklem kombinasyonlarını bir araya getirerek analiz yapma olanağı sağlamaktadır (Sandelowski, 2000: 337).

Bu araştırma kapsamında veriler önce yüz yüze doldurulan anket formu ve ikinci adımda yarı-yapılandırılmış görüşme formu yoluyla toplanmıştır. Araştırmada kullanılan anketin kapsamlı olması ve açık uçlu soruların da bulunması nedeniyle anket yüz yüze olarak uygulanmıştır. Araştırmanın birinci bölümü olan anket uygulaması bu şekilde tamamlandıktan sonra, yarı-yapılandırılmış görüşme formlarının kullanıldığı derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Yarı-yapılandırılmış görüşme, araştırmacının sosyal ve kişisel sorunlar hakkında derinlemesine veri toplamasına olanak sağlamaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşmelerin temel özgünlüğü görüşme esnasında araştırmacıya katılımcılar için önemli olan konuları serbestçe keşfetme esnekliği ve olanağı sağlamasıdır. Böylece, açıkça problem ve deneyimler konusunda daha detaylı bilgi toplanması fırsatı yaratmaktadır. Çünkü yarı-yapılandırılmış görüşme,

araştırmacıların beklemediği veya düşünmediği konularda kişilerin görüş ve açıklamalarını ortaya çıkarmak konusunda önemli avantajlar sağlamaktadır (Pope vd., 2002: 148).

Evren ve Örneklem

Bu çalışma, Eskişehir ili merkezinde resmi ve özel kurumlara devam eden zihinsel engeli olan çocuklar ve onların aileleriyle gerçekleştirilmiştir. Olasılığa Dayalı Olmayan Örneklem Seçiminin Doyma Noktası tekniğine göre (Lin, 1976), bu okullara devam eden öğrencilerin ailelerinin tamamı araştırma grubunu oluşturmaktadır. Olasılığa Dayalı Olmayan Örneklem Seçimi uygulandığından, elde edilecek sonuçların genellemesi başlangıçta belirlenen evrenin tamamı ile sınırlıdır.

Eskişehir ili merkezinde zihinsel engelli bireylere eğitim hizmeti sunan üç kurum bulunmaktadır: Araştırma yaptığımız ilk kurum Anadolu Üniversitesi Engelliler Araştırma Enstitüsü Gelişimsel Yetersizlik Uygulama Birimi'dir. Bu birimde bireysel ve grup eğitimine devam eden 70 öğrenci bulunmaktadır. Diğerleri ise Eskişehir Millî Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Uluönder Eğitim ve Uygulama Okulu ve İş Eğitim Merkezi ile Avukat Lütfi Ergökmen İlköğretim Okulu ve Mesleki Eğitim Merkezi'dir. Bu iki okulda tamamı grup eğitimine devam eden hafif ve orta derecede zihinsel yetersizliği olan 200 öğrenci bulunmaktadır. Zihinsel geriliği olan çocuklara eğitim ve rehabilitasyon hizmeti sunan diğer kurumlar ise Eskişehir İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı özel rehabilitasyon merkezleridir. Bu merkezler özel kuruluşlar olduğundan ve çoğunlukla destek hizmetler sunduğundan araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

Araştırma grubuna katılan 3 kurumdaki öğrenci ailelerini tamamına ulaşılmış ve bu çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya katılmak isteyen 143 aile bireyi ile randevu esasına göre anket uygulaması yapılmıştır. Bu ailelerden 39 tanesi ise mülakata katılmayı kabul etmişlerdir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden görüşmecilerin bazı özellikleri şöyledir: Araştırmaya katılan 143 katılımcının %87'si kadın, %13'ü erkeklerden oluşmaktadır. Görüşmecilerin yaşları 24-57 arasında değişmekte, yaş ortalaması 39 civarındadır. Kurumlara göre görüşmecilerin dağılımı şöyledir: İlköğretim okulundan 67, Anadolu Üniversitesi Engelliler Araştırma Enstitüsü Gelişimsel Yetersizlik Uygulama Birimi'nden 48, eğitim uygulama okulundan 28 görüşmeci ile anket uygulaması yapılmıştır.

Veriler ve Toplanması

Araştırmada zihinsel engeli olan çocuğa sahip ailelerin aile özelliklerine ilişkin bilgilere ve ailelerin çocuklarına zihinsel engelli olduğu tanısı konulduktan sonra yaşadıklarına ilişkin görüşlerine başvurulmuştur. Bu verilerden aile özelliklerine ilişkin bilgiler EK 1'de verilen "Aile Özellikler Belirleme Anketi" ile annelerin çocuklarına zihinsel engelli olduğu tanısı konulduktan sonra yaşadıklarına ilişkin görüşleri ise EK 2'de verilen görüşme formu ile toplanmıştır.

"Aile Özellikleri Belirleme Anketi" araştırmacılar tarafından önceden hazırlanmış ve zihinsel engelli olan çocuklara sahip beş katılımcıyla pilot görüşme gerçekleştirilmiş ve soruların uygun olup olmadığı tartışılmıştır. Daha sonra anket gözden geçirilmiş ve örnek uygulamalar yapılarak aksaklık görülen

yerlerde gerekli görülen düzeltmelere gidilmiştir.

Anket, çocukları adı geçen üç eğitim kurumuna devam eden ailelerle gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Anketlere anne ya da baba katılmış ancak ailelerden isteyenler anketlere birlikte katılabilmişlerdir.

Araştırmanın ikinci bölümünde, daha önce sözlü olarak uygulanan ankete katılan Anadolu Üniversitesi Engelliler Araştırma Enstitüsü Gelişimsel Yetersizlik Uygulama Birimi'ndeki 48 aile arasından istekli olan 39 anne ile yarı-yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Daha önce çalışmaya katılmak isteyen 9 aile randevularına gelmemiş ya da katılmaktan vazgeçtiklerini bildirmişlerdir. Görüşmeler ailelerin tercih ettikleri bir yerde (okul veya ev) gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

GELİŞİM GERİLİĞİ OLAN ÇOCUKLARA SAHİP AİLELERİN TOPLUMSAL İLİŞKİLER AĞI: AİLELERİN "ENGELLİLEŞTİRİLMESİ" SÜRECİ

Genel olarak baktığımızda Eskişehir ilinde gerçekleştirilen bu araştırmanın çarpıcı sonuçlarından bir tanesi, zihinsel engelli çocukları olan ailelerin hiçte az olmayan büyük bir çoğunluğu toplumsal ilişkiler ağında arkadaş, akraba, hemşeri ya da komşularıyla çok az görüşebilmektedir. Burada nedenleri iyi analiz edilmesi gereken bir çeşit iletişimsizlik veya izolasyon durumundan söz ediyoruz. Miller ve Gwyne (1972) özellikle fiziksel ve zihinsel engelli insanların tamamen ev deneyimiyle sınırlı yaşamlarının adeta "sosyal bir ölüm" olduğundan bahsederler çünkü

Tablo 1: Engelli Ailesinin Görüşme Grupları ve Sıklığı

	Arkadaş		Akraba		Hemşeri		Aile Ferdi		Komşular	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hiç	27	18,9	20	14,0	50	35,0	24	16,8	29	20,3
Nadiren	19	13,3	38	26,6	30	21,0	15	10,5	14	9,8
Ara sıra	30	21,0	36	25,2	41	28,7	26	18,2	13	9,1
Sık sık	35	24,5	30	21,0	17	11,9	40	28,0	25	17,5
Devamlı/ Düzenli	32	22,4	19	13,3	5	3,5	38	26,6	62	43,4
Toplam	143	100,0	143	100,0	143	100,0	143	100,0	143	100,0

onlar bu kompozisyonda mevcut toplumun bir parçası değillerdir.

Araştırma kapsamında anket uygulanan zihinsel engelli çocuklara sahip ailelerin %18'i arkadaşları ile hiç görüşmemektedir. Engelli ailesinden %13'ü ise nadiren görüşmektedir. Geri kalanların %24'ü sık sık arkadaşları ile görüşürken, %22 oranındaki engelli ailesi de arkadaşlarıyla devamlı ya da düzenli bir şekilde görüşmektedir. %21'lik bir engelli ailesi popülasyonu da arkadaşlarıyla ara sıra görüştüklerini ifade etmişlerdir.

Öte yandan engelli ailesinin %14'lük bir kısmı Akrabaları ile hiç görüşmemektedir, %26,6 oranında engelli ailesi ise nadiren görüşmektedir. %25 oranında bir engelli ailesi kitlesi ara sıra görüşürken, sık sık akrabaları ile görüşenlerin yüzdesi 21 olarak kalmıştır. Engelli ailesinin yalnızca %13 lük bir dilimi akrabalarıyla devamlı olarak görüştüğünü belirtmiştir.

Engelli ailesinin %35'i hemşerileri ile hiç görüşmemektedir. %21'i nadiren

görüşürken, %29'u ise ara sıra görüştüğünü söylerken hemşerileriyle sık sık görüşenlerin yüzdesi %11 olmuştur. Engelli ailesinin %16,8 gibi hiç de az olmayan bir kısmı yakın aile fertleri ile hiç görüşmezken, %10,5 nadiren görüşürken, %18'i ise ara sıra görüşmektedir. Sık sık yakın aile fertleri ile görüşen engelli ailesi %28 düzeyinde olurken devamlı ve düzenli bir şekilde görüşenlerin oranı %26'dır.

Engelli ailelerinin %20,3 komşuları ile görüşmemektedir. İlaveten, %10 nadiren, %9 ara sıra görüştüklerini izlemek mümkün. %43,4 devamlı görüşürken, sık sık görüşenlerin oranı ise %17 civarında kalmıştır.

Şimdi bu noktada çarpıcı olan sonuçlardan bir tanesi, hiç de az olmayan bir engelli ailesi grubu toplumsal ilişkiler ağında arkadaş, akraba, hemşeri ya da komşularıyla görüşmemekte, daha doğrusu görüşmemektedir. Açıkçası burada bir çeşit iletişimsizlik ya da izolasyon durumu ortaya çıkmaktadır ki bunun nedenleri çok iyi analiz edilmelidir.

Tablo 2: Görüşme Amacı

	Arkadaş		Akraba		Hemşeri		Aile ferdi		Komşular	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hiç görüşmez	37	25,9	33	23,1	62	43,4	46	32,3	53	37,1
Sohbet	76	53,1	38	26,6	38	26,6	30	21,0	65	45,5
Ziyaret	22	15,4	61	42,7	39	27,3	44	30,8	11	7,7
Yardımlaşma	4	2,8	6	4,2	1	0,7	10	7,0	5	3,5
Hepsi	4	2,8	5	3,5	3	2,1	13	9,1	9	6,3
Toplam	143	100,0	143	100,0	143	100,0	143	100,0	143	100,0

Engelli ailelerinin %53 lük bir çoğunluğu arkadaşları ile görüştüklerinde sohbet için, %15'i ziyaret için görüşmektedir. Yardımlaşma arkadaşlar arasında yalnızca %2.8 oranında görülmektedir. Yine engelli ailelerinin %26'sı hiç görüşmediklerini ifade etmektedirler. Engelli aileleri akrabalar ile görüştüklerinde %26.6 sohbet, %42,7 ziyaret için görüşmektedir. Akrabalar arasında yardımlaşma sadece %4,2 oranında görülmektedir. Engelli ailelerinin hemşerileriyle görüşme amacı %26,6 sohbet ve %27,3 oranında ise ziyaret amaçlı olarak gerçekleşmektedir. Engelli ailelerinin hemşerileriyle yardımlaşması ise neredeyse hiç yoktur.

Ailelerin toplumsal ilişkilerine genel olarak baktığımızda, sıklıkla arkadaşları ile görüştükleri, nadiren akrabaları ile görüştükleri, hemşerileri ile görüşmedikleri ve daha sık ve düzenli olarak aile fertleri ve komşularla sohbet amacıyla görüştükleri gözlemlenmiştir. Ancak, engelli ailelerinin hiç bir grupta toplumsal ilişkilerinde yardımlaşma amacıyla

görüşmediği çarpıcı bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 2'deki genel resme baktığımızda görüyoruz ki bu aileler çeşitli toplumsal gruplarla belli düzeylerde belli sıklıklarla iletişim yollarını denemekle birlikte, bu iletişim biçimleri amaçları ve gerçekleşme koşulları itibariyle engelli ailelerinin kendilerine özgü sorunlarının çözümüne destek sağlayan ya da katkıda bulunan bir yardımlaşma ağına yol açmamaktadır. Bu durum bizim bu noktadaki temel önermemizi belirlememizi kolaylaştırıyor: Kısıtlı sosyal ilişkilere sahip bu aileler tam da engelli çocuğa sahip olduğu için belli düzeylerde toplumsal dışlanmışlık ve izolasyon içinde yaşamaktadırlar. Bu durum engelli bireyle birlikte aynı mekânı paylaşan ve deneyimleyen ailenin toplum tarafından "engellileştirilme" sürecinin de sosyolojik arka planını oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamında görüşülen engelli ailelerinin çoğunluğu öncelikli olarak kendi arkadaşlarıyla %87 oranında yüz yüze görüşmeyi tercih ediyorlar.

Tablo 3: Yüz yüze Görüşme

	1.Kişi		2.Kişi		3.Kişi	
	N	%	N	%	N	%
Arkadaş	120	87,0	-	-	-	-
Akraba	12	8,7	100	76,3	-	-
Hemşeri	2	1,4	7	5,3	42	35,6
Aile fertleri	3	2,2	15	11,5	41	34,7
Komşular	1	0,7	9	6,9	35	29,7
Toplam	138	100,0	131	100,0	118	100,0

Toplumsal iletişimde yüz yüze görüşmeyi sürdüren ailelerin %76'sı ikinci olarak akrabalarıyla görüşüyorlar. Bunu daha sonra aile fertleri %35 ile izliyor. Görüşülen engelli ailelerinin %30'u üçüncü olarak komşularıyla devamlı ve yüz yüze görüşmektedirler.

Toplam engelli ailelerinin telefonla görüşmeyi tercih ettikleri gruplardan öncelikli olanı %73 oranında arkadaşları olmuştur. Bunu sırasıyla %22'lik bir oranla akrabaları, %3 hemşerileri ve %2 civarında da aile fertleri oluşturmaktadır. Aileler komşularıyla telefonla görüşmeyi tercih etmemektedirler.

Yine engelli ailelerinin %61'i arkadaşlarıyla ilgili haberleri başkalarından

alırken, akrabalarıyla ilgili durumlarda %22 oranında başkalarından haber aldıklarını söylemişlerdir.

Engelli aileleri arasında diğer iletişim yollarına pek başvurulmamakla birlikte %80 oranındaki bir engelli ailesi kitlesi internet ve mektup gibi iletişim kanallarını öncelikle arkadaşları için iletişim kurmak için tercih etmektedirler.

Araştırma kapsamında görüşülen engelli ailelerinin %57 si kendi aralarında toplanırken, hiçte az olmayan %43'ü hemcinsleriyle hiç bir şekilde toplanmamaktadır.

Hemcinsleriyle toplanan engelli ailelerinin %65 gibi büyük bir çoğunluğu sohbet amaçlı toplanırken, ancak %3'ü

Tablo 4: Telefonla Görüşme

	1. Kişi		2.Kişi		3.Kişi	
	N	%	N	%	N	%
Arkadaş	90	73,2	-	-	-	-
Akraba	27	22,0	79	74,5	-	-
Hemşeri	4	3,3	12	11,3	39	49,4
Aile fertleri	2	1,6	14	13,2	37	46,8
Komşular	-	-	1	0,9	3	3,8
Toplam	123	100,0	106	100,0	76	100,0

Tablo 5: Başkalarından Haber Alma

	1.Kişi		2.Kişi		3.Kişi	
	N	%	N	%	N	%
Arkadaş	28	60,9	-	-	-	-
Akraba	10	21,7	20	66,7	-	-
Hemşeri	6	13,0	5	16,7	10	14,7
Aile fertleri	1	2,2	3	10,0	12	50,0
Komşular	1	2,2	2	6,7	2	8,3
Toplam	46	100,0	30	100,0	24	100,0

Tablo 6: İnternet- Mektup Gibi Diğer İletişim Yolları

	1.Kişi		2.Kişi		3.Kişi	
	N	%	N	%	N	%
Arkadaş	4	80,0	-	-	-	-
Akraba	-	-	2	66,7	-	-
Hemşeri	1	20,0	-	-	2	100,0
Aile fertleri	-	-	1	33,3	-	-
Komşular	-	-	-	-	-	-
Toplam	5	100,0	3	100,0	2	100,0

Tablo 7: Hemcinslerinizle Düzenli Olarak Toplanma Sıklığı

	N	%
Hayır	62	43,4
Evet	81	56,6
Toplam	143	100,0

Tablo 8: Hemcinslerle Toplanma Amacı

	N	%
Sohbet	40	63,5
Yardımlaşma	2	3,2
Ziyaret	17	27,0
Dedikodu	4	6,3
Toplam	63	100,0

Tablo 9: Toplanma/Bir araya Gelme Sıklığı

	N	%
Nadiren	2	2,9
Ara Sıra	21	30,4
Sık Sık	14	20,3
Devamlı	32	36,4
Toplam	69	100,0

toplanma amacını, “yardımlaşma için toplanıyoruz” yanıtını vermişlerdir. Diğer engelli ailelerinin %27’si ziyaret için bir araya geldiklerini belirtirken %6’sı bu soruya yanıt olarak dedikoduyu vermişlerdir.

Engelli ailelerinin %36’sı kendi aralarında devamlı olarak ve %20’si de sık sık görüşmektedirler. Araştırma kapsamında görüşülen engelli ailelerinin %30 civarındaki bir kısmı ara sıra görüşürken, geri kalan yüzde 3 ise nadiren görüşmektedirler.

Tablo 10: Yardımlaşma Sıklığı

	N	%
Nadiren	2	70,6
Ara Sıra	12	11,8
Sık Sık	1	5,9
Devamlı	2	11,8
Toplam	17	100,0

Tablo 11: Toplanıldığında Konuşma Konuları

	N	%
Her şey	37	40,2
Ev İçi Yaşam	33	35,9
Çocuklar	15	16,3
Sağlık	3	3,3
Oyun Oynuyorlar	1	1,1
Eğitim	3	3,3
Toplam	92	100,0

Araştırma kapsamında engelli ailelerine yöneltilen “hangi sıklıkla yardımlaşırsınız” sorusuna ailelerin ancak %11’i devamlı ve %6’sı sık sık yanıtını verirken, %11,8’i ara sıra , %71’i ise nadiren diye yanıtlamışlardır.

Araştırma kapsamında görüşülen engelli ailelerinin %40’ı toplandıklarında ağırlıklı olarak her şeyi konuştuklarını belirtmişlerdir. Bu soruyu Ev içi yaşam diye yanıtlayanlar %36 iken, engelli ailelerinin %16’sı çocuklar hakkında konuştuklarını belirtmişlerdir. Ancak, ilginç bir şekilde, sağlık ve eğitim konularının düzeyi %3’le en sonda yer almaktadır.

Araştırmadan yola çıkarak zihin engelli çocuğa sahip ailenin toplumsal ilişkiler alanındaki genel panoramasına baktığımızda görüyoruz ki bu aileler çeşitli toplumsal gruplarla belli sıklıklarla iletişim yollarını denemekle birlikte, bu iletişim biçimleri, amaçları ve gerçekleşme koşulları itibariyle engelli ailelerin kendilerine özgü sorunların çözümüne destek sağlayan ya da katkıda bulunan bir yardımlaşma ağına yol açmamaktadır. Bu noktadaki temel önermemize göre, bu aileler tam da engelli bir bireye sahip olmalarından dolayı sosyal ilişkilerinde kısıtlanmakta ve dolayısıyla belli düzeylerde toplumsal dışlanmışlık ve izolasyon içinde yaşamaktadırlar. Bu durum engelli bireyle birlikte aynı mekanı paylaşan ve deneyimleyen ailenin toplum tarafından engellileştirilmesi sürecinin de sosyolojik arka planını oluşturmaktadır.

Tablo 12’deki verilerden anlaşılacağı gibi, araştırmaya katılan üç kurumdaki ailelerin verdiği birden fazla cevabının toplamına göre, ev içindeki işbölümünde ailelerin %81, 4’ünde temizlik

Tablo 12: Ev-içi İşbölümü-Genel Dağılım

	Kadın		Erkek		Cevaplayıcı Sayısı	Toplam Cevap
	N	%	N	%		
Temizlik	136	81,4	10	6,0	143	167
Mutfak İşleri	137	82,0	11	6,6	143	167
Bahçe-Kümes işleri	25	58,1	12	27,9	30	43
Yiyecek Alışverişi	115	53,7	89	41,6	143	214
Giyecek Alışverişi	129	54,9	86	36,6	143	235
Fatura Ödeme	56	33,5	99	59,3	141	167
Yakıt Ödeme	29	21,6	94	70,1	121	134
Engelli çocuğun bakımı	134	69,4	44	22,8	142	193
Su taşıma	69	47,9	37	25,7	119	144
Evde üretim varsa pazarlama	20	90,0	2	9,1	20	22

işlerinden kadınlar; %82'sinde mutfak işlerinden kadınlar; %58,1'de bahçe-kümes işlerinden kadınlar; %53,7'sinde yiyecek alışverişinden kadınlar; %54,9'unda giyecek alışverişinden kadınlar; %69, 4'ünde engelli çocuğun bakımından kadınlar; %47,9'unda su taşımadan kadınlar; ve son olarak %90 oranında evdeki üretimin pazarlanmasından kadınlar sorumludur ve bu işleri kadınlar yerine getirmektedir. Öte yandan erkekler %59,3 oranında fatura ödemelerinden ve %70,1 oranında yakıt ödemelerinden sorumlu görünmektedirler. Genel dağılıma baktığımızda, temizlik ve mutfak işlerinde ve özellikle engelli çocuğun bakımında erkeklerin yardımı en düşük orandadır. Buna karşılık, erkekler yiyecek ve giyecek alışverişinde yardımcı olmayı tercih etmektedir. Diğer konularda da sorumluluğun çoğu kadının üzerinde görünmektedir.

Tablo 12'nin analizini derinlemesine yaptığımızda ev içi bölümünde engelli

çocuğun bakımının da üstlenilmesi nedeniyle ailede herkesin sorumluluğunun görece olarak artmış olmasına rağmen, bu sorumlulukların yerine getirilmesine belli bireylerin özellikle de annenin aile içindeki yükü inanılmaz derecede artmaktadır. Bu noktada, söz konusu engelli bireye sahip ailelerde ev içi iş bölümündeki eşitsizliğin derinleşerek pekiştiğini söylemek mümkün görünmektedir. Ayrıca, çalışan bireylerin de eve iş getirme konusunda hareket alanları oldukça sınırlanmış görünmektedir. Engelli bireyin ve ailesinin dışarda vakit geçirmesinin ve sosyal aktivitelerinin ve toplumsal ilişkilerinin sınırlılığının boyutlarının ne kadar büyük olduğundan söz etmeye gerek bile yok.

Eskişehir özelinde yaptığımız araştırma kapsamında engelli ailelerine "Çocuğunuza zihin engelli teşhisi konduğunda neler hissettiniz?" sorusu sorulduğunda, %34 oranında "üzüldük" yanıtı verdikleri, bunu %26 ile "şok

Tablo 13: “Çocuğunuza Teşhis Konulduğunda Neler Hissettiniz” Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı

YANITLAR	N	%
“Neden benim çocuğum?” diye düşündüm	2	4
Üzüldük	16	34
İnanamadık	8	17
Şok Olduk	12	26
Allah’tan geldiğine inandık (umut bekledik, sabır istedik vb.)	4	9
Diğer	5	10
Toplam	47	100

olduk” ve %17 oranında da “inanamadık” yanıtlarının izlediği görülmektedir. Bu sonuçlar, engelli ailelerinin çocuklarına ilk teşhis konulduğunda aşırı üzüntü ve çöküntü gibi duygular yaşayarak durumu kabullenmekte zorlandıklarının göstergesi sayılabilir.

Son olarak engelli ailelerine “Engelli bireylere hizmet sunan kuruluşlardan ve devletten neler bekliyorsunuz?” sorusunun altında “devletten neler

bekliyorsunuz” sorusu sorulduğunda, aileler çoğunlukla “eğitim için sağlanan maddi desteklerin alınmasını ve düzenli ödenmesini istiyorum” (%22) yanıtını vermişlerdir. Bu yanıtı “okulların yaygınlaştırılmasını istiyorum”, “uygun işyerleri açılmasını istiyorum” yanıtları izlemiştir. Ailelerin en az oranda verdikleri yanıtlar ise “kurumların denetiminin artırılmasını ve daha ciddi olmasını istiyorum” ve “kaynaştırmaya ağırlık verilmesini istiyorum” şeklindedir. Elde

Tablo 14: Devletten Neler Bekliyorsunuz? Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı

Yanıtlar	N	%
Kurumların denetimlerinin artırılmasını ve daha ciddi olmasını istiyorum	2	3
Okulların yaygınlaştırılmasını istiyorum	10	17
Her engel grubuna uygun hizmet yaygınlaştırılsın istiyorum (Otistik vb.)	4	7
Engelli çocuklara sahip çıkmasını istiyorum	13	22
Eğitime maddi desteğin artması ve düzenli ödenmesini istiyorum	14	24
Kaynaştırmaya ağırlık verilmesini istiyorum	1	2
Sosyalleşmeye yönelik mekanlar açılmasını istiyorum	3	5
Uygun işyerleri açılmasını istiyorum	7	12
Diğer	5	8
Toplam	59	100

Tablo 15: Ailelerin “Toplumdan Beklentilerinin” Dağılımı

Yanıtlar	N	%
Engelli çocukları normal karşılımlarını istiyoruz (dışlanmasınlar, acıyarak bakmasın, horlamasınlar)	23	66
Engelli çocuğa ve ailesine manevi olarak destek olmalarını istiyoruz	2	6
Normal çocukların engelli çocuklarla bir arada olmalarını istiyoruz (oyun oynama, spor vb.)	3	9
Toplumun engellilerle ilgili bilinçlendirilmesini istiyorum (medya ve söyleşiler yoluyla)	5	13
Engelli çocukların ailelerine üzücü ve yıpratıcı sorular sorulmamasını istiyorum	1	3
Diğer	1	3
Toplam	35	100

edilen sonuçlara bakıldığında, engelli çocukları olan ailelerin devletten beklentilerinin daha çok maddi ve kurumsal destek ihtiyacı yönünde olduğu görülmektedir. Ailelerin eğitim kurumlarına ödeyecekleri ücretlerin karşılanması yanı sıra bu ödemelerin düzenli ve zamanında ödenmesine de dikkati çektikleri görülmektedir. Ayrıca, “devletin engelli çocukların haklarının savunması ve sahip çıkması” talebinin de dile getirilmesi engelli çocuk ailelerinin kendilerinden sonra çocuklarının bakımıyla ilgili sahip oldukları endişelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Engelli ailelerine “Engelli çocuklar ve sizin için toplumdan beklentileriniz nelerdir? sorusu sorulmuş ve bu soruya aileler çoğunlukla %66 oranında “Engelli çocukları normal karşılımlarını istiyoruz (dışlanmasınlar, acıyarak bakmasın, horlamasınlar)” yanıtını vermişlerdir. Bu yanıtı “toplumun engellilerle ilgili olarak bilinçlendirilmesi (medya ve söyleşiler yoluyla)”, “normal çocukların engelli çocuklarla bir arada olmaları

(oyun oynama, spor vb.)”, “engelli çocuğa ve ailesine manevi destek olmalarını istiyoruz” talepleri izlemektedir. Engelli ailelerinin bu soruya yönelik olarak en düşük talepleri ise “engelli çocuğa ve ailesine üzücü ve yıpratıcı sorular sorulmamasını istiyorum” şeklinde gerçekleşmiştir. Engelli ailelerinin toplumdan beklentileri konusunda verdikleri yanıtlar detaylı olarak incelendiğinde, ailelerin toplumdan beklentilerinin farklı yönlerde olduğu görülmektedir. Ailelerin bazıları engelli bireylerin toplum içinde kabul görmesini önemli bulurken, bazı aileler ise toplumun bu konuda bilgilendirilmesi gerekliliğini vurgulamışlardır.

TARTIŞMA SOSYAL KABUL YOKSUNLUĞU VE ENGELİN SOSYAL OLARAK YENİDEN ÜRETİMİ

Engelli insanlar birçok alanda sahip oldukları zihinsel ve fiziksel yoksunlukların yanı sıra, en önemlisi toplumsal alanda genelde yoksunluklarla

ve özel olarak da sosyal kabul görme yoksunluğuyla karşı karşıya kalmaktadırlar. O zaman biz burada bir engelli olmak durumundan bahsederken sadece biyolojik bir yoksunluktan söz etmiyoruz demektir, bu sadece biyolojik bir yoksunluk durumu değil, bundan daha fazla bir şekilde sosyal kabulden yoksunluk durumudur. Bu çalışmanın derinlemesine mülakatlar aşamasında yapılan görüşmeler ve yaptığımız anketler sonucunda (Tablo 13) bazı ailelerin bizatihi kendi fertleri bile henüz kendi engelli çocuklarının durumunu kabullenmekte güçlük çektikleri ve çoğu zaman da gerçekçi şekilde kabul lenemedikleri gözlenmiştir.

Toplumumuzda genel olarak, engelli olmak, toplumsal ilişkiler ağı içinde kabul görmekten dışlanan sapkın, istisnai ve anormal bir durum olarak görülmektedir. Sosyolog Erving Goffman'dan (1963) ödünç alarak söylersek, engelli insanlara sürekli olarak "olumsuz bir etiketlemeyle" yaklaşmaktayız. Bu yaklaşım, onların gerçekte sahip oldukları yada olabilecekleri kimliklerini bozmakta ve aşındırmaktadır (spoiled identity). Dolayısıyla engelli birey yalnızca kendisinde var olan spesifik bir özürden dolayı dezavantajlı değildir, aynı zamanda bu engelinden dolayı kendisinin eksikliğine toplumsal olarak verilen farklı nitelikteki değer yargısından dolayı daha da dezavantajlı bir duruma gelmektedir.

Buna göre, diyebiliriz ki bizim engelli olmaya yüklediğimiz anlamın kökleri, temelden sosyolojiktir. Engellilik bir ölçüde ve belli ölçülerde toplumsal olarak sınırları ve çerçevesi çizilen, belirlenen bir olgudur. Hatta engelli olmaya verilen anlam ve onun etiketlenmesi bir çeşit toplumsal bilgidir: hepimizin sosyalizasyon süreci boyunca öğrendiğimiz

ve içselleştirdiğimiz değerlerle yakından ilişkilidir.

Bu bağlamda, bireyin organik bir eksikliğe sahip olması kendisiyle sınırlanabilir, fakat engelli bireyin karşılaştığı tüm engeller kendisinin bu organik eksikliğinden kaynaklanmaz. Girdiği daha doğrusu, giremediği toplumsal ilişkiler alanı, bireyin sahip olduğu organik eksiklikle zaten mevcut olan dezavantajlı durumu daha trajik bir noktaya taşır. Buna engelliğin (toplumsal ilişkiler yoluyla) "sosyal yeniden üretilmesi" demeyi tercih ediyorum. Engelli bireyin engelli olan koşulları yeniden üretilirken, buna ek olarak engelli bireyin ailesinin de toplumsal ilişkiler alanında sonradan devreye giren olumsuz koşullar aileyi de bir engelli olma sürecinin içine dahil etmektedir.

Çalışmamızın en önemli kısımlarından biri olan toplumsal ilişkiler bölümünde, toplumsal ilişkiler ağı içinde engelli ve engelli ailesinin durumu incelenmeye çalışılmıştır. Hilbourne'nün (1973) de işaret ettiği gibi, "toplumsal hayatımız, sosyal rollerin ve sosyal işbölümünün organizasyonu insanların tamamıyla biyolojik faaliyetlerinin normal olduğu ve hiç bir organik engeli olmadığı varsayımına dayanılarak örgütlenmiştir". Neredeyse bütün toplumsal ilişkilerimizi diğer insanların gördüğü, duyduğu, yürüdüğü ve gündelik işleri yönlendirebilecekleri varsayımı üzerinden kurmaktayız. Honneth benzer bir şekilde, toplumun, sosyal mevcudiyetin karşılıklı tanınmasının devamlı olarak beslediği ilişkiler ve toplumsal gündemlerin tanımlanmasına katılma hakkı üzerinden şekillendiğinin altını çizmiştir (aktaran, Jacobowicz ve Meekoshat, 2002).

Engelli çocuk ve aileleriyle ilgili yapılan çalışmalar, anne-babaların

çocuklarının engelli olduğunu öğrendikten sonra birbirine benzeyen ancak çocuğun engel ve özellikleriyle bağlantılı olarak farklılaşan duygusal tepkiler gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Bu duygusal tepkiler ise zamanla ailelerin aile içi ilişkilerinde ve dışarıyla olan toplumsal ilişkilerinde farklılaşmalara yol açabilmektedir. Ailelerin farklı tepkileri onların din, sosyo-ekonomik düzey, engelin ağırlığı, engelli birey sahip olma ve anne-babalığa ilişkin bilgi durumu, anne-babalık sorumlulukları gibi özellikleriyle bağlantılı bulunmaktadır (Kroth ve Edge, 1997).

Ailede zihinsel engelli bir çocuğun dünyaya gelmesi aile dinamikleri üzerinde önemli etkiler oluşturmakta, birçok aile engelli çocuğu olduktan sonra gündelik yaşam düzenlerini farklılaştırmaktadır (Hallahan ve Kaufman, 1997). Bu farklılaşmalar, evlilik ilişkilerinde, ekonomik durumda ve sosyal ilişkilerde bazı olumsuz değişikliklere yol açabilmektedir (Schulz, 1987).

Anne-babaların zihinsel engelli olan bir çocuğa sahip olduklarında gösterdikleri ilk tepkiler şok, inkar, teşhise inanmama aşamalarından oluşmaktadır. Bu ilk tepkileri, düzensiz duygulardan oluşan öfke, suçluluk, depresyon, utanç, düşük benlik, çocuğu reddetme ve hüzün izlemektedir. Anne-babaların ulaşması istenen son nokta ise çocuğun kabul aşamasıdır (Heward, 1996).

Hallahan ve Kaufman (1997) anne-babanın engele uyum sürecini inceleyen bir çok araştırmacının, anne-baba tepkilerinde aşama modelini benimsediklerini belirtmektedirler. Aşama modeline göre tüm anne-babalar uyum sürecinde benzer aşamalardan geçerler. Ancak geçiş süreleri ve bu geçişin

etkileri farklıdır. Bazı anne-babalar bu süreci hiç de rahat geçirmediklerini ifade ederlerken, bazı anne babalar ise özel gereksinimi olan çocuğa sahip olmanın onların yaşamları ve evliliklerini güçlendirdiği yönünde görüş belirtmektedir (Cavkaytar, 2002).

Aşama modeline göre birinci evre: şok, reddetme, depresyon; ikinci evre: karmaşa, suçluluk, kızgınlık; üçüncü evre ise: pazarlık ile kabul ve uyum aşamalarından oluşmaktadır (Gargiulo ve Graves, 1991). Her bir aşamada gösterilen davranış biçimleri de birbirinden farklılaşabilmektedir. Tüm bu aşamalar dikkate alındığında ailenin engele uyum sürecinde geçtiği aşamalar ve bu aşamalardan geçiş hızlarında önemli farklılıklar gözlenmektedir. Ancak ailelerin çoğu sonuçta çocuğunu kabul etmekte ve ona uyum sağlayabilmektedir (Haveman ve Berkum, 1997).

Ailelerin engelli çocuklarını sahiplenme ve uyum sürecinde yaşadıklarının önemli bir boyutunu da stres oluşturmaktadır. Engelli çocuğun varlığı nedeniyle ailede yaşanan stres genellikle şu faktörlere bağlanmaktadır (Kırcaaliftar, 1995):

- Harika çocuk mitinin yıkılması ve bunun sonucunda ailenin çocuğu kabulde ve duygusal bunalımı atlama da çektiği zorluk,
- Aile bireylerine, çocuğun kardeşlerine, yakınlarına ve çevreye çocuğun durumunu açıklamada çekilen zorluk,
- Çocuğun durumuna ve özelliklerine ilişkin elde edilen bilginin yetersizliği ve tutarsızlığı,
- Engelin yol açtığı sağlık ve davranış sorunları ile bu sorunlarla başa

çıkma çabaları ve bunun yanında çocuğun bakımının zaman, emek, para gerektirmesi, anne-babanın kendilerine ve diğer çocuklarına kaynak ayıramaması,

- Çocuğun gelişiminde önemli aşamaları yaşayamama ya da çok geç yaşama. Örneğin normal gelişim gösteren kardeşlerin engelli çocuktan daha önce yürümesi ya da konuşması vb.
- Çocuğa karşı çevrenin gösterdiği olumsuz tutumlar, yakın çevrenin aileden uzaklaşması,
- Pek çok uzmanla görüşme ihtiyacı,
- En uygun eğitimi bulma çabaları,
- Çocuğun geleceğine ilişkin duyulan kaygılar.

Ailelerin yaşadıkları bu stresin azaltılmasında aile yapısının, aile bağlarının ve aile içi ilişkilerin önemli olduğu, aile işlevlerinin yerine getirilmesi konusunda gerekli değişikliklerin yapılarak uyum sağlamanın etkili olduğu belirtilmektedir (Schulz, 1987; Kırcaali-İftar, 1995). Zihinsel engelli çocuğa sahip olan aileler üzerinde yapılan araştırmalar genellikle kaygı ve depresyon (Yukay, 1998), gerginlik (stres) düzeyi (Işıkhan ve Ergün, 2001), ailelerin karşılaştıkları sorunların değerlendirilmesi (Ergenekon, 1996) ve aile içi ilişkiler gibi konular üzerinde yoğunlaştığı gözlenmektedir.

Engelli çocuğa sahip olmak anne-babanın görev ve sorumluluklarını arttırmaktadır. Engelli olmayan çocukların anne-babaları, aile bireylerinin sevgi, koruma, gelişme için uygun ortam hazırlama ve gereksinimlerini karşılama gibi sorumlulukları da üstlenmektedir.

Engelli çocuk anne-babaları ise bunların yanı sıra, çocuğa beceri öğretme ya da çeşitli terapi çalışmalarına yardımcı olma gibi yeni sorumlulukları da üstlenmektedir (Sucuoğlu, 1997).

Ailelerin çocuklarının birçok gereksinimini karşılama etkin katılımcı olabilmelerini ve başa çıkma kapasitelerini, ailenin büyüklüğü ve kültürel yapısı, anne-babaların kişilik özellikleri, eşlerin birbirlerine ne ölçüde yakın ve destek oldukları, anne-babaların evlilik uyumları, dini inanışları, yakın çevrenin ve toplumun özellikleri, aile bireylerinin sosyo-ekonomik düzeyleri gibi değişkenler; ayrıca, çocuğun cinsiyeti, engelinin türü ve derecesi gibi faktörler etkilemektedir. Bununla birlikte, toplumun ve devletin bu çocuklara ve ailelerine verebildiği hizmetlerin niteliği ve niceliği de ailenin rol ve sorumluluklarının yerine getirebilmesinde önemli olduğu belirtilmektedir (Gargiulo, 1985; Kurt, 2001; Hallahan ve Kaufmann, 1997).

Öte yandan, toplum içindeki kültürel temsiller ve kurumsal pratikler zihin engelli olan bireylerin yaşamını sürekli olarak değersizleştirme eğilimindedir. Onlar doğaya, vahşi yaşama yakın bireyler olarak sunulmaktadır. Bu anlamda masum ama tehlikeli bireyler olarak temsil edilmektedir. Toplumun engelliler üzerinde kurduğu ve kaygı, endişe, bozukluk, uysallık ve sosyal baskılar onlar tarafından karmaşık bir şekilde içselleştirilmektedir. Sinason (1992: 38) sosyal hayatta yaşadıkları travmatik deneyimler karşısındaki engellilerin verdiği organik bozukluk, çevresel baskı ve psişik savunma mekanizmaları karışımı olan karmaşık tepkiyi ifade etmek için "ikincil engel" (secondary handicap) kavramını kullanmaktadır.

Zihin engelli bireyler de tıpkı bizler gibi aile ve akraba gibi bir çok daimi ilişkilerin doğal üyeleridir. Ancak, buradaki temel nokta, bu aile üyeleri de bireylerin zihinsel engellerinden doğan veya ona yönelik olarak algılanan engel ve etiketlemeleri doğrudan kendileri de deneyimlemektedir. Bir bakıma, etiketlenmiş bireylerle yakın ilişkide olanlar bu yüzden aynı karalanmaya maruz kalmaktadır. Engelli ailelerin ya da yakınlarının deneyimlediği bu durumu anlatmak için Goffman "kibar etiketleme" (courtesy stigma) ifadesini kullanmaktadır: Örneğin zihinsel engellinin karısı ya da spastik kadının kocası vb. Bu basitçe engelli bireyle yakın ilişkiden kaynaklanan bir etiketleme değil, engelliyle yakın ilişkide olan birine gösterilecek davranışların değişmesi ya da ayarlanması için de gerekli bir adım haline gelmektedir (aktaran, Hilbourne, 1973: 501).

Yine, araştırma sonuçları da göstermektedir ki engelli ailesinin bireyleri, yapması gerekenler, sorumlulukları ve eylemleri açısından hem nitelik hem de nicelik olarak normal ailelerden farklılaşmışlardır. İkinci olarak, bu aileler, bir aileden normal olarak beklenen ya da umulanların yanında ek sorumluluklar, bedeller ve fedakârlıklarla birlikte yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Bu anlamda bütün etkinliklerini evde bulunan engelli bireyin yaşamına göre düzenlemek, organize etmek, revize etmek ve yaşamak durumundadırlar. Bu durum onları yapmayı istedikleri birçok etkinlikten mahrum bırakabilmektedir. Mesela, çoğu durumda bu bireyler, işyerinde uzun mesailere kalamamakta, arkadaşlarıyla iş sonrası toplantı veya yemek vb. sosyal eylemlere katılamamaktadır.

Eskişehir yaptığımız araştırma sonuçları da göstermektedir ki, engellilerin aile bireyleri en çok duygusal tanınma eksikliği yaşamaktadırlar. Bireyler ve onların aileleri fiziksel veya zihinsel sınırlılık veya kısıtlara sahip olsalar da bu kısıtların engel haline getirilmesi tamamıyla sosyal bir süreç olarak yaşanmaktadır. Sonuç olarak, zihin engelli bireyler toplum tarafından gördükleri dışlanma eğilimlerini kolaylıkla içselleştirilmiş baskıya dönüştürmekte, bu içselleştirilmiş olan baskı da onların kendi benlik saygılarını, düşünce ve eylemlerini bilinçli ya da bilinçsiz olarak şekillendirmektedir (Marks, 1999: 615).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Engellilik, insanların genetik, doğum öncesinden tehlikeli durumlarda, sonradan (genellikle endüstriyel veya askeri) oluşan veya hastalık yoluyla kazanılan veya kazalarla bireyin bedensel ve zihinsel kapasitesinin azalması anlamında bireye verilen bir eksiklik statüsüdür. Her ne şekilde gerçekleşmiş olursa olsun engelliliğin sonuçları sosyal müdahaleler sayesinde azaltılabilir veya daha fazla çoğaltılır (Jacubowicz ve Meekosha, 2002: 245). Engelliler üzerine çalışma yapan düşünürler, engellilerin asla koşullarının daha kötüleşebileceğini veya toplumun hayatlarını sürdürmeleri için gerekli olan araçları sağlamaktan vazgeçip vazgeçmeyeceğini bilmeden sanki geçici vizeyle yaşıyor muslarcasına yaşadıkları bir dünyadan söz etmektedirler (Jacubowicz ve Meekosha, 2002: 246).

Günümüzde engelliliğin sunumu rehabilitasyon ve özel eğitim yoluyla engelliliği bireysellerine ve engelin bireyin kendisi veya en fazla ailesiyle ilgili bir sorun olduğu fikrini güçlendirmektedir.

Dahası eğitim programları da engelliliğe onu sadece özel koşullara sahip bireyle ilişkilendirerek ve yalıtılması gereken bir fenomen olarak yaklaşmaktadır (Stienstra, 2002: 1). Ayrıca, engelliliğin geleneksel kalıplarla tıbbileştirilmesi, farklılığı patolojikleştirmekte; engelliliği bireyselleştirmekte; bireyin kendi kendini belirleme ve tanımlama koşullarının yok etmekte; müşteri ve tüketici olarak kodlanan hastanın rollerini pekiştirmektedir.

Sosyal bilimler içindeki engelli çalışmaları 20 yılı aşkın bir süredir, geçmişteki hakim tıbbi ve rehabilitasyon paradigmalarını eleştirerek gelişmiş ve engellilerin sosyal ilişkilerine daha fazla ağırlık vermektedir. Görüldüğü üzere, profesyonel pratikler, kültürel baskı, organik farklılıklar ve duygusal deneyimler arasındaki karmaşık ilişkiler zihin engellileri “engelli” olarak kuran temel unsurlardır. Bir çok araştırma, engelliliği yaratan geniş toplumsal koşullara işaret etmek yerine bireyleri izole etmekte ve engeli olan bireyi tedavisini öne çıkarmaktadır (Stienstra, 2002: 1). Ancak, ister fiziki ya da zihinsel temelli olsun çoğu durumda engelliler ve aile bireyleri sosyal olarak gerçekleşen engellerden dolayı acı çekmektedir (Hilbourne, 1973: 497). Sonuç olarak, bireyin sahip olduğu zihinsel veya fiziksel bir engel sosyal ortam içerisinde, kendisiyle ilişki içindeki bireyler ve ailesi açısından çeşitli derecelerde engel ortaya çıkarmaktadır.

Öncelikle, Eskişehir’de zihin engelli çocukların aileleriyle üç kurumda yapılan bu çalışma göstermektedir ki toplumsal ilişkiler açısından bakıldığında, engelli bireyin ve yakınındaki çoğunlukla aile bireylerinin yaşam koşullarının daha problemlili ve zor hale gelmesinde

özellikle etkili iki toplumsal kaynaktan söz edilebilir: (1) Sınırlı bir sosyal ilişkiler ağı; (2) Yetersiz toplumsal kurumlar ve kurumsal destek.

Araştırma sonuçlarına dayanarak diyebiliriz ki, engelli bireyler üç boyutta açıkça sosyal kabul eksikliği yaşamaktadırlar:

- (1) Engelli bireyin yakın çevresi ve ailesinin kabul etme ve benimsemeye yaşadıkları psikolojik zorluklar,
- (2) Sosyal çevrenin engelli bireyi kabul etme ve topluma entegre etmedeki yetersizlikleri,
- (3) Kurumların engelli bireyi fizik, sosyal ve ekonomik açılarından desteklemekteki yetersizlikleri.

Bu noktada, engelliliği sadece engelli insanlara özgü bir durum olarak anlama davranışımızdan kurtulmalı ve bu konuda empatik ve daha incelikli bir anlayışa sahip olmalıyız. Her insanın değerli olduğunu kabul edersek, bu normalden yoksunluk durumunu anlayabiliriz. Her düzeydeki farklılıkları tanıyan ve onaylayan bir yaklaşım, ancak bu değer-yoksunluk ilişkisini sağlıklı olarak kurabilir.

Engellilik gibi karmaşık ve derin toplumsal problemlere yönelik olarak dönüştürücü ve pratik çözümler önermenin önemli olduğunu belirtmeliyiz. Bunun amaçla aşağıdaki uygulamaların yapılması öncelikli olmalıdır:

1. Kamusal kaynaklardan engelli ailelerinin sosyal güvenlik havuzuna adil, etkin ve sürekli bir kaynak transferi,
2. Siyasal karar mekanizmalarına bu konuda sürekli kamuoyu oluşturmak,

3. Sosyal çalışma programlarına engelli bireylerin sosyal ve ekonomik tüm ihtiyaçlarını tüm boyutlarıyla dahil etmek,
4. Engelli ve ailelerinin sosyal açıdan kabul edilmesi ve desteklenmesi amacıyla kamusal destek mekanizmalarının etkin bir şekilde oluşturulması.

En önemlisi, engelliliğin doğası ve sonuçları hakkında genel kamuoyunda var olan yanlış anlamaların giderilmesine yönelik bilgiler rehabilitasyon programlarına ve sosyal çalışmalara dahil edilmelidir. Ayrıca, engelli ailelerinin de içinde bulunduğu durum ve yanlış anlamalardan dolayı karşılaşacağı yeni ve belirsiz durumlarla “baş etme stratejileri” geliştirilmeli ve bunlar ailelerle paylaşılmalıdır. Hem engelli bireyler hem de aileler bu eğitim süreçlerine birlikte dahil edilmelidirler.

Çözümün en önemli boyutlardan birisi de, kamusal gelirini eşit bir şekilde dağıtan devletin sosyal güvenceye daha fazla ihtiyacı olan engelli çocuğu olan aileleri hem sosyal-kurumsal altyapısıyla ve hem de bizzat finansal desteklerle bu insanları ayakta tutması olacaktır. Sosyal devletin eğitim ve iş piyasası alanlarında engelli bireye ve ailelerine uygulayacağı pozitif ayrımcılık uygulamaları bu katmerlenmiş engellilik durumlarını bir nebze de olsa hafifletecektir.

Deborah Stienstra (2002), rehabilitasyon ve özel eğitimle ilgili engelli birey üzerine yapılan çalışmaların, ağırlıklı olarak engelli olmanın tek başına bireyle ya da en fazla onun ailesiyle ilgili bir problem olduğu düşüncesini kuvvetlendirdiğini öne sürmektedir. Dahası, bu literatür engelli olmaya belli koşullara sahip insanların bir yalnızlık ve yalıtılmış

bir fenomen olarak yaklaşmaktadır. Araştırmaların birçoğu, belli bir engeli olan bireyleri onların engelini yaratan geniş bir bağlamdan ziyade yalıtılmış bir problem olarak araştırmaktadırlar.

Diğer taraftan, Stienstra (2002)'ya göre engelli olma, insanların bedenleri ve/veya zihinleri arasındaki farklılıklarının toplumsal olarak kurulmasına ya da oluşturulmasına gönderme yapar. Fiziksel ve zihinsel farklılıklar (bazılarının bozukluk veya özür olarak adlandırdığı), örneğin bacaklardaki güçsüzlük ya da dikkat eksikliği kendi içinde önemli değildir. Onlar, toplumların kapasitesinde belli bir yere yerleştirildiğinde ve bu farklılıklara işaret edildiğinde önemli olmaya başlarlar. Sonuç olarak, zihin engelliliğin sosyal olarak tanımları engelli bireyin sosyal değeri ve bireysel niteliğinin de kararlaştırılması anlamına gelmektedir. Engellilik, toplumun genelinde insanların eksiklerini vurguladığı bir sosyal ilişkiler ağı içinde bir yandan ayrımlaşma bir yandan da tıbbi ve psikiyatrik müdahale üzerinden oluşturulmaktadır (Jacubowicz ve Meekosha, 2002: 243).

Gordon ve Rosenblum (2001) toplumsal kuruluş sürecinde, bir kültürde değer atfedilen engellilerin ve insanların nasıl adlandırıldıklarının, gruplandırıldıklarının, etiketlenmelerinin ve inkarlarının başka toplumsal kuruluş biçimleriyle benzerlikleri ve farklılıklarını görebileceğimizi öne sürerler. Groce (1999) ise dünyadaki engelli bireylerin yaşamlarının, spesifik bir fiziksel, duygusal, psikolojik veya entelektüel engellerden daha çok mevcut toplumsal, kültürel ve ekonomik sınırlılıklar tarafından kısıtlanmaktadır. Sonuç olarak, Groce'un bakış açısına göre, engelliliğin toplumsal yorumu, engelli insanları

onun organik/biyolojik engelinden daha fazla etkileyen bir faktördür. Bu noktada engelli bireylerin ve engelli olmanın yorumlanması ve algılanması meselesi bir sağlık problemi olmaktan çıkmış bir insan hakları problemine dönüşmüştür.

Ayrıca, bu çalışmada eksik bırakılan ve başka çalışmalarda ele alınması gereken bir başka boyut ise, engellilerin sahip oldukları toplumsal sınıf, cinsiyet, etnisite, din, göçmenlik vb. toplumsal pozisyonlardan dolayı onları daha fazla marjinalleştiren eşitsizlik ilişkilerinin onları nasıl etkilediği konusudur. Biliyoruz ki toplumsal, ekonomik ve politik koşullar zaman zaman bireyi daha fazla “engelli” hale getirmenin koşullarını yaratabilmektedir. Çünkü engellilik ve toplumsal sınıf, cinsiyet, etnisite, din, göçmenlik vb. sorunların kesişmesi, engelli bireylerin mevcut toplumsal koşullar içinde fırsatlara ve hizmetlere ulaşmasını potansiyel olarak etkileme gücüne sahip görünmektedir.

Toplumların engellilere bakış açısı ancak “engelli davranışların” üstesinden geldiğinde ve engelli bireylere eğitim, iş, barınma, ulaşım, kültürel ifadeler, sosyal etkileşim ve kişisel davranışlar (cinsel ifadeler dahil) eşitlik güvencesi sağlandığında değişecektir. Bu anlamda, engellilerin maddi koşullarının değişmesi, sosyal ilişkilerde de bir dönüşümü beraberinde getireceği ümit edilebilir.

Zihinsel engelli bireyler ve aileleri engelli bireyin sahip olduğu organik bozukluktan daha çok bireylerin sahip olduğu yanlış basmakalıp düşüncelerden, bu tür insanlara yönelik yanlış inançlardan dolayı sosyal yaşamda karşılaştıkları engeller artmaktadır. Engelli aileleri örneğin, çevredeki bireylerin “İnanın, Ayşe hanımı zihin

engelli oğluna sahip çıktığından dolayı tebrik ediyorum, mesela ben böyle bir oğlum olsa onu düşünülere götüremedim, Ayşe hanımı tebrik ediyorum!” vb. şeklindeki yaklaşımlarıyla da karşılaşabilmektedir. Bu durumda engelli bireyin ailesi böylesi yaklaşımlarla baş etmek zorunda kalmakta, sahip oldukları manevra alanları gittikçe daralmaktadır.

Eğitimcilerin mutlaka engelli ailelerine, içinde buldukları sosyal ortamlarda karşılaşabilecekleri yanlış basmakalıp yaklaşım, inanç ve davranışlarla nasıl baş edebileceklerine dair bir eğitim vermeleri ihtiyacı söz konusudur. Bu eğitim yalnızca basmakalıp davranışlar karşısında gösterecekleri tepkileri değil, aynı zamanda ailelerin beklenmedik bir durumla karşılaştığında diğer insanlara verecekleri tepkilerin tekniğini de içermelidir. Burnett (1973: 507) ise engelliliğin de içinde bulunduğu farklılıkları anlayabilmemiz için toplumu eğitmenin önemine işaret etmektedir.

Son olarak, engelliler üzerine yapılacak yeni çalışmalar, normallik söyleminin doğası, engellilere yönelik politikalar ve bölüşüm politikalarındaki gerilim ve eşitsizlikleri derinlemesine analiz edebilirse daha makro düzeyde sorun üreten yapıları da deşifre edebilme şansı yakalayabilir. Bu anlamda engelliler üzerine olan çalışmalar salt beden ve onun işlevleri üzerine odaklanana tıbbi ve psikolojik çalışmalar yerine, daha geniş sosyal ve kurumsal ilişkilere oturularak anlaşılacak durumundadır.

KAYNAKÇA

Barnes, C. (1999), “Disability Studies: New or Not So New Directions,” *Disability and Society*, vol. 14 (4), pp.577-580.

- Barton, L. (1993), "Disability and Special Educational Needs: Some Perennial European Concerns," *Education*, vol. 5 (1), pp. 17-22.
- Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Türkiye Özürlüler Araştırması Geçici Sonuçları (2003), http://www.ozida.gov.tr/tr/_files/index.htm.
- Burnett, M. (1973), "Social Work Note on "On Disabling the Normal," *British Journal of Social Work*, 3:4, pp.504-508.
- Camillieri, Joseph, M. (1999), "Disability: A Personal Odyssey," *Disability and Society*, vol. 14, No: 6, pp. 845-853.
- Cavkaytar, A. (2002), "Ailelerle Birlikte Çalışma," *Özel Eğitim*, (Ed. Süleyman Eripek) Anadolu Üniversitesi, AÖF yayınları, Eskişehir.
- Crow, L. (1996), "Including All of Our Lives: Renewing the Social Model of Disability", in C. Barnes and G. Mercer (Eds.) *Exploring the Divide: Illness and Disability* (Leeds Disability Press).
- DİE (2002), Eskişehir İli Özürlülerle İlgili İstatistikler, DİE yayınları: Ankara.
- Ergenekon, Y. (1996) "Öğretilebilir Zihinsel Engelli Çocukların Ailelerinin Karşılaştıkları Sorunların Değerlendirilmesi: Bir Pilot Çalışma," Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gargiulo, R. M. (1985), *Working With Parents of Exceptional Children*. Houghton Mifflin Co, Boston.
- Gargiulo, R. M. ve S. Graves (1991), "Parental Feelings," *Childhood Education*, Spring, pp. 176-178.
- Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall: Englewood Cliff.
- Gordon B.O. Ve K.E. Rosenblum. (2001), "Bringing Disability into the Sociological Frame: a Comparison of Disability with Race, Sex, and Sexual Orientation Statuses", *Disability and Society*, 16 (1), pp.5-21.
- Groce, N. E. (1999), "Disability in Cross-Cultural Perspective: Rethinking Disability" *The Lancet*, vol. 354 (9180), pp. 756-757.
- Hallahan, D. P. ve J. M. Kaufman (1997), *Exceptional Learners*, Allyn Bacon: Boston.
- Haveman, M ve Van, Berkum, G. (1997), "Differences in Service Needs, Time Demands and Caregiving Burden Among Parents of Persons with Mental Retardation Across the Life Cycles," *Family Relations*, vol. 46 (4).
- Hilbourne J. (1973), "On Disabling the Normal: The Implications of Physical Disability for Other People", *British Journal of Social Work*, 3:4, pp. 497-505.
- Heward, W. L. (1996), *Working with Parents*, Allyn Bacon: Boston.
- Jacobowicz, A. ve Meekosha, H. (2002), "Bodies in Motion: Critical Issues between Disability Studies and Multicultural Studies", *Journal of Intercultural Studies*, Vol.23 (3), pp. 237-253.
- Kırcaali-İftar, G. (1995), "Aile ve Çevre Eğitimi," Yayınlanmamış Ders Notları, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Kroth, R. L. ve D. Edge (1997), "Parent Training Groups," in *Strategies Communications with Parents and Families of Exceptional Children*, Love Publishing: New York.
- Kurt, O. (2001), Zihin Özürlü Çocuk Annelelerinin Aile Özelliklerine İlişkin Algılamaları ile Çeşitli Ailesel Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi," Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Lin, N. (1976), *Foundations of Social Research*, McGraw-Hill Inc: London.
- Marks, D. (1999), "Dimensions of Oppression: Theorising the Embodied Subject," *Disability and Society*, Vol.14(5), pp.611-626.
- Miller, E. ve Gweyne, G. (1972), *A Life Apart: a Pilot Study of Residential Institutions for the Physically Handicapped and the Young Chronic Sick*, (London: Tavistock).

Morris, J. (1991), *Pride Against Prejudice: Transforming Attitudes in Disability*, (London, Travistock).

Pope, C.vd. (2002), "Qualitative Methods in Research on Healthcare Quality," *Quality Safety Health Care*. Vol.11, pp.148-152.

Sandelowski, M. (2000), "Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description," *Research in Nursing & Health*, vol.23, pp.334-340.

Schulz, J. (1987), *Parents and Professionals Special Education*, Allyn Bacon: Boston.

Sinason, V. (1992), *Mental Handicap and the Human Condition*, (London, Free Association Books).

Stienstra, D. (2002), "Intersections: Disability and Race/Ethnicity/Heritage Languages/Religion, Prepared for the "Intersections of Diversity " Seminar, (Draft) March 8, 2002, http://canada.metropolis.net/events/Diversity/Disability_stienstra_e.pdf

Sucuoğlu, B. (1997), "Özürli Çocukların Aileleriyle Yapılan Çalışmalar," Farklılıkla Yaşamak: Aile ve Toplumun Farklı Gereksinimleri Olan Bireylerle Birlikteliği (Yayına haz. A. Nuray Karancı) Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara. s. 35-56.

Wolfensberger, W. (1983), "Social Role Valorization: A Proposed New Term fort he Principle of Normalization," *Mental Retardation*, vol. 21(6), pp. 234-239.

Yukay, M. (1998) Down Sendromlu Çocukđa Sahip Ailelerle Yapılan Grupla Psikolojik Danışmanın Ailelerin Depresyon Düzeyleri ve Aile Yapıları Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Araştırma

HASTA HAKLARI KURUL DOSYALARININ SOSYAL HİZMET BAKIŞ AÇISIYLA İNCELENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Examination and Evaluation of the Files of the Patient Rights Committee with Social Work Perspective

Semra SARUÇ*

*Sağlık Bakanlığı
Ankara Ulus Devlet Hastanesi
Sosyal Çalışmacı

ÖZET

Hasta Hakları son yıllarda önemi giderek artan bir kavramdır. Türkiye’de hasta hakları Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerde “Hasta Hakları Birimi” ve Hasta Hakları Kurulu” çerçevesinde uygulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı Hasta Hakları Kurul dosyalarının incelenmesi ile kurula yapılan başvuruların ve kurulda görüşülen sorunların niteliğini belirlemek ve hasta hakları kurulunun işleyiş şeklini değerlendirmektir. Bu sayede araştırma bulguları doğrultusunda hasta hakları kurullarının yeniden yapılan-

dırılmasına yönelik önerilerin geliştirilmesi yönünde katkısının olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada Ankara ilinde bulunan Ulus Devlet Hastanesi’nin hasta hakları kurul dosyaları belgesel tarama yöntemiyle incelenmiştir. Söz konusu hastanede 2005 yılında 7 dosya, 2006 yılında 26 dosya, 2007 yılında 20 dosya, 2008 yılında 6 dosya, 2009 yılında 2 dosya ve 2010 yılında 9 dosya hasta hakları kurulunda görüşülmüştür. Araştırma kapsamında 2005–2010 yılları arasında kurulda görüşülmüş olan toplam 70 dosya araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırma sonucuna göre hasta hakları kuruluna başvuranların yaş ortalaması 40.4 olup, çoğunluğu ilköğretim mezunudur. Hakında en fazla başvuru yapılan meslek grubu uzman hekimlerdir (%67.1). Bu meslek grubunu pratisyen hekim izlemektedir (%12.9). En fazla başvuru konusu sırasıyla, doktorun hastayı azarlaması (%21.4), hizmetten faydalanamama (%10.0), hastaya tıbbi özenin gösterilmemesi (%8.6), doktorun hastaya hakaret etmesi (%7.1), doktor tarafından kötü muamele görme (%7.1), doktorun ilgisizliği (%7.1), hemşirenin azarlaması (%4.3), doktorun hastayı taciz etmesi (%4.3)’dir. Hasta başvurularının sonuçlandırılma süresi ortalama 14 gündür. Kurul sonucuna göre başvuruların %77.1’inde hasta hakları ihlali bulunmamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hasta hakları, hasta hakları birimi, hasta hakları kurulu.

ABSTRACT

The concept of patient rights have increasingly gained importance of in the world. In Turkey, Patients’ rights are executed by “The Patient Rights Unit” and “The Patient Rights Committee” in the hospitals of the Ministry of Health. The aim of this study is to analyze the quality of complaints that are examined by the committee. In this context, the study will evaluate how the committee operates. In

this way, the study aims to contribute to the re-construction of the patient rights committees.

In this study, the files, which are examined by the patient rights committee of Ulus State Hospital in Ankara, are analyzed through documentary scanning. In this hospital, the numbers of the files overviewed by the committee members are as follows: 7 files in 2005, 26 files in 2006, 20 files in 2007, 6 files in 2008, 2 files in 2009 and 9 files in 2010. The sample group of the study is the 70 files overviewed by the committee between 2005 and 2010.

According to the study, the average age of the patients who apply to the committee is 40.4, and the most of the patients are the graduates of an elementary school. Medical specialists are those about whom patients apply to the committee the most (67.1%). Practitioners are located in the second place (12.9%). The most repeated subjects of complaint are: doctors scolding patients (21.4%), not benefiting from services (10.0%), lack of medical attention (8.6%), doctors insulting patients (7.1%), doctors mistreat to patients (7.1%), nurses careless to patients (7.1%), nurses scolding patients (4.3%), doctors harassing patients (4.3%). The average time of finalization of applications is 14 days. According to the committee, there is no infringement on the rights of the patients in 77.1% of the files.

Key Words: *Patient rights, patient rights unit, patient rights committee.*

GİRİŞ

İnsan hakları kavramının Batı'da ortaya çıkmasıyla birlikte dünyada "hak" kavramı gelişmeye ve değişmeye başlamış ve dolayısıyla bu akımın insanlara getirisi, içinde özerklik, özgürlük, demokrasi ve bireysellik kavramını barındıran bir düşünsel akım olmuştur.

Bireyin yaşama hakkının tehlikeye girmediği hastalık durumlarında, gelişen tıp teknolojisi, karmaşık sağlık sistemi ve insancılıktan uzaklaşan sağlık uygulamaları nedeniyle, insan onurunun korunmasını ve hastaya bir birey olarak gösterilen saygının artırılmasını amaçlayan çabalara gereksinim duyulmuştur (Soyer, 1996). Bu çabalar sonucunda "hasta hakları" kavramı ortaya çıkmıştır. Özlü (2005:21)'ye göre ise bu çabalar hastalardan gelen taleplere bağlı olarak değil, tıp mesleğinin etik kurallarının işletilmesi yönünde doktorların ve bu konuyla ilgili tıbbi disiplin ve organizasyonların çabalarıyla ortaya çıkmıştır. Hasta hakları çalışmaları, sağlık sisteminden yararlanmak için başvuruda bulunan kişinin sağlık sunumu esnasında temel insan haklarının güvenceye alınması ve özellikle de insan onuru ve bütünselliğinin korunması amacını taşır. Hastaneye kabul edilen her bireyin, eski sağlığını kazanabilmesi için insan olmak sıfatıyla insan hakları evrensel bildirgesindeki haklardan ve hastalığın getirdiği özel durumdan dolayı sağlık ekibi üyelerinden temel insan gereksinimlerini beklemek hakkıdır.

Hasta hakları kavramı özünde insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasıdır (Cihan, 1997:26). Bir başka deyişle kişinin insan olarak saygı görme, kendi yaşamını serbestçe belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme haklarının sağlık alanında da gözetilmesidir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hasta hakları; sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sadece insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve Anayasa, Milletlerarası Anlaşmalar, Kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarına "hasta hakları"

denir şeklinde tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 1.08.1998 md:4). Sosyal hizmet mesleği açısından hasta hakları ise, müracaatçı haklarının sağlık alanına yansımalarıdır. Sosyal hizmet mesleğinin sağlık alanındaki uygulamaları tıbbi sosyal hizmet uygulamaları olarak tanımlanmaktadır. Meslek elemanlarının müracaatçı hakları konusundaki tutum ve davranışları, mesleğin felsefesinde, ilke ve standartlarında açık olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla mesleğin temel dokusunu oluşturan bu haklar, son derece doğal, günlük bir tutum ve davranış haline dönüşmektedir. Bu durum, en başta hastayla kurulan mesleki ilişkinin niteliği ile kendini göstermektedir. Sosyal hizmet uzmanı açısından mesleki ilişkinin temel belirleyenlerinden ikisi “eşitlik” ve “müracaatçının bulunduğu yerden başlama”dır (Knee, 1987). ABD’de “Hastanın Kendi Kararını Kendisinin Vermesi Yasası” (Self Determination Act December 1, 1991) nın kabul edilmesi sosyal hizmet mesleği ve hasta hakları açısından önemli bir gelişmedir. Bu yasa hastaya sağlık bakım kurumlarından ve programlarından aldığı bakımı kontrol etmesi yönünde haklar vermiştir. Yasa, sosyal hizmetin değerlerinden olan; kendi kararını kendisinin vermesi (self determination), karar vermede hasta katılımının sağlanması, bilgilendirilmede açık ve samimi iletişim ve bilgilendirilmiş seçim konularında sosyal hizmet değerleri ile uyum göstermektedir (Soskis, 1992. akt. Saruç, 2007: 40).

Hasta haklarıyla ilgili ilk çalışmalar Amerika Birleşik Devletlerinde modern tıbbın özel hekim muayenehanelerinden hastanelere geçmesiyle birlikte başlamıştır (Sert, 2004: 64). Ayrıca ABD’de Amerikan Hastaneler

Birliği tarafından 1973 yılında yayınlanan Hasta Hakları Beyannamesi (Patient’s Bill of Rights) ile birlikte hasta hakları kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Bu beyanname, hasta hakları ile ilgili yayınlanan ilk ulusal belgedir. Bunun yanında hasta hakları ile ilgili daha sonraları uluslar arası bildirgeler yayınlanmıştır. Bu bildirgeler yayınlanırken, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948), Avrupa İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Sözleşmesi (1950), Avrupa Sosyal Şartı (1961), Uluslar arası Ekonomik ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (1966) ve Uluslar arası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (1966) dikkate alınarak hazırlanmıştır (Tengilimoğlu, Kısa, Dziegielewski, 2000: 55). Hasta haklarını düzenleyen Bildirgeler Dünya Tabipler Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenmiştir. Bunların ilki Dünya Tabipler Birliği’nin 1981 tarihli “Lizbon Bildirgesi”dir. İkincisi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan “Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Amsterdam Bildirgesi 1994”, üçüncüsü ise, “Dünya Tabipler Birliği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi’nin Gözden Geçirilmiş Şekli Bali 1995” Bildirgesidir. Bu bildirgelerle birlikte hasta hakları kavramı ve hastaların sahip olduğu haklar tanımlanmış ve böylece insan onuru ve değerinden kaynağını alan ve insan hakları içerisinde yer alan hasta hakları sağlık hizmetlerinde de uygulanmaya başlamıştır.

Türkiye’de hasta hakları kavramı son on yıldır gelişme göstermekle birlikte son zamanlarda Sağlık Bakanlığı tarafından önemsenen ve kurumsallaşan bir yapı olmuştur. Türkiye’de hasta hakları, Anayasa, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hasta Hakları Uygulama Yönergesi ile

düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm” adı altında önemli bir yapılanmaya başlamış ve hastanelerde Hasta Hakları Birimleri ve Hasta Hakları Kurulları oluşturmuştur. Kuşkusuz bu yapılanmanın başlangıç noktasını 1 Ağustos 1998’de çıkarılan Hasta Hakları Yönetmeliği oluşturmaktadır. 1998’de çıkarılan bu yönetmelik Uluslar arası Hasta Hakları Bildirgeleri göz önünde bulundurularak hazırlanmış olup 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’ndan ve 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname’den hukuki dayanağını alarak düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 1998). Hasta Hakları Yönetmeliği’nde hasta haklarının uygulanması, korunması, geliştirilmesi ve yaptırımların uygulanması yönünde bilgiler yer almaktadır. Yönetmelik dokuz bölümden oluşmakta olup başlıca hasta hakları; Sağlık hizmetlerinden genel olarak faydalanma hakkı, bilgi isteme hakkı, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı, personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkı, öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkı, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı, tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı hakkı, ötenazi yasağı, tıbbi özen gösterilmesi hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, kayıtları inceleme hakkı, kayıtların düzeltilmesini isteme hakkı, mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu isteme hakkı, rıza olmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulmama hakkı, bilgilerin gizli tutulması hakkı, hastanın rızası ve izin hakkı, tedaviyi reddetme ve durdurmaya isteme hakkı, tıbbi araştırmalarda rıza hakkı, güvenliğinin sağlanması hakkı, dini vecibelerini yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma hakkı, insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret hakkı, refakatçi bulundurma hakkı ve

müracaat, şikâyet ve dava hakkı olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 1998).

Sağlık Bakanlığı bu yönetmeliğe dayanarak 2003 yılında Hasta Hakları Uygulama Yönergesi’ni çıkarmış daha sonra 2005 yılında bu yönerge yenilenmiştir (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005). Bu yönergenin amacı ise, yönerge kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları uygulamalarının insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesinde, hak ihlallerinden korunabilmesinde ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili esas ve usulleri belirleyerek sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumunu sağlamaktır. Bu yönerge ile Sağlık Bakanlığı hastanelerde Hasta Hakları Birimleri ve Hasta Hakları Kurulları oluşturarak hasta hakları uygulamalarının kurumsallaşmasını sağlamıştır. 2003 yılında Hasta Hakları Yönergesi’nin çıkarılmasından sonra Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerde hasta hakları birimlerini pilot bölgelerde başlatmış ve şu anda Sağlık Bakanlığı bünyesindeki tüm il ve ilçe hastanelerde, ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hasta hakları birimleri oluşturulmuştur. Bu çerçevede yönetmelikte yer alan hasta haklarının uygulanmaması ya da kötüye kullanımı hasta hakları ihlali anlamına gelmektedir. Bu gibi durumlarda hastaların ve yakınlarının haklarının ihlal edildiğini düşündüğü durumlarda bu sorunların çözümlenmesi için başvuracakları mekanizma hasta hakları birimidir. Hasta hakları birimleri hastaların sorunlarının çözümlenmesi ihtiyacına yönelik olarak

oluşturulmuş mekanizmadır. Sağlık Bakanlığında bağlı hastanelerde oluşturulan hasta hakları birimlerinde çalışan meslek elemanları Türkiye genelinde öncelikle hemşireler (%50.9) daha sonra ise sosyal hizmet uzmanları (%14.3) dir (Aydemir, 2010). Sağlık Bakanlığında sosyal hizmet uzmanı ve psikolog sayısının yetersiz olması nedeniyle onların yerine hemşire ve diğer meslek elemanları birim sorumlusu olarak çalışmakta olup sosyal hizmet uzmanının olduğu sağlık kuruluşlarında genellikle sosyal hizmet uzmanları birim sorumlusu olarak çalışmaktadırlar (Aydemir, 2010). Sosyal hizmet uzmanının sağlık kurumlarında en önemli görevlerinden birisi hastanın savunuculuğunu yapmaktır. Bu rol temelini sosyal hizmetin var olan etik ilke ve değerlerinin insan hakları ile ilişkilendirilmesinden alır. Sosyal hizmet uzmanının hasta savunucusu olarak görevi, hasta haklarını desteklemek, hastaya ihtiyacı olan bilgileri vermek, hastanın etki altında kalmadan ve kendisi için en iyi kararı vermesini sağlamaktır. Sosyal hizmet uzmanı aynı zamanda hastaya hastane politikaları, hastanedeki mevcut kuralları, hastanın sorumluluklarını, kendisi için yapılan hizmetleri, aldığı hizmetleri anlayıp değerlendirmesine yardımcı olur (Saruç, 2007: 41).

Hasta Hakları Birimlerinin işleyişi hakkında bilgi vermek, bu çalışmada incelenen hasta hakları kurul dosyalarının ne şekilde değerlendirildiğini görmek açısından önemlidir. Hasta hakları birimleri; hasta ve yakınlarının başvurularını almak ve değerlendirmek, sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda eğitmek, hasta ve yakınlarını hasta hakları konusunda eğitmekle sorumludurlar. Öncelikle hasta hakları birimleri

hasta başvurularını alıp yerinde çözmeye çalışır. Hastaya hakları konusunda bilgi verilir ve başvurusunun kendisinin isteği ile hasta hakları kurulunda görüşülebileceği anlatılır. Hastanın sorunu çözümlenmiş olsa da hasta, başvurusunun hasta hakları kurulunda görüşülmesini istiyorsa, hasta hakları birim sorumlusu, hakkında başvuru yapılan çalışandan konu ile ilgili görüşünü yazılı olarak alarak başvuru ile ilgili dosyayı hazırlayıp kurula sunar. Hasta Hakları Kurulu, hastanedeki hasta hakları birimine gelen başvuruları değerlendiren, sonuçlandıran ve aynı zamanda hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesi yönünde önerilerde bulunan kuruldur. İlgili yönerge gereği, hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek, uygulamak ve önerilerde bulunmak amacıyla il merkezlerindeki tüm kamu hastaneleri ile ilçelerdeki 100 yatak üzeri hastanelerde “Hasta Hakları Kurulu” oluşturulur. Kurul biri başkan olmak üzere toplam sekiz kişiden oluşur. Hasta Hakları Kurul Üyeleri; başkan (başhekim yardımcısı), hasta hakları birim sorumlusu, hakkında başvuruda bulunan personelin birim sorumlusu, 4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre kurumda yetki almış sendika temsilcisi, hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi, varsa hastanın avukatı, valiliğin belirleyeceği gönüllü bir vatandaş, il genel meclisi üyeleri arasından vali tarafından seçilecek bir üye'den oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı Uygulama Yönergesi, 2005). Toplanan kurul, hasta başvurusunu ve çalışandan alınan görüşü yönetmelikte yer alan hasta hakları çerçevesinde değerlendirip “hasta hakları ihlali var” ya da “hasta hakları ihlali yok” şeklinde karar alır. Kusurlu bulunan çalışanlar için

hasta hakları kurulu başhekimliğe çalışan hakkında işlem yapılması yönünde tavsiye yazısı yazar. Yani Hasta Hakları Kurullarının cezai yaptırımları yoktur, bu konuyu başhekimlik değerlendirir.

Bu bağlamda bu çalışmada Ankara Ulus Devlet Hastanesinin 2005 yılından itibaren faaliyet gösteren hasta hakları biriminin ve başvuruyu değerlendiren hasta hakları kurulunun görüşmüş olduğu başvurular hasta hakları kurul dosyaları incelenerek araştırma-ya çalışılmıştır. Bu çalışmanın, hasta hakları kurullarının işleyiş şeklini değerlendirmek, yapılan başvuruların niteliğini belirlemek, genelde hangi sorunlara yönelik başvuruların olduğunu ortaya koymak ve ortaya çıkan bulgular doğrultusunda hasta hakları kurullarının yeniden yapılandırılmasına yönelik öneriler geliştirebilmek yönünde katkısının olabileceği düşünülmüştür.

YÖNTEM

Araştırma belgesel tarama yöntemi ile yapılmıştır. Var olan kayıt ve belgeleri inceleyerek veri toplamaya belgesel tarama denir (Karasar, 1999: 183). Bu çalışmada Ankara ilinde bulunan Ulus Devlet Hastanesindeki hasta hakları kurul dosyaları yıllık dağılımlar halinde incelenmiştir. Söz konusu hastanede Hasta Hakları Birimi Ekim 2005'te kurulmuştur. Bu doğrultuda 2005 yılında 7 dosya, 2006 yılında 26 dosya, 2007 yılında 20 dosya, 2008 yılında 6 dosya, 2009 yılında 2 dosya ve 2010 yılında ise 9 dosya olmak üzere toplam 70 dosya incelenmiştir. 2008 yılı Ankara ili içerisinde toplam hasta hakları kurul dosyaları 935'tir. İncelenen dosyalarda hastaların sosyo demografik özellikleri (Yaş, cinsiyet, medeni durum), ile hakkında başvuru olan sağlık çalışanlarının

meslekleri, başvurunun konusu, yapılan kurul sonucunda hasta hakları ihlali olup olmadığı, kurul kararının gerekçesi ve kurul sonucunda ne yapıldığına yönelik değişkenler incelenmiştir. İncelenen veriler bilgisayar ortamına aktarılacak SPSS programı ile sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, incelenen kurul dosyaları doğrultusunda hastaların sosyo demografik özellikleri, hakkında başvuruda bulunulan meslek gurubu, başvuru yılı, başvurunun sonuçlandırılma süresi, hasta hakları kuruluna başvuru Konusu, kurul sonucuna göre hasta hakları ihlali olup olmadığı ve kurul sonucuna göre yapılan işleme ait bulgular ele alınmıştır.

Çizelge 1'de hasta hakları kuruluna başvuranların sosyo demografik bilgileri yer almaktadır. Çizelgeden de anlaşılacağı gibi hastaların yaş ortalaması 40.4 olup 18 ile 79 arasında bir dağılım sergilemektedir. Hastaların %52.9'u kadın diğerleri ise erkektir. Eğitim durumuna gelince hasta hakları kuruluna başvuranların çoğunluğu (%39.3) ilköğretim mezunu olup, %31.1'i ise lise mezunu, %24.6'sı ise üniversite mezunudur. Sağlık Bakanlığı'nın 2009 yılı Hasta Hakları İstatistikleri (<http://sbu.saglik.gov.tr/extras7hastahaklari/istatistik2> Erişim Tarihi: 17.02.2011)' ne göre ise hasta hakları birimlerine başvuranların %53'ü erkek, %47'si kadındır. Yaş dağılımları ise %30'u 41 yaş ve üzeri %22'si 26–30 yaş arası %20'si 31–35 yaş arası %15'i 36–40 yaş arası, %13'ü ise 25 yaş altıdır. Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde 2008 yılı eğitim durumları incelendiğinde ise %31'i ilköğretim mezunu, %36 lise

Çizelge 1: Hasta Hakları Kuruluna Başvuranların Sosyo-Demografik Özellikleri

	Kişi Sayısı	Yüzde
Yaş Dağılımı		
18–25	7	11,9
26–30	12	20,7
31–35	12	20,7
36–45	8	13,8
46–50	4	6,9
51–60	6	10,4
61–79	9	15,6
Toplam	58	100,0
Cinsiyet Durumu		
Kadın	37	52,9
Erkek	33	47,1
Toplam	70	100,0
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	1	1,6
Okuryazar	2	3,3
İlköğretim	24	39,3
Lise	19	31,1
Üniversite	15	24,6
Toplam	61	100,0

Yaş Ort. = 40, 4 SS = 15, 1 En az = 18, En çok = 79

mezunu, %29 üniversite mezunu ve %2'si okur-yazar değildir. Yapılan çalışma ile Sağlık Bakanlığının Türkiye geneli istatistikleri arasında eğitim durumu açısından paralellik vardır. Eğitim durumu diğer yapılan çalışmalarla farklılıklar göstermektedir. Norris'in (1996 akt.Tengilimoğulları ve diğ., 2000: 67) çalışmasında hastaların eğitim durumu arttıkça hastanın hakları konusunda

şikâyet etme durumları da artmaktadır. Oysaki mevcut çalışmada hakları konusunda şikâyette bulunan grup daha çok eğitim seviyesi düşük olan ilköğretim mezunlarıdır. Hastaların kendi sağlıkları ile ilgili olarak bir sorumluluk almaları ve haklarını korumaları için kendi sağlıklarını izlemelerini sağlamak ve sağlık bakım sisteminin daha iyi kullanılmasını sağlamak gerekmektedir. Bu

nedenle daha fazla eğitim programına ihtiyaç vardır. Hasta hakları ile ilgili yapılan bir başka çalışma ise (Saruç, 2007) hastaların hasta hakları bilgi düzeyi ile ilgilidir. Bu çalışmada hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe hasta hakları bilgi düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte yapılan birçok çalışmada hastaların haklarını bilmediği (Tengili-moğlu ve diğ., 2000) hatta hasta hakları ile ilgili yasal mevzuatın tanıtılmasına rağmen hastaların yasal haklarını bilmedikleri tespit edilmiştir (Merakou ve diğ., 2001). Dolayısıyla eğitim seviyesi hastaların haklarının farkında olmaları açısından önemlidir (Zülfikar ve Ulusoy, 2001).

Çizelge 2'de hasta hakları kuruluna hakkında başvuru yapılan meslek grubuna dair bulgular yer almaktadır. Buna göre hakkında en fazla başvuru yapılan meslek grubu %67.1 ile uzman hekimlerdir. Bu meslek grubunu %12.9 ile pratisyen hekim izlemektedir. Sağlık Bakanlığının 2006, 2007, 2008 ve 2009 yılları Türkiye geneli Hasta

Hakları Birimleri istatistiklerinde de en fazla şikâyet edilen meslek grubu uzman hekimlerdir (2006 %41; 2007 %38; 2009 %35) ve bunu pratisyen hekimler izlemektedir (2009; %14). Bunun nedeninin hekimlerin hastalarla ilk iletişime giren ve diğer sağlık çalışanlarına göre hastalarla daha fazla iletişimde olan meslek grubu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çizelge 3'te hastanenin hasta hakları kuruluna gelen başvuruların yıllara göre dağılımı yer almaktadır. Daha öncede belirtildiği gibi çalışmanın yapıldığı hastanede Hasta Hakları Birimi Ekim 2005 yılında kurulmuştur. Çizelgeden de anlaşılacağı üzere 2005 yılında Hasta Hakları Kurulunda 7 dosya, 2006 yılında 26 dosya, 2007 yılında 20 dosya, 2008 yılında 6 dosya, 2009 yılında 2 dosya ve 2010 yılında 9 dosya olmak üzere toplam 70 dosya görüşülmüştür. Kurula yapılan başvurularda ilk başlarda başvuru sayısı fazla iken daha sonraki yıllarda bu sayı azalmaktadır. Bunun nedeni olarak Sağlık

Çizelge 2. Hakkında Başvuru Yapılan Meslek Grubu

Meslek Grubu	Kişi Sayısı	Yüzde
Uzman Hekim	47	67,1
Pratisyen Hekim	9	12,9
Hemşire	4	5,7
Diş Hekimi	2	2,9
Acil Nöbetçi Ekip	2	2,9
Röntgen Servisi	2	2,9
Kan Alma Bölümü	1	1,4
Sistem	1	1,4
Nöbetçi Memur	1	1,4
Hizmetli	1	1,4
Toplam	70	100,0

Çizelge 3. Başvuru Yılı

Yıllar	Sayı	Yüzde
2005	7	10,0
2006	26	37,1
2007	20	30,0
2008	6	7,2
2009	2	2,8
2010	9	12,9
Toplam	70	100,0

Bakanlığı'nın son zamanlarda "yerinde çözülen sorunlara" ağırlık vermiş olması ve bundan dolayı başvuruların hasta hakları kurullarına taşınmadan çözümlenmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca hasta hakları biriminin artık yerleşik olması ve hasta hakları birim sorumlusunun da başvurular konusunda deneyim kazanmış olmasının da hasta hakları kurul başvurularının azalmasında etkili olabileceği düşünülmüştür. 2008 yılı İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre Ankara ilindeki hastanelerde Hasta Hakları Birimlerine yapılan başvurulardan kurula giden başvuru sayısı 935'tir.

Çizelge 4'te hasta hakları kuruluna yapılan başvuruların sonuçlandırılma süresi yer almaktadır. Buna göre başvuruların sonuçlandırılma süresinin ortalaması 14.06 gün olup 2 ile 42 gün arasında bir dağılım göstermektedir. Başvuruların sonuçlandırılma süresi değişken bir yapı sergilemektedir. Oysaki Hasta Hakları Uygulama Yönergesi'nde başvuruların hasta hakları birimine geldiği günden itibaren 15 iş günü içerisinde sonuçlandırılması gerektiği belirtilmiştir.

Çizelge 4. Başvurunun Sonuçlandırılma Süresi

Gün	Sayı	Yüzde
2-5 gün	4	5,7
6-10 gün	25	35,8
11-15 gün	15	21,4
16-20 gün	17	24,4
21- 25 gün	5	7,0
27 gün +	4	5,7
Toplam	70	100,0

Ort. = 14, 06, SS = 7, 8, En az = 2, En çok = 42

Çizelge 5'te hastaların hasta hakları kuruluna başvuru konuları yer almaktadır. Çizelgeden de anlaşılacağı üzere en fazla başvuru konusu doktorun hastayı azarlamasıdır (%21.4). Bunu hizmetten faydalanamama (%10), hastaya tıbbi özenin gösterilmemesi (%8.6), doktorun hastaya hakaret etmesi (%7.1), doktor tarafından kötü muamele görme (%7.1), doktorun ilgisizliği (%7.1), hemşirenin azarlaması (%4.3), doktorun hastayı taciz etmesi (%4.3) izlemektedir.

Sağlık Bakanlığının Türkiye geneli 2009 istatistiklerinde en fazla başvuru konuları ise hizmetten genel olarak faydalanamama (%43.7), saygınlık ve rahatlık görememe (%26), bilgilendirilmeme (%18.9) olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, başvuru konularını genel olarak hasta hakları açısından sınıflandırarak belirlediği için genelde başvuru konuları açıklığıyla ortaya konulmamıştır. Oysaki yapılan çalışmada hasta başvuruları konu olarak derinlemesine incelendiği için daha açık bir şekilde ortaya konmuştur.

Çizelge 5. Hasta Hakları Kuruluna Başvuru Konusu

Başvuru Konusu	Sıklık	%
Doktorun azarlaması	15	21,4
Hizmetten faydalanamama	7	10,0
Hastaya tıbbi özenin gösterilmemesi	6	8,6
Doktorun hastaya hakaret etmesi	5	7,1
Doktor tarafından kötü muamele görme	5	7,1
Doktorun ilgisizliği	5	7,1
Hemşirenin azarlaması	3	4,3
Doktorun hastayı taciz etmesi	3	4,3
Doktorun muayeneye geç başlaması	2	2,9
Muayenede doktorun sıraya göre hasta çağırması	2	2,9
Doktorun hastaya bakmayı reddetmesi	2	2,9
Sistem sorunu	2	2,9
Doktorun hastayı bilgilendirmemesi	2	2,9
İşlemlerin gecikmesi	2	2,9
Hastanın doktorun tedavisini kabul etmemesi	1	1,4
Hastanın rapor talebini doktorun geri çevirmesi	1	1,4
Acil servise hasta kabul edilmemesi	1	1,4
Doktorun etik davranmaması	1	1,4
Nöbetçi memurun hastayı azarlaması	1	1,4
Hasta yakınlarının refakatçi istemlerinin kabul edilmemesi	1	1,4
Ameliyattan çıkan parçaların hasta yakınlarına gösterilmesi	1	1,4
Doktorun hastanın ilaçlarını hastaya söylemeden değiştirmesi	1	1,4
Hasta mahremiyetine özen gösterilmemesi	1	1,4
Toplam	70	100,0

Çizelgeden de anlaşılacağı üzere en fazla şikâyet konusu hasta ile doktor etkileşiminden ve doktorun hastayı azarlamasından kaynaklanmaktadır. Hasta-sağlık çalışanı ilişkisi hasta hakları açısından hastane ortamında önemli bir konudur. En fazla hastalarla iletişim halinde olması nedeniyle hasta-doktor ilişkisi de oldukça önemlidir ve karşılıklı etkileşime dayanır. Hasta ile kurulan olumsuz etkileşim çalışandan kaynaklanabildiği gibi hastadan da kaynaklanabilir. Sağlık çalışanları hastaları azarlama ve bağırma davranışı gösterdiğinde hastalar daha huzursuz olabilir. Bununla birlikte sağlık çalışanları hastaları azarlama ve bağırma gibi davranışlarını azalttıklarında ise huzursuz olan hastaların sosyal ilgi ve katılımı artmaktadır (Beck ve diğ., 1993: 335).

Hastalığın yarattığı yeni durum ve bu durumdan kaynaklanan sorunlar nedeniyle her bir hasta farklı tepkiler gösterir (Duyan ve Saruç, 2004). Hastaneye yatma, hastada, yeni bir duruma girme ve bağımlı olma gibi nedenlerle stres yaratmaktadır. Hastalığa ve hastaneye uyumda zorluk yaşayan hastalar "problem hasta" olarak tanımlanmaktadır ve problem olarak görülen konular;

iletişim, yakınmalar, istekler, dışarıdan gelen karışmalar, açık duygusal davranışlar, fiziki bakım, etkileşim ve ilişki kurulamaması'dır (Newsom ve diğ., 1963.akt.Duyan ve Saruç, 2004). Yapılan çalışmalara göre hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişim olumlu ise hastalar daha pozitif davranışlar sergilemekte ve rahat iletişim, göz teması kurma, gülümseme ve dokunma düzeyi artmakta (Brown, 2001: 145), iletişim olumsuz ise hastalar ajite davranışlar sergilemektedir (Segatore ve Adams, 2001: 61). Bununla birlikte yine yapılan çalışmalar, hastaların teşhisleri, tedavileri, kendilerine yapılan işlemler ve diğer hakları konusunda bilgilendirilmelerinin, kaygılarının azalmasını, tedavileri konusunda doğru karar vermelerini ve sağlık ekibi üyeleriyle daha iyi ilişki kurmalarını sağladığını ortaya koymuştur.

Çizelge 6'da hasta hakları kurul sonucuna göre hasta hakları ihlalinin olup olmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre başvuruların %77.1'inde hasta hakları ihlali bulunmamaktadır. %15.7'sinde ise hasta hakları ihlali mevcuttur.

Sağlık Bakanlığının 2009 yılı Türkiye geneli istatistiklerine göre ise hasta

Çizelge 6. Kurul Sonucuna Göre Hasta Hakları İhlali Olup Olmadığı

Hasta Hakları İhlali	Sayı	Yüzde
Var	11	15,7
Yok	54	77,1
Kapsam Dışı	2	2,9
Sistem Kusurlu	2	2,9
Öneri Kararı	1	1,4
Toplam	70	100,0

başvurularının %53'ünde hasta hakları ihlali bulunmamakta, %13'ünde hasta hakları ihlali bulunmakta, %16 kapsam dışı sorun kararı çıkmıştır.

Çizelge 7'de hasta hakları kurulu sonucunda yapılan işlemlerin dağılımı yer almaktadır. Buna göre hasta hakları kurulu sonrası hastaların tamamı ve çalışanlar bilgilendirilmiştir. Bununla birlikte hasta hakları ihlalinin olduğu kararı verilen durumlarda da çalışan uyarılmıştır (%17.1). Şikâyetlerin %5.7'sinde de öneri kararı verilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü İstatistiklerine göre 2008 yılı Ankara ilinde yer alan hastanelerden Hasta Hakları Birimine başvurup kurula giden vakalardan (935) ceza alan personel sayısı 73 olup; bunlardan birisi işten çıkarılma, bir diğeri kınama, biri yer değiştirme, geri kalanı ise uyarı cezası şeklindedir. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi gereği hasta hakları kurul kararı, gerekçesi ile birlikte hem şikâyette bulunan hasta veya yakınına hem de şikâyet edilen çalışana yazılı olarak gönderilir. Her iki tarafa da karar hakkında bilgi verilir (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada hasta hakları kurul dosyaları incelenerek başvuru yapan

hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastaların hakkında başvuru yaptığı meslek grubu, başvurunun konusu, sonuçlandırılma süresi, kurul sonucunda alınan kararlar ve son olarak ne yapıldığına dair bulgular saptanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmada 2005–2010 yılları arası toplam 70 hasta hakları kurul dosyası incelenmiştir.

Araştırma bulgularına göre en fazla şikâyet edilen meslek grubu uzman hekimler ile pratisyen hekimlerdir. Bir başka önemli bulgu ise hastaların başvuru konusu ile ilgilidir. Buna göre en fazla başvuru konusu sırasıyla doktorun hastayı azarlaması, hizmetten faydalanamama, hastaya tıbbi özenin gösterilmemesi, doktorun hastaya hakaret etmesi, doktor tarafından kötü muamele görme ve doktorun ilgisiz davranması olarak tespit edilmiştir.

Sonuçlardan anlaşılacağı üzere hakkında en fazla başvuru yapılan meslek grubu hekimler ve başvuru nedeni ise doktorun hastayla olan ilişkisindeki davranışları olarak görülmektedir. Hekimlerin en fazla şikâyet edilme nedeninin hastalarla en fazla iletişim halinde olan meslek grubu olmalarının yanında aynı zamanda iş yüklerinin fazla olması nedeniyle hastayla yeterince ilgilenememelerinden ya da hastaların yeterince aydınlanamamalarından

Çizelge 7. Kurul Sonucuna Göre Yapılan İşlem

Yapılan İşlem	Sayı	Yüzde
Bilgi verildi	54	77,1
Bilgi verildi-kişi uyarıldı	12	17,1
Bilgi verildi, öneri kararı verildi	4	5,7
Toplam	70	100,0

kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle ilgili hastanenin ayaktan tedavi veren hizmetlerinin genellikle daha yaygın olduğu göz önüne alındığında daha çok poliklinik hizmetlerinin ön planda olduğu görülmektedir. Dolayısıyla hastaneye müracaat eden her hasta öncelikle hekimle iletişim kurmak durumundadır. İncelenen dosyalardan anlaşıldığı kadarıyla hasta başvurularına neden olan sorunun kaynağı olarak hasta-hekim ya da sağlık çalışanı arasında geçen etkileşimin etkili olduğunu söyleyebiliriz. Hastalar çalışanla olumlu ilişki kurulmadığı, hastalığı hakkında yeterli bilgi alamadığı, dolayısıyla çalışanla arasında güven ilişkisi kuramadığı durumlarda kızmakta, aşağılandığı duygusunu yaşamakta ve öfkelenmekte, bu öfkenin sonucu olarak kendisini aşağıladığını düşündüğü çalışanın başvuru yoluyla cezalandırılmasını istemektedir. Bu çerçevede etkili ve katılımcı bir hasta-çalışan ilişkisinin oluşturulması ve geliştirilmesi yönünde çalışmalara ve hizmet içi eğitimlere gereksinim olduğu görülmektedir.

İncelenen dosyalar doğrultusunda hasta hakları uygulamaları mevcut sağlık sisteminde yerleşmeye çalışsa da birtakım zorlamalarla karşı karşıya kalındığı görülmektedir. Özellikle hasta hakları mevzuatının birçok konuda yetersiz olmasının hasta hakları uygulamalarında yaşanan sorunların nedeni olduğu düşünülmektedir. Mevzuata göre kurulda görüşülen dosya incelendikten sonra hasta hakları ihlali var ya da hasta hakları ihlali yok şeklinde karar çıkması ve bu kararın sadece hastane idaresine bir öneri niteliğinde sunulmasının hasta hakları uygulamalarını önemsizleştirdiği düşünülmektedir. Bunun yanında kurulda oluşturulan

önerilerin hastane yönetimi tarafından dikkate alınmaması ve uygulanmaması da hasta hakları uygulamalarının işlevselliğini etkilemektedir. Bu bağlamda hasta hakları mevzuatının yeniden düzenlenerek kurulda alınan kararların uygulanması ve takibinin yapılmasını sağlayan düzenlemelerin oluşturulması önerilmektedir.

İncelenen dosyalarda dikkati çeken bir başka önemli nokta, başvuruların içeriği ile ilgilidir. Dosyalardaki başvuru konularına bakıldığında hasta hakları kuruluna gelmesine gerek olmayan ya da bir başka ifadeyle kurulda tartışılması anlamsız birçok başvurunun olduğu görülmüştür. Özellikle hastaların çoğu zaman çalışanı yanlış anlama ya da hiç anlamama gibi nedenlerden kaynaklanan genellikle ikili ilişkilerde yaşanan iletişim ile ilgili gereksiz başvuruların oldukça fazla olduğu anlaşılmıştır. Bu sorunun kaynağının da yine mevzuat ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Mevcut mevzuata göre hasta hakları birimlerine hangi durumlarda yazılı başvuru alınması gerektiğinin tam olarak tanımlanmamış olması, gereksiz ve ilgisiz başvuruların kurulda görüşülmesine neden olmuştur. Bir başka neden ise yine mevcut mevzuata göre dilekçe kanununa göre yazılmış olan her türlü şikâyet dilekçesinin kurullarda görüşülmesi gerektiği ile ilgilidir. Genelde hasta ve yakınlarının hasta hakları uygulamalarını her türlü konuda şikâyet yapılabilecek bir birim olarak algılamaları ve kendi sorumluluklarına uygun davranmadan ve hastane kurallarına riayet etmeden her konuyu şikâyete taşımaları da hasta hakları mevzuatının hasta ve çalışan hakları ve sorumlulukları açısından yeterince tanımlanmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Her şeyden önce “hak” kavramı çerçevesinde bireyler haklarını ve aynı zamanda bu hakları elde edebilmek için yapması gereken sorumlulukları da bilmek ve yerine getirmek durumundadır. Çünkü hak kavramı aynı zamanda tanımlanmış olan birtakım sorumluluklar çerçevesinde şekillenir. Oysaki mevcut mevzuatta hasta sorumluluklarının var olduğu bir düzenleme bulunmamaktadır. Dolayısıyla bu durum, hasta ve yakınlarını sorumluluklarını bilmeden şikâyet talebinde bulunmaya yöneltmek ve gereksiz şikâyet talepleriyle hasta hakları birimleri meşgul edilmektedir. Bu bağlamda Hasta Hakları Yönetmeliği ve uygulama yönergesinin hasta sorumlulukları da dikkate alınarak ve uygulamadaki aksaklıklar göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmesi önerilmektedir. Bununla birlikte hasta hakları düzenlemelerinin sadece yönetmelik ve yönerge halinde olması ve yasa düzeyinde bir düzenlemenin bulunmamasının da hasta hakları uygulamalarının etkinliğini azalttığı düşünülmektedir. Bu doğrultuda “sağlık hakkı” çerçevesinde “yasa” düzeyinde bir düzenlemenin oluşturulması önerilmektedir.

İncelenen dosyalarda dikkati çeken bir başka nokta ise kurullarda genellikle çalışan lehine çıkan sonuçlar ile ilgilidir. İncelenen dosyaların büyük çoğunluğunda hasta hakları ihlali olmadığı kararı alınmıştır. Genellikle kurullarda alınan kararlarda çalışanların kusurlu bulunmaması hastanın şikâyetinde haklı olmadığı anlamına gelmemekle birlikte aynı zamanda hasta hakları kurullarının objektif olmadığı anlamına da gelmemelidir. Yapılan başvurular genellikle hasta ile çalışan arasında yaşanan ikili anlaşmazlıklardan

kaynaklanmakta olup kurul üyelerinin bu anlaşmazlığı ya da isnat edilen suçu ispat olarak somut bir delil ya da görgü tanığı araması nedeniyle ve çalışanın şikâyet edenin aksini ifade etmesi nedeniyle ikilemde kalındığı görülmüştür. İncelenen çoğu kurul kararında aslında hastanın haklı nedenlerinin olduğu fakat somut deliller olmadığı için çalışan lehine karar alındığı anlaşılmıştır.

Hasta hakları kurul dosyalarında dikkati çeken bir başka konu, kurul üyelerinin katılımı ile ilgilidir. Hasta hakları kurulu her ne kadar 4 hastane çalışanı, 4 dışarıdan üyeden oluşsa da incelenen dosyalarda genellikle dışarıdan katılan üyelerin tam katılım sağlayamadığı dikkati çekmiştir. Dolayısıyla hasta hakları kurulları hastane çalışanlarının katılımıyla toplanmakta, kurula dışarıdan katılan üyeler genelde sürekli katılım sağlamamakta ve bu durumda alınacak kararların objektiflik açısından sorgulanmasına yol açmaktadır. Bununla birlikte kurula katılan dışarıdan üyelerin hasta hakları konusunda yeterince bilgili olmaması ve kurula katılmadan önce herhangi bir eğitimden geçmemiş olmaları da üzerinde tartışılması gereken önemli bir durumdur. Çoğunlukla dışarıdan katılan üyelerin hastane çalışanlarının düşünceleri doğrultusunda karar verdikleri ve hastanede çalışan üyeleri destekledikleri gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda hasta hakları kurullarına dışarıdan katılan üyelerin nitelikli kişiler olması, mevzuat ve uygulamalar ile ilgili eğitimden geçerek görevlendirilmeleleri önerilmektedir.

Türkiye’de “sağlıkta dönüşüm” adı altında başlayan hasta hakları kavramı ve hasta hakları uygulamaları kurum-sallaşma adına önemli adımlar atmış ve bugünkü sistemde gerek sağlık

çalışanları gerekse hastalar açısından eskiye oranla önemli değişimler ve gelişmeler yaşanmıştır. Kuşkusuz hasta hakları konusunda önemli gelişmelerin kat edilmiş olması sistemde sorun olmadığı anlamına gelmemelidir. Sağlık Bakanlığı her ne kadar bu konuya önem gösterse de hasta hakları kavramının uygulama boyutunda önemli eksiklikler ve yetersizliklerin olduğu aşikârdır. Önemli bir sorun sağlık personeli tarafından yapılan yanlış uygulamalar (mal practise) ile ilgilidir. Tıbbi hatalar acemilik, bilgisizlik, tedbirsizlik ve ihmal gibi nedenlerden dolayı hekimin hastaya zarar vermesi ve bunun da hukuksal olarak tespit edilmesi durumudur (Sütlaş, 2000: 40). Hasta hakları birimlerine yapılan başvuruların önemli bir oranı hastanın hekimin koyduğu teşhisin ve yaptığı tedavinin yanlış ya da hatalı olduğunu düşünmesi ile ilgilidir. Oysaki mevcut kurul üyeleriyle tıbbi hataların hasta hakları kurullarında değerlendirilmesi mümkün değildir. Bu nedenle hasta hakları birimlerine yapılan bu başvurular genellikle kabul edilmemekte ya da hastane idaresine sevk edilmektedir. Tıbbi hataların hastane ortamında incelenebilmesi için uzman kişilerden oluşan etik kurulların oluşturulması gerekmektedir. Tıbbi hatalar gerçekte hasta hakları kavramının dışında bir kavram olmakla birlikte hastaların bu konudaki çözüm ihtiyaçları da göz önünde bulundurulmalıdır.

Haklar ve sorumluluklar paranın yazı ve turası gibidir, biri diğeri olmadan var olamaz. İnsanlar sadece kendi haklarıyla ilgilendiklerinde ve toplumun geneli için herhangi bir sorumluluk ve sahiplenme hissetmediklerinde adaletsizlik durumları başlar. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları bazen insan

haklarının yerine getirilmesi için gerekli hizmetleri sağlar, diğer zamanlarda ise hakları görmezden gelinmiş ya da hakları çiğnenmişler için başkalarını insanların temel haklarını tanımaya ve doğru adil davranmaya çağırarak seslerini yükseltirler (Duyan, 2003). Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanları hasta haklarının uygulanmasında hasta ve ailesinin savunucusu olarak işlev görürler ve hasta haklarının savunulmasında ve uygulanmasında etkin rol oynarlar.

Bu çerçevede her ne kadar uygulamada aksaklıklar ve zorluklar yaşansa da ülkemizde hasta hakları uygulamalarının çok kısa bir zamanda uygulamaya geçmesinin ve kurumsallaşmasının sağlanmasında sosyal hizmet uzmanlarının rolü önemlidir. Sosyal hizmet uzmanları bu süreçte hasta ve çalışan arasında kalmak durumunda olsa da hasta savunuculuğunun yanı sıra aynı zamanda arabulucu işlevini yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu bağlamda hasta hakları birimlerinde her iki tarafın haklarını gözeterek “sorun çözme” odaklı bir yaklaşım sergilemektedir. Bununla birlikte hastaların ve çalışanların eğitimlerini yaparak toplumsal bilinçlendirme çalışmaları yapmaktadır. Son olarak uygulamadan gelen aksaklıkları gözlemleyerek değiştirilmesi ve düzeltilmesine yönelik çalışmalar yapmaktadır. Bütün bu çalışmaların sosyal hizmet mesleğinin tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesine önemli katkılar sağladığı düşünülmektedir.

Son olarak üçüncü kuşak insan hakları içerisinde yer alan hasta hakları insanların sahip olduğu demokratik haklardır. Hasta haklarının uygulama boyutunda hak ihlallerinin belirlenebilmesi açısından hasta hakları birimlerinin ve hasta hakları kurullarının işlevi önemlidir.

Ancak uygulamadaki ve mevzuattaki aksaklıkların göz önünde bulundurularak hasta hakları uygulamalarının yeniden yapılandırılması ve özellikle mevzuatta tanımlanmamış olan birtakım düzenlemelerin tanımlandırılmasının yapılmasının hasta hakları uygulamalarını daha da güçlendireceği düşünülmektedir. Bunun yanında hasta haklarının korunması ve geliştirilmesi adına Sağlık Bakanlığı'nın tek başına yapmış olduğu atılımların yeterli olmadığı düşünülmektedir. Bu hakların korunması için toplumsal düzeyde ortak bir sorumluluk anlayışı geliştirmek gerekir. Bu konuda sağlık çalışanlarına, sivil toplum örgütlerine, gelecekte potansiyel bir hasta olarak bizlere, kısacası hepimize önemli görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR

- Aydemir, İ (2010). *Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Beck, C.K., Heacock, E, & Rapp, C.G., ve diğ. (1993). Cognitive impairment in the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 28 (2), 335-347.
- Brown, B.W. (2001). The effects of the presence of the nurse on the affective behavior of the patient. *Nephrology Nursing Journal*, 28 (2), 145.
- Cihan, E. (1997). Hukuki açıdan hasta hakları. *Tıbbi Etik Yıllığı*, IV, İstanbul.
- Duyan, V.(2003). Sosyal hizmetin işlev ve rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 14 (2)1-22.
- Duyan, V, Saruç, S. (2004). Hemşirelerin hastaların problem özelliklerine yönelik algıları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 15 (2) 51-65.
- http://sbu.saglik.gov.tr/extras7hastahaklari/istatistik2 Erişim Tarihi: 17.02.2011.
- Özlü, T. (2005). *Kurumsal metinler, felsefi arka plan ve örnek olgularla hasta hakları*. Timaş Yayınları, İstanbul.
- Knee, R. (1987). *Patient rights*. Encyclopedia of social work, 18 Edition,2, NASW, Silver Spring, Maryland.
- Merakou K, Vorgia PD, Papadatos TG and Kremastinou JK. (2001). Satisfaying patients' rights: A hospital patient survey. *Nurs Ethics* 8 (6) 499-509.
- Newsom, B.H. ve diğ. (1963). The problem patient. Some clinical approaches to psychiatric nursing, (Ed. Burd, S. ve Marshall, A.M). 5. Baskı, London, MacMillan Co.
- Resmi Gazete, 01.08.1998/23420, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği.
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 26.04.2005.
- Saruç, S (2007). *Kadın hastalıkları ve doğumevi eğitim ve araştırma hastanelerinde yatan hastaların hasta hakları bilgi düzeyinin belirlenmesi: Ankara örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Karasar, N (1999). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Nobel Yayın Dağıtım, 9. Basım, Ankara.
- Saruç, S (2008). Hastanede yatan kadın hastaların hasta hakları bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 3-4, Temmuz-Aralık, 71-80.
- Segatore, M. Ve Adams, D. (2001). Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 2 interventions. *Orthopaedic Nursing*, 20, (1) 31-43.
- Sert, G. (2004). *Hasta hakları "Uluslar arası bildirgeler ve tıp etiği çerçevesinde"*. Babil Yayınları, İstanbul.

Soskis, C.W, Kerson, T.S (1992). The patient self determination act: Oppurtunuty knocks again. *Social Work in Health Care*, 16 (4), 1-18.

Soyer, A. (1996). "Hekimlik ve insan hakları" *Hekim Forumu*, Türk Tabipler Birliği: Tisamet Basım Sanayi.

Sütlaş, M. (2000). *Hasta ve hasta yakını hakları*. Çiviyazıları, İstanbul.

Tengilimoğlu, D., Kısa, A., Dziegielewski, S.F (2000). What patients know about their rights in Turkey, *Journal of Health and Social Policy*, 12 (1), 53–69.

Zülfikar F, Ulusoy MF. (2001). Are patients aware of their rights? A Turkish study. *Nurs Ethics* 8 (6) 487-498

Araştırma

İNSAN TİCARETİYLE MÜCADELEDE SOSYAL POLİTİKA VE SOSYAL HİZMETLERİN GELİŞİMİ: UKRAYNA ÖRNEĞİ ¹

Development of Social Policy and Social Work in Fight against Human Trafficking: The Ukrainian Example

Reyhan ATASÜ TOPCUOĞLU*

*Arş. Gör. Dr.
Hacettepe Üniversitesi
İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Araştırma Görevlisi

ÖZET

Modern bir kölelik biçimi olan insan ticareti özellikle SSCB'nin yıkılmasının ardından Avrupa, ve Orta Doğu'da giderek artmış; hem nedenleri hem sonuçları itibarıyla ulus-ötesi bir sosyal problem haline gelmiştir. İnsan

ticaretiyle mücadele gerek sosyal politika gerekse sosyal hizmetler açısından yeni bir politika ve müdahale alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada, insan ticaretinden en çok etkilenen ülkelerden biri olan Ukrayna'da gerçekleştirilmiş alan araştırması bulgularına dayanarak, Ukrayna'da insan ticaretinin bilinen boyutları, sorunun ortaya çıktığı ekonomik ve siyasi arka plan incelenip, insan ticaretiyle mücadele için geliştirilen sosyal politika ve sosyal hizmet uygulamaları değerlendirilmekte, kısaca Ukrayna örneğinde insan ticaretiyle mücadelenin gelişimi sosyal hizmet bakış açısıyla çözümlenmektedir.

Anahtar Sözcükler: İnsan ticaretiyle mücadele, insan ticareti ve sosyal hizmet, Ukrayna, sosyal politika ve sosyal hizmet

ABSTRACT

After the fall of the USSR, the modern form of slavery that is human trafficking has widened its scope in Europe as well as in the Middle East and due to its causes and effects has become a transnational social problem. Therefore fight against human trafficking developed into a new political area for social policy and a new intervention area for social work. This study reviews the known scope of human trafficking; it reveals the political and economic background of the problem and evaluates social policy and social work interventions in fighting human trafficking by using data of obtained in field research carried out in Ukraine, which is one of the countries strongly affected by human trafficking. In short, the study analyses the development of counter-trafficking in Ukraine with a social work point of view.

Key Words: Human trafficking, counter-trafficking, Ukraine, social policy and social work

¹ Bu çalışma yazarın "Construction of Counter-Trafficking as a Transnational Field: The Examples of Ukraine, Turkey and Germany" adlı YÖK yurtdışı doktora bursuyla Berlin Humboldt Üniversitesi'nde yapılıp tamamlanmış doktora tezinden üretilmiştir.

GİRİŞ

İnsan ticareti dünyada giderek yayılan, zorla çalıştırmaya dayalı bir beden ve emek sömürü biçimidir. Konu özellikle 2000 yılından itibaren uluslararası gündemde önemli bir yer tutmaya başlamış, zaman içinde bir sosyal politika ve sosyal hizmet alanı haline gelmiştir. İnsan ticaretinin en çok kabul gören tanımı, "Palermo Protokolü"nde yani "Sınıraşan Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesine Ek İnsan Ticaretinin, Özellikle Kadın ve Çocuk Ticaretinin Önlenmesine, Durdurulmasına ve Cezalandırılmasına İlişkin Protokol"de yer almaktadır:

İnsan ticareti, kuvvet kullanarak veya kuvvet kullanma tehdidi ile veya diğer bir biçimde zorlama, kaçırma, hile, aldatma, nüfuzu kötüye kullanma, kişinin çaresizliğinden yararlanma veya başkası üzerinde denetim yetkisi olan kişilerin rızasını kazanmak için o kişiye veya başkalarına kazanç veya çıkar sağlama yoluyla kişilerin istismar amaçlı temini, bir yerden bir yere taşınması, devredilmesi, barındırılması veya teslim alınması anlamına gelir. İstismar terimi, asgari olarak, başkalarının fuhşunun istismar edilmesini veya cinsel istismarın başka biçimlerini, zorla çalıştırmayı veya hizmet ettirmeyi, esareti veya esaret benzeri uygulamaları, kulluğu veya organların alınmasını içermektedir.

Palermo Protokolü'ndeki tanım, ülkelerin ceza hukukunda yerel özelliklere

ve kültüre göre değiştirilerek alınsa da, genelde hem insan ticaretinin hem de insan ticaretine karşı mücadelenin konusunun ne olduğu anlayışına temel teşkil etmektedir. Bu tanımda insan ticareti kavramının üç ana eksenidir:

1. *Yer değiştirme*: kişileri ülkeye sokmak, ülke dışına çıkarmak, tedarik etmek, kaçırmak, bir yerden başka bir yere götürmek, sevk etmek ya da barındırmak.
2. *Şiddet*: çeşitli şiddet türlerinin mevcudiyeti ve bunların yer değiştirmenin bireysel koşullarını etkilemesi, bir zorlama ya da kandırmanın olması, yani göçmenin kararının hür iradesi etki altındayken verilmiş olması;
3. *Emek ve beden sömürüsü*: zorla çalıştırma, zorla fuhuş, zorla hizmet ettirme, kölelik benzeri uygulamalarla emeğin ve bedenin ağır biçimde sömürüsü.

Bu üç temel unsura bir de toplumsal cinsiyet olgusunu eklemek gerekmektedir.

Toplumsal cinsiyetin konu açısından ne kadar kritik olduğu birkaç istatistiğe bakınca hemen göze çarpmaktadır. İnsan ticaretine ait istatistikler, sorunun toplumsal cinsiyete dayalı işbölümünden ve toplumun cinslere dayattığı kalıp algılardan ve rollerden, ataerkillikten bağımsız olarak kurulmadığını göstermektedir. 2007 yılı tahminlerine göre, yılda 600,000 - 800,000 kişi insan ticaretine maruz kalmaktadır (ABD Hükümeti Dış İşleri Bakanlığı, 2007). Uluslararası Çalışma Örgütü yılda ortalama 12.3 milyon kişinin zorla çalıştırıldığını, bunların 2.4. milyonunun insan ticareti mağduru olduğunu tahmin etmektedir

(ILO, 2007). İnsan ticareti mağdurlarının %98'i kadındır ve bu kadınların ağırlıklı çoğunluğu seks sektöründe, bir diğer önemli çoğunluğu da ev hizmetlerinde çalışmaktadır (ILO,2007). Yani insan ticareti, genelde kadınları hedef alan, enformel ekonomik alanda gerçekleşen bir sömürü biçimi olarak belirmektedir. Geleneksel ataerkil yapının ana unsurlarından biri olan bireyin iradesinin kırılmasını yineleyerek sürdürürken, bir yandan da ataerkilliğin kadınığa dayattığı iki temel rolü –erkeğin cinsel tatmininin sağlanması ve ev işlerinin yapılması görevlerini- günümüz dünyasında yeniden üretilen bir pratik olarak karşımıza çıkartmaktadır. O zaman insan ticaretini yeniden şöyle formüle edebiliriz: İnsan ticareti, ulusaşırı enformel ekonomik alanlarda, şiddetin birçok türünün iç içe uygulandığı, cinsiyet ve etnik ayrımcılığına dayalı, bir emek ve beden sömürüsü biçimidir. Bu nedenle onu ataerkillik, ırkçılık ve enformel kapitalist ilişkiler ağında örülen ulusaşırı bir pratik olarak tanımlayabiliriz (Atasü-Topcuoğlu, 2012).

İnsan ticareti, kölelik kurumunun modern yüzü olarak, küresel ulaşım ve haberleşme ağlarının gelişmesi ve yaygınlaşmasıyla uluslararası boyutta geniş bir sorun alanı haline gelmiştir; uluslararası insan hakları hukukunda ve birçok ulusal yasal çerçevede suç olarak tanımlanmıştır. Her geçen gün insan ticaretine kurban olan kişilerin, bu ticareti organize eden tacirlerin, organize suç örgütlerinin, bu suçun işlendiği ülkelerin ve bu ticaretin geçtiği yolların sayısı ne yazık ki artmaktadır.

Birçok çalışmanın belirttiği gibi insan ticareti özellikle SSCB'nin yıkılmasının ardından dramatik bir artış göstermiştir. Türkiye'de de tespit edilen insan

ticareti vakalarının istatistiği de bu durumu açıkça göstermektedir. Özellikle Ukrayna, Moldova, Rusya ve Türkiye Cumhuriyetlerinden gelen göçmen kadınlar insan ticareti açısından bir 'geçiş ve varış ülkesi' olarak tanımlanan Türkiye'de insan ticaretine maruz kalmaktadır. Alan araştırması bulgularının serimlenip yorumlandığı bu çalışmada 'kaynak ülke' olarak tanımlanan Ukrayna'ya odaklanılacak, problemin ortaya çıktığı toplumsal koşullar, insan ticaretinin bilinen boyutları, sosyal politika geliştirilmesi ve sosyal hizmet uygulamaları incelenecektir.

YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı Ukrayna'da insan ticaretiyle mücadelenin nasıl geliştiğini anlamaktır. Araştırma sorusu bir 'nasıl' sorusu olduğu için, yani amaç sayısal çoğullardan öte bir süreci anlamak olduğu için niteliksel araştırma tekniklerine kullanılmıştır. Araştırmada belge taraması, katılımcı gözlem ve derinlemesine mülakat teknikleri kullanılmıştır. Belge taramasında, ilgili literatürün yanı sıra, ilgili mevzuat, alanda konuyla ilgili faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarının proje belgeleri ve raporları taranmıştır. Katılımcı gözlem tekniği, araştırmacının çözümlendiği alanda sürekli gözlem yapması ve insan ticaretiyle mücadele alanında gerçekleştirilen çeşitli etkinliklere (toplantı, çalıştay, sokak etkinlikleri gibi) aktif katılımı ile kullanılmıştır. Ayrıca, konuyla ilgili aktif çalışma kurum ve kuruluşlardaki uzmanlarla derinlemesine mülakatlar yapılmıştır.

Çalışma Grubu

Çalışma grubu aktif olarak insan ticaretiyle mücadele eden kurum ve

kuruşların yetkilileridir. Hem karar alma mekanizmalarında hem de insan ticaretiyle mücadelenin uygulanmasında bizzat görev alan uzmanlarla toplam yirmi iki adet derinlemesine görüşme yapılmıştır. Araştırmada, gözlem ve görüşmelerin yapıldığı kurumlar şöyledir: Aile, Gençlik ve Spor Bakanlığı; İçişleri Bakanlığı İnsan Ticaretiyle Mücadele Departmanı; İçişleri Bakanlığı Dış İlişkiler Birimi; Emniyet Genel Müdürlüğü ve Yabancılar ve Asayiş Daireleri; Uluslararası Göç Örgütü Ukrayna Misyonu; AGİT Ukrayna Misyonu ve alandaki sivil toplum kuruluşları (Caritas Ukrayna; COATNET-Ukrayna; Ukrayna Ortodoks Kilise Birliği; *Faith, Love and Hope* (Protestan Kiliseler Birliği Kuruluşu); European Youth Parliament; La Strada – Ukrayna; Rozrada; School of Equal Opportunities; SOCIUM XXI; Verita; İş Adamları Derneği; Women's Consortium Ukraine, Amnesty-Ukrayna).

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcı gözlem ve derinlemesine mülakatlar yapılmış, mülakatlarda yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Araştırmanın Alanı ve Veri Toplama Süreci

Araştırma Ukrayna'nın başkenti olan Kiev ve Odessa kentlerinde yürütülmüştür. Kiev'in araştırma alanı olarak seçilmesinin nedeni, insan ticaretiyle mücadelede önemli rolü olan bürokratik kurumların, uluslararası kuruluşların ve alanda adını duyurmuş sivil toplum kuruluşlarının bu şehirde toplanmış olmasıdır. Odesa'nın seçilmesinin nedeni ise, önemli bir liman kenti olan Odesa'da insan hareketliliğinin yüksek

olması, iç-insan ticareti vakalarının tespit edilmiş olması dahası, başka ülkelerde insan ticareti mağduru olan birçok kişinin limandan ülkelere geri döndüğünün bilinmesi ve limanda mağdur tespit projesinin yürütülmesi ve kentte konuya özel sığınmaevinin olmasıdır. Veriler Mart –Haziran 2009 yıllarında Kiev ve Odessa'da gerçekleştirilen alan araştırmasıyla derlenmiştir.

BULGULAR

Ukrayna'da insan ticareti sorunun doğduğu ekonomik ve siyasi arka plan

Ukrayna Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti, Birinci Dünya Savaşının hemen sonrasında kurulmuş ve 1922'de Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nin (SSCB) bir üyesi olmuştur. 1991 yılında, Rusya, Beyaz Rusya ve Ukrayna SSCB'nin yıkılışını ilan etmiş ve Ukrayna bağımsız bir cumhuriyet haline gelmiştir. Bağımsızlık döneminin başlangıcında, Ukrayna, diğer 'geçiş devletlerine göre' ekonomik kaynaklar bakımından çok daha avantajlı bir ülke olarak değerlendirilmesine (Shen, 1996) rağmen geçiş sürecinin maliyetleri beklenenden çok daha ağır olmuştur. 1991-1998 yılları arasındaki ağır ekonomik kriz sürecinde dramatik enflasyonlar olmuş ve Ukrayna Milli gelirinin %60'ını kaybetmiştir (Dünya Bankası, 1998; IMF, tarihsiz). Süreç içinde seçilen hükümetler sıklıkla, yolsuzluk ve kamu malının oligarşiye transfer edilmesi gibi eleştirileri beraberlerinde getirmişlerdir (Velibor, 2008).

Hem ekonomik hem siyasi açıdan çalkantılı geçiş döneminde, Ukrayna tıpkı diğer post-Sovyet ülkeler gibi Batı'dan demokratikleşme ve ekonomik yeniden yapılanma için yoğun destek görmüştür

(Cohen ve Arato, 1992). Demokratikleşmeye yönelik Batı desteği genelde sivil toplumun yapılanması ve sosyal politikaların oluşturulup uygulanması alanlarında yoğunlaşmıştır. Bu çerçevede gelişen sivil toplum, gücünü 2004 yılındaki Turuncu Devrim ile göstermiştir.

Ukrayna'ya gelen Batı desteği dinamik yapıya sahiptir ve öncelik alanları geçen otuz yıl içinde siyasi konjonktür uyarınca değişmiştir; ancak insan ticaretinin ele alındığı iki temel eksen, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve göç politikalarının yapılandırılması her zaman ajandadaki yerini korumuştur.

Geçiş sürecinde eski sosyal hizmet sistemi çözülmüş, Ukrayna'da devlet yeniden yapılanma içinde ortaya çıkan sosyal sorunları yeterince hızlı bir şekilde görememiş, giderek artan yoksulluk, bu yoksulluğun daha çok kadınları etkilemesi, ve yoksulluk nedeniyle artan yurtdışı göçü kontrol edememiştir. Dahası, göç eden vatandaşların durumlarıyla ilgilenmemiş, bunlardan bazılarının göç öncesinde ya da sürecinde insan ticaretine maruz kaldıklarını yeterince hızlı tespit edememiştir.

Ataerkillik, geçiş dönemi sıkıntılarının halk arasındaki dağılımı ve göç

Sovyet sosyalist sisteminden kapitalist sisteme geçiş gibi tüm devlet düzeninin değiştiği ve kökten bir sosyal değişimin olduğu ortamda, zararlar ve riskler, ataerkill toplumsal yapı uyarınca kadınları daha fazla etkilemiştir: Süreç içinde işten atılmalar ve yoksulluk kadınları daha fazla etkilemiştir. 2000 yılında yapılan bir çalışma

göstermektedir ki, Ukrayna'daki işsizlerin %60'ı kadındır ve geçiş sürecinde yani 1991-2000 yılları arasında işten çıkartılanların %90'ını yine kadınlar oluşturmaktadır (Hughes, 2000). Bu sosyo-ekonomik koşullar altında, göç, Ukraynalı kadınlar için bir yoksullukla mücadele stratejisi olarak gündeme gelmiştir.

Ancak, farklı toplumlarda farklı biçimlerde tezahür eden ataerkill toplumsal yapılar Ukraynalı göçmen kadınların yaşamlarını göç ettikleri yerde de etkilemiştir. Kadınlar göç ettikleri yerlerde toplumsal cinsiyet, vatandaş olup olmama ve etnisite uyarınca bölünmüş formal ve informal işgücü pazarlarıyla karşılaşmışlardır. Bu göçmen kadınlar kaçak işçiler olarak düşük statüde 'kadın işlerinde' (ev hizmetleri, temizlik işleri, bakım hizmetleri, eğlence ve seks sektörü gibi) zor koşullarda çalışmak durumunda kalmışlar ve kalmaktadırlar. Bu çalışma deneyimleri emeklerinin karşılıklarını alamadıkları ya da istedikleri halde işten ayrılmadıkları ve özellikle istemedikleri işleri zorla yaptıkları durumlarda insan ticareti vakalarına dönüşmüş ve dönüşmektedir².

2 Bu noktada bazı vaka örnekleri, insan ticareti araştırmasının etik kuralları ve mağdurların kimlik ve güvenliklerinin korunması açısından detaylardan arındırılarak kısaca sunulabilir. Örneğin, 2007 yılında Ukraynalı bir genç kız arkadaşının eşi olan cep telefonu dükkanı sahibi bir Türk vatandaşıyla çalışmak için anlaşarak Türkiye'ye gelmiş; ancak daha sonra pasaportuna el konularak ve geliş masrafları için borçlandırılarak seks sektöründe hizmet etmeye zorlanmıştır. Altı ay sonra ülkesine döndüğünde Odessa'da tespit edilmiş; IOM aracılığıyla rehabilitasyon için sığınmaevine gönderilmiştir. Sığınmaevinden sonra geldiği bölgeye yakın konuyla ilgili STK'ya havale edilmiş, orada psikolojik destek almış ve meslek edinme eğitimlerine katılmış; daha sonra evine dönmüş-

Tablo 1. Ukrayna'da Tespit Edilen İnsan Ticareti Mağduru İstatistikleri

Yıl	IOM destek verdiği İTM	İçişler Bakanlığı'nın tespit ettiği İTM
2000	42	---
2001	254	156
2002	332	300
2003	525	198
2004	626	375
2005	828	446
2006	937	393
2007	1121	366
2008	820	342
2009	773	----
2010 (September)	872	----
Total	7085	2576

(İTM: İnsan ticareti mağduru. İstatistikler IOM Ukrayna Misyonu ve Ukrayna İç İşleri Bakanlığı verilerinden derlenmiştir)

Ukrayna'da insan ticaretinin bilinen boyutları

İnsan ticareti, kayıtdışı ekonomik alanda gerçekleştiği için ve suç olduğu için tam olarak boyutları bilinmeyen ve tahmin edilemeyen bir olgudur. Ancak tespit edilen mağdurlar ve yakalanan insan tacirlerinin sayısı tam olarak bilinebilmektedir. Dolayısıyla var olan rakamlar hali hazırda var olan insan

ticareti vakalarının bir kısmını göstermekte ya da tahminlerden ibaret kalmaktadır. Ukrayna İç İşleri Bakanlığı'nın 2005 yılındaki resmi tahminine göre, 2005'e kadar 400,000 kadın insan ticaretine maruz kalmıştır (Lutsenko ve diğ. 2005:35). Ancak araştırmaya katılan uzmanların hepsi, insan ticaretinin gerçek boyutunun resmi tahminlerin çok üstünde olduğunu düşünmektedirler. Uluslararası Göç Örgütü ve İç İşleri Bakanlığı tarafından tespit edilen insan ticareti mağdurlarının sayısına baktığımızda, sivil ve resmi tespitler arasındaki ve toplam mağdur tespiti ile tahmini mağdur sayısı arasındaki farklar dikkat çekicidir.

Yukarıdaki tablodaki ikinci kolon 2000 yılında 'mağdur destek' programının başlamasından itibaren IOM Ukrayna Misyonu tarafından destek sunulan insan ticaretine maruz kalmış kişilerin

tür (Kravchuk ile görüşme,2009). 2005 -2009 yılları arasında ev hizmetlerinde pasaportlarına el konularak, çok uzun saatler boyunca çalıştırılan ve ücretinin tamamını ya da bir bölümünü alamadan evine dönen ev hizmetlilerini tespit edilmiştir. Bu vakalar genelde IOM'de dosyaları açıldıktan sonra evlerinin oldukları bölgedeki STK'lara yönlendirilmişlerdir. Ayrıca, 2006 yılında Güney İtalya'da tespit edilen (La Strada, 2008) zorunlu çalışma kampındaki Polonyalı ve Ukraynalılar da seks sektörü dışındaki insan ticaretine örnek vakalardır.

sayısını göstermektedir. Üçüncü kolon ise, Ukrayna İç İşleri Bakanlığı tarafından 'insan ticareti mağduru' olarak tespit edilen kişilerin sayısıdır. Veriler arasındaki farklılığın nedeni, IOM'ın sadece polis ve kolluk güçleri tarafından tespit edilen kişilere değil, STK'lar, hotline ve bireysel yönlendirmelerle gelen kişilere de destek sunmasıdır.

Ukrayna'da tespit edilen insan ticaretine maruz kalmış kişilerin ağırlıklı çoğunluğu kadındır (Faith, Love and Hope, 2004; IOM, 2007). Bu kişilere dair istatistiklerde sömürünün boyutuna dair veri kaydedilmesi Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) uğraşları sonucunda başlamıştır; bu verilere göre insan ticareti vakalarında genelde cinsel sömürü söz konusudur (ILO 2009:21).

İnsan ticaretine maruz kalan Ukraynalıların en çok götürüldükleri ülkeler Rusya, Türkiye, Polonya'dır (Ukrayna İç İşleri Bakanlığı, 2009:4). Diğer ülkelerde insan ticareti mağduru olduğu anlaşılmalıyıp vize ihlali gibi nedenlerle sınırdışı edilerek yurduna dönen insan ticareti mağdurlarının gelişleri genelde Borispol havaalanından (Kiev'deki büyük havaalanı) olmakta bu kişiler genelde İspanya, Almanya, Portekiz ve Türkiye'den gelmektedirler (Lutsenko ve diğ. 2005:45). Bu durum

halen Avrupa çapında konuya gösterilen özene rağmen insan ticaretinin vakalarının tespitinde zafiyet olduğunu ortaya koymaktadır.

İnsan ticaretiyle mücadele politikasının gelişimi: yasaklama, koruma, önleme

Ukrayna'da insan ticaretiyle mücadelenin sosyal politika olarak gelişimine baktığımızda, bu konuda iki unsurun itici güç olduğunu görmekteyiz: uluslararası toplumdan gelen diplomatik baskı ve alandaki sivil toplum kuruluşlarının çalışmaları.

Diplomatik baskı 1990'lar boyunca AGİT'in insani boyut konferansları ve raporlarındaki (AGİT, 1991; 1996; 1998; 1999a; 1999b) insan ticaretiyle uluslararası mücadele çağrılılarıyla başlayıp, 2000'lerde ABD Hükümetinin yıllık İnsan Ticareti Raporlarında ülke bazında bilgi yayınlamaya başlayarak, bu suçun işlendiği ülkeleri ifşa etmesi ve hükümetlerin konuya ilişkin duyarlıklarını sınıflandırması; Avrupa Birliğinin konuya ilişkin kararları ve nihayetinde 2003 Palermo Protokolü gibi uygulamalarla süre gelmiştir. Sivil toplum kuruluşlarının hareketlenmesi ise şöyle başlamıştır: AGİT (Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı), IOM (Uluslararası Göç Örgütü), USAID (Amerikan resmi uluslararası yardım fonu) gibi uluslararası kuruluşlar, ABA-CELLI (Amerikan

Tablo 2.Ukrayna'da Tespit Edilen İnsan Ticareti Mağdurlarının Sömürü Türüne Göre Dağılımı

Sömürü Türleri	2004	2005	2006	2007
Cinsel	403	558	597	584
Emek	189	232	319	500
Karma	24	28	15	33
Dilencilik	9	10	5	4

Hukuk ve Avukatlar Derneği), Winrock International, La Strada-Hollanda gibi uluslararası sivil toplum kuruluşlarının aktif desteği ile önce Ukraynalı aktivistler yurtdışında insan ticaretine maruz kalan Ukrayna vatandaşı kadınlar hakkında bilgilenmiş, daha sonra da çeşitli dernekler kurarak alanda çalışmaya başlamışlardır.

İnsan ticaretiyle mücadelenin gelişebilmesinin ön koşulu ilgili yasal çerçevenin geliştirilmesi olmuştur. Bu bağlamda hükümetin çalışmaları ancak 1998 yılında başlamaktadır. 1998 yılında Verkhova Rada (Ukrayna parlamentosu) Ceza yasasına bir ekleme yaparak insan ticaretini suç ilan etmiştir. 2001 yılında ise, yeni ceza yasası yapılmış, burada insan ticareti 141. madde ile suç olarak tanımlanmış ve cezalandırılmıştır. Ceza yasasındaki "İnsan ticareti ve insanların alınıp satılmasına yönelik her türlü yasadışı anlaşma üzerine" başlıklı madde 141, insan ticaretini yasaklamakta şöyle tanımlamaktadır: "İnsanın satılması ya da herhangi bir şekilde ticaretinin yapılması, iradeleri dahilinde olsun ya da olmasın, ticari pornografi, suça karıştırma, borçlandırılarak zorlama, ticari amaçlı evlat edinme, silahlı çatışmada kullanma, emeğini sömürme ya da cinsel sömürü amacıyla insanların Ukrayna sınırından yasal ya da yasa dışı olarak geçirilmesi".

2002 yılında Bakanlar Kurulu, 2002-2005 İnsan Ticaretiyle Mücadele Bütüncül Eylem Planı'nı kabul etmiştir. Planın yürütülmesinden Aile Gençlik ve Spor Bakanlığı sorumludur. Bu plan dahilinde birçok STK'nın insan ticaretine maruz kalmış kişilere yönelik faaliyetleri yasal bir zemine kavuşmuştur. Ancak, plan dahilinde devletin insan ticaretine maruz kalan kişilere sosyal

yardım ya da sosyal hizmet sağlanmasında mali destek sağlaması söz konusu olmamıştır.

Ukrayna 2004 yılında Sınır aşan Örgütlü Suçlarla Mücadele Birleşmiş Milletler Sözleşmesini ve Palermo Protokollerini onaylamıştır. Bu yılından itibaren insan ticaretinin suç boyutundaki mücadele kurumsallaşmaya başlamıştır. 2004'de uluslararası polis teşkilatı Interpol Ukrayna Milli Bürosu, Yasa Dışı Göç ve İnsan Ticaretiyle Mücadele Koordinasyon Departmanını kurmuştur. Bir yıl sonra, İç İşleri Bakanlığı Ukrayna çapında 350 memurun çalıştığı İnsan Ticaretiyle Mücadele Departmanını kurmuştur. Departman her *oblast*'ta³ insan ticareti ve ilgili suç şebekelerini yakalamak üzere çalışmaktadır.

İnsan Ticaretiyle Mücadelede Sosyal Hizmet

İnsan ticaretine maruz kalan bireyi incelerken toplumsal durumu, sağlığı, emeği, hayat kurması, sosyal sistemlerle ilişkilmesi gibi çeşitli konular karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, insan ticareti olgusuyla ilgili düşünürken, ulusötesi ağlar, insan ticaretine tabii emek ve bedenlere talebi oluşturan sosyal yapılar, kolluk güçleri, hukuk sistemi, insan hakları, kadın hakları, uluslararası ilişkiler ve ekonomi gibi de birçok makro konu da gündeme gelmektedir. Yani insan ticareti mikrodan makroya çeşitli yüzleri olan çok katmanlı bir konudur.

Gerek insan ticareti ağına girişlerinin önlenmesi için bilinç yükseltme hizmeti

3 Oblast, Ukrayna'da il ve devlet arasında, eyalet benzeri ancak eyalete göre merkezi idareye daha fazla bağlı, idari bir birimdir. Toplam 17 oblast vardır.

sunulurken; gerek kurtarıldıktan sonra koruma ve rehabilitasyon gereksinimlerinin karşılanmasında, gerekse gönüllü geri dönüş aşamasında ve sonrasında yaşanan süreçlerde, bireylerin sosyal hizmete ihtiyaçları vardır. Dolayısıyla, temel insan hakları ihlal edilen bu kişiler sosyal hizmet açısından bir müracaatçı kitlesi oluşturmaktadır. İnsan ticareti mağdurlarını bir müracaatçı grubu olarak tanımak ve onlara yönelik sosyal hizmet müdahaleleri geliştirmek gerekmektedir. Sosyal hizmet açısından bakıldığında, Ukrayna örneğinde, insan ticaretine dair önleme, koruma, rehabilitasyon ve reentegrasyon çalışmaları bulunmaktadır. Özellikle rehabilitasyon ve reentegrasyon gibi müdahaleler genellikle Ukrayna gibi "kaynak ülkelerde" geliştirilmiştir.

a. Önlemek için bilinçlendirme

Uzman mülakatları ve incelenen projeler göstermektedir ki, Ukrayna'da önleme çalışmaları potansiyel göçmenleri güçlendirme ve bilinç arttırma yöntemleriyle yapılmaktadır. Medya kampanyaları, spotlar, afişler, medyatik kişilerin kampanyalara katılması gibi bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmaları son yirmi yıldır sürmektedir. Bunların arasında, Eşit Fırsatlar Okulu (bir yerel STK) tarafından gençlere yönelik olarak düzenlenen 'forum tiyatrosu' çalışmaları sanatla sosyal hizmetin bu alandaki kullanımına orijinal bir örnektir. Forum tiyatrosunda, 'role playing' ile göç sürecinin canlandırılması ve farklı ülkelerde göç sürecinde karşılaşılabilecek sorunlar ve bunların çözümlerinin oyun olarak oynanması ilginç bir çalışma örneğidir. Forum tiyatrosunda yine 'role playing' ile göç etmek isteyen gençlerin, gitmek

isteklerini yaratan bazı sorunların tespiti ve kendi ülkelerinde kendi imkanlarıyla bu sorunların üstesinden nasıl gelebilecekleri konusunda oyunlar oynanarak bireyleri güçlendirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

Organizasyonel ve politika boyutunda ise, tüm topluma insan ticaretinin ne olduğuna dair bilinç kazandırılması hedeflenmiştir. Medya kampanyalarının yanısıra özellikle gençlere yönelik bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmaları yapılmaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı, AGİT ev STK'ların işbirliği ile bir bilgilendirme ünitesi hazırlanıp eğitim müfredatına eklenmiştir (Levchenko ve diğ., 2005). Özellikle 2006 yılından sonra çocuk ticareti konusunda hassasiyetler artmış, çocukları insan ticaretinden koruyan uluslararası ve ulusal hukuki çerçeveler derlenmiştir (Yevsyukova ve diğ. 2006). Yine 2008 yılından itibaren IOM ve yerel STK'ların işbirliğiyle sosyal hizmet ile insan ticaretinin önlenmesi projeleri uygulanmış ve çok göç veren bölgelerde, özellikle ergen ve gençlere yönelik olarak toplum merkezleri açılmıştır ve buralarda konuya dair çeşitli bilinçlendirme etkinlikleri düzenlenmektedir (Swiss Agency for Development and Cooperation, 2010).

b. Korumak için rehabilitasyon ve reentegrasyon

Türkiye ve Almanya gibi geçiş ve varış ülkelerinde bu tür hizmetler var olan politikalar gereği kısıtlı kalmaktadır. Geçiş ve varış ülkelerinde mağdurlar tespit edildikten sonra durumları hakkında düşünmek ve yargı ile işbirliği yapıp yapmamaya karar vermek amacıyla bir ay süreyle uzmanlaşmış sığınmaevlerine alınmaktadırlar. Bu ülkelerde ancak

bir ay ile kısıtlı sığınmaevi sürecinde sağlık hizmetleri, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu kısıtlı sürede fiziksel ya da ruhsal tam bir sağaltım mümkün olamamaktadır. Sürenin sonunda insan ticaretine maruz kalmış kişiler, gönüllü geri dönüş mekanizması ile geldikleri ülkeye geri dönmektedirler.

İşte bu noktada kaynak ülkeler, bir hayatta kalma stratejisi olarak başlanan göç sürecini, başladığı halden, fiziksel, psikolojik, psiko-sosyal ve ekonomik açıdan daha dezavantajlı bir halde bitirerek ülkesine geri dönmüş vatandaşlarla karşı kaşıya kalmaktadır. Bu ülkeler açısından mesele, geçiş ve varış ülkelerindeki gibi sadece insan ticareti mağdurlarının tespiti ve bir süreliğine korunması değil; ağır insan hakları ihlallerine uğramış vatandaşların yeniden kendilerine bir hayat kurabilmesidir. Mağdurun korunması, sadece yaralarının sarılması değil, tekrar insan ticaretine maruz kalmasının önlenmesi ve yeniden kendine yeten bir birey olmasının sağlanmasıdır. Rehabilitasyon ve reentegrasyon çalışmaları yeniden bir hayat kurma çabalarının desteklenmesi için gereklidir.

c. Bir müracaatçı grubu olarak insan ticaretine maruz kalmış kişiler: bio-psiko-sosyal boyut

Genel olarak bakıldığında, insan ticareti mağdurları insan hakları ağır biçimde ihlal edilmiş kişiler olarak sosyal hizmet açısından bir müracaatçı grubu oluştururlar.

Araştırmada görüşülen kuruluşlardan 10 tanesi insan ticaretine maruz kalmış kadınlara doğrudan yüz yüze hizmet sağlıyordu. Mikro boyutta

incelendiğinde bu kuruluşların uzmanların gözlemlerine göre insan ticaretine maruz kalmış kişiler fiziksel ve psikolojik açıdan aşağıdaki gibi sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar:

Fiziksel açıdan sık karşılaşılan etkiler: Uzun ve kötü koşullarda çalışmaktan kaynaklı çeşitli fiziksel zararlar, organ ve doku yaralanmaları, var olan hastalıkların kronikleşmesi; cinsel yollar bulaşan hastalıklar, çocuklarda gelişimin engellenmesi.

Psikolojik açıdan sık karşılaşılan etkiler: Bu tür deneyimler yaşayan bireylerin psikolojik portreleri, korku, suçluluk duygusu, öfke, aldatılmışlık hissi, güvensizlik, çaresizlik, şüphe ve kayıp duygularıyla örülüdür. Görüşülen uzmanların bu bireylere en sık koyduğu teşhisler ise şöyledir: kronik stres, post travmatik stres bozuklukları, depresyon, kendine güven eksikliği.

Evine geri dönenlerin karşılaştığı psiko-sosyal sorunlar: kendini yakınlarına ifade edememe, yakın sosyal çevre ve aileleri tarafından dışlanma, iş bulmama, içinde buldukları topluluk tarafından damgalanma ve dışlanma.

Ukrayna'da var olan sosyal hizmet çerçevesinde, her *oblast*'taki IOM destekli en az bir STK, insan ticareti mağduru kadınlara yönelik birebir danışmanlık vermektedir. Bazı bölgelerde insan ticareti mağdurları için sığınmaevleri de bulunmakta, bu kuruluşlarda rehabilitasyon ve reentegrasyon hizmeti sunulmaktadır. Ancak müracaatçılar bu kuruluşlardan sonra evlerine döndüklerinde devam eden bir takip ya da haberleşme mekanizması bulunmamaktadır. Özellikle iş bulamama sorununa yönelik olarak meslek edindirme kursları vardır, ancak, bu kursların iş garantisi

bulunmamaktadır. Ukrayna'daki genel işsizlik göz önünde bulundurulduğunda bu tür çalışmaların ne derece başarılı olduğu sorusu uzmanlar tarafından net olarak yanıtlanamamaktadır.

Var olan STK temelli sistem, mağdurları buldukları noktadan alıp çeşitli hizmetlerle farklı kuruluşlara yönlendirerek sonunda evlerine geri yollamaktadır. Ancak, psiko-sosyal boyutta sığınmaevi süreci sonrasında mağdura aktif destek sağlayan bir çalışma yoktur. Görüşme yapılan bazı uzmanlar, evlerine dönen mağdurların çoğunlukla yaşadıkları yerde damgalandıkları ve sosyal dışlanmaya maruz kaldıklarını bildirmiş, bunun çok zaman onları yine göç etmeye teşvik ettiğini ve yeniden insan ticaretine maruz kalma riski doğurduğuna da dikkat çekmişleridir. Bir diğer önemli eksiklik ise, mağdurların ailelerine ya da birlikte yaşadıkları yakınlarına yönelik danışmanlık hizmetlerinin hiç düşünülmemiş olmasıdır.

Mezzo boyutta, en önemli çalışmalar IOM, AGİT (Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı) Winrock International gibi uluslararası kuruluşlar tarafından yapılmıştır. Bu kuruluşlar 1990'lardan beri insan ticaretiyle mücadele için uzmanların yetiştirilmesi, çeşitli STK'ların açılması, var olan STK'ların arasında bir ağ kurulması ve bu ağın üyelerinin birbiriyle koordineli hareket etmesini sağlayacak birçok proje gerçekleştirmektedirler.

Makro boyutta baktığımızda, yine itici gücün uluslararası kuruluşlar olduğunu görmekteyiz. Bu kuruluşlar özellikle Ukrayna hükümetinde konuya ilgili bilinç ve hassasiyet yaratmak için çeşitli başarılı lobicilik faaliyetlerinde bulunmuşlar, hükümetle birlikte projeler

vasıtasıyla ulusal yasal çerçevenin oluşturulması (Wijers ve Havemann, 2006) ve insan ticareti suç örgütlerine karşı uluslararası polis işbirliğinin yapılması için altyapı oluşturmuşlardır.

Ukrayna mevzuatı, yapılan mülakatlar ve incelenen projeler göstermektedir ki, hali hazırdaki paradigma içinde makro açıdan insan ticareti bir göç problemi olarak düşünülmektedir. Bu nedenle yapılan bilgilendirme kampanyaları ve medya çalışmalarından kurulan destek sistemine kadar her boyutta var olan çalışmalar göçü önleme prensibi eksenine oturmuştur. Göç konusu önemli olmakla birlikte ataerkillik, gelir dağılımı adaletsizliği, kayıtdışı ekonomi, göçmen işgücü pazarları, seks sektörünün turizmin bir kolu olarak yayılması gibi insan ticaretinin diğer yapısal nedenleri makro politikalarda gerekli yeri bulamamıştır.

TARTIŞMA

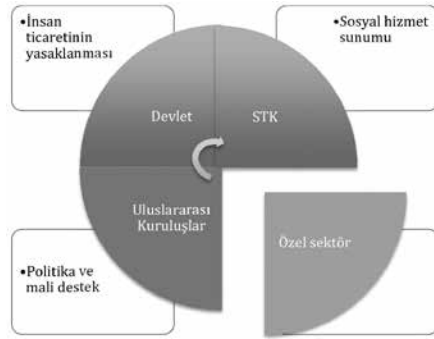
Ukrayna'da insan ticaretiyle mücadele sistemini sosyal hizmetin sosyal politikaya katkısı ve sosyal hizmetin amaçları açısından çözümlemek bize eleştirel bir analiz imkanı sağlayacaktır.

Sosyal hizmetin, bir sosyal sorunla sosyal politikaya katkı vererek ilgilenmesi insan hakları ve sosyal adaletin sağlanması temelinde üç aşamada olabilir: (a) tekil insan hakları ihlallerinin ve sosyal düzenle ilişkisinin tespiti, (b) toplumsal boyutta yaygınlaşan ihlallerin yeni başlayan bir sosyal sorun olarak tanımlanması, (c) yaygın sosyal sorunların harsalarının durdurulması ve sorunların çözümü için çalışma ⁴.

4 Duyan (2003) sosyal hizmetin işlev ve rolleri konulu çalışmasında, Şimşek'in (2001) halk

Ukrayna örneğine baktığımızda, 1989'dan itibaren yaşanan kapsamlı toplumsal dönüşüm içinde insan ticareti sorunu, problemin çıkış aşamasında tespit edilememiş; ve ancak insan ticareti mağdurları göç ettikleri ülkelerde tespit edilip, onların sorunlarına yönelik bir sosyal hizmet ve politika geliştirilmesi bir kamuoyu oluştuktan sonra, yani problem ortaya çıkıp akut bir hal aldıktan sonra, 2000'lerle birlikte ülkesinde sosyal politikanın ve sosyal hizmetin konusu olabilmıştır.

Geçiş süreci içinde devletin sosyal hizmetlere ayırabileceği bütçenin azalması, söz konusu alanda sosyal hizmetlerin STK'lar tarafından organize edilip sunulmasını gündeme getirmiştir. İnsan ticaretiyle mücadele alınının kurulmasında, insan ticaretine karşı sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesinde, uluslararası kuruluşlar hem ekonomik



Şekil 1. Ukrayna'da insan ticaretiyle mücadelede etkin ve uzak aktörler

ve maddi hem de bilgi ve kaynak desteği sağlamışlardır. Bu kuruluşlar ilgili aktivistlere STK kurmaları için ve buralarda soruna yönelik sosyal hizmet uygulaması geliştirmeleri için kaynak sağlamışlardır. Süreç içinde bugün Ukrayna genelinde 74 adet STK, IOM'ün sürekli verdiği destek çerçevesinde bir ağ oluşturmuştur ve Ukrayna'nın 17 *oblast*ında insan ticaretiyle mücadele için sosyal hizmet sağlamaktadır. Kamu sektörü ise, mücadeleye sadece yasa yapma, uluslararası kuruluşlar ile işbirliğine destek verme şeklinde katılmakta, kamu eliyle mağdurlara doğrudan bir hizmet sunulmamaktadır. Yukarıdaki şekilde görüldüğü gibi, bilgi, sosyal ağlar ve ekonomik kaynaklar uluslararası kuruluşların desteği ile kamuoyuna ve STK çalışmalarına yönelmektedir. Ancak şekilde de görüldüğü gibi özel sektör tamamen bu döngünün dışındadır.

Sosyal hizmetin amaçların kısaca hatırlayacak olursak: İnsanların problem çözme kapasitelerini artırmak; kaynak, hizmet ve olanak sağlayacak sistemlerle müracaatçıları buluşturmak; sistemlerin insancıl çalışmasını sağlamak; sosyal politikanın gelişimine katkıda

sağlığı alanında yaptığı çalışmasındaki üç koruma düzeyini sosyal hizmetin koruyuculuk işleviyle birleştirmekte ve düşünsel bir paralellik kurarak oradaki üçlü koruma anlayışını sosyal hizmetin bireyleri, grupları ve toplumu üç aşamada koruması olarak yorumlamaktadır; bu üç düzey: birincil koruma: potansiyel sorunların tespiti ve önlem alınması; ikinci aşama, oluşmakta olan bir sosyal problemi ilk aşamada tespit edip ona karşı önlem almak, üçüncü aşama ise akut hale gelmiş bir sorunun daha fazla zarar vermemesi ve giderilmesi için uğraşmaktır. Burada ben de Duyan'ın (2003) düşüncesine gönderme yaparak, koruyuculuk kavramını 'insan hakları koruyuculuğu' olarak ele alıp bezer bir paralellik içinde sosyal hizmetin sosyal politikalara katkısını insan haklarının korunmasında üç aşamada sınıflandırabileceğimizi düşünüyorum: (a) tekil insan hakları ihlallerin ve sosyal düzenle ilişkisinin tespiti, (b) toplumsal boyut kazanan ihlallerin yeni başlayan sosyal sorunlar olarak tanımlanması, (c) yaygın sosyal sorunların hasarlarının durdurulması ve sorunların çözümü için çalışma.

bulunmak; müracaatçı sistemlerinin güçlendirilmesi; sosyal adalet ve eşitlik için çalışmak (Johnson, 1998; Sheafor ve Horejsi, 2003).

Müracaatçıların problem çözme kapasitelerini artırma amacına yönelik, forum tiyatrosu örneğinde olduğu gibi hem göç öncesi potansiyel göçmenlerin ülkelindeki sorunlarını çözmelerine destek veren, hem de göç sürecine dair onları bilgilendiren çeşitli projeler vardır. Kaynak, hizmet ve olanaklarla müracaatçıları buluşturmak ve müracaatçıların güçlendirilmesi noktasında, hizmetlerin sadece insan ticaretine maruz kalıp ülkesine geri dönmüş kadınlara yönelik kurumsallaştığı bu araştırmada tespit edilmiştir. İnsan ticaretinin çoğunlukla seks sektöründe zorla çalıştırma gibi algılansa da aslında yazının başında belirtildiği gibi çok daha çeşitli pratikleri içeren bir kavramdır; örneğin zorla çalıştırma ve organ ticaretini de içerir. Mağdurlar çoğunlukla kadınlar olsa da, çocuklar ve erkekler de insan ticaretine maruz kalabilmektedir. İnsan ticaretine maruz kamış çocuklar ve erkekler için de sosyal hizmet müdahalelerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Sosyal hizmetin kaynak, hizmet ve olanak sağlama amacıyla ilgili bir diğer husus ise sosyal hizmetler bütçesinin ve sisteminin tüm vatandaşlara asgari gelir düzeyi ve insan onuruna yakışır bir hayat standardı sağlaması gereğidir. Ancak, birçok geçiş ekonomisinde olduğu gibi Ukrayna'da da kapitalist sisteme uyum sürecinde devlet gelir dağılımı adaletini ve sosyal yardım ve hizmetleri sağlamak için gerekli harcamaları en alt düzeye indirmiş; ülke içinde yoksulluğun artması ve yoksulluğun kadınlaşması gibi olguları politikalar dışında bırakmıştır. Önleme çalışmaları dahilinde, bireyleri güçlendirecek

ve onları özellikle yoksulluk ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğine karşı güçlenmeleri için kaynak, hizmet ve olanaklara kavuşturacak hizmetlere ve bu hizmetleri sağlayacak kaynaklara ihtiyaç vardır. İnsan ticaretine maruz kamış müracaatçıların güçlendirilmesi açısından ayrıca sığınmaevi süreci sonrasında oturdukları yere döndüklerinde reentegrasyon aşamasında güçlendirme faaliyetleri ihtiyacı karşılamaktan uzaktır.

Sosyal adalet ve eşitlik için çalışma amacı, insan ticaretiyle mücadele bağlamında insan ticaretinin bir sosyal sorun olarak tanımlanması ve konuyla ilgili sosyal politikaların geliştirilmesiyle ilgilidir. Sorunun tespitinde geç kalınmış, sorun ancak akut bir hal aldıktan sonra, dış desteklerle tanımlanabilmiş ve müdahaleler geliştirilmiştir. Sorunun tanımlanmasında ve hizmetlerin geliştirilmesinde yerel sesler yeterince çıkmamaktadır. Bunun önemli nedenlerinden birisi, kamu desteğinin sadece kovuşturma alanında yoğunlaşmasıdır. Diğer bir önemli neden, STK'ların kaynak olarak salt uluslararası kuruluşlar ve onların politik ajandaları etrafında şekillenen proje fonlama programlarına bağımlı olmaları, kamudan ve özel sektörden destek bulamamalarıdır. Ayrıca, yerel STK'lar ve fon sağlayan kuruluşlar arasında sürekli ve yatay bir ilişki var olamamaktadır. Yani mevcut insan ticaretiyle mücadele sisteminin kurumsallaşma mantığı ve şekli insan ticaretine karşı yerel önlemlerin güçlenmesine imkan vermemektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak, Ukrayna'daki insan ticaretiyle mücadelenin bugünkü durumuna baktığımızda sosyal politika ve sosyal hizmet açısından üç önemli nokta söz konusudur:

(a) Mikro-mezzo-makro kopukluğu ve sorunun köküne inememek: Kaynak ülke olduğu için sadece, mağdurları tespit etmek ve onları evlerine geri göndermek temalı bir politika Ukrayna'ya uygun düşmemektedir. Sosyal hizmet bakış açısıyla baktığımızda, müracaatçıların insan hakları ihlalleri sonucunda uğradıkları bio-psiko-sosyal hasarların tamiri ve tam bir iyilik haline ulaşabilmeleri gereği noktasında, psiko-sosyal ve bazen de fiziksel açılardan uzun vadeli desteğe ihtiyaç duyan insan ticareti mağdurları için, hali hazırdaki kısıtlı rehabilitasyon ve re-entegrasyon çalışmaları uzun vadeli olacak biçimde geliştirilmelidir.

Alanda mikro ve mezzo boyutlarda insan ticaretiyle mücadele için çeşitli müdahaleler geliştirilmiş, bir uygulama zenginliği yaratılmıştır. Ancak, bir toplumsal sorunla mücadelede sosyal hizmet bakış açısı, hem mikro hem mezzo hem de makro düzeyde müdahale ve bunların bütüncül bir yaklaşımla oluşturulmasını gerektirir. Mevcut sistem, insan ticaretiyle mücadelede mikro hizmetlere odaklanmıştır. Alandaki sosyal politika, insan ticareti sorununun temeli olan ülke gelir dağılımındaki adaletsizlik, yoksulluk ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi sorunlara yönelik bir müdahale içermemektedir. Bu nedenle yaratılan uygulama zenginliği, bireysel bazda palyatif çözümler üretilmesi kısıtında kalmıştır.

(b) Sosyal hizmet sunumunun sadece STK'lar aracılığıyla gerçekleştirilmesi uygulama ve politika üretme açısından sıkıntılar yaratmaktadır: İnsan ticaretiyle mücadele sisteminde devletin rolü sadece ceza yasalarını yapıcı ve koşturucu role indirgenmekte; sosyal hizmetin sunumu sadece

STK'lar tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu durum giderek uluslararası sosyal politika tartışmalarında anaakım haline gelen Yeni Kamu Yönetimi⁵ anlayışının bir sonucudur.

Alandaki STK'lar farklı uygulamaların geliştirilmesi açısından zenginleştirici olmuştur; ancak sadece STK'ya dayalı hizmet sunumu, STK'lar tarafından verilen hizmetin kalitesini ölçen bir sistemin olmayışını, dahası hizmetler için gereken kaynağın sürekli olarak uluslararası kuruluşlar ve projeler bağlamında sağlanmasını beraberinde getirmiştir. Bu durum, hizmetlerin sürekliliğini ve yaygınlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Dahası Odessa'daki insan ticareti mağdurlarına yönelik sığınmaevi örneğinde olduğu gibi, bazı kuruluşlar ihtiyacın varlığına bakılmaksızın proje ve kaynağın bitmesiyle kapanmak zorunda kalmış, buradan destek alan mağdurların süreçlerinin devamı takip edilememiştir. Dahası, konuya özel olarak yetişen sığınmaevi uzmanları, -STK'lar bir ağı oluştursa da aralarında kurumsal bir birlik olmadığı için, konuyla ilgili başka bir kuruluşa transfer edilememiştir. Her projede her STK yeniden uzman yetiştirmeye kaynak ayırmak durumunda kalmıştır. Yine bu koşullar içinde, STK'lar ile projeleri üreten ya da fon veren kuruluşlar arasında yatay bir ilişki yaşanmamaktadır. STK'lar kendi rollerini sadece hizmet sunmak olarak tanımlamakta ve genelde politik görüş, özelde de hali hazırdaki insan

5 Yeni Kamu Yönetimi yaklaşımını kısaca neo-liberal doktrin içinde refah devletinin giderek küçülmesi, devletin sosyal sorumluluklarının icrasının sivil topluma kaydırılması olarak niteleyebiliriz. Daha fazla bilgi için bkz. Balcı,2008; Farazmand, 2001; Kirkpatrick, 2004; Rosanvallon,2000.

ticareti politikası hakkında eleştirel bir bakış oluşturmamaktadırlar. STK'ların ekonomik açıdan bağımsız olamamaları mikro-mezzo ve makro arasındaki kopukluğun önemli nedenlerinden birisidir.

Bu tespit, ilaveten yirmi yıldır süregelen insan ticaretiyle mücadelenin sorunu ortadan kaldıramamış olması ve ilaveten eski insan ticareti mağdurları hakkında ne Ukrayna'da ne de uluslararası literatürde bireysel başarı öykülerinin bulunmaması, var olan yaklaşımın yetersizliğinin belirgin göstergeleridir. Buradaki sonuç çıkarımlar göstermektedir ki, sıkıntı sadece insan ticaretinin yer altında olması ve sorunun boyutlarının bir türlü tam olarak bilinmemesiyle ilgili değildir. Yetersizlik, aynı zamanda insan ticaretiyle mücadelenin Yeni Kamu Yönetimi yaklaşımı uyarınca örülen kurumsallaşmasının ve uluslararası yaklaşımın göç/suç paradigmasındaki sıkışmışlığıyla iç içe geçmesiyle ilgilidir. Dolayısıyla sosyal politika ve sosyal hizmette bütüncül politikaların oluşumunu beslemeyen bir yapı ortaya çıkmıştır.

(c) İnsan ticaretiyle mücadele de ekonomik alan ihmal edilmektedir.

İnsan ticareti son tahlilde ağır bir emek ve beden sömürsüdür ve ekonomik alanda gerçekleşmektedir. Ancak, insan ticaretiyle mücadelede her ne kadar, hem devlet hem uluslararası kuruluşlar hem de STK'lar katılım ve işbirliği içinde çalışsa da ekonomik alanın en önemli aktörü olan özel sektör insan ticaretiyle mücadele alanının tamamen dışında kalmaktadır. Oysa, gerek kimi ülkelerde yasal kimi ülkelerde yasaklı olan seks sektörünün kontrolü, gerek göçmen işçilerin çalışmalarının ve haklarının düzenlenmesi, gerekse genel

olarak kayıtdışı ekonomideki çalışma koşulları, hükümetlerin özel sektörü denetlemesini ve gerektiğinde işgücü pazarına müdahalede bulunmasını gerektiren konulardır. Bu noktada özel sektörün insan ticaretiyle mücadeleye girişi gerekli ve kritiktir. Bu önemli bir eksiktir ve sadece Ukrayna vakasına özgü değildir.

KAYNAKÇA

ABD Hükümeti Dış İşleri Bakanlığı (2007). *Trafficking in Persons Report Released by the Office of Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons*, US Department of State: Washington

AGİT (1991). The Moscow Document: document of the Moscow meeting of the conference on the human dimension of the CSCE, internet kaynağı: http://www.osce.org/documents/odihr/1991/10/13995_en.pdf son erişim: 10/06/2010

AGİT (1996). Stockholm Declaration: Adopted by the OSCE Parliamentary Assembly, internet kaynağı: http://www.oscepa.org/images/stories/documents/declarations/1996__stockholm_declaration_-_english.2262.pdf son erişim: 10/06/2010

AGİT (1998). Seventh Meeting of the Ministerial Council 2-3 December 1998 internet kaynağı: http://www.osce.org/documents/mcs/1998/12/4168_en.pdf son erişim: 10/06/2010

AGİT. (1999a). Trafficking in Human Beings: Implications for the OSCE, OSCE review Conference September 1999, ODIHR Background paper 1999/3, OSCE/ODIHR: Warsaw

AGİT. (1999b). Istanbul Document. Retrieved from: <http://www.osce.org/mc/39569> son erişim: 10/06/2010

Atasü-Topcuoğlu, R. (2012). "Die Problematisierung des Menschenhandels", içinde von Steinsdorf S. ve Ruf-Ucar, H.

- (Der.) *Implementierung von Rechtsnormen: Gewalt gegen Frauen in der Türkei und in Deutschland*, Centaurus Verlag: Berlin
- Balci, A. (2008) Kamuoyu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar, Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Dünya ve Türkiye Yansımaları, Seçkin Yayıncılık: İstanbul.
- Cohen, J. L., ve Arato, A. (1992). *Civil society and political theory*, Cambridge: MIT Press.
- Duyan, V. (2003). Sosyal Hizmetin İşlev ve Roller, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 14(2):1-22
- Dünya Bankası (1998). "Can Ukraine Avert a Financial Meltdown?" World Bank. June 1998 retrieved from <http://www.worldbank.org/html/prddr/trans/june1998/ukraine.htm>. Son erişim tarihi: 2007-12-16.
- Faith, Love and Hope (2004). *Socio-Psychological description of women who suffered from traffickers in human beings*, Faith, Love and Hope: Kiev
- Farazmand, A. (2001) *Privatization and Public Enterprise Reform: Implications for Public Management*, Greenwood Publishing Group: Westport, CT.
- Hughes, D. M. (2000). "The 'Natasha' trade, the transnational shadow market of trafficking in women." *Journal of International Affairs*, 53(2), 625-65.
- IMF (tarihsiz). "Ukrainian GDP (PPP)". World Economic Outlook Database, October 2007. International Monetary Fund (IMF). from, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2007/02/weodata/weorept.aspx?sy=1992&ey=2008&scsm=1&ssd=1&sor t=country&ds=.&br=1&c=926&s=PPPGDP &grp=0&a=&pr1.x=41&pr1.y=2>. Son erişim tarihi: 2008-03-10.
- ILO (2007). Forced Labour Statistics (Fact Sheet)
- ILO (2009). *The cost of coercion: global report under the follow-up to the ILO declaration on fundamental principles and rights at work*, Intentional Labour Conference, 98th Session 2009, Report I (B), ILO: Geneva.
- IOM (2007) *Trafficking in Human Beings and the 2006 World Cup in Germany*, IOM: Geneva.
- Johnson, L. C. (1983) *Social Work Practice: A Generalist approach*, aLLYN bacon: Boston
- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S. ve Walker, R. (2004) *The New Managerialism and Public Service Professions*, Palgrave.: London
- La Strada (2008). *Violation of Women's Rights*, La Starada International: Amsterdam.
- Levchenko, K.B., Udalova, O.A. , Trubavina, I.M (Der.) (2005). *Prevention of Human Trafficking and Exploitation of Children*, International Women's Rights Centre La Starada Ukraine Yayını: Kiev
- Lutsenko, Y., Matiaszek, L., Scanlan, S., & Shvab, I. (2005). *Trafficking in Ukraine: an assessment of current responses*. UNICEF: Kiev.
- Rosanvallon, P. (2000). *The new social question – rethinking the welfare state*. Princeton University Press: New Jersey.
- Sheafor ve horejsi (2003). *Techniques and Guidelines for Social work Practice*, A and B : Boston
- Shen, R. (1996) *Ukraine's Economic Reform: Obstacles, Errors, Lessons*, Praeger Publishing: Westport
- Swiss Agency for Development and Cooperation (2010). *Annual Report SDC / SECO 2009*, SDC
- Şimşek, Z. (2001): Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Psikometrik Değerlendirilmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 12(2), 3-30
- Ukrayna İç İşleri Bakanlığı (2009). *Combating Trafficking in Human Beings: Information Handbook*, Ukrayna İç İşleri Bakanlığı Yayını: Kiev
- Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)(2007). Fact Sheet, ILO: Geneva

Yesyukova, M.V., Doroshok, T. Orlean, A.M. (2006). *Measures to Counteract Child Trafficking and Commercial Exploitation of Children in Ukraine*, ECAPT, UNODC La Starad Ukriane ortak Yayını: Kiev.

Velibor, L. (2008). The emergence of trafficking in women and children in Bosnia and Herzegovina: A case study. In N. I. O. Ebbe & K. D. Dilip (Eds.), *Global Trafficking of Women and Children* (ss. 109-126). Boca Raton: CRC

Wijers, M. Ve Havemann, R. (2006). *Guidelines on Trafficking in Human Beings for the Criminal Justice Chain in Ukraine*, Avrupa Bilriği ve IOM ortak Yayını: Kiev.

Araştırma

ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİNDE AİLELERE YÖNELİK SOSYAL HİZMET UYGULAMASI: BİR DEĞERLENDİRME ARAŞTIRMASI

Social Work Practice with Families in Special Education and Rehabilitation Centres: An Evaluation Research

Serap DAŞBAŞ*

*Öğr. Gör. Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Bu araştırma, işitme engelli çocuklara ve ailelerine hizmet veren bir işitme ve konuşma engelliler özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde yapılmıştır. 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.

Anahtar Sözcükler: Sosyal hizmet uygulaması, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri, işitme engelli çocuklar, mesleki müdahale

ABSTRACT

This study has been conducted for hearing-for speaking impaired children in a special education and rehabilitation center where services are given to them. The goal of this study is to evaluate the success of the social work practice for the families in special education and rehabilitation centers and the factors that affect the success of this practice. In this study, firstly, social work practice has been carried out with 12 hearing impaired children and their families who are getting service from "Center" and are going

on primary school, and then outcomes of the practice were evaluated. In this context, at the first step of the study, the needs and problems of the families were determined. And then, these needs were ranked according to their priorities and three goals determined in order to be met this three needs. In the research process, professional work has been carried out with families in order to achieve these three goals. The success of the families in achieving these goals was determined with Goal Attainment Scaling. The motivation of the families on attending the study, the professional skills of the researcher (social worker) and the conditions of the special education centres affected the success of the study. The success of the families in achieving goals shows the success of social work practice. In addition, this study shows social work practice in special education and rehabilitation centres which are beneficial to hearing impaired children and their families.

Key Words: *Social work practice, special education and rehabilitation centres, hearing impaired children, intervention.*

GİRİŞ

Bir meslek ve disiplin olarak sosyal hizmet, bireylerin sosyal işlevselliğini artırmak, çevreleriyle uyumlu bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olmak, toplum kaynaklarının geliştirilmesini ve bu kaynakların birey, aile, grup, topluluk ve toplumun gereksinimleri yönünde kullanılmasını sağlamak amacıyla yürütülen örgütlü hizmetler ve programlar bütünüdür.

Sosyal hizmet, bireyi içinde bulunduğu çevresiyle bir bütün olarak değerlendiren bir yapıya sahiptir. Birey, içinde yaşadığı bu çevreyi hem etkilemekte hem de bu çevreden etkilenmektedir. Bireyin en yakın çevresi anne, baba

ve kardeşleri, yani ailesidir. Aile, bireylerin yaşantısında çok önemli bir yere sahiptir.

Engelli bireyler veya çocuklar için de aileleri büyük bir öneme sahiptir. Aile, engelli çocuğunun gelişimini hem desteklemekte hem de çocuğun eğitim ve gelişim sürecinde karşılaştığı güçlüklerle baş etmeye çalışmaktadır. Çünkü engelli bir çocuğun yetiştirilmesi, özveri gerektiren ve oldukça zorlu bir süreçtir. Engelli çocukları aileleri desteklemektedir, peki aileleri bu süreçte, yaşadıkları zorlukların üstesinden gelmekte kim destekleyecektir?

İşte bu noktada, engelli çocukların ailelerine götürülen hizmetlerin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu bakımdan engelli çocukların eğitim hizmeti aldıkları özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri, ailelerini desteklemek açısından oldukça uygun mekanlardır. Çünkü aileler haftanın belli günlerinde çocuklarını ders için merkezlere getirmektedir. Çocukların derste olduğu bu süre içerisinde, ailelerle görüşmeler yapmak, onları desteklemek, bilgilendirmek, gereksinimlerini ve sorunlarını belirleyerek, bunların giderilmesine yönelik uygulamalar yürütmek mümkündür.

Bu araştırma, böyle bir bakış açısı ile işitme ve konuşma engellilere yönelik bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden hizmet alan, işitme engelli çocukların aileleriyle yürütülen sosyal hizmet uygulamalarını içermektedir.

İŞİTME ENGELLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN İHTİYAÇ VE SORUNLARI VE BUNA YÖNELİK SOSYAL HİZMET UYGULAMASI

Engellilik olgusunun aile yaşamına etkileri, engelin düzeyi ve ilerleme

durumu ile aile üyelerinin ve yakın çevrenin inanç, değer ve tutumlarına bağlı olarak değişebilmektedir. Benzer şekilde, engelli bireyin çevreyle iletişim kurma becerilerinin düzeyi, birey olarak toplum içinde izole olup olmaması da aile yaşamını etkilemektedir (İl, 2000: 54-56).

Ana babaların engelli çocuklarını kabul etme zorlukları ailenin yaşamı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Oymak (1997: 2) bu konuda, engelli çocuğa sahip ailelerin çocuklarındaki engeli kabullenmelerinin zor olduğunu, bazı ailelerin çocuklarını dışarıya bile çıkarmadığını, evde ya da başka bir yerde tecrit edebildiğini, engeli bir nevi kabahat ya da suç ile özdeş gördüğünden utanma duygusundan bir türlü kurtulamadıklarını ve sonuçta da bu tutum ve davranışların ailenin ve çocuğun içe kapanmasına yol açtığını ve mevcut yetenek ve becerilerin gelişmesini engellediğini belirtmiştir.

İşitme engelli olan anne babalar da başlangıçta tamamıyla bilmedikleri ve yabancı oldukları bir durumla karşı karşıya kalırlar. Üstelik bu durum geçici değil, tüm yaşam boyunca devam edecek bir durumdur ve ailelerin birçoğu işitme engelli bir çocuğun sorumluluğunu almaya hazır da değildir.

İşitme engelli bir çocuğa sahip olma gerçeği ile karşı karşıya kalan aileler bu süreçte şok, inkâr, depresyon, karmaşa, kızgınlık, utanma, pazarlık, kabul ve uyum gibi dönemlerden geçerler. Bu dönemlerden her biri, anne babanın duruma uyum sağlamasında ve kabullenmesinde bir şekilde aşması gereken engellerdir. Benzer durumdaki her aile hemen hemen aynı dönemlerden geçmektedir. Bu dönemler çok uzun süre

devam etmediği takdirde normaldir ve bir çeşit doğal savunma tepkileridir. İşitme engelli çocuğun engeline bağlı olarak gösterdiği özellikler, bu dönemlerin süresini etkilemektedir. Ailede bulunan kardeş ya da kardeşlerin varlığı da bu tepkilerin şiddetini ve süresini etkileyebilmektedir (MEB Özel Eğitim ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2003: 82).

Ailenin işitme engeli hakkında bilgi sahibi olması, başlangıçta yaşadığı karmaşık durumu aydınlatması açısından oldukça önemlidir. Bu bakımdan çocuğuna işitme engelli tanısı koyulan ailelere, ilk olarak, işitme engelinin türü, özellikleri ve nedenleri hakkında basit ve şematik açıklamalar yapmak oldukça yararlı olacaktır, ikinci olarak, işitme engelli çocuğun cihazlandırılması, kullanılacak cihazın temini ve bakımı hakkında bilgiler verilmelidir. Üçüncü olarak, işitme engelli çocukların sağlıklı gelişebilmesi için bedensel, psikolojik, sosyal, duygusal gereksinimleri ve bunların karşılanabilmesinde ailenin yardım alabileceği kurum ve kuruluşlar hakkında açıklamalar yapılmalıdır. Daha sonra, anne babaların ve çocuğun yakın çevresindekilere, işitme engelli çocuk ile nasıl iletişim kurabilecekleri, engelini nasıl kabullenebilecekleri, çocuğun gelişim özellikleri ve gösterdiği akademik ve sosyal gelişmeler konularında bilgiler verilmelidir. Son olarak da, özel eğitim alan çocuk ve ailesinin sahip olduğu yasal haklar ve bu doğrultudaki yasal düzenlemeler hakkında açıklamalar yapılması gerekmektedir (MEB Özel Eğitim ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2003: 85-86).

Engelli ailelerinin baş etmek durumunda oldukları bir diğer durum da engelli bireye sahip olmaktan kaynaklanan

duygusal strestir. Bu stres aile bireylerini tek tek etkileyebileceği gibi aile içi ilişkileri de etkileyebilmektedir. Özellikle çocuklarının engelli olduğunu öğrendikten sonra eşler arasındaki ilişkiler bozulabilmektedir. Engelli kardeşe daha çok ilgi gösterildiğinden, anne baba ve diğer kardeşler arasındaki ilişkiler de gerginleşebilmektedir (İşıkhan, 2005: 25, 26). Bu bakımdan bu süreçte aile içi ilişkilerin güçlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Çocuklarına işitme engelli tanısı koyulan anne babalar, kendilerini çok yalnız hissetmektedir. Bu yaşadıklarının, yalnız kendi başlarına geldiğini ve bu sorunla baş edemeyeceklerini düşünmektedir. Bu durumda çevreden hiçbir destek almamak anne babanın içinde bulunduğu durumu daha da güçleştirmektedir (Boyer, 1986). Bu bakımdan ailelerin, özellikle, çocuklarına işitme engelli tanısının koyulmasından, çocuklarının işitme engelli olduğunu kabullenmelerine kadar geçen süreçte pek çok kişinin psikolojik ve sosyal desteğine ihtiyaçları vardır. Bu desteği ailelere, yakın akraba ve arkadaş çevresi, işitme engelli çocuğa sahip diğer aileler, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikolojik danışman ve rehber öğretmen gibi profesyoneller sağlamaktadır. Ailenin yakın akraba ve arkadaş çevresinden aldığı psikolojik ve sosyal destek engelli çocuğa sahip olmaktan kaynaklanan pek çok güçlükü baş etme konusunda oldukça önemlidir. Özellikle, yine engelli çocuğa sahip diğer ailelerle yapılan grup çalışmaları (karşılıklı destek grupları, kendine yardım grupları vb.) ailelere tatmin edici bir destek sağlamaktadır (Solomon, Pistrang ve Barker, 2001).

Bazı aileler ise, yaşadıkları stresin yoğunluğu nedeniyle daha profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu aileler

de işitme engellilerle ilgili gerekli bilgi ve donanıma sahip sosyal hizmet uzmanı, psikolog, rehber öğretmen ve psikolojik danışman gibi profesyonel meslek elemanlarından danışmanlık hizmeti almaktadır.

Engellilik durumu, herhangi bir sınıfa, ırka ya da ekonomik düzeye ilişkin değildir. Herkesin başına gelebilir. Fakat ekonomik açıdan düşük seviyede bulunan aileler engellilik durumundan, ekonomik açıdan yüksek seviyede bulunan ailelere oranla daha çok etkilenirler. Çünkü engelli bireylerin gereksinim duydukları hizmetler çok ve çeşitlidir. Ayrıca bunlar sürekli hizmetlerdir. Engelli bireyin yaşamı boyunca devam eder. Ailenin bu gereksinimleri sürekli olarak karşılayabilmesi için ekonomik açıdan yeterli olması gerekir. Bunun yanında içinde yaşanılan toplumda var olan engellilere yönelik sosyal politikalar ve sosyal hizmetlerin yeterli düzeyde olması ailelerin bu süreçte karşılaştıkları sorunlarla baş etmeleri konusunda oldukça önemlidir.

İşitme Engelli Çocuklar ve Ailelerine Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamaları

Engellilik alanı özel hizmet ve multidisipliner yaklaşım gerektiren bir alandır. Engelli çocukların eğitim ve rehabilitasyonuna yönelik hizmetlerde sosyal hizmet uzmanı, özel eğitimci, öğretmen, çocuk gelişimi ve eğitimcisi, psikolog, fizyoterapist, konuşma terapisti gibi meslek elemanları bir ekip anlayışı içerisinde çalışmalarını yürütür. Bunlardan sosyal hizmet uzmanının çalışmaları üç boyutta ele alınabilir (Erkan, 2003: 34):

İşitme Engelli Çocuklar ve Aileleri ile Sosyal Hizmet Uygulamaları: İşitme engelli çocuklar ve ailelerine

yönelik sosyal hizmet uygulamaları çoğunlukla bireysel görüşmeler veya aile görüşmeleri şeklinde gerçekleşmektedir. Bu görüşmelerde sosyal hizmet uzmanı, işitme engelli çocuğu ve ailesini içinde bulunduğu çevresi ile birlikte ele almaktadır. Çocuğun ve ailesinin kendilerinden ve çevrelerinden kaynaklanan sorunların farkına varmalarını sağlamak ve bu sorunların çözümünde onlarla birlikte çalışmaktadır. Burada hedef, işitme engelli çocuğun ve ailesinin içinde buldukları durumun neden olduğu stresi azaltarak, bu yeni durumla uyumlu bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerini sağlamak ve bu süreçte karşılaşılan engelleri ortadan kaldırmaktır.

İşitme Engelli Çocuklar ve Aileleri ile Sosyal Hizmet Uygulamaları: Sosyal hizmetin grup uygulamalarında, toplumdaki sorun odaklarına yönelik çok kapsamlı ve bütünlendirici bir uygulama dinamiği söz konusudur (Aktaş, 2001: 42). Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları, engelli çocuğa sahip ailelerle çeşitli türlerde gruplar kurar ve yürütürler. Bu gruplar destek grupları, etkileşim grupları, eğitim grupları ve sosyalleşme grupları olarak sınıflandırılabilir (Erkan, 2003: 36).

İşitme Engelli Çocuklar ve Ailelerine Yönelik Toplum Düzeyinde Sosyal Hizmet Uygulamaları: İşitme engelli çocuklar ve ailelerine yönelik toplum düzeyinde sosyal hizmet uygulamaları topluma yönelik çalışmaları içerir.

AMAÇ

Bu çalışmada, bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam eden ve işitme engelli çocuğa sahip ailelere yönelik sosyal hizmet uygulamasının sonuçlarının nasıl olduğu araştırılmıştır.

Bu amaçla çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine devam eden ve işitme engelli çocuğa sahip ailelerin psiko-sosyal ihtiyaç ve sorunlarını gidermede;

- Sosyal hizmet uygulamasının başarısı üzerinde hangi etmenler etkili olmaktadır?
- Sosyal hizmet uygulaması ne ölçüde başarı sağlamaktadır?

YÖNTEM

Bu çalışma, nicel ve nitel yaklaşımların birlikte kullanıldığı bir değerlendirme araştırmasıdır (Neuman ve Kreuger, 2003: 393-432; Rubin ve Babbie, 2000: 560-599). Çalışmanın başlangıcında, işitme engelli çocuğa sahip ailelerin ihtiyaç ve sorunları psiko-sosyal inceleme ve değerlendirme ile belirlenmiştir. İzleyen aşamada, yaklaşık beş ay süreyle, belirlenen ihtiyaçların karşılanması ve sorunların çözümlenmesine yönelik mesleki uygulama gerçekleştirilmiş ve mesleki uygulama sonucunda ulaşılabilecek amaçla aile ile birlikte belirlenmiştir. Belirlenen amaçlarla ilgili beklenen, en iyiden en kötüye kadar, çeşitli sonuçlar belirlenmiş ve ailenin bu durumlardan hangisinde olduğu tespit edilmiştir. Daha sonra 5 ay süreyle araştırmacı, aileyle mesleki çalışmasını yapmış ve 5 aylık sürecin sonunda ailenin başlangıçta belirlenen durumlara göre ne oranda gelişme gösterdiği ya da göstermediği belirlenmiştir. Ailelerin, belirlenen amaçlara ulaşmalarında, hangi etmenlerin etkili olduğu, aynı zamanda sosyal hizmet uzmanı olan araştırmacı tarafından, mesleki bilgi ve beceriler kullanılarak nitel biçimde değerlendirilmiştir. Ailelerin amaca

ulaşmadaki başarı durumu ise, Amaca Ulaşma Ölçeği (Goal Attainment Scaling) ile yüzde cinsinden ifade edilmiştir.

Çalışma Grubu

Çalışmaya, Ankara'da bulunan bir işitme-konuşma engelliler özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden hizmet almakta olan ve işitme engelli çocuğa sahip olan aileler konu edilmiş ve bu aileler aynı zamanda veri kaynağı olmuşlardır. Araştırma kapsamındaki mesleki uygulamalar söz konusu özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden hizmet alan toplam 45 işitme engelli çocuk arasından okula devam eden 12 işitme engelli çocuk (2'si kardeş) ve 11 aile ile yürütülmüştür. Mesleki çalışma süresince annelerle çalışılmış, ancak ailedeki diğer kişilerle (baba, kardeş, işitme engelli çocuğun kendisi) ve çocukların okuldaki sınıf öğretmenleriyle de zaman zaman görüşmeler yapılmıştır.

Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Bu araştırma, işitme engelli çocuğa sahip ailelerin ihtiyaç ve sorunlarına yönelik bir belirleme içermektedir. Bu nedenle başlangıç aşamasında, bu ailelere yönelik kapsamlı mesleki müdahaleyi planlayabilmek için psiko-sosyal inceleme ve değerlendirme yapılmıştır. Bu kapsamda; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinden hizmet alan ve işitme engeli olan çocukların dosya bilgileri, çocukların merkezdeki eğitimcisinden alınan bilgiler, anne babayla yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler ve okula devam eden çocukların öğretmenleriyle yapılan görüşmelerden edinilen bilgilerden yararlanılmıştır. Uygulama sürecinde anne

ve babalarla yapılan görüşmelerin yanında, araştırma konusu işitme engelli çocukların okul ziyaretleri yapılmış, sınıf öğretmenleri ve rehber öğretmenleri ile görüşülmüştür. Ayrıca aileleri bilgilendirmeye yönelik olarak merkezde periyodik olarak düzenlenen aile eğitim toplantılarına araştırma konusu ailelerin katılımı sağlanmıştır.

Bu çalışma kapsamında müracaatçıların ayrıntılı inceleme ve değerlendirmeleri sonucunda çeşitli gereksinim ve sorunları olduğu belirlenmiştir. Müracaatçıların belirlenmiş olan ihtiyaç ve sorunlarının aciliyet ve önemlilik açısından öncelikleri değerlendirilmiş ve bunların belirli bir kısmı ile çalışılmıştır.

Araştırmaya katılan aileler hakkında detaylı psiko-sosyal inceleme ve değerlendirmeler, 5. Ulusal Sosyal Hizmet Konferansı'nda (1999), Özürlü Hakları ve Sosyal Hizmetler Çalışma Grubu tarafından hazırlanan "Özürlü Müracaatları İçin Sosyal İnceleme Raporu Anahatları" na göre yapılmıştır. Psiko-sosyal inceleme ve değerlendirme sonucunda belirlenen ihtiyaç ve sorunlar Amaca Ulaşma Ölçeği-AUÖ (Goal Attainment Scaling-GAS) ile ölçülmüş ve değerlendirilmiştir.

AUÖ, müracaatçıların bireyselleştirilmiş hedeflere ne derece ulaşabildiğini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. AUÖ birey ya da ailelere müdahale sürecinde ortaya çıkan, amaca yönelik davranışların derecesini tahmin etmeyi sağlayan bir yöntemdir (Sheafor ve Horejsi, 2003: 483). AUÖ başlangıçta ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmalarda kullanılmaktayken daha sonra kapsamı geliştirilmiş ve aile terapisi çalışmalarında da kullanılmaya başlanmıştır (Woodward et al., 1978: 464).

AUÖ'yü oluşturma ve uygulamanın aşamaları şöyledir (Sheafor ve Horejsi, 2003, s. 483-486):

1. 2-5 arası amaç belirleme ve her bir amacı derecelendirme.
2. Her bir amacın diğer amaçlar arasındaki ağırlığını belirleme.
3. Mesleki müdahalenin başlangıcında müracaatçının hangi konumda olduğunu belirleme.
4. Mesleki müdahale tamamlandıktan sonra müracaatçının hangi konumda olduğunu belirleme.
5. Her bir amaç için Ağırlıklı Değişim Puanını hesaplama.
6. Her amaç için Amaca Ulaşma Yüzdesini hesaplama.
7. Genel Amaca Ulaşma Yüzdesini hesaplama.

BULGULAR

Araştırma konusu olan 12 işitme engelli çocuk (2'si kardeş) ve 11 aileyle yapılan mesleki çalışmalarda her bir ailenin çocuğun özür durumuna, ailenin sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel yapısına göre gereksinim ve sorunlarının farklılaştığı dikkat çekmektedir. Araştırmaya katılan ailelerin gereksinim ve sorunları ve buna ilişkin yapılan mesleki çalışma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda aktarılmaktadır.

Sorun 1: Annelerin engelli çocuğun bakımı ve ihtiyaçlarının karşılanması konusunda bütün sorumluluğu üstlenmeleri, kendilerine vakit ayıramamaları ve eşleri tarafından yeterince desteklenmemeleridir.

Araştırmaya katılan 11 ailenin hepsinde de anneler çocukları ile ilgili her türlü sorumluluğu tek başlarına üstlendiklerini ve kendileri için hiçbir şey yapmaya fırsat bulamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu bakımdan çalışma yürütülürken, babalar da sürece dâhil edilmeye çalışılmış, görüşmelere devam etmeseler de onlar için de amaçlar belirlenmiş ve bu amaca uygun davranışları yerine getirip getirmedikleri takip edilmiştir. Örneğin, 1. Katılımcı ailede baba hafta içi çalışmakta, hafta sonu ise çeşitli aktivitelerle katılarak çocuğuyla ilgili hiçbir sorumluluğu üstlenmemekte idi. Baba ile yapılan görüşmeler sonrasında aslında babanın çocuğunun özrünü kabullenemediği anlaşılmış ve bu yönde bireysel çalışma yürütülmüştür. Başlangıçta baba işitme engelli çocuğuna hiç vakit ayırmazken mesleki çalışma sonrasında haftada 4 saatini çocuğuna ayırmaya başlayarak AUÖ'ye göre %50'lik bir başarı elde etmiştir.

Sorun 2: Çocuktan yapabileceklerinden fazlasını bekleme ve çocukla olumlu bir ilişki kuramamadır.

Araştırmaya katılan 11 aileden 7'si (1., 2., 3., 4., 7., 9. ve 10. Katılımcı aileler) çocuklarıyla ilişkilerinin olumsuz olduğunu belirtmişlerdir. Ailelerin çocuklarıyla ilişkilerinin olumsuz olmasının sebeplerine bakıldığında, akademik anlamda yüksek beklentilere sahip olma ve çocuğun özelliklerini dikkate almadan çocuktan her konuda yapabileceklerinden fazlasını bekleme yer almaktadır. Örneğin, 2. Katılımcı ailede baba halen çocuğun işitme engelli olduğunu öğrendiği ilk günkü şokta. Çocuğu işitme engelli diğer pek çok çocuktan daha iyi bir seviyede olmasına rağmen ondan hep daha

fazlasını beklemekte, bu durum da çocukla sağlıklı bir ilişki kuramamasına sebep olmaktadır. Babayla yapılan mesleki çalışmada öncelikle çocuğun özrünü kabullenmesi yönünde bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Ayrıca babanın, çocuklarının özrünü kabullenirken diğer babalarla bir araya gelmesi amacıyla grup çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Yapılan mesleki çalışmalar sonucunda baba AUÖ'ye göre %67'lik bir başarı elde etmiştir.

Sorun 3: Psikolojik/Psikiyatrik sorunlardır.

Araştırmaya katılan ailelerden 4'ünde çeşitli psikolojik sorunlar olduğu tespit edilmiştir. Örneğin, 11. Katılımcı ailedeki anne iki işitme engelli çocuğa sahip olduğundan psikolojik sorunları daha yoğun yaşamaktadır. 5. Katılımcı ailede ise annenin ciddi psikiyatrik sorunları bulunmakta ve bunun için sürekli psikiyatrik tedavi görmektedir. 6. Katılımcı ailede ise anne ve baba arasındaki ciddi iletişim sorunları anneyi işitme engelli çocuğunun bakım sürecinde yalnız bırakmış ve yoğun psikolojik sorunlar yaşamasına sebep olmuştur. 1. Katılımcı ailede de benzer şekilde annenin eşinden destek alamaması psikolojik destek almasını zorunlu hale getirmiştir. Psikolojik/Psikiyatrik sorunlar yaşayan katılımcılar gerek psikiyatri kliniklerinden gerekse merkezde görevli psikologdan destek almaktadır.

Sorun 4: Sosyal çevre ile ilişki kurma konusundaki güçlükler ve uyum sorunlarıdır.

Araştırmaya katılan ailelerden 2'sinde annelerin sosyal çevreleriyle iletişim kurma konusunda sorun yaşadıkları ve bu nedenle de çevrelerinden yeterince

destek alamadıkları tespit edilmiştir. Örneğin, 3. Katılımcı ailedeki anne işitme engelli çocuğu ve diğer çocukları başkalarını rahatsız eder düşüncesiyle komşularıyla iletişim kuramamaktadır. Akrabaları da uzak illerde bulduklarından çok acil durumlarda dahi komşularından destek alamamaktadır. Burada anneyle yapılan mesleki çalışma sonrasında çevresiyle ilişki kurması konusunda cesaretlendirilen ve komşuluk ilişkileri kurmaya başlayan anne şunları söylemiştir: *"İnsanlarla konuşurken gördüm ki herkesin farklı sorunları var. Benim kızım yalnızca işitmede ve kendini ifade etmede zorlanıyor. Belki yaşlılarıyla aynı seviyede olamayacak ama zekâsı yerinde. Kendini idare edebiliyor. Şimdi biraz sorun yaşayacağız ama desteklediğimiz sürece kızımın gelişeceğini düşünüyorum."* Dolayısıyla çevreyle ilişki kurması annenin dolaylı yoldan kızıyla ilgili olumlu düşüncelere yönelmesini de sağlamıştı.

Sorun 5: Ekonomik sorunlardır.

Araştırmaya katılan 11 aileden sadece 1'inde anne çalışmakta idi (pratisyen hekim), diğer anneler ise ev hanımıydı. Erkekler ise düzenli gelir getirici bir işte çalışmaktaydı (polis, devlet memuru, muhasebeci, işçi vb.). Örneğin, 6. Katılımcı ailede baba sadece evin zorunlu ihtiyaçlarıyla ilgileniyor, diğer harcamaları önemsemiyordu. Özellikle eşine karşı bu konuda anlayışlı olmaması annenin oldukça sıkıntı yaşamasına sebep oluyordu. Esasında babanın bu tavrı annenin özgüvenini kaybetmesine sebep olmuştu. Burada anne ile özgüvenini tekrar kazanmasına yönelik bir mesleki çalışma gerçekleştirildi. Çalışmanın başlangıcında *"Ben becere-mem. Yapmam. Çalışabilir miyim ki?"*

diyen anne çalışma sürecinin sonunda “Çalışabilirim ben de. Geçmişte de deneyimim olmuştu. Sanıyorum şimdi de çalışırım.” demeye başlamış ve iş bulmak için pek çok girişimde bulunmuştu.

Sorun 6: Diğer çocuklarla yaşanan sorunlardır.

Araştırmada 4. Katılımcı ailedeki ağabey ve 8. Katılımcı ailedeki ablanın kardeşlerinin işitme engelli olmasından dolayı çeşitli sorunlar yaşadığı görülmüştür. Bu sorunlar; annelerinin kardeşleriyle daha fazla ilgilenmesi, kardeşlerinin bakımı konusunda daima sorumluluk almak zorunda olmaları, annelerinin kendilerine özel olarak hiç zaman ayırmaması ve annelerinin sürekli kardeşlerini savunması idi. Bu iki katılımcı ailede de anneler sağlıklı olan diğer çocuklarıyla sürekli sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu soruna ilişkin olarak 8. Katılımcı ailede bulunan işitme engelli çocuk ve ablasının

ilişkilerini güçlendirmek bir amaç olarak belirlenmiş ve yapılan mesleki çalışma sonrasında AUÖ’ye göre %75’lik bir başarı elde edilmiştir.

Araştırmada mesleki çalışma gerçekleştirilen ailelerin sorunları ve gereksinimleri kısaca bu şekildedir. Aşağıda ise araştırmacının 10. Katılımcı ailesine ilişkin süreç tablolar halinde verilmiştir. Katılımcıların isim bilgileri gizlilik ilkesi gereğince değiştirilmiştir. İnsan farklılığı görüşünden hareketle, her bireyin ve ailenin birbirinden farklı türde sorun ve ihtiyaçlara sahip olması nedeniyle aşağıda örnek olarak verilen süreç araştırma boyunca katılımcı 11 aile için ayrı ayrı uygulanmıştır. Aileyle birlikte belirlenen amaçlar ve bu amaçlara ulaşmak için belirlenen faaliyetler her ailenin ihtiyacına ve bu amacı gerçekleştirme kapasitesine göre şekillendirilmiştir. Yani her ailenin bulunduğu yerden başlanarak mesleki müdahale gerçekleştirilmiş ve ailelerin kendi kaderlerini tayin

Tablo1: Sezen H. ve Ailesinin öncelik Sırasına Göre Sorun ve İhtiyaçları

	Sorunlar	İhtiyaçlar
Sezen Horasan	1. Sezen’in işiten çocuklarla iletişim kurmakta zorlanması.	1. Sezen’in sosyal becerilerinin geliştirilmesi ve arkadaşlarıyla daha yakın ilişki kurması.
	2. Sezen’in babasından yeterince destek görememesi.	2. Sezen’in babası tarafından derslerinde ve diğer konularda desteklenmesi.
Şaziye Horasan (Anne)	3. Annenin Sezen’le iletişim kurmakta zaman zaman zorluklar yaşaması.	3. Sezen’le daha iyi bir iletişim kurması.
	4. Annenin çocuk gelişimi ve çocuklarla iletişim konusunda yeterince bilgi sahibi olmaması.	4. Annenin Sezen’le daha iyi bir iletişim kurabilmesi için çocuk gelişimi ve çocuklarla iletişim konularında bilgilenmesi.

hakkına saygı duyulmuştur. Dolayısıyla ailelerin amaçlara ulaşmadaki başarısı hem mesleki müdahalenin başarısının hem de aile üyelerinin bireysel çabalarının bir sonucudur.

Tablo 1'de belirtilen sorun ve ihtiyaçlar mesleki görüşmeler neticesinde ailenin öncelikli sorunları ve ihtiyaçlarıdır. Araştırmaya katılan ailelerin, araştırma kapsamına alınan sorun ve ihtiyaçlarından daha farklı sorun ve ihtiyaçları da bulunmaktadır. Ancak araştırma sürecinde bunların sadece belirli bir kısmına yönelik amaçlar belirlenebilmiştir. Ailelerin diğer sorunları ile ilgili olarak da süreç içerisinde mesleki yönlendirmelerde bulunulmuştur.

Tablo 2'de belirtilen amaçlar Horasan ailesi için araştırma kapsamında ulaşılması istenen amaçlardır. Bu amaçlara ulaşabilmek için de bireysel görüşme, eğitim toplantısı, ev ziyareti ve okul ziyareti şeklinde olmak üzere 26 mesleki çalışma gerçekleştirilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4'te ise Horasan ailesinin araştırma sürecinde belirlenen amaçlara ulaşmadaki başarı durumu gösterilmektedir. AUÖ'ye göre yapılan hesaplama sonucunda Horasan ailesi toplamda %67'lik bir başarı elde etmiştir. Burada ailenin araştırmanın başlangıcında bulunduğu yer ile ((✓)) işaret ile gösterilmektedir) mesleki müdahale sonucunda geldiği yerin ((*) işaret ile

Tablo 2: Sezen H. ve Ailesi ile Mesleki Çalışma İçin Belirlenen Amaçlar

Amaç 1: Sezen H. için	Sezen'in sosyal becerilerinin geliştirilmesi.
Amaç 2: Şaziye H. için	Annenin kendine ve Sezen'e daha çok yardımcı olabilmesi için çeşitli kitaplar okuyarak bilgilenmesi.
Amaç 3: Niyazi H. için	Babanın Sezen'le ilgili konularda daha çok sorumluluk alması ve Sezen'le daha çok vakit geçirmesi.

Tablo 3: Sezen H. ve Ailesi ile Yapılan Mesleki Çalışmalar

Mesleki Çalışmanın Sayısı	Mesleki Çalışmanın Türü
17	Anne ile Görüşme
1	Baba ile Görüşme
2	Anne ve Baba ile Görüşme
1	Sezen H. ile Görüşme
3	Anne ve Sezen'le Görüşme
1	Aile Eğitim Toplantısı
1	Ev Ziyareti
2	Okul Ziyareti

Tablo 4: Sezen H. ve Ailesinin AUÖ'ye Göre Belirlenen Amaçları Başarma Durumu

Müracaatçı : Sezen HORASAN				
Sosyal Hizmet Uzmanı : Serap GÜLER (DAŞBAŞI)				
(✓) = Başlangıç Düzeyi (*) = Bitiş Düzeyi	Amaç 1: Sezen'in sosyal becerilerinin geliştirilmesi.	Amaç 2: Annenin çocuklarına yardımcı olmak için kitap okuyarak bilgilenebilmesi.	Amaç 3: Babanın Sezen konusunda sorumluluk alması, Sezen'le vakit geçirmesi.	TOPLAM
	Ağırlık = 40	Ağırlık = 30	Ağırlık = 30	Ağırlık = 100
(0) En kötü sonuç	Oyunlara katılmamak, evde yalnız başına vakit geçirmek. (✓)	Kitap okumaya vakit bulamamak. (✓)	Sezen'e hiç vakit ayırmamak. (✓)	
(1) Beklenenden daha kötü sonuç	Oyunlara zorla katılmak, sorumluluk almamak.	Haftanın 5 günü günde 10 sayfadan az kitap okumak.	Hafta sonu 1 gün 2 saat vakit ayırmak.	
(2) Beklenen sonuç	Oyunlara katılmak, sorumluluk almak.	Haftanın 5 günü günde 10 sayfa kitap okumak, okuduklarını paylaşmak.	Hafta sonu 2 gün 2'şer saat vakit ayırmak. (*)	
(3) Beklenenden daha iyi sonuç	Oyunlara katılmak, sorumluluk almak, diğer çocuklar tarafından kabul görmek. (*)	Haftanın 5 günü günde 15 sayfa kitap okumak, okuduklarını paylaşmak, hayatına uyarlamak. (*)	Hafta sonu 2 gün 3'er saat vakit ayırmak.	
(4) En iyi sonuç	Arkadaşlarını oyuna davet etmek, sorumluluklarını başarı ile yerine getirmek.	Haftanın 5 günü günde 20 ve üstü sayfa kitap okumak, okuduklarını paylaşmak, hayatına uyarlamak.	Hafta sonu 2 gün 3+ vakit ayırmak, birlikte sosyal faaliyetlerde bulunmak.	
Ağırlık	40	30	30	100
Olası Değişim Puanı	4	4	4	
Ağırlıklı Olası Değişim Puanı	160 (40×4)	120 (30×4)	120 (30×4)	400
Değişim Puanı	3	3	2	
Ağırlıklı Değişim Puanı	120	90	60	270
Amaca Ulaşma Yüzdesi	%75	%75	%50	%67

gösterilmektedir) farklı olması büyük önem taşımaktadır. Bir amaca ulaşmada %50 yüksek bir başarı yüzdesi gibi görünmese de ailenin bulunduğu konumdan birkaç adım ileri gitmesi anlamına geldiği için aile süreçten yarar sağlamış ve mesleki müdahale başarılı olmuştur denilebilir.

Tablo 5'e bakıldığında araştırma sonucunda 4. Katılımcı aile ile 7. Katılımcı ailenin en yüksek başarıyı (%79), 9. Katılımcı ailenin de en düşük başarıyı (%52) gösterdiği görülmektedir. Burada araştırmaya katılan ailelerin çalışma sonucunda gösterdikleri genel başarı %79, %52 gibi sayılarla ifade edilmiştir. Ancak bu çalışmada sayılarla ifade edilemeyen başarılar da bulunmaktadır. Bunlar daha çok ailelerdeki değişimlerdir. Değişim oldukça zor bir süreçtir ve bireylerin gelişimi için oldukça

önemlidir. İşte sosyal hizmet, bireylerin değişim sürecinde onların ihtiyaçlarını karşılamak, sorunlarını çözümlemede destek olmak ve bireylerin kendilerini gerçekleştirebilmelerini sağlamak konularında roller üstlenmektedir.

Değişim, oldukça uzun bir süreç gerektirir. Bu nedenle, bu çalışmada mesleki çalışma için öngörülen beş aylık sürede, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında büyük bir değişiklik yapmak mümkün olmamıştır. Ancak bu çalışma ile aileler, bu değişikliklerin farkına varmışlardır.

Ailelerin sorunlarını gidermede kullanılan yöntem ne kadar ailenin ihtiyacı ile ilgili olursa mesleki çalışma o kadar başarı sağlamaktadır. Bir başka deyişle, insanların birbirlerinden farklı olduklarını ve sorunlarına farklı çözüm yolları bulunabileceği gerçeği ile hareket etmek bu araştırmanın başarısı açısından büyük bir öneme sahip olmuştur.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Ailelerin AUÖ'ye göre Amaçlara Ulaşmada Genel Başarı Durumu

Katılımcı Aile	% 53
Katılımcı Aile	% 74
Katılımcı Aile	%69
Katılımcı Aile	%79
Katılımcı Aile	% 65
Katılımcı Aile	% 58
Katılımcı Aile	%79
Katılımcı Aile	%73
Katılımcı Aile	%52
Katılımcı Aile	%67
Katılımcı Aile (1. Çocuk)	%69
Katılımcı Aile (2. Çocuk)	%57

SONUÇ VE ÖNERİLER

Özel eğitim, özel gereksinimi olan ve bu özelliğinden dolayı farklı bir eğitim ihtiyacı içerisinde bulunan çocuklara verilen hizmetleri kapsamaktadır. İşitme engelli çocuklar da işitme duyularında meydana gelen tahribat sonucunda duymakta güçlük çekmekte, bu nedenle işitme cihazı kullanmakta ve yaşitlarına benzer bir dil gelişimi gösterebilmek için özel eğitim hizmeti almaktadırlar.

Bu çalışmada, bir işitme engelliler özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden özel eğitim hizmeti alan işitme engelli çocuklar ve aileleriyle sosyal hizmet uygulaması yapılmış ve çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde işitme engelli çocuklara yalnızca özel eğitim hizmeti vermek yeterli değildir. Çünkü engellilik bireylerin yaşantılarının her alanında devam eden bir süreçtir. Engelli çocuğa sahip olmak, bir ailenin bütün bireylerini etkilemektedir. Bu bakımdan, engelli çocuğun eğitimi yanında ailesinin de desteklenmesi gerekmektedir.

Ailelerle yapılan çalışmalarda, ailelerin tamamında, çocukların bütün sorumluluklarını annelerin üstlendikleri ve bu konuda eşlerinden destek görmedikleri görülmüştür. Görüşme yapılan annelerin hepsi bu yükün altında kaldıklarını, çabalamaktan çok yorulduklarını, artık kendilerini yalnız hissetmeye başladıklarını ve çocuklarına destek olmaya dair motivasyonlarının azaldığını dile getirmişlerdir.

Engelli bir kardeşe sahip olmak diğer kardeşler tarafından da olumsuz algılanabilmektedir. Engelli olmayan kardeşler, engelli kardeşlerinin anne ve babasıyla ilişkilerini aksattığını düşünebilmektedir.

Araştırmada bazı ailelerin çocuklarının işitme engelini hala kabullenemedikleri ve aileleri tarafından yeterince desteklenmeyen çocukların davranış ve dil gelişimlerinin desteklenen çocuklara oranla daha zayıf olduğu görülmüştür.

Engelli çocuğa sahip ailelerde aile bireylerinin birbirlerini desteklemeleri çok önemlidir. Çocuğun bütün sorumluluğunun anne de olması anneyi yormakta, stresini artırmakta ve motivasyonunu azaltmaktadır. Bu bakımdan engelli çocuğa sahip ailelerle yapılan çalışmalarda, özellikle babaların çalışma sürecine dâhil edilmesi ve çocuklarla ilgili konularda sorumluluk almaları

konusunda motive edilmesi gerekmektedir. Bu hem anneler hem de çocuklar açısından yararlı olacaktır.

Engelli çocukların kardeşleri de yapılan çalışmalar kapsamında değerlendirilmelidir. Bu çocukların ihtiyaçları dinlenmeli, kardeşleri konusunda bilinçlendirilmeli ve anne ve babalarının kardeşlerine daha çok destek vermeleri gerektiği konusunda ikna edilmelidir. Aksi takdirde kardeşler arasındaki çatışmalar tüm aile bireylerini olumsuz etkileyecektir.

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde çocuklara verilen eğitim hizmetleri kadar ailelere yönelik mesleki çalışmaların da titizlikle yürütülmesi gerekmektedir. Bu konuda merkezde çalışan meslek elemanlarının ekip anlayışı içerisinde çalışmaları yürütmesi beklenmektedir. Sosyal hizmet uzmanları ailelerle ilgili çalışmalar yapmalıdır. Ailelerin ihtiyaç ve sorunlarını belirleyerek bunların giderilmesi için aileleri bilgilendirmeli, yönlendirmeli ve toplumdaki kaynaklarla bağlantı kurmalarını sağlamalıdır.

Ayrıca kaynaştırma kapsamında bulunan ve normal ilköğretim okuluna devam eden engelli çocukların öğretmenleriyle görüşülerek, bu çocukların özellikleri hakkında bilgi verilmeli, çocukların gelişimine uygun bir program hazırlama konusunda öğretmenleri motive etmeli ve çocukla ilgili konularda merkez ve okul arasındaki işbirliğini sağlamalıdır.

Ailelere yönelik bu çalışmaları, merkezlerde ders veren özel eğitim öğretmenlerinin gerçekleştirmesi hem verdikleri hizmet türü hem de mesleki açıdan mümkün değildir. Bu bakımdan, ailelerle çalışma konusunda mesleki eğitim

alan sosyal hizmet uzmanlarının, ailelere yönelik çalışmalar yürütmesi gerekmektedir. Yukarıda da yararlı olduğunu vurguladığımız ailelere yönelik bu çalışmalar engelli birey ve ailesine yarar sağladığı gibi merkezlere de yarar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Aktaş, Mavili, A. (2001). *Küçük gruplar dinamikleri ve süreci*. Ankara: Mustafa Kitabevi.

Boyer, P. A. (1986). The role of the family therapist in supportive services to family with handicapped children. *Clinical Social Work Journal*, 22(2), 250-261.

Erkan, G. (2003). Özürlülerle sosyal hizmet uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Halk Sağlığı Özel Eki*, 25(4), 34-38.

Işıkhan, V. (2005). *Türkiye’de zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin sorunları*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

İl, S. (2000). Özürlülük, aile yaşamı ve sosyal hizmet. K. Karataş (Ed.), *Görme özürlüler için rehabilitasyon deneyimleri, yeni rehabilitasyon politikaları ve meslek tanımları* (s. 54-60). Ankara: Körler Federasyonu Yayını No: 4.

MEB ÖZEL EĞİTİM REHBERLİK ve DANIŞMA HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2003). *İşitme engellilerin eğitiminde öğretmen el kitabı*, Prof. Dr. Gönül Akçamete (Ed.), Ankara: Milli Eğitim Basımevi.

Neuman, W. L ve Kreuger, L. W. (2003) *Social work research methods: Qualitative and quantitative approaches*. USA: Pearson Education, Inc.

Oymak, V. (1997). *Zeka özürlü çocukların yetiştirilmesi*. Ankara: SABEV Yayınları.

Rubin, A., ve Babbie, E. (2000). *Research methods for social work* (4th Edition). Belmont, California: Wadsworth Publication Company.

Sheafor, B. ve Horejsi, C. (2003). *Techniques and guidelines for social work practice* (6th Edition). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Solomon, M., Pistrang, N. ve Barker, C. (2001). The benefits of mutual support groups for parents of children with disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 113-120.

Woodward, C. A., Santa-Barbara, J., Levin, S., ve Epstein, N. B. (1978). The role of goal attainment scaling in evaluating family therapy outcome. *American Journal of Orthopsychiatri*, 48(3), 464-476.

Araştırma

SİVİL TOPLUM KURULUŞU GÖNÜLLÜLERİNİN SOSYAL SİSTEMİN MEŞRUIYETİNE İLİŞKİN ALGILARI, ADİL DÜNYA İNANÇLARI VE SOSYAL BASKINLIK YÖNELİMLERİ

Perceived Legitimacy of the Social System, Belief in a just World and Social Dominance Orientation of Volunteers in Non-Governmental Organizations

Necip YILDIRIM*
Serap AKGÜN**

*Uzman Psikolog, Çanakkale Devlet Hastanesi,
Psikiyatri Polikliniği

**Doç.Dr., Mersin Üniversitesi,
Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

ÖZET

Bu çalışma toplumdaki dezavantajlı gruplara destek sağlamak için sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışan kişilerin dünyayı ne kadar adil algıladıkları, gruplar arası hiyerarşileri destekleyip desteklemedikleri ve içinde yaşadığımız sosyal sistemi ne derece meşru algıladıkları sorularına yanıt aramak amacı ile yapılmıştır. Böylece gönüllülük çabaları altında yatan bazı sosyal psikolojik değişkenler incelenmeye çalışılmıştır. Araştırmaya 137 sivil toplum kuruluşu gönüllüsü ve 134 herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üye olmayan toplam 271 kişi katılmıştır. Katılımcılara Adil Dünya İnancı Ölçeği, Sistemi Meşrulaştırma Ölçeği ve Sosyal Baskınlık Yönelimi Ölçeği uygulanmıştır. Bulgular sivil toplum kuruluşu gönüllülerinin gönüllü olmayanlara oranla sistemi daha az meşru algıladıklarını, genel adil dünya inançlarının ve sosyal baskınlık yönelimlerinin ise daha düşük olduğunu göstermiştir. Sistemin meşru olmadığını düşünme, gruplar arası hiyerarşileri değil eşitliği destekleme ve dünyanın adil bir yer olmadığı inancı dezavantajlı insanlara gönüllü olarak yardım etme davranışı ile ilişkili görünmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sistemi Meşrulaştırma, Adil Dünya İnancı, Sosyal Baskınlık Yönelimi, Gönüllülük.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the way that volunteers in non-governmental organizations perceive the system and the world as fair and whether they bolster intergroup hierarchies. Therefore a number of social psychological variables related to volunteering efforts were examined. In order to reach the goal of the study, data was collected from two separate groups. First group included members worked actively in non-governmental organizations as volunteers. Second group consisted of people who have

never been a member of such organizations and never worked as volunteers before and during this study. A total of 271 individuals (137 members and 134 non-members) participated in the study. Participants received a set of questionnaires involving General Belief in A Just World Scale, Personal Belief in A Just World Scale, Social Dominance Orientation Scale, and General System Justification Scale. After they filled out these questionnaires, they were also asked to state their socio-demographic characteristics in a form. Results revealed that the members of non-governmental organizations, compared to non-members, perceived the system as less legitimate, and have lower levels of belief in a just world and social dominance orientation. It seems that to endorse equality rather than support intergroup hierarchies, to believe that the prevailing social system is not legitimate and the world is not a just place associate with helping the members of disadvantaged groups voluntarily.

Key Words: *System Justification, Belief in a Just World, Social Dominance Orientation, Volunteering.*

GİRİŞ

Sistemi Meşrulaştırma Kuramı (Jost ve Banaji, 1994) insanların içinde yaşadıkları sosyal sistemi haklı görme ihtiyacında olduklarını bu nedenle de sistemi meşrulaştırdıklarını öne sürer. Kuram üç farklı meşrulaştırma eğiliminden söz etmektedir. Bunlar; a) benlik saygısını korumaya ve arttırmaya yönelik olan egoyu meşrulaştırma, b) ait olunan grupların olumlu imajını koruyan veya yükselten grubu meşrulaştırma ve c) içinde yaşanılan sistemi meşrulaştırma eğilimleridir. Sistemin meşrulaştırılması mevcut sosyal, politik veya ekonomik yapının, sadece var oldukları için hakça bulunması, onaylanması ve kabul

edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Jost ve Banaji, 1994).

Kuram insanların içinde yaşadıkları sistemi meşru algılama güdüsü ile davrandıklarını bunun da mevcut durumun ve düzenlemelerin sürdürülmesi ve pekiştirilmesiyle sonuçlanabileceğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda Sistemi Meşrulaştırma Kuramı'na göre insanlar statükoyu meşrulaştırabildiklerinde mevcut durumu meşru kabul etmekte ve değiştirmeye çalışmamaktadırlar (Jost, 1995). Sistemi meşrulaştırma bireylerin yaşadığı duygusal rahatsızlıkları azaltmakla birlikte, sosyal değişime ve kaynakların yeniden dağıtımına verilen desteğin geri çekilmesine yol açmaktadır (Jost ve Hunyady, 2005).

İnsanların içinde yaşadıkları sosyal sistemi meşru algılama düzeylerinin dezavantajlı grup üyelerine yardım etme kararını etkilediğini gösteren araştırma bulguları vardır. Örneğin, insanların mevcut sosyal ve ekonomik eşitsizlikleri neden ve nasıl tolere ettiklerini anlamak amacıyla yapılan bir çalışmada sistemi meşrulaştırma eğilimi arttıkça, haksızlıklar karşısında yaşanan kızgınlık duygusunun ve dezavantajlılara yardım amaçlı programlara verilen desteğin azaldığı bulunmuştur (Wakslak ve diğ., 2007). Araştırmacılar, insanların dünyanın adil bir yer olduğuna ilişkin algılarını sürdürmek için sistemdeki haksızlık ve eşitsizlikleri azaltacak değişikliklerle uğraşmadıklarını, bunun yerine bilişsel sistemlerinde gerçeği yansıtmayan düzenlemeler yaparak sistemin meşruluğuna yönelik algılarını sürdürdüklerini ve bunu da özellikle sistemi meşrulaştırma ideolojilerini destekleyerek gerçekleştirdiklerini ifade etmişlerdir. Diğer bir deyişle sistemi meşrulaştırmak insanların eşitsizlikler

karşısında ve eşitsizliklerin sonuçları hakkında kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır. Bu araştırmada, dezavantajlı insanlara yardım eden sivil toplum kuruluşu gönüllülerinin gönüllü olmayanlara oranla sistemi daha az meşru algılamaları beklenmiştir.

İnsanların sistemi meşrulaştırmak için kullandıkları mekanizmalardan biri sosyal baskınlık yönelimidir. Sosyal Baskınlık Kuramı (Sidanius, 1993) insanların, grupların ve daha büyük ölçekte kültürlerin, milliyetlerin, devletlerin eşit olmadığı, aralarında adeta doğal bir hiyerarşinin olduğu ve bu hiyerarşilerin değişmeye dirençli olduğu saptamasından yola çıkılarak geliştirilmiştir. Kurama göre, "bazıları, diğerlerinden üstündür, bu zaten doğada da böyledir; bazılarının üstte bazılarının altta olması doğaldır, herkes bir değildir; daha üstün nitelikli olanların yönetmesi, bazılarının yönetilmesi doğaldır" biçiminde kalıp inanışlarla, insanlar ve gruplar arası hiyerarşiler meşrulaştırılmakta ve böylece genel olarak eşitsizlik ve adaletsizlikler, doğal birer süreç haline gelmektedir.

Bu tür meşrulaştırıcı mitler, sosyal sistem içinde kaynakların adaletsiz dağılımına ve sosyal sistemin hiyerarşik yapısına ahlaki ve entelektüel açıdan bir meşruluk kazandırmaktadır. Örneğin, kültürel elitizme göre, üst sınıf, orta ve alt sınıfta olmayan bir kültüre sahip olduğundan hayattaki iyi şeyleri daha çok hak etmektedir. Benzer olarak, Sosyal Darwinizm ve Meritokrasi de bazı insanların diğerleri kadar iyi olmadıklarını ve bu nedenle bu insanlara daha düşük statü ve daha az kaynak dağıtılması gerektiğini ima eden ideoloji örnekleridir. Bu mitler bireylerin ve grupların toplumsal kaynakları nasıl

paylaşacaklarını göstererek gruplar arası çatışmayı azaltmaktadır (Sidanius, 1993).

Kuram, insanların gruplar arası ilişkilerin eşit mi hiyerarşik mi olması gerektiği konusundaki tercihini sosyal baskınlık yönelimi olarak tanımlamaktadır. Sosyal baskınlık yönelimi yüksek olan kişiler, gruplar arası hiyerarşileri destekleyen ideolojileri ve politikaları benimsemekte, sosyal baskınlık yönelimi düşük olan kişiler ise hiyerarşileri azaltan eşitlikçi ideolojileri ve politikaları benimsemektedirler (Sidanius, 1993; Sidanius ve diğ., 1994). Sosyal baskınlık kuramı, sosyal baskınlık yönelimi yüksek olan kişilerin sosyal eşitsizliği artırarak rolleri tercih edeceklerini, sosyal baskınlık yönelimi düşük olan kişilerin ise eşitsizliği azaltarak rolleri seçeceklerini öne sürmektedir. Bu çalışmada sivil toplum kuruluşu gönüllüsü olarak dezavantajlı insanlara yardım eden kişilerin sosyal eşitsizliği azaltmaya çalışan kişiler olarak sosyal baskınlık yöneliminin daha düşük olması beklenmiştir.

İnsanların sistemi meşrulaştırmalarında önemli rol oynayan bir diğer olgu da adil dünya inancıdır. Adil Dünya İnancı Kuramı'na göre (Lerner, 1965; Lerner ve Miller, 1978) insanlar dünyayı herkesin hak ettiğini aldığı, iyi insanlara iyi şeylerin, kötü insanlara kötü şeylerin olduğu bir yer olarak algılama ihtiyacı duymaktadır. Adil dünya inancı kişiye dünyanın adil ve düzenli bir yer olduğu dolayısıyla hak etmediği olumsuzluklarla karşı karşıya kalmayacağı duygusunu yaşatır. Bu nedenle insanlar dünyanın adil bir yer olduğuna ilişkin inançlarını korumaya güdülenmişlerdir (Dalbert, 1997; 1998; Lerner ve Miller, 1978; Mohiyeddini ve Montada, 1998). Kurbanlar insanların dünyanın adil bir

yer olduğuna ilişkin inançlarını tehdit etmekte ve bilişsel çelişkiler yaşamalarına neden olmaktadır. Bu çelişkileri azaltmak ve adil dünya inancını korumak için kişi ya rasyonel stratejiler ya da savunmacı stratejiler geliştirecektir. Rasyonel stratejiler geliştirirse gerçek adaletsizliği azaltmak için zararı tazmin edecek veya kurbanı yardım edecektir. Diğer yandan savunmacı stratejiler geliştirirse kurbanı suçlayacak ve böylece kurbanın kaderini hak ettiğini düşünecektir (Lerner, 1980). Genellikle kurbanı yardım etmenin mümkün olmadığı ya da yardım etmenin maliyetinin yüksek olduğu durumlarda kurbanı suçlama, aşağılama, değersizleştirme gibi yollar tercih edilmektedir.

Adil dünya inancı yardıma ihtiyacı olan kişilere yardım etmeye güdüleyen bir inanç mı yoksa kurbanı suçlayarak yardım etmekten alıkoyan bir inanç mıdır? Bu soruya yanıt arayan araştırmalardan elde edilen bulgular çelişkilidir. Örneğin, Bierhoff, Klein ve Kramp (1991) tarafından yapılan bir çalışmada bir kazaya tanık olan kişilerden yardım eden ve etmeyenler karşılaştırılmıştır. İlk yardımı yapanların daha güçlü bir adil dünya inancına sahip oldukları bulunmuştur. Zuckerman (1975) yüksek ve düşük adil dünya inancına sahip üniversite öğrencilerinin sınav döneminden beş hafta önce ya da iki gün önce bir deneye katılarak bir yüksek lisans öğrencisine yardım etmeye ya da kitap okuyarak görmeyen bir öğrenciye yardım etmeye ne derece gönüllü olduklarını araştırmıştır. Araştırmanın sonucunda sınavlardan beş hafta önce, yüksek ve düşük adil dünya inancına sahip bireylerin yardım etme oranları arasında bir fark bulunamazken sınavlardan iki gün önce yüksek adil dünya inancına sahip

bireylerin düşük adil dünya inancına sahip bireylere kıyasla yardım etmeye daha çok gönüllü oldukları bulunmuştur. Zuckerman adil dünya inancı yüksek bireylerin yalnızca şansa ihtiyaçları olduğu dönemde düşük adil dünya inancına sahip bireylerden daha çok yardım ettiğini vurgulamıştır.

Öte yandan Smith (1985) bireylerin adil dünya inançlarının mevcut eşitsizliklerin sürdürülmesine katkıda bulunduğunu ileri sürmüştür. Yüksek statülü grupların üyeleri güçlü bir adil dünya inancına sahip olduklarında, bu durum dezavantajlıların ve özellikle fakirlerin bu zorlukları hak ettiklerine yönelik inancı güçlendirmektedir. Benzer olarak, Furnham ve Proctor (1989) da temel imkanlardan yoksun kişilerin durumunu tazmin etme olanağı olmadığında, adil dünya inancının yoksulların aşağılanmasıyla sürdürüldüğü görüşündedir. Araştırmalarda da (Campbell ve diğ., 2001; Smith, 1985), adil dünya inancı güçlü kişilerin yoksulluğu, fakir insanların karakter ve davranışları ile açıkladıkları bulunmuştur. Appelbaum (2002) bir çalışmasında Alman öğrencilere, Almanya'da sığınmacı olarak yaşamak isteyen kişilerin bunu ne kadar hak ettiklerini sormuştur. Sonuç olarak adil dünya inancı güçlü olanların, zayıf olanlara oranla, sığınma hakkı arayanların yardımı daha az hak ettiklerini düşündükleri bulunmuştur. Appelbaum bu bulguyu adil dünya inancı güçlü kişilerin dünyanın adil bir yer olduğuna dair inançlarını tehdit eden kurbanlarla karşılaştıklarında, kurbanı suçlama ya da içinde bulunduğu zor durumu hak ettiğini düşünme eğiliminin bir göstergesi olarak yorumlamıştır.

Kişinin adil dünya inancının ve kurbanın durumu değiştirmek için çaba harcıyıp harcamamasının kurbanı yardım

etmeyi ve kurbanı aşağılamayı etkileyip etkilemediğini test etmek için yapılan bir çalışmada (Appelbaum ve diğ. 2006) ilginç bulgular elde edilmiştir. Adil dünya inancı düşük olan bireyler, kurbanın çaba gösterdiği halde zor durumda olduğu koşulda, çaba göstermediği için zor durumda olduğu koşula kıyasla devlet yardımını daha çok hak ettiğini düşünmüşlerdir. Adil dünya inancı yüksek olan bireyler ise kurbanın çaba gösterdiği koşulda çaba göstermediği koşula kıyasla hem kurbanı daha çok suçlamışlar hem de yardımı daha az hak ettiğini düşünmüşlerdir. Mohiyeddini ve Montada (1998) da güçlü bir genel adil dünya inancına sahip olan insanların bu inançları tehdit edildiğinde, yardım ederek bu tehdidi azaltmanın bir yolunu bulamazlarsa, dünyanın adil bir yer olduğuna ilişkin inançlarını korumak amacıyla kurbanı değersizleştirip suçladıklarını bulmuşlardır. Adil dünya inancı ve yardım etme davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile bu çalışmada sivil toplum kuruluşlarında aktif olarak çalışan gönüllülerin kişisel ve genel adil dünya inançlarının gönüllülük hizmeti vermeyenlerden farklı olup olmadığı araştırılmıştır.

Bu araştırmanın amacı sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışan bireylerin adil dünya inançlarının, sistemi meşrulaştırma eğilimlerinin ve sosyal baskınlık yönelimlerinin sivil toplum kuruluşunda gönüllü olarak çalışmayanlarla karşılaştırarak bu değişkenlerin gönüllülerin dezavantajlılara yardım etme davranışları ile ilişkilerini incelemektir.

YÖNTEM

Çalışma Grubu

Araştırmanın amacı gereği iki ayrı grup ile çalışılmıştır. İlk grup yardım amaçlı

bir sivil toplum kuruluşuna üye olan ve orada gönüllü olarak aktif bir biçimde çalışan kişilerden oluşmaktadır. Ancak belirli kriterleri karşılayan sivil toplum kuruluşu üyeleri ile çalışılmıştır. Üye olunan sivil toplum kuruluşunun a) dezavantajlı gruplara (örneğin, çocuklara, kadınlara, engellilere, hastalara) yardım amaçlı olması, b) sadece para bağıışı yapan bir kuruluş değil planlı olarak hizmet sunan bir kuruluş olması, c) herhangi bir siyasi içeriğinin olmaması, d) Türkiye çapında tanınan ve en az beş yıldır hizmet veren bir kuruluş olması kriterlerini karşılamasına dikkat edilmiştir. Üyeler için ise a) üye olduğu sivil toplum kuruluşu için düzenli olarak belirli periyotlarla çalışıyor olması, b) hizmetleri karşılığında herhangi bir ücret almıyor olması ve c) en az bir yıldır aktif olarak çalışıyor olması kriterleri aranmıştır.

Sivil toplum kuruluşu üyelerinin gönüllü olarak çalıştıkları kurumlarda katkıda buldukları alanlar sırasıyla %55 ücretsiz eğitim vermek, % 36.5 hepsi (eğitim, ürün satışı, stant görevliliği, büro işleri vb), % 6.6 büro işleri, % 1.5 stant görevliliği ve % 0.7 ürün satışı şeklinde belirtilmiştir. Görüldüğü üzere gönüllü olarak çalışanların büyük çoğunluğu üye oldukları sivil toplum kuruluşlarında eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Bunun dışında çoğu gönüllü gerekli görülen her tür katkıda bulduklarını belirtmiştir.

İkinci grup ise araştırmanın yapıldığı süreçte ve daha öncesinde herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üye olmamış kişilerden oluşmuştur. Araştırma örneklemini 137'si sivil toplum kuruluşu üyesi olan ve 134'ü herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üye olmayan toplam 271 kişiden oluşmuştur. Katılımcıların

161'i kadın 110'u erkektir. On yedi-60 yaşları arasındaki katılımcıların yaş ortalaması 31.00'dir.

Sivil toplum kuruluşu üyelerinin ve üye olmayanların yaş ortalamaları, kendilerini hangi sosyo-ekonomik düzeyde algıladıkları ve gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır. Eğitim düzeyi açısından da bu iki grubun birbirine yakın olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılan sivil toplum kuruluşu gönüllülerinin %95'i üniversite %5'i ise lise mezunudur. Sivil toplum kuruluşuna üye olmayanların ise %85'i üniversite mezunu %15'i ise lise mezunudur.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Sistemi Meşrulaştırma Ölçeği, Sosyal Baskınlık Yönelimi Ölçeği, Genel ve Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçekleri kullanılmıştır. Ayrıca katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla bir bilgi formu kullanılmıştır.

Sistemi Meşrulaştırma Ölçeği: Ölçek mevcut sosyal sistemin ne kadar adil ve meşru algılandığını değerlendirmek amacı ile Kay ve Jost (2003) tarafından geliştirilmiştir. Sistemi meşrulaştırma ölçeğinde "Toplumumuz her yıl daha da kötüye gitmektedir.", "Genel olarak toplumumuzu adil bulurum.", "Genelde Türk politik sistemi olması gerektiği gibi doğru bir biçimde işlemektedir." gibi maddeler bulunmaktadır. Toplam 8 maddeden oluşan yedi dereceli Likert tipi ölçeğin puan ranjı 8-56'dır. Yüksek puanlar sistemin meşru algılandığının göstergesidir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach Alfa = 0.88) oldukça yüksektir.

Bu araştırma kapsamında Türkçeye çevrilen ölçeğin çevirisi iyi derecede

İngilizce bilen iki sosyal psikolog ile ölçme değerlendirme alanında uzman bir psikolog tarafından yapılmıştır. Ardından iyi düzeyde İngilizce bilen üç akademisyen tarafından dilbilgisi ve anlam bakımından tekrar kontrol edilmiştir. Ölçek lise veya üniversite mezunu 30 kişiye uygulanmış ve bu kişilere ölçeğin maddelerinin anlaşılabilirliği ve yalınlığı konusundaki fikirleri sorulmuştur. Yazılı ve sözlü geribildirimler sonucu ölçekte anlaşılmayan herhangi bir madde olmadığı görülmüştür. Ölçeğin bu çalışmadaki iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) .67'dir.

Sosyal Baskınlık Yönelimi Ölçeği: Sidanius, Pratto ve Bobo (1994) tarafından geliştirilmiş olan Sosyal Baskınlık Yönelimi Ölçeği (SBYÖ), toplam 16 maddeden oluşan 7 dereceli (1 - çok yanlış, 7- çok doğru) Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin genelinden alınabilecek en düşük puan 16, en yüksek puan ise 112'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal baskınlık yöneliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte "Siz ne dersiniz deyin, bazı gruplar diğerlerinden daha değerlidir.", "Bütün gruplara yaşamda eşit şans verilmelidir.", "Üstün gruplar daha alt düzeyden gruplara egemen olmalıdır." ve "Hiçbir grup toplumda baskın olmamalıdır." gibi maddeler bulunmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .89 olarak kaydedilmiştir.

SBYÖ'nün Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışmaları Karaçanta (2002) tarafından yapılmış, ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .85, iki yarım güvenirliği ise .79 test-tekrar test güvenirliği .86 olarak kaydedilmiştir. Faktör yapısı incelendiğinde ölçeğin tek faktörden oluştuğu ve bunun ölçeğin özgün formuyla tutarlı olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin bu araştırma

örnekleme için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı da (Cronbach Alfa = .78) yüksektir.

Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği: Katılımcıların dünyayı genel olarak ne derece adil değerlendirdikleri Dalbert (1999) tarafından geliştirilen Genel Adil Dünya İnancı Ölçeği (GADIÖ) ile ölçülmüştür. GADIÖ toplam 6 maddeden oluşan beş dereceli Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .65 olarak bulunmuştur. Ölçekte, "Adaletin her zaman adaletsizlikler karşısında galip geleceğinden eminim", "Dünyanın aslında adil bir yer olduğunu düşünüyorum" gibi maddeler bulunmaktadır. Göregenli (2003) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) .69 olarak kaydedilmiştir. Bu çalışma örnekleminde GADI'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) .71 olarak hesaplanmıştır.

Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği: Katılımcıların dünyanın kendilerine ne kadar adil davrandığına ilişkin algıları yine Dalbert (1999) tarafından geliştirilmiş olan Kişisel Adil Dünya İnancı Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Toplam 7 maddeden oluşan, beş dereceli Likert tipi ölçekten alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35'tir. Ölçek, "Hayatta başıma gelen olayların çok büyük bir kısmının adil olduğuna inanıyorum", "Çoğunlukla ne hak ettiysen onu bulmuşumdur", "Bana karşı genellikle adil davranılmıştır" gibi maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .79 olarak kaydedilmiştir. Göregenli (2003) tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Türk örnekleminde elde edilen

Cronbach Alfa katsayısı ise .85'dir. Ölçeğin bu çalışma örnekleme için elde edilen iç tutarlılık katsayısı da (Cronbach Alfa = .82) oldukça yüksektir.

Bilgi Formu: Katılımcıların yardım amaçlı bir sivil toplum kuruluşuna üye olup olmadıklarını ve sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla bir bilgi formu oluşturulmuştur. Bu bilgi formunda katılımcılara yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, meslekleri sorulmuştur. Bunun yanında kendi gelir düzeylerine ilişkin fikirlerini düşük, orta veya yüksek şeklinde belirtmeleri istenmiştir. Bu bilgilerden sonra katılımcılardan herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üye olup olmadıklarını ve eğer üye iseler hangi kuruluşlara üye olduklarını belirtmeleri istenmiştir. Ayrıca ne kadar zamandır gönüllü olarak çalıştıklarını ve çalıştıkları kuruluşlara gönüllü olarak ne tür katkılarda bulduklarını belirtmeleri istenmiştir. Bu bilgilere ek olarak, katılımcılara daha önce herhangi bir sivil toplum kuruluşunda çalışıp çalışmadıkları da sorulmuştur. Böylece araştırmanın yapıldığı sırada bir sivil toplum kuruluşunda gönüllü olarak çalışmayan ancak geçmişte bir sivil toplum kuruluşunda gönüllü olarak çalışanlar araştırma dışında tutulmuşlardır.

Veri Toplama Süreci

Sivil toplum kuruluşlarındaki üyelere uygulama yapmak için Türkiye'de yardım amaçlı gönüllü çalışmalar yapan, politik amaçlı olmayan ve toplumda bilinen ve çalışmalarına güvenilen kuruluşlarda aktif olarak gönüllü çalışan bireylere ulaşılmıştır. Bu maksatla bu kuruluşların merkez veya şubelerine gidilerek yetkililerle görüşülmüş ve çalışma hakkında genel bilgiler verilmiştir. Sivil toplum kuruluşlarına üye olmayan

katılımcılar ise üniversite, işyerleri gibi kurumlardan toplanmıştır. Ölçekler çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere verilmiş doldurduktan sonra geri getirmeleri istenmiştir. Ölçek ve formlarda eksiklik olan veya boş bırakılan formlar değerlendirilmeye alınmamıştır. Bunun yanında önceden sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışıp şu an çalışmadığını belirten katılımcıların formları da değerlendirilmeye alınmamıştır.

BULGULAR

Sistemi meşru algılama, sosyal baskınlık yönelimi, kişisel ve genel adil dünya inancı arasındaki korelasyonlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Sistemi meşrulaştırma ve sosyal baskınlık yönelimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin grup temelli hiyerarşileri destekleme eğilimi arttıkça sistemi meşru algılamaları da artmaktadır. Sistemi meşrulaştırma hem genel adil dünya inancı ile hem de kişisel adil dünya inancı ile pozitif yönde ilişkilidir. Gerek genel gerekse kişisel adil dünya inancı arttıkça sistemi meşru algılama eğilimi de artmaktadır. Kişisel adil dünya inancı ile genel adil dünya inancı arasında da pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür. Bireylerin genel adil dünya inançları

arttıkça kişisel adil dünya inançları da artmaktadır.

Bir sivil toplum kuruluşuna üye olan ve olmayan deneklerin adil dünya inançları, sosyal baskınlık yönelimleri ve sistemi meşru algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla verilere 2 (cinsiyet) x 2 (üye olup olmama) faktörlü varyans analizi uygulanmıştır. Ölçümlerin ortalama ve standart sapmaları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Varyans analizi sonuçları, bir sivil toplum kuruluşuna üye olanların ve üye olmayanların sistemi meşru algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir ($F(1,267) = 12.61$, $p < .01$, partial $\eta^2 = .05$). Grup ortalamalarına göre sivil toplum kuruluşuna üye olmayanlar (18.67), sivil toplum kuruluşu üyelerine (16.97) kıyasla sistemi daha meşru algılamıştır. Sivil toplum kuruluşu gönüllüleri içinde yaşadığımız sosyal sistemi daha az meşrulamaktadır.

Sivil toplum kuruluşuna üye olan ve olmayanların sosyal baskınlık yönelimlerinin de anlamlı biçimde farklı olduğu bulunmuştur ($F(1,267) = 5.72$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .02$). Tablo 1'de görüldüğü gibi sivil toplum kuruluşu üyelerinin

Tablo 1. Sistemi Meşru Algılama, Sosyal Baskınlık Yönelimi, Kişisel ve Genel Adil Dünya İnancı arasındaki Korelasyonlar

	Sosyal Baskınlık	Genel Adil Dünya İnancı	Kişisel Adil Dünya İnancı
Sistemi Meşru Algılama	.12*	.55**	.27**
Sosyal Baskınlık Yönelimi		.04	.06
Genel Adil Dünya İnancı			.36**

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tablo 2. Gönüllülerin ve Gönüllü Olmayanların Kişisel Adil Dünya İnancı, Genel Adil Dünya İnancı, Sistemi Meşrulaştırma ve Sosyal Baskınlık Yönelimi Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları

	STK Gönüllüsü		Gönüllü Olmayan	
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma
Sistemi Meşru Algılama	16.77	3.87	18.57**	4.07
Sosyal Baskınlık Yönelimi	38.99	14.49	43.31*	12.96
Genel Adil Dünya İnancı	17.28	3.57	18.28*	3.77
Kişisel Adil Dünya İnancı	21.07	4.32	20.99	4.29

sosyal baskınlık yönelimleri (39.20) üye olmayanlardan (43.30) daha düşüktür. Bu bulgu sivil toplum kuruluşu gönüllülerinin sosyal eşitliği daha çok destekleme eğiliminde olduklarına işaret etmektedir.

Varyans analizi sonuçları bir sivil toplum kuruluşuna üye olan ve olmayanların kişisel adil dünya inançları arasında anlamlı bir fark olmadığını ancak genel adil dünya inançları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir ($F(1,267) = 4.18, p < .05, \text{partial } \eta^2 = .02$). Sivil toplum kuruluşuna üye olanların genel adil dünya inançları (17.41) üye olmayanlardan (18.33) daha düşüktür. Sivil toplum kuruluşu gönüllüleri dünyayı daha az adil algılamaktadır.

Bulgular, cinsiyetler arasında da bazı farklar olduğunu göstermiştir. Buna göre kadınların ve erkeklerin sistemi meşru algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F(1,267) = 17.79, p < .01, \text{partial } \eta^2 = .06$). Grup ortalamalarına

göre kadınların sistemi meşru algılama düzeyleri (16.81) erkeklerin sistemi meşru algılama düzeylerinden (18.83) daha düşüktür.

Kişisel adil dünya inançları açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmazken kadınların genel adil dünya inançlarının (17.26) erkeklerden (18.48) daha düşük olduğu görülmüştür ($F(1,267) = 7.31, p < .05, \text{partial } \eta^2 = .02$). Sosyal baskınlık yönelimleri açısından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

TARTIŞMA

Bu araştırmada sistemi meşrulaştırma ve yardım etme arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yardım amaçlı bir sivil toplum kuruluşunda gönüllü olarak çalışmakta olan ve gönüllü olarak hiç çalışmamış bireylerin sistemi meşru algılama düzeyleri, adil dünya inançları ve sosyal baskınlık yönelimleri karşılaştırılmıştır.

Bulgular, sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışanların sistemi meşru algılama düzeylerinin gönüllü olmayanlardan daha düşük olduğu hipotezini desteklemiştir. Bireylerin sistemi meşrulaştırmaması dezavantajlı gruplara yardım etmeyle ilişkilidir. Bu bulgular literatürde yer alan benzer çalışmaların bulgularıyla da tutarlıdır. Örneğin, Jost ve Thompson (2000), ekonomik sistemin meşrulaştırılmasının dezavantajlı gruplara yönelik yardım amaçlı politikaları desteklemenin önemli bir yordayıcısı olduğunu bulmuştur. Bireylerin sistemi meşrulaştırma eğilimi arttıkça yardım amaçlı sosyal politikalara verdikleri destek azalmaktadır. Benzer olarak Waksak ve arkadaşları (2007) da sistemi meşrulaştırmanın, eşitsizlikler karşısında yaşanan duygusal rahatsızlığı ve dezavantajlılara yardım etmeye verilen desteği azalttığını bulmuşlardır. Wagstaff (1983) da sistemi meşrulaştırma ideolojilerinden biri olan Protestan iş etiğini destekleyenlerin, toplumda sosyoekonomik açıdan dezavantajlı olanlara karşı daha olumsuz tutumları sahip olduklarını saptamıştır. Bizim çalışmamızda da bireylerin sisteme yönelik meşruluk algılarının düşük olmasının, dezavantajlı grupların üyelerine yardım etme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak çalışmanın deneysel olmaması nedeni ile bir neden sonuç ilişkisi kurmak mümkün olamamaktadır. Sistemi meşru algılamayan insanların yardım etme olasılığı daha yüksek olabileceği gibi bu ilişki tersi yönde de olabilir. Bir başka deyişle, sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışanların sistemin mağduru olan kişilerle (çocuk, kadın, engelli, yaşlı) sıkça karşılaşmaları onların sistemi sorgulamalarına ve sistemin meşruiyetinden şüphelenmelerine yol açmış da olabilir.

Araştırmamızın bulguları Weiner'in (1980, 1995) sorumluluk yükleme kuramı ile de tutarlıdır. Kurama göre yardıma ihtiyaç duyan kişinin içinde bulunduğu durumdan kendisinin sorumlu olduğunu (örneğin, yeterince çalışmamak) düşünen insanlar öfke duygusu yaşamakta ve yardımı esirgemektedirler. Öte yandan yardıma ihtiyaç duyan kişinin içinde bulunduğu durumdan mağduru kendisinin değil de dışsal faktörlerin sorumlu olduğunu düşünen insanlar mağdur kişiye acıma ve sempati duymakta ve yardım etmektedir. Bu çalışmanın bulguları, Weiner'in (1980) modelinden yola çıkılarak değerlendirildiğinde, gönüllü olarak çalışanların sistemi meşru görmedikleri dolayısıyla da yardıma muhtaç insanların bu durumda olmalarının sorumluluğunu sisteme yükledikleri bu nedenle dezavantajlı grupların üyelerine daha çok sempati duyup daha çok yardım ettikleri düşünülebilir. Öte yandan sistemi meşru algılayan kişiler, bu meşru ve adil sistemde zor durumda bulunanların içinde buldukları durumu hak ettiklerini düşündükleri için dezavantajlı insanlara yardım etme olasılıkları daha düşük olabilir. Ayrıca sistemi meşrulaştırma ölçeği bu çalışma kapsamında Türkçeye çevrildiğinden daha önce Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışması yapılmamıştır bu nedenle bu bulgu dikkatle yorumlanmalıdır.

Bu çalışma kapsamında test edilen bir diğer hipotez sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışanların sosyal baskınlık yönelimlerinin gönüllü olmayanlara oranla daha düşük olduğudur. Elde edilen bulgular bu hipotezi desteklemiştir. Sosyal Baskınlık Kuramı'na göre sosyal baskınlık yönelimi yüksek bireyler toplumdaki bazı grupların diğer

gruplardan üstün olduğuna inanmakta ve bu yönde hareket etmektedirler (Sidanius, 1993; Sidanius ve Pratto, 1999). Öte yandan, sosyal baskınlık yönelimi düşük olan bireyler ise toplumdaki gruplar arası eşitsizlikleri doğal karşılamamaktadır. Bu doğrultuda sosyal baskınlık yöneliminin bireylerin dezavantajlılara yardım etme davranışlarını etkilediği düşünülmüştür. Buna göre, eşitlikçi yönelime sahip olanların dezavantajlı grupların üyelerine yardım ederek eşitliği sağlamaya çalıştığı, öte yandan gruplar arasında güç farklılıklarının olması gerektiğine inananların bu farkları ortadan kaldırmaya yönelik çaba harcamadıkları düşünülebilir. Sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışan bireylerin sosyal baskınlık yönelimlerinin gönüllü olarak çalışmayanlardan daha düşük bulunması, gönüllülerin toplumdaki bazı grupları, diğerlerinden üstün görmediklerini ve gruplar arasındaki eşitsizlikleri azaltmak amacıyla dezavantajlı grupların üyelerine yardım ettiklerini göstermiştir. Bir başka deyişle sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışan bireylerin zor durumda olanlara yardım ederek toplumda gördükleri eşitsizlikleri ellerinden geldiğince azaltmaya ve gruplar arasındaki güç farklılıklarını en aza indirmeye çalıştıkları düşünülebilir.

Bu çalışmada yanıt aranan bir diğer soru sivil toplum kuruluşu gönüllülerinin adil dünya inançlarının gönüllü olmayanlardan farklı olup olmadığıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalara paralel olarak bu çalışmada da adil dünya inancı kişisel ve genel olarak iki ayrı formda ölçülmüştür. Bulgulara göre sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışan bireyler ile gönüllü olarak çalışmayan bireyler arasında kişisel adil

dünya inançları bakımından bir farklılık görülmemiştir. Yardım amaçlı bir sivil toplum kuruluşunda gönüllü olarak çalışanların genel adil dünya inançları gönüllü olarak çalışmayanların genel adil dünya inançlarına oranla, daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular insanların dünyanın kendilerine ne kadar adil davrandığına ilişkin algılarının onların yardım etme davranışları ile ilişkili olmadığını, ancak dünyanın genelde ne kadar adil olduğu konusundaki değerlendirmelerinin yardım etme ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Genel olarak dünyanın adil bir yer olmadığı inancı dezavantajlılara yardım etmeye gönüllük ile ilişkilidir. Bu bulgu literatürdeki bazı çalışmaların bulguları ile de tutarlıdır. Örneğin, Sutton ve Douglas (2005) yaptıkları çalışmaların sonucunda kişisel adil dünya inancının psikolojik iyi olma ile pozitif yönde ilişkili olduğunu, genel adil dünya inancının ise fakirlere yönelik olumlu tutumlarla negatif yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Buna göre kişisel adil dünya inancı psikolojik sonuçlarla ilgiliyken, genel adil dünya inancı daha çok sosyal sonuçlar ile ilgili görünmektedir. Kişisel adil dünya inancı, bireylerin kendi hayatlarında algıladıkları adaletsizlikleri vurgularken, genel adil dünya inancının genel olarak dünyaya yönelik adaletsizliklere atıfta bulunduğu göz önüne alındığında, gönüllü olarak çalışan bireylerin yardım etme davranışlarında kişisel olarak deneyimledikleri veya algıladıkları adaletsizliklerden ziyade, genel olarak dünyayı adil bir yer olarak görmeleri daha belirleyici olabilir.

Bu araştırmada elde edilen, dezavantajlı gruplara yardım eden sivil toplum kuruluşu gönüllülerinin genel adil dünya inançlarının diğer insanlardan daha

düşük olduğu bulgusu literatürde yer alan bazı çalışmaların bulguları ile de tutarlıdır. Genel olarak çalışmalar adil dünya inancı yüksek olan bireylerin toplumdaki dezavantajlı grupları, içinde buldukları durumdan dolayı suçlama yoluna gittiklerini (Furnham ve Gunter, 1984; Mohiyeddini ve Montada, 1998), dezavantajlı grupların üyelerine yardım etmediklerini (Appelbaum ve diğ., 2006) ve yoksullara yardımcı amaçlayan yardım politikalarını desteklemediklerini göstermektedir (Appelbaum, 2002). Örneğin, Furnham ve Gunter (1984) güçlü bir genel adil dünya inancı ile özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı konumdaki gruplara yönelik olumsuz tutumlar arasında pozitif ilişkiler bulmuşlardır. Benzer şekilde Harper ve arkadaşları (1990) da genel adil dünya inancı ile dezavantajlıları içinde buldukları dezavantajlı konum nedeniyle suçlamak arasında güçlü korelasyonlar bulduklarını belirtmişlerdir.

Öte yandan dezavantajlılara yardım eden gönüllülerin adil dünya inancının diğerlerinden düşük olduğu bulgusu literatürde yer alan bazı görüş ve bulgularla çelişmektedir. Rubin ve Peplau (1973) dünyanın adil bir yer olduğuna inananların daha fazlasını hak etmek için çabalayacaklarını ve bu nedenle yardım edeceklerini, dünyanın adil bir yer olduğuna inanmayanların ise çabalar dahi hak ettiklerini alacaklarına inanmadıkları için yardım etmeyeceklerini ileri sürmüşlerdir. Bu hipotezi test eden Bierhoff, Klein ve Kramp (1991) da bir kaza anında yardım edenlerin daha güçlü bir adil dünya inancına sahip olduğunu bulmuşlardır. Bu çelişkinin bir nedeni çalışmalarda tanımlanan yardım davranışının doğası olabilir. Lerner (1980) kurbanların insanların

adil dünya inançlarını tehdit ettiğini bu nedenle yardımın mümkün olduğu ve bedelinin yüksek olmadığı durumlarda insanların kurbana yardım ederek, yardımın mümkün olmadığı ya da bedelinin yüksek olduğu durumlarda ise kurbanı suçlayarak adil dünya inançlarını korumaya çalıştıklarını belirtmiştir. Bu açıdan bakıldığında Bierhoff ve arkadaşlarının (1991) çalışmasında yardım görece daha kısa zamanlı ve daha kolay olduğundan adil dünya inancı yüksek kişiler bu inançlarını devam ettirmek için daha çok yardım etmiş olabilirler. Bu çalışmada ise yardım uzun zamana yayılan, planlı, belirli bir tutarlılık ve devamlılık gerektirmektedir. Bir başka deyişle yardımın bedeli oldukça yüksektir. Sivil toplum kuruluşu gönüllülerini yardım etmeye güdüleyen şey güçlü adil dünya inançlarını korumak değil, pek de adil olmayan dünyada dezavantajlılara yardım ederek onların mağduriyetini azaltmak olabilir. Bu bağlamda sivil toplum kuruluşlarında gönüllü olarak çalışan bireyler, toplumda dezavantajlı konumdaki grupların üyelerine yardım ederek daha adil bir dünya için çaba harcıyor olabilirler.

SONUÇ

Sonuç olarak, sistemin meşru olmadığını düşünme, gruplar arası hiyerarşileri değil eşitliği destekleme ve dünyanın çok da adil bir yer olmadığını düşünme dezavantajlı insanlara gönüllü olarak yardım etme davranışı ile ilişkili görünmektedir. Dezavantajlı gruplara yardım ederek sosyal adaleti sağlamaya çalışan sivil toplum kuruluşları toplumlar açısından çok önemli bir işleve sahiptir. Sivil toplum kuruluşlarının en önemli kaynaklarından biri bu kuruluşlarda gönüllü olarak çalışanlardır. Gelecekte

sivil toplum kuruluşu gönüllülerinin sayısını artırmak için eğitim sistemi içerisinde çocuklarımızı daha eşitlikçi değerlere sahip olarak yetiştirmek, onlara dezavantajlı insanları suçlayıp sistemi meşrulaştırmanın doğru bir yol olmadığını öğretmek, dünyanın adil bir yer olmadığını ama sosyal adaleti sağlamak için bir şeyler yapabileceklerini anlatmak önemli görünmektedir.

KAYNAKÇA

- Appelbaum, L. D. (2002). Who deserves help? Students' opinion about the deservingness of different groups living in Germany to receive aid. *Social Justice Research*, 15, 201- 225.
- Appelbaum, L. D., Lennon, M. C. ve Lawrence Aber, J. (2006). When effort is threatening: The influence of the belief in a just world on Americans' attitudes toward antipoverty policy. *Political Psychology*, 27, 387-402.
- Bierhoff, H. W., Klein, R. ve Kramp, P. (1991). Evidence for the altruistic personality from data on accident research. *Journal of Personality*, 59, 263-280.
- Campbell D., Carr S. C. ve MacLachlan M. (2001). Attributing 'Third World' poverty in Australia and Malawi: A case of donor bias? *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 409-430.
- Dalbert, C. (1997). Coping with an unjust fate: The case of structural unemployment. *Social Justice Research*, 10, 175-189.
- Dalbert, C. (1998). Belief in a just world, well-being, and coping with an unjust fate. L. Montada & M.J. Lerner (Eds.), *Responses to Victimization and Belief in a Just World* içinde (ss. 87-105). New York: Plenum Press.
- Dalbert, C. (1999). The world is more just for me than generally: About the personal belief in a just world scale's validity. *Social Justice Research*, 12, 79-98.
- Furnham, A. ve Gunter, B. (1984). Just world beliefs and attitudes towards the poor. *British Journal of Social Psychology*, 23, 265-269.
- Furnham, A. ve Proctor, E. (1989). Belief in the just world: review and critique of the individual differences literature. *British Journal of Social Psychology*, 28, 365-384.
- Göregenli, M. (2003). *Şiddet, Kötü Muamele ve İşkenceye İlişkin Değerlendirmeler, Tutumlar ve Deneyimler*. İzmir Barosu Yayınları (İşkencenin Önlenmesinde Hukukçuların Rolü Projesi).
- Harper, D. J., Wagstaff, G. F., Newton, J. T. ve Harrison, K. R. (1990). Lay causal perceptions of third world poverty and the just world theory. *Social Behavior and Personality*, 18(2), 235-238.
- Jost, J. T. (1995). Negative illusions: Conceptual clarification and psychological evidence concerning false consciousness. *Political Psychology*, 16, 397- 424.
- Jost, J. T. ve Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system justification and the production of false consciousness, *British Journal of Social Psychology*, 33(1), 1-27.
- Jost, J. T. ve Hunyady, O. (2005). Antecedents and consequences of system-justifying ideologies. *Psychological Science: A Journal of the American Psychological Society*, 14 (5), 260-265.
- Jost, J. T. ve Thompson, E. P. (2000). Group-based dominance and opposition to equality as independent predictors of self-esteem, ethnocentrism, and social policy attitudes among African Americans and European Americans. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 209-232.
- Karaçanta, H. (2002). *Üniversite öğrencilerinin sosyal baskınlık yönelimi ve başka bazı değişkenler açısından karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kay, A. C. ve Jost, J. T. (2003). Complementary justice: effects of "poor but happy" and

- "poor but honest" stereotype exemplars on system justification and implicit activation of the justice motive. *Journal of Personality & Social Psychology*, 85 (5), 823-837.
- Lerner, M. J. (1965). Evaluation of performances as a function of performer's reward and attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 355-360.
- Lerner, M. J. (1980). *The Belief in a Just World: A Fundamental Delusion*. New York: Plenum Press.
- Lerner, M. J. ve Miller, D. T. (1978). Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin*, 85, 1030-1051.
- Mohiyeddini, C. ve Montada, L. (1998). Belief in a just world and self-efficacy in coping with observed victimization: Results from a study about unemployment. L. Montada & M. J. Lerner (Eds.), *Responses to Victimization and Belief in a Just World*. içinde (ss. 41-45). New York, NY: Plenum Press.
- Rubin, Z. ve Peplau, L. A. (1975). Who believes in a just world. *Journal of Social Issues*, 31(3), 65-90.
- Sidanius, J. (1993). The psychology of group conflict and the dynamics of oppression: a social dominance perspective. S. Iyengar & W. McGuire (Eds.), *Current Approaches to Political Psychology* içinde (ss. 173-211). Durham, NC: Duke University Press.
- Sidanius, J. ve Pratto, F. (1999). *Social Dominance: An Intergroup Theory of Social Hierarchy and Oppression*. New York: Cambridge University Press.
- Sidanius, J., Pratto, F. ve Bobo, L. (1994). Social dominance orientation and the political psychology of gender: a case of invariance? *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 998-1011.
- Sidanius, J., Pratto, F. ve Mitchell, M. (1994). In-group identification, social dominance orientation and differential intergroup social allocation. *The Journal of Social Psychology*, 134 (2), 151-167.
- Smith, K. B. (1985). Seeing justice in poverty: The belief in a just world and ideas about social inequalities. *Sociological Spectrum*, 5, 17-29.
- Sutton, R. M. ve Douglas, K. M. (2005). Justice for all, or just for me? More evidence of the importance of the self-other distinction in just-world beliefs. *Personality and Individual Differences*, 39, 637-645.
- Wagstaff, G. F. (1983). Attitudes to poverty, the Protestant ethic, and political affiliation: A preliminary investigation. *Social Behaviour and Personality*, 11, 45-47.
- Wakslak, C. J., Jost, J. T., Tyler, T. R. ve Chen, E. S. (2007). Moral outrage mediates the dampening effect of system justification on support for redistributive social policies. *Psychological Science: A Journal of the American Psychological Society*, 18 (3), 267-274.
- Weiner, B. (1980). *Human Motivation*. NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. New York: Guilford.
- Zuckerman, M. (1975). Belief in a just world and altruistic behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(5), 972-976.

Araştırma

AİLE DANIŞMANLIĞI EĞİTİMLERİNDE POPÜLER FİLMLERİN KULLANIMI VE YAPISAL AİLE TERAPİSİ KURAMI İLE DALGALARIN PRENSİ FİLMİNİN ANALİZİ

Usage of the Popular Films in Family Counselling Courses and A Film Analysis with the Concepts of Structural Family Therapy

Ural NADİR*

*Uzman Psikolog, Hacettepe Üniversitesi
Sosyal Hizmet Bölümü Doktora Öğrencisi

ÖZET

Genel olarak eğitimde, özel olarak da aile danışmanlığı eğitimlerinde popüler filmlerden faydalanma fikri üzerinde uzun yıllardır çalışılmaktadır. Aile danışmanlığı eğitimlerinde filmlerden yararlanma üzerine yapılan çalışmalarda filmlerin özellikle öğrencilerin sistem kavramını anlamalarına büyük faydası olduğu, bunun yanında eğitimlerin teorik ortamının yanında gerek eğiticilere gerekse de öğrencilere farklı bir pencere sunduğu

gösterilmiştir. Bunun yanında öğrenme etkinliği konusuna bakıldığında öğrencilerin hem duyup, hem izleyip, hem de tartışarak bir materyali öğrenmesinde etkinliğin yüzde 90'lara kadar yükseldiği literatürde belirtilmektedir. Bu makalede, bu bilgilerden hareketle *Dalgaların Prensi* filmi yapısal aile terapisi modeli ışığında analiz edilecektir. Böylece hem yapısal aile terapisi kavramlarının bir kez daha üzerinden geçmek, hem de özellikle alanda çalışanlara ve öğrencilere eğitimlerde filmlerin kullanımı hakkında bir örnek sunulmak amaçlanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sosyal Hizmet Eğitimi, Aile Danışmanlığı Eğitimi, Film Analizi, Aile Terapisi, Yapısal Aile Terapisi

ABSTRACT

The idea of utilizing the popular movies generally in education and particularly in the family counselling courses has been investigated for long years. The studies conducted on the utilization of the movies in the family counselling courses have shown that movies have provided the students with great assistance in understanding the system of notion particularly, and opened a different window for both the trainers and students in addition to the theoretical environment of the trainings. Additionally, considering the learning effectiveness, it is specified in the literature that learning of a material by the students by listening, watching, and discussing simultaneously increases the learning effectiveness to 90 percent. From this point of view, this paper analyzes the movie called *The Prince of Tides* in light of the structural family counselling model. Thus, it is targeted to review the structural family counselling concepts, and provide the field researchers and students with an example to the use of movies in teaching.

Key Words: Social Work Training, Family Counselling Courses, Movie Analysis, Family Counselling, Structural Family Counselling

GİRİŞ

Sosyal Hizmet Eğitiminde Popüler Filmlerden Yararlanma

Gerek dünya çapında gerekse de ülkemizdeki sosyal hizmet uzmanı yetiştiren okulların müfredatları incelendiğinde sosyal hizmetlerin bilgi temelini disiplinler arası bir anlayışla oluşturduğu, psikoloji, sosyoloji, eğitim bilimleri, siyaset bilimi gibi alanlarla birçok noktada temel bilginin kesiştiği, diğer yandan da bu ortak bilimsel temel üzerinden farklı bir pratik ve bilimsel anlayış geliştirme çabasında bulunduğu görülmektedir. Bu anlamda, bu yoğun ve disiplinler arası müfredatı sosyal hizmet öğrencilerine aktarmak için akademisyenlerin mümkün olan en geniş çerçevede ellerindeki araçları kullanmalarının, yeni mezun sosyal hizmet uzmanlarının alanı tanıyan, sosyal hizmet mesleğinin bilgi, beceri ve değerlerini kazanmış birer meslek elemanı olarak yetişmesi açısından çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Etkin bir öğrenme metoduyla bir öğrencinin hem duyup, hem izleyip, hem de tartışarak bir materyali öğrenmesinde etkinliğin yüzde 90'lara kadar yükseldiği literatürde belirtilmektedir (Demirel, 2002). Bu noktadan değerlendirildiğinde bir yandan dersler için özellikle hazırlanmış görsel materyallerin (filmler, klipler, sunumlar vs.) kullanımının etkinliği tartışılmazken (Liles, 2007), diğer taraftan, özellikle son dönemlerde, dersler için hazırlanmamış, genel seyirciye hitap eden popüler filmlerin, dizilerin eğitimin içinde bir eğitim malzemesi olarak kullanılması konusunda çeşitli araştırmalar ve denemeler yoğunluk kazanmaktadır (Demmit, 1998; Gladning, 1994; Hudack, Warden, 2001).

Genelci sosyal hizmet yaklaşımı temelinde düşünüldüğünde gerek

eğitim aşamasında gerekse de meslek hayatında bir sosyal hizmet uzmanının çeşitli sorun gruplarıyla çalışmaya hazır bir şekilde mezun edilmesinin amaçlandığı açıktır. Genelci sosyal hizmeti tanımlayan ve tamamlayan bir başka nokta da genel sistemler kuramı çerçevesinde bir sosyal hizmet uzmanının çalıştığı sorun gruplarını değerlendirirken mikro, mezzo ve makro düzeylerde değerlendirmeler yapması ve bu düzeylerin hepsinde çalışma yapmaya ve çözüm üretmeye aşına olması olarak gösterilebilir.

Sosyal Hizmet eğitimi açısından, özellikle genelci yaklaşım çerçevesinde, çok çeşitli sosyal sorunlarla çalışabilme ihtimali olan öğrencileri buna hazırlamak için verilen lisans eğitiminde yaşanan en büyük sorunlardan birisi de uygulama ile sınıf içi eğitiminin birleştirilmesi olarak görülmektedir (Moss, 2000). Her ne kadar öğrencilerin yoğun uygulama dersleri ile uygulama içinde olması, konuk öğretim görevlileri ile alanı tanımaları, vaka örneklerinin sınıfta tartışılması gibi yöntemler sosyal hizmet eğitiminin içerisinde sıkça kullanılan yöntemler olarak karşımıza çıksa da uygulama ile sınıf ortamı arasındaki boşluğun doldurulması açısından filmlerin kullanımının önemi büyüktür (Downey, Jackson, Puig, ve Furman, 2003). Bugüne kadar çekilen filmlerin çeşitliliğine ve içeriklerine bakıldığında bir sosyal hizmet öğrencisinin eğitimi sırasında ilgilendiği hemen her konu ile ilgili olarak çekilmiş olan çeşitli filmlerin varlığı rahatlıkla görülebilir. Geldiğimiz internet çağında bu filmlere ulaşmak bir o kadar kolay görünmektedir.

Özellikle bireyle, aileyle ve gruplarla çalışma konusunda yayımlanmış birçok kitaba bakıldığında teorik olarak

birçok görüşme tekniği, stratejisi okumak mümkündür. Fakat hayatın kendisinden örnekleri okumak ile görmek arasındaki ciddi farkı burada vurgulamakta fayda vardır. Bu anlamda özellikle sınıf ortamlarında bir eğitim aracı olarak popüler filmlerden yararlanma bir açıdan gerçek hayatı sınıf ortamına getirme işlevi göreceği, teorik bilginin gerçek hayattaki karşılığının görüleceği düşünülmektedir. Birçok araştırmacı özellikle filmlerin sosyal hayatla benzeşmesini vurgulamış ve eğitimde popüler filmlerin kullanılmasının öneminden bahsetmişlerdir.

Downey ve arkadaşları (2003) eğitimde filmlerden yararlanma konusunda yaptıkları çalışmada öğrencilerin çok büyük bir bölümünün (%90) derste kullanılan filmlerin yaptıkları okumaları ve dersi geliştirici bir rol oynadığını ifade etmişlerdir. Bunun yanında yaş gruplarına bakıldığında daha genç grupta istatistiksel olarak anlamlı olarak filmlerin daha fazla etkili olduğu anlaşılmıştır. Aynı çalışmanın nitel bildirimlerine bakıldığında çalışmaya katılan öğrencilerin “Romanının da okudum fakat filmi daha çok etkiledi”, “film sınıfta soyut olarak tartıştığımız kavramları anlamama çok daha yardımcı oldu” gibi sıkça tekrarlanan ifadeleri araştırmacılar tarafından kayda değer bulunarak raporlanmışlardır.

Eğitimde kullanılan birçok anlatım-hikayeleme yöntemi ile karşılaştırıldığında sadece işitsel olmaması, izleyenin görsel olarak da konteksi algılaması ve değerlendirebilmesi, eğitimde filmlerin kullanımındaki artılar olarak sayılabilir. Literatüre bakıldığında sosyal sorunlar, danışma becerileri, kültürel çalışmalar, gelişim, psikoloji, psikiyatri gibi alanlardaki eğitimde popüler filmlerin

kullanımı ile ilgili olarak çok çeşitli kaynaklara rastlamak mümkündür (Dressel, 1990, Vinton & Harrington, 1994, Dowd, 1999, Corcoran, 1999, Anderson, 1992, Pescosolido, 1990). Tüm bunların yanında eğitimde popüler filmlerin kullanımının gerek eğiticiyi gerekse de öğrenciyi derslerin rutin havasından kurtaracağı, eğitim ortamlarında çift taraflı olarak yaşanan tükenmişliği azaltacağı da bir gerçektir. Gladstein and Feldstein (1983) eğitimde filmlerden yararlanmanın sosyal hizmet eğitiminde temel noktalardan biri olan öğrencilerdeki empati yeteneğinin gelişimine önemli katkıları olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca filmler sayesinde sözel davranışların yanında sözel olmayan davranışların da bir laboratuvardaymışçasına gözlemlenebilmesi ve değerlendirilebilmesi eğitimde popüler filmlerin kullanılmasındaki önemli bir başka avantaj olarak karşımıza çıkmaktadır (Shepard, Brew, 2005). Son olarak da filmlerden yararlanmanın pasif durumda alıcı olarak görülen öğrencileri aktif olarak eğitimin içine çektiği ve bunun da öğrenmeyi ciddi anlamda olumlu yönde etkilediğinin unutulmaması gerekmektedir.

Aile Danışmanlığı Eğitimlerinde Popüler Filmlerden Yararlanma

Yaptıkları iki farklı çalışmada özellikle sistem yaklaşımı çerçevesinde şekillenen aile danışmanlığı eğitimlerinde filmlerden yararlanmanın öğrencilerin algısal, kavramsal ve yönetsel anlamda yeteneklerini önemli ölçüde geliştirdiği bulunmuştur (Higgins & Dermer, 2001; Hudock & Gallagher Warden, 2001). Alexander ve Waxman (2000) da özellikle aile danışmanlığı eğitimleri içerisinde popüler filmlerden faydalanmanın

diğer eğitim yöntemleri ile birlikte öğrencilerin aile sistemini öğrenmesinde önemli bir araç olduğunu ifade etmiştir.

Maynard (1996) aile terapisi derslerinde standart bir ders işlemenin yanında diğer yöntemlerden de yararlanmanın özellikle öğrencilerin öğrenmesinin kalıcılığını, öğrencinin problem çözme gücünü, öğrenilen bilginin yeni durumlara transferini ve daha fazla bilgi öğrenmek için motivasyonunu arttırdığını ifade etmiştir. Maynard kendi çalışmasında Ordinary People filminden yararlanmış ve iki aşamalı bir süreçte öğrencilerine aile terapisi derslerini vermiştir. İlk aşamada öğrencilerinden filmi izlemelerini ve filmdeki karakterleri psikiyatristi ve filmdeki terapi sürecini değerlendirmelerini istemiştir. Daha sonra bunlar sınıfta tartışılmıştır. İkinci aşamada ise öğrencilerden gruplar halinde aynı aileye temel bir aile danışmanlığı teorisi çerçevesinde yeni bir terapi programı çıkarmaları istenmiştir. Yine bunlar sınıfta tartışılmıştır. Maynard bu yöntemin klasik yöntemlere göre öğrencilerin öğrenme düzeylerinin yükseldiği ve öğrenci geri bildirimlerinin oldukça olumlu olduğunu bildirmiştir. Bu yöntemin öğrencilere kazandıracığı en önemli özelliklerden birisinin de aynı aile üzerinden farklı teorik çerçevelerde nasıl değerlendirme yapılabileceğini ve bir danışmanlık sürecinin yönetilebileceğini öğrencilere kavramsal olarak da göstermesidir. Shepard ve Brew'de (2005) aynı film üzerinden giderek yaptıkları bir çalışmada (nesne ilişkileri kuramı) filmin kullanımının öğrenciler üzerindeki geliştirici etkisinden bahsetmişlerdir. Ordinary People filmi aile danışmanlığı eğitimlerinde kullanan bir başka araştırmacı ise Stinchfield olmuştur (2006). Stinchfield hazırladığı

ana hat üzerinden öğrencileri ile filmi tartışmaya açmış ve Olson'un aile terapisi modelini öğrencilerine bu film analizi üzerinden öğretmiştir. Stinchfield bu çalışmada özellikle aile danışmanlığında filmlerden yararlanmanın öğrencilerin algısal ve kavramsal yetenekleri üzerinde önemli etkisi olduğunu ve bu şekildeki bir interaktif öğrenme ortamının öğrencileri klasik vaka çalışmalarına nazaran çok daha olumlu etkilediği sonucuna varmıştır.

Yukarıdaki her üç örnekte de görüldüğü üzere ister teorik çerçeveyi öğrenciler seçsin isterse de eğitmen belli bir teorik çerçeve içerisinde öğrencilerden çalışmalarını istesin aile danışmanlığı konusundaki eğitimlerde popüler filmlerden yararlanmanın etkinliği literatürde çok defa gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar filmlerden yararlanılarak özellikle denge, ayrışma, anlaşma, kültürel farklılıkların çözümü, kardeş anlaşmazlığı, kuşaklar arası ilişki sorunları, ebeveyn tutumları, rol ve sınır sorunları gibi konularda öğrencilerin öğrenme deneyimini oldukça zenginleştirdiği gösterilmiştir (Alexander, Waxman, 2000).

Bu çalışmada yukarıdaki temel literatür bilgilerinin desteği ile Genel Sistemler Teorisi ve Yapısal Aile Terapisi modelini ele alarak Dalgaların Prensi (The Prince Of Tides) filmi analiz edilecektir.

YAPISAL AİLE TERAPİSİ

Yapısal Aile Terapisi 1960'lı yıllarda Salvador Munichin tarafından ortaya atılmış bir aile terapisi modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (Carr, 2006). Salvador Minuchin'in yapısal aile terapisi modeline baktığımızda sistem teorilerinden fazlası ile etkilendiğini ve modelinin temelinde çevresi ile etkileşim içerisindeki

insanı aldığını söyleyebiliriz. Yapısal aile terapisi modeli özellikle aile sisteminin bütünlüğüne, aile içindeki hiyerarşik organizasyona ve alt sistemlerin bağımsız işlevlerinin bireyin fonksiyonelliğine katkısına dikkat çekerek terapi modelini yapılandırmıştır. Burada neredeyse tüm sistem teorisyenlerinde görmeye alışkın olduğumuz kimi kavramları görmek mümkündür. Bu nedenle öncelikle kısa bir biçimde sistem yaklaşımının kavramlarına bakılmasında fayda bulunduğu düşünülmektedir.

Sistem Yaklaşımı

1950'li yıllara kadar özellikle medikal modelin etkisi altında süren sosyal hizmet veya aile çalışmaları bu yıllardan itibaren bir değişim geçirmeye başlamıştır. Özellikle bu yıllara kadar hakim olan Freudyen tavır 1960'larla birlikte yerini sistem yaklaşımlarına bırakmaya başlamıştır. 1960'lardan sonra aile sorunlarını veya bireylerin yaşadığı sorunları değerlendirirken sadece bireylerin içsel yaşantılarına bakmanın, bireyi yaşadıkları sosyal çevreden ayırarak değerlendirmenin geçerli bir yöntem olmadığı düşünülmeye başlanmıştır (Zastrow, 1995: 22). Bu noktada devreye yavaş yavaş Genel Sistem Kuramı ve Ekosistem Kuramı girmiştir (Pincus ve Minahan, 1973).

Acar ve Acar (2002) sistemi "belirli görevleri yerine getirme kapasitesine sahip, aralarında karşılıklı bağlantılar olan elemanlar bütünüdür" şeklinde tanımlamıştır. Gerek birey, gerekse de bireyin içerisinde yaşadığı sistemler birbirleriyle etkileşim içerisinde dirler. Gerek sistem gerekse ekosistem yaklaşımına göre her sistemin kendi içerisinde bir dengesi bulunmaktadır. Sistemlerin tamamı dengesini koruma

çabası içerisinde dirler ve dengenin bozulması sistemin sonunu getirebilir.

Sistem yaklaşımı çerçevesinde sistem tanımı yapıldıktan sonra sistemin kendi içerisindeki ayrışmasına da bakmak önemlidir. Sistemler kendi içlerinde açık sistem, yarı açık sistem ve kapalı sistem olarak üçe ayrılabilirler. Açık sistem girdi, işlem ve çıktıdan oluşan ve yukarıdaki tanım doğrultusunda çalışırken bir yandan da sistemin içerisindeki dönütler yardımı ile kendisini yenileyen bir bütünlük olarak karşımıza çıkarken yarı açık sistemde bu parçaların (özellikle sistemin içerisindeki dönüt sisteminin) tam işlemediği, kapalı sistemlerde de özellikle girdi veya çıktının olmadığı görülmektedir.

Sistem yaklaşımına genel bir biçimde baktığımızda, yaklaşım yukarıda anlatılanlara ek olarak aile ile çalışırken aşağıdaki kavramlara özel önem atfetmektedir (Fışiloğlu, 2001).

Döngüsel Nedensellik: Sistem yaklaşımı aileyi anlamaya çalışırken sorunları doğrusal bir nedensellikte görmekten kaçınır. Sistem yaklaşımına göre bir sorunun kökeni aynı zamanda bir diğerinin sonucudur ve yine aynı biçimde sorun ve etkisi birbirini döngüsel olarak etkileyerek üretmeye devam eder. Yaşanan sorunlar için bir başlangıç noktası tespit etmektense döngüsellliği kırmak esastır.

Denge: Her sistem bir denge arayışındadır ve her sistemin bir dengesi vardır. Ne zaman ki denge bozulur o zaman aile yardım aramaya yönelebilir.

Sınırlar: Her sistemin diğer sistemden farklılaştığı noktayı ifade eder. Bu kavramı Yapısal Aile Terapisi Modelinde daha ayrıntılı olarak inceleyeceğiz.

Amaçlı Olmak: Her sistemin bir amacı vardır ve bu amaç doğrultusunda kendilerini devam ettirirler.

Bütünlük: Her sistem parçalarının toplamından daha farklı bir bütün oluşturur. Tek tek parçaları anlamaya çalışmak bütünü anlamak konusunda işimize yaramayacaktır.

İletişim: Her sistemin parçaları arasında bir bilgi alışverişi bulunur. Sistem içerisinde iletişimsizlik mümkün değildir. Sadece kötü iletişimden söz edilebilir.

Eş Sonluk veya Sonun Benzerliği: Sistem kendi belirlediği noktaya farklı yollardan da olsa ulaşabilir. Veya tersi bir bakış açısı ile benzer noktada olan sistemlerin bu noktaya aynı yerden geldikleri anlamını taşımaz.

İlişki: Her sistemin kendi içerisinde ve diğer sistemlerle kaçınılmaz bir biçimde ilişkisi vardır (Fıfıloğlu, 2001).

Yapısal Aile Terapisinde Temel Kavramlar

1. Aile Yapısı

Minuchin aile yapısını aile bireylerinin birbirleri ile etkileşimlerini organize eden bir grup görünmez kod olarak ifade etmiştir. Aynı zamanda Minuchin'e göre bu kodlar bir kere oluştu mu, bir başka deyişle aile yapısı bir kere oluştu mu, değişime de direnç oluşmuş demektir. Bu dirençli yapının aileleri olumlu veya olumsuz yönde etkiledikleri ifade edilmekle birlikte yaşanan bir kriz halinde iyi organize olmuş, yapısal olarak sıkıntı yaşamayan ailelerin diğer ailelerden daha kolay kendilerini sağalttıkları literatürde gösterilmektedir.

Minuchin beş çeşit işlevsel olmayan aile yapısı tanımlamıştır. Bunlar: İç içe

geçmiş aileler, kopuk aileler, evine bağlı olmayan bir kocanın olduğu aileler, ilgisiz ebeveynli aileler, olgunlaşmamış (çocuksu) ebeveynli ailelerdir. Minuchin bu aile tiplerinin tamamını patolojik olarak göstermektedir. Yine yapısal aile terapisi modeline göre bir kriz durumunda bu ailelerde strese karşı baş etme becerileri veya problem çözme becerileri normal ailelere göre oldukça düşüktür.

2. Aile Alt Sistemleri

Yukarıda da belirttiğimiz gibi bir çok sistem kuramcısı gibi Minuchin de alt sistemlerden ve işlevlerinden bahsetmiş ve modelinin temeline oturtmuştur. Aile alt sistemleri aile yapısı içerisinde yapının bütününe daha işlevsel olabilmesi için çeşitli görevleri yerine getirmek üzere bir araya gelmiş elemanlar bütünü olarak da tarif edilebilir. Karı koca alt sistemi, ebeveynlik alt sistemi veya kardeşlik alt sistemi bunlara örnek olarak gösterilebilir. Yine Minuchin aile yapısı içindeki her bireyin her alt sistemde gücünün ve rollerinin farklılaşacağından ve bunun sağlıklı bir aile için öneminden bahsetmiştir. Birazdan da açıklayacağımız üzere alt sistemler arasındaki sınırlar ve sınır geçirgenlikleri de sağlıklı bir aileyi tanımlarken Yapısal Aile Terapisi modeli içerisinde önemli bir yer tutmaktadır.

3. Sınırlar

Sınır – yapısal aile terapisi modeline göre – bireyleri, alt sistemleri veya sistemleri birbirinden ayıran fiziksel veya psikolojik faktörler olarak tanımlanabilir. Yapısal aile terapisi üç farklı sınır biçimi tanımlamıştır. Bunlardan ilki katı sınırlardır. Katı sınırı esnek olmayan, gerek sistemin içine girişleri kabul

etmekte, gerekse de çıkışlarda sorun yaratmakta olan sınırlar olarak kabul edebiliriz. Katı sınırlara sahip olan ailelerde görebileceğimiz temel özellikler dışa kapalılık, alt sistemler arasında kopukluk veya bireylerin duygusal alışverişlerinde ciddi eksiklikler olarak karşımıza çıkabilir. Yapısal aile Terapisi modelinde göreceğimiz bir diğer sınır biçimi de belirsiz sınırlardır. Burada da katı sınırların tam tersine bireyi, alt sistemleri veya sistemleri birbirlerinden ayıran sınırlar fazlasıyla geçirgen ve bireyi ve aileyi korumaktan yoksundur. Bu ailelerde olumlu ve yapıcı bir ebeveynlik ilişkisinden de kuşaklar arası kabul edilebilir bir hiyerarşiden de söz etmek çok mümkün değildir. Burada gerek bireylerin gerekse de sistemin ihtiyacı olan otonomi tamamen yok olmuş durumdadır. Son olarak en sağlıklı sınır biçimi olarak belirgin sınırlardan bahsedebiliriz. Belirgin sınırlar bir yandan sağlıklı bir biçimde bireyi veya sistemi diğer birey veya sistemlerden ayırırken, aynı zamanda sistemlerin birbirleriyle sağlıklı biçimde ilişki kurmasına da izin vermektedir. Belirgin sınırları olan sistemlerde gerek bireyler, gerekse de alt sistemler veya sistemler bağımsızlığını yaşayabilir ve kiminle ne kadar ilişki kuracaklarına sağlıklı bir biçimde karar verebilirler. Bu ailelerde “ben” duygusu da, “biz” duygusu da sağlıklı ve işlevsel bir biçimde oluşmuştur.

4. Koalisyon

Koalisyon iki veya daha fazla aile üyesinin bir diğer üyeye karşı geliştirdikleri birliktelik olarak tanımlanabilir. Minuchin iki tip koalisyonlardan bahsetmiştir. Bunlardan ilki sabit-kalıcı koalisyonlardır. Buna örnek olarak en yaygın biçimde aile yapısının önemli bir belirleyicisi

durumuna gelmiş anne oğul koalisyonundan bahsedilebilir. Geçici koalisyonlar ise özellikle kriz veya stres durumlarında durumun sorumlusu olarak bir grup aile üyesinin özellikle bir bireyi görmesi biçiminde ifade edilebilir. İşlevsel olmayan bir koalisyon veya yan yana gelme biçimi olarak Minuchin üçgenleşmeden de bahsetmiştir. Üçgenleşmeye örnek olarak bir ebeveynin çocukları kendi yanına çekme ve/veya diğer ebeveyne karşı örgütlenme çabası verilebilir.

5. Kuşaklar Arası İlişki - Hiyerarşi

Minuchin koalisyonlardan bahsederken güç ve uyum (allignment-yan yana gelme) kavramlarından da bahsetmiş özellikle işlevsel bir ebeveynlik sistemi için kuşaklararası belirlenmiş sağlıklı sınırların gerekliliğinden, disiplin gibi konularda ebeveynlerin uyumlu hareket etmelerinin öneminden bahsetmiş ve kabul edilmiş bir otoriteye bağlı olarak koyulmuş ve belli oranda esneme payı olan kuralların önemini vurgulamıştır.

Uygulamada Yapısal Aile Terapisi

Yapısal aile terapisinin uygulamasına baktığımızda dört aşamadan bahsedebiliriz. Bunlar: dahil olma ve koruma, aile etkileşimlerini değerlendirme, işlevsel olmayan örüntüleri izleme ve yeniden yapılandırma olarak adlandırılabilir. Yapısal aile terapisinde terapistin rollerine bakılacak olursa da, terapistin aile ile çalışırken, aktif, davranışa odaklı, yüzleştirici ve destekleyici, süreci çalışan, şimdi ve burada noktından hareket eden bir çalışma biçimi dikkat çeker.

Aile Haritası

Aile haritası özellikle terapinin başlan-gıcında gerek ailenin yapısal durumun-gör sel olarak ortaya konabilmesi (sınırlar, koalisyonlar, çatışmalar, vs.) gerekse de aile ile ilgili olarak işlevsel ve/veya işlevsel olmayan yönler e dair hipotezlerin geliştirilebilmesi için yapı-sal aile terapisi modelinin kullandığı en önemli araçlardan birisi konumundadır. Tablo 1.'de yapısal aile terapisi mode-linin sıklıkla kullandığı kimi semboller verilmiş, Tablo 4.'de de Wingo Ailesinin aile haritası çıkartılmıştır.

Tablo 1. Aile Haritasında Sıklıkla Kullanılan Semboller

-----	Belirgin Sınır
.....	Belirsiz Sınır
-----	Katı Sınır
-----	Aşırı İlgi
-----	Normal İlgi
---- -----	Çatışma
}	Koalisyon

Dalgaların Prensi (The Prince Of Tides)

Tablo 2. Filmin Künyesi

Dil: İngilizce

Yapım: 1991 | ABD

Yönetmen: Barbra Streisand

Senaryo: Pat Conroy

Müzik: James Newton Howard

Görüntü Yönetmeni: Stephen Goldblatt

Yapımcı: Barbara Streisand, Andrew S. Karsch

Oyuncular:

Nick Nolte (Tom Wingo)
Barbra Streisand (Susan Lowenstein)
Blythe Danner (Sally Wingo)
Kate Nelligan (Lila Wingo Newbury)
Jeroen Krabbé (Herbert Woodruff)
Melinda Dillon (Savannah Wingo)
George Carlin (Eddie Detreville)
Jason Gould (Bernard Wo odruff)
Brad Sullivan (Henry Wingo)
Maggie Collier (Lucy Wingo)

Filmin Öyküsü:

Futbol koçu olan Tom Wingo eşi ve üç çocuğu ile Amerika'nın güneyinde bir yaşam sürmektedir. Bir gün annesinin kendilerini ziyareti ile aldığı bir haber kısa süreliğine tüm yaşamını değiştirecektir. Tom'un ikiz kardeşi şair Savannah bir intihar girişiminde bulunmuştur. Tom, Savannah'ı görmek için hemen

New York'a gider. Filmin hemen başlarında Tom ve annesinin ilişkisinin ve Tom ile eşi Sally'nin ilişkisinin yolunda gitmediği anlaşılmaktadır. Yine filmin başlarında Tom'un abisi Luke'un iki sene önce ölmüş olduğu öğrenilmiştir.

Tom'un New York'a gidişi ile Tom ve Savannah'in psikiyatristi Susan arasında bir ilişki başlar. Bu ilişkide bir yandan Tom Susan'a kardeşi ile ilgili aile hikâyesini anlatarak yardımcı olmaya çalışmakta, diğer yandan da kendi aile geçmişi ile de yüzleşmektedir. Yine bu süreçte Susan'ın da mutsuz bir aile hayatı olduğunu anlayan Tom Susan'ın içe kapanık ve babası tarafından iyi bir keman sanatçısı olması için zorlanan oğluna futbol koçluğu yapmaya başlar.

Başlarda aile geçmişi anlatmak konusunda oldukça dirençli olan Tom bir süre sonra kendi geçmişi ile de

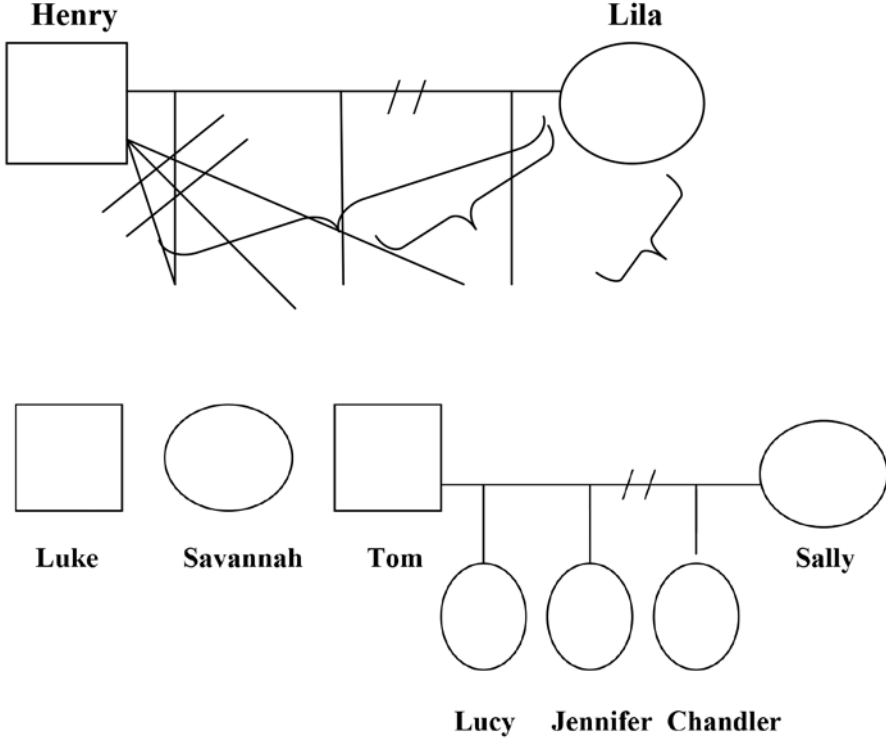
yüzleşerek çocukluklarında yaşadıkları tecavüz olayını ve sonrasında abisi Luke ve annesi tarafından tecavüzcülerin öldürülerek cesetlerinin yakılışını anlatmıştır. Yine bu süreçte Tom'un anlatırken yaşadığı flash back'lerle anne babası arasındaki çatışma ve sorunlu aile ilişkileri izleyiciye sunulur.

Filmde üç aile ve ilişkilere odaklanılmıştır. Bunlardan en önemlisi ve filmin ana eksenini Tom ve iki kardeşi ile anne babasının yaşadığı çatışmalı ve travmatik çocukluk hikâyesi oluşturmaktadır. Filmde bir diğer aile hikâyesini Tom ve Sally'nin aile hikayesi ve son olarak da üçüncü aile hikayesini Susan ve ailesinin hikayesi oluşturmaktadır. Bu makaledeki analizde ise ağırlıklı olarak Tom'un çocukluğunun içinde geçtiği aile konu alınacak ve yapısal aile terapisi modeli ışığında değerlendirilecektir.

Tablo 3: Film Analizi Sırasında Kullanılacak Sahneler

Sahne	Dakika	Olay
Sahne 1	3' 02" – 4' 06"	Wingo ailesinde kavga ve çocukların suya atlama ritüeli.
Sahne 2	9' 20 – 10' 50"	Sally ve Tom'un kendi aileleri hakkında konuşmaları
Sahne 3	23' 04" – 25' 10"	Wingo ailesinde yemekte yaşanan kavga
Sahne 4	25' 10" – 28' 22"	Tom ile Susan'ın görüşmesi
Sahne 5	35' 10" – 37' 03"	Lila ve Tom'un konuşması
Sahne 6	70' 40 " – 712 25"	Tom ve Savannah'ın doğum gününde yaşanan kavga
Sahne 7	71' 46" – 73' 22"	Tom ve Henry'nin çocuklarla balığa çıkması
Sahne 8	76' 30" – 79' 10"	Lila ve Tom'un görüşmesi
Sahne 9	80' 12" – 90' 35"	Tom'un Susan'a tecavüzü anlattığı görüşme

*Filmin yine aynı yıl çıkan DVD sürümünün üzerinden analiz gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4 : Wingo Ailesinin Aile Haritası

Yapısal Aile Terapisi Modeli ile Dalgaların Prensi Filminin Analizi Aile Yapısı:

Filmin bütününe baktığımızda Minuchin'in ifadesi ile aile yapısının sağlıklı bir biçimde kurulduğunu söylemek güçtür. Filmin hemen başlarında Wingo ailesinin ilk kavga sahnesi görülmektedir. Yine filmin 23. dakikasında akşam yemeği sofrasında yaşanan kavga, 70. dakikasında Tom ve Savannah'ın doğum gününde yaşananlar aile yapısının sağlıklı bir biçimde kurulamadığına örnek olarak gösterilebilir.

Minuchin'in işlevsel olmayan aile yapılarını tanımlarken betimlediği aile tipleri arasında Wingo ailesinin kopuk aile tanımı içerisinde değerlendirilmesi mümkündür. Minuchin'in patolojik olarak değerlendirdiği aile tiplerinden olan Wingo ailesinde de kriz durumlarında baş etme mekanizmalarındaki etkisizlik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik açıklıkla görülmektedir. Örneğin filmin hemen 3. dakikasındaki (Sahne 1) kavgadan başlayarak ailenin yaşadığı hiçbir çatışmada etkin bir problem çözme stratejisinin

kullanılmadığı görülmektedir. Ailenin yaşadığı en önemli travmalardan birisi olan tecavüz olayından sonra bile aile bireylerinin hiçbirisi etkin bir çözüm stratejisi izlememiş, bunun yanında bir baş etme biçimi olarak unutmayı ve reddetmeyi tercih etmişlerdir. Tom Wingo ve annesinin filmin 77. dakikasında (Sahne 8) geçmişe yönelik olarak yapmış oldukları konuşmada anne bunu bir kez daha ifade etmiş ve yaşananların çözümü yerine reddetmeyi ve unutmayı seçtiğini belirtmiştir. Tom Wingo da Susan ile yaptığı son görüşmelerin birisine kadar süreci kimse ile paylaşmamış ve filmin 80. dakikasındaki (Sahne 9) bu görüşmede ancak tecavüz olayını ilk defa bir başkasına anlatarak rahatlatma yolunu seçmiştir.

Ailenin problem çözme becerileri konusunda sıkıntısını gösteren bir diğer örnek de 70. dakikada (Sahne 6) görülen kavga sahnesidir. Filmin 70. dakikasında çocukların doğum günü için hazırlık yapan Lila, Henry'yi sofraya çağırmakta ve Henry maç izlediği gerekçesi ile bunu reddetmektedir. Bunun üzerine Lila'nın TV'yi kapatması ile başlayan kavgada Henry Lila'ya fiziksel şiddet uygulamış ve evin kendisinin olduğunu ve Lila'nın evde sadece bir misafir olduğunu ifade etmiştir. Yine 23. dakikadaki (Sahne 3) kavgada yemeğini sevmeyen Henry kavga çıkartmış ve Lila sorun büyümesin diye çocuklarla birlikte mutfakta yeniden yemek hazırlayarak geri gelmiştir. Fakat yaşanan çatışmaların hiçbirinde etkin bir problem çözme stratejisine rastlanılamamıştır. Aksine aile baş etme stratejisi olarak her zaman duygu odaklı bir yol izlemiştir.

Gerek baş etme mekanizmalarındaki gerekse de problem çözme becerilerindeki bu sıkıntılar Wingo ailesinin

hemen her ferdinin tüm yaşamlarını etkilemiş gözükmektedir. Tom Wingo'nun kendi özel yaşamındaki sıkıntılarda, öfke kontrolü sorunları açıklıkla görülmektedir. Bunun yanında Luke'un öldürülmesi, Savannah'ın tecavüz olayı ile başlayan intihar girişimleri, Lila'nın halen her şeyi bastırmaya ve unutmaya çalışan tutumları filmde örnekler olarak verilebilir.

Alt sistemler ve sınırlar

Aile alt sistemleri aile yapısı içerisinde, yapının bütününe daha işlevsel olabilmesi için çeşitli görevleri yerine getirmek üzere bir araya gelmiş elemanlar bütünü olarak tarif edilebilir. Yine sistem teorisine göre sistemler girdi, çıktı ve geri bildirim düzeyleri değerlendirilerek açık, yarı açık ve kapalı sistemler olarak değerlendirilebilirler. Wingo ailesine baktığımızda sistem teorisi ve yapısal aile terapisi terimleri ile değerlendirecek olursak ailenin bir kapalı sistemi oluşturduğunu söylemek mümkündür. Ailede geri bildirim sistemi işlememektedir (özellikle ailenin problem çözme ve baş etme stratejilerindeki ciddi sorunlar bundan önemli oranda etkilenmektedir). Katı sınırlarla aile kendisini korumaya çalışmakta ve aile içine giriş ve çıkışlar engellenmektedir. Film içinde özellikle 26. dakikada Tom'un Susan'a anlattıklarından, 80. dakikasında öğrendiğimiz tecavüz olayında da ailenin kapalı sistem olarak örgütlendiğini görmek mümkün olmaktadır (Sahne 4 ve 9).

Filmin 26. dakikasında (Sahne 4) Tom Susan'a annesinin Savannah'ın ilk yazılarını yaktığını, bunun gerekçesi olarak da aile sırlarının dışarı çıkmasını hiçbir biçimde istemediğini aktarmıştır. Yine filmin 80. dakikasında (Sahne

9) yaşanan tecavüz olayını aile kendi içerisinde halletme çabasına girmiş ve konu ile ilgili olarak baba Henry'ye bile bilgi verilmemiştir. Bunun yanında Lila ve çocuklar da kendi içlerinde bir söz vererek bu konuyu aralarında bile konuşmama kararı almışlardır. Savannah'ın ilk intiharının hemen bu olayın üç gün sonrasına denk gelmesi de dikkat çekicidir.

Yine alt sistemler olarak anne çocuk sistemleri ve bireylerin kendi sistemleri incelendiğinde de katı sınırlarla oluşan kapalı sistemleri görmek olasıdır. Örneğin Henry filmde görüldüğü neredeyse tüm sahnelerde duygusal paylaşım-dan uzak, kendisini ailesine tamamen kapatmış ve ailesi ile hiçbir duygusal ilişkisi olmayan bir birey olarak resmedilmiştir (Sahne 1, 3, 6 ve 7). Bunun yanında anne çocuk alt sistemi ve kardeşlik alt sistemlerinin de kendi içine kapalı sistemler olduğu görülmektedir. Buna güzel bir örnek filmin iki yerinde geçen kardeşlerin bir sorun çözme biçimi olarak da gördükleri suya atlama sahnesi verilebilir. Kardeşler özellikle aile içinde yaşadıkları problemler sonrasında el ele tutuşarak suya atlamakta ve kendilerini sessizliğe bırakmaktadırlar. Açık bir sistemin en önemli özelliklerinden birisi olan geri bildirim sisteminin ailenin hiçbir ögesinde işlemediği buradan da görülebilmektedir.

Sistem teorisi ışığında bakıldığında her sistemde alt sistemlerin birbirleri ile ilişki ve etkileşim içerisinde olduklarını söylemek mümkündür. Bununla beraber, bu etkileşim içerisinde bir alt sistemde yaşanan sıkıntıların tüm diğer etkileşim içindeki sistemleri etkileyeceği bilinmektedir. Wingo ailesinde de sağlıklı bir biçimde yapılandırıl(a)ma-mış karı kocalık alt sistemi tüm diğer

alt sistemleri ciddi biçimde etkilemekte, o alt sistemlerin de sağlıklı işleyişinin önünü tıkamaktadır.

Denge

Denge kavramı sistem yaklaşımında da sistem yaklaşımı üzerine bina edilmiş olan yapısal aile terapisi kuramında da önemli bir yere sahiptir. Kurama göre her sistem bir denge arayışı içerisinde-dir. Yapısal aile terapisi kuramı, ailelerin özellikle denge bozulduğu zaman yardım arayışına girdiklerini kabul eder. Bu noktada filmi inceleyecek olursak Wingo ailesinde dengenin özellikle tecavüzden sonra bozulduğunu ifade etmek mümkündür. Özellikle yukarıda da ifade edildiği gibi bir kapalı sistem olarak tanımlayabileceğimiz Wingo ailesinde tecavüz sonrası bozulan dengenin yeniden oturması mümkün olmamış ve aile bu noktadan sonra yavaş yavaş dağılmış, bireyler ve diğer alt sistemler (kardeşlik alt sistemi, anne çocuk alt sistemi vb.) kendi dengelerini bulma yoluna gitmişlerdir.

Aile için önemli bir travma olan tecavüz olayından öncesine baktığımızda da ailede özellikle koalisyonlar yolu ile dengenin korunması görevini Lila'nın üstlendiğini görmek mümkündür. Örneğin filmin 23. dakikasında (Sahne 3) yaşanan kavga sahnesinde çocuklar ile birlikte Lila yeniden bir yemek hazırlamakta ve Henry ile çatışmanın çözümünü sağlamaktadır.

Yine filmde dengenin bozulduğu anlara dair önemli bir ipucu da filmin 70. dakikasında (Sahne 6) çocukların doğum gününde yaşanan kavgada karşımıza çıkmaktadır. Burada çocukların doğum gününe katılmayı istemeyen ve TV seyredeceğini ifade eden Henry'ye Lila

karşı çıkmış ve televizyonu kapatmıştır. Bunun üzerine Lila'yı dövmeğe başlayan Henry'yi durdurmak için içeri tüfekle giren Luke televizyona ateş ederek babası Henry'yi tehdit etmiştir.

Tom Wingo ile Sally'nin ilişkisine bakıldığında ise dengenin bozulduğu nokta olarak iki sene önce yaşanan Luke'un ölümü öne çıkmaktadır. Filmin 10. dakikasında (Sahne 2) Tom ve Sally sahilde konuşmaktadırlar ve bu konuşmada Sally Tom'a ilk olarak Luke'un ölümü ile sıkıntılarının başladığını ve o günden bu yana konuşamadıklarını ifade etmiştir. Zorunlu olarak New York'a gitmek zorunda kalan Tom burada Susan ile Sally de bir başkası ile bir ilişki yaşamış fakat sonrasında Tom Wingo ve Sally'nin aile sistemi yeniden denge noktasına geldiği filmin sonunda görülmüştür.

Koalisyonlar

Koalisyonları iki veya daha fazla aile bireyinin bir diğer bireye karşı geliştirdikleri birliktelikler olarak tanımlanabilir. Bu birlikteliklere baktığımızda özellikle Minuchin'in de klasik bir aile koalisyonu olarak tanımladığı, babaya karşı anne ve çocukların bir arada meydana getirdikleri bir koalisyon görülebilmektedir. Yine anne'nin Tom'u yanına çağırdığı sahnede (Filmin 35. dakikasında (Sahne 5) Lila Tom'u yatak odasına çağırmakta ve kendisinin en sevdiği çocuğu olduğunu ifade etmektedir. Aynı zamanda Lila bu bilginin anne oğul arasında bir sır olarak kalmasını istediğini de söylemektedir) sadece Onunla girmek istediği bir koalisyon görülmekte, bunun yanında yıllar sonra Tom'un da öğrendiği gibi anne Lila'nın tüm çocuklarla buna teşebbüs ettiği anlaşılmaktadır.

Yine anne ve çocuklar koalisyonuna örnek olarak filmin 23. dakikasında (Sahne 3) yaşanan kavgaya yönelik anne ve çocukların birlikte geliştirdikleri tutum gösterilebilir. Burada da anne çocuklar ile birlikte babaya karşı birlikte hareket etmekte ve dengenin korunması ve çatışmadan uzaklaşmak için bir koalisyon oluşturmaktadırlar.

Kuşaklar Arası İlişki

Tom'un ailesine bakıldığında Minuchin'in ifade ettiği gibi kuşaklararası kabul edilmiş sağlıklı bir otoritenin varlığından bahsetmek mümkün değildir. Özellikle Tom'un çocukluğuna döndüğü flash back'lerde babanın otoritesinden ve bu otoritenin korku ile zorunlu bir kabulünden bahsedilebilir ancak. Yine filmde Luke'un elinde tüfek ile televizyonu parçaladığı sahne bir yandan otoritenin aile içinde yapılanışını diğer taraftan da denge'nin bozulduğu bir diğer anı açıkça göstermektedir.

SONUÇ

Genel açıdan bakıldığında eğitimde, özel olarak bakıldığında da sosyal hizmet eğitiminde popüler filmlerden faydalanmanın hem eğitimcilere hem de öğrencilere getireceği faydalar ortadadır. Hele ki eğitimin uygulamalı bir alanı olan aile danışmanlığı eğitimlerinde uygulama ile teorik bilginin yan yana getirilebilmesi ve somutlanabilmesi açısından filmlerden yararlanmak bize zengin bir veri kaynağı sunmaktadır. Eğitimde filmlerden yararlanmanın sağladığı iki temel faydadan bahsedilebilir. Bunlardan ilki film kullanımının daha soğuk olarak nitelendirilebileceğimiz eğitim ortamına sunacağı katkı, bir diğeri de filmlerin özellikle aile ile ilgili temel kavramlarda (denge, roller, sınırlar, alt

sistemler gibi) bize sunacağı zengin ve uygulamalı veri kaynağı olması olarak gösterilebilir.

1960'lı yıllarda Solvador Minuchin tarafından genel sistemler kuramı üzerine oturtulan yapısal aile terapisi modelinde karşımıza yine sistemler kuramından aşına olduğumuz denge, sınırlar, koalisyonlar, alt sistemler ve hiyerarşi (kuşaklararası ilişki) gibi kavramlar çıkmaktadır. Bu kavramlar ışığında aile yapısını inceleyen ve işlevsel olmayan aile yapılarının yeniden işlevsel özelliklerini kazanmasına odaklanan yapısal aile terapisi modeli bu makalede Prince of the Tides (Dalgaların Prensi) filmi üzerinden aktarılmaya çalışılmıştır. Bu sayede bir yandan eğitimde filmlerden faydalanmanın önemi gösterilmeye çalışılmış, diğer taraftan okuyucular için yapısal aile terapisinin farklı bir anlatımına girilmek istenmiştir.

Tüm bunlarla birlikte sosyal hizmet eğitimi veya genel olarak eğitimde popüler filmlerden yararlanmanın bizlere sağladığı birçok artının yanında bunun çeşitli sınırlılıklarına bakmanın da gerekli olduğu düşünülmektedir. Özellikle bu filmlerin eğlence amaçlı işler olduğu unutulmamalıdır. Bu açıdan değerlendirildiğinde popüler filmlerin sosyal hayatı birebir yansıtmadığı, romantize ettiği, gerçekliği kimi noktalarda minimize ettiği söylenebilir. Ayrıca yine filmlerin özellikle gişe kaygısı olanların ideolojik bir işlevi olduğu, statükoyu olumlayan bir anlatımı olduğu da sosyal hizmet öğrencileri ve akademisyenlerinin gözden kaçırmaması gereken bir unsurdur. Ayrıca film seçim sürecinin kimi zaman içerdiği zorluklar, filmin sınıfta gösteriminin kimi zorlukları ve her öğrenci üzerinde bırakacağı duygusal etkinin önceden kestirilemeyeceği gerçeği de

özellikle sınıf ortamında sosyal hizmet öğrencileriyle filmlerin kullanımı konusunda çeşitli çekinceler yaratabilir.

KAYNAKÇA

Acar, Y. B., & Acar, H. (2002). Sistem kuramı- Ekolojik sistem kuramı ve sosyal hizmet: Temel kavramlar ve farklılıklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 13(1), 29-35.

Alexander, W., Waxman, D. (2000). Cinemaeducation: Teaching family system through movies. Families, System & Health: *The Journal of Collaborative Family Health Care*, 18 (4), 455-466.

Carr, A. (2006). *Family Therapy. Concept, Process and Practice*. John Wiley & Sons Ltd. England.

Corcoran, J. (1999) Children's literature and popular movies for knowledge of life span development. *Journal of Baccalaureate Social Work*, 5(1), 87-98.

Demirel, Ö. (2002), *Planlamadan Değerlendirmeye Öğretim Sanatı*, Ankara: Pegem Akademi.

Demmitt, A. D. (1998). Using literature to teach the art of diagnosing. *The Family Journal*, 6, 147-149.

Dowd, J. (1999) Waiting for Louis Prima: on the possibility of a sociology of film, *Teaching Sociology*, 27(4), 324-342.

Downey, E. P., Jackson, R. L., Puig, M. E., & Furman, R. (2003). Perceptions of efficacy in the use of contemporary film in social work education: an exploratory study. *Social work Education*, 22(4). 401-410.

Dressel, P. (1990) Films that put social problems into global context, *Teaching Sociology*, 18(2), 226-230.

Ello, L. M. (2007). Older Adult Issues and Experiences Through the Stories and Images of Film. *Journal of Teaching in Social Work*, Vol. 27(1/2). 271-282.

- Fıfıloğlu, H. (2001) *Aile ve Evlilik Terapisi Kurs Notları*. ODTÜ SEM. Basılmamış Ders Notları.
- Gladding, S. T. (1994). Teaching family counseling through the use of fiction. *Counselor Education and Supervision*, 33, 191-200.
- Gladstein, G., & Feldstein, J. (1983). Using film to increase counselor empathic experiences. *Counselor Education and Supervision*, 23, 125-131.
- Higgins, J., & Dermer, J. (2001). The use of film in marriage and family counselor education. *Counselor Education & Supervision*, 40, 182-192.
- Hudock, A. M., Jr., & Warden, S. A. G. (2001). Using movies to teach family systems concepts. *The Family Journal*, 9, 116-121.
- Hudock, A., & Gallagher Warden, S. (2001). Using movies to teach family systems concepts. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 9, 116-121.
- Liles, R. E. (2007). The Use of Feature Films as Teaching Tools in Social Work Education. *Journal of Teaching in Social Work*, 27(3/4), 45-60.
- Maynard, P. E. (1996). Teaching family therapy theory: Do something different. *The American Journal of Family Therapy*, 24, 195-205.
- Pescolido, B. (1990) Teaching medical sociology through film: theoretical perspectives and practical tools, *Teaching Sociology*, 18(3), 337-346.
- Pincus, A., & Minahan, A. (1973) *Social Work Practice: Model and Method*. Itasca, IL: F.E. Peacock.
- Shepard, D. D., Brew, L. (2005) Teaching Theories of Couples Counseling: The Use of Popular Movies. *The Family Journal: Counseling And Therapy For Couples And Families*, 13(4), 406-415.
- Tyler, J. M., & Reynolds, T. (1998). Using feature film to teach group counseling. *Journal for Specialists in Group Work*, 23, 7-21.
- Vinton, L. & Harrington, P. (1994) An evaluation of the use of videotape in teaching empathy, *Journal of Teaching in Social Work*, 9(1/2), 71-84.
- Zastrow, C. (1995). *The Practice of Social Work*. California: Brooks / Cole Publishing Company.

Derleme

YAŞLILIKTA YAŞAM KALİTESİ VE KONUT İLİŞKİSİ

The Relationship Between Housing And Quality Of Life In Older Ages

Ayfer AYDINER BOYLU*

*Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi
İİBF Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü
Öğretim Üyesi

Yaşlıların sadece uzun yaşamaları ile ilgilenilmemeli, aynı zamanda onların yaşam kalitesi ve yaşamın anlamı ile de ilgilenilmelidir

KOTTKE

ÖZET

Yaşlılık, yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında gelmektedir. Yaşlılıkta yaşam kalitesinin göstergelerini ekonomik, sosyal, psikolojik ve sağlık göstergeleri olmak üzere dört kategoride değerlendirmek mümkündür. Bu göstergeler içinde en dikkat çekici olanlarından biri de sosyal göstergelerin değişkenlerinden biri olan konut koşullarının bireyin yaşamına olan uygunluğudur. Yaşlıların konut ihtiyaçları düşünüldüğünde en önemli nokta konutun onların toplum yaşamına katılımlarını, bağımsız yaşamalarını

kolaylaştıracak fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarına cevap verebilecek nitelikte olmasıdır. Böylelikle sosyal izolasyon ve ev kazaları azalacak, yaşam kalitesinde artış söz konusu olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, Yaşam Kalitesi, Konut, Konut Koşulları

ABSTRACT

Aging is one of the conditions that decreased the quality of life. Indicators of quality of life in old age might be evaluated in four categories as economic, social, psychological and health indicators. One of the remarkable of these indicators is the fitness of housing conditions to individual's life, which is one of the variables of the social indicators. The most important thing regarding the housing needs of older people is quality of meeting their physical and psychosocial needs which enables them to involve the community independently. Thus the quality of life elderly can be improved by reducing social isolation and home accidents.

Key Words: Aging, Quality of Life, House, House Conditions

GİRİŞ

Yaşlılık, insan hayatının belirli bir aşamasını oluşturan ve her dönem gibi kendine özgü üstünlükleri ve eksiklikleri olan bir dönemdir. Bu dönemde kişinin, sosyal, ekonomik, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçları daha önceki yıllara göre değişmekte ve artmaktadır (Bilen, 1983). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşlılığı; "çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması" olarak tanımlamaktadır. Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreçtir (Gökçe Kutsal, 2003:1).

Yaşlanma, tüm dünya ülkeleri açısından önemi her geçen gün artan evrensel bir gerçekliktir. Teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, tıptaki gelişmeler, sağlığı koruma ve sürdürme konusunda bilinçlenme sonucunda nüfus artış hızındaki azalma eğilimi ve ortalama yaşam beklentisinin yükselmesi genel nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artmasına yol açmakta ve dünyamız giderek demografik yaşlanma sürecine girmektedir (Gökçe Kutsal, 2006:36; Palabıyıkoğlu ve diğ., 1992:26; Tamam ve Öner, 2001:50; Öz, 2002:17).

Ülkemizde de dünyadaki duruma paralel olarak yaşlı nüfus artmakta ve gelecekte toplam nüfusumuzun önemli bir bölümünü oluşturacaktır. Ülkemizde toplam nüfus içinde 65 yaş ve üstü nüfus 2005 yılında %5.7'ye, 2011 yılında %7.3'e yükselmiştir. 2012 yılında ise %7.5 civarına ulaşmıştır. 2023 yılı için tahmin edilen değer %10.2, 2050 yılı için %20.8, 2075 yılı için ise %27.7'dir. Ülkemizde doğuşta beklenen yaşam süresi ortalama 72 yıldır. Bu süre cinsiyetler bağlamında ele alındığında erkekler için 71 yıl, kadınlar için 75 yıl olarak belirtilmektedir (TÜİK, 2013).

Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi

Yaşlılık, yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında gelmektedir. Yapılan çalışmalarda, altmış beş yaş ve üstündeki bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin bir veya daha fazlasında bağımlı oldukları belirtilmektedir. Bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar ve aktivitelerdeki azalma yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (King ve diğ., 2002:1060; Özyurt ve diğ., 2007:117).

Son elli yılda yaşlı nüfusun artışı ve gelecek yarıyılıda da artışın devam

edeceğinin bilinmesi artan yaşlı popülasyonda yaşam kalitesinin artırılmasını önemli kılmaktadır. Yaşam kalitesi terimi son yıllarda önemi artan ve sıkça kullanılan bir terim olmasına karşın tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur.

Hornquist'e (1990:69) göre yaşam kalitesi "fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda ihtiyacın karşılanması derecesi" dir. Cella (1994:186), "fiziksel, fonksiyonel, duygusal ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali" üzerinde durmaktadır. Szalai'ne göre yaşam kalitesi "bireyin yaşamının iyi ve tatmin edici özelliklerinin genel değerlendirilmesi"dir (Mc Daniel ve Bach, 1994:19). Moles'e (1979) göre yaşam kalitesi hem objektif hem de sübjektif boyutları olan birey-çevre arasındaki ilişkilerin kalitesidir.

Yaşam kalitesi genel anlamda bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali olarak da ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini "kendi amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini göz önüne alarak bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sisteminde kendi konumları ile ilgili algıları" biçiminde tanımlamaktadır (Gülağız ve diğ., 2005:372).

Yaşam kalitesinin ölçümleri objektif ve sübjektif olmak üzere iki açıdan değerlendirilebilir (Aydın Boylu ve Terzioğlu, 2007:30). Sübjektif ölçümleri, yaşamdan duyulan memnuniyet ve memnuniyetsizlik bağlamında psikolojiktir. Objektif ölçümleri ise genel olarak yaşamı idame ettirecek gelir, eğitim ve sağlık koşullarını kapsayan sosyo-ekonomik değişkenlerdir (Koch, 2000:421-442).

Yaşam Kalitesi ve Konut

Yaşlılıkta yaşam kalitesinin göstergelerini farklı araştırmacıların açıklamaları çerçevesinde, ekonomik, sosyal, psikolojik ve sağlık göstergeleri olmak üzere dört kategoride değerlendirmek mümkündür. Sosyal göstergelerde, yaşlıların toplum düzeyinde ve gündelik yaşamlarını sürdürmelerine ilişkin değişkenler üzerinde durulur. Burada önemli olan yaşam kalitesinin artırılması ve sürekliliğinin sağlanmasıdır. Bu değişkenlerin içinde en dikkat çekici olanlarından biri de konut koşullarının bireyin yaşamına olan uygunluğudur (Oktik, 2004:69-82).

Dünya Sağlık Örgütü konutu, bireyin ve ailenin sosyal refahı, fiziksel ve ruhsal sağlığı için arzu edilen ya da gerek duyulan tüm zorunlu hizmetleri, olanakları, araç ve gereçleri içeren, insanların barınmak için kullandıkları fiziksel yapı olarak tanımlamıştır (Aydiner Boylu ve Terzioğlu, 2007:19).

Konut, insanoğlunun var oluşuyla birlikte ortaya çıkan en temel ihtiyaçlardan birisidir. İlkel kabilelerden günümüz modern toplumuna kadar konut bireylerin hayatında son derece önemli bir yere sahiptir. Amerikalı ruhbilimci Abraham Harold Maslow'un da ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramında belirttiği üzere fizyolojik ihtiyaçlar arasında yer alan barınma ihtiyacı tıpkı yeme, içme ihtiyacı kadar önemlidir (Tekeli, 1999:103).

Günümüzde konut, barınma ihtiyacını karşılayan bir araç olma özelliğinin yanında kişilerin yaşam tarzlarını belirledikleri ve toplumsal ilişkilerini düzenledikleri bir araç olarak da kabul edilmeye başlanmıştır. Toplumsal, ekonomik ve mekânsal dönüşümleri yansıtan en önemli elemanlardan biri olan

konut, sadece barınılacak yer değil, insanın dünyaya geldiği andan itibaren kendini içinde bulunduğu yaşamının sosyal, psikolojik ve kültürel boyutlarının temellerinin atıldığı, toplumsal ilişki kuralları ve toplumsal değerlerin edinildiği ve yeniden üretildiği, hane halkının özel yaşamını ve hatta bazen çalışmalarını sürdürdüğü bir fiziksel mekândır (Karakurt Tosun ve Fırat, 2012:176). Tüm bu nedenlerle konutun, 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile başlıyarak bir insan hakkı olduğu uluslararası düzeyde kabul edilmiştir.

Yaşlıların çoğunluğu "Yerinde Yaşlanma" yı tercih etmektedir. Bu mümkün olduğu kadar yaşamını sürdürdüğü ortamda yaşlanma ve yaşamın geri kalan yıllarını burada geçirme anlamını taşımaktadır. Diğer bir ifadeyle "yerinde yaşlanma" aşına olduğu ev, toplum ve çevrede dostlarıyla yaşamını sürdürmektir (Sivam ve Karuppanan, 2008:5). Yapılan çeşitli araştırma sonuçları da yaşlıların alışkın oldukları evlerinden, çevrelerinden kopmamayı istediklerini desteklemektedir (Rioux, 2005:241; Oswald ve diğ., 2000). Evler insanların ait olma duygusu hissetleri, deneyimlerin şekillendiği, güvenli ve değerli anılarla dolu anlamlı bir yerdir. Rioux (2005:238) güçlü bir ait olma duygusunun yaşandığı ortamlarda yaşlıların kendilerini daha rahat ve güvende hissettiklerini ortaya koymuştur.

Yaşlılıkta temel gereksinimlerden biri olan güvenlik ve korunmayı sağlayan, akraba ve arkadaşlık ilişkileri ile bazı boş zaman aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde odak nokta olan ev, fiziksel sağlığın ve psikolojik refahın sürdürülmesine katkıda bulunur. Yaşlılar yaşamlarının önemli bir bölümünü geçirdikleri ve zengin bireysel deneyimler

edindikleri evlerinden anılarına olan bağlılıkları ve psikolojik nedenlerle ayrılmayı pek istemezler. Gerçekte destekleyici ve sevgi dolu ilişkilerin yaşandığı, güvenlik, ait olma ve kendini gerçekleştirme gibi psikolojik gereksinimlerin tatmin edici şekilde karşılandığı evler, yaşlılar için duygusal refahın temelini oluşturmaktadır. Evin yaşlılar için enerji verme, uyarıcı olma, dinlendirme, özsaygıyı ve sosyal statüyü simgeleme gibi önemli işlevleri vardır (Gönen ve Özmete, 2005).

İlerleyen yaşla birlikte bireyin yaşamını ve yaşam çevresinin kontrolünü sağlaması hem fizyolojik hem de ekonomik nedenlerle zorlaşır. Bu durumda yaşlı birey iki seçenekle karşı karşıya kalır; ya koşullar ne olursa olsun mevcut çevrede yaşamını sürdürür, ya da daha iyi koşulların ve bakım kalitesinin sunulduğu kurumsal yaşamı tercih edebilir (Kelley-Gillespie ve Farley, 2007:207). Ancak yaşlı açısından değerlendirildiğinde geleneksel aile içinde saygın bir yeri, otoritesi olan yaşlının aile dışında bir bakım biçimi olan huzurevine yerleştirilmesi özellikle yaşlı açısından kolay kabullenilir bir durum değildir. Toplumdaki statüsünü yitirmek ve evinde alıştığı yaşamdan vazgeçmek yaşlı için zor bir olgudur. Yaşlı için huzurevi, çevre denetimini görel olarak yitirdiği, ilk kez karşılaştığı farklı kültürlerden gelmiş insanlarla birlikte yaşamak zorunda olduğu yeni bir ortamdır (MEB, 2011).

Huzurevlerinin bağımsız yaşamı ve gizliliği sınırlaması, çoğu mekânı ortak kullanma zorunluluğu yaşlılar için önemli bir engeldir. Kısıtlamalar ruhsal sorunlara neden olur, halsizlik, depresyon ve terk edilmiş duygusu oluşturur; öğrenilmiş çaresizlik ortaya çıkar

(Kelley-Gillespie ve Farley, 2007:207). Nitekim yapılan araştırmalarda; çok sayıda yaşlının kurumlarda; ev ve aile ortamından uzakta, mutsuz ve huzursuz oldukları, kendi evlerinde aileleriyle veya yalnız başlarına yaşayan yaşlı bireylere oranla depresyon yönünden karşılaştırıldıklarında, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin depresyona yakalanma risklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Şahin ve Yalçın, 2011:13; Durgun ve Tümerdem, 1999:117).

Konut ve Sosyal İzolasyon

Yaşam ortamlarının optimum biçimde tasarlanmaması; yaşlı bireylerin zihinsel ve fiziksel durumunu, hareket yeteneğini ve fonksiyonel bağımsızlığını etkilemekte ve yeni sorunlara yol açmaktadır. Fiziksel sorunlar özellikle depresif sorunları da beraberinde getirmekte ve depresyon eğilimi artmaya başlamaktadır. Aslında, yaşlı bireylerin sorunlarının ana kaynağı; terk edilmişlik, izole edilme ve toplum dışına itilmedir. Özellikle evde yaşayan yaşlı bireylerin ilişkileri fiziksel ve mental sınırlamaları nedeniyle günden güne azalmaktadır. Yaşanan yerin fiziksel eksiklikleri de bu durumu derinleştirmekte; yaşlı insanların fiziksel ve ruhsal yapısını etkileyerek fiziksel çevre ile ilgili konforunu azaltmaktadır (Kahya ve diğ., 2009:842). Bunların sağlanamaması durumunda yaşlı daha fazla depresyon, hareketsizlik eğilimi ve sınırlılıkla dolayısıyla yaşam kalitesinin en önemli engelleyicilerinden olan sosyal izolasyon ile karşı karşıya kalır (Abdel-Ghany, 1977:38; Sivam ve Karuppanan, 2008:3). Yaşanan çevre sosyal izolasyonun ortaya çıkmasında oldukça fazla rol oynar. Yaşlılar daha

az mobil gruplardır. Dolayısıyla mekansal ölçekteki olumsuzlukların etkilerini daha fazla yaşarlar (Kalınkara, 2011:175-176).

Yaşlıların konut ihtiyaçları düşünüldüğünde en önemli nokta konutun yaşlı bireylerin toplum yaşamına katılımlarını ve bağımsız yaşamalarını kolaylaştıracak fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarına cevap verebilecek nitelikte olmasıdır (PatDasler, 2003). Bu konutlar yaşlıya; ailesinden, sosyal çevresinden ve toplumsal yaşamdan kopmadan, kendini gereksiz ve dışlanmış hissetmeden tüm işlevsel, sosyal ve kültürel gereksinimlerinin karşılandığı, mutlu ve gönüllü olarak katıldığı ve en önemlisi de kimseye bağımlı olmadığı bir yaşam ortamı sunabilmelidir (Güven ve Öztöp, 2007). Böylelikle sağlanan hareket, bağımsızlık ve özgürlük ile sosyal izolasyon azalacak, yaşam kalitesinde artış söz konusu olacaktır.

Konut ve Ev Kazaları

Yaşlılık döneminde bireylerin zamanlarının çoğunu evde geçirmeleri diğer bir ifadeyle ev merkezli yaşam biçimi nedeniyle de yaşlıların bireysel özellikleri ile yaşanan çevrenin özellikleri arasındaki uyum büyük önem kazanmıştır. Yapılan çalışmalar yaşam kalitesi üzerinde çevresel faktörlerin güçlü etkisini ortaya koymuş, bu çalışmalarda fiziksel ve mimari özelliklerin, kişisel ve sosyal değişkenler ile ilintili olduğu açıklanmıştır (Bilgin,1989).

İnsanlar yaşlandıkça fiziksel ve ruhsal olarak değişime uğrarlar. Yaş ilerledikçe görme ve işitme gibi duyu organları ile fiziksel hareketlerde gerilemeler, davranış ve reflekslerde yavaşlamalar görülmektedir (Oğuz, 2007:17). Yaşlanma

süreciyle ortaya çıkan bu değişimler yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yeteneğini azaltıp, bağımlılığını arttırmaktadır. Dolayısıyla yaşlı bireyin çevresine uyum sağlayabilme yeteneği etkilenmekte, gerek fiziksel gerekse sosyal çevre ile olan ilişkiler ve etkileşimler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecek biçimde değişikliğe uğramaktadır (Biçer,1996; Büyükoçşkun,1990).

Uyum geliştirmedeki bedensel ve ruhsal kısıtlılıklar nedeniyle, yaşlılar yaşadıkları ortamlarda sıklıkla kaza riski ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Pinto ve diğ., 2000:317). Yaşlılık döneminde, kazalar artan bir şekilde sakatlık ve ölüm nedeni olup, ölüm nedenleri arasında altıncı sırada yer almaktadır (Greubel, Stokesberry & Jelley, 2002:83; Demir, 2003). Kaza oluşumunda yaşlıların fonksiyonel kaybının yanı sıra, yaşadığı konut ortamındaki yetersizlikler ve gerekli ergonomik önlemlerin alınmaması da önemli hazırlayıcı risk faktörlerindedir (Güner ve Güler, 2002:151; Kara ve Diğerleri, 2009:192). Nitekim yaşlılarda görülen kazaların %82'sini ev kazaları oluşturmaktadır (Greubel, Stokesberry ve Jelley, 2002:83). Düşmeler ise yaşlı bireylerin karşılaştığı ev kazaları içinde en ciddi ve en sık görülenlerdendir. Her yıl 65 yaş üzerindeki bireylerin %30'unun düşme vakası yaşadığı ve 75 yaş üzerinde bu sayının daha da yükseldiği belirtilmektedir (Todd ve Skelton, 2004:6-8). Düşmeler sadece yaşlıda yol açtığı sağlık sorunları nedeniyle değil, yaşının yaşam kalitesi açısından da önemlidir. İlgili literatürlerde yaşının düşmesi sonucunda ortaya çıkan yaralanmalar nedeniyle hastanede kalış süresi, evde bakımı, bağımlılık düzeyi artmakta, tedavi ve

bakım uygulamaları yüksek maliyetlere ulaşmaktadır (Samancıoğlu ve Karadokan, 2010).

Düşmenin pek çok nedeni vardır. Düşme risk faktörleri; biyolojik, davranışsal, çevresel, sosyoekonomik risk faktörleri olarak dört grupta ele alınmaktadır. Kötü aydınlatma, kaygan zemin gibi çevresel risk faktörleri düşmeyi kolaylaştırmaktadır (Pinto ve diğ., 2000:319). Bu nedenle yaşlının ortama değil, çevre ve yaşama koşullarının yaşlıya uydurularak, yaşam kalitesinin artırılması planlanmalıdır. Nitekim sağlıklı ve güvenli bir çevrede olmak tüm insanların hakkıdır. İki bin iki yılında gerçekleşen II. Dünya Yaşlılık Asamblesi sonrasında yayınlanan Yaşlanma 2002 "Uluslararası Eylem Planı'nın" amacı; "her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek" şeklinde ifade edilmektedir (Gökçe Kutsal, 2005a).

Yaşlı nüfusun; günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olması, fonksiyonel düzeylerinin artırılması, sosyal yaşamın dışında değil, sosyal yaşamın bir parçası olması için; yaşam kalitesinin evrensel ölçütlerinden olan konutlarda bir takım düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ergonomik faktörler göz önüne alınarak; merdiven, antre, mutfak, oturma odası, yatak odası, banyo-tuvalet gibi yaşam alanlarına ilişkin düzenlemelerin bazıları şu şekilde özetlenebilir (Doğan, 2009:96-98; Erdal, 1989; Özcebe, 1992:1-3; Erkal ve Şafak, 2003:32-33; Kalıncara, 2004:59-79; Elbaş ve Arpacı, 2004:119-134; Türel, 2004:81-100; Gökçe Kutsal, 2005b:189-192; Karaduman, 2005:53-61).

Merdivenler

- Merdivenlerin basamak yüksekliği 14 cm, basamak genişliği optimum 30 cm olmalıdır.
- Doğal yürüme ritminde değişikliğe yol açarak kazalara sebebiyet vermemesi için basamaklar eşit aralıktadır ve yükseklikte olmalı ve takılmaya neden oluşturacak çıkıntılar ve uygunsuz basamak uygulamaları (döner merdiven) olmamalıdır.
- Basamaklarda kaymayan malzemeler kullanılmalı, görme derinliğinde algılama bozukluğuna yol açacak desenli döşemeler halı ve kilimler kullanılmamalıdır.
- Merdivenlerin başında ve sonunda elektrik düğmeleri olmalıdır.
- Uzun merdivenlerde yaşlıların tutunması için tutamak, dinlenebilmesi için sahanlık olmalıdır.

Antre

- Mobilyalar, yaşlıların düşme ve çarpma riskini azaltmak için duvarlar boyunca ve alanın köşesine yerleştirilmelidir
- Yaşlı bireyin dinlenmesine olanak sağlamak amacıyla kapıya yakın olarak yerleştirilmiş bir oturma yeri bulunmalıdır
- Elbiseleri ve bastonu asmak için kolay ulaşılabilen farklı yükseklikte askılar olmalıdır.

Oturma Odası

- Yaşlılar vakitlerinin çoğunluğunu oturma odasında geçirdikleri için, oturma odasındaki mobilyalar mekanın geniş ve ferah olmasına ve

günlük aktiviteler sırasında takılmalara neden olmayacak şekilde konumlandırılmalıdır.

- Sandalye ve kanepeler çok yüksek ya da çok derin olmamalı, kolaylıkla kalkılabilir.
- Sandalye ve kanepeler sağlam ve güvenli olmalı, eğilme ya da sallanma yapmamalıdır.
- Sandalye ve kanepeler yumuşak oturaklı ama oturma ya da ayağa kalkmada yardımcı sert kollukları olmalıdır.
- Mobilya döşemeleri kolay yanmayan, kaygan olmayan kumaşlardan yapılmalı, canlı renkler kullanılmalıdır.
- Sehpalar ortada durmamalı, koltuklar arasına yerleştirilmelidir.
- Halılar kaygan, kenarı düşmeye neden olacak şekilde kalkık, kıvrık olmamalı, görme derinliğini yansıtmayacak karışık desenli olmamalıdır.
- Elektrik kabloları yürünen alanlarda olmamalı, kenarlarda ve sabitlenmiş olmalıdır.

Yatak Odası

- Yatak odası, banyo ve tuvalet birbirine yakın planlanmalı, özellikle yatak ile tuvalet arasındaki alanda dolaşımın engellenmesine neden olacak eşyalar bulundurulmamalıdır.
- Sık kullanılan giysi ve eşyalar tabure/sandalye üzerine çıkmadan kolaylıkla ulaşılacak yerlerde bulunmalıdır.
- Elbise dolaplarının kapaklarında, C şekilli kavraması kolay kulpların kullanılması ve kapakların açılmasıyla

otomatik yanan lambalar tercih edilmelidir.

- Mümkünse yatak başında lamba tercih edilmelidir.
- Yatak odası mobilyaları yaşlının tekerlekli sandalye, koltuk değneği ya da bastonu ile rahatça dolaşabileceği şekilde düzenlenmelidir.
- Yataktan kolay ulaşılabilir mesafede telefon, bardak, ilaç gibi önemli maddeleri koyabilecek küçük sabit komodin olmalıdır.

Mutfak

- Çalışma tezgahının yeterli uzunluk ve yükseklikte olması çalışma kolaylığı sağlar, sürekli tezgah üzerinde bulunması gereken eşyaların daha düzenli durması ve daha az taşınmasına olanak verir.
- Yaşlıların mutfakta daha az yorulmaları için sağ veya sol el kullanımına bağlı olarak fırın, tezgah ve bulaşık makinesi uygun yönde yerleştirilmelidir.
- Mutfak dolabının rafları yaşlı kullanıcıların tehlikeli hareketlerini engellemek için kolay erişilebilir olmalıdır. Mutfak dolabının maksimum raf yüksekliği 150 cm'dir, ideali 140 cm olmasıdır. Alt dolapların minimum raf yüksekliği 40 cm'dir. Tekerlekli sandalye kullanan yaşlılar için tezgah altı sandalyenin girmesi için boş olmalıdır.
- Masa ayakları düşme ve takılmaları engellemek için dışarıya çıkıntılı olmamalıdır.
- Masaların kenarları keskin olmamalıdır.

- Kullanılan araçların (ocak, şofben vb) düğmelerinin açık ve kapalı konumları belirgin olmalı, rahat görülebilmelidir.
- Doğal gaz kullanılıyorsa alev ya da arıza anında otomatik gaz kesim sistemi olmalıdır.
- Mutfakta kullanılan elektrikli araçların kabloları lavaboya veya ocağa yakın olmamalıdır. Ocak ve fırınların yakınında kolayca tutuşabilecek maddeler ve cisimler olmamalıdır.
- Mutfakta havalandırma sistemi bulunmalıdır.

Banyo ve Tuvalet

- Banyo zemini kaymaz, ışık ile parlamayan özellikli malzemeden yapılmalı ve döşemeler ıslak bırakılmamalıdır.
- Zemin ile duvar rengi kontrast oluşturacak şekilde farklı renklerden yapılmalıdır.
- Tuvalet, duş, banyo küveti yakınında tutunma barları bulunmalıdır. Tutunma kolları duvarda yatay ekseninde iyi sabitlenmiş olmalıdır. Tutunma barlarının çapı 4-5 cm olmalı ve zeminden 90-100 cm yükseklikte yerleştirilmelidir.
- Giriş ve çıkışlarda düşmelere neden olabileceğinden küvetten kaçınılmalıdır. Oturaklı duş sistemi tercih edilmelidir.
- Armatürler kolay açılır kapanır özellikte olmalıdır.
- Kaymayan terlikler kullanılmalıdır.
- Banyoda havalandırma sistemi olmalıdır.

- Banyo dolapları ve havalandırma sistemleri sandalye koymadan ulaşılacak yükseklikte olmalıdır.
- Banyo kapısı mekanı daraltmamak için dışarıya açılmalıdır.
- Elektrikli aletler kullanılmadığı zaman fişleri prizden çıkarılmalıdır.

Yaşlı bireylerin başarılı ve tatmin edici bir yaşlılık dönemi geçirmesi için sözü edilen sosyal, sağlık ve güvenlik gereksinimlerinin yanı sıra konutun yaşlı bireylerin termal, işitsel ve görsel gereksinimlerini de karşılaması gerekmektedir. Ayrıca konutun nerede yer alacağı ve büyüklüğü de dikkate alınması gereken faktörlerdendir.

Konutun Yerleşim Yeri: Konutun yerleşim yeri önemli bir faktördür. Yaşlı bir bireyin diğer yetişkinlere oranla hareket etme yeteneği azaldığından, konutun alışveriş merkezine, sağlık hizmetlerine, park, kütüphane gibi toplumsal hizmetlere mümkün olduğu kadar yakın olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca, merdiven inme ve çıkmada karşılaşacakları güçlük nedeniyle konutun tek katlı veya az katlı olması da büyük kolaylık sağlayacaktır (Bilgin, 1989:7).

Konutun Büyüklüğü: Diğer kişiler için mükemmel şekilde uygun olan bir konut, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına uymayabilir. Birçok yaşlı aile genelde bir veya iki kişiden oluştuğundan daha az bir alana ve bu dönemde gelir azaldığından bakım ücreti daha az olan bir konuta ihtiyaç duymaktadır. Yaşlı bir aile için, banyo, tuvalet ve mutfağın yanı sıra en az iki odanın (bir yatak odası ve oturma odası) bulunması tercih edilmesine karşın, konutta tek bir kişi yaşıyor ise, faaliyetleri birbirinden ayırabilecek yeterli alan varsa bir oda da yeterli olabilir (Bilgin, 1989:7-8).

Termal, İşitsel ve Görsel Gereksinimler: Yaşlılar vücudun ısı düzenleyici mekanizmasındaki bozulmaya bağlı olarak hava akımı ve ısı değişimlerine daha duyarlıdırlar. Isı kontrol mekanizmasındaki yeterliliğin azalmasını daha az sirkülasyonla telafi etmek amacıyla sağlıklı diğer yetişkinlerden daha yüksek iç ortam sıcaklığına ihtiyaç duyarlar. Genellikle tavsiye edilen oda sıcaklığının diğer yetişkinlerden 2–3°C daha yüksek olmasıdır. Yaşlı bireylerin ayak ve bacaklarının üşümesini önlemek için konut içerisindeki ısıtma sisteminin yerden tavana doğru olması tercih edilmektedir (Bilgin, 1989:9).

Ayrıca, yaşlı bireylerin işitme güçlüğüne bağlı olarak yüksek sesle konuşmaları, radyo, televizyon gibi araçların sesini daha çok açmaları nedeniyle, tavanda ve duvarlarda etkili ses izolasyonuna, görme yeteneğinin azalması nedeniyle de konutta yeterli doğal ve yapay aydınlatmanın bulunmasına dikkat edilmelidir (Tremblay ve Bamford, 1988).

SONUÇ

Sonuç olarak gün geçtikçe toplumların daha yaşlı ve bağımlı hale geldiği, demografik eğilimlerin de bunu desteklediği görülmektedir. Yaşlanma sürecinin, yaşlıların günlük yaşamla ilgili pek çok etkinliğini sınırlandırdığı ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu bir gerçektir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin korunarak aktif bir yaşam sürdürmeleri sağlanmalıdır. Bu noktada konut koşullarının yaşlı bireyin yaşamına uygunluğu önem taşımaktadır. Böylelikle konut, yaşlı birey için güvenlik ve ait olma gereksinimini karşılamakla beraber sosyal çevre ile olan ilişkilerin sürdürülebilirliğini sağlayarak sosyal

izolasyonu önleyebilmektedir. Ayrıca konutlarda yaşanabilecek kazaların azaltılması da mümkün olabilmektedir. Dolayısıyla ulaşılabilir ve fonksiyonel yaşam alanlarının yaşam kalitesini artırdığı gerçeğinden yola çıkarak çeşitli çözüm önerilerinde bulunabilir;

Yaşlı bireylerin “*yerinde yaşlanma*”larına izin veren destekleyici ortamlar yaratılması temel amaç olmalıdır. Bu nedenle yaşanan mekan ve tasarım özelliklerinin yaşlı bireylerin özellikleriyle örtüşmesi gerekir. Yaşlı bireylerin kapasitelerindeki değişiklikler, azalan yetenek ve artan gereksinimleri nedeniyle yaşamlarını aynı mekânda sürdürebilmeleri ancak uygun ve etkili tasarımla sağlanabilir. Bu amaçla konut tasarımlarında yaşlıların ihtiyaç analizleri yapılmalı, antropometrik ve biyomekanik özelliklerinin yanı sıra seçim ve tercihleri de dikkate alınmalıdır.

Yaşlı bireylerin bağımsız yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla konutların yeniden planlanması ve düzenlenmesi konusunda ilgili kurumlara yaşlı ihtiyaçları konusunda aydınlatma çalışmaları yapılmalıdır. Yaşlı bireylerin konutlarda karşılaşacakları fiziksel sınırlamalara yanıt veren bu düzenlemeler, günlük yaşam aktivitelerini (GYA) gerçekleştirmelerine yardımcı olarak, fiziksel ve zihinsel olarak yaşamlarını destekleyici rol oynayacak ve böylece yaşlı bireye seçim, bağımsızlık ve özgürlük şansı tanıyacaktır.

Yaşlılarda sık rastlanan kazaların büyük bir bölümünün konutlarda gerçekleşmesi nedeniyle kaza sıklığını azaltmak amacıyla konut koşulları kazaları önlemeye yönelik düzenlenmelidir. Konut koşullarındaki düzenlemelerin yanı sıra yaşlı bireylerin ev kazalarına

yönelik riskli davranışlarına ilişkin değerlendirilmeler doğrultusunda ev kazalarını önlemeye, bireysel farkındalıklarını artırmaya ve olumlu davranışlarını desteklemeye yönelik eğitim programları hazırlanmalıdır.

Yaşam süresi uzadıkça artmakta olan yaşlı nüfusun konutlara ilişkin sorunlarını ve ihtiyaçlarını ortaya çıkaracak kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

Abdel-Ghany, M. (1977). Quality of life from the perspective of the elderly, *Home Economics Research Journal*, 6(1), 38-48.

Aydiner Boylu, A., & Terzioğlu, G. (2007). *Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı objektif ve sübjektif göstergelerin incelenmesi*. Ankara: T.C.Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları Bilim Serisi.

Biçer, S. (1996). *60+ yaş ve kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Bilen, M. (1983). *Sağlıklı insan ilişkileri, ailede, kurumlarda, toplumda*. Ankara: Teknik Basım Sanayi.

Bilgin, O. (1989). *Yaşlıların konuta ilişkin tercihlerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Büyükoşkun, A. (1990). *Yaşlı bireyin sorunları ve bakım gereksinimlerinin saptanması*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Cella, D.F. (1994). Quality of Life: the concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9 (3), 186-192.

Demir, F. (2003). *Yaşlılık, yaşlıların kazalardan korunması ve ilkyardım. temel ilk yardım uygulamaları*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Doğan, A. (2009). Yaşlı ve ergonomi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 55(2), 95-99.

Durgun, B., & Tümerdem, Y. (1999). Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(3),115-120.

Elbaş, N.Ö., & Arpacı, F. (2004). Yaşlı bireyin evde sağlık bakımı. Velittin Kalınkara (Ed), *Yaşlılık disiplinler arası yaklaşım, sorunlar, çözümler* (pp.119-134). Ankara: Odak Yayınevi.

Erdal, R. (1989). *Halk sağlığı yönünden yaşlılık*. Ankara: H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı No: 89/50, Dizi No: 9.

Erkal, S., & Şafak, Ş. (2003). *Yaşlılıkta görülen ev kazaları ve nedenleri*. Nisbo Dergisi, 4,32-33

Gökçe Kutsal Y. (2003). Yaşlanan insan ve yaşlanan toplum. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 3-4,1-6.

Gökçe Kutsal, Y. (2005a). *Yaşlanan dünya, yaşlılar ve belediyeler*. Hacettepe Üniversitesi Keçiören Belediyesi Belediyecilik ve Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Merkezi Yayın no: 10. Ankara: Aygül Ofset.

Gökçe Kutsal, Y. (2005b). *Ev güvenliği. Sağlıklı yaşlanma*. Geriatri Derneği. Ankara: Öncü Basımevi.

Gökçe Kutsal, Y. (2006). *Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları, 65 yaş üzeri yaşam rehberi*. İstanbul: Meditime Ltd. Şti.

Gönen, E., & Özmete, E. (2005). *Yaşlılar için evin anlamı*. Şenel Ergin (Ed), III. Ulusal yaşlılık kongresi bildiriler kitabı. İzmir: YASAD Yayınları.

Greubel, L.D., Stokesberry, C., & Jelley, J.M. (2002). Preventing costly falls in long-term care. *Nurse Pract*, 27, 83-85.

Gülağız, G. ve Diğerleri (2005). *Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin görüşlerinin ve yaşam memnuniyetlerinin incelenmesi*. Şenel Ergin (Ed), III. Ulusal yaşlılık kongresi bildiriler kitabı (pp. 379-390). İzmir: YASAD Yayınları.

- Güner, P., & Güler Ç. (2002). Yaşlıların ev güvenliği ve denetim listesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5 (4), 150-154.
- Güven, S., & Öztop, H. (2007). Aile ve tüketici bilim dalı'nın yaşlıya yönelik hizmet alanları. Yeşim Gökçe Kutsal (Ed). *Temel geriatrı* (pp.179-183). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Hornquist, J.O. (1985). Quality of life: concept and assessments. *Scand Journal Public Health*, 18 (1), 69-79.
- Kahya, N.C., Zorlu, T., Özgen, S., Sarı, R.M., Sen, D.E., & Sağsöz, A. (2009). Psychological effects of physical deficiencies in the residences on elderly persons: a case study in Trabzon old person's home in Turkey. *Applied Ergonomics*, 40, 840-851.
- Kalınkara, V. (2004). Yaşlı konutlarında iç mekan tasarımının ergonomik boyutu. Veliittin Kalınkara (Ed). *Yaşlılık disiplinlerarası yaklaşım, sorunlar, çözümler* (pp.59-79). Ankara: Odak Yayınevi.
- Kalınkara, V. (2011). *Temel gerontoloji yaşlılık bilimi*. Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.
- Kara, B., Yıldırım, Y., Genç, A., & Ekizler, S. (2009). Geriatrik ev ortamı ve yaşam memnuniyetinin değerlendirilmesi ve düşme korkusu ile ilişkisinin incelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 20(3),190-200.
- Karaduman, A. (2005). *Yaşlı için fiziksel aktivite*, yaşlılar ve belediyeler. Hacettepe Üniversitesi Keçiören Belediyesi Belediyecilik ve Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Merkezi. Yayın no: 10. Ankara: Aygöl Ofset.
- Karakurt Tosun, E., & Fırat, Z. (2012). Kent sel mekandaki değişimler ve kişilerin konut tercihleri: Bursa örneği. *Business and Economic Research Journal*, 3 (1), 173-195.
- Kelley-Gillespie, N., & Farley, O.W. (2007). The effect of housing on perceptions of quality of life of older, adults participating in a medicaid long-term care demonstration project. Philip McCallion (Ed), *Housing for the elderly: policy and practice issues* (pp. 205-228). The Haworth Press, Inc.
- King, M.B., Whipple, R.H., Gruman, C.A., Judge, J.O., Schmidt, J.A., & Wolfson, L.I. (2002). The performance enhancement project: improving physical performance in older persons. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 1060-1069.
- Koch, T. (2000). Life quality the "quality of life": assumptions underlying prospective quality of life instruments in health care planning. *Social Science & Medicine*, 51, 419-427.
- Mc Daniel, R.W., & Bach, C.A. (1994). Quality of life: a concept analysis. *Rehab Nurs Res*, 3(1),18-22.
- MEB (2011). *Aile ve yaşlı bireylere sosyal destek hizmeti veren kurum ve kuruluşlar*. Retrieved January 10, 2012, from http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/modul_pdf/762SHD019.pdf
- Moles, A. A. (1979). *Methodologic notes and criteria for intergration of quality of life indicators*. Strasburgo: Pubblicazioni CEE.
- Oğuz, M. T. (2007). *Yaşlılarda görülen biyolojik ve sosyal değişimler*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Oktik, N. (2004). *Huzurevinde yaşam ve yaşam kalitesi: Muğla örneği*. Muğla: Muğla Üniversitesi Yayınları.
- Oswald, F., Wahl, H.W., Mollenkolf, H., & Schilling, O. (2000). Ageing in place in rural areas: similarities and differences of two settings in east and west Germany. Conference "Housing in the 21st century: Fragmentation and reorientation. Sweden: Gavle.
- Öz, F. (2002). Yaşamın son evresi: yaşlılığı psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 10, 17-28.
- Özcebe, H. (1992). Yaşlılık ve fizik çevre. *H.Ü. Toplum Hekimliği Bülteni*, 13, 3, 1-3.
- Özyurt, B.C., Eser, E., Çoban, G., Akdemir, S.N., Karaca, I., & Karakoç, Ö. (2007). Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 10, 117-123.

- Palabıyıköğlü, R., Haran, S., Yücat, T., & Köse, K. (1992). Yaşlılarda depresyon ve yaşam doyumu. *Kriz Dergisi*, 1,26-31.
- PatDasler, M. A. (2003). *Adapting the home*. USA: University of Florida Press.
- Pinto, M.R., De Medici, S., Sant, C.V., Bianchi, A., Zlotnicki, A., & Napoli, C. (2000). Ergonomics, gerontechnology and design for the home environment. *Applied Ergonomics*, 31, 317-322.
- Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology*, 25 (2), 231-243.
- Samancıoğlu, S., & Karadakovan, A. (2010). Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5, 13, 125-141.
- Sivam, A., & Karuppannan, S. (2008). *Factors influencing old age persons' residential satisfaction: a case study of South Australia*. Retrieved January 10, 2013, from <http://www.tasa.org.au/uploads/2011/01/Sivan.pdf>
- Şahin, E.M., & Yalçın, M.B. (2003). Huzurunda veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Geriatrici*, 6,10-13.
- Tamam, L., & Öner, S. (2001) Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*, 1,50-60.
- Tekeli, İ (1999). *Kent planlaması konuşmaları*. Ankara: TMMOB Mimarlar Odası Yayınları.
- Todd, C., & Skelton, D. (2004). *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health evidence network report 2004. Retrieved January 10, 2013, from <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>
- Tremblay, K.R., & Bamford, L.V. (1988). Rental apartments for the elderly: housing and design criteria. *Housing Science*, 12(3),175-188.
- TÜİK (2013). *Nüfus Projeksiyonları 2013-2075*. Retrieved March 7, 2013, from C:\Documents and Settings\XP\Desktop\Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075.mht
- Türel, G. (2004). Yaşlılar için sunulan kentel servisler. Velittin Kalıncara (Ed), Yaşlılık disiplinlerarası yaklaşım, sorunlar, çözümler (pp. 81-100). Ankara: Odak Yayınevi.

Derleme

TÜRKİYE'DE ÇOCUK İŞÇİLİĞİNİN BÜYÜK RESMİ

A Big Picture of Child Labour in Turkey

Ercüment ERBAY*

* Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi
İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi

ÖZET

Çocuk işçiliği, çocukların karşı karşıya oldukları sosyal sorunlar içerisinde önemli bir yere sahiptir. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin de vurguladığı önemli konulardan birisi olan çocuk işçiliği, çocukların fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimlerinin önünde ciddi bir engel teşkil etmektedir. Türkiye çocuk işçiliğinden muzdarip olan ülkeler arasındadır. Çocuk işçiliği özellikle tarım, sokak ve sanayi sektörlerinde gözlenmektedir. Bu çalışmada Türkiye'de çocuk işçiliğinin durumu ilgili sektörler bağlamında ve istatistiklerle analiz edilmiş, bütüne dair bir resim çizilmiştir.

Anahtar Sözcükler: *Çocuk refahı, çocuk hakları, çocuk işçiliği*

ABSTRACT

Child labor has an important place in social problems that children face. Child labor

which is one of the important subjects of United Nations Convention of Children's Rights is a serious obstacle to physical, psychological and social development of children. Turkey is one of the countries which suffer from child labor. Child labor is especially seen in agriculture, street and industry. In this study situation of child labor has been analyzed in the context of related sectors with statistics and drawn a big picture about whole.

Key Words: *Child welfare, children's rights, child labor*

GİRİŞ

Çocuklar, günümüzde çeşitli nedenlerle hak ettikleri yaşama erişememekte, ihmal ve istismarlara maruz kalmakta ve tüm dünyada çocuk hakları ihlalleri aralıksız hüküm sürmektedir.

Çocuk haklarının ihlal edildiği ve çocukların gelişimleri önündeki engellerin en önemli alanlardan birisi, çocuk işçiliğidir. Çocuk işçiliği; sosyal, fiziksel, psikolojik, ekonomik ve kültürel boyutları olan ve bu boyutlarda çocuğun istismarına yol açan önemli bir sosyal sorundur. Bu sorun aynı zamanda çocuk hakları temelinde önemli bir hak ihlali olarak görülmekte, ulusal ve uluslararası birçok kurumun-kuruluşun çözüm bulmaya çalıştığı sorunlar arasında yer almaktadır. Bu derece önemli bir sorun olan çocuk işçiliği ile ilgili Türkiye'de yasal anlamda önemli adımların atılmıştır. Bununla birlikte yasal düzenlemelerin başarılı bir şekilde hayata geçirilememesi ve varolan çalışmaların yetersizliği çocuk işçiliğinin varlığını sürdürmesine neden olmaktadır.

Türkiye'de çocuk işçiliğinin durumunu ilgili sektörler temelinde bütüncül bakış

açısıyla ele alan kapsayıcı bir çalışma yok denecek kadar azdır. Bu makalede Türkiye'de çocuk işçiliğinin durumu, ilgili sektörler bağlamında tartışılmış ve çocuk işçiliğinin durumu resmedilmeye çalışılmıştır.

ARKA PLAN

Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Nüfus Sayımı Sonuçlarına göre Türkiye'nin nüfusu 73.722.988'dir. Toplam nüfusun %76,3'ü (56.222.356 kişi) il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır (<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>, Access: 05.07.2011). Türkiye bu büyük nüfusu ile birlikte tarımdan endüstriyel ekonomiye geçiş sürecinde olan bir ülkedir. Bu geçiş süreci kırdan kente plansız göç hareketine neden olmuştur (Bakırcı, 2002: 57). Tarihsel olarak kentlerde oluşan bu büyük göç hareketinin temeli, 1950'li yıllara dayanmaktadır. Türkiye, 1950'li yıllardan itibaren yoğun bir göç süreci yaşamıştır ve halen yaşamaktadır. Köylerden büyük kentlere yönelik olarak gerçekleştirilen bu göç sürecinin en önemli nedeni, daha iyi bir yaşam arzusudur. Daha iyi bir yaşam arzusunun temelinde ise yoksulluğun getirdiği sorunlar yatmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu Yoksulluk Çalışması sonuçlarına göre; Türkiye'de yoksulluk oranı 2009 yılında %18.08 olarak tespit edilmiştir (12.751.000 kişi). Toplam nüfusun %0.48'i ise (339.000 kişi) açlık sınırı altında yaşamına devam etmektedir (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=23&ust_id=7, Erişim: 11.07.2011).

Yoksulluk sorununu yaşamış ve bu sorundan kurtulmak için büyük umutlarla kente göç etmiş aileler, hayal ettikleri refah düzeyine ulaşmakta ve iş

bulmakta zorluklar çekmişlerdir. Bu süreçte işsizlik ve yoksulluk sorunu yaşayan ailelerin çözüm yollarından biri, çocuklarını istihdam yaşamına yönlendirmek olmuştur. Yaklaşık 25 milyon çocuğun yaşadığı Türkiye'de çocuk işçiliğinin kökeninde iç göç ve onun yarattığı olumsuz sonuçların olduğu önemli bir gerçektir. Bu iç göçün ise ülkenin Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgelerinden batıdaki illere gerçekleşen bir süreç olduğunun altını çizmek gerekir.

Bu sürecin sonunda çocuk işçiliğinin nasıl gerçekleştiğini Acaroğlu, yaptığı araştırmada ortaya koymuştur. Buna göre hem kentsel hem de kırsal bölgede erkek çocukların istihdamı kızlara göre daha yüksektir. Ailedeki karar vericilerin eğitim düzeyi, kırsal bölgelerde kente göre daha düşüktür. Özetle ailedeki ebeveynlerin eğitim düzeyi düştükçe çocuk istihdamı artmaktadır (2010: 145).

Eğitim düzeyi ile birlikte ailenin gelir durumu da çocuk işçiliğinde temel etkenler arasında yer almaktadır. Burada bir ters orantı söz konusudur. Ailenin gelir düzeyi arttıkça çocukların istihdam yaşamına girme düzeylerinin azalması beklenmektedir. Ailenin gelir düzeyi düştüğünde ise (özellikle ekonomik kriz dönemlerinde) çocuk işçiliğinde görece bir artış söz konusu olmaktadır. Dayıoğlu'nun araştırması göstermektedir ki; araştırmaya katılan aileler, küçük ekonomik kriz durumlarında değerli varlıklarını çocuklarını istihdam yaşamından uzak tutmak için tampon olarak kullanmaktadır. 2001 yılında olduğu gibi büyük ekonomik krizlerinde ise çocuklarını istihdam yaşamına yönlendirmektedirler (2006: 953).

Türkiye’de çocuk işçiliğinin nedenleri arasında eğitim düzeyi ve ailelerin gelir düzeyleri dışında çok önemli bir değişken daha yer almaktadır. Bu değişken, çocuğun değeri ve ülkede çocuklara nasıl bakıldığıdır. Bir toplumun üyeleri, eğitimi belirli bir seviyeye kadar yeterli görüyor, çocuğun çalışmasını normal ve doğal bir süreç olarak karşılıyorsa, o toplumda çocuklar çalışmaya devam etmektedir. Bununla birlikte çocuk hakları çerçevesinde çocuğu değerli birey olarak gören ve eğitimi önemseyen bir toplum kültürü oluşmaya başladığında çocuk işçiliği azalmaktadır (Erbay, 2008: 25). Türkiye, bu konuda bir geçiş ülkesi olarak kabul edilebilir. Çocuğun çalışmasını doğru bulan geleneksel yapı ve kültür örüntüleri hala baskın olarak varlığını sürdürmektedir. Bununla birlikte bu yapının özellikle batıdaki illerde eğitilmiş aileler yoluyla kırılmaya başladığı gözlenmektedir.

Özetle iç göç, çarpık kentleşme, yoksulluk, geliri yetersiz olan ailelerin aynı zamanda eğitim düzeylerinin düşüklüğü, çocuğun çalışmasının toplumsal kültürde yer alması ve yadigarınmaması Türkiye’de çocuk işçiliğini medyada getiren parçalar olmaktadır.

TÜRKİYE’DE ÇOCUK İŞÇİLİĞİ İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER

Türkiye, ulusal boyutta çocuk işçiliği ile ilgili yasal düzenlemelerini oluşturmuş, ayrıca uluslararası sözleşmelere resmen katılmıştır. Ulusal düzenlemelerin başında **T.C. Anayasası** gelmektedir. T.C. Anayasası’nda çalışma yaşamıyla ilgili çeşitli hükümler bulunmaktadır. Bununla birlikte Anayasa’nın 50. maddesi tamamen konuyla ilgili bir açıklama getirmektedir:

“Kimse yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar, çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar”

Konuyla ilgili diğer bir ulusal düzenleme olan 22.05.2003 tarihli 4857 Sayılı **İş Kanunu**’nun 71. maddesi çocuk işçiliği ile ilgili özel bir hüküm içermektedir:

On beş yaşını doldurmamış çocukların çalıştırılması yasaktır. Ancak, ondört yaşını doldurmuş ve ilköğretimi tamamlamış olan çocuklar, bedensel, zihinsel ve ahlaki gelişmelerine ve eğitime devam edenlerin okullarına devamına engel olmayacak hafif işlerde çalıştırılabilirler. Temel eğitimi tamamlamış ve okula gitmeyen çocukların çalışma saatleri günde yedi ve haftada otuzbeş saatten fazla olamaz. Ancak, on beş yaşını tamamlamış çocuklar için bu süre günde sekiz ve haftada kırk saate kadar artırılabilir.

Uluslararası boyutta ise 09 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde kabul edilen **Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi**, çocuk işçiliği ile ilgili olarak Türkiye’nin bir rehberi konumundadır. Sözleşmenin 32. maddesi konuyla ilgili önemli bir dayanak oluşturmaktadır.

1. *Taraf Devletler, çocuğun ekonomik sömürüye ve her türlü tehlikeli işte veya eğitimine zarar verecek, sağlığı veya bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâksal ya da*

toplumsal gelişmesi için zararlı olabilecek nitelikte çalıştırılmasına karşı korunma hakkını kabul ederler (Çocuk Hakları Sözleşmesi, m. 32).

2. *Taraf Devletler, bu maddenin uygulamaya konulmasını sağlamak için yasal, idari, toplumsal ve eğitsel her önlemi alırlar. Bu amaçlar ve öteki uluslararası belgelerin ilgili hükümleri göz önünde tutularak, Taraf Devletler özellikle şu önlemleri alırlar (Çocuk Hakları Sözleşmesi, m. 32):*

- İşe kabul için bir ya da birden çok asgari yaş sınırı tespit ederler;
- Çalışmanın saat olarak süresi ve koşullarına ilişkin uygun düzenlemeleri yaparlar.
- Bu maddenin etkili biçimde uygulanmasını sağlamak için ceza veya başka uygun yaptırımlar öngörürler.

Türkiye tarafından onaylanan Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin çocuk işçiliği ile ilgili 32. maddesine bakıldığında, taraf devletlere önemli rol ve sorumluluklar yüklediği görülmektedir. Maddede taraf devletlerin alması gereken önlemler sıralanmıştır. Bu

önlemlerin ilk ikisi açısından Türkiye'de çok ciddi bir sorun bulunmamaktadır ancak üçüncü madde, ülkemiz için önemli bir sorunu teşkil etmektedir. Çocuk işçiliğine yönelik yasalarda yaptırımlar ve cezalar öngörülmüştür ancak bu yaptırımları uygulayacak ne yeterli personel ne de bu personelin çalışacağı etkili işleyen bir mekanizma bulunmaktadır.

Uluslararası boyutta Türkiye, **138 Sayılı ILO İstihdama Kabulde Asgari Yaş ve 182 Sayılı En Kötü Biçimlerdeki Çocuk İşçiliğinin Ortadan Kaldırılması İçin Acil Eylem Sözleşmelerini** de imzalamış ve müktesebatına dâhil etmiştir.

Görüldüğü üzere gerek ulusal gerek uluslararası boyutta Türkiye, yasal düzenlemelerini oluşturmuş ve çocuk işçiliği ile ilgili yasal boyutta atılması gereken adımları atmıştır. Peki oluşturulan düzenlemeler ve atılan yasal adımlar, çocuk işçiliğinin ortadan kaldırılmasına ne derecede olumlu etki yapmıştır? Bu soru, çocuk işçiliğinin hüküm sürdüğü sektörler temelinde aşağıda yanıtlanmaya çalışılmıştır.

TÜRKİYE'DE ÇOCUK İŞÇİLİĞİNİN SEKTÖREL ANALİZİ

Türkiye İstatistik Kurumu, çocuk işçiliği konusunda 1994, 1999 ve 2006

Yıllara Göre Çocuk İşçiliği Oranları

Yaş aralığı	1994		1999		2006	
	n	%	n	%	n	%
6-14	958.000	8.8	609.000	5.1	320.000	2.6
15-17	1.312.000	36.6	1.021.000	26.3	638.000	16.9

yıllarında olmak üzere üç çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu üç çalışma ile elde edilen veriler aşağıda tablo halinde sunulmuştur.

Tabloda görüldüğü üzere, çocuk işçiliği yıllar itibariyle azalma göstermektedir. Bu oldukça önemli bir gelişmedir. Bununla birlikte özellikle toplumda yaklaşık bir milyon çocuğun çalışma yaşamında olması, kabul edilemez bir durumdur. Ayrıca bu sayılar içerisinde sokakta çalışan çocukların yer almadığı göz ardı edilmemelidir. Sonuç olarak Türkiye’de çocuk işçiliği bağlamında olumlu bir süreç başlasa da alınması gereken daha fazla yol olduğu dikkate alınmalıdır.

Türkiye’de çocuklar yoğunlukla **tarım**, **sokak** ve **sanayi** alanlarında istihdam edilmektedir. Çocukların çalışma nedenleri ve biçimleri, üç sektörde farklılaşmaktadır. Bu nedenle ayrı analizler yapma gereği bulunmaktadır.

Tarım Sektörü

Tarımda çalışma, çocuk işçiliğinin belki de en eski çalışma alanıdır. İnsanlığın yerleşik yaşama geçişi ve tarıma başlamasından itibaren çocuklar tarım işçisi olarak kullanılmıştır. Dünyadaki çalışan çocukların %69’u tarımda çalışmaktadır (Çalışmaya İlişkin Temel Haklar ve İlkeler: ILO Bildirgesinin İzlenmesi Çerçevesindeki Küresel Rapor, 2006: 8).

Türkiye’de tarım sektöründe çocuk istihdamı, geleneksel olarak uzun yıllar boyunca sürdürülmüştür. Zaman içerisinde uygulanma biçimi değişse de tarımda çocuk işçiliği, Türkiye’nin en önemli istihdam alanlarından biri olmuştur. Tarım bölgelerinde çocuklar, ailelerine yardım amacıyla tarlalarda emeklerini sarf etmektedirler. Bu iş, geleneksel olarak çocuğun görevidir, ücret karşılığı yapılmaz. Çocuklar bu işlevlerini, bazen okulu bırakarak bazen ise okul ile birlikte yürütürler. Okula devam edilse bile başarının düşme olasılığı yüksektir (Erbay, 2008: 17).

Tarımdaki çocuk varlığını gözlemlemek amacıyla Türkiye İstatistik Kurumu’nun Çocuk İşgücü Hane Halkı Araştırması sonuçlarına göz atmak gerekir.

Bu verilere göre Türkiye’de **392.000 çocuk** tarım sektöründe çalışmaktadır. Bu rakam azımsanacak bir rakam olmayıp, özellikle mevsimlik tarım işçiliği bağlamında üzerinde düşünülmesi gereken bir durumu yansıtmaktadır. Bu bağlamda tarımda çocukların istihdam edilmesi, Türkiye’de yaygın uygulamalardan biri haline gelmiştir. Diğer sektörlerle göre ücretsiz aile işçisi olarak çalışmanın yaygın olduğu bu sektör, çocukların özellikle eğitim, gelişme ve sağlık hakkını ihlal etmektedir.

Türkiye’de çocukların ücretli olarak çalışması ise akla mevsimlik tarım

Yaş aralığı	Tarım		
	1994	1999	2006
6-14	730.000	461.000	182.000
15-17	779.000	529.000	210.000

işçiliğini getirmektedir. Mevsimlik tarım işçiliği, bazı temel ürünlerin (özellikle pamuk, fındık) hasat zamanlarında genellikle Karadeniz illerine ve Adana iline gerçekleştirilen geçici göçü ifade etmektedir. Bu göçte çocuklar da aileleriyle birlikte yer almakta ve birkaç aylığına dahi olsa farklı bir ilde yaşamlarına devam etmektedir. Genellikle yaz aylarında olması ve yazın eğitime ara verilmesi nedeniyle eğitim yaşamından kopma nadiren söz konusu olmaktadır ancak eğitime erken ara verme ve tatil sonrası eğitime geç başlama durumları sıklıkla gözlenmektedir.

Eğitim Sendikasının 2007 yılında Şanlıurfa, Adıyaman, Adana, Batman, Diyarbakır ve Gaziantep’de 115 ilköğretim okulunda yaptığı “Mevsimlik Tarım İşçiliği Nedeniyle Eğitime Ara Veren İlköğretim Öğrencileri Araştırması’nın verilerine göre:

- 115 ilköğretim okulunda on öğrenciden biri (%9.82) ücretli tarım işçiliği nedeni ile yazın karnelerini almadan okullarını terk ediyor; sonbaharda da ancak okullar açıldıktan sonra ders başı yapabiliyor.
- Öğrencilerin okulları erken terk etme süreleri ortalama 38.5 günü, geç başlama süreleri ise ortalama 32.6 günü buluyor. Öğrenciler eğitim öğretim yılının yarısında ders başı yaptıkları için kavrama sorunları yaşıyor (www.egitimsen.org.tr/down/mevsimliktarimiscisi.doc, Erişim: 13.07.2011).

Gülbuçuk ve diğerlerinin tarımda çocuk işçiliğinin yaygın olarak gerçekleştiği Adana ili Karataş ilçesinde mevsimlik tarım işçisi çocuklarla yürüttükleri çalışmada okulu terk etme oranlarına ulaşılmış ve burada toplumsal cinsiyet

bağlamında önemli bir veriye ulaşılmıştır. Buna göre okulu terk eden erkek çocukların oranı %6.9 iken, kız çocukların oranı %31.6’dır. Ayrıca çalışmada çocukların günde ortalama 12 saat ve haftada yedi gün çalıştıkları görülmüştür (2003; Aktaran Dayıoğlu ve Gündüz Hoşgör, 2010: 101).

Tarımda çocuk işçiliğinin uç bir örneği ise Samsun ilinin Bafra ve Alaçam ilçelerinde kurulan çocuk pazarıdır. Bu pazarda dağlık bölgelerdeki köylerde yaşayan yoksul ve geniş ailelerin çocukları, ovalarda yaşayan aileler tarafından kiralanmaktadır. Kiralama anlaşması, çocuk pazarında yapılmakta ve çocuk geçici bir süre yeni ailesiyle birlikte tarım işçiliği yapmaktadır. Bu uygulama Samsun Valiliği’nin dikkatini çekmiş ve uygulama sona erdirilmiştir. Bununla birlikte yaşanan bu çocuk işçiliği türünün Samsun’da veya başka bir ilde devam edip etmediği ile ilgili bilgi bulunmamaktadır (Değirmencioğlu, Acar ve Baykara Acar, 2008: 193-194).

Tarımda çalışma, daha çok aile içinde yaşanan bir sektör olarak kamu çalışmalarının gündemine çok az girmektedir. Bu nedenledir ki hizmet ve program üretme bağlamında zayıf kalınmış bir alandır. Bu sektörde yoğun olarak Milli Eğitim Bakanlığı’nın sorumluluk alması gerekmektedir. Kayıtlı olmayan, olsa bile devam etmeyen öğrencilerin takibini Milli Eğitim Bakanlığı titizlikle yürütmelidir. Tarımın yoğun olduğu bölgelerde İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinde bu iş için özel görevlendirilmiş personeller, bu çocukların tespiti ve eğitime tekrar yönlendirilmesi konusunda çalışmalıdır. Tabidir ki burada bir ekip çalışmasına ihtiyaç vardır. Milli Eğitim Bakanlığı ile birlikte “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı” ve “Çalışma ve Sosyal Güvenlik

Bakanlığı” oluşturulacak bir proje ya da programla sistemli ve düzenli bir birlik-teliğe imza atmalıdır.

Sokak Sektörü

Sokakta yaşama ve çalışma, çocuk iş-çiliğinin türleri arasında en tehlikeli ola-nıdır. Bir çocuk için sokak; fiziksel, duy-gusal, cinsel istismarların yaşanabildiği korumasız ve riskli bir bölgedir. Çocuk tarafından oyun oynamak ve yaşamın içinde bizzat yer almak için kullanılması gereken sokaklar, çocukluğun yaşana-madığı ve türlü tehlikelerin yaşandığı yerler olmaktadır.

Sokakta çalıştırılan çocuklar genellikle ayakkabı boyayarak, mendil ve simit (A Turkish food) satarak gelir elde etmek-tedir. Bunun dışında hiçbir şey satma-dan sadece para isteyen çocuklar da çoğunluktadır.

Türkiye’de sokakta yaşayan ve çalıştı-rılan çocukların sayısı ile ilgili kapsamlı bir istatistik bulunmamaktadır. Varolan tek resmi veri, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın web sitesinde duyurduğu istatistiklerdir. 2011 Eylül istatistiklerine göre Çocuk ve Gençlik Merkezlerinden¹ yararlanan çocuk sayısı 8420’dir (<http://www.shcek.gov.tr/2011-yili-eylul-ayi.aspx>, Erişim: 07.12.2011). Burada dik-kat edilmesi gereken nokta, bu rakamın hizmet alan kayıtlı çocuklar olmasıdır. Bir şekilde SHÇEK Çocuk ve Gençlik Merkezlerinden hizmet alamayan ve

dolayısıyla kayıtlı olmayan çocuklarla birlikte bu sayının oldukça yükseleceği tahmin edilmektedir. Sayısı net olma-makla birlikte İstanbul, Mersin, Ankara, Gaziantep, Adana ve Diyarbakır gibi yoğun göç olan kentlerde sokakta ya-şayan ve çalıştırılan çocuklara rastla-mak olağan bir durum haline gelmiştir (Acar, 2007: 87).

Türkiye’de sokak çocuklarına bakış ko-nusunda da sıkıntılar mevcuttur. Kara-taş ve diğerleri (2005), 1 Ocak 2005-31 Ağustos 2005 tarihleri arasında sokak çocuklarıyla ilgili 46 haberi incelemiş ve haberlerin %36.9’unda çocukları eti-ketleyici ifadelerin yer aldığı, çocukları tanımlarken tinerci, hırsız kız ve bali-ci gibi sözcüklerin kullanıldığı, haber başlıklarının ise “Tinerci Dehşeti, Bir İstanbul Kabusu, Tüfekte Dehşet Saçtı” olarak belirlendiği görülmüştür. Özetle sokakta yaşayan ve çalıştırılan çocuk-lar, medyada ve onun etkisi altındaki toplumda tehdit olarak algılanmaktadır ve çocuklar sosyal dışlanmaya maruz bırakılmaktadır.

Cinsiyet ise Türkiye’nin toplumsal de-ğerleri açısından önemli bir değişken-dir. Sokakta çalıştırılan çocukların bü-yük çoğunluğu erkektir. Kız çocukların korunması ve olabildiğince tehlikeler-den arındırılması, geleneksel kültürde önemli bir yer tutmaktadır. Bilgin’in Di-yarbakır ilinde 400 sokakta çalıştırılan çocukla yaptığı araştırmada toplumsal cinsiyetin önemi verilerle doğrulanmış-tır. Buna göre 400 çocuğun %86.8’inin erkek ve %13.3’ünün ise kız olduğu gö-rülmüştür (2009: 236).

2000’li yılların başında özellikle İstan-bul ve Diyarbakır illeri olmak üzere büyük şehirlerin sokaklarında kapkaç türü soygunlara çok fazla çocuğun

1 Çocuk ve Gençlik Merkezleri; eşler arası anlaş-mazlık, ihmal, hastalık, kötü alışkanlık, yoksul-luk, terk ve benzeri nedenlerle sokağa düşerek sosyal tehlike ile karşı karşıya kalan veya so-kakta çalıştırılan çocuk ve gençlerin geçici süre ile rehabilitasyonlarını ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamak amacıyla kurulan yatılı ve gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

karıştığı görülmüştür. Bu suç sürecinin kökeninde göçle ilgili sorunların yattığı bu illerde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar tarafından ifade edilmektedir (Değirmencioğlu, Acar, Baykara Acar, 2008: 194). Background bölümünde ifade edildiği gibi bu olaylara dahil olmaları için kaçırılan ve bu tür suç örgütlerine katılmaları için zorlanan çocukların çoğu Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde yaşamaktadır. Organize suç örgütleri, bu çocukların ve ailelerinin yaşadığı yoksulluğu kullanarak zorla veya ikna yoluyla çocukları büyük şehirlere getirmektedir. Böylece sokakta çocuk işçiliğinin suç boyutunun da eklenmesiyle çok daha kötü bir hal alması kaçınılmaz olmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda emniyet güçlerinin sıkı takibi ile bu tür olayların azaldığını belirtmek gerekir.

Atık madde toplayıcılığı ise Türkiye'de sokak sektöründe çocuk işçiliğinin en yoğun görüldüğü alanlardan biridir. Yine ülkenin Güneydoğu ve Doğu Anadolu illerinden gelen çocukların çalıştığı bu sektör, akşam saatlerinde ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni, Türkiye'de çöplerin akşam 19.00'dan sonra sokaklara konulmasıdır. Bu çocuklar, bu çöpler arasından özellikle plastik materyalleri toplamakta, oldukça ağır olan el arabalarına koymakta ve satmak için geri dönüşüm yapan firmalara götürmektedir.

Özetle çocukların sokakta çalışma süreci, onların bedenleri ve sağlıkları için son derece zararlı ve tehlikelidir. Genellikle bir şey satma, ayakkabı boyama şeklinde gerçekleşen çalışma süreci, atık madde toplayıcılığı ve en kötüsü suç örgütleri tarafından kullanılmaya kadar gitmektedir. Bu çocukların sokaklardan kurtarılmalarına yönelik çalışmalar ne yazık ki yetersizdir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk ve Gençlik Merkezleri, mobil ekiplerle ve merkez çalışmalarıyla sorunun çözümünde yer almakta ancak hala sokaklarda yüzlerce çocuk var olduğuna göre yetersiz kalmaktadır. Bu noktada yeni bir modele ve işleyiş planına gerek olduğu açıktır.

Sanayi Sektörü

Üçüncü boyut olan sanayi sektörü, tarım kadar eski olmasa da çocuk işçilerin yer aldığı önemli bir alan durumundadır. Sanayi devrimi sonrası ülkelerdeki artan sanayileşme ve yüksek kâr elde etme arzusu, çocukların bu alanda kullanılmasına neden olmuştur. Büyük sanayi işletmelerinden ziyade küçük sanayi işletmeleri, çocuk işçilerin kullanıldığı yerler olmuştur. Bunun nedeni, denetimlerinin çok daha zor olmasıdır (Erbay, 2008: 18).

Türkiye'de küçük sanayi işletmeleri bağlamında çocukların, genellikle oto

Yaş aralığı	Sanayi		
	1994	1999	2006
6-14	106.000	70.000	50.000
15-17	279.000	252.000	221.000

sanayide ve mobilyacılıkta çalıştığı görülmektedir. Bu yerlerde çocuklar, ağır koşullar altında para kazanma mücadelesi vermektedir. Sanayide çalışan tehlike altındaki bu çocukların fark edilmesi ise diğer sektörlerde çalışan çocuklara göre daha zordur. Sokakta çalışan bir çocuk toplumun daha fazla gözü önündedir ancak sanayi işletmeleri kendi içlerine kapalı ve çok fazla halka açık olmayan yerlerdir. Bu nedenle bu tür çocukların tespiti, sadece yasal denetimlerle mümkün olabilir (Erbay, 2008).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun Hane Halkı Çocuk İşgücü Anketi sonuçlarına göre Türkiye'de 271.000 çocuk, sanayide ağır çalışma koşulları altında para kazanma mücadelesi vermektedir ve çocuklar için sanayide çalışma, ciddi iş kazaları tehlikesini beraberinde getirmektedir. Çocuk işçiler, gelişme döneminde olduklarından, yetişkin işçiler için tehlike oluşturmayan koşullar onlar için tehlikeli olabilir (Bequele and Myers, 1995: 3-4). Bununla birlikte bu denli tehlikeli çalışma koşullarında ailelerin çocuklarını ne kadar gözettiği tartışma konusudur. Erbay'ın araştırmasında yetişkinlerin yaklaşık yarısı (%49.7) çocukluklarında çalışırken aileleri veya yakınları tarafından koruyup kollanmadıklarını (gözetilmediklerini) belirtmişlerdir (2008: 82). Ailelerin çocuklarını gözetmemesinin nedeninin, "eti benim, kemiği benim" anlayışı olduğu ve yine çocuğun değeri kavramıyla bu durumun örtüştüğü düşünülmektedir. Çocukların çalışması kültürel olarak kabul edilebilir, hatta faydalı bir durumdur.

Sanayi sektörü ile ilgili şu gözlemi aktarmakta yarar vardır. Türkiye'de 1997 yılında uygulanmaya başlanan sekiz

yıllık temel eğitim, sanayide çocuk işçiliğini ciddi ölçüde engellemiştir. Küçük sanayi sektöründeki işverenlerle görüşüldüğünde, hepsinin ortak derdinin çirak bulamamak olduğu anlaşılmıştır. İşverenler, 15 yaşında eğitim yaşamından çıkan çocukların, o yaştan sonra sanayide verimli olamadığını, yetiştirmek için geç olduğunu ifade etmektedirler. Onların olumsuzluk olarak ifade ettiği bu durum, çocuk işçiliğinde olumlu bir ilerlemeyi işaret etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk işçiliğini önlemeye dönük olarak, özellikle Uluslararası Çalışma Örgütü'nün önderliğinde birçok yasal düzenlemeye imza atılmıştır. Türkiye de birçok uluslararası sözleşmeyi onaylamış ve bunların üzerine ulusal düzenlemeler eklemiştir. Bu noktada yasal mevzuatın yetersiz olduğu söylenemez. Sıkıntı, mevzuatın başarıyla uygulamaya aktarılamamasıdır. Mevzuat başarılı bir şekilde uygulanmadığında, işletmeler, aileler ve çocuk işçileri kullananlar bundan cesaret almakta ve çocuk işçiliği kalıcı olmaya devam etmektedir.

Bu noktada kapsamlı bir işbirliği sürecine ivedilikle girilmelidir. İlgili kurumlar bir balık ağı gibi toplumu örmeli ve hiçbir çocuk bu ağdan istihdam yaşamına düşmemelidir. Ailelerin çocuk hakları ve çocuk işçiliğinin zararları hakkında bilinçlendirilmesi ve aynı zamanda maddi yönden desteklenmesi sürecin olmazsa olmaz bir parçasıdır.

Bu konuda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk ve Gençlik Merkezleri'ne büyük rol düşmektedir. Buralarda çalışan personelin tüm çabalarına rağmen çalıştırılan çocukları

sokaklarda görmek kolaylıkla mümkün olabilmektedir. Bu merkezleri anlayış ve personel olarak güçlendirmek, programlarını ve hizmetlerini gözden geçirmek gerekmektedir.

Bu alandaki tek olumlu gelişme olarak sekiz yıllık temel eğitimi zorunlu kılan İlköğretim ve Eğitim Kanunu'nun çocuk işçiliğini engelleyici rol üstlenmesi gösterilebilir. Özellikle sanayide çocuk işçiliğine bu yasa ile ciddi ket vurulmuştur.

Bu olumlu gelişme dışında söylenebilir ki; günümüzde hem dünyada hem de ülkemizde oluşturulan yasal düzenlemeler, idealler dizisi olarak başucumuzda yer almakta ancak uygulamada ilgili kişilerin yaralarına derman olamamaktadır.

Çocuk işçiliğini önleyici yasal düzenlemelerin uygulanmasının denetlenmesi önemli bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu denetleme, eğitim almış yeterli sayıdaki personel ile gerçekleştirilebilir. Tabi ki bu denetlemeler, tam anlamıyla yerine getirilse dahi tek başına yeterli olmayacaktır. Konunun sosyal boyutunu da ihmal etmemek gerekir. Aileleri çocuklarını çalışmaya yönlendiren sebepler, çocuğun eğitim sistemi içerisindeki yeri ve bu sistem içerisine kalma isteği gibi konularda titizlikle değerlendirilmelidir. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları, iş müfettişleri ve öğretmenlere büyük sorumluluk düşmektedir.

Sonuç olarak toplum ve devlet işbirliğiyle bir çocuk işçiliği hareketi başlatmak ve çocuk hakları temelinde bu sorunu tamamen ortadan kaldırmak gereklidir. Bu çalışmaların sosyal devletin gereği olarak hak temelli yürütülmesi de olmazsa olmaz bir koşuldur.

KAYNAKLAR

Acar, H. (2007). Duvarların dışındaki yaşam: çocukların anlatımıyla sokaklar. *Eğitim Bilim Toplum Dergisi*, 5(20), 84-115.

Acaroğlu, H. (2010). An empirical approach about some important features of child labor in Turkey. *Business and Economic Horizons*, 3(3), 135-146.

Bakırcı, K. (2002). Child labour and legislation in Turkey. *The International Journal of Children's Rights*, 10, 55-72.

Bilgin, R. (2009). Diyarbakır'da sokakta çalışan çocuklar üzerine sosyolojik bir araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(27), 232-244.

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1989, Madde 32.

Bulutay, T. (1995). Türkiye'de çalışan çocuklar. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Yayını.

Çalışmaya İlişkin Temel Haklar ve İlkeler ILO Bildirgesinin İzlenmesi Çerçevesindeki Küresel Rapor (2006). Ankara: Uluslararası Çalışma Örgütü.

Dayıoğlu, M. ve Gündüz Hoşgör, A. (2010). Türkiye'de çocuk işçiliği ile mücadelede izlenen strateji ve yöntemler: IPEC deneyimi. Türkiye'de Çocuk Emeği. Kemal İNAL (eds). Ankara: Ütopya Yayınevi.

Dayıoğlu, M. (2006). The impact of household income on child labour in urban Turkey. *Journal of Development Studies*, 42(6), 939-956.

Değirmencioğlu, S., Acar, H. and Baykara Acar, Y. (2008). Extreme forms of child labour in Turkey. *Children & Society*, 22, 191-200.

Eğitim-Sen Mevsimlik Tarım İşçiliği Nedeniyle Eğitimine Ara Veren İlköğretim Öğrencileri Araştırması, www.egitimsen.org.tr/down/mevsimliktarimiscisci.doc, Erişim: 13.07.2011.

Erbay, E. (2008). Çocuk İşçi Olmak: Çocuk İşçiliğine Retrospektif Bir Bakış. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını.

Gülbuçuk, B., Karabıyık, E., Tanır, F. (2003). "Türkiye Tarım Kesiminde En Kötü Biçimde Çalışan Çocuk İşçiliği Temel Araştırması" Basılmamış Proje Raporu.

İş Kanunu. Kanun Numarası: 4857. Kabul Tarihi: 22/5/2003. Resmi Gazetede Yayımlanma Tarihi: 10/6/2003. Resmi Gazetede Yayımlanma Sayısı: 25134, Madde 71.

Karataş, K., Baykara Acar, Y., Çamur Duyan, G. ve Acar, H. (2005). Sokak çocukları açısından sokak ve suç ilişkisi üzerine medyadaki yansımalar. IV. Sokakta Yaşayan ve Sokakta Çalışan Çocuklar Sempozyumu (Sözel Bildiri), İzmir.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu İstatistikleri, <http://www.shcek.gov.tr/2011-yili-mayis-ayi.aspx>, Erişim: 14.07.2011.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Madde 50 (1982).

Türkiye İstatistik Kurumu Hane Halkı Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları (1994, 1999 ve 2006) – http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=26&ust_id=8, Erişim: 14.07.2011.

Türkiye İstatistik Kurumu Yoksulluk Çalışması Sonuçları (2009) - http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=23&ust_id=7, Erişim: 11.07.2011.

Derleme

ONKOLOJİ ALANINDA SOSYAL HİZMET UZMANLARININ GÖREVLERİ VE KANITA DAYALI DEĞERLENDİRME¹

Tasks of Social Workers in Oncology Settings and Evidence Based Assessment

Buğra YILDIRIM*
Melis ACAR**
Tarık TUNCAI***

*Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi
İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü
İletişim Yazarı,
e-posta: bugra_yildirim@hacettepe.edu.tr

**Bilim Uzmanı, Sosyal Hizmet Uzmanı
Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi

***Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi
İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü

“Tedavi ettiğiniz hastalıkta ya kazanır ya da kaybedersiniz. Eğer tedavi ettiğiniz insansa her zaman kazanırsınız.”

Patch Adams

ÖZET

Kanser, her aşamasında zorluklar bulunan ve tedavisinde psikososyal faktörlerin etkili olduğu bir hastalıktır. Mide bulantıları, kilo kaybı, saç dökülmesi, duygu–durum sorunları, davranış değişiklikleri, iş yaşantısı ve sosyal ilişkilerde meydana gelen değişiklikler, aile üyelerinin tutumu ve rollerin değişmesi, hastalıkla beraber kişinin bedensel ve psikososyal işlevselliğini tehdit edebilmektedir. Bu nedenle bireyin tedavisinde etkin rol alan sağlık bakım ekibi içerisinde onkolojik sosyal hizmet uzmanına bazı rol ve sorumluluklar düşer. Sosyal hizmet uzmanının, kayıt tutma, hastanın psikososyal değerlendirmesini yapma, ve kanita dayalı müdahalelerde bulunma gibi görevleri vardır. Bu yazıda kanser gibi doğası itibarı ile yaygın ve tehlikeli olan bir sağlık sorunu sosyal hizmet bakışıyla incelenmiştir. Kanser hastasını değerlendirmede kullanılabilir kanita dayalı bir değerlendirme formu önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: *Kanser, onkoloji sosyal hizmeti, onkoloji sosyal hizmet uzmanı, mesleki roller, kanita dayalı değerlendirme.*

ABSTRACT

Cancer is an illness which brings challenges in its every stage and psychosocial factors are effective in its treatment. Nausea, weight loss, hair loss, mood problems, behavioral changes, changes in work life and in social relations, changes of attitudes and roles of family members are the common physical and psychosocial threats for individual's functioning. Therefore, an oncology social worker has some roles and responsibilities within the health care team. Social worker has some professional tasks that include reporting, assessment of patient, evidence based interventions. This article examines the disease called cancer that is very common by its nature, being a dangerous health problem within the scope of social work. In this

¹ Bu çalışma daha önce yayınlanmamış ya da yayınlamak üzere hâlihazırda başka bir yayını organına gönderilmemiştir.

article, an evidence based assessment form is proposed for assessing the cancer patient.

Key Words: *Cancer, oncology social work, oncology social worker, Professional roles, evidence-based assessment.*

GİRİŞ

Kanser ile yüzleşen birey ve ailesi bir çeşit kriz ile karşı karşıyadır. Çünkü ömrünü tehdit eden bir hastalıkla mücadele ediyor olmak, insanların doğal olarak kaygı, öfke, umutsuzluk, depresyon, korku, çaresizlik, huzursuzluk gibi psikolojik ve duygusal tepkiler içeren bir kriz sürecine girmesine neden olur. Stevens ve Ellerbrock (1995; akt.: Güven, 2000)'a göre kriz durumu ise, psikolojik sorunlar yaşayanlar, mevcut durumunun üstesinden gelemediğini düşünenler, etkili başetme stratejileri kullanamayanlar için değişim ve fırsat sağlar.

Kendisini ölüm tehdidi altında hissedilen bir hastanın, duygusal ve psikolojik süreçlerini, ekonomik ve aileye ait endişelerini anlamak düşünüldüğü kadar kolay değildir. Genç onkoloji uzmanları kendilerini bu sahada daha iyi eğitmeli ve yine eğitim görmüş onkoloji hemşiresi ve sosyal hizmet uzmanı ile beraber çalışmayı, hastaya yardım edebilmek için öğrenmelidirler (Uluslararası Kanser Savaş Örgütü Yenileme Komitesi, 1983: 180). Hasta, hekimin kendisi ile ilgili olacıklardan endişe duyup duymayacağını, hekim tarafından gösterilen ilginin yoğunluğuna göre özümseyebilir. Kanserli hasta ruhsal açıdan hekimine ve diğer sağlık bakım ekibi üyelerine güven duymak ve onların kendisini sevdiğini hissetmek ister. Bu durum hekimin kendisine olan

güveniyle de ilgilidir. Hasta hekimine ne kadar inanırsa onkoloji ekibi tarafından verilecek olan psiko-sosyal destek de dâhil olmak üzere bütün hizmetleri kabullenme süreci o kadar hızlı olacaktır. Ross (1969)'un da vurguladığı gibi, kendisine, ailesine, topluma hatta tıbbı yararlı olabilme düşüncesinin, en çaresiz durumlarda bile hastanın yaşam mücadelesini artırıcı etken olduğu bilinmektedir. Hastanın hastalığıyla tanıştığı ilk andan tedavi süresini de içermekle birlikte taburcu olmasına değin ve hatta sonrasında da psikososyal destek mekanizmalarına ihtiyacı vardır. Bu destek mekanizmaları tedavi boyunca hastanın hem kendisine olan güvenini geliştirecek hem de hastalıkla başetme stratejilerine yardımcı olacaktır. Etkin destek mekanizması oluşturabilmek içinse hastaya yönelik kapsamlı psikososyal değerlendirmelerin yapılması, görüşme formlarının hazırlanması, ölçeklerin kullanılması, önceki uygulamaların kayıtlarının tutulması vb işlemler, onkolojide sosyal hizmetin etkili olması adına yardımcı olacaktır.

Onkoloji hastasına yapılan tedaviler bir ekip işidir ve bu ekip içinde sosyal hizmet uzmanları önemli mesleki işlevler üstlenirler. Kişinin psikososyal sağlığının niteliğine, kişisel motivasyonuna, iyileşme gücüne inancına, istediklerini elde etme tutkusuna, sevgi ve neşenin yaratıcılığına dünya literatüründen bir örnek vererek onkolojide sosyal hizmetin işlevlerine geçmenin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

“C.G. Kişisel Bir Hikaye: Doktorlar bana göğüs kanseri teşhisi koymuştu. Tüm kalbimle ve büyük bir inançla çoktan iyileştigiime inanıyordum. Her gün ‘İyileştigim için teşekkür

ederim', diyordum. Bunu tekrar tekrar söylüyordum: 'İyileştığım için teşekkür ederim.' Tüm kalbimle iyileştigiime inanıyordum. Kendimi, kanser vücuduma hiç girmemiş gibi görüyordum. Kendimi iyileştirmek için yaptığım şeylerden biri de çok komedi filmleri izlemektir. Tek yaptığımız buydu, gülmek, gülmek ve gülmek. Hayatıma stresi sokamazdım çünkü iyileşmeye çalışırken stres yaşamak, yapabileceğim en kötü şeylerden biri olurdu. Teşhis konduktan iyileşene kadar geçen zaman yaklaşık üç aydı. Radyoterapi ya da kemoterapi görmedim bile.'(Byrne, 2012: 128).

Onkoloji sosyal hizmetinin üzerinde durmadan önce tıbbi sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet uzmanı kavramları üzerinden hareket etmekte yarar vardır. Duyan (1996)' a göre tıbbi sosyal hizmetin tanımlanmasında çeşitli görüş ve düşünceler görülmekle birlikte temel odak hasta bakım etkinlikleri ile ilgilidir. Tıbbi sosyal hizmet; hastalığı ve tedavisi sırasında hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümü ile uğraşmak amacı ile bireyle çalışma ve grup çalışması yöntemi kullanılan sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanıdır (Freidlander, 1963; akt.: Duyan 1996: 6). Hastaneye yatan her hastanın uygulanan tedaviden en etkili şekilde yararlanması amacıyla sosyal hizmet personeline görülecek ekonomik, sosyal, eğitsel ve destekleyici hizmetler yanında, hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastaneden çıktıktan sonra kişisel ve aile sorunlarının çözülmesi gibi hususların tümü tıbbi sosyal hizmet olarak

adlandırılır (Resmi Gazete, 1973; akt.: Duyan 1996: 7). Tıbbi sosyal hizmet uzmanları; halk sağlığı, sağlık eğitimi, krize müdahale, destekleyici danışmanlık ve vaka yönetimi de dahil çok geniş hizmetlerin sağlandığı akut ve kronik sağlık bakımı ortamlarında çalışırlar (Sangu, 2009: 3). Tanımlardan hareketle onkoloji sosyal hizmeti, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının onkoloji hastaları odağında ele alınması şeklinde anlaşılır. Ayrıca tıbbi sosyal hizmetin kuramsal kısmı içerisinde de kendisine yer bulması kaçınılmazdır.

Kanserin Psikososyal Boyutu

Birey açısından yaşamsal tehdit yaratan, uzun süreli gözlem ve koruma gerektiren, fiziksel görünümde ve fizyolojik yapıda patolojik değişimlere yol açan artirid, diyabet, HIV / AIDS ve kanser türü hastalıklar kronik hastalık tanımlaması içindedir. Kronik hastalıklar, bireyin hayatının temel işlevlerini derinden etkilemekte; önceden kestirilemeyen doğası nedeniyle psikolojik, fiziksel, cinsel, sosyal ve ekonomik yönlerden şiddetli bir baskı yaratmaktadır. Hastalığın etkisiyle fiziksel ve işlevsel kayıplarla yüzleşen bireyler yaşamlarını yeni bir perspektif üzerinden değerlendirmeye başlamaktadırlar (Tuncay, 2007). Kanser gibi kronik bir hastalıkla yüz yüze olan bir birey için yalnızca kemoterapi, radyoterapi, cerrahi operasyon vb. tıbbi tedavi yöntemleri yeterli değildir. İyileşmenin tam anlamıyla sağlanabilmesi için hastaya sunulan sosyal desteğin doyurucu olması, onkolojik tedavi ekibi tarafından da hastanın güçlü yönlerine yapılan vurgunun tatmin edici olması gerekir. Çünkü birey hem hastalıkla tanışmasında hem de tedavi süreci boyunca

sosyal hayatında önemli rollerin değiştiğine tanıklık eder. Bu roller bireyin hayatındaki sorumluluklarından, yaşama bakış açısına, sosyalizasyonundan aile ve iş ilişkilerine, yaşam kalitesine kadar çok çeşitlilik arz eder.

Aile açısından bakıldığında ise kanser, ekonomik yönden de pahalı bir hastalıktır. Ekonomik anlamda yatılı ve ayakta tedavi sürecindeki harcamalar için lüks bir hastalıktır denilebilir. Onkoloji sosyal hizmeti burada da devreye girmekte bu lüks hastalığın tedavi giderlerinin etkin bir şekilde karşılanmasıyla ilgili çalışmalara, programlara ve sosyal politikalara katkı vermektedir.

Hastalar kanser tedavisinin masraflarından dolayı sadece ailelerine yük olduklarını düşünmezler aynı zamanda kendileri için çaba sarf edip derin keder duygusu içerisinde olan ailelerinin etkisiyle sorun çözme kapasitelerini de kaybedebilirler. Böylesine ölümlerle soluk soluğa gelen durumlarda hasta ve ailesi bıçağın iki yüzünü oluşturur. Bu sebepten ötürüdür ki onkoloji sosyal hizmetinde hasta birey ve ailesi müdahalenin ana öğeleridir. Dolayısıyla kanserli bireyin güçlenmesinde aile ve çevresinin rolü yadsınamayacağından aile desteklenmektedir. Bu yüzden sosyal hizmet uzmanları, mesleğin aracılık rolü vasıtasıyla birey ve ailesi arasında köprü vazifesini gerçekleştirmekle yükümlüdür.

Sağlık çalışanlarının hasta ile iletişim kurma ya da hastayı bilgilendirme amacıyla kullandıkları dilin uygun olmayışı sonucunda zaman zaman hasta, hastalığını yanlış anlayabilmekte, prognozunu iyi değerlendirmesi güçleşebilmektedir (Öz, 2001). Onkoloji sosyal hizmetini ilgilendiren bu konuda hasta,

ailesi ile birlikte kanser hakkında bilgilendirilmelidir. Hastalıkla ilgili bilinç düzeyinin düşüklüğü hastaları güçsüzleştiren bir etkidir. Kanser sadece bireysel değildir, hastanın ailesini de etkileyen bir rahatsızlıktır. Bu nedenle hastayı ailesinden ve çevresinden ayrı düşünmek, kanserle savaş konusunda kesinlikle yersizdir.

Onkoloji hastalarının tedavisinde aile ile işbirliği yapmak, sadece hastaya değil aynı zamanda aileye de destek olmak gerekir. Hekimin hastası ve ailesi ile olan ilişkisinde, gözünden kaçırdığı psikososyal boyutlara odaklanılır. Hekim özellikle sosyal hizmet uzmanından geri bildirimler almalı, aldığı geri bildirimleri tıbbi tedavi süreci içerisine katmalıdır. Aileler ve hasta, kanser ile ilgili kendilerini suçlayabilir. Hasta ve ailesi önemli bir sistem olarak değerlendirilmelidir. Aynı şekilde onkoloji ekibinin görevi hastanın tedavi süreci ile sınırlı olmamalı, hasta ve ailesine kansere sosyal uyumlarında yardımcı olmalıdırlar.

Kanserin toplumsal yansıması yani hastalığın ölüm ile özdeşleştirilmesi kanserle mücadele eden hastaların ufuklarını daraltabilir ve bir nevi hastaları güçsüzleştiren ikinci etken olarak önümüze çıkar. Ayrıca kanser vakalarında hastalığın tanısı ve tedavisi süreci de bireyde pek çok psikolojik soruna yol açabilir.

Ölümcül hastalık denildiğinde ilk akla gelen durumlardan biri olan kanser ile ilgili olumsuz tutumların ve kanser hakkında yapılan yanlış yorumların hastalığı anlamlandırmada payı büyüktür. "Kanser olan her kişi mutlaka ölecektir." diye toplumda yer eden anlayış profesyonel müdahale sürecini ve

müdahale ekibini etkileyebileceği gibi hastadaki benlik saygısını azaltabilir. Örneğin 60 meme kanserli hasta üzerinde yapılan bir çalışmada (Işıkhan ve diğ., 1997) meme kanserli kadınların büyük bir kısmının aile ve yakın çevrelerinden sosyal destek almalarına rağmen benlik saygılarının beklendiği kadar yüksek olmadığı görülmüştür. Bir yıl sonra 90 kanserli hasta üzerinde yapılan bir başka çalışmada (Işıkhan ve diğ., 1998) aile ve yakın çevresinden sosyal destek alan kanserli hastaların benlik saygılarının yüksek olacağı beklenirken bunun tam tersi sonuçlar elde edilmiştir. Benlik saygısının kişinin kendisini nasıl değerlendirdiğine, gördüğüne, algıladığına ve anladığına ilişkin duygularını içerdiği, göreceli bir süreklilik ile değişime duyarlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda uzuv kaybetme riski ve yeni duruma uyum sağlayabilme kapasitesi, kanser olgularında benlik saygısı kavramını tehdit altında bırakır.

Türkiye Literatüründe kanserli hastalara yönelik psikososyal araştırmalar tarandığında bazı sonuçları paylaşmak yararlı olacaktır. Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri (Şener ve diğ., 1999) üzerine yapılan bir çalışmada hastaların “hayat devam ediyor” ile hastalığın geçeceğine yönelik inançlarının etkin olduğu görülmüş, psikiyatrik belirtiler olarak hastaların kaygılarının yüksekliğinin hastalığın derecesi ile doğru orantılı olarak arttığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada (Erkan ve diğ., 2001) hastalar arasında kız çocuklarına göre erkek çocuklarının benlik saygısının yüksek olmasında toplumda erkek çocuklarına daha fazla ilgi gösterilmesinin bu durumu etkilediği belirtilmiştir. Ateşçi ve Diğerleri

(2003) tarafından hazırlanan bir çalışmada ise araştırmaya katılan çoğu erken dönemde olan kanser hastalarında depresif duygu – durum ile giden uyum bozukluğu ve majör depresyon tanıları en sık rastlanan iki tanı grubu olmuştur. Bir diğer çalışmada (Barutca ve diğ., 2000) kemoterapi almakta olan hastaların yarısından fazlası depresif duygu durumunda bulunmuştur. Bir başka çalışmada (Kılıç ve diğ., 2003) her kademedeki sağlık personelinin doğru, eksiksiz, güvenilir ve sürekli veri toplamasının önemi bir kez daha anlaşılınca, başka bir çalışmada (Özbek ve diğ., 2003) ise çalışmanın bitiminde şu sonuca ulaşılmıştır: “Onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailesine tanı ve tedavinin beraberinde getirdiği stres faktörlerine uyum aşamalarında yardım ederken bir yandan da bu süreç içinde hastayla birlikte ailesini anlamaya çalışırlar. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları yaptığı çalışmalardan elde ettiği deneyimleri yaptığı araştırma çalışmalarıyla destekleyerek var olan uygulamalarda değişiklik sağlamaya önem vermelidirler.”

Kanser hastalarının temel psikososyal gereksinimlerini şöyle sıralamak anlamlıdır (Cope, 1995; Turner ve diğ., 2005; akt.: Tuncay 2010): “Kanser hastası olmaktan kaynaklanan damgalanma sorunundan kurtulma; yakınlarla ve tedavi ekibiyle sağlıklı iletişim becerileri geliştirme; kanser ve tedavi yöntemleri konusunda bilgi edinme; yaşam planını ve önceliklerini yeniden oluşturma; başetme becerilerini geliştirme; aileden ve arkadaşlardan destek alma ve onlara destek verme yeteneğini arttırma; ölüm düşüncesi ve hisinden uzaklaşma; stresi, depresyonu ve anksiyeteyi azaltma ya da ortadan

kaldırma ve kontrol kaybı ile çaresizlik hissini azaltma.” Duygusal, ruhsal, sosyal, davranışsal tepkilere yol açan kanserin psikososyal yönüne kaliteli bir değerlendirme ile vurgu yapmak amacı ile onkolojide sosyal hizmet uzmanının görevlerini açıklamak yerinde olacaktır.

Onkolojide Sosyal Hizmet Uzmanının Görevleri

Kanser hastalığına ilişkin toplumsal bilgi ve bilinç düzeyi ile bireye yaklaşım biçimi, kanser hastalarının toplumsal ilişki ağlarındaki varlığının ya da bu ağlardan kendilerini izole etmelerinin temel belirleyicisi olmaktadır (Tuncay, 2009). Bireylerin psikososyal işlevselliğinin kanserle birlikte sekteye uğraması fiziksel sağlığın bozulmasının yanında ruhsal ve sosyal sağlığında bozulmasına yol açar. Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarına aşağıda sıraladığımız görevler düşmektedir:

- a) Hastaneye yatmasına karar verilen hasta ve ailesi ile görüşülerek inceleme ve tedavi yöntemleri hakkında kendilerine bilgi vermek.
- b) Tedavi masraflarını karşılamaya ilişkin sorunlara, hasta, ailesi hastane ve varsa toplum olanakları ile çözüm yolu aramak.
- c) Tedavi sonrasında hasta ve ailede gelişen dirençleri gidermek üzere tıbbi müdahalelerin amacını, yararlarını ve muhtemel sonuçlarını açıklamak.
- d) Sıkıntı ve şikayetlerin geçici olduğunu ve sağlığa kavuşmak yönünden önemini belirtmek.
- e) Hasta ve ailede gözlenen tepkileri anlayışla karşılayarak dinleme yolu ile duygusal boşalım sağlamak.

- f) Moral artırıcı konuşmalarla hastayı rahatlatmak.
- g) Varsa ailede hastanın tepkileri ile ilgili yanlış yorumları düzelterek destekleyici ilişkilerin gelişmesini sağlamak.
- h) Hasta ve ailesinin yerine getirilmesi mümkün isteklerinin gerçekleştirilmesinin temine çalışmak.
- i) Ameliyat sonucunda bazı yetenek ve işlevlerini kaybeden bir kısım hastaların rehabilitasyon programlarına katılması ve gerekli ise yeni bir işe yerleştirilmeleri konularında yardımcı olmak (Turan, 1984).
- j) Hastalığın tetkik ve tedavisinde hasta ve ailesinin uyumlarını kolaylaştırmak.
- k) Hasta ve ailesinin psikososyal olarak eski durumlarına dönmelerini ve rehabilitasyonlarını sağlamak, psikososyal bakım planı geliştirmek ve psikososyal desteğe ihtiyacı bulunan hasta ve aileleriyle sosyal kişisel ve sosyal grup çalışmalarında bulunmak.
- l) Sağlık bakım olanakları ve kaynaklarının kullanımını kolaylaştırmak, fiziksel ve psikolojik fonksiyonların değerlendirilmesinin ve işe yarar destekleyici kaynakların, olanakların teminini kurmak.
- m) Ulaşım ya da finansal yardım gibi hizmetlerde hasta ve ailesinin önüne çıkan engelleri aşmalarına yardımcı olmak.
- n) Hastalara hastalıkları, tedavinin planı, ağrılarının üstesinden gelebilmek için seçenekler sunmada danışman olmak.

o) Sağlık ekibinin, hastanın hastalığıyla, tedavisiyle, iyileşmesiyle ilgili sosyal, ekonomik ve duygusal faktörlerin önemini anlamalarına yardımcı olmak.

ö) Hastaların hastaneye yatışlarının yarattığı olumsuz havayı yumuşatmak ve geçici olsa bile, boş zamanlarını değerlendirmek üzere faaliyetler düzenlemek, moral gücünü arttırmaktır (Özet ve diğ., 1998)."

"Konuya toplumsal açıdan yaklaşıldığında sosyal hizmet uzmanları kansere yol açan nedenler ve korunma yolları ile ilgili aydınlatıcı, tanıtıcı faaliyetlerde görev alıp bu önemli sağlık sorunu ile ilgili resmi ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yaparak:

- a) Seminer, konferans, sergi, eğitim, kampanyası düzenlemek suretiyle uzun dönemde hastalık hakkında toplumsal bilinç yaratılmasında etkin rol oynamalıdır.
- b) Kanserli hastaların tedavisi ve kanser kuruluşları için maddi olanak sağlama amacıyla yapılacak faaliyetlerde sosyal hizmet uzmanları görevlendirilmelidir.
- c) Bu alanda gönüllü çalışmalarını özen-dirmek ve organize etmek; gönüllü kuruluşlar arasında bütünlük sağlamak; başka bir deyişle söz konusu çabaları güçlü biçimde aynı amaca yönlendirmekte bir sosyal hizmet fonksiyonu olarak düşünülmelidir.
- d) Kanser hastaları üzerinden yapılacak psikososyal içerikli araştırmaların yürütülmesi ve değerlendirilmesinde sosyal hizmet uzmanları görev almalıdırlar (Turan, 1984)."

Onkoloji hastanelerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanları, hasta ve

ailesine yönelik verilen tedaviden ve tedaviyi sunan ekipten müracaatçı-larının ne düzeyde yararlandıklarını, ekibin üyesi olarak kendi uygulamalarından müracaatçıların ne kadar memnun olduklarını sorgulamalıdır. Literatürde vurgulanan görevlere ek olarak; kanser hastalarına duygusal destek sağlamak ve kanser destek grupları gibi psikososyal müdahalelerin hastaların yaşadıkları sürece adaptasyonlarını kolaylaştıracağı göz ardı edilmemelidir. Onkoloji sosyal hizmet uzmanının müracaatçılarına yardımcı olabilmesi için öncelikle kanser hakkında sonrasında da kanserin tanısı, tedavisi ve psikososyal boyutu konularında yeterli bilgiye sahip olması bir zorunluluktur. Ayrıca sürecin baş aktörü kanseri deneyim edinen hasta olduğu için sosyal hizmet uzmanı kolaylaştırıcı bir tavır takınmalıdır. Kolaylaştırıcı rolünü kullanırken uzman bireye karşı eşitlikçi olmalı, onun destek mekanizmalarına katılımını sağlamalı ve verdiği kararlara saygı duymalıdır.

Özetleyecek olursak; onkoloji sosyal hizmet uzmanı, onkoloji tedavi merkezleri ve dünya çapındaki toplum sağlığı hizmetlerinin hem kanser konusundaki bilgisi ve psikososyal etkisi hem de uygulamadaki çok yönlülüğü nedeniyle öncül sağlayıcılarındandır. Onkoloji sosyal hizmet uzmanı koruma, eğitim, savunuculuk, araştırma ve danışmanlık konusunda eğitilmiştir. Onkolojik sosyal hizmet uzmanı, hastaların ve ailelerin psikolojik, sosyal, ruhsal / varoluşsal ve pratik kaygılarına karşı duyarlıdır. Bu yüzden onkolojik sosyal hizmetin görevleri hastalığın her aşamasında çok yönlü ve kapsamlı bir çerçevede olmalıdır. Doğrudan hizmet alanında dünya literatüründe de onkolojik sosyal hizmet

uzmanın, tarama, analiz ve değerlendirme, hastalığa uyum danışmanlığı, bireysel, aile veya grup psikoterapisi, taburculuk planlaması, sevk, savunuculuk ve sosyal değişim sağlama gibi görevleri en belirgin olanlarıdır (Smith ve diğ., 1998). Sosyal hizmet uzmanları hastayı değerlendirmede kombine bir yaklaşım kullanmaktadır. Tarama ve ölçme araçlarının kullanılması ise hasta adına psikososyal ihtiyaçlarının aciliyet düzeyini tanımlayabilmek için önemlidir. Ayrıca bu durum, sosyal hizmet uzmanı tarafından uygulanacak olan müdahale tasarımının planlamasını kolaylaştırır. Hasta ve ailesi ile yapılan görüşmelerle birlikte kapsamlı bir psikososyal değerlendirme, hastanın uyum kapasitesinin derinlemesine anlaşılmasına izin verir.

Onkoloji sosyal hizmetinde bir diğer önemli nokta ise, onkolojik uygulamalarda etik ve meslektaşların görevlerinde ne kadar bilinçli oldukları konularıdır. Eğer sosyal hizmet uzmanı onkolojideki görevlerini iyi bilmezse, meslek etiğine uygun davranamaz ve müracaatçısına faydalı olması söz konusu olamaz. Stearns ve diğ. (1993: 271)'ne göre onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, hastaya hastalığının söylenip söylenmemesi, hastanın self-determinasyonu (hastanın kendi kararını kendisinin vermesi), bilgilendirilmiş onam ve yaşam kalitesi gibi sorunlarla gündelik uygulamalarında çok karşılaştıkları ve bu konunun da etik kurallarla açıklanabileceğini belirtmişlerdir.

Onkoloji sosyal hizmeti uygulamalarındaki etik ilkeler ise maddeler halinde şöyle açıklanabilir:

1. Müracaatçılara Bağlılık: Sosyal hizmet uzmanlarının temel

sorumluluğu toplumsal sorumluluklarını gözardı etmeden, müracaatçılarının gereksinimlerini esas alarak, onların iyilik durumlarını geliştirmek ve ayırım yapmadan müracaatçılardan tümüne aynı isteklikle yardımcı olmaktır (SHU Derneği, 2003: 7).

2. Özerklik İlkesi (Bireye Saygı): Bireyin kendi inançlarına, değerlerine ve yaşam planlarına göre karar verme yetisine sahip olma hakkı tanımaktadır ki; kanser hastalarının kararlarının tümüyle kendine özgü ve ona ait olduğunu ima eder (Ersoy, 2001).
3. Mahremiyet ve Gizlilik: Onkolojide çalışan sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçı ve yakınlarıyla güven ilişkilerine dayalı bir ilişki kurması gerekmektedir. Bazı kanser hastaları toplum tarafından dışlanmak, farklı davranılmak ya da yanlış anlaşılmaktan korkarlar ve hastalıklarını sır gibi saklamak isterler (Işıkhah, 2001). Bu nedenle hastadan elde edilen bilgiler, kendilerine ya da üçüncü şahsa zarar vermedikçe açıklanmamalıdır. Kanserli hasta, mahremiyetinin korunmasını dileme hakkına sahiptir.
4. Zarar Vermeme İlkesi: Onkoloji için bu ilke ile ilgili sakınılması gereken tutum ve davranışlar şu şekilde örneklenebilir; duyarsız bir şekilde gerçeğin hastaya ve ailesine söylenmesi, aşırı yada gereğinden az tedavi yapılması, hastaya herhangi bir yarar sağlamayacak olan külfetli tedaviyi sürdürerek daha fazla sıkıntı çekilmesine izin verilmesi, hastanın gerekli ölçütlerde bilgilendirilmemesidir (Ersoy, 2001).

5. Adalet İlkesi: Her kanserli hastanın neyi hak ettiğine yasalara uygun olarak hangi sağlık hizmetlerinden yararlanabileceğine açıklık getirmektedir. Adalet ilkesinin kanser hastalarının da en az diğer hastalığa sahip hastalar kadar eşit hizmet alabilmesine özen göstermesi gerekmektedir. Sınırlı kaynakların dağıtımında bu hastaların kanserli olmalarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Beauchamp, 1989; akt.: Ersoy, 2001).

6. Yararlılık İlkesi: Hasta için yararlı olma, zararı engelleme, iyiliği yükseltme ödevini yüklemektedir. Bu nedenle hastanın kanseri yenmesi sağlanarak iyiliği yükseltilmeli, yaşam kalitesi artırılmalı, yarardan fazla zarar görebileceği uygulama yapılmamalı, en azından yarar ile zarar dengelenmelidir (Latimer, 1992; akt.: Ersoy, 2001).

7. Diğer Etik Konular: Kanserli hastalarda yaşamın sonlandırılmasına ilişkin konulardır.

7.1)Yardımlı İntihar: Bir başka kişinin, hastanın kendi yaşamını sonlandırmasını kolaylaştıracak bilgi, araç ve gereçleri sağlayarak intiharına yardım etmesidir. Ciddi tartışma ortamı yaratan yardımlı intihar, etik açıdan savunulmamaktadır. Tıbbi müdahalelerin hastaya verdiği zararın, yarardan çok fazla olduğu durumlarda; kontrol edilemeyen ve dayanılmaz ağrı, acılar içinde olan hastanın ısrarla rica ettiği durumlarda; hastanın seçiminin özerk ve tekrar olması durumunda hastaya sağlanması ya da bu konuda bilgi vermesi söz konusu olabilmektedir (Ersoy, 2001).

7.2) Ötenazi: Hastadan başka birinin hastanın yaşamını sonlandıracak eylemi yapmasıdır. Hastanın gönüllü olduğu, gönüllü olmadığı ya da gönüllü olup olmadığını açıklayamadığı durumlar için farklı isimlerle aktif ötenazi, gönüllü ötenazi, istemsiz ötenazi, gönülsüz ötenazi, pasif ötenazi, anılan ötenazi etik açıdan tartışmalı bir konudur (Ersoy, 2001).

Türkiye’de yardımlı intihar ya da ötenazi yasal mevzuatta bulunmamaktadır. Bu kararın alınması çok zordur ve bunda karar mercii sadece hekim değildir. Sosyal hizmet uzmanları dahil tüm sağlık ekibinin ortak çalışma yapması gerekmektedir. Böylesi riskli ve tedavi ekibini zorlayan konularda bile hastanın tedavi sürecine başlamadan önceki psikososyal değerlendirilmesinin iyi ve kapsamlı yapılması karar almada yol gösterici olabilir. Bu sebeple olsa bile onkoloji sosyal hizmetinin kanıta dayalı değerlendirme araçlarının onkoloji hastanelerinin sosyal hizmet birimlerinde oluşturulması gerekmektedir.

Hasta Değerlendirme Formlarının Hazırlanması

Diğer mesleklerde olduğu gibi sosyal hizmet uzmanları da, iyi kararlar verebilmek için bilgiye gereksinim duyarlar. Yegidis ve Weinback (2005), sosyal hizmet uzmanlarının, hem yapacakları müdahalelerinde başarı olasılıklarını arttırmak hem de başarılı olup olmadıklarına karar verebilmek için bilgiye ihtiyaç duyduklarını ifade etmektedir (Akt.: Özkan ve Çiftçi, 2012). Kongar (1972) ve Trevithick (2008), sosyal hizmetin, bütün diğer meslekler gibi çeşitli kaynaklardan bilgi aldığını ve sosyal

hizmet uzmanlarının bilgi edinme ve bu bilgiyi kullanmanın yanısıra uygulama deneyimlerine dayalı olarak da yeni bilgi temeli oluşturduklarını belirtmektedirler (Akt. Duyan, 2012: 45).

Trevithick (2008)'e göre sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarla/danışanlarla genellikle kendilerinin geliştirdikleri yol ve yöntemlerle çalışmaktadırlar. Bilgi ve becerilerin bu yolla aktarılabilmesi, kimi zaman "uygulamada kazanılan bilgelik" olarak adlandırılmaktadır. Bu belirli bir uygulama durumunda hangi eylemin daha etkili olacağı hakkındaki kişisel ve mesleki deneyimden elde edilen bilgiyi tanımlamaktadır. Ancak uygulamadan kazanılan bilgelik ve el yapımı bilginin bilgi oluşturma, aktarma ve uygulamanın etkililiği ile bilgilendirme konusunun kapsamını ve sınırlarını değerlendirmek için güvenilir mekanizmalar yaratma güçlüğünü ortaya çıkarmaktadır. Var olan bu durum uygulayıcıların bilgi geliştirme potansiyelini engellemektedir. Johnson (1998) ise, uygulama deneyiminden elde edilen bilginin "neden, algı, düşünce ve değer" kavramlarını ayırmada yetersiz kalmasını, sosyal hizmet bilgisinin önemli sorunlarından biri olarak göstermektedir. İnsani durumlar ve müracaatçı - sosyal hizmet uzmanları ile ilgili çeşitli değişkenlerden kaynaklanan sorunlar, yeterli tanımlama ve tanımlamadaki birliğin olmamasından kaynaklanan sorunlar da sosyal hizmet bilgisinin içerdiği sorunlar arasındadır (Akt. Duyan, 2012: 46).

Sheldon (1998) kanıta dayalı sosyal hizmeti; ihtiyaç içindekilerin refahı ile ilgili kararlarda, en güncel ve en iyi araştırma bulgularının özenli, açık, mantıklı ve sağduyulu bir şekilde kullanılması olarak tanımlamıştır. Cournoyer ve Powers (2003) kanıta dayalı

uygulamayı şu şekilde açıklamışlardır: Kanıta dayalı uygulama, profesyonel yargı ve davranışların birbirinden ayrı ve bağımsız olan iki ayrı prensip tarafından yönlendirilmesidir. İlk olarak, uygulama, mümkün olduğunca, belli müdahalelerin belli bir grup müracaatçı veya müracaatçı sisteminde uygulandığında tahmin edilebilir, yararlı ve etkili sonuçlara neden olacağını gösteren ampirik araştırma bulgularına dayandırılmalıdır. İkinci olarak, her müracaatçı sistemi, süreç içinde, uygulayıcının çalışmalarının sonucu olarak ne tür çıktılar elde edildiğine dair bireysel olarak değerlendirilmelidir (Akt. Polat, 2010).

Tüm bu bilgilere bakarak özetle diyebiliriz ki ; tek başına deneyim çok fazla bir anlam ifade edememekte ve etkisi zayıf olabilmektedir. Deneyimlerin kanıta dayalı bir şekilde tanımlanmış olarak ortaya konulması, etkililiğini arttırmasının yanısıra itibar da getirecektir. Zira deneyimlerin kanıta dayalı bir şekilde sunulması, mantıklı sebeplere dayalı bir şekilde objektif olarak yargılanmasını ve uygun eleştirel düşünce süreçlerinden geçmesine olanak sağlayacaktır. Bu da şu vurguyu yapmayı gerektiriyor; müdahalelerin başarı olasılığını arttırmak ve karar verme aşamasında iyi seçimler yapabilmek için eğitimde alınan bilgiler ve mesleki deneyimler yeterli olmayacağından, sosyal hizmet uzmanlarının bilgilerini sürekli olarak güncellemesi önemlidir. Veri toplama-bilgi üretme sürecinde kullanacağı her bir materyal ve kaynak, sosyal hizmet uzmanlarının müdahalelerini kullanılabılır ve uygulanabilir hale getirmeyi hedeflemeli, bunun ardından da etkin olan ve etkin olmayan yöntemleri farketmesine olanak sağlayabilmelidir. Bu yüzden, onkoloji sosyal hizmetinin kanser

hastalarının ve ailelerinin psikolojik, ekonomik ve sosyal koşullarını ortaya koyarak sorunu, kaynakları, amaçları, hedefleri ve hastanın sorununa uyan uygulanabilir müdahaleleri tanımlamak için değerlendirme formları geliştirilmesi fikri ortaya çıkmıştır.

Geliştirilen bu değerlendirme formları aracılığıyla onkoloji hastaları ile çalışan bir sosyal hizmet uzmanı müdahalede bulunacağı hastayı, hastalığın kendisinin getirdiği ek sorunlarda dâhil olmak üzere fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik koşulları ile değerlendirir. Çünkü hastanın sorunlarının doğru bir şekilde tespit edilmesi ve bu sorunların çözümü için müdahalenin ne ya da neler olabileceğinin akılcı ve isabetli bir şekilde kararının verilmesi gerekir. Zira doğası gereği kanserli bir hasta zaten hassas ve kırılgan bir durumdadır. Dolayısıyla hastanın değer ve beklentilerinin elde edilen mevcut bilgiler ışığında tatmin edici bir şekilde karşılanması için kanıta dayalı bilgilere ihtiyaç vardır. Böylece hastanın sahip olduğu koşulları ve tercihleri mevcut kanıtlarla birleştirilerek sosyal hizmet müdahalesinin etkililiğini arttırmak ve geliştirmek mümkün olacaktır. Sonuç olarak etkin olmayan müdahalelerle hem hasta ve ailesi açısından, hem ekip üyesi diğer sağlık personeli açısından hem de sosyal hizmet uzmanları açısından emek, zaman ve kaynak kaybını önlemek mümkün olacaktır. Bu yüzden onkoloji sosyal hizmetinin, bireyin ve ailesinin yaşadığı kriz aşamasında, hastanın güçlü yönlerine yapılan vurgulamalarda ve hastaya sağlanan sosyal destek mekanizmalarına etkili bir şekilde katkı sağlayabilmesi için hastaya yönelik değerlendirmeyi iyi yapabilmesi gerekir. Yapılacak olan değerlendirmeler kanıta

dayalı ve kapsamlı olmalıdır. Böylece alanda çalışan uygulayıcılar tarafından sistematik ve devinimsel veri toplama – bilgi üretme süreci başlamış olur.

Bu gereksinimlerden dolayı mesleğin uygulayıcılarının gelişimine katkıda bulunmak amacıyla Hacettepe Üniversiteleri Onkoloji Hastanesi Sosyal Hizmetler Birimi'nde yürütülen bir çalışma sonucunda hasta değerlendirme formu hazırlanmıştır. Aşağıda form yer almaktadır. Form doldurulurken sistematik bir görüşme yapılabilmekte böylelikle elde edilen bilgiler, aşama aşama belli bir düzende sunulmaktadır. Bu bilgiler hastanın sosyal, ekonomik özelliklerinin yanısıra aileyle, işle, çevreyle, toplumla ilişkileri ile ilgilidir. Hastalık süreci ile ilgili bilgiler tanımı almadan önceki zamandan başlayıp, görüşmenin yapıldığı ana kadar devam etmektedir. Böylece hastanın ve/veya yakınının bilişsel ve duyuşsal süreçleri hakkında bilgi edinilmesi ve bu süreçlerde değişme olup olmadığı, olduysa ne yönde gerçekleştiği belirlenebilmektedir. Çoğunlukla hastanın nasıl bir müdahaleye ihtiyaç duyduğunu anlamaya yönelik bilgilerin elde edilmesi hedefine ağırlık verilmiştir. Böylece müdahale planı ve müdahalenin niteliğinin ne olacağına belirlendiği arka kısım için veriler elde edilmiş olmaktadır. Amaç hastanın ve yakınlarının gereksinim duyduğu müdahale ve hizmeti isabetli bir şekilde almasını sağlamaktır.

Kanser hastasını sağlık, aile, sosyal güvenlik, ekonomik vs. çok sistemli bir yapının parçası olarak kabul edecek olursak, sorunun tespitinde ve müdahalenin belirlenmesinde gerekli tüm sistemlerin değerlendirilmesi ve gözönüne alınması zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır. Aksi takdirde gerçek

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Sosyal Hizmetler Birimi
Hasta Değerlendirme Formu

.... /... /.....

Hastanın adı-soyadı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

K () E ()

Dosya no:

Bölümü:

Teşhisi:

Giriş /yatış tarihi:

Görüşme nedeni

İletişim bilgileri

Adres:

Telefon:

İletişim kurulabilecek yakını:

Sosyo-ekonomik değerlendirme

Medeni durum:

Bekar () Evli () Dul () Boşanmış () Nişanlı /sözlü ()

Eğitim durumu:

Sosyal güvencesi:

Çalışma durumu :

Çalışıyor ()

Çalışmıyor ()

Aylık gelir miktarı :

Varsa başka gelir kaynağı :

.....

Birlikte yaşanan kişiler ve yakınlık dereceleri

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Tıbbi ve Görüşme özeti

Teşhis sonrası yaşanan değişiklikler (tutum ve davranışlar)

Tanı aldıktan sonra karşılaşılan sorunlar
(ekonomik, çalışma yaşamı, gündelik yaşam, ilişkiler vs.)

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |
-

Bu sorunları çözmek için neler yaptınız? İşe yaradı mı? Nasıl?

Görüşülen kişi / kişiler

- () Hasta
() Hasta yakını
() Sağlık personeli
()
-

Değerlendirme ve gereksinimleri belirleme

Hastanın beklentileri:

Fiziksel değerlendirme:

Duygusal değerlendirme:

Bilişsel değerlendirme:

Sosyal destek koşulları:

Yaşam koşulları:

İlişkiler:

Sorunun tespiti ve müdahale planı

Uygulamalar

Acil gereksinim karşılama:

Danışmanlık:

Psikolojik destek:

Eğitim / beceri geliştirme:

Kaynak bulma / kişi ve kurumlarla iletişim:

Havale:

Sonuç

Formu dolduran :

İmza :

Şekil – 1. Hasta Değerlendirme Formu Ön ve Arka Yüzü

sorunun ortaya konulamaması ve doğru müdahalenin yapılamaması riski vardır. Zaten bu formun etkililiğini artıran en önemli özelliği; eğer bilgi alma aşaması, doğru bir şekilde gerçekleştirilecek olursa, sorun ve hedeflerin ne olduğunun kolayca netleştirilebilmesidir.

Hasta Değerlendirme Formlarının Uygulanması

Öncelikle hasta hakkında dosyasından ya da hastanede otomasyon sistemi varsa sistemden alınması gereken tüm bilgileri (adı-soyadı, dosya no, yaş, cinsiyet, sosyal güvencesi, tanısı, hangi bölümden yatış yapıldığı, geçmiş epikrizlerinden hastalığının öyküsü, kaçınıcı yatış olduğu, hangi bölümler tarafından takibinin yapıldığı, ücretli işleme tabi tutulmuşsa ücret problemi olup olmadığı, geldiği yer vs gibi) alarak hastanın yanına gitmeliyiz. Bazı bilgileri biz zaten biliyor olsak da hasta ile iletişim kurmamızı kolaylaştırmak amacı ile bunları stratejik olarak kullanırız. Formun doldurulması ilk görüşmede yapılmaktadır ve genelde sorular, forma bakarak değil de bir sohbet havasında yöneltilmektedir. Görüşme esnasında; “Merhaba, nasılsınız? Ben sosyal hizmet biriminden geliyorum. Yatan hastalarımızı değerlendirmek amacı ile ziyaret ediyoruz. Öncelikle geçmiş olsun. Bu sizin ilk yatışınız mı? (ya da 2., 3., 5. yatışınız mı?, ya da Kaçınıcı yatışınız?) gibi bir giriş yaptıktan sonra “Tanınızı biliyor musunuz?” diyerek hastalığı hakkında ne kadar bilgisi var anlamaya çalışırız. Bazen hasta yakınları, tanıyı hastanın kendisinden sakladıkları için böyle bir durum olup olmadığını anlamış oluruz. Hastalar genellikle hastalığın ilk belirtilerinden başlayarak teşhis konulup tedavinin belirlenmesine kadar geçen

süreci anlatmaya başlamaktadırlar. Bu arada biz duruma göre “Yaa... hımm... öyle mi?” gibi tepkilerle hastanın anlatmaya devam etmesini teşvik eder, onu dinlediğimiz mesajını beden dilimizle ve sözel olarak veririz. Uygun olan aralarda da diğer sosyodemografik bilgileri öğrenmeye yönelik soruları yöneltebiliriz; “Bu esnada yanınız da kim vardı? Çocuk var mı peki? Ne yapıyorlar, okuyan, çalışan, evli olan? Çalışıyor musunuz? Nerede çalışıyorsunuz? Nereden emekli oldunuz? Evde sizinle beraber kalan kimler var?” gibi.

“Peki tanıyı aldıktan sonra neler oldu?”, “Hayatınızda neler değişti?”, “Siz kendinizde ne gibi değişiklikler yaşadınız?”, “Fark ettiğiniz olumlu ya da olumsuz ne gibi değişiklikler oldu?”, “Çevrenize karşı ya da çevrenizdekilerin size karşı tutum ve davranışlarında bir farklılık oldu mu? Ne gibi...?” gibi sorular yönelterek hastanın teşhis sonrasında tutum ve davranışlarında yaşadığı değişikliklere ve hangi alanda sorunlarla karşılaştığına yönelik bilgiler elde ederiz. Bu bilgiler bize hastanın bilişsel ve duygusal durumunu, sosyal destek koşullarını, yaşam koşullarını ve ilişkilerini değerlendirmemize yardımcı olacak ipuçları elde etmemizi sağlar. “Peki bunlar sizi nasıl etkiledi?”, “Bu değişiklikler size iyi geldi mi?”, “Karşılaştığınız bu sorunu çözmek için herhangi bir şey yaptınız mı/denediniz mi?, Neler yaptınız?”, “İşe yaradı mı?”, işe yaramadığını söylerse “Peki sizce bunun nedeni ne?”, “Nasıl olmasını isterdiniz?” “Neyin farklı olmasını dilerdiniz?” gibi soruları yönelterek de hastanın başatma becerileri, güçlü ve güçsüz olduğu yönleri ve beklentilerini belirleyebiliriz. Çoğunlukla hastalar “Bir an önce iyileşmek istiyorum. Sağlığıma kavuşmak ve eve gitmek

istiyorum” yanıtlarını verirler. Hangi yanıtı verirse versin “Ne olursa size iyi gelir?”, “Bunu gerçekleştirmek için neye ihtiyacınız var?”, “Ne yaparsanız ya da yapacak olursanız bu isteğinizi gerçekleştirebilirsiniz?” diye sorarak beklentilerinin objektifliği, somutluğu ve gerçekleştirilebilir hedefler belirleyip belirlemediği hakkındaki farkındalıklarını arttırmak amaçlanır. Nihayetinde de uzman olarak, hasta ile birlikte ve hastanın önderliğinde sorunun ve müdahale planımızın ne olduğunu tespit ederiz. Hangi uygulamaları yaptığımızı, gerekçesi ile belirttikten sonra, sonuç kısmına da, süreç hakkındaki izlenimlerimizi, nasıl sonuçlandığını kaydederek değerlendirmeyi tamamlarız. Böylelikle kullanmış olduğumuz bu form aracılığıyla hem sosyal hizmet uygulaması kayıt altına alınmış olacak, hem derli toplu bilgi alınmış olacak, hem hastanın yüksek yararı gözetilerek yapılan müdahalenin işlevsel olması sağlanacak, hem uzman kendi sürecini eleştirel olarak kontrol etme imkanı bulacak ve son olarak da bu kayıtlar üzerinden, kanıta dayalı çalışmaların gerçekleştirilmesine dayanak oluşturulmuş olacaktır.

Bu formu kullanarak yapılan görüşmeler ile mesleki anlamda işimize yarayacak belirli bilgiler kolayca elde edilmektedir. Tahmin edilebileceği gibi örnek olarak verilen sorular başlangıç soruları niteliğindedir. Uzman uygun göreceği başka döngüsel sorular da yönelterek ve görüşme tekniklerinde uyulması gereken hususlara da dikkat ederek daha fazla farklı sorular da yöneltilebilmektedir. Aynı zamanda uzman, hastayı her anlamda çok iyi gözlemlemelidir. Nihai hedef; hasta ile birlikte sorunun kavramlaştırılabilmesini sağlamak amacı ile derinlemesine bir keşif

gerçekleştirmektir. Zira, sosyal hizmet uzmanları sorun alanını derinlemesine keşfetmeden önce çözüm önerme yanlısına düşmemek adına buna dikkat etmelidir (Zastrow, 1999; Akt. Duyan, 2012: 230). Çünkü hastanın kendisi ve sorunları yeterince anlaşılmadan eksik bilgi ile yapılacak müdahalenin, etkili olmama gibi bir riski vardır. Eksik ve etkisiz yapılmış bir müdahale hastada sorununun çözülemez olduğuna dair yanlış bir yargıya varmasına, kendine güveninin sarsılmasına ya da daha da azalmasına ve sosyal hizmet uzmanlarına karşı da ilgilenmedi, hiçbir şey yapmadı, işimi halletmedi gibi olumsuz bir önyargı oluşmasına neden olabilir.

Uzun yılların deneyimi ile alanda özveri ile çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından hastalarla yapılmış görüşmelere tanıklık eden Stajer sosyal hizmet uzmanları profesyonel anlamda görüşme yapamayacaklarını, bunu başaramayacaklarını düşünerek kendilerine güvenlerinin kaybolduğunu ve başarılı görüşmeler ve müdahaleler yapmak için ne kadar zamana gereksinimi olduklarına dair kaygılarını dile getirmişlerdir. Bazen de sağlık alanında yeni ataması yapılmış olan meslektaşlarımızın neler yaptığımızı, hastalarla nasıl görüşme yaptığımızı öğrenmek amacı ile danışmanlık almaya geldiklerinde, yaptığımız işi tam olarak anlatmamın yolu bulunamamıştır. Her ne kadar eğitimimiz esnasında aldığımız bilgileri hayata geçirdiğimizi söylesek te bunun nasıl yapıldığına dair kafalarındaki soruların açıklığa kavuşmadığını sezebilmekteyiz. Yani bu formun oluşturulmasının temelinde diğer meslektaşlarımızın katkısının da olduğunu söylenebilir. Bu form nasıl görüşme yapıldığını göstermektedir. Bu formun

kanıta dayalı onkoloji sosyal hizmetinin değerlendirilmesi ve uygulamasına uygun olması için ise formda yer alan psikolojik ve sosyal işlevlerle ilgili soruların çeşitli ölçekler kullanılarak sorulması gerekir.

Değerlendirmenin Kanıta Dayalı Olmasının Temel Ölçütü: Ölçek Kullanımı

Günümüzde, kanser gibi, kronik hastalıklarda tedavi eksenin hastalık odaklı yaklaşımlardan hasta odaklı yaklaşımlara kaymaya başladığı gözlemlenmiştir. Kabaca sağlık bakım hizmetlerinde hastalık merkezli anlayıştan, hasta merkezli anlayış kavramına doğru bir değişim yaşanmaktadır (Taş ve Yılmaz, 2008). Şu durum tedavi sürecinde göz ardı edilemez; hasta odaklı yaklaşımın merkezinde hasta için hastalığın önemi ve onu nasıl anlamlandırdığı yatar. Onkoloji sosyal hizmetinin merkezinde hasta odaklı yaklaşımların uygulamada belirtilebilmesi için iyi bir psikososyal değerlendirme şarttır. Bu doğrultuda onkolojik uygulamada profesyonellerin özenle hazırlanmış oldukları değerlendirme formlarının içinde bireyin psikososyal işlevsellik değerlendirmesine katkıda bulunmak için bazı ölçekler kullanılabilir. Kullanılacak olan genel amaçlı ölçekler bireyi bir bütün olarak yaşadığı çevreyle birlikte değerlendirmeye yardımcı olacağı gibi daha somut ve kanıta dayandırılmış olan verilerin toplanmasını kolaylaştıracaktır.

Kurumların personellerine sunduğu fiziki ortamların yetersizlikleri ve az sayıda bulunan onkoloji hastanelerindeki hasta sirkülasyonu göz önüne alındığında tabiki her hastaya hastanelerde ölçek uygulamak zor bir iş olacaktır. Bu nedenle özenle hazırlanan değerlendirme

formlarındaki sorulara hastaların cevap veremediği durumlarda, görüşmeyi yapan uzmanın gerekli gördüğü hallerde ve hasta değerlendirme formunda bulunan değerlendirme ve gereksinimleri belirleme kısmında yer alan alt başlıklar içerisinde görüşmecinin elde ettiği bilginin güvenilirliğini desteklemek amacıyla bazı hastalara değerlendirme formu ile ölçek uygulanması işlerliği kolaylaştıracaktır. Hastaların sorulara cevap vermemesi hususunda soruları anlayamamış olması gibi bir durum söz konusu olabilir. Her ne kadar onkoloji sosyal hizmeti kapsamında hazırlanan değerlendirme formları sosyal hizmet uzmanı tarafından yüz yüze, mülakat yöntemi ile doldurulsa da ve hastadan bilgi alabilmek için kendisinin anlayabileceği bir dil kullanılsa da, hasta olur formlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan bir araştırmada (Vehid ve diğ., 2006) bilgi formunun hazırlanma işleminin, formun anlaşılabilirliği için en önemli kısım olduğu, daima dikkate alınması gerektiği, sekiz yıllık eğitim düzeyine göre hazırlanmasının makul olduğu önerilmiştir.

Dikkat edilmesi gereken bir başka konu da hangi hasta grubuna ihtiyaç dâhilinde hangi ölçeğin uygulanması gerektiğidir. Onkoloji sosyal hizmetinin kanıta dayalı uygulamasının gerekli hallerde kolaylıkla desteklenmesi için çocuk hastalara, erkek – kadın – ergen hastalara, hastanın ailesine, hastanın yaşam koşullarına, sosyal destek koşullarına, duygusal ve bilişsel değerlendirmelerine yönelik ayrı ayrı ölçekler kullanılmıdır. Yalnız ihtiyaç halinde birden fazlası eşleştirilerek de uygulanabilir. Örneğin erkek yetişkin hastalara ve duygusal değerlendirmelere yönelik tek bir ölçek veya ayrı ayrı iki ölçek kullanmak da yeterli olabilir.

Hasta değerlendirme formlarını kanıta dayalı uygulama temelinde güçlendirmek amacıyla kullanılabilir ölççekler şu şekilde özetlenebilir:

Hastanın ailesinin işlevlerini değerlendirmeye katkı sağlamak ve ailenin hastalığa bakış acısını anlamak amacıyla Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılabilir. Hem kolaylıkla vaka seçebilmek hem de hastaların sosyal destek sistemlerini nasıl değerlendirdiklerini öğrenebilmek amacıyla Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (SDÖ) başvurulmalıdır. Erişkin hastanın depresyon safhasında görülen bilişsel hatalarını ölçmek ve bilişsel değerlendirmesine katkı sağlamak amacıyla Bilişsel Hatalar Ölçeği (BHÖ), erişkin hastaların öz bildirim hakkında yorum yapabilmek amacıyla Beck Bilişsel İlgörü Ölçeği (BBIÖ), erişkin hastaların beklentileri hakkında bilgi sağlayabilmek amacıyla Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ), erişkin hastaların sosyal becerileri hakkında yorum yapabilmek amacıyla Kendinin Tanımlama Envanteri (Sosyal Beceri Envanteri), erişkin hastaların yaşam koşullarının değerlendirilmesine katkıda bulunmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Yaşam Kalitesi Envanteri (WHOQOL-BREF TR), erişkin – ergen – çocuk hastaların duygusal açıdan değerlendirilmelerine katkıda bulunabilmek amacıyla her bir hasta grubuna uygun görülen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umut-suzluk Ölçeği (BUÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ), Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖÖ) kullanılabilir. Çocuk hastalar hakkında değerlendirmeye katkı sağlamak amacıyla çocuktaki bilişsel çarpıtmalarla ilgili fikir sahibi olmak için Çocukluktaki Olumsuz Düşünceleri

Değerlendirme Ölçeği (ÇODDÖ), çocukların yaşam koşulları ile ilgili yapılacak olan değerlendirmeyi desteklemek amacıyla Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kıd - KINDL) kullanılabilir. Ayrıca ihtiyaçlara göre değerlendirme formunu desteklemek amacıyla kullanılabilir ölççekler çeşitlendirilebilir.

Sonuç

Onkoloji sosyal hizmetinin bünyesinde yer aldığı kurumlar tarafından sadece “ sosyal yardım hizmetleri” şeklinde adlandırılmaması, bunun ötesinde “destekleyici ve psikososyal sağlığı geliştirici hizmetler” şeklinde tanımlanması gereklidir. Ünlüoğlu (1999)'a göre artık cerrahi, tıbbi ve radyasyon tedavilerine ek olarak psikososyal yaklaşımlar gündeme gelmiş ve hastalığın iyileşme ya da gerilemesinde oldukça büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Herhangi bir disiplin içerisinde normalin tek bir tanımının olmadığını düşünürsek (Corcoran ve Walsh, 2006: 12) hangi uzmanlık dalında olursa olsun kendisi ile yüzleşebilen doktor, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanının hastalara daha yararlı olduğu ise günümüzde bilinen ve kabul edilen bir gerçektir. Öyleyse sosyal hizmet uzmanı açısından hizmetlerin etkinliğini artırabilmek için öncelikle onkoloji sosyal hizmetine ve kansere yönelik nitelikli araştırmaların yapılması, klinik bilgi repertuarlarının genişlemesi gerekir. Özellikle kanserin psikososyal boyutu ve güçlendirmeye yönelik yeni tutumlar üzerinde zihinleri çalıştırmak, onkoloji alanında sosyal hizmet disiplininin ve uygulamasının etkinliğini artırabileceği düşünülebilir. Çünkü hangi alanda çalışırsanız çalışın kümülatif ve kolektif bilgi temelini

olmaz ise kuramınızı uygulamaya dökmeniz zor olacaktır.

İkinci olarak onkoloji alanında çalışacak sosyal hizmet uzmanlarına lisans eğitimlerinde aldıkları danışmanlık desteğine ilaveten alanda ekstra süpervizyon desteği sunulmalıdır. Bu konuda alanda çalışan deneyimli meslektaşlara yorucu görevler düşmektedir. Günümüzde kanser ile ilgili analizlere bakıldığında tedavinin etkili ve yetkin olabilmesi için hastalar, aileleri, sağlık bakım uzmanları ve tedavi ekibi, tıbbi bakım sistemi bir bütün olarak değerlendirilmektedir. Bu bütünün içerisinde bir parça olarak onkoloji sosyal hizmetinin ön plana çıkması nitelikli, kendini iyi yetiştirmiş, gelişime ve değişime açık sosyal hizmet uzmanlarının sayesinde olacaktır.

Üçüncü olarak Üniversiteler, Hastaneler, İl Sağlık Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı birbirleri ile koordineli olarak makro düzeyde kurumları bilinçlendirici sunumlar hazırlayabilirler, toplumu kanser konusunda aydınlatıcı politikalar üretebilirler. Onkoloji sosyal hizmetinin ne iş yaptığını, ne işe yaradığını, ilgi düzeyinin ne olduğunu toplumun her kesiminin öğrenmeye hakkı vardır. İlaveten üniversitelerde bulunan sosyal hizmet bölümleri, tıp ve hemşirelik gibi sağlık disiplinlerinin müfredatına "Tıbbi Sosyal Hizmet" dersini koydurabilmek için baskı yapmalıdırlar. Onkoloji alanındaki sorunları görünür kılmak ve toplumda farkındalık yaratmak, bilinç geliştirmek amacıyla basın – yayın organlarıyla irtibat halinde olmak da konuya ayrı bir bakış açısı sağlar. Onkolojide sosyal hizmetin yapılacak araştırmalarla ve tartışmalarla geliştirilmesinde yarar vardır. Makalenin

önerdiği değerlendirme araçları uygulamada sorun yaşayan sosyal hizmet uzmanları arasında onkoloji alanında yeni değerlendirme ve destekleme ölçütleriyle ilgili oluşacak tartışmaları geliştirebilir.

Özel bir uygulama alanı olarak onkolojik sosyal hizmet sosyoekonomik, kültürel ve etnik çeşitliliğe sahip gruplara uygun nitelikte hizmetlerin oluşturulmasına özen gösterilmelidir. Bu durum sadece programların ve tedavi modellerinin geliştirilmesini değil aynı zamanda eş zamanlı uygulama ve müracaatçı ve müracaatçı grupları için hangi program ve müdahalelerin en etkili olduğunu belirleyen değerlendirme çalışmalarını da gerektirir. Kanıt-temelli müdahaleler tüm kanser hastaları ve yakınları için erişilebilir olduğunda hastalar ile sosyal hizmet müdahalesinin sosyal yararları yüksek olacaktır. Onkolojik sosyal hizmetin 21. yy'da sürdürülebilmesi için, sosyal hizmet temel eğitimi ile etkili ve kaliteli bakım sunumuna uzmanları hazırlayan sürekli mesleki gelişim fırsatları sağlanmalıdır (Zebrack ve diğ., 2008).

KAYNAKÇA

Ateşçi, Ç. F., Oğuzhanoğlu, K. N., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). "Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (2), s. 145 – 152.

Barutca, S., Karagözlü, A. Üstün, H., Kundak, I., Meydan, N., Öztıp, İ., Yılmaz, U. ve Alakavuklar, N. M. (2000). "Adjuvan Kemoterapi Alan Erken Evre Meme Kanseri Hastalarında Depresyon ve Hastaların Duygu Durumlarını Olumsuz Etkileyen Faktörler", *Türk Hematoloji – Onkoloji Dergisi Dergisi*, 10 (4), s. 217 – 221.

Byrne, R. (2012). *The Secret*. İstanbul: Artemis Yayınları.

- Corcoran, J. ve Walsh, J. (2006). *Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice*. New York: Oxford University Press.
- Duyan, V. (2012). *Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri (Birinci Baskı)*, Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları.
- Duyan, V. (1996). *Tıbbi Sosyal Hizmet (Sağlıkta Psikososyal Boyut)*. Ankara: 72TDFO Bilgisayar Yayıncılık Ltd. Şti.
- Erkan, G., Çamur, G., Altun, M., Çalık, Y., Çetiner, B., Çevik, D. ve Düzgöl Ş. (2001). "Kanserli Çocukların Benlik Saygısı Üzerine Bir Araştırma". Karataş K (ed). *Sosyal Hizmet Sempozyumu 96 – Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Sosyal Hizmet Bildiriler Kitabı*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokul Yayını, s. 220 – 227.
- Ersoy, N. (2001). "Kanserde Etik", *Onkoloji Sempozyumu – 2000'li Yıllarda Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Son Gelişmeler*. Bursa: Uludağ Onkoloji Dayanışma Derneği Yayını.
- Işıkhan, V. (2001). "Kanser ve Yaşam Kalitesi", Prof. Dr. Nihal Turan'a Armağan Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları (ed: Veli Duyan, Aliye Mavili Aktaş). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, s. 171 – 178.
- Işıkhan, V., Kömürçü, Ş., Özet, A., Arpacı, F., Öztürk, B., Tufan, B. ve Yalçın, A. (1998). "Meme Kanserli Hastaların Sosyal Destek Sistemleri, Benlik Saygıları ve Bazı Ruhsal Belirtileri", *Türk Hematoloji – Onkoloji Dergisi*, 8 (4), s. 215 – 221.
- Işıkhan, V., Kömürçü, Ş., Özet, A., Arpacı, F., Öztürk, B. ve Yalçın, A. (1997). "Meme Kanserli Hastaların Sosyal Destek Sistemleri ve Benlik Saygıları", *Gata Bülteni*, 39, s. 364 – 368.
- Kılıç, S., Tezcan, S., Kömürçü, Ş., Özet, A., Çakır, B., Tümerdem, N., Bakır, B., Arpacı, F., Öztürk, B., Ataergin S., Kuzhan O. ve Hasde, M. (2003). "Gata Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında Meme Kanseri Tanısı ile İzlenen Kadın Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri", *Gülhane Tıp Dergisi*, 45 (2), s. 189 – 195.
- Öz, F. (2001). "Hastalık Yaşantısında Belirsizlik", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), s. 61 – 68.
- Özbek, Ö., Özşenol, F., Oysul, K., Beyzadeoğlu, M. ve Pak, Y. (2003). "Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Yönden Değerlendirmesi", *Türkiye Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 23, s.189 – 194.
- Özet, A., Işıkhan H ve Erdoğan E. (1998) "Kanser Hastalarına Psikososyal Destek", *Hematoloji – Onkoloji Dergisi*, 1 (2), s. 101 – 106.
- Özkan, Y. ve Çiftçi, G. E. (2012). "Sosyal Hizmette Kanıt Dayalı Uygulamalar: Sosyal Hizmet Eğitimi Açısından İrdelenmesi", *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 23 (1), s. 149 – 160.
- Polat, G. (2010). "Kanıt Dayalı Sosyal Hizmet Uygulaması", *Sağlık ve Toplum Dergisi*, <http://www.ssyv.org.tr/sdetay.asp?did=121>, Erişim tarihi: 27. 11. 2012.
- Ross, K. E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Mac Millan.
- Sangu, A.H.M. (2009). "Work Experiences Of Medical Social Workers in a Sarawak General Hospital", A Mini Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for Bachelor of Social Work Degree, Malaysia Sarawak University: Faculty of Social Sciences.
- Shapiro, J. (2010). *Attachment in the Family Context: Insights from Development and Clinical Work*. S.Bennett and J.K. Nelson (Eds.), *Adult Attachment in Clinical Social Work* (first ed., pp. 147 – 173). New York: Springer.
- Smith, D.E., Walsh – Burke, K. ve Crusan C. (1998). *Psycho – oncology* (ed. by. Holland J.C.). New York: Oxford University Press, 1061 – 1067, <http://www.socialworkers.org/practice/intl/hungary2008/english/PrinciplesofTrainingSocialWorkersinOncology.pdf>, Erişim tarihi: 28.12. 2012.

- Stearns, M. N., Lauria M. M., Hermann F. J. ve Fodelberg, R.P. (1993). *Oncology Social Work: A Clinician's Guide* (First ed.). USA: American Cancer Society Press.
- Stevens, B. A. ve Ellerbrock, L. (1995). *Crisis Intervention: An Opportunity To Change*. Özet Çev.: Kamil Güven. (2000). "Kriz'e Müdahale: Değişim İçin Fırsat", *Türk Psikoloji Bülteni*, 16 – 17, s. 81 – 83.
- Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi, (2003). "Sosyal Hizmet Mesleğinin Etik İlkeleri ve Sorumlulukları". Ankara: Evin Yayınılık, s. 5 – 13.
- Şener, Ş., Günel, N., Akçalı, Z., Şenol, S. ve Koçkar, İ. A. (1999). "Meme Kanserinin Ruhsal ve Sosyal Etkileri Üzerine Bir Çalışma", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2 (4), s. 254 – 260.
- Taş, F. ve Yılmaz, B. H. (2008). "Pediyatrik Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi Kavramı", *Türk Onkoloji Dergisi*, 23 (2), s.104 – 107.
- Tuncay, T. (2010). "Kanserle Başetmede Destek Grupları", *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21 (1), s. 59 – 71.
- Tuncay, T. (2009). "Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi", *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 20 (2), s. 69 – 87.
- Tuncay, T. (2007). "Kronik Hastalıklarla Başetmede Tinsellik", *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 17 (2), s.13 – 20.
- Turan, N. (1984). "Kanser Hastalığının Önlenmesi ve Tedavi Edilmesinde Psikososyal Faktörlerin Önemi", *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 2(1 – 3), s.12 – 20.
- Uluslararası Kanser Savaş Örgütü Yenileme Komitesi. (1983). *Klinik Onkoloji El Kitabı* (3. Baskı). Türkçeye Tercüme Grubu.
- Ünlüoğlu, G. (1999). "Kanser Tedavisinde Kimi Psikososyal Yaklaşımlar ve İyileşmeler", Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan Yaşam Boyu Sosyal Hizmet (ed. Nesrin G. Koşar). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, s. 334 – 344.
- Vehid, E. H., Giresunlu, M. ve Köksalan, H. (2006). "Onkolojik Çalışmalarda Hasta Olur Formlarının Değerlendirilmesi: Bu Bilgilerin Anlaşılabilirliği", *Türk Onkoloji Dergisi*, 21 (4), s. 187 – 190.
- Zebrack, B., Walsh, K., Burg, A. M., Maramaldi, P. ve Lim, J. (2008). "Oncology Social Worker Competencies and Implications for Education and Training", *Social Work in Health Care*, 47 (4), s. 355 – 375.

Derleme

GERİATRİK HİZMETLERDE EKİP ÇALIŞMASI VE GERİATRİK EKİPTE SOSYAL ÇALIŞMACI

Team Work in Geriatric Services and Social Worker in Geriatric Team

Bilge ÖNAL DÖLEK*

* Yrd. Doç. Dr., Turgut Özal Üniversitesi,
Sağlık Yüksek Okulu,
Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi

ÖZET

Dünya nüfusu içerisindeki yaşlı oranı sürekli ve hızla artmaktadır. İnsan hakları ve sosyal adaletin bir gerekliliği olarak, tüm dünya toplumları bilim ve uygulama düzeyinde fizyolojik, kültürel, ekonomik ve biopsiko-sosyal parametreler düzeyinde çok boyutlu “yaşlılık” olgusuna ve “yaşlanma” süreçlerine ilişkin duyarlı ve tedbirli olma yükümlülüğüne sahiptir. Yaşlılara yönelik tüm hizmetlerde olduğu gibi geriatrik hizmetlerde de disiplinlerarası ekip çalışması, yaşlıların karşılaştığı karmaşık problemlerin çözümü için kapsamlı ve planlı bir yaklaşımın gerekli olduğu temeline dayanmaktadır. Disiplinlerarası geriatrik ekibin bir üyesi

olan geriatrik sosyal çalışmacı; müracaatçılara koordineli hizmetler sunma, bilgi sağlama, uygun hizmetleri geliştirme, hizmetlerde tekrarı önleme, koruyucu hizmetleri sağlama vb. görev ve sorumluluklara sahiptir.

Anahtar Sözcükler: Geriatrik ekip çalışması, geriatrik sosyal çalışmacı, sağlık eğitimi, tıbbi sosyal çalışma

ABSTRACT

The rate of old people in the world population is increasing steadily and rapidly. As a necessity of the human rights and social justice, the whole world societies has an obligation and a responsibility for to be sensitive and cautious about the multi-dimensional “old age” phenomenon and the “aging” process, in the level of physiological, cultural, economical and bio-psycho-social parameters. In geriatric services, as well as all the services for the elderly, interdisciplinary team work is based on a comprehensive and structured approach for solving complex problems faced by elderly people is needed. A geriatric social worker, who is a member of the geriatric interdisciplinary team, has duties and responsibilities against client like to provide co-ordinated services, providing information, development of appropriate services, prevention of repetition in services, providing preventive services and so on.

Key Words: Geriatric team work, geriatric social worker, health education, medical social work

GİRİŞ

Bir toplumda geriatrik hizmetlerin varlığı ve niteliği; mikro düzeyde yaşlı nüfus için mezzo düzeyde yaşlı yakınları makro düzeyde ise toplumun tamamı için oldukça önemli bir ihtiyaçtır. Geriatri hizmet sunumunun felsefesinde

disiplinlerarası çalışma (interdisciplinler), çok disiplinlilik (multidisciplinler) ve disiplinlerarası geçişlilik (transdisciplinler) anlayışı vardır. Bu üç temel anlayış hizmetin niteliğinde ve etkililiğinde de belirleyicidir. Aynı zamanda bu üç temel anlayış ekip çalışması ihtiyacını ve gereğini de ortaya koymakta ve uygulamada yer bulmasını sağlamaktadır.

Geriatrik Hizmette Ekip Çalışması

Ekip çalışmasının; problem çözme, iletişim ve geri-bildirim, liderlik, karar verme ve olası çatışmanın çözülmesi gibi dinamikleri taşıyan birçok güçlü yönü vardır (Duyan 1996: 101–103). Ancak bu dinamiklerin ekip içerisinde bir güç oluşturabilmesi için ekibin, üyesi olan tüm meslek elemanlarının katkılarına “**açık**” olması gereklidir. Ekip çalışması işbirliği esasına dayanır. İşbirliği karmaşık ve dinamik bir süreçtir. Yaşlıya ve ailesine en iyi hizmet için, çok çeşitli mesleki bilgi ve becerinin birlikte uyumunu ve eşgüdümünü gerektirir.

Yaşlı hastanın uygun ve doğru değerlendirilmesi kapsamlı geriatrik değerlendirme ile mümkün olur. Kapsamlı geriatrik değerlendirme; yaşlı bireylerin çeşitli problemlerini ortaya koyan, tarif eden, açıklayan, bireylerin dayanıklılıklarını sınıflandıran, bireyin problemlerine müdahale edebilecek gerekli hizmetleri belirleyen ve koordine eden bir tedavi planı geliştiren ekip değerlendirmesidir. Kapsamlı geriatrik değerlendirmede disiplinlerarası ve çok disiplinli geriatrik ekip ön plandadır (Halil ve Cankurtaran 2006: 135).

Geriatrik ekip üyeleri hastayı birlikte değerlendirir, hastanın tedavi planı ekip üyelerinin ortak görüşüyle belirlenir. Yaşlı sağlığının fiziksel, ruhsal ve

sosyal olarak üç kısımda belirlendiği düşünülürse, ekip üyelerinin rolü, fonksiyonları ve takım ruhu gibi kavramların yaşlı değerlendirmesinde, yaşlı sağlığının korunmasında ve hastalıklarının tedavisinde ne kadar önemli olduğu anlaşılacaktır (Halil ve Cankurtaran 2006: 135).

John A. Hartford Vakfı 1995 yılında tıp doktorları hemşireler ve yüksek lisans dereceli sosyal çalışma uzmanları için **ekip eğitimi modellerinin** geliştirilmesini özendirme amacıyla, 12 milyon dolar maliyetli bir “disiplinlerarası geriatrik ekip eğitimi” geliştirmiştir (Damron, Lawrance, Frances, Barnett, Simmons, 2006: 139–160; Molly, Goodman, Tan, Glezakar 2006: 83–96). Bu program geriatrik hizmette disiplinlerarası ekip ihtiyacına işaret eden üç kuvveti ileri sürer;

1. Karmaşık/kompleks koşulları pek çok disiplinin sahip olduğu yeteneği aynı anda gerektiren yaşlı nüfusunun tahmin edilemeyen boyutta artışı,
2. Hizmetlerin hastanede yatan hastadan “evde bakım”a yön değiştirmesi ve toplum tabanlı bakım ihtiyacı,
3. Sağlık hizmetleri veren profesyonellerin hizmet sunumunda daha verimli olmalarını sağlamak amacıyla bakım finansmanındaki artış (Mezey 2001: 306).

Ekipler enerji, koordinasyon ve sinerjiye işaret eder. Baldwin ve Tsukada disiplinlerarası sağlık hizmetleri ekiplerindeki profesyonellerin birbirinden farklı olduğunu, ekip üyelerini birleştiren noktanın; hastaya verilecek hizmetteki bakış açıları ve yetenekler ile hastanın probleminin çözümü olduğunu

vurgulamaktadır (1984 akt.; Mezey 2001: 306). Hastaya odaklanmak, ekip üyelerinin bakım hizmetinin amaçları, tedavinin öncelikleri ve planın başarısının değerlendirilmesi konusunda uzlaşmaya varmalarını gerektirir.

Ekip, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarının tartışılacağı bir forum yapılmasını önerebilir. Sıklıkla, farklı klinisyenler ekip toplantılarına yalnız farklı bilgi temellerini değil aynı zamanda yaşlı ve yaşlının ev çevresine ilişkin farklı bakış açılarını da getirirler. Bu toplantılar tedavi planının hasta ve ailesi tarafından onaylanmasını da kolaylaştırır. Hastanın ya da kritik aile üyelerinin ekibin bir üyesi olarak kabul edilmesi ve eğer mümkünse ekip toplantılarına katılmalarının sağlanması da önerilmektedir (Mezey 2001: 306).

Dünyada geriatri hizmeti, tedavi boyutu ağırlıklı olmakla birlikte ekip anlayışı içerisinde ve sosyal boyutu göz ardı edilmeksizin yürütülmeye çalışılmaktadır. Disiplinlerarası ekip çalışması, yaşlıların karşılaştığı karmaşık problemlerin çözümü için kapsamlı ve planlı bir yaklaşımın gerekli olduğu prensibini benimsemektedir.

Arıkan (2001: 28) ekip içinde doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog vb. diğer meslek elemanlarının birlikte, uyum içinde çalışma becerilerinin güçlü olmasının beklendiğini vurgulamaktadır.

Geriatik ekip üyeleri; hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, fizik tedavi uzmanı, psikiyatrist, beslenme uzmanı ve yaşlıya bakım veren diğerleridir (Beder 2006: 5). Geriatik ekibin fonksiyonları; yaşlı hastanın problemlerinin ve ihtiyaçlarının paylaşılmış bir değerlendirilmesini, gerekli bilginin değişimini ve

aktarımını, personelin eğitimini, müdahale planlarının geliştirilmesini, etik kararların verilmesini, görev ve sorumlulukların yetkilendirilmesini ve çıktılarının değerlendirilmesini kapsar (Cowles 2000: 72).

Bu çerçevede aşağıda, geriatri kliniklerinde hizmet veren profesyonel meslek elemanlarının verdikleri hizmetler, mesleklere göre ifade edilmeye çalışılmıştır:

Tıp Doktoru: Geriatik hizmet almak üzere kliniklere gelen yaşlıların tıbbi sorunlarının belirlenerek, tedavi edici hizmetin uygulanması amaçlı görevlerini (ilk muayene, teşhis koyma, tedavi önerme) yerine getirmek.

Hemşire: Klinik bakım, eğitim, danışmanlık, araştırmacılık, rolleriyle teorik bilgi ve araştırmalarla temellendirilmiş kapsamlı bakım sunarak yaşlı birey ve ailesinin bakım kalitesini arttırmak (Karadakovan 2005: 113).

Pratisyen Hemşire: Yaşlı bireyin sağlık tanılmasını yaparak, sağlığı korumak, sürdürmek ve düzeltmeye yönelik hemşirelik bakımı planlama, uygulama, değerlendirme ve diğer sağlık bakım ekibi üyeleri ile işbirliği yapmak (Karadakovan 2005: 114).

Fizyoterapist: Yaşlanmaya bağlı olarak görülen yeti kayıpları ile eklem ve kas rahatsızlıklarının rehabilitasyonunda tıbbi tedaviye destek vermek, egzersizlerin düzenli ve kontrollü bir biçimde yapılmasını sağlamak, kendi disiplinine giren konularla ilgili olarak diğer ekip üyeleri ile paylaşımda bulunmak.

Psikolog: Hizmetten yararlananların motivasyonunun yükseltilmesi, duygusal boşalmalarının sağlanması, endişe

ve kaygılarının en aza indirilmesi, ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verilmesi, aynı sorunu paylaşan kişilerle tedavi, serbest zaman değerlendirme vb. gruplar oluşturulması gibi konularda mesleki çalışmalar yapmak.

Geriatrik Sosyal Çalışmacı: geriatrik ekipte çalışan sosyal çalışmacının ne tür hizmetler verdiği, görev, rol ve fonksiyonları "geriatrik sosyal çalışmacı" başlığı altında kapsamlı olarak ele alınacaktır.

Sosyal çalışmacıların kişilerarası ilişkiler, grup çalışması ve disiplinlerarası ekip becerileri konusunda aldığı eğitim disiplinlerarası bir ekip oluşturulmasında ve bu ekibin işlevsel olmasında, değerlendirme, amaç oluşturma, bakım planı geliştirme ve izleme aşamalarında yaşamsal bir rol oynar. Sosyal çalışmacı psiko-sosyal sorunların belirlenmesinde anahtar bir işlev görür. Ekip içerisinde sosyal çalışmacının rolü; aracı, kolaylaştırıcı gibi rolleri kapsar ve grup çalışması konusundaki uzmanlığı ekip üyeleri arasındaki işbirliğinin geliştirilmesinde katkı sağlar (Duyan, Sayar ve Özbulut 2008: 165–166).

Disiplinlerarası ekibin diğer üyelerinde de olduğu gibi, sosyal çalışmacılar müracaatçılara koordineli hizmetler sunma, bilgi sağlama, uygun hizmetleri geliştirme, hizmetlerde tekrarı önleme ve koruyucu hizmetleri sağlama gibi çalışmalar yapar (HRSA 1995).

Geriatrik Sosyal Çalışmacı (Geriatric Social Worker)

Ulusal Sosyal Çalışmacılar Birliği'nin hazırladığı 1981 tarihli **Sosyal Çalışma Uygulamasının Sınıflandırılması İçin Standartlar**'ı içeren yayında sosyal çalışma:

1. İnsanların problem çözmeğe ve problemleri ile başa çıkmaya ilişkin gelişimsel kapasitelerinin artırılmasını sağlamak,
2. İnsanlara kaynak ve hizmet sağlayan sistemlerin insancıl ve etkili çalışmasını desteklemek ve teşvik etmek,
3. İnsanların, sistemlerin kendileri için sağladıkları kaynaklar ve fırsatlarla arasında bağlantı kurmak,
4. Sosyal politikanın gelişimine ve ilerlemesine katkıda bulunmak şeklinde tanımlamıştır (Wohlford vd.1999:220).

Bu tanımlama, geriatrik sosyal çalışmacılara, yaşlı insanların kendilerinin ve ailelerinin güçlü yanları ve yetenekleri üzerine odaklanarak sosyal çalışma mesleğini uygulama konusunda izin vermektedir.

Geriatrik sosyal çalışmacı geriatrik ekibin bir parçasıdır. NASW standartlarından da yola çıkılarak geriatrik sosyal çalışmacı disiplinlerarası geriatri ekibinde çalışırken kullandığı spesifik bilgi, beceri ve rollere sahiptir.

Mellor ve Lindeman'a göre (1998; 3–4) disiplinlerarası her ekipte olduğu gibi geriatrik ekipte de sosyal çalışmacının rollerini; teşhis-inceleme, vaka yönetimi, bireysel danışmanlık, grup çalışması, liyazon, savunuculuk, toplum kaynakları konusundaki uzmanlık şeklinde sıralamak mümkündür. Her ekip çalışmasını bir diğerinden farklı ve özgün kılan, çalıştıkları müracaatçı gruplarının farklılıklarıdır. Geriatrik ekibin özgünlüğü de çalıştığı yaşlı nüfusa has özellikler, ihtiyaçlar ve sorunlardır. Bu bağlamda geriatrik sosyal çalışmacının rollerini aşağıdaki şekilde açıklamak mümkündür:

Teşhis-İnceleme: Bio-psiko-sosyal inceleme amacı yaşlının ve ailesinin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek ve geriatri kliniğine gelmesine sebep olan hastalığının tedavisine ilişkin, açıkça tanımlanmış amaçları olan tedavi planı oluşturulmasında onlara yardımcı olmaktır. Bu inceleme yaşlı ve ailenin geneli yaklaşım esasında bütüncül bir şekilde ele alınmasını sağlar. Sosyal çalışmacı tıbbi bakım almaya engel olan faktörleri belirler ve ekipteki diğer üyelerle akut veya kronik hastalığın tedavisinde etkili olabilecek bu bilgileri paylaşır. Sosyal çalışmacı aynı zamanda hali hazırda var olan tıbbi problemin ruh sağlığına ilişkin problemlere neden olup olmadığına ilişkin problemlere neden olup olmadığına ilişkin belirlenmesine yardımcı olur. Sosyal çalışmacının yaptığı inceleme yaşlının/ona bakım veren ailesinin altı işlev alanı ile ilgilidir; fiziksel alan (kısa bir sağlık geçmişi, işlevsel yetenekleri, görünümü ve gözlenen davranışları), psikolojik alan (duygu, ruh hali, hayata bakış tarzı, kişilik özellikleri, bilişsel işlevsellik düzeyi, benlik imajı), sosyal alan (serbest zaman etkinlikleri, sosyal rolleri, destek ağı, eğitim ve mali durumu), kültürel alan (değerleri, kuralları, "hasta rolü" tanımlaması, hastalığın nedeni ve tedavisi konusundaki inançları, iletişim kalıpları), çevresel alan (yaşam koşulları, evin güvenli ve bağımsız bir yaşam sürdürmeye elverişli olup olmaması), inançsal alan (insanların rolleri ve sorumlulukları hakkındaki inançları, yaşama ilişkin kuralları, inanç sistemleri, tıbbi tedavi almayı isteyip istememesi).

Vaka Yönetimi: Bu sosyal çalışma rolü problemlerin belirlenmesinin yanı sıra yaşlının ve ailesinin en üst düzeyde işlevsel olabilmesini kolaylaştırmak için toplum kaynaklarıyla bağlantı

kurmasına yardımcı olunmasını ve bunların eşgüdümünün sağlanmasını kapsamaktadır. Bu noktada yaşlı ve ailesi için uzmanın savunuculuk ve yorumlayıcılık rolleri devreye girmektedir.

Bireysel Danışmanlık: Bireysel danışmanlık yoluyla yaşlı ve ailesinin hastalık, sakatlık, kuruma yerleştirme ve kayıp gibi önemli yaşam olaylarına, stres ve değişikliklere uyum sağlamasına yardımcı olunması amaçlanmaktadır. Yaşlının hastalığa uyum sağlaması onun yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu gibi tedavi sürecine katılmasına, iyileşme sürecine girmesine, fiziksel ve ruhsal olarak rahatlamasına, klinikten/hastaneden zamanında taburcu olmasına, risk yönetimine ve etkili karar vermesine de yardımcı olur.

Grup Çalışması: Yaşlılar ve aileleri veya bakım vericilerin hastalıklarla baş edebilmesi için grup psikoterapisi ile ihtiyaca göre farklı amaçlara yönelik destekleyici psiko-eğitimsel gruplar düzenlenmesi çalışmasıdır.

Liyazon: Sosyal çalışmacı yaşlı/aile ile toplum arasında bağlantı kurar. Bu durum özellikle yaşlının klinikten/televizyon kurumundan uzakta bulunması durumunda çok daha önemlidir.

Savunuculuk: Sosyal çalışmacı etik konular, gizlik, yönergeler, kültürel/etnik faktörler ve yaşlı/ailesinin hakları konusundaki bilgi sisteminin gerekleri ile hastanın gereksinimleri arasında bir dengenin kurulmasında yardımcı olur. Geriatrik/gerontolojik sosyal çalışmacı tarafından yaşlılara sağlanan hizmetlerden bir tanesi SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı gibi kurumların sigorta olanakları, 2022 sayılı yasadan yararlanma, yeşil kart uygulaması, hastane işlemleri gibi bürokratik sistem hakkında bilgi

vermek, onunla tanışmasını sağlamak ve karşılaşılan güçlükleri çözmesine yardımcı olmaktır.

Toplum Kaynakları Konusunda

Uzmanlık: Toplum kaynakları ve bu kaynakların nasıl kullanılabilceği konusunda sahip olunan bilgi sosyal çalışma mesleğinin önemli bir parçasıdır. Bu bilgi uygun kaynakların belirlenmesi ve kullanılması için yüksek düzeyde müzakere ve pazarlık yapma becerisine sahip olunmasını gerektirir.

Geriatrik sosyal çalışmacı, yukarıda ifade edilen bu rolleri yerine getirirken kullandığı; bilgi sağlama, uygun hizmet geliştirme, koruyucu-önleyici, izleyici-rehabilite edici çalışmalar yapma bilgi ve becerisine sahiptir.

Chan ve diğerleri (2005: 59–78) tarafından yapılan bir araştırmada elde edilen sonuçlar tıbbi sosyal çalışma alanında geriatrik sosyal çalışmacının, alanda çalışabilmek için sahip olması gerektiği bilgi, beceri ve rolleri aşağıdaki biçimde ifade etmiştir:

- Ulaşılabilirlik,
- Savunuculuk,
- Vaka yöneticiliği,
- İletişim,
- Kültürel yeterlilik,
- Duygusal destekleyicilik,
- Değerlendirme,
- Otonomi,
- Disiplinlerarası işbirliği,
- Planlama,
- Kaynakların kullanımı,
- Farkındalık geliştirme

Geriatrik ekibin bir parçası olarak sosyal çalışmacı yaşlı bireyin bilişsel, davranışsal ve duygusal statüsünü ve sosyal destek ağlarını, yaşlı hastanın kendi yaşam kalitesini nasıl yorumladığını ve içinde bulunduğu ekonomik koşulların neler olduğunu değerlendirir. Çünkü yaşlı hastanın kendisini algılaması ve ekonomik koşulları hastanede yürütülen medikal ve kişisel bakımın olumlu ya da olumsuz ne yönde gideceğini ve yaşlının yaşam koşullarını etkilemektedir. Bu bilgi sosyal çalışmacıya yaşlı hasta için koordineli bir sağlık bakım planı hazırlamasında yardım eder. Geriatrik sosyal çalışmacılar; yaşlı ve ailesiyle doğrudan çalışır ve onların yaşamlarında ortaya çıkan ya da olumsuz yönde ilerleyen problemlere neden olan sosyal destek sistemleri ile ilgilenirler. (Beers 2000: 31).

Bütün bu sayılan özellikleri ve donanımı ile sosyal çalışmacı geriatri ünitesi-ne hastalık şikâyeti ile gelen yaşlıya;

1. Geriatri ünitesine gelmeden önce ulaşarak her boyutta (ekonomik, kültürel, sosyal, psikolojik) koruyucu-önleyici hizmetleri sunar.
2. Tedavi aşamasında tedavisini kolaylaştırıcı; güçlendirici, savunucu, arabulucu vb. fonksiyonlarını kullanarak sürecin etkililiğini artırır.
3. Tedavi sonrası süreçte de izleyici fonksiyonu ile yaşlının takibi yoluyla yaşam kalitesinin, sosyal uyumunun, yeniden toplumsallaşmasının sağlanması hizmetlerini sunar.

Geriatri ünitelerinde görev alacak olan profesyonel meslek elemanları arasında sosyal çalışmacılar;

- Sahip oldukları mesleki bilgi ve beceri,

- Uyguladıkları müdahale yöntemleri,
- Kullandıkları rol ve işlevleri,
- Bütüncül bakış açısına sahip genelci yaklaşımı temel alan mesleki felsefesi ile ekibin sürekli elemanlarıdır.

“Sadece” yaşlı nüfusla ve yaşlılar için mikro, mezzo ve makro düzeyde çalışılmasına imkan veren **geriatri üniteleri**, hem bu özelliği ile hem de ekip çalışması gerekliliği ile yaşlılık alanında en önemli hizmet alanlarındandır.

Türkiye’de geriatri hizmeti veren üniversite hastanelerinin geriatri ünitelerinin hiçbirisinde bir geriatrik ekipte tam zamanlı istihdam edilmesi gereken meslek elemanlarının tamamı bir arada çalışmamaktadır. Tamamında geriatri uzmanı bir doktor ve farklı dallarda görev yapsa da hizmet sunumu sırasında polikliniklerde bulunan en az bir hemşire bulunmaktadır. Dolayısıyla meslek elemanlarının bir kısmının her bir meslek grubunun geriatri alanındaki görev, sorumluluk ve rollerine ilişkin teorik ya da pratik bir bilgi birikimi yoktur. Bu bilgi eksikliğinin temel nedeni sağlık çalışanlarının mesleki eğitimlerini aldıkları süreçte müfredat programlarında gerek ekip çalışmasına, gerekse alanda birlikte çalışmak durumunda olacakları farklı disiplinlere ilişkin ders/derslerin yokluğu/yetersizliğidir (Önal Dölek 2011). Önal Dölek (2011)’e göre geriatri alanında çalışan meslek elemanlarının çoğunluğu sosyal hizmet mesleğine ve sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda yapabileceği çalışmalara ve farklı disiplinlere ilişkin de bilgi edinmeye ihtiyaç duymaktadır.

Kapsamlı geriatrik değerlendirme ve disiplinlerarası ekip kavramı geriatri bilimi için vazgeçilmez bir kavramdır. Bu yaklaşımla hem yaşlı hastalar daha

kaliteli ve kapsamlı sağlık hizmeti almakta hem de klinisyenin (geriatri alanında çalışan sağlık profesyonelleri) üzerinde taşıdığı sorumluluk paylaşılmaktadır. Günümüz şartlarında birçok klinisyen hastanın sadece kendi branşıyla ilgili medikal durumu ile ilgilenirken diğer faktörler ile çok fazla ilgilenememektedir (Kuyumcu vd. 2012:122). Ancak geriatrik hizmetlerin ve bu hizmetlerde ekip çalışmasının yaygınlaştırılması yoluyla yaşlının genelci bir çerçevede değerlendirilmesi ve hizmet alması sağlanabilecektir.

Son Olarak...

Türkiye’de sürdürülmekte olan geriatrik hizmetlerde yaşlıların fizyolojik sağlık sorunları dışında kalan sorun ve talepleri yeterli düzeyde karşılanmamaktadır. Bu yetersizliğin iki temel nedeni vardır. Birinci neden; var olan geriatri hizmetinin tam zamanlı çalışması bir ekip çalışmasına dayalı olmamasıdır. İkinci temel neden ise Türk toplumunda henüz geriatri hizmeti ve var olan geriatri ünitelerine ilişkin yaygın bir bilinç oluşmamış olmasıdır. Bu konuda var olan bilgi eksikliği nedeniyle hizmetten faydalanan yaşlılar ve beraberlerinde gelen refakatçiler hangi meslek elemanlarından ne tür hizmetler alabileceklerini de bilmemektedir. Bu durum, hizmet taleplerini etkilemekte ve sınırlamaktadır.

Geriatrik ekipte mutlak suretle ve tam zamanlı olarak istihdam edilmesi gereken meslek elemanları; doktor (geriatri uzmanı, diğer tıp dallarından en az birer doktor), hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizik tedavi uzmanı, psikolog ve diyetisyendir.

Geriatri alanında çalışan meslek elemanlarının çoğunluğu farklı

disiplinlerdeki diğer meslek elemanlarına olduğu gibi, sosyal hizmet mesleğine ve sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda yapabileceği çalışmalara ilişkin de bilgi edinmeye ihtiyaç duymaktadır.

Geriatri alanından hareketle, tüm sağlık alanlarında yaşanan benzer eksikliklerin giderilebilmesi ve tüm sağlık hizmetlerinde koordineli ve bilinçli yürütülecek ekip çalışmaları aracılığıyla hizmet çeşitliliğinin, niteliğinin ve yeterliliğinin artırılması için sağlık eğitiminde takip edilen müfredat programlarına etkin ekip çalışması derslerinin dahil edilmesi ve var olanların geliştirilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

Arıkan, Ç. (2001). Tedavi kurumlarında çok disiplinli ekiplerde yer alan sosyal hizmet uzmanına ilişkin genel bir değerlendirme. Kasım Karataş ve Çiğdem Arıkan (Ed.). *İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet-Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan*. Ankara: Aydınlar Matbaası. 27–32.

Beder, J. (2006) *Hospital social work-the interface of medicine and caring*. London: Published by Routled-Taylor and Francis Group.

Chan, E., J. D. Rodriguez, W.J. Simmons. (2005). Identifying competencies for geriatric social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 43 (4),59-78.

Cowles, L. (2000). *Social work in the health field*. New York: Howarth Press.

Duyan, V. (1996). *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut*. Ankara: 72TDFO.

Duyan,V., Özgür Sayar, Ö. ve Özbulut, M. (2008). *Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak-sosyal hizmet uzmanları ve sosyal hizmet alanında çalışanlar için bir rehber*, Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını.

Karadakovan, A. (2005). Ülkemizde geriatri hemşireliği. *IV. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı*. Ankara: Türk Geriatri Vakfı Yayını.

Kuyumcu, ME., Y. Yeşil ve M. Cankurtaran. (2012). Geriatrist Gözüyle İnterdisipliner Ekip. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 115-124.

Mellor, M. J. ve Lindeman, D. (1998). The role of the social worker in interdisciplinary geriatric teams. *Journal of Gerontological Social Work*, 30 (1), 33-40.

Mezey, D. M. (2001). *The encyclopedia of elder care*. New York: Springer Publishing Company.

Molly, R., Goodman, C. C. Tan, P., Glezakos, A.. (2006). Building on the life-span perspective: a model for infusing geriatric social work. *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (1), 83-110.

Neuman, L. W. (1999). *Social research methods qualitative and quantitative approaches* (4. Baskı). USA: Allyn and Bacon.

Önal Dölek, B. (2011). *Türkiye'de Üniversite Hastanelerindeki Geriatri Bilim Dallarına Bağlı Geriatri Ünitelerinde Verilen Hizmetin Sosyal Hizmet Temelinde Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Rodriguez, D. J., Lawrance, F. P. Barnett, Simmons, D. J. (2006). Developing geriatric social work competencies for field education. *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (1), 59-78.

Rossi, P., Wright, J. Fisher, B. ve G. Willis. (1987). The urban homeless: estimating composition and size. *Science*, 234, 1336-1371. akt. GLISSON, G. M. Thyer, B. A.

Rubin, A. Ve Babbie, E (1997). *Research methods for social work* (3. Baskı). Brooklyn: Cole Publishing Company.

Derleme

MAĞDUR ÇOCUKLARLA ADLİ MÜLAKAT TEKNİKLERİ

Forensic Interviewing Techniques with Child Victims

Gamze ERÜKÇÜ*
Emrah AKBAŞ**

*Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

**Yrd. Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; çocuk mahkemeleri, çocuk cezaevleri ve ceza adalet sistemindeki diğer kuruluşlarda çalışan meslek elemanlarının suç mağduru çocukla gerçekleştireceği mülakatın nasıl olması gerektiğini tartışmaktır. Çalışma çocuk ceza adalet sisteminde çalışan meslek elemanlarının daha nitelikli mülakatlar gerçekleştirebilmeleri için onlara kılavuzluk etmeyi hedeflenmektedir. Çocuk ceza adalet sisteminde çalışan meslek elemanları özellikle suç mağduru çocuklarla çalışırken mülakatta zorlanmaktadır. Bunun nedeni ise konunun hassasiyeti ve çocuğun örselenmeden mülakatın gerçekleştirilmeye

çalışılmasıdır. Bu çalışma “suç mağduru çocuklar ile sağlıklı mülakat nasıl gerçekleştirilmeli, mülakat yaparken nelere dikkat edilmeli?” sorularının cevabını aramaktadır.

Anahtar Sözcükler: Mülakat, adli mülakat, çocuk ceza adalet sistemi.

ABSTRACT

The purpose of this study is to discuss how should the interview be conducted by the professionals in the child courts, children's prisons, and other institutions under the criminal justice system, with children who are victims of crime. This study aims at guiding the professionals who work under the juveniles' criminal justice system for realizing more qualified interviews. The professionals under the juveniles' criminal justice system have difficulties with especially interviews in working with the children who are victims of crime. This is because the subject is sensitive and the interview must be done without giving any harm to the child. This study seeks for answers to the questions such as “how healthy interviews could be conducted with children who are victims of crime? What should be taken into consideration in making interviews?”

Key Words: Interview, forensic interview, juvenile criminal justice system.

SOSYAL HİZMET MÜLAKATI

Sosyal hizmette mülakat sosyal hizmet müdahalesinin en temel basamağıdır ve insana yardım eden meslek grupları pek çok farklı sorun grubu ile mülakat gerçekleştirmektedir. Söz konusu mülakatlar; sığınmacılar, yoksullar, engelliler vs. gibi çeşitli gruplar ile yapılmaktadır. Şüphesiz ki her insan anlaşılmaya ihtiyaç duymaktadır. Fakat bazı özel durumlarda kişiler kendilerini ifade

etmekten kaçınabilir. Karşısındaki kişiyi tanınamaması ve karşısındaki kişinin kendisine nasıl yardım edeceğini bilememesi nedeni ile mevcut bilgiyi saklayabilir. Veyahut ruh hali, duygusal durumu, psiko-sosyal koşulları bu bilgiyi vermesine izin vermez. Sosyal hizmet uzmanı ve insana yardım eden diğer meslek elemanları şüphesiz ki müracaatçının dedektifliğini yapmamakta, bilgileri dinlerken müracaatçının ifade ettiklerini temel almaktadır. Sosyal hizmet mülakatının doğası müracaatçıya yardım etmeyi ve onu güçlendirmeyi hedeflediği için bu salt soruşturma değildir. Pek çok durumda sosyal hizmet uzmanı bir veya daha çok kişinin bilgisine başvurabilir. Bunun nedeni ise müracaatçının verdiği bilgileri yanlışlamak değil; konuya hâkim olmak ve müracaatçının lehine çeşitli çalışmalar gerçekleştirmektir. Sosyal hizmet mülakatında karşılıklı rıza gerekmektedir.

Sosyal hizmet uygulamalarının güçlendirilmesi ve soruna ilişkin değerlendirilmenin doğru yapılabilmesi sosyal hizmet mülakatının sağlıklı gerçekleştirilmesine bağlıdır. Mülakatta alınan yetersiz bilgi ya da göz ardı edilen, müracaatçıya dair gözlemlenemeyen bazı sorunlar/durumlar müracaatçının ihtiyaçlarına uygun olmayan bir hizmeti almasına veyahut verilen hizmetin işlevsel olmamasına neden olabilir. Veyahut mülakat esnasındaki hiyerarşik ilişkilene bu analizin doğru yapılamaması ve müracaatçının bilgiyi saklaması sonucunu doğurabilir. Bunun için sosyal hizmet mülakatı ilişkilerin yatay olduğu bir düzlemde kurulmalı ve sürdürülmelidir. Sağlıklı mülakatı gerçekleştirebilmek için uzmanın kimi zaman müracaatçının kültürel değerlerine vurgu yapması gereklidir. Örneğin;

Aktaş (2006) özellikle toplum kalkınması çalışmalarında kişilerle diyalogu geliştirebilmek, mevcut yer ve sorunla ilgili daha doğru bilgiler alabilmek için gerekirse köydeki kişilerle aynı sofraya oturabilmenin ve şalvar giyinin aynı düzlemde konuşabilmenin gereğini vurgulamaktadır. Bu çok spesifik bir örnek olmakla birlikte eşitlikçi ilişkiler kurmanın sembolik bir örneğini oluşturmaktadır. Diğer ortamlarda ve bilhassa adli ortamlarda söz konusu eşitlikçi ilişkileri kurmanın en önemli yolu eşitlikçi bir dil inşa etmektir. Bunun yanı sıra özellikle müracaatçı bir çocuk olduğunda onunla fiziksel olarak aynı mesafede konumlanmalıdır. Örneğin; 6 yaşındaki bir çocuk ile görüşürken uzmanın masanın arkasından konuşmak yerine çocuğun yanına bir sandalye çekmesi veya gerekirse diz çökerek onunla göz hizasında olması yerinde bir davranış olacaktır.

Sosyal hizmet etkinliklerinde amaca ulaşmak için başlıca aracı mülakat olarak tanımlayan Erkan'a göre (1997: 10) bu amacın gerçekleştirilmesinde mülakat tek araç da değildir. Mülakatın yanı sıra gözlem yoluyla da pek çok bilgi toplamak mümkündür.

Diğer yandan sosyal hizmet mülakatı yalnızca sağaltım amacıyla gerçekleştirilmez. Örneğin, bu çalışmanın odağını oluşturan suç mağduru çocuklarla mülakat bir adli mülakat türüdür. Adli mülakatta öncelikli amaç bilgi toplamaktır. Sağaltımda ise amaç yardım etmektir (Walker, 2002: 151). Adli sosyal hizmet mülakatı bu alandaki uygulamanın çeşitlenmesi ve farklı uzmanlıklara doğru evrilmesi ile birlikte bilhassa önem kazanmaya başlamıştır. Bu alanlardan birkaçı şöyledir: Mahkemece uygun görülen psikoterapi, arabuluculuk

hizmetleri, çocuk ve yetişkin velayet değerlendirmesi, denetimli serbestlik hizmetleri, avukatlara danışmanlık hizmeti, ebeveyn hakkı değerlendirmelerinin sonlandırılması, bağlanma değerlendirmesi, ıslah hizmetleri, aile içi şiddet hizmetleri, uluslararası çocuk kaçırılma durumları ve koruyucu sığınaklar vs. (Munson, 2011: 39). Bu çeşitlenmeden nasibini alan adli ortamlarda çocuklarla mülakat konusunda ilgi ise bilhassa son 20 yılda büyük bir artış göstermiştir (Perron, B.E. ve Hiltz, B.S., 2006: 216).

Çocuklarla adli mülakat konusu ikirciklidir ve bundan dolayı önemli eleştiriler almaktadır. Bu eleştirilerin yoğunlaştığı hususlar şöyledir: Soruşturma ve karar alma süreçleri çoklu kurum ortamında eşgüdümü yürütülemezdir. Çok fazla görüşmeci çocuklarla pek çok defa görüşmekte ve böylece çocuklar hikâyelerini defalarca anlatmak zorunda kalmaktadır. Çocuklarla yapılan görüşmeler genellikle onları daha fazla strese sokan ve rahatsız eden ortamlarda gerçekleşmektedir (Cross, T.P. ve diğ., 2007: 1032). Bu nedenle bu tür mülakatlarda sosyal hizmet bilgi ve perspektifi büyük bir yarar sağlamaktadır. Adli ortamlarda sosyal hizmet uzmanının varlığı salt bilgi toplama amaçlı mülakatta sağaltım sağlamasa dahi daha ileri travmayı önlemek konusunda hayati bir rol oynamaktadır.

MÜLAKATA HAZIRLIK SÜRECİ

Sosyal hizmet uzmanının mülakata hazırlık aşamasında yapması ve/veya dikkate alması gereken kimi hususlar bulunmaktadır. Her şeyden önce çocuğun yaşı ve gelişim düzeyini dikkate alarak kullanacağı dili buna göre ayarlamalıdır. Çocuğun bazı özel ihtiyaçlarının

olup olmadığını araştırmalıdır. Örneğin, çocuğun fiziksel veya zihinsel bir engeli bulunabilir. Bu durumda sosyal hizmet uzmanı bir uzmanın yardımına başvurmalıdır (Örneğin; adli tıp kurumundan çocuğun mental retardasyon oranının öğrenilmesi gibi). Çocuk, uzmanından farklı bir kültürel veya etnik arka plandan geliyor olabilir. Bu durumda uzman mülakatı etkileyebilecek kültürel faktörler konusunda ön hazırlık yapmalıdır (Child Interview Guide, 2009: 8). Sosyal hizmet uzmanı yalnızca çocuğun kültürel ve etnik arka planını dikkate almakla yetinmemeli, ayrıca onu biricik kılan tüm niteliklerini özenli bir biçimde değerlendirmelidir. Zira tüm bu ön hazırlık aşaması sosyal hizmet uzmanının kuracağı dili belirleyecektir ve dil mülakatın kalbinde yer almaktadır.

Mülakatın yapılacağı mekânı Türkiye koşullarında belirlemek neredeyse imkânsız gibi görünse de mekân olabildiğince çocuk dostu bir görünüme (küçük çocuklar için oyuncakların olması gibi) büründürülmelidir. Sosyal hizmet uzmanı kısıtlı koşullarda yaratıcı çözümler geliştirebilmelidir.

Önemli Notlar:

- Tek bir uzmanının görüşmeyi yürütmesi genellikle tercih edilmelidir. Fakat çoğu durumda uzmanın yanında savcı, çocuk polisi gibi kişiler mevcut olabilmektedir. Bu nedenle görüşmenin başında görüşme esnasında yer alacak kişiler çocukla tanıştırılabilir. Fakat mülakatı çocukta/ergende kafa karışıklığı yaratmamak için tek bir kişinin gerçekleştirmesi gerekir. Diğer meslek elemanları mülakatı sırlı camın ardından izleyebilir (Çocuk izlem merkezi modeli).

- Birden fazla mağdur varsa tüm mağdurlar ile aynı anda değil; bire-bir görüşülmelidir.
- Görüşmeyi çocuk açısından kolaylaştıracak kişiler mevcutsa; görüşme öncesi mülakata müdahale etmemeleri konusunda uyarılmalıdır.

Görüşme esnasında zanlılar mevcut olmamalıdır. Özellikle çocuk mahkemelerinde duruşma esnasında zanlı ve mağdur bir araya getirilmek durumunda kalınmaktadır; uzmanın mağdurun ifadesi alınırken hâkimden zanlının çıkarılmasını talep etme hakkı vardır. Bu durum hâkimin çocuğun ifadesini alma sürecinin sağlıklı bir biçimde gerçekleştirmesini sağlamaktadır.

SUÇ MAĞDURU ÇOCUKLAR İLE MÜLAKAT

Türkiye’de suç mağduru çocuklar ile görüşme çeşitli kuruluşlarda gerçekleştirilmektedir. Bu kuruluşlardan bazıları; çocuk mahkemeleri, bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezleri, hastane bünyesindeki çocuk koruma merkezleri ve son dönemde gelişmekte, yaygınlaşmakta olan çocuk izlem merkezleridir. Suç mağduru çocuklar ile mülakatın çocuğun örselenmeden gerçekleştirilebilmesi ise uzmanın mülakatı gerçekleştirebilme becerisinin eksikliğine ve çocuğun istismar öyküsünü defalarca anlatmasına bağlı olarak olumsuz yönde değişim gösterebilmektedir. Görüşme sürecine hâkim olmayan bir uzman sorduğu bazı sorular ile mağdurun daha çok örselenmesine neden olabilmektedir. Özellikle Türkiye’deki son dönemde gelişmekte olan çocuk izlem merkezlerinde, mağdurun ifadesi mülakat konusunda beceri sahibi tek bir uzman tarafından alınmakta,

bu şekilde mağdurun yaşamış olduğu travmayı defalarca anlatarak örselenmesine mani olunmaya çalışılmaktadır. Bu sistem yurt dışında savunuculuk merkezlerinde (Advocacy Center) oldukça yerleşmiştir ve Türkiye’de ise henüz gelişme göstermektedir. Fakat suç mağduru çocuklar ile mülakat çocuk izlem merkezlerinin yanı sıra çocuk mahkemelerinde (özellikle duruşma öncesi mülakat), çocuk koruma merkezlerinde, çocuk şube müdürlüklerinde gerçekleştirilmeye devam etmektedir. Bu nedenle mülakatı gerçekleştiren kişilerin bu konuda becerisinin olması şarttır. Johnson’a göre (1995: 182-185) bu beceriler; gözlem, dinleme, soru sorma, odaklanma, kılavuzluk, yorumlama ve ortam düzenleme becerileridir. *Gözlem becerisi*; müracaatçının beden dili, mülakatı açma ve bitirme cümleleri, diyalogdaki kaymalar, çağrışımlar, mükerrer atıflar, tutarsızlıklar, boşluklar ve stres veya çatışma noktalarının dikkatli bir biçimde gözlenmesini ifade etmektedir.

Örneğin; görüşme yapılacak mağdurun beden dili yaşadığı travmaya dair ipuçları verebilir. Örneğin; çocuk uzman ile göz temasından kaçınabilir veyahut gergin veya umursamaz davranışlar gösterebilir (Bacaklarını sallamak, dudaklarını ısırma, kollarını birleştirmek gibi). Bu beden dili uzman tarafından çok dikkatli yorumlanmalıdır. Çünkü mağdur adli görüşme ortamına belki ilk kez gelmektedir veyahut görüşme sonrası ona ne yapılacağını bilmediği için (örneğin; duruşma öncesi) kaygılı olabilmektedir. Bu noktada çocuk ile neden görüşüldüğü, mesleğe dair genel bilgi ve bir sonraki sürece ilişkin (örneğin duruşmaya dair bilgiler) verilerek çocuğun rahatlaması sağlanabilir.

Bunun dışında çocuğun veyahut ergenin konuşmasındaki tutarsızlıklar, boşluklar, algılama sorunları da dikkatli yorumlanmalıdır. Uzman müracaatçının neden bu tip sorunlar yaşadığını, bunun nedeninin zihinsel bir sorun mu (mental retardasyon) yoksa yaşanan travmanın etkisi ile mi olup olmadığını dikkatli bir biçimde gözlemlemelidir.

Mülakattaki tutarsızlıklar ve boşlukları ise Johnson (1995: 182) mülakatın müracaatçıyı tehdit ettiğinin bir göstergesi veyahut müracaatçının bu alanın paylaşmasını gizlemesinden kaynaklanabilmesi olarak yorumlamıştır. Bu nedenle uzman tarafından mülakattaki boşlukların ve tutarsızlıkların dikkatli yorumlanması, müracaatçının ifade ettiği kadar etmediği/edemediği şeylerin de hassasiyetle ele alınması gerekmektedir.

Mağdurun mülakata başlarken ve mülakat sonlandırılırken sarf ettiği cümleler özellikle önemli olabilir. Johnson'a göre (1995: 182) bu cümleler müracaatçının kendisine ve çevresine karşı tutumunu hakkında önemli bilgiler verebilir. Örneğin özellikle 14-15 yaşında ve kendini ifade edebilecek nitelikte olan mağdurlar uzman ile bir giriş konuşması henüz yapılmadan kendiliklerinden yaşadığı travmaya ilişkin bilginin her detayını doğrudan verebilir. Bunun uzman açısından olumlu ve olumsuz etkileri olabilmektedir. Örneğin; uzman istismar öyküsünü dinlemek için fazladan soru sormak durumunda kalmaz ve görüşme kendiliğinden devam edebilir. Mağdurun her şeyi anlatması bir anda anlatmaya çalışması ise uzmanı amaçlı soru sorma hususunda sekteye uğratabilir. Bu da travmaya dair esas hususların kaçırılmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle; uzmanın

görüşme yaparken spontanlığı bozmadan amaçlı sorulara geçmesi gerekmektedir. Örneğin;

Mağdur: O gün beni okula almaya geldi. Birkaç saat çevrede takıldıktan sonra bir kafeye gittik. Kafede birer kola içtik. Sonrasında beni evine götürdü. Bir saat kadar evde oturduk...(Mağdur odağın dışına kayan detay bilgiler vermeye devam etmektedir).

Uzman: Sana nasıl yaklaşmaya çalıştığından bahseder misin?

Bu tutum Johnson'ın (1995: 182) diyalogda kaymalar olarak ifade ettiği duruma bir örnek olabilir. Diyalog sırasındaki kaymalar özellikle benzer konular ile ilişkili ise; bu konunun acı verici olduğunu, bir tabu olabileceğini veya müracaatçının tartışmayı istemeyeceği bir şey hakkında olabileceğini gösterebilir. Bu nedenle müracaatçı görüşmeye ilişkin esas bilgiler vermek yerine detay bilgilere odaklanabilir.

Uzmanın sağlıklı bir mülakatı gerçekleştirebilmek için soru sorma becerilerine de sahip olması gerekmektedir. Cheung (2003: 45) soru sorma tekniklerinin 4 temel alana ayrıldığını belirtmiştir. Bunlar;

- İçtenlik inşası
- Yeterlilik sınaması
- İstismarın ayrıntılarının elde edilmesi
- Mülakatın sonlandırılmasıdır.

İçtenlik inşası: Guobrandsdottir (2013) çocuklar ile görüşme yapılırken ilk işin içten bir etkileşim inşa etmek olduğunu ifade eder. Yazara göre içtenliğin anlamı, konuşmanın çoğunu çocuğun yapmasıdır; biraz zaman alabilir, acele edilmemesi gerekir.

Sheafor ve Horejsi ise (2003: 518) çocuğun konuşmaya istekli olmadığı zamanlarda çocuğu şaşırtıcı bir şey yapmanın gereğinden bahsetmektedir. Örneğin; “Ali! Hadi kalk bir su alıp gelelim; bu arada açlığın nasıl? İstersen kantinden bir şeyler alıp gelebiliriz”. Bu aynı zamanda çocukla ilgilendiğimizi gösterir ve arkadaşça bir iletişimin kurulmasına yardımcı olur. Bu ise çocuğun suya ve kendisine ilişkin verdiği bilgilerin daha rahat bir dille ifade edilmesini sağlayabilir.

Uzman kendini, amaçlarını tanıttıktan ve mağdurla samimi bir ilişki kurduktan sonra (espri, mağdurun hoşlandığı şeyler hakkında konuşmak gibi) konuyla ilgili daha derin sorular sormaya başlayabilir. Örneğin; Guobrandsdottir (2013) “Birbirimizi biraz daha iyi tanıdık. Neden burada olduğuna dair bilgi verebilir misin?” veyahut “Bana başından sonuna kadar hatırlayabildiğin tüm ayrıntıları anlatır mısın?” gibi. Çocuğu hiçbir biçimde görüşmeye zorlandığı izlenimi verilmemelidir. Aksine çocuğun içinde bulunduğu koşulları veyahut olası ruh halini betimlemek çocuğu konuşmaya sevk edecektir. Örneğin; “Canını sıkın bir şeyler var sanki. Burası çocukların canını sıkın şeyleri rahatlıkla söyleyebildiği bir yerdir” veyahut “Sanki sıkılmış görünüyorsun, biraz duygularından bahsedebilir misin, kendini nasıl hissediyorsun?” gibi sorular.

Kuehnle (1996; akt. Cheung, 2003: 46) içtenlik inşasının basit sorular sorma, kaygılı çocuğun duygularına empati yapma, “benimle arkadaş olmak ister misin” gibi zorlayıcı sorulardan imtina etme ve “En sevdiğin TV programı hangisidir gibi” olumlu ve açık uçlu sorular yoluyla kurulabileceğini belirtmiştir. Sheafor ve Horejsi’ye göre (2003)

uzman önce adını ve ne yaptığını söylemelidir, çok basit sorular ile çocuğun kendini rahat hissetmesi sağlanmalıdır. Burada çocuğa derslerin nasıl gittiği, hangi takımı tuttuğu, sevdiği şarkıcılar gibi sorular sorulabilir.

Yeterlilik sınavı ise uzmanın gözlemleri doğrultusunda gerçekleştirilir. Uzman çocukta veyahut ergende olumsuz birtakım zihinsel özellikler fark ederse, çeşitli eylemler gerçekleştirebilir. Mağdurun bilişsel yeterliliği ve bu yeterliliğin yaşları ile uyumu uzman için ayrı bir önem teşkil etmektedir. Mağdurun bilişsel gelişiminin yaşıyla uygun olup olmadığına dair bilgi edinmenin çeşitli yolları vardır. Örneğin; Guobrandsdottir (2013)’e göre mağdurun sayı saymak, renkleri ayırt etmek ve vücudun bölümlerini tanımak gibi genel becerilerini; iç-dış, yukarı-aşağı veya alt-üst gibi temel kavramları idrak etme becerilerini ve büyük-küçük, kuru-ıslak ve yumuşak-sert gibi istismar ile ilişkili kavramları anlama becerilerini değerlendirmek gerekir. Fakat bu yollar mağdurdurda herhangi bir zihinsel gerilik gözlemlenmediği takdirde uygulanmamalıdır. Örneğin; konuşma esnasında uzman mağdurun cümlelerin kopuk olduğunu, olayları oluş sırasına göre anlatamadığını, neden orada olduğunu bilmediğini gözlemliyorsa bu teknikleri kullanabilir. Aksi halde uzman ve mağdur ilişkisi sekteye uğrayabilir.

Çocuğun doğru/gerçek ve yanlış/yanlı biribirinden ayırt etme becerisi de yeterlilikle ilgilidir. Çocuğun bu yeterliliğini anlamak ufak bir uygulama ile anlaşılabilir. Örneğin; çocuğa “Saçlarım sarı renkte. Bu sence doğru mu, yanlış mı?” diye sorulabilir. Çocuk doğru cevabı verdikten sonraki aşama onunla mülakat boyunca yalnızca doğruyu

söyleyeceğine dair anlaşmaya varmak-
tır. Bu aşama ise ancak daha ileri dü-
zey bir içtenlik inşa edildikten sonra
mümkündür. Görüldüğü gibi yeterlilik
ölçme ve içtenlik birbirleri ile oldukça
ilişkili kavramlardır. Bunun dışında Gu-
obrandsdottir (2013)'in de ifade ettiği
gibi çocuğun bilmediği sorular soruldu-
ğunda “bilmiyorum” demesinin herhan-
gi bir sakınca oluşturmadığı, mağdurun
uzmanı anlamadığı yerde “anlamadım”
demesinin önemli olduğu özellikle
vurgulanmalıdır.

Samimi ilişki tesis edildikten ve bilişsel
yeterlilik sınılandıktan sonra istismara
ilişkin sorulara geçilebilir. Bu sorulara
geçerken ise uzmanın mülakatin ama-
cını vurgulaması oldukça önemlidir.
Kadushin'in belirttiği gibi (1990; akt.
Erkan; 1997, s. 64) mülakattaki ilişkiyi
genellikle sosyal hizmet uzmanı baş-
latmaktadır; çünkü bazı çocuklar bunu
yapabilecek kadar bağımsız de-
ğildir; amacın belirtilmesi çok önemlidir.
Amaç belirtilmeden önce görüşmenin
en başında uzman kendini tanıtmalı-
dır. Sheafor ve Horejsi (2003: 518) çö-
cukla ilk kez karşılaşıldığında uzmanın
kim olduğunu ve çocuğun kendisine
nasıl hitap edebileceğini ifade etme-
si gerektiğini vurgulamıştır. Örneğin;
“Benim adım Ahmet; benim işim ar-
kadaşları ile sorun yaşayan çocuklara
yardım etmek” (Olayın aktörleri ile ilgili
amaç cümlesi değiştirilebilir) şeklinde
bir açıklama yalın ve anlaşılır olması
nedeni ile çocuk ile kurulan iletişimi
sağlamlaştıracaktır.

Örneğin çocuk mahkemesinde çalı-
şan sosyal çalışma görevlisi “Bugün
seninle görüşme amacım senin ya-
şadıklarını öğrenmek ve sana yardım
etmek. Bu görüşmeyi yaptıktan son-
ra seninle bir duruşmaya katılacağız”

diyebilir. Bu noktada çocuğa açık uçlu
sorular sorulması önemlidir. Örneğin
Gardner (1995; akt. Cheung, 2003: 46-
47) şu gibi soruların sorulabileceğini
belirtmiştir:

- Son zamanlarda neler yaşadın?
- Sonra ne oldu?
- Bu anlattıkların tam olarak nerede
oldu?
- Başka neler gördün?
- Sana yapılanları ilk olarak kime söy-
ledin, nasıl paylaştın, o kişinin tepki-
si neydi?

Cheung (2003: 47) ise; “bugün neden
buradasın, üzgün görünüyorsun bana
neler olduğunu anlatır mısın, bugün sa-
bah okulda birine bir şeyler olduğunu
söylemişsin, bana bunu anlatır mısın,
bugün telefonda sana bir şeyler oldu-
ğunu duydum ve sana yardım etmek is-
tiyorum. Bilmem gereken ilk şey senin
bana bunu anlatman” gibi sorular soru-
labileceğini, sözler söylenebileceğini
belirtmiştir.

Bunun yanı sıra istismarla ilgili sorular
çocuğun/ergenin duygularını ağlaya-
rak dışa vurmasına neden olabilir. Suç
mağduru çocuklar yaşadığı travmayı
aktarıken çoğu durumda ağlayabil-
mektedir. Uzman bu noktada sessiz
kalmalı ve mağdurun sakinleşmesini
beklemelidir. Bu esnada uzman des-
tekleyici davranışlara girmekten çekin-
memeli; sözel olmayan yollar ile mağ-
durun yanında olduğunu belirtmelidir.
Örneğin; kâğıt mendil vermek, su ikram
etmek gibi.

Uzman istismara ilişkin soru sorarken
ne tür soruları seçeceğine bilhassa
özen göstermelidir.

Açık uçlu sorular istismarın ayrıntılarını öğrenmek bakımından en işlevsel sorulardır. Bu sorular, öğrenilmek istenen pek çok durumun bilgisinin tek bir soruda içerilmesi nedeni ile mağdura, soru bombardımanına tutulduğu izlenimini vermeyecektir. Aynı zamanda suç mağduru çocuğun daha çok kendini ifade etmesini teşvik eden tepkiler ve mimikler önemlidir. Örneğin; “benle paylaştıkların gerçekten ilgimi çekti; biraz daha bahsedersin” veyahut “sahiden mi, hı hı” gibi tepkiler.

Açık uçlu sorular belleğin “geri çağırma”sına yardımcı olacaktır. Örneğin “bana baştan sona kadar her şeyi anlatır mısın, sonra ne oldu” gibi sorular (Child Interview Guide, 2009: 5).

Odaklanan veya doğrudan sorular ise belirli bir kişiye, organa, eyleme, yere, duruma odaklanan sorulardır ve genellikle kim, ne, nerde soruları ile başlar. Bunlar açık uçlu sorulardan daha spesifik ve yeni bir konu açmaya yardımcı olabilir. Örneğin; “Öğretmenin vücudunun neresine dokundu?” gibi sorular (Child Interview Guide, 2009: 5).

Kapalı uçlu sorular ise çocuğun belirli birtakım seçenekler arasından seçip cevap verebileceği sorulardır. Ancak açık uçlu sorulara cevap alınamadığı takdirde kullanılabilir. Fakat az kullanılması daha doğrudur. Örneğin “O gün seninle arkadaşın Gizem de mi vardı?” gibi sorular.

Çoğul sorular ise bir anda birden çok soruyu boca etmektir. Bu sorular sarkıncalı sorulardır ve görüşülen kişide kafa karışıklığına, yanlış anlamaya sebep olabilir. Örneğin; “O gün yanında Gizem de mi vardı, Gizem sınıftan arkadaşındı değil mi? Sonra ne oldu?” gibi sorular. Bu soruları tek bir seferde

sormak sorun teşkil edebileceğinden her defasında tek bir soru olarak sormak daha yerinde olacaktır.

Yönlendirici sorular ise çocuğu belli bir cevaba yönlendiren sorulardır. Bu sorularında sorulmaması yerinde olacaktır. Örneğin; “Sana dokunduğunda çok korktun değil mi” gibi sorular.

Mülakatı sonlandırma ise; görüşmenin en önemli unsurlarından biridir.

Mülakatı sonlandırırken çocuğa içerik için değil ama mülakattaki çabası için teşekkür edilmelidir, çocuğun eklemek istediği bir şeyin olup olmadığı sorulmalıdır. Eğer çocuğun korunması ile ilgili bir risk durumu söz konusu ise bir güvenlik planı üzerinde durulabilir. Herhangi bir sorun durumunda kimden yardım alabileceği üzerinde durulur (Child Interview Guide, 2009: 30). Bu noktada uzmanın açık kapı bırakması uygun olacaktır. Sonrasında ise uzman konuyla ilişkisiz kısa bir sohbe başlayabilir. Örneğin; “eve döndükten sonra neler yapacaksın” gibi sorular.

Bir başka önemli konu ise edinilen bilgilerin raporlaştırılmasıdır. Uzman bilgileri eksiksiz edinebilmek için çeşitli elektronik cihazlara başvurabilir. Mülakatın kaydının tutulması büyük önem taşımaktadır. Tercihen video veya ses kaydı yapılabilir. Bunun için elbette mülakatın başında rıza alınmalıdır. Eğer koşullar buna izin vermiyorsa, bu durumda kalemle not alınmalı, ama tüm içerik olabildiğince yazıya geçirilmelidir. Yazının hangi amaçla kullanılacağı ise mülakatın gerçekleştirileceği çocuğa/ergene açıklanmalıdır. Örneğin; unutmamak için yazıldığı belirtilebilir.

SONUÇ

Sosyal hizmet mülakatı sağlıklı bir müdahale için ön koşuldur. Bu nedenle mülakatı gerçekleştirecek uzmanın mülakat becerisi önemli bir husus teşkil etmektedir. Mülakatın gerçekleştirildiği kişinin psiko-sosyal özelliklerinin ve ihtiyaçlarının gözlenmesi mülakat sürecini kolaylaştıran bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Mağdurdan alınan yetersiz bilgi, doğru sorulamayan veyahut gözden kaçırılan bir soru olduğunun göstergesi olabilir. Doğru soru sorma teknikleri, yerinde çıkarsamalar ve etraflıca ele alınmış sorun analizi ile mülakat doğru biçimde sürdürülebilir. Bu ise mağdurun; dinlenilmesi, davranışlarının ve tepkilerinin gözlenmesi ve görüşmeye olan motivasyonunun devam ettirilmesi ile mümkün olacaktır.

Türkiye özelinde bakıldığında ise; çocuk izlem merkezlerinin geliştirilmesi ve sayılarının artırılması mağdurun istismar öyküsünü defalarca anlatarak örselenmesinin önlenmesi açısından önemli bir husus teşkil etmektedir.

KAYNAKÇA

Aktaş, A.M. (2006). Prof. Dr. Aliye Mavili Aktaş ile Söyleşi. Aydın.

Cheung, M. (2003). Utilization of Questioning Techniques in Forensic Child Sexual Abuse Interviews. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 45-57.

Cross, T.P., Jones, L.M., Walsh, W.A., Simone, M. ve Kolko, D. (2007). Child Forensic Interviewing in Children's Advocacy Centers: Empirical Data on a Practice Model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1031-1052.

Harborview Center for Sexual Assault and Traumatic Stress and WA State Criminal Justice Training Commission (2009). *Child Interview Guide*. Washington.

Erkan, G. (1997). *Sosyal Hizmette Mülakat*. Ankara.

Guobrandsdottir, R. (2013). Forensic Interviewing. http://www.childcentre.info/public/forensic_interviewing.ppt, Erişim: 28.01.2013.

Johnson, L.C. (1995). *Social Work Practice: A Generalist Approach*. Boston: Allyn and Bacon.

Munson, C. (2011). Forensic Social Work Practice Standards: Definition and Specification. *Journal of Forensic Social Work*, 1(1), 37-60.

Perron, B.E. ve Hiltz, B.S. (2006). Burnout and Secondary Trauma Among Forensic Interviewers of Abused Children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(2), 216-234.

Sheafor, B. W. ve Horejsi, C. R. (2003). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice* (6th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Walker, N.E. (2002). Children as Victims and Witnesses in the Criminal Trial Process. *Law and Contemporary Problems*, 65(1), 149-178.

