

TOPLUM ve SOSYAL HİZMET

Society and Social Work

**Bu sayıda yer alan makalelerin İngilizce özetleri ve bir İngilizce makale, dergi basım sürecinde yaşanan teknik ve yönetsel sorunlar nedeniyle İngilizce Editörü Doç. Dr. Aytül ÖZÜM'ün editörlüğünden geçmemiştir. Makalelerin İngilizcelerinde varolan hatalardan yazarları sorumludur.

**The abstracts and one of the articles in English in this volume had not been edited by the English language editor Assoc. Prof. Aytül Özüm due to some technical and administrative difficulties. Responsibility of all writing errors in English belong to their writers.

DANIŞMA KURULU / ADVISORY BOARD

- Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ (Selçuk Üniversitesi)
Prof. Dr. Haluk SOYDAN (Univ. of Southern California)
Prof. Dr. Horst UNBEHAUN (Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Nürnberg)
Prof. Dr. Işıl BULUT (Başkent Üniversitesi)
Prof. Dr. İlhan TOMANBAY (Hacettepe Üniversitesi)
Prof. Dr. Theda Borde (Alice Salomon Hochschule Berlin)
Prof. Dr. Kemal ÇAKMAKLI (İstanbul Üniversitesi)
Prof. Dr. Muammer ÇETİNGÖK (Tennessee University)
Prof. Dr. Remzi OTO (Dicle Üniversitesi)
Prof. Dr. Ronald FELDMAN (Columbia University)
Prof. Dr. Şengül HABLEMİTOĞLU (Ankara Üniversitesi)
Prof. Dr. Vedat İŞIKHAN (Hacettepe Üniversitesi)
Prof. Dr. Veli DUYAN (Ankara Üniversitesi)

BU SAYININ HAKEMLERİ / REVIEWERS OF THIS ISSUE

- Prof. Dr. Recep AKDUR (Ankara Üniversitesi)
Prof. Dr. İbrahim CILGA (Hacettepe Üniversitesi)
Prof. Dr. Veli DUYAN (Ankara Üniversitesi)
Prof. Dr. Selahattin GELBAL (Hacettepe Üniversitesi)
Prof. Dr. Vedat İŞIKHAN (Hacettepe Üniversitesi)
Prof. Dr. Kasım KARATAŞ (Hacettepe Üniversitesi)
Prof. Dr. Duyan MAĞDEN (Hacettepe Üniversitesi)
Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN (Ankara Üniversitesi)
Prof. Dr. İlhan TOMANBAY (Hacettepe Üniversitesi)
Doç. Dr. Hakan ACAR (Kocaeli Üniversitesi)
Doç. Dr. Sema BUZ (Hacettepe Üniversitesi)
Doç. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN (Hacettepe Üniversitesi)
Doç. Dr. Nuri DOĞAN (Hacettepe Üniversitesi)
Doç. Dr. Cahit GELEKÇİ (Hacettepe Üniversitesi)
Doç. Dr. Nilgün KÜÇÜKKARACA (Hacettepe Üniversitesi)
Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER (Başkent Üniversitesi)
Doç. Dr. Tarık TUNÇAY (Hacettepe Üniversitesi)
Doç. Dr. Zehra UÇANOK (Hacettepe Üniversitesi)
Yrd. Doç. Dr. Ayşe Sezen BAYOĞLU (Ankara Üniversitesi)
Yrd. Doç. Dr. Elif GÖKÇEARSLAN ÇİFCİ (Ankara Üniversitesi)
Yrd. Doç. Dr. Filiz DEMİRÖZ (Hacettepe Üniversitesi)
Yrd. Doç. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU (Ankara Üniversitesi)
Yrd. Doç. Dr. Özge ÖZGÜR (Adıyaman Üniversitesi)

Dergimiz, EBSCO HOST ve INDEX COPERNICUS uluslararası, ASOS INDEX ve TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal Bilimler ulusal bilimsel veri tabanları içerisinde yer almaktadır.

The journal is indexed into the international scientific databases of both EBSCO HOST and INDEX COPERNICUS, and also ASOS INDEX and TUBİTAK ULAKBİM in which the national scientific databases of social sciences.





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

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
Dr. Ercüment ERBAY

YAYIN SEKRETERİ

Arş. Gör. Özgür ALTINDAĞ

İNGİLİZCE EDİTÖR/ENGLISH EDITOR

Doç. Dr. Aytül ÖZÜM

ISSN 1302-7867

YAYIN TÜRÜ/TYPE OF PUBLICATION
YEREL/SÜRELİ YAYIN

YAYIN DİLİ
TÜRKÇE

YAYINLANMA BİCİMİ
Altı Ayda Bir

BASIM TARİHİ/PUBLICATION DATE
??

BASIMCININ TİCARİ ÜNVANI/TRADE TITLE OF PUBLISHER
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ BASİMEVİ
06100, SİHHİYE-ANKARA
Tel: 0312 310 97 90

YAYIN YÖNETİM YERİ/ADMINISTRATION OFFICE OF PUBLICATION
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Beytepe/Ankara
Tel: (0312) 297 68 30

İLETİŞİM ADRESİ/CONTACT ADDRESS

Dr. Ercüment ERBAY
Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü
Beytepe/ANKARA-TÜRKİYE
Tel: +90 312 297 63 63/358
Faks: +90 312 297 63 65
<http://www.tsh.hacettepe.edu.tr>
E-Posta: tsh@hacettepe.edu.tr

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

Araştırma/Research

- 9-18 ***Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı (AKBSDO) Ölçeği:Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması*** *Fetal Health Locus of Control Scale: Reliability and Validity Study* Veli DUYAN
Sevgi ÖZCAN
Ayşegül Cömert OKUTUCU
- 19-30 ***Öz-Denetim Ölçeği - ÖDÖ: Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması*** *Self-Control Scale – SCS: Reliability and Validity Study* Veli DUYAN
Çiğdem GÜLDEN
Selahattin GELBAL
- 31-40 ***An Analysis of The Factors Affecting the Perceived Social Support Among the Elderly*** *Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Üzerinde Etkili olan Faktörlerin İncelenmesi* Ayfer AYDINER BOYLU
Oya HAZER
- 41-56 ***Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Empatik Eğilim Düzeylerinin İncelenmesi*** *A Study About Empathetic Tendency Levels of Employees Working in the Orphaneges* Abdullah ATLI
Mustafa KUTLU
- 57-72 ***Ortopedik Engelli Kadınların Sorun ve Beklentileri Üzerine Bir Araştırma: Tuzla İlçesi Örneği*** *A Study on Orthopedically Handicapped Women's Problems and Expectations: Tuzla County Example* Dilek KURNAZ ÖZDEMİR
- 73-88 ***Hasta Hakları Uygulamalarının Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi*** *Evaluation of the Patients' Rights Applications by the Health Staff Working at the Higher Specialty Hospital of Turkey* İshak AYDEMİR
Ali ÖZHAN

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

- 89-106 **Çocukları Çocuk Koruma Sistemine (ÇKS)'ye Giren Ailelerle, Benzer Sosyal Çevrede Yaşamalarına Karşın Çocukları İçin ÇKS'ye Müracaatçı Olmayan Ailelerin Sosyal Destek Açısından Karşılaştırılması** *İsmet Galip YOLCUOĞLU*
Compare the Families with Children who have Entered into the Child Welfare System with Those Families who have not been Applied to The Child Protection System in Respect of Social Support
- 107-120 **Okul Öncesi Dönemde Akran Zorbalığının İncelenmesi** *Gülümser GÜLTEKİN AKDUMAN*
An Investigation of Peer Bullying at Preschool Period
- 121-130 **Yetiştirme Yurtlarında Kalan Çocukların Kuruluşa Geliş Nedenlerinin İncelenmesi** *Nur Feyzal KESEN*
Investigation of the Reasons why Children Living in Youth Homes Need to Them *Özlem KARAKUŞ*
M. Engin DENİZ
- 131-148 **Neoliberal Dönüşümün Sağlıktaki İzdüşümleri: Temel Sağlık Aktörlerince Bu İzdüşümlerin Algılanma Biçimleri** *Assiye AKA*
Neoliberal Transformation of the healty projections: Basic healty actors perception of these outlines
- Derleme/Review**
- 149-160 **Sosyal Hizmette Kanıta Dayalı Uygulamalar: Sosyal Hizmet Eğitimi Açısından İrdelenmesi** *Yasemin ÖZKAN*
Evidence-Based Practice in Social Work: Examination for Social Work Education *Elif GÖKÇEARSLAN ÇİFCİ*
- 161-172 **Onkoloji Çalışanlarında Dolaylı Travmatizasyon Üzerine Bir Gözden Geçirme** *Tarık TUNCAY*
A Review on Vicarious Traumatization of Oncology Professionals *Meltem ORAL*
- 173-184 **Düşük Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Çocuklara Yönelik Erken Müdahale Yaklaşımları: Dünyadan ve Türkiye'den Uygulamalar** *Gözde AKOĞLU*
Early Intervention Programs for Children from Low Socio-economic Status: Implications from the World and Turkey *R. Fırat ŞİPAL*

ÖNSÖZ

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, bugün sahip olduğu yarışmacı ruhuyla her zaman en iyiye ulaşma çabası içinde olmuş ve adını tüm dünyaya duyurmuş bir Cumhuriyet kurumu olan Hacettepe Üniversitesi çatısı altında, ülkemizin sosyal sorunlarına çözümler üretebilecek ve sosyal politikaları yönlendirebilecek sosyal hizmet uzmanları yetiştirmeye devam eden ülkemizin en köklü eğitim kurumudur.

Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği ve Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu'nun 2001 Kopenhag'da kabul edilen ortak tanıma göre: sosyal hizmet, bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumun iyilik halini artırmak için sosyal değişime, insan ilişkilerinde sorun çözmeye, güçlenmeye ve özgürleşmeye katkı sağlayan bir meslektir. Sosyal hizmet, insan hakları ve sosyal adaleti temel alarak, insan davranışı ve sosyal sistem teorilerinden yararlanır ve insanların çevreleriyle etkileşim kurdukları noktalara müdahale eder.

Sosyal hizmet insancıl ve demokratik ideallerden doğmuş olup yararlandığı değerler de tüm insanların eşitliğine, taşıdıkları değere ve insanlık onuruna saygıyı temel alır. Bir asırlık tarihinin başlangıcından beri sosyal hizmet uygulaması insanların ihtiyaçları karşulamaya ve insanın potansiyelini geliştirmeye odaklanmıştır. Sosyal içermeyi desteklemek için sosyal hizmet mesleği, dezavantajlı insanlarla dayanışma içinde yoksulluğu hafifletip incinebilir ve baskı altındaki insanları özgürleştirmek üzere çaba gösterir. Sosyal hizmetin bu değerleri mesleğin ulusal ve uluslararası etik kuralları çerçevesinde şekillendirilmiştir.

Uluslararası Sosyal Hizmet Federasyonu Başkanı Gary Bailey (2010)'in de ifade ettiği gibi; sosyal hizmet toplumdaki engelleri, eşitsizlikleri ve adaletsizliği irdeler. Sosyal hizmet bir yandan kriz ve acil durumlara müdahale ederken aynı zamanda gündelik bireysel ve sosyal problemlere de çözüm bulmaya çalışır. Sosyal hizmetin başlıca amacı; bireylere, ailelere, gruplara ve topluluklara sorunlarıyla baş etmeleri ve sosyal işlevselliklerini artırmaları için var olan kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Sosyal hizmet insan hakları ve sosyal adalet ilkeleri temelinde bilimsel yaklaşımı, ilkeleri, değerleri, çalışma yöntem ve teknikleri ile toplumdaki tüm bireylerin insan onuruna yakışan bir yaşam biçimine kavuşmasını amaç edinmiştir.

Sosyal hizmetin bütüncül yaklaşımı evrenseldir fakat sosyal hizmet uygulamasının öncelikleri kültürel, tarihsel ve sosyoekonomik şartlara bağlı olarak ülkeden ülkeye değişebilir. Ülke ve bölgeler arası artan eşitsizlikler, bu eşitsizliklerin yoksullar başta olmak üzere, marjinal gruplar üzerindeki artan baskısı, yerel ve küresel ölçekte artan dengesizlikler, şiddet, ve suç oranlarının gittikçe artması, küresel ölçekteki sosyal, politik ve ekonomik açılardan yapılan ihlaller, artan mültecilik, aileye ilişkin zorluklar, boşanmaların artması, doğal ve insan eliyle oluşan felaketler de değişen dünyanın önemli sorunları haline gelmiştir. Güncel küresel sorunlar sosyal hizmet açısından daha güçlü bir birliği ve daha güçlü bir müdahaleyi gerektirmektedir. Organize olmak ve uluslararası düzeyde sorunlarla ilgilenebilmek için hepimizin paylaştığı ortak

değerlerden hareketle küresel sorunlara ilişkin müdahale strateji ve yöntemlerini hep beraber oluşturmalyız.

Bailey'e göre bu bağlamda 5 önemli konu ortaya çıkmaktadır:

1. Sosyal hizmet mesleği, aileler, gruplar, topluluklar ve genelde tüm toplum için gereklidir.
2. Sosyal hizmet uzmanları küresel düzeyde hizmet verebilecek, eşsiz şekilde yetiştirilmiş profesyonellerdir.
3. Sosyal hizmet uzmanları, insan yaşamının farklı dönemlerinin yarattığı sorunlara yönelik hizmetleri çok çeşitli düzeylerde yerine getirebilirler.
4. Sosyal hizmet mesleği önemli bir tehdit altındadır ki bu da mesleğin topluma ilişkin amaçlarını yerine getirme konusundaki kapasitesini sınırlandırmaktadır.
5. Küresel ölçekte, tüm hükümetler sosyal hizmet mesleğini destekleme sorumluluğundadır.

Bu tespitler ışığında örgütlü şekilde işbirliği sağlama inancımızı temel alarak küresel ölçekteki müdahale imkânlarımızı geliştirme yolunda açık ve etkili yöntemler geliştirmek durumundayız. Sosyal hizmet mesleği dünyada yüz yılı ülkemizde de elli yılı aşkın bir süreden beri birçok yaşamı zenginleştirmiş, bunu yaparken de geniş bir beceri yelpazesinden yararlanmış ve yararlanmaya devam etmektedir. Sosyal hizmete olan ihtiyaç çok süratli bir biçimde artmaktadır. Bu da önce yerel daha sonra küresel düzeyde dayanışmayı gerektirmektedir.

H.Ü. İ.İ.B.F. sosyal hizmet bölümünde 1961 yılından başlayan sosyal hizmet eğitimi için çok önemli olan ve sosyal hizmet alanındaki araştırmacılara, öğrencilere ve diğer disiplinlerdeki araştırmacı ve uzmanlara kaynaklık sağlayan sayısız makale ve 100'e yakın kitap üretilmiştir. Bu makale ve çalışmaların okuyucuya sunulmasında ya da şu an elinizde bulunan derginin bu boyuta ulaşmasında çok önemli roller üstlenen adeta mutfakta çalışan birçok kişi bulunmaktadır. Bunların başında, sosyal hizmet bölüm başkan yardımcısı Doç. Dr. Tarık Tuncay'a ve aynı bölümde öğretim görevlisi olarak görev yapan Dr. Ercüment Erbay'a özverili ve yoğun emekleri için teşekkür ederim. Ayrıca, dergimizin yayın komisyonunu oluşturan değerli öğretim üyeleri ve hakem olmayı kabul eden diğer öğretim üyelerimize teşekkür ederim. Sosyal hizmetin alanlarında başarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çalışmalarını (örnek vakalar, olgu sunumu, projeler) dergimizde yayınlamayı çok arzu ediyoruz. Gönderilen bu makalelerle dergimizin kalitesi birkat daha artacaktır.

Dergimizin uzun vadede uluslararası (SCI, Science Citation Index, SCI EXPANDED ve SSCI Social Science Citation Index, dergi statüsüne ulaşmak) arenada arzu edilen noktaya ulaşmasını diliyorum. Saygılarımla.

Prof. Dr. Vedat İŞIKHAN

H.Ü. İ.İ.B.F.

Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı

Araştırma

ANNE KARNINDAKİ BEBEK SAĞLIK DENETİM ODAĞI (AKBSDO) ÖLÇEĞİ: GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK ÇALIŞMASI

Fetal Health Locus of Control Scale: Reliability and Validity Study

Veli DUYAN*
Sevgi ÖZCAN**
Ayşegül CÖMERT OKUTUCU***

*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

***Dr., Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÖZET

*Sağlık denetim odağı anne adayının hamilelik sürecini kontrol edebilmesini vurgulamaktadır. Hamilelik dönemi üzerindeki denetim anne adayının doğum öncesi ve doğum sürecindeki deneyimlerini iyileştirmekle kalma-
yıp, doğum sürecini de etkilemektedir. Bu süreçte anne adayının tutumları büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte tutumları geçerli ve güvenilir bir ölme aracı ile değerlendirme gereksinimi hissedilir olmuştur. Bu gereksinimi karşılamak üzere gerçekleştirilen çalışma*

Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı (AKBSDO) Ölçeği'nin (Fetal Health Locus of Control Scale) Türkiye için geçerliliğini ve güvenilirliğini belirlemeyi amaçlamaktadır. Yapılan bu çalışmanın sonucunda AKBSDO Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Anne karnındaki bebek sağlığı, denetim odağı, tutum, ölçek.

ABSTRACT

Health locus of control emphasize the mother candidate's control over their pregnancy, Control over the pregnancy period not only improve mother candidate's antenatal and perinatal experiences, but may also lead to improvements in birth outcomes. In this process, attitudes of mother candidate's have great importance. However it is needed to evaluate the attitudes in a proper way with a valid and reliable vehicle. This study was conducted to satisfy this need and the main purpose of this study was to determine the validity and reliability of Fetal Health Locus of Control Scale in Turkish society. As a result of this study, it is determined that Fetal Health Locus of Control Scale is valid and reliable for Turkish society.

Key Words: Fetal health, locus of control, attitude, scale.

GİRİŞ

Sağlık davranışını açıklamaya yönelik kavramlardan biri olan "Denetim Odağı" kavramı ilk olarak sosyal öğrenme kuramında yer almıştır (Rosentock ve diğ., 1988:175-183; Cüceloğlu, 2007:421-2). Bu kavramı ilk kullanan ve araştırmalarıyla alanyazına girmesini sağlayan Julian Rotter (1954), insanların kendi yaşamlarını denetleyebilme güçleri bakımından birbirinden farklılıklar gösterdiklerini gözlemiştir. İnsanın kendi yaşamını denetleyebilmesi ne

demektir? Birey yapmak istediği davranış için gerekli gücü kendinde görüyor mu, yoksa bir başkasının iznini alması mı gerekiyor (Cüceloğlu, 2007:421-2)? Kişinin içinde bulunduğu durum, o bireyin davranışlarının sonucunda oluşmadığı zaman, şans, talih, kader, güçlü kimselerin kontrolü altında olma veya çevresindeki güçlerin büyük karmaşasından dolayı tahmin edilemezlik olarak algılanmaktadır. Olay, bir kişi tarafından bu şekilde yorumlandığı zaman bu inanç dıştan denetimli olarak ifade edilmektedir. Eğer kişi, olayı davranışlarının doğrudan sonucu ya da kendisinin kalıcı özellikleri olarak algıyorsa, bu inanç içten denetimli olarak adlandırılmaktadır (Tabak ve Akköse, 2006:118-130). İçten denetimlilik ucuna yakın olan kişi, çevresinin kendi denetimi altında olduğunu ve isterse yaşamını istediği yöne çevirebileceğine inanır. Dıştan denetimlilik ucuna yakın olan kişi çevresinde olup bitenleri etkilemekten kendisinin aciz olduğunu ve yaşamını kaderin belirlediğini, kendisinin elinden gelen bir şey olmadığını inanır. Colins, kişilerin yaşamlarının değişik yönlerinde farklı inançlarının olduğunu ve bu farklı inançların, onların belirli bir konuda iç veya dış merkezli bir kimse olmalarını etkilediklerini araştırmalarıyla göstermiştir (Cüceloğlu, 2007:421-2).

Denetim odağı konusunda yapılan araştırmalar, bunun iki kutuplu bir tek boyuttan çok "çok boyutlu" bir kavramallaştırmayla daha iyi anlaşılabilirliğine ilişkin kanıtlar ortaya çıkarmıştır. Buna bağlı olarak da denetim odağı ölçümleri üzerinde faktör analizi çalışmaları yapılmıştır. Ayrıca durum ya da bağlam değişkeninin de dikkate alınmasıyla "neyin kontrolü" sorusu üzerinde yoğunlaşan çabaların sonunda

Rotter'in geliştirdiği "İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği"nden (1966) sonra özel alanlarla ilgili birçok denetim odağı ölçekleri geliştirilmiştir (Dağ, 1991:10-16; Watson ve diğ., 1994:534-535). Sağlık alanında geliştirilen ölçeklerle yapılan çalışmalarda, sağlık denetim odağının birçok sağlık davranışı ve tutumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Örneğin; içsel denetim odağı ile algılanan sağlık, sağlık profesyonellerini olumlu algılama ve sağlıklıla ilgili bilgi arama ile pozitif yönde, irrasyonel (usdışı/akıl dışı) sağlık inançları ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (McDonald-Miszczak ve diğ., 2000: 189-207; Simoni ve Ng, 2002: 89-93; Wallston ve diğ., 1976: 215-222).

Deneysel ve ilişkisel araştırmalar, beklilikten yaşlılığa tüm yaşam dönemleri boyunca denetim algılarının, fiziksel ve ruhsal sağlık, başarı, kendilik değeri, kişisel uyum, başa çıkma becerileri gibi pek çok değişkenle ilgili olduğunu ve bunlar üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Tabak ve Akköse, 2006:118-130).

Kadınların önemli yaşam dönemlerinden biri olan gebelik hem anne hem de bebek sağlığını ilgilendirmesi açısından özel bir dönemdir. Toplumların sağlık düzeyini gösteren önemli ölçütlerden sayılan anne-bebek ölüm oranlarında son yıllarda iyileşme kaydedilmesine rağmen henüz istenen düzeylere ulaşamamıştır (WHO, 2011).

Anne ölüm oranını (mortalitesini) etkileyen faktörler arasında yoksulluk, risk eşitsizlikleri, hizmete ulaşamama, kültür, sağlık inançları ve tutumları sayılmaktadır (Wulandari ve Whelan, 2010). Bu faktörler aynı zamanda bebek ölüm oranını da etkileyecektir. Nitekim birçok çalışmada gebe kadınların sağlıklı

ilişkili davranışlarının bebeklerinin sağlığını etkilediği gösterilmiştir (Anderson ve diğ., 2006:101-106; Johnson ve diğ., 2006:1-23).

Gebe kadınların gebeliklerine karşı inanışları ve tutumları demir, folik asit kullanma, doğum öncesi test yaptırma, sağlık hizmetini kullanma gibi sağlıklı davranışlarda bulunup bulunmayacaklarını etkilemektedir (Wulandari ve Whelan, 2010). Denetim odağının doğum öncesi sağlık önerilerine uyumu etkilediği, ayrıca dışsal denetimi olan kadınların doğumlarının içsel denetimli olanlara göre daha uzun sürdüğü saptanmıştır (Ip ve Martin, 2006:821-827). Bu nedenlerle, hem anne hem de bebeğin sağlığını ilgilendiren gebelik dönemi, denetim odağını saptamanın ve uygun girişimlerde bulunmanın gerekli olduğu önemli evrelerden biridir. Labs ve Wurtele (1986) kadınların güçlü içsel inanışlarının olmamasının doğmamış çocuklarının sağlığını riske sokabileceğini belirtmişler ve kadınların doğmamış çocuklarının sağlığını belirlemede kişisel rolleri hakkındaki inançlarını saptamak için Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeğini (Fetal Health Locus of Control Scale) geliştirmişlerdir (Labs ve Wurtele, 1986: 814-819).

Bununla birlikte ülkemizde hamile kadınların fetustaki çocuklarına yönelik tutumları güvenilir ve geçerli bir biçimde ortaya koyacak bir ölçme aracının eksikliği de hissedilir olmuştur. Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı (AKBSDÖ) Ölçeği'nin bu gereksinimi büyük ölçüde karşılayacağı düşünülmektedir.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı Labs ve Wurtele tarafından 1986 yılında geliştirilmiş

olan Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı (AKBSDÖ) Ölçeği'nin (Fetal Health Locus of Control Scale) Türkiye için uyarlamasını yapmaktır. Böylece, ülkemizde yaşayan anne adaylarının denetim odağı algılarının ortaya konulması ve kendi sağlıkları üzerindeki öz denetimlerinin artırılması için uygun girişimlerde bulunulması mümkün olabilecektir.

ÇALIŞMA GRUBU

Tablo 1'de Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı (AKBSDÖ) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına katılan anne adaylarına ilişkin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 1'den de anlaşılacağı üzere uyarılama çalışması okur-yazar olmayan dan üniversite düzeyinde öğrenim gören, 27,73 yaş ortalamasına sahip, genel olarak çalışmayan, orta sosyo-ekonomik düzeyden gelen ve sosyal güvenceye sahip anne adayları üzerinde gerçekleştirilmiştir.

ANNE KARNINDAKİ BEBEK SAĞLIK DENETİM ODAĞI (AKBSDÖ) ÖLÇEĞİ: TANITIM

AKBSDÖ Ölçeği hamilelik döneminde sağlık davranışı için denetim odağını ölçmek için kullanılmaktadır. Ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin kullanım amacı hamilelik sırasında sağlık ile ilgili tavsiyeleri yerine getirmeye katkı sağlayabilecek faktörleri tahmin etmeyi kolaylaştırmaktır. AKBSDÖ Ölçeği ilk olarak 85 maddeden oluşturulmuştur; ancak yapılan analizler sonrasında 18 maddeden oluşan son hali verilmiştir. AKBSDÖ Ölçeği Bunlar İçsel Sağlık Denetim Odağı (1, 6, 8, 12, 15 ve

Tablo 1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

Öğrenim Durumu	S	%
Okur-yazar değil	18	7,0
İlköğretim	53	20,6
Ortaokul	70	27,2
Lise	84	32,7
Üniversite	32	12,5
Yaş *		
17-20	28	10,9
21-25	70	27,2
26-30	78	30,4
31-35	55	21,4
36 ve üzeri	26	10,1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	56	21,8
Çalışmıyor	201	78,2
Sosyo-Ekonomik Düzey		
Alt	28	10,9
Orta	216	84,0
Üst	13	5,1
Sosyal Güvence		
Yok	29	11,3
Var	228	88,7

* Ort=27,73; SS=5,68; En alt-En üst=17-42

17. maddeler), Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı (2, 4, 9, 11, 14 ve 16. maddeler) ve Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı (3, 5, 7, 10, 13 ve 18. maddeler) olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. AKBSDO Ölçeği özellikle hamilelik dönemindeki sağlıkla ilgili davranışları tahmin etme konusunda yararlıdır ve risk altında olabilecek kadınlar için geliştirilen müdahale programlarına olanak sağlamaktadır.

PUANLAMA

Çocuk büyütme çağındaki kadınların hamilelik dönemiyle ilgili çeşitli sağlık sorunlarıyla ilgili tutumlarını "içsel", "şans" ve güçlü diğerleri" olmak üzere üç farklı boyutta belirlemeye yönelik ölçekte, toplam on sekiz madde bulunmaktadır. Maddelerde belirtilen düşünceye, bireylerden "Hiç katılmıyorum

= 0", ile "Tamamen katılıyorum = 9" arasındaki derecelerde görüş bildirmeleri istenmektedir (Ek 1). Dolayısıyla her bir alt ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 54 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, "içsel güce", "şansa" ya da "güçlü diğerlerine" yönelik tutumların olumlu; düşük puanların ise olumsuz tutum olduğu anlamına gelmektedir. Ölçekle ilgili olarak bir norm çalışması yapılmamıştır; bu nedenle ölçek farklı gruptan gelen deneklerin tutumları arasında bir karşılaştırma yapmaya olanak sağlamaktadır.

GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK

Bu kesimde ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmasına ilişkin bilgiler verilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu, Ankara Üniversitesi ve Çukurova Üniversitesi'nde gebelik takibi yapılan toplam 257 anne

adayına uygulanarak güvenilirliği ve geçerliği belirlenmeye çalışılmıştır.

GÜVENİRLİK

Öncelikle ölçek, madde analizine alınmış ve madde özellikleri belirlenmiştir. Maddelerin toplam puanlar ile korelasyonları hesaplanmış ve Tablo 3'de son sütunda $\{r(jx)\}$ verilmiştir. Madde-toplam puan korelasyonlarının İçsel Sağlık Denetim Odağı için 0.401 ile 0.674; Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0.610 ile 0.748 ve Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0.326 ile 0.660 arasında değişmektedir. İstatistiksel olarak manidar olan korelasyon katsayıları, maddelerin ayrırcılığı için yeterli bulunmuştur.

Güvenirligi için, ölçekten alınan puanların tutarlılık derecesi ve ölçeğin homojenliğini belirlemek amacıyla iki yöntem başvurulmuştur. Bunlardan birincisi test-tekrar test yöntemidir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde gebelik takibi yapılan 29 anne adayına AKBSDO Ölçeği iki hafta arayla iki kez uygulandığında, anne adaylarının ölçekten aldıkları puanlar arasındaki korelasyon birinci boyut için 0.521 ($p=0.004$); ikinci boyut için 0.733 ($p=0.000$) ve üçüncü boyut için 0.536 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin farklı zamanlarda uygulanmasıyla elde edilen puanları arasında tutarlılık olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ölçek güvenilir olarak kabul edilmiştir. Ayrıca ikinci yöntem olarak ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha Katsayısı hesaplanmıştır. SPSS 16.0 ile maddelerin içtutarlılık katsayısı İçsel Sağlık Denetim Odağı için 0.802; Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0.876 ve Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0.750 olarak belirlenmiştir.

Test-tekrar test yöntemi ve içtutarlılık katsayısının her ikisi de yüksek bulunmuş ve bu nedenle AKBSDO Ölçeği'nin güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

GEÇERLİK

Dil Geçerliği: AKBSDO Ölçeği'nin uyarlanması aşamasında aşağıda belirtilen işlemler yapılmıştır. Orijinali İngilizce olan AKBSDO Ölçeği, Ankara, Çukurova ve Hacettepe üniversitelerinde akademisyen olan üç kişinin yanı sıra ÜDS puanı 90 üzeri olan iki doktora öğrencisine Türkçe çevirisi yaptırılmıştır. Daha sonra bu çeviriler bir araya getirilerek hepsinin ortak yönleri aranmış ve farklılık gösteren ifadeler, çeviri yapan kişiler ile görüşülerek ortak bir cümle haline getirilmiştir. Uzman görüşüne dayanarak oluşturulan Türkçe formu, öncekinden iki altı kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin orijinal hali ile tekrar İngilizce'ye çevrilmiş hali Ankara ve Çukurova Üniversitesinden birer akademisyene inceltilerilerek, ikisi arasında farklılığın olmadığı yönünde ortak görüşe varılmıştır. Uzman görüşü referans alınarak elde edilen ölçeğin Türkçe formu ile İngilizce formunun aynı anlamı ifade edip etmediğini, uygulamada görebilmek açısından, iyi derecede İngilizce bilgisine sahip 21 öğrenciye uygulanmış ve her iki ölçekten alınan puanlar arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı 0.919 ($p=0.000$) olarak bulunmuştur. Elde edilen korelasyon katsayısına ve uzman görüşlerine bakılarak ölçeğin çeviri açısından paralelliğin sağlandığı kabul edilmiştir.

Yapı Geçerliği: Yapı geçerliğini belirlemek amacıyla açımlayıcı faktör analizi (döndürülmüş) yapılmıştır. Faktör analizi ile ölçeğin, ölçmek istediği yapıyı

ölçüp ölçmediği belirlenmeye çalışılmıştır. Faktör analizine alınan değişkenlerin (maddelerin) kaç faktörde toplandığını belirlemek amacıyla öncelikle özdeğerlere (Eigenvalue) ve açıklanan yüzdelere bakılmıştır.

Tablo 2 incelendiğinde özdeğerleri 1.00'ın üzerinde üç bileşenin olduğu ve bunun da ölçeğin üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu anlaşılmaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere birinci bileşene ait özdeğer 5.474, ikincisinde 3.193 ve üçüncüsünde ise 1.483 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar AKBSDO Ölçeği'nin üç boyutlu olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin üç faktörü toplam değişkenliğin %56'sını açıklamaktadır. Tablo 2'de her maddenin madde-test korelasyonlarının büyüklüğüne göre verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde her üç faktörde yer alan her bir maddenin oldukça yüksek madde-ölçek korelasyonu olduğu görülmektedir. İçsel sağlık denetim odağı için en düşük madde-ölçek korelasyonunun 0.401 ile birinci maddede ve en yüksek ise 0.674 ile on ikinci maddede olduğu anlaşılmaktadır. Şansa bağlı sağlık denetim odağı için en düşük madde-ölçek korelasyonu 11. maddede (0.610), en yüksek on dördüncü maddede (0.748) olduğu görülmektedir. Son olarak güçlü diğerlerine bağlı sağlık denetim odağı için en düşük madde-ölçek korelasyonu 0.326 ile yedinci, 0.660 ile on üçüncü

maddededir. Her üç boyuta ilişkin olarak toplam varyansın açıklanma yüzdesinin yüksekliği AKBSDO Ölçeği'nin ölçmek istediği yapıyı ölçebildiğini gösterdiğinden dolayı geçerlidir.

Doğrulayıcı faktör analizi ile model-veri uyumuna ilişkin hesaplanan istatistiklerden en sık kullanılanları Ki-kare (c^2), c^2/sd , RMSEA, RMR, GFI ve AGFI'dir. Hesaplanan c^2/df oranının 5'ten küçük olması, GFI ve AGFI değerlerinin 0.90 dan yüksek olması, RMR and RMSEA değerlerinin ise 0.05 dan düşük çıkması, model-veri uyumunu göstermektedir (Jöreskog ve Sorbom, 1993; Marsh ve Hocevar, 1988). Bununla birlikte, GFI'nin 0.85'ten, AGFI nin 0.80'den büyük çıkması, RMR ve RMSEA değerlerinin 0.10'dan düşük çıkması, model veri uyumu için kabul edilebilir alt sınırlar olarak kabul edilmektedir (Anderson ve Gerbing, 1984; Cole, 1987; Marsh, Balla ve McDonald, 1988).

AKBSDO Ölçeği'nin geçerlik çalışması için yapılan doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen diyagram Şekil 1'de verilmiştir.

AKBSDO Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının uyumuna ilişkin istatistikler Tablo 3'te verilmiştir.

AKBSDO Ölçeği'nin kuramsal yapısına ilişkin kurulan model Şekil 1'de görülmektedir. Kurulan bu modelin uygunluğuna ilişkin yapılan doğrulayıcı faktör analizinden (Confirmatory Factor

Tablo 2. AKBSDO Ölçeği Maddelerinin Özdeğerleri ve Açıklanan Yüzdeleri

Bileşenler	Özdeğer	Açıklanan Var. %	Toplam %
1	5,474	30,413	30,413
2	3,193	17,740	48,153
3	1,483	8,239	56,393

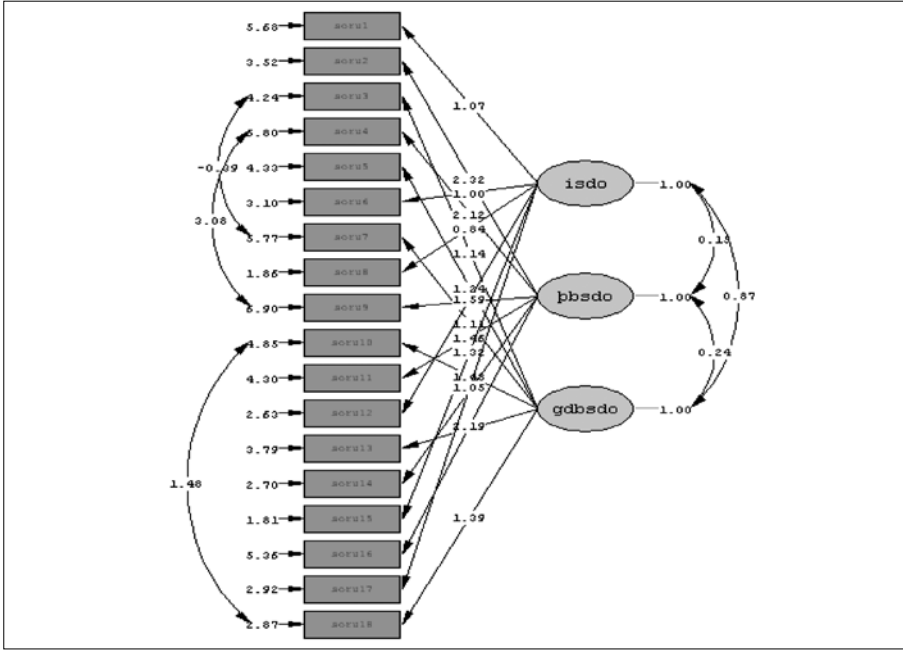
Tablo 3. AKBSDO Ölçeği'ndeki Maddelerin Madde-test Korelasyonları

Madde-ölçek	Güvenirlik Cronbach
Soru01	,401
Soru06	,565
Soru08	,541
Soru12	,674
Soru15	,669
Soru17	,613
Soru02	,738
Soru04	,719
Soru09	,702
Soru11	,610
Soru14	,748
Soru16	,610
Soru03	,527
Soru05	,530
Soru07	,326
Soru10	,445
Soru13	,660
Soru18	,482

Analysis) elde edilen uyum indeks sonuçlarına göre, model ve veri arasındaki uyum yüksektir. İyi bir uyum indeksi olmayan Ki-kare değeri manidar bulunmuştur; ancak bu durum modeldeki parametre fazla olduğundan beklenen bir durumdur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine olan bağımlılığını düzeltmek için bu değer serbestlik derecesine bölüldüğünde, elde edilen sonuç model-veri uyumuna işaret etmektedir. Buna ek olarak yine model-veri uyumu göstergelerinden olan CFI, NFI, AGFI değerlerinin 0.95 üzerinde olması da model ve veri uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, örneklemden bağımsız olarak SRMR değerinin olasılığını veren uyum indeksi IFI değeri 1.05 çıktığından, model-veri uyumunun mükemmel olduğu yorumu yapılabilir. Modelin standartlaştırılmış

hatalarına ilişkin model uyumunu veren SRMR değerinin 0.08'den küçük (Hu ve Bentler, 1999) olması da modelle veri uyumunun güçlü bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca RMSEA değerinin %90 olasılıklı güven aralığının 0.068-0.089 olması, model-veri uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Model – veri uyumuna ilişkin değerlerin tamamı dikkate alındığında, kurulan modelin veriyle mükemmel yakın uyum verdiği, bu nedenle ölçeğin yapısal geçerliğe sahip olduğu söylenebilir. Ölçeği oluşturan maddelerin anne karnındaki bebek sağlık denetim odağını değerlendirme örtük değişkenini ölçebildiği kabul edilebilir görülmektedir.

Benzer Ölçekler Geçerliği: Benzer ölçekler geçerliğini belirlemek amacıyla, 38 anne adayına AKBSDO Ölçeği ile



Şekil 1. AKBSDO Ölçeği'nin Sorularına Uygulanan Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı

birlikte Wallston ve Wallston (1978) tarafından geliştirilen ve uyarlaması Akköse 2004 tarafından yapılan Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı (ÇYSDO) Ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçek AKBSDO Ölçeği ile benzer özellikleri ölçtüğünden ölçüt olarak alınmıştır. Anne adaylarının ÇYSDO Ölçeği (İçsel) aldıkları puanlar ile AKBSDO (İçsel Sağlık Denetim Odağı) Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon), $r = 0.450$ ($p=0.005$); ÇYSDO Ölçeği (Şans) aldıkları puanlar ile AKBSDO (Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı) Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon), $r = 0.508$ ($p=0.001$) ve ÇYSDO Ölçeği (Diğerleri) aldıkları puanlar ile AKBSDO (Güçlü Diğerlerine Bağlı

Sağlık Denetim Odağı) Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon), $r = 0.482$ ($p=0.002$) olarak bulunmuştur. Her üç katsayı ÇYSDO Ölçeği ile benzerlik gösterdiğini; bu nedenle benzer ölçekler geçerliğine sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

SONUÇ

AKBSDO Ölçeği'ni oluşturan maddelerin istendik özelliklerde olması, ölçeğin güvenilirliğinin ve geçerliğinin yüksek olması, bu ölçeğin Türkiye'de hamilelerin hamilelik dönemindeki bebeklerine karşı tutumları belirlemede kullanılabileceğini göstermektedir. Ölçeğin bu özelliklerinin orijinal haliyle benzerlik göstermesi, Türkçe formunun Türkiye'de kullanılabileceğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

- Akköse, K. (2004). Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına yansımaları (Ankara Kanuni Lisesi Örneği). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Anderson, J.C. ve Gerbing D.W. (1984). The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika*, 49, 155-173.
- Anderson, J.E., Shahul E., Floyd L., Atrash H. (2006). Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period—United States, 2002–2004, *Matern Child Health J*, 10,101-106. doi: 10.1007/s10995-006-0093-z.
- Cole, D.A. (1987). Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 1019-1031.
- Cüceloğlu, D. (2007). *İnsan ve davranışı- psikolojinin temel kavramları* (16.basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Dağ, İ. (1991). Rotter'in iç-diş kontrol odağı ölçeğinin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği, *Psikoloji Dergisi*, 7 (26), 10-16.
- Hu, L, -T., ve Bentler, P.M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Ip, W.Y., Martin, C.R. (2006). The chinese version of multidimensional health locus of control scale form c in pregnancy, *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 821-827.
- Johnson, K., Posner, S.F., Biermann J., Cordero, J.F., Atrash, H.K., Parker, C.S., Boulet, S., Curtis, M.G. (2006). Recommendations to improve preconception health and health care --- United States. A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care, *MMWR*, 55(RR06), 1-23.
- Jöreskog, K.G. ve Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural Equation Modeling With the Simplis Command Language*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Labs, S.M., Wurtele, S.K. (1986). Fetal health locus of control scale: development and validation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 814-819.
- Marsh, H.W. ve Hocevar, D. (1988). A new more powerful approach to multitrait-multimethod analyses: application of second-order confirmatory factor analysis. *Journal of Applied Psychology*, 73 107-117.
- Marsh, H.W., Balla, J.R., ve McDonald, R.P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: the effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103, 391-410.
- McDonald-Miszczak, L., Maki, S.A., Gould O.N. (2000). Self-reported medication adherence and health status in late adulthood: the role of beliefs, *Experimental Aging Research*, 26, 189-207.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model, *Health Education Quarterly*, 15(2),175-183.
- Simoni, J.M. ve Ng, M.T. (2002). Abuse, health locus of control, and perceived health among hiv-positive women, *Health Psychology*, 21, 89-93.
- Tabak, R.S. ve Akköse, K. (2006). Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(2),118-130.
- Wallston, K.A., Mades, S., Wallston, B.S. (1976). Health-related information seeking as a function of health related locus of control and health value, *Journal of Research in Personality*, 10, 215-222.
- Wallston, K.A., Stein, M.J., Smith, C.A. (1994). Form C of the mhlc scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63 (3), 534-553.
- Wallston, K.J., Wallston, ve DeVellis, R. (1978). *Health education monographs*, 6, 160-170.
- World Health Organization (2011). Country statistics Turkey: Country profiles. maternal, neonatal and child health. Erişim tarihi 7.09.2011 Erişim adresi: http://www.who.int/gho/countries/tur/country_profiles/en/index.html
- Wulandari, L.P.L. ve Whelan, A.K. (2010). Beliefs, attitudes and behaviours of pregnant women in Bali, *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2010.09.005.

Ek 1: Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı (AKBSDO) Ölçeği

Aşağıda doğacak çocuğunuzla ilgili sorular bulunmaktadır. Her bir soruyu dikkatle okuyunuz ancak üzerinde fazla zaman harcamayınız ve soruda belirtilen ifadeye katılma derecenizi belirleyiniz. Belirtilen ifadeye kesinlikle katılmıyor iseniz 0, tamamen katılıyor iseniz 9 puan veriniz. Her ikisi arasında bir katılma dereceniz var ise size en uygun olduğunu düşündüğünüz yanıt karşılık gelen puanı belirtiniz. Ölçeğin kişisel inançlarınızla ilgili olduğunu bu nedenle doğru ya da yanlış yanıt olmadığını aklınızdan çıkarmayınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kesinlikle katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Biraz katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum

Madde	Katılma Derecesi
1. Yetkin sağlık profesyonelleri tarafından verilen doğum öncesi kurslara katılarak sağlıklı, normal bir bebeğe sahip olma şansımı büyük ölçüde arttırabilirim.	
2. Hamileyken kendime mükemmel baksam bile, bebeğimin normal mi anormal mi olacağını kader belirleyecektir.	
3. Hamileliğim sırasında doktorumun bana söylediği her şeyi yaparsam bebeğim sağlıklı doğacaktır.	
4. Eğer bebeğim sağlıksız ya da anormal doğarsa, doğa bunun böyle olmasını istediği içindir.	
5. Doğacak bebeğimin sağlığı için, sağlık profesyonellerinden hizmet almam gerekir.	
6. Doğacak çocuğumun sağlığı hamilelik dönemindeki beslenme alışkanlıklarımdan ciddi şekilde etkilenebilir.	
7. Sağlık profesyonelleri, doğacak çocuğumun sağlığından sorumludur.	
8. Hamilelik döneminde hastalandığımda, doğacak çocuğumun sağlığını koruyabilmek için yapabileceğim en iyi şey doktoruma danışmaktır.	
9. Hamileyken ne yaparsam yapayım bebeğimin normal olup olmayacağını doğa kanunları belirleyecektir.	
10. Hamilelik dönemindeki davranışlarıma ilişkin tavsiye vermeye yetkili kişiler sadece doktor ve hemşirelerdir.	
11. Çocuğumun sağlığını Tanrı belirleyecektir.	
12. Hamile kalmadan önce kendime nasıl bakacağımı öğrenmem çocuğumun sağlıklı doğmasına yardımcı olacaktır.	
13. Bebeğimin sağlığı, sağlık profesyonellerinin elindedir.	
14. Doğacak çocuğumun sağlığını kader belirler.	
15. Bebeğim doğuncaya kadar yapacağım şeyler bebeğimin sağlığını etkileyebilir.	
16. Bana göre düşük yapmak, bebeğimin yaşamasının kaderinde olmadığı anlamına gelir.	
17. Hamile kalmadan önce, sağlıklı, normal bir çocuğa sahip olmak için hamilelik döneminde yapmam ya da yapmamam gereken belirli şeylerin ne olduğunu öğrendim.	
18. Sadece sağlık profesyonelleri, hamilelik döneminde ne yapmam ve ne yapmamam gerektiğini bana söyleyebilir.	

Araştırma

ÖZ-DENETİM ÖLÇEĞİ - ÖDÖ: GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK ÇALIŞMASI

Self-Control Scale – SCS: Reliability and Validity Study

Veli DUYAN*
Çiğdem GÜLDEN**
Selahattin GELBAL***

*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

**Bilim Uzmanı

***Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi
Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü

ÖZET

Öz-denetim, kişinin kendisi ve dünya arasında daha iyi, daha ideal uyuma sahip olması için kendini değiştirme ve uyarlama kapasitesi olarak değerlendirilmektedir. Bu yönüyle öz-denetim, insanın kişilik yapısında en önemli ve en yararlı süreçlerden biridir. Ancak insanların öz-denetim kapasitelerinde bireysel farklılıklar bulunmaktadır. Öz-denetimi düşük olan ve öz-denetimi yüksek olan insanlar, dünyalarını farklı biçimlerde yapılandırmaktadır. Bununla birlikte, insanların öz-denetim durumlarını geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı ile değerlendirme gereksinimi hissedilir olmuştur. Bu gereksinimi karşılamak üzere gerçekleştirilen çalışma, Rosenbaum (1980) tarafından geliştirilen Öz-

Denetim (Self-Control Schedule) Ölçeği'nin Türkiye için geçerliliğini ve güvenilirliğini belirlemeyi amaçlamaktadır. Yapılan bu çalışmanın sonucunda, Öz-Denetim Ölçeği'nin üç boyuttan oluştuğu, Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Öz-denetim, ölçek, geçerlik ve güvenilirlik.

ABSTRACT

Self-control is regarded as one's capacity to change and adapt the self to have a better and optimal fit between self and the world. In this way, self-control is one of the most important and beneficial processes in personality structure. However, there are individual differences in people's capacity for self-control. People with high self-control and low self-control structure their worlds in different ways. In this manner, there is a need to evaluate people's self-control with a valid and reliable assessment instrument. The study which has been done to fulfill that need aims to determine the validity and reliability for Turkey of self-control schedule developed by Rosenbaum (1980). At the end of the study, it has been found out that the schedule consists of three dimensions and it is valid and reliable for Turkish society.

Key Words: Self-control, schedule, reliability and validity.

GİRİŞ

İnsanlar, hoşlandıkları deneyimlerin peşinde koşarken, hoşlanmadıklarından kaçınırlar. Bu durum, hangi terimle açıklanırsa açıklansın, insanların olumlu deneyimlerini en üst düzeye çıkarmak isterken, olumsuz olanları minimize indirme isteğine sahip olması, psikolojinin en temel ve değişmez yasasıdır (Alicke ve Sedikides, 2009). Ancak insanların dürtülerini görmezden gelme yeteneği olmasaydı, insanlar pek çok

şeyi başaramazdı. Örneğin, para biriktirme, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürme, bir tartışmayı çözme, öz-denetim olmaksızın boşuna çabalar olmuş olurdu (Tullett ve Inzlicht, 2010).

Öz-denetimin, insanın kişilik yapısındaki en önemli ve en yararlı süreçlerden biri olduğu ileri sürülmektedir (Mehta, 2010). Öz-denetim, kişinin kendisi ve dünya arasında daha iyi, daha ideal uyuma sahip olması için kendini değiştirme ve uyarılma kapasitesi olarak değerlendirilmektedir. Öz-denetim, kişinin içinden gelen tepkileri bastırma ya da değiştirme becerisinin yanı sıra istenmeyen davranışsal eğilimleri bölme ve onları sergilemekten de kaçınmasıdır (Tangney, Baumeister ve Boone, 2004). Öz-denetim ya da öz-düzenleme, davranış üzerinde kontrol sergileme kapasitesi olarak da tanımlanabilmektedir. Öz-denetim, uzun vadede zarar verici, mantıksız ya da istenmeyen davranışları bastırmayı gerektirmektedir (Oaten ve Cheng, 2006). Öz-denetim, kişiye yaşamında olumlu sonuçlar elde etmede geniş bir çerçevede katkı sağlayıcı olmalıdır. İnsanların öz-denetim kapasitelerinde bireysel farklılıklar bulunmaktadır. Bazı insanlar, hayatlarını idare etme, öfkelerine hâkim olma, verdikleri sözleri yerine getirme, diyetlerini sürdürme, birkaç içkiden sonra içmeyi kesme, para biriktirme, işlerinin üstesinden gelme, sır saklama vb durumlarda diğerlerinden daha iyi olabilmektedir (Tangney, Baumeister ve Boone, 2004).

Öz-denetim başarısızlığı ise, karar alma ve genel hedef ve değerleriyle tutarlı biçimde harekete geçirme yetersizliği olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, insan davranışının en kafa karıştırıcı görüngülerinden birini yansıtmaktadır. Yapmama niyetleri olmasına

rağmen, diyet yapanlar şişmanlatıcı yiyecekler yemekte, tüketiciler güçlerinin yettiğinden daha fazla para harcamakta, sigara içenler sigara içmeye devam etmekte ve hareketsiz yaşam sürenler egzersiz yapmamaktadır (Fujita, 2011).

Öz denetimin nasıl sağlandığı ise uzun süredir tartışma konusudur. Psikolog ve filozoflar tarafından uzun süre tartışılan bir olasılık, dildir. İnsanların kullandıkları dil (iç ses), dürtüleri denetim altına almaya ve en önemli hedeflerin peşinden gitmeye yardımcı olmaktadır. Gelişim psikologu Vygotsky (1962) içsel sesin esasen öz düzenleyici olduğunu ve bu sesin, eylemleri denetlemeye yardımcı olma amacına hizmet ettiğini öne sürmektedir. Vygotsky'ye göre öz-denetim, belirli bir hedefe hizmet etmede eylemlerin rehberliğini içeren geniş çaplı betimlenen bir yetenektir (Tullett ve Inzlicht, 2010). Ancak, günümüz psikolojisinde, öz-denetim, dürtülerin üstesinden gelme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Sherman ve diğerleri, 2008; akt: Tullett ve Inzlicht, 2010).

Kendilerini denetlerken insanların neyi denetim altına aldığı da dikkate alınması gereken bir başka konudur. Friese ve Hofmann (2009) yapmış oldukları çalışmada, öz-denetimdeki ve davranışın dürtüsel öncüllerindeki bireysel farklılıkları incelemiştir. Beklenildiği gibi, dürtüsel öncüller, öz-denetimi düşük olan bireylerde davranışa dönüşürken, öz-denetimi yüksek olan bireylerde davranışa dönüşmemiştir. Bu sonuçlar, kendini düzenleme davranışında dürtüler ve öz-denetim özelliği arasındaki dinamik etkileşimi göstermektedir. Ayrıca, Sinha, Nayyar ve Sinha (2002)'nin yapmış oldukları çalışmada, yüksek öz-denetimli katılımcıların, düşük öz-denetimli katılımcılardan daha yüksek

oranda algılanan denetim ifade ettikleri görülmüştür. Benzer şekilde, Schmeichel ve Zell (2007)'in yapmış oldukları çalışma, daha düşük öz-denetim özelliğine sahip olanlara göre daha yüksek öz-denetim özelliğine sahip olanların ağır basan tepki eğilimlerini görmezden gelmede daha iyi olduklarını göstermiştir. Bununla birlikte; Fujita (2011) öz-denetimin mutlak ve kesin bir biçimde iyi bir şey olmadığına da dikkat çekmektedir. Bir hedefi gerçekleştirmek için çok istekli olma diğer önemli hedeflerin yerine getirilememesine yol açabilmektedir. İnsanlar önemsiz ve zarar verici hedeflerin peşinden de koşabilmektedir. Öz-denetim, değerli bir hedefe ulaşma ihtimalini geliştirebilmektedir; ancak bu hedefe ulaşmak, mutlaka uyarlanabilir ya da işlevsel değildir. Bundan dolayı, öz-denetimin yerleşik algıda iyi olup olmadığı, incelikli bir değerlendirme gerektirmektedir.

Rosenbaum (1993) öz-denetim davranışlarının onarıcı öz-denetim (redressive), yenileyici öz-denetim (reformative) ve yaşantısal özdenetim (experiential) olmak üzere başlıca üç işlevinin olduğuna işaret etmektedir. Onarıcı öz-denetim, bireyin amaca yönelik davranışlarını etkileyen duygularını, acılarını ve bilişlerini denetleyebildiği davranışları içermektedir. Bu davranışlar, aksaklıkları yeniden düzenler ve bireyin denge kurmasına yardımcı olur, bir başka ifadeyle onarıcı ya da tamir edicidir. Yenileyici öz-denetim, bireylerdeki değişim sürecine rehberlik edecek davranışlara karşılık gelmektedir. Yenileyici ya da yeniden şekillendirmenin odağı dengesizliğe yol açan davranışlardır. Yaşantısal öz-denetim, bireyin bilişsel denetim sürecinin sonuçlarının üstesinden gelerek müzik, sanat, spor gibi

keyif verici etkinliklere yönelmeyi sağlayan davranışlarını kapsamaktadır.

Öz-denetimi düşük olan ve öz-denetimi yüksek olan insanlar, dünyalarını farklı biçimlerde yapılandırmaktadırlar. Öz-denetimi düşük insanlar, çoğu davranışı külfetli ve zor olarak algılamaktadırlar. Öz-denetimi yüksek olan insanlar, çoğu davranışı iddialı ve ödüllendirici olarak görmektedirler (Mehta, 2010). Düşük düzeyde öz-denetime sahip olan kişiler, tutumcul ve davranışsal özelliklerin birleşimini sergilemektedirler. Onlar (1) burada-şimdi yönelimine sahip olma; ertelenmiş hazzın tersine hemen isteme eğilimindedirler; (2) kolay ve basit görevleri tercih ederler ve çaba, kararlılık ve azim gerektiren etkinliklerden hoşlanmazlar; (3) ihtiyatlı ve akılcı olanlardan çok riskli ve heyecan verici davranışlarda bulunurlar; (4) sosyal kurumlarda yatırım yapmanın uzun önemli faydalarını görmezler; (5) az beceri ve planlama gerektiren işlerden etkilenirler; (6) kırıncı, duyarsız, çabuk sinirlenen, bencil ve başkalarına karşı anlayışsızdırlar (DeLisi, Beaver, Vaughn, Trulson, Kosloski, Drury, Wright, 2010: 32).

Öz-denetim pek çok araştırmaya da konu olmuştur. İyi öz-denetim azaltılmış öfke ve suç, daha iyi psikolojik düzenleme, akıllı sağlığı, akademik performans, kişisel ilişkiler, daha az finansal ve yeme bozuklukları, alkol, nikotin ya da diğer madde kullanım bozuklukları gibi dürtü kontrol problemleriyle ilişkilendirilmiştir (Friese ve Hofmann, 2009). Tangle ve arkadaşları (2004)'nın geliştirmiş oldukları ölçekte ise öz-denetimden alınan yüksek puanların daha iyi not ortalaması, daha iyi düzenleme (daha az psikopatoloji, daha yüksek özsayı), daha az aşırı yeme ve alkol istismarı, daha iyi ilişkiler ve kişilerarası beceriler, güvenli

bağlanma ve daha yerinde duygusal tepkilerle ilişkili olduğunu göstermiştir.

Öz-denetim durumu ve madde kullanımı ve madde kullanımıyla ilgili davranışlar arasındaki ilişkilerin incelendiği bir çalışmada, öz-denetimi düşük olan öğrenciler, önemli ölçüde uyuşturucu maddeler kullandıklarını ve sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Öz-denetimi düşük olan öğrenciler, anne-babalarında şiddet görmeye maruz kaldıklarını ve okuldan kaçmaya eğilimli olduklarını ifade etmişlerdir. Bu öğrenciler arasında, düşük öz-denetim, niyet ve uyuşturucu madde kullanımına karşı tutumlarda ters bir ilişki bulunmuştur. Düşük öz-denetime sahip ergenlerin, madde kullanımına daha eğilimli oldukları görülmüştür (Allahverdi pour, Hidarnia, Kazamnegad, Shafii, Fallah, Emami, 2006). Benzer şekilde, başka bir çalışmada, öz-denetim ve alkol tüketimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada, öz-denetim ve üniversite öğrencilerinin alkol kullanımları arasında bir bağ olduğu tespit edilmiştir (Wolfe ve Higgins, 2008). Öz-denetim ve dijital telif hakkı ihlali arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılan bir çalışmada, dijital telif hakkı ihlali yapmaya eğilimli olanların düşük öz-denetime sahip oldukları görülmüştür (Higgins, Wolfe ve Marcum, 2008).

Ezinga, Weerman, Westenbergb ve Bijleveld (2008) düşük öz-denetimin uygunsuz davranış ve suç işleme ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Başka bir çalışmada, düşük öz-denetimin, ihtiyatsız davranıştan çok suçun daha güçlü yordayıcısı olduğu görülmüştür (Arneklev, Elis ve Medlicott, 2006). Mischel, Shoda ve Peake (1988) 4 ya da 5 yaşında hazzı erteleme yeteneğinin 10 yıl sonraki akademik başarı oranını

yordadığını bulmuştur (Schmeichel ve Zell, 2007). Öz-denetim düzeyi aile yapısına göre değişmektedir. İki biyolojik anne-babayla yaşayan çocuklar, tekrar kurulan ailelerde ve anne babadan biriyle yaşayanlardan daha yüksek düzeyde öz-denetime sahip oldukları görülmüştür. Ancak, büyütme ve aile ortamını benimsemenin de öz-denetimle olumlu yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Phythian, Keane ve Krull, 2008). Anne-babadan alınan desteğin düşük öz-denetim ve sapkınlık arasındaki ilişkiyi tamamıyla azaltmadığı ise başka bir çalışmadan elde edilen bulgular arasındadır (Higgins ve Boyd, 2008).

Rosenbaum (1980) tarafından geliştirilen Öz-Denetim Ölçeği (Self-Control Schedule) insanların öz-denetim becerisini etkili ve kuram temelli değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Türkiye'de insanların öz-denetim becerisini güvenilir ve geçerli bir biçimde ortaya koyacak bir ölçme aracına gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle Öz-denetim Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının bu gereksinimi büyük ölçüde karşılayacağı düşünülmektedir.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı Rosenbaum (1980) tarafından geliştirilmiş olan Öz-Denetim Ölçeği'nin (Self-Control Schedule) Türkçe uyarlamasını yapmaktır.

Çalışma Grubu

Tablo 1'de Öz-Denetim Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına katılan üniversite öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 1'den de anlaşılacağı üzere uyarlama çalışması üniversitelerin farklı

Tablo 1. Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	S	%
Bölümü		
Sınıf	542	30,2
Psikolojik Danışma ve Rehberlik	288	16,0
Okul öncesi	201	11,2
İngilizce	183	10,2
Fen bilgisi	93	5,2
Zihinsel Engelliler	79	4,4
Hemşirelik	63	3,5
Sosyal Hizmet	62	3,5
Diğer (Batı Dilleri, BÖTE, DKAB, Fizik, Kimya, Matematik, Sosyal Bilgiler, Türkçe)	285	15,9
Cinsiyet		
Kadın	1290	71,8
Erkek	506	28,2
Yaş *		
18	76	4,2
19	263	14,6
20	434	24,2
21	458	25,5
22	309	17,2
23	148	8,2
24	71	4,0
25 ve üzeri	37	2,1
Sınıf		
1	466	25,9
2	618	34,4
3	409	22,8
4	303	16,9
Doğum Yeri		
Kır	369	20,5
Kent	1130	62,9
Metropol	297	16,5

* Ort=20,91; SS=1,69; En alt-En üst=18-35

bölümlerinde okuyan ve yaş ortalaması 20,91 (SS=1,69) olan 1796 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Öz-Denetim Ölçeği:

Tanıtım

Öz-Denetim Ölçeği (Rosenbaum, 1980) insanların öz-denetim davranışlarına ilişkin repertuarını ve bu repertuarı günlük yaşamda sorunlarla karşılaştığı zaman kullanma eğilimini

ölçmek için kullanılmaktadır. Ölçek insanların kaygı, acı, öfke ve sıkılma gibi duygusal ve fizyolojik tepkilerini denetleyebilmek için bilişlerini kullanma ve kendilerini ifade etme; sorun çözme işlemlerini (planlama, problemi tanımlama, seçenekleri değerlendirme, sonuçları tahmin etme gibi) kullanma; yakın zamanlı memnuniyeti erteleme (karar vermeden önce seçenekleri keşfetme gibi) ve öz-yeterlilik algısını tahmin etmeyi kolaylaştırmaktır.

Puanlama

İnsanların öz-denetim davranışlarına ilişkin repertuarını ve bu repertuarı günlük yaşamda sorunlarla karşılaştığı zaman kullanma eğilimini üç farklı boyutta belirlemeye yönelik ölçekte, toplam 36 madde bulunmaktadır. Maddelerde belirtilen ifadeye, bireylerden “Bana tamamen uyuyor + 3”, ile “Bana tamamen uymuyor - 3” arasındaki derecelerde görüş bildirmeleri istenmektedir (Ek 1). Öz-Denetim Ölçeği tek boyutlu (unidimensional) olarak hazırlanmış olmasına rağmen, bu çalışmada dolaylı, yaşantısal ve onarıcı olmak üzere üç boyut belirlenmiştir. Dolayısıyla Yaşantısal Öz-Denetim ve Onarıcı Öz-Denetim alt ölçeklerinden alınabilecek toplam puan -33 ile +33 arasında; Yenileyici Öz-Denetim alt ölçeğinden alınabilecek toplam puan -42 ile +42 arasında ve Öz-Denetim Ölçeği'nin tamamından alınabilecek toplam puan -108 ile +108 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar öz-denetim düzeyinin yüksek; düşük puanların ise öz-denetim düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmektedir. Ölçekle ilgili olarak bir norm çalışması yapılmamıştır; bu nedenle ölçek farklı gruptan gelen deneklerin tutumları arasında bir karşılaştırma yapmaya olanak sağlamaktadır.

Güvenirlilik ve Geçerlik

Bu kesimde ölçeğin güvenirlik ve geçerlik çalışmasına ilişkin bilgiler verilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu, 1796 üniversite öğrencisine uygulanarak güvenirliği ve geçerliği belirlenmeye çalışılmıştır.

Güvenirlilik

Öncelikle ölçek, madde analizine alınmış ve madde özellikleri belirlenmiştir.

Maddelerin toplam puanlar ile korelasyonları hesaplanmış ve Tablo 3'de son sütunda $\{r(jx)\}$ verilmiştir. Madde-toplam puan korelasyonları Yaşantısal Öz-Denetim boyutu için 0.371 ile 0.617; Yenileyici Öz-Denetim boyutu için 0.262 ile 0.500 ve Onarıcı Öz-Denetim boyutu için 0.249 ile 0.503 arasında değişmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olan korelasyon katsayıları, maddelerin ayırıcılığı için yeterli bulunmuştur.

Güvenirliliği için, ölçekten alınan puanların tutarlılık derecesi ve ölçeğin homojenliğini belirlemek amacıyla iki yöntem başvurulmuştur. Bunlardan birincisi test-tekrar test yöntemidir. Sosyal Hizmet Bölümü ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölümünde okuyan 95 öğrenciye Öz-Denetim Ölçeği iki hafta aryla iki kez uygulandığında, öğrencilerin ölçekten aldıkları puanlar arasındaki korelasyon Yaşantısal Öz-Denetim boyutu için 0.816 ($p=0.000$); Yenileyici Öz-Denetim boyutu için 0.733 ($p=0.000$), Onarıcı Öz-Denetim boyutu için 0.717 ($p=0.000$) ve Öz-Denetim Ölçeği'nin tamamı için 0.809 ($p=0.000$) olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin farklı zamanlarda uygulanmasıyla elde edilen puanları arasında tutarlılık olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ölçek güvenilir olarak kabul edilmiştir. Ayrıca ikinci yöntem olarak ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha Katsayısı hesaplanmıştır. SPSS 16.0 ile maddelerin iç tutarlılık katsayısı Yaşantısal Öz-Denetim boyutu için 0.836; Yenileyici Öz-Denetim boyutu için 0.758 ve Onarıcı Öz-Denetim boyutu için 0.725 ve ölçeğin tamamı için 0.809 olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test yöntemi ve iç tutarlılık katsayısının her ikisi de yüksek bulunmuş ve bu nedenle Öz-denetim Ölçeği'nin güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

GEÇERLİK

Dil Geçerliği: Öz-denetim Ölçeği'nin uyarlanması aşamasında aşağıda belirtilen işlemler yapılmıştır. Orijinali İngilizce olan Öz-Denetim Ölçeği, Ankara ve Hacettepe üniversitelerinde akademisyen olan üç kişinin yanı sıra ÜDS puanı 90 üzeri olan iki doktora öğrencisine Türkçe çevirisi yaptırılmıştır. Daha sonra bu çeviriler bir araya getirilerek hepsinin ortak yönleri aranmış ve farklılık gösteren ifadeler, çeviri yapan kişiler ile görüşülerek ortak bir cümle haline getirilmiştir. Uzman görüşüne dayanarak oluşturulan Türkçe formu, öncekinden iki altı kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin orijinal hali ile tekrar İngilizce'ye çevrilmiş hali Ankara ve Hacettepe Üniversitesinden birer akademisyene incelettirilerek, ikisi arasında farklılığın olmadığı yönünde ortak görüşe varılmıştır. Uzman görüşü referans alınarak elde edilen ölçeğin Türkçe formu ile İngilizce formunun aynı anlamı ifade edip etmediğini, uygulamada görebilmek açısından, iyi derecede İngilizce bilgisine sahip 35 öğrenciye uygulanmış ve her iki ölçekten alınan puanlar arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı 0.895 ($p=0.000$) olarak bulunmuştur. Elde edilen korelasyon katsayısına ve uzman görüşlerine bakılarak ölçeğin çeviri açısından paralelliğin sağlandığı kabul edilmiştir.

Yapı Geçerliği: Faktör analizi yapılmadan önce verilere Bartlett testi uygulanmıştır. Bartlett testine göre k-kare değerinin manidar ($k\text{-kare}=6944,63$; $p=0.001$) olduğu saptanmıştır. Aynı

zamanda KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değerinin oldukça yüksek olduğu (0.821) oldukça belirlenmiştir. KMO değerinin yüksek çıkması ve Bartlett testinin manidar olması örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak uygun olduğu söylenebilir. Bu verilere dayalı olarak yapı geçerliğini belirlemek amacıyla açıklayıcı faktör analizi döndürülmüş) yapılmıştır. Faktör analizi ile ölçeğin, ölçmek istediği yapıyı ölçüp ölçmediği belirlenmeye çalışılmıştır. Faktör analizine alınan değişkenlerin (maddelerin) kaç faktörde toplandığını belirlemek amacıyla öncelikle özdeğerlere (Eigenvalue) ve açıklanan yüzdelere bakılmıştır.

Tablo 2 incelendiğinde özdeğerleri 1.00'in üzerinde üç bileşenin olduğu ve bunun da ölçeğin üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu anlaşılmaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere birinci bileşene ait özdeğer 4.014, ikincisinde 3.492 ve üçüncüsünde ise 3.261 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar Öz-denetim Ölçeği'nin üç boyutlu olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin üç faktörü toplam değişkenliğin %29.91'ini açıklamaktadır. Tablo 2'de her maddenin madde-test korelasyonlarının büyüklüğüne göre verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde her üç faktörde yer alan her bir maddenin oldukça yüksek madde-ölçek korelasyonu olduğu görülmektedir. Yaşantısal Öz-Denetim boyutu için en düşük madde-ölçek korelasyonunun 0.371 ile altıncı maddede ve en yüksek ise 0.617 ile dördüncü maddede olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 2. Öz-denetim Ölçeği Maddelerinin Özdeğerleri ve Açıklanan Yüzdeleri

Bileşenler	Özdeğer	Açıklanan Var. %	Toplam %
1	4,014	11,151	11,151
2	3,492	9,700	20,851
3	3,261	9,059	29,910

Tablo 3. Öz-denetim Ölçeği'ndeki Maddelerin Madde-test Korelasyonları

Yaşantısal Öz-Denetim Cronbach Alpha ,836		Yenileyici Öz-Denetim Cronbach Alpha ,758		Onarıcı Öz-Denetim Cronbach Alpha ,725	
Madde No	Madde-ölçek	Madde No	Madde-ölçek	Madde No	Madde-ölçek
md04	,617	md01	,332	md03*	,165
md06	,371	md02	,290	md05	,499
md08	,512	md07	,401	md13	,503
md09	,520	md10	,410	md15	,393
md14	,450	md11	,418	md17	,448
md16	,599	md12	,432	md23	,399
md18	,448	md20	,474	md25	,359
md19	,582	md22	,357	md27	,283
md21	,422	md24	,263	md30	,327
md29	,479	md26	,387	md31	,491
md35	,606	md28	,237	md36	,249
		md32	,500		
		md33	,262		
		md34	,475		

* 3 numaralı madde alt boyut ile istenilen düzeyde korelasyon vermediği görülmektedir. Ancak ayrı örnekleme doğrulayıcı faktör analizi maddelerin gizil değişken ile ilişkili maddeler olduğunu göstermektedir.

Yenileyici Öz-Denetim boyutu için en düşük madde-ölçek korelasyonu 28. maddede (0.237), en yüksek 32. maddede (0.500) olduğu görülmektedir. Son olarak Onarıcı Öz-Denetim boyutu için en düşük madde-ölçek korelasyonu 0.165 ile üçüncü, 0.503 ile on üçüncü maddededir. Her üç boyuta ilişkin olarak toplam varyansın açıklanma yüzdesinin yüksekliği Öz-denetim Ölçeği'nin ölçmek istediği yapıyı ölçebildiğini gösterdiğinden dolayı geçerlidir.

Doğrulayıcı faktör analizi ile model-veri uyumuna ilişkin hesaplanan istatistiklerden en sık kullanılanları Ki-kare (χ^2), χ^2 /sd, RMSEA, RMR, GFI ve AGFI'dir. Hesaplanan χ^2 /df oranının 5'ten küçük olması, GFI ve AGFI değerlerinin 0.90 dan yüksek olması, RMR and RMSEA değerlerinin ise 0.05 dan düşük çıkması, model-veri uyumunu göstermektedir (Jöreskog ve Sorbom, 1993; Marsh

ve Hocevar, 1988). Bununla birlikte, GFI'nin 0.85'ten, AGFI nin 0.80'den büyük çıkması, RMR ve RMSEA değerlerinin 0.10'dan düşük çıkması, model veri uyumu için kabul edilebilir alt sınırlar olarak kabul edilmektedir (Anderson ve Gerbing, 1984; Cole, 1987; Marsh, Balla ve McDonald, 1988).

Öz-Denetim Ölçeği'nin geçerlik çalışması için yapılan doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen diyagram Şekil 1'de verilmiştir.

Öz-Denetim Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının uyumuna ilişkin istatistikler Tablo 3'te verilmiştir.

Öz-Denetim Ölçeği'nin kuramsal yapısına ilişkin kurulan model Şekil 1'de görülmektedir. Kurulan bu modelin uygunluğuna ilişkin yapılan doğrulayıcı faktör analizinden (Confirmatory Factor Analysis) elde edilen uyum indeks

Tablo 3. Öz-Denetim Ölçeği'nin Uyum İyiliği Testlerine (Goodness-of-Fit Indices) ilişkin değerler

Uyum İyiliği Testlerine İlişkin Değerler	Öz-denetim Ölçeği
Chi-Square	1685.49
DF	588
P-Value	P < .05
CFI	0.92
NFI	0.88
AGFI	0.88
IFI	0.92
SRMR	0.054
RMSEA	0.048
90% C.I RMSEA	0.046–0.051

sonuçlarına göre, model ve veri arasındaki uyum yüksektir. İyi bir uyum indeksi olmayan Ki-kare değeri manidar bulunmuştur; ancak bu durum modeldeki parametre fazla olduğundan beklenen bir durumdur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine olan bağımlılığını düzeltmek için bu değer serbestlik derecesine bölüldüğünde, elde edilen sonuç model-veri uyumuna işaret etmektedir. Buna ek olarak yine model-veri uyumu göstergelerinden olan CFI (0.92), NFI (0.88), AGFI (0.88) değerleri model ve veri uyumunu göstermektedir. Ayrıca, örneklemeden bağımsız olarak SRMR değerinin olasılığını veren uyum indeksi IFI değeri 0.92 çıktığından, model-veri uyumunun uygun olduğu yorumu yapılabilir. Modelin standartlaştırılmış hatalarına ilişkin model uyumunu veren SRMR değerinin 0.08'den küçük (Hu ve Bentler, 1999) olması da modelle veri uyumunun güçlü bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca RMSEA değerinin %90 olasılıklı güven aralığının 0.046-0.051 olması, model-veri uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Model – veri uyumuna ilişkin değerlerin tamamı dikkate alındığında, kurulan modelin veriyle mükemmel yakın uyum verdiği, bu nedenle ölçeğin yapısal geçerliğe sahip olduğu

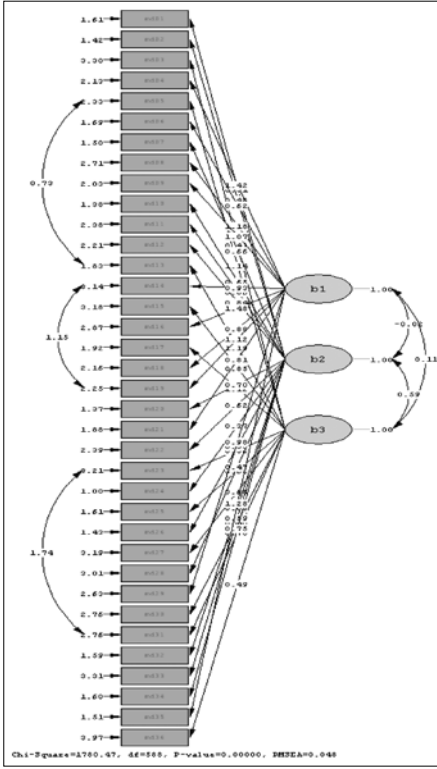
söylenbilir. Ölçeği oluşturan maddelerin Öz-denetim örtük değişkenini ölçebildiği kabul edilebilir görülmektedir.

SONUÇ

Öz-Denetim Ölçeği'ni oluşturan maddelerin istendik özelliklerde olması, ölçeğin güvenilirliğinin ve geçerliğinin yüksek olması, bu ölçeğin Türkiye'de öz-denetim düzeyini belirlemede kullanılabilirliğini göstermektedir. Ölçeğin bu özelliklerinin orijinal haliyle benzerlik göstermesi, Türkçe formunun Türkiye'de kullanılabilirliğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

- Alicke, M. D. and Sedikides, C. (2009). Self-enhancement and self-protection: what they are and what they do. *European Review of Social Psychology*, 20, 1-48.
- Allahverdiপুর, H., Hidarnia, A., Kazamnegad, A., Shafii, F., Fallah, P. A. and Emami, A. (2006). The status of self-control and its relation to drug abuse-related behaviors among Iranian male high school students. *Social Behavior and Personality*, 34(4), 413-424.
- Anderson JC ve Gerbing DW. (1984). The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness of fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika*, 49:155-173.
- Arneklev, B. J., Elis, L. and Medicott, S. (2006). Testing the general theory of crime: comparing



Şekil 1. Öz-Denetim Ölçeği'nin Sorularına Uygulanan Doğrulayıcı Faktör Analizi Diyagramı

the effects of "imprudent behavior" and an attitudinal indicator of "low self-control". *Western Criminology Review* 7(3), 41–55.

Cole DA. (1987). Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *J Consult Clin Psych*, 55:1019-1031.

DeLisi, M, Beaver, K.M., Vaughn, M.G., Trulson, C.R., Kosloski, A. E., Alan J. Drury, A. J. and Wright, J. P. (2010). Personality, gender, and self-control theory revisited: results from a sample of institutionalized juvenile delinquents. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 6(1), 31- 46.

Ezinga, M. A. J., Weerman, F. M, Westenbergb, P. M. and Bijleveld, C. C. J. H. (2008). Early adolescence and delinquency: Levels of psychosocial development and self-control as an explanation of misbehaviour and delinquency. *Psychology, Crime and Law*, 14, 339-356.

Friese, M. and Hofmann, W. (2009). Control me or I will control you: impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. *Journal of Research in Personality*, 43, 795–805.

Fujita, K. (2011). On conceptualizing self-control as more than the effortful inhibition of impulses. *Personality and Social Psychology Review* 15(4), 352–366.

Higgins, G. E. and Boyd, R. J. (2008). Low self-control and deviance: Examining the moderation of social support from parents. *Deviant Behavior*, 29, 388-410.

Higgins, G. E., Wolfe, S. E. and Marcum, C. D. (2008). Digital piracy: an examination of three measurements of self-control. *Deviant Behavior*, 29, 440-460.

Hu L ve Bentler PM. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6:1-55.

Jöreskog KG, Sörbom D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the simplis command language*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Marsh HW ve Hocevar DA. (1988). New more powerful approach to multitrait-multimethod analyses: application of second-order confirmatory factor analysis. *J Appl Psychol*, 73:107-117.

Marsh HW, Balla J.R. ve McDonald R.P. (1988). Goodness-of-fit indices in confirmatory factor analysis: the effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 102: 391-410.

Mehta, R. (2010). Exploring self-control: Moving beyond depletion hypothesis. *Advances in Consumer Research*, 37. 174-178.

Oaten, M. and Cheng, K. (2006). Improved self-control: the benefits of a regular program of academic study. *Basic and Applied Social Psychology*, 28(1), 1–16.

Phythian, Keane ve Krull (2008). Family structure and parental behavior: Identifying the sources of adolescent self-control. *Western Criminology Review* 9(2), 73–87.

Rosenbaum, M. (1980). A Schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. *Behavior Therapy*, 11(1): 109–21.

Rosenbaum, M. (1993). The three functions of self-control behavior: Redressive, reformative, and experiential. *Work and Stress*, 7, 33-46.

Schmeichel, B.J. and Zell, A. (2007). Trait self-control predicts performance on behavioral tests of self-control. *Journal of Personality*, 75, 743- 755.

Sinha, S. P., Nayyar, P. and Sinha, P. (2002). Social support and self control as variables in attitude toward life and perceived control among older people in India. *The Journal of Social Psychology*, 142 (4), 527–540.

Tangney, J.P., Baumeister, R. F. and Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment,

less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 272- 322.

Tullett, A.M and Inzlicht, M. (2010). The voice of self-control: blocking the inner voice increases impulsive responding. *Acta Psychologica* 135, 252-256.

Wolfe, S. E and Higgins, G. E. (2008). Self-control and perceived behavioral control: An examination of college student drinking. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 4(1), 108- 134.

Ek 1: Öz-Denetim Ölçeği

Aşağıda belirtilen ifadelerin yanında yer alan sütuna, belirtilen ifadelerin size uyma derecesini belirten rakamı yazınız.

Bana tamamen uyuyor +3, Bana çoğunlukla uyuyor +2, Bana biraz uyuyor +1

Bana biraz uymuyor -1, Bana çoğunlukla uymuyor -2, Bana tamamen uymuyor -3

	Sıkıcı bir iş yaptığımda, işin daha az sıkıcı olan yanlarını ve işi bitirdiğimde elde edeceğim ödülü düşünürüm.
	Beni endişelendiren bir şey yapmak zorunda olduğumda, işi yaparken endişemin nasıl üstesinden geleceğimi gözümde canlandırmaya çalışırım.
	Düşünme şeklimi değiştirerek, çoğu zaman neredeyse her şeye ilişkin duygularımı da değiştirebilirim.
	Dışarıdan yardım almaksızın, sinirlilik, öfke ve gerginliğimin üstesinden gelebilmem çoğu zaman zordur.
	Moralim bozuk olduğunda güzel şeyler düşünmeye çalışırım.
	Yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam.
	Zor bir problemle karşılaştığımda, onu sistematik bir şekilde ele almaya çalışırım.
	Biri bana baskı yaptığımda, yapmam gereken şeyi genellikle daha kısa sürede yaparım.
	Zor bir karar vermem gerektiğinde tüm verilere sahip olsam dahi karar vermeyi ertelemeyi tercih ederim.
	Okuduğum şeye odaklanmakta zorluk yaşadığımda, konsantrasyonumu artırmanın yollarını ararım.
	Çalışmayı planladığımda, işimle ilgisi olmayan her şeyi ortadan kaldırıyorum.
	Kötü bir alışkanlıktan kurtulamaya çalışırken, öncelikle bu alışkanlığa sahip olma nedenlerimi bulmaya çalışırım.
	Tatsız bir düşünce canımı sıktığında, güzel şeyler düşünmeye çalışırım.
	Günde iki paket sigara içiyordum, sigarayı bırakmak için dışarıdan yardım almaya ihtiyaç duyardım.
	Moralim bozuk olduğunda ruh halimin değişmesi için neşeli davranmaya çalışırım.

	Yanımda sakinleştirici olsa gergin ve sinirli olduğumda bir tane alırdım.
	Moralim bozuk olduğunda sevdiğim şeylerle meşgul olmaya çalışırım.
	Hoşlanmadığım işleri hemen yapabilecek durumda olsam bile onları erteleme eğilimindeyimdir.
	Bazı kötü alışkanlıklarımın kurtulmak için dışarıdan yardım almaya ihtiyaç duyarım.
	Kendimi işe veremediğimde ve işi yapmakta zorlandığımda, kendimi işe vermenin yollarını ararım.
	Kendimi kötü hissetmeme sebep olsa bile olası tüm felaketleri düşünmekten kendimi alamam.
	Sevdiğim şeyleri yapmaya başlamadan önce yapmak zorunda olduğum işi bitirmeyi tercih ederim.
	Bir yerim ağrıdığına onu düşünmemeye çalışırım.
	Kötü bir alışkanlığımın üstesinden gelmeyi başardığımda kendime olan saygım artar.
	Başarısızlığa eşlik eden kötü duygulardan kurtulmak için çoğu zaman kendime bunun feci bir şey olmadığını ve bir şeyler yapabileceğimi söylerim.
	Düşünmeden hareket ettiğimi hissettiğimde kendime durmamı ve onunla ilgili bir şey yapmadan önce düşünmemi söylerim.
	Birine aşırı derecede sinirlendiğimde bile yapacaklarımı dikkatlice düşünürüm.
	Karar vermem gerektiğinde, çabuk ve içimden geldiği gibi karar vermek yerine genellikle farklı seçenekler ararım.
	Genellikle yapmam gereken daha acil şeyler olduğunda bile önce yapmayı sevdiğim şeyi yaparım.
	Önemli bir toplantıya geç kalmamın kaçınılmaz olduğunu fark ettiğimde, kendime sakin olmamı söylerim.
	Bir yerim ağrıdığına, düşüncelerimi başka yöne çevirmeye çalışırım.
	Yapmam gereken birkaç şey olduğunda genellikle işlerimi planlarım.
	Param azaldığında ilerde daha dikkatli bütçe yapmak için tüm harcamalarımı kaydetmeye karar veririm.
	Bir işe konsantre olmakta zorluk yaşarsam onu küçük parçalara bölerim.
	Çoğu zaman beni rahatsız eden tatsız düşüncelerin üstesinden gelemem.
	Acıktığımda ve yemek yeme fırsatım olmadığında, düşüncelerimi midemden başka bir yere yönlendirmeye ya da tok olduğumu hayal etmeye çalışırım.

4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29 ve 35. soruları tersten puanlayınız.

Araştırma

AN ANALYSIS OF THE FACTORS AFFECTING THE PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AMONG THE ELDERLY

Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Üzerinde Etkili olan Faktörlerin İncelenmesi

Ayfer AYDINER BOYLU*
Oya HAZER**

*Dr., Hacettepe Üniversitesi
İ.İ.B.F. Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü
Öğretim Görevlisi

**Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi
İ.İ.B.F. Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü
Öğretim Üyesi

ABSTRACT

Prevention of diseases and the reduction of deaths through effective treatment methods as a result of the medical and technological developments have rapidly increased the elderly population almost in all countries. Given the fact that the decrease of the perceived social support creates a reduced quality of life among the elderly, the sustainability of the current quality of life of the elderly that con-

stitutes a significant portion of the society has become more important. Therefore, the current study aims to provide valid suggestions for the sustainability of the quality of life of the elderly population through its findings to be obtained by analyzing the factors affecting the perceived social support among the elderly aged 65 and above. The research sample consists of 348 elderly subjects. In the analysis of the research data; methods of percentage, arithmetic mean, t-test, ANOVA, Pearson Correlation and Regression Analysis were used. The research found a positive correlation between the participants' quality of lives, activity levels in daily life and life satisfactions and the perceived social support; and a negative correlation between the participants' levels of depression and the perceived social support.

Key Words: *Elderly, Quality of life, Multidimensional scale of perceived social support*

ÖZET

Tıbbi ve teknolojik gelişmeler sonucunda hastalıkların önlenmesi ve etkin tedavi yöntemleriyle ölümlerin azalması hemen her ülkede yaşlı nüfus oranını hızla arttırmıştır. Algılanan sosyal desteğin azalmasının yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinde düşüşe neden olduğu göz önünde bulundurulduğunda artan ve toplumun önemli bir bölümünü oluşturan yaşlı nüfusun mevcut yaşam kalitesinde sürdürülebilirliğin önemi daha da artmıştır. Bu nedenle bu çalışma, 65 yaş ve üzeri yaşlılarda algılanan sosyal destek üzerinde etkili olan faktörleri inceleyerek elde edilen bulgular doğrultusunda yaşlı nüfusun yaşam kalitesinde sürdürülebilirliğin sağlanmasına yönelik geçerli önerilerde bulunmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini 348 yaşlı oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde; yüzdelik, aritmetik ortalama, T Testi, Anova, Pearson Korelasyonu ve Regresyon Analizi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda yaşlıların yaşam kalitesi, günlük yaşam aktivite düzeyleri ve yaşam doyumları ile algıladıkları sosyal destek arasında

pozitif yönde, depresyon düzeyleri ile algılandıkları sosyal destek arasında da negatif yönde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, Yaşam kalitesi, Çok boyutlu olarak algılanan sosyal destek ölççeği

INTRODUCTION

The old age is one of the main periods in which the quality of life decreases. The decline of the perceived social support among the elderly is considered to be an important factor that speeds up this process (Aslan, 2009:199). The issue of social support among the elderly has been increasingly becoming important since the social support systems for the elderly continue to decline as a result of the factors prevalent throughout the world and particularly in Turkey such as; the rapid population growth, industrialization, urbanization, turning to the nuclear family as a result of migration, economic problems, women's increased participation in professional life, the contraction of sizes of houses as a result of the proliferation of the nuclear family, youths' perception of the old-age, communication problems between generations, health problems and addiction. Social support is generally defined as the support an individual receives from his family and friends; who share the individual's duties, who help the individual mobilize his psychological sources to be able to cope with his emotional problems, and who help him cope with the situations he encounters by providing him with the required money or material, skills, knowledge and guidance. The social network composed of the family members and friends of the elderly person satisfies people's basic social requirements such as love, interdependence, self-respect and belonging. The

prestige that emerges through social support positively contributes to morale, satisfaction with life, and the ability to cope not only with stressful events but also with age-related problems (physical, psychological etc.) (Helman and Stewart, 1994:51; Patterson, 1995:682).

When considered the fact that the population has increased rapidly in the last fifty years and that this increase will continue in the next century, the need for the examination of the factors affecting the perceived social support that are influential in the quality of life becomes more prominent. This will contribute not only to the betterment of the quality of lives of elderly individuals and families, but also to the production of services and policies concerning the elderly. Therefore, this research has been planned and conducted in order to examine the correlation between the perceived support among the elderly and their various socio-demographic characteristics, depression which is one of the most common problems in old age, incompetence in daily life activities, well-being and life satisfaction.

METHOD

Participants

This study was conducted with 65 and over age elderly individuals on June-July 2008. The study sample comprised of 348 elderly has been registered in Kurtuluş Health center in Ankara, Turkey and agreed to participate the research. More than half (56%) of the participants are female. Of the participants, 23.3% fall into the age group of 65-66 years, followed by 79 years and above (17.8%) and 67-69 years (16.1%). Whereas more than half (65.2%) of them are married, 31.1% of them are widowed. Primary

school graduates or below (56.6%), those residing in their own properties (84.5%), those who are able to go by foot to the shopping mall (85.6%), to the bus stop (84.2%), to the bank or to pay their bills (79.3%), and those who have regular income (79.3%) lead in percentage. Almost half of them (45.4%) are married for 30 or more years, and 2.7% of them have never been married. The percentage of those who have both male and female children is more than half (64.7%). On the other hand, 4.6% of them do not have children. While most (49.4%) of them live only with their spouses (49.4%), 19.3% of them live alone. Almost all of them (94.3%) are working. The percentages of those who reported their states of health as good (41.7%) and as fairly well (40.2%) are high and close to each other.

Data Collection

A structured questionnaire was developed for this study. The first part of the questionnaire consisted of questions that defining the socio-demographic characteristics of elderly such as age, gender, marital status, education, and living conditions. The second part of the questionnaire consisted of Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) to measure perceived social support, The Yesavage Geriatric Depression Scale (YGDS) to measure depression, The Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL), The Lawton & Brody Instrumental Activities of Daily Living (IADL) to perform activities of daily living, The WHO-Five Well-being Index (WBI) to determine well-being, and The Life Satisfaction Index (LSI) to measure life satisfaction.

Socio-demographic Questionnaire It is composed of items aimed at determining certain variables, namely; age, gender, educational level, marital status, number of children, wedding year, having regular income, employment status, health conditions, ownership of the house, duration of residence in the house, number of inhabitants sharing the house, and the status of ability to go by foot from the house to the shopping mall, to the bus stop, to the bank or to the place where bills can be paid.

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988:34) is a 12-item scale, rated on a 7-point Likert scale, ranging from (1) very strongly disagree to (7) very strongly agree. It measures social support from three sources: family, friends, and a special person, measured on three subscales: FA (family), FR (friends), and SO (significant other), each with four items. The total social support is the sum of the scores from 12 items. The higher the sum of the 12 items, the higher the level of social support.

Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS) The Geriatric Depression Scale, first created by Yesavage, Brink and Rose (1983:41), has been tested and used extensively with the older population. It is a brief questionnaire in which participants are asked to respond to the 30 questions by answering yes or no in reference to how they felt on the day of administration. Scores of 0-9 are considered normal, 10-19 indicate mild depression and 20-30 indicate severe depression.

The Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) commonly

referred to as the Katz ADL, is the most appropriate instrument to assess functional status as a measurement of the client's ability to perform activities of daily living independently. The index ranks adequacy of performance in the six functions of bathing, dressing, toileting, transferring, continence, and feeding. Clients are scored yes/no for independence in each of the six functions. A score of 6 indicates full function, 4 indicates moderate impairment, and 2 or less indicates severe functional impairment (Katz et al, 1970:24).

The Lawton & Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) assesses a person's ability to perform tasks such as using a telephone, doing laundry, and handling finances. The Lawton & Brody (IADL) scale contains eight items, with a summary score from 0 (low function) to 8 (high function). Each ability measured by the scale relies on either cognitive or physical function, though all require some degree of both (Lawton and Brody, 1969:182).

The WHO-Five Well-being Index (WBI) was derived from a larger rating scale developed for a WHO project on quality of life in patients suffering from diabetes and adapted by Eser (1998) into Turkish. Each of the five items is rated on a 6-point Likert scale from 0 (not present) to 5 (constantly present). The theoretical raw score ranges from 0 to 25 and is transformed into a scale from 0 (worst thinkable well-being) to 100 (best thinkable well-being). Thus, higher scores mean better well-being (Brod et al., 1999:27).

The Life Satisfaction Index (LSI) Life satisfaction is one factor in the more general construct of subjective well

being. The Life Satisfaction Index (LSI) consists of 20 questions and the attendants were scored over 20 points. This scale was first published by Neugarten, Havighurst and Tobin in 1961 and its application to the Turkish population was undertaken by Karataş in 1988. In the latter, the mean score was between 8 and 12 for the Turkish population and scores lower than 8 were considered "low".

Data Analyses

All data were analyzed with the SPSS 15.0 statistical analysis software package. T-test was used to compare two independent samples and loneliness score. One-way ANOVA was used to compare more than two independent samples and loneliness score. The association between selected scales scores and social support score were explored with Pearson's correlations.

RESULTS

The mean for Multidimensional Scale of Perceived Social Support, administered to the participants, was found to be 63.43 ± 18.116 . According to the findings of the research, the perceived social support mean points scored by high school graduates and above ($p < 0.05$), married individuals ($p < 0.05$), individuals with child(ren) ($p > 0.05$), and individual who live only with their spouses, who live with their spouses and children, or who live alone are higher than those of secondary school graduates and below, individuals who are single and who are widowed, individuals who do not have children, and individuals who live only with their children or with their children and relatives or alone ($p > 0.05$) (Table 1).

Table 1. The Correlation Between the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Min: 12 Max: 84) and Certain Socio-Demographic Variables

Variables		N	M	SD	T	P
Gender	Female	195	63,45	18,147	0,018	0,986
	Male	153	63,41	18,136		
Marital status	Married	227	65,86	17,60	3,485	0,001*
	Widowed or single	121	58,87	18,24		
Children/ childlessness	Yes	332	63,79	18,052	1,699	0,090
	No	16	55,94	18,383		
Regular income	Yes	276	63,39	18,133	-0,087	0,930
	No	72	63,60	18,176		
Variables		N	M	SD	F	P
Education	Primary school and less	197	59,32	18,755	10,893	0,000*
	Secondary school	37	63,97	16,847		
	High school	63	73,11	11,315		
	University	51	66,96	18,387		
Household composition	Living with only spouse	172	67,35	16,787	5,579	0,000*
	Living with only children	37	53,95	18,357		
	Living with spouse and children	53	62,04	18,520		
	Living with children and relatives/only relatives	19	57,95	19,876		
	Living alone	67	61,27	18,115		

*p<0,05

A positive significant correlation was found between the Multidimensional Scale of Social Support and Lawton and Brody's Instrumental Activities of Daily Living Scale ($p<0.01$), WHO Well-Being Index ($p<0.01$) and Life Satisfaction Scale ($p<0.01$); and a negative significant correlation was found between the Multidimensional Scale of Social Support and Yesavage Geriatric Depression Scale ($p<0.01$). On the other hand, no significant correlation was found between the Multidimensional Scale of Social Support and Katz Index of Activities of Daily Living ($p>0.05$) (Table 2).

DISCUSSION

The Presence or Absence of Correlation between the Multidimensional Scale of Social Support and various socio-demographic variables

No significant correlation was found in the study for the Multidimensional Scale of Social Support in terms of gender (T: 0,018 $p>0.05$) (Table 1). However, the results of the study carried out by Altıparmak (2009:162) suggest that the perceived social support score is higher in women than in men. Similarly, studies that examine the correlation between the perceived social support

Table 2. Correlations Between the Multidimensional Scale of Social Support and Various Other Scales

		WBI	GDS	ADL	IADL	LSI
	Correlation	0,341	-0,418	0,086	0,191	0,439
MSPSS	P	0,000**	0,000**	0,107*	0,000**	0,000**
	N	348	348	348	348	348

** p<0,01,*p<0,05

and gender indicate that men attach importance in the socialization process to autonomy, self-confidence and independence, and therefore, these traits might hinder the development and utilization of the perceived social support. It has been proposed that characteristics peculiar to the masculine role make it difficult for the individual to provide explanations about his problems and to ask for help (Sorias, 1988a:1034). Also the term "hegemonic masculinity" represents why men perceived less social support. Hegemonic masculinity embodied the currently most honored way of being a man, it required all of the men to position themselves in relation to it, and it ideologically legitimated the global subordination of women to men (Connell, 2005). Hegemonic masculinity, particularly as it appears in the works of Carrigan, Connell and Lee, Connell, Litchterman, involves a specific strategy for the subordination of women. A culturally idealized form, it is both a personal and a collective project, and is the common sense about breadwinning and manhood. On the other hand, it has been suggested that it is easier for women to use social support sources, since they are generally friendly and sensitive and they tend to share their problems with others (Sorias, 1988b:806).

In the research, a significant difference was found between the mean points of perceived social support among elderly individuals at different educational levels (F: 10,893 p<0.05) (Table 1). The mean points scored by high school graduates in the Multidimensional Scale of Social Support are higher than secondary school graduates and primary school graduates and below. In parallel with this finding, the study conducted by Aksüllü and Doğan (2004:80) found that the perceived social support mean points were significantly higher than those of people with lower educational levels. In a similar fashion, the findings of the research carried out by Altıparmak (2009:162) suggest that the perceived social support mean points of individuals with educational levels above elementary education are higher than those of individuals received education at the elementary school and below.

In the research, it was found that the perceived social support mean points scored by married participants are higher than single or widowed participants. In the results of the independent samples t-test, a significant difference was found between the Multidimensional Scale of Perceived Social Support mean points with respect to marital status (T:3,485 p<0.05) (Table 1). Studies carried out by Helman and Stewart (1994:56) and

Aksüllü and Doğan (2004:80) have found parallel results. Altıparmak (2009:162), too, found that the perceived social support mean points were higher among married, widowed and divorced participants compared to singles. The finding that the perceived social support mean points are lower among single and widowed participants compared to married ones might stem from the fact that the social support sources of these people are inadequate. In other words, this situation can be considered to be the lack of spouses and/or children from whom social support can be received.

It was found in the study that the perceived social support mean points scored by elderly individuals who have child(ren) are higher than those of others who do not. However, the applied independent samples t-test did not suggest any difference between the Multidimensional Scale of Perceived Social Support mean points with respect to having children (T:1,699 $p>0.05$) (Table 1). Various other studies also demonstrated that the perceived social support mean points of people who have children are higher than those of others who do not (Aksüllü and Doğan, 2004:80; Altıparmak, 2009:162).

Income, which is among the social indicators, is one of the factors affecting the perceived social support among the elderly (Tremethick, 1997:4). However, as Table 1 demonstrates, the perceived social support mean points scored by those who have regular income and by those who do not are very close to each other. In addition, the applied independent samples t-test did not yield any significant difference any difference between the Multidimensional Scale of Perceived Social Support mean points

with respect to having regular income (T:3,485 $p<0.05$) (Table 1). In the study carried out by Aksüllü and Doğan (2004:80), it was found that the perceived social support was higher among those elderly individuals who earn well compared to those who do not. On the other hand, in the study conducted by Durrnaz and Ünal (2000:144) in order to explore the relationship between the socioeconomic status and the social support, it was found that the perceived social support was lower among elderly individuals at the high economic level than that among the elderly individuals at the lower economic level Spitzer, Bar and Golander (1995:852) have found that higher socioeconomic status positively influences social support.

The one-way variance analysis demonstrated a significant difference between the Multidimensional Scale for Perceived Social Support mean points of elderly individuals who live with different people (F: 5,579 $P<0,05$) (Table 1). It was found after the Tukey B test, performed to detect the source of the difference, that the Multidimensional Scale for Perceived Social Support mean points of elderly individuals who live only with their spouses were higher than those of participants who live only with their children. This finding gives rise to the idea that the social support that elderly individuals receive from their spouses is far higher than that they receive from their children.

The Presence or Absence of Correlation between the Multidimensional Scale of Social Support and Various Other Scales

When certain scales, which were thought to have correlation with the

Multidimensional Scale of Social Support and Various Other Scales, were examined;

A significant correlation was found in the study between the perceived social support and the participants' well-being at the level of 34.1% significance ($p < 0.01$) (Table 2). Numerous other studies have also found that social support is beneficial for the well-being especially of the elderly (Baxter et al., 1998:41; Litwin, 2001:520, 2003; Saito et al., 2005:34).

Numerous studies have demonstrated that there exists an important correlation between depression and social support and that low perceived social support is among the factors that increase depression (Chi and Chou, 2001:248; Oxman and Hull, 2001:39-40; Aksüllü and Doğan, 2004:80; Baqar et al., 2006:15; You and Lee, 2006:197; Glass et al., 2006:622; Bozoğlu et al., 2009:41). Some researchers, on the other hand, suggest that social support serves as a "relief valve" against the psychological difficulties that emerge throughout life (Spitzer et al., 1995:853; Kurlowicz, 1993:34). In the current study, similarly, a negative correlation was found between the perceived support and experiencing depression at the level of 41.8% significance ($p < 0.01$) (Table 2). This finding demonstrates that social support is an important factor for the elderly to maintain their psychosocial well-being.

Elderly individuals experience difficulties in maintaining the activities of daily living independently and become dependent to others due not only to numerous factors such as the deficiency in physical capacity, loss of the beloved ones, and changes in roles, but also to the contraction of the social network. Therefore,

the need for social support and especially for instrumental support increases with age (Rodgers, 1989:19; Fees et al., 1999:233). In the current study, a positive significant correlation at the level of 19.1% was found, through Lawton and Brody's Instrumental Activities of Daily Living Scale, between the perceived social support and activities of daily living ($p < 0.01$) (Table 2). However, in the assessment conducted using Katz Index of Activities of Daily Living, no significant correlation was found between the perceived social support and activities of daily living ($p > 0.05$). These findings suggest that elderly individuals need social support in terms of the Lawton and Brody's Instrumental Activities of Daily Living Scale that includes the ability to use telephone, to shop, to houseclean, to launder, to travel, to take medicine and to manage financial affairs, and that social support is of more importance in the performance of the above activities. However, the obtained findings give rise to the thought that the elderly individuals are able to perform the activities included by Katz Index of Activities of Daily Living such as dressing, going to the toilet, moving, continence and nutrition without needing social support, or the elderly individuals included in the sample are competent enough to perform these activities without receiving social support.

Yet another factor related to social support is life satisfaction, which is defined as the situation or the result obtained through comparing an individual's expectations (what s/he has) and what s/he possesses (what s/he has achieved) (Florence, 2001). In this study, a positive correlation was found between the perceived social support and life satisfaction at the level of

43.9% significance ($p < 0.01$) (Table 2). Similarly, in the study carried out by Altıparmak (2009:163), a medium-level positive correlation was found between social support and life satisfaction.

With the increase in the elderly population, the maintenance and betterment of the quality of lives of the elderly is, and will be, one of the prioritized objectives. Therefore, for the creation and increase of support sources for the elderly, especially those whose perceived social support mean points are low (secondary school graduates and below, single or widowed, who do not have children, who live only with their children); the entire society, more particularly those who are in close relationship with elderly individuals, should be informed and educated on issues such as the old age and the importance of social support. Besides, sources that provide elders with social support should be qualitatively and quantitatively increased, and works should be performed to render easily accessible the social support provided by these sources.

REFERENCES

Aksüllü, N. & Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.

Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi*, 23 (3), 159-164.

Aslan, D. (2009). *Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi kavramı*. Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı. Ankara: Rekmay Ofset Basımı, 199-204.

Baqar, A., Husaini, R.S., Castor, J., Gary Linn, S.T., Moore, H.A. & Warren, R.W. (2006). Social support and depression among the black and white elderly. *Journal of Community Psychology*, 18(1), 12-18.

Baxter, J., She' Lerly, S.M., Eby, C., Mason, L. & Cortese, C.F., Hamman, R. F. (1998). Social

structure factors associated with perceived quality of life. The San Luis Valley Healthhand Aging Study. *Journal of Ageing Health*, 10 (3), 287-310.

Bozoğlu, E., Işık, A.T., Naharcı, M. İ., Onar, T. & Doruk, H. (2009). Yaşlılarda yaşanan sosyal çevrenin etkileri. *Journal of geriatrics and geriatric neuropsychiatry*, 1, 39-42.

Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L., & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (Dqol). *Gerontologist*, 39 (1), 25-35.

Carrigan, T., Connell, B. & Lee, J. (1985). *Toward a new sociology of masculinity*. In H. Brod Editor. Boston: Allen & Unwin, 75.

Chi, I. & Chou, K. L. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 231-252.

Connell, R. W. & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19, 6, 829-859.

Durmaz, P. & Ünal, B. (2000). *Narlidere bölgesinde yaşayan yaşlıların sosyal destek düzeylerinin incelenmesi*. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı. İstanbul.

Eker, D. & Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10, 45-55.

Ertan, T., Eker, E. & Şar, V. (1997). Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34, 62-71.

Eser, E. (1998). Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health.

Fees, B. S., Martin, P. & Poon, L. W. (1999). A model of loneliness in older adults. *J Gerontolog B Psychol Sci Soc Sci*, 54 (4), 231-239.

Florence, F. M. S. (2001). *An exploratory of informal support and life satisfaction of older persons in Macau*. A thesis degree of master of philosophy, Lingnan University.

Glass, T.A., De Leon, C.F., Bassuk, S.S. & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life. *Journal of Aging Health*, 18, 604- 628.

Helman, E.A. & Stewart, C. (1994). Social support and the elderly client. *Home Health Nurs*, 12, 51- 60.

Karataş, S.C. (1988). *Factors influencing life satisfaction*, Master's thesis. Hacettepe University Institute of Social Sciences, Ankara, Turkey.

Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Index of activities of daily living. *The Gerontologist*, 1, 20-301.

- Kurlowicz, L.H. (1993). Social factors and depression in late life. *Arch Psychiatric Nurs*, 7(1), 30-36.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Litchterman, P. (1989). Making a politics of masculinity. *Comparative Social Research*, 11, 185-208.
- Litwin, H. (2001). Social structure type and morale in old age. *Gerontologist*, 41 (4), 516-524.
- Litwin, H. (2003). The association of disability, sociodemographic background and social structure type in later life. *Journal of Ageing Health*, 15 (2), 391-408.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. & Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Oxman, T. & Hull, J. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 56(1), 35-45.
- Patterson, B. J. (1995). The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *J Adv Nursing*, 21(4), 682-689.
- Rodgers, B. L. (1989). Loneliness, easing the pain of the hospitalized elderly. *J Gerontol Nurs*, 15(8), 16-21.
- Saito, E., Sagawa, Y. & Kanagawa, K. (2005). Social support as a predictor of health status among older adults living alone in Japan. *Nursing and Health Science*, 7, 29-36.
- Sorias, O. (1988a). Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27, 1033- 1039.
- Sorias, O. (1988b). Yaşam stresine karşı koruyucu olarak sosyal destekler. *Seminer Psikoloji (Özel Sayı)*, Edebiyat Fakültesi Yayınları, 805-811.
- Spitzer, A., Bar, T. & Golander, H. (1995). Social support: how does it really work?. *J Adv Nurs*, 22, 850-854.
- WHO Psychiatric Research Unit (1998). Collaborating Centre in Mental Health, http://www.cure-4you.dk/354/WHO-5_Turkish.pdf
- Tremethick, J. M. (1997). The importance of social support among elderly. *J Community Psychol*, 11, 3-20.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L. & Rose, T.L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatric Res*, 17(1), 37-49.
- You, K.S. & Lee, H. (2006). The physical, mental, and emotional health of older people who are living alone or with families. *Arch Psychiatr Nurs.*, 20, 193-201.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Araştırma

ÇOCUK YUVALARI VE YETİŞTİRME YURTLARINDA ÇALIŞAN PERSONELİN EMPATİK EĞİLİM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ¹

A Study About Empathetic Tendency Levels of Employees Working in the Orphanages

Abdullah ATLI*
Mustafa KUTLU**

* Öğr. Grv., İnönü Üniversitesi
Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü
** Doç. Dr., İnönü Üniversitesi
Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü

ÖZET

Bu araştırmada çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeyleri incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini, Güneydoğu Anadolu Bölgesinden Diyarbakır, Adıyaman, Gaziantep ve Şanlıurfa; Doğu Anadolu Bölgesinden Van, Elazığ, Bingöl ve Malatya illerinde bulunan 11

çocuk yuvası ve 8 yetiştirme yurdunda çalışan 243 personelden oluşmuştur. Araştırmada çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeyi Dökmen (1988) tarafından geliştirilen “Empatik Eğilim Ölçeği” ile çeşitli kişisel niteliklerine ilişkin bilgiler ise “Kişisel Bilgi Formu” ile elde edilmiştir. Verilerin analizi sonucunda çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin cinsiyet, eğitim düzeyi, kendini algılama biçimi ve aldıkları maaşa göre empatik eğilim düzeylerinde anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin çalıştıkları kurum, yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olup-olmamlarına göre empatik eğilim düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Empati, empatik eğilim, empatik beceri, çocuk yuvaları, yetiştirme yurtları

ABSTRACT

In this study, the empathetic tendency levels of the staff working at nursery schools and orphanage have been examined. The sampling of the research consists of 243 staff members who work at 11 nursery schools and 8 orphanages situated in the provinces Diyarbakır, Adıyaman, Gaziantep and Şanlıurfa from Southeast Anatolia; Van, Elazığ, Bingöl and Malatya from Eastern Anatolia. The empathetic tendency levels of the staff working at the nursery schools and orphanages have been measured with “Empathetic Tendency Scale” developed by Dökmen (1988) and information about their different personal characteristics has been obtained by using “Personal Information Form”. As a consequence of the data analysis, it has been found out that there is a significant difference in the empathetic tendency levels of the staff working at the nursery schools and orphanages regarding their sex, education level, self-perception style and the salary they get. Furthermore, it has been revealed that there is no any remarkable difference in the empathetic tendency

¹ Bu araştırma Sakarya Üniversitesinde 01-03 Eylül 2008 tarihlerinde düzenlenen “17. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresinde” bildiri olarak sunulmuştur.

levels of the mentioned staff members considering the institution they work at, age, marital status and whether they have children or not.

Key Words: *Empathy, empathetic tendency, empathetic skill, nursery school, orphanage*

GİRİŞ

Ülkemizde korunmaya ihtiyacı olan çocuk ve gençlerin bakımı ve korunması çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları tarafından yapılmaktadır. Söz konusu kurumlar imkânları çerçevesinde olumsuz yaşantılar geçiren çocuk ve gençlere aile sıcaklığını ve koruyuculuğunu sunmaya çalışmaktadırlar. Ancak Türkiye'deki birçok kurum gibi bu kurumlarda da personel yetersizliği ya da mevcut personelin yeterli eğitime sahip olamaması gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Bu kısıtlı imkânlar çerçevesinde çocuk ve gençlerin sosyalleşmesinde ailenin yerini almak gibi çok ağır bir yükü üstlenen bu kurumların imkânlarının iyileştirilmesi sadece devletin değil bütün bir toplumun ortak bir tutum edinmesi ile mümkün görülmektedir.

Çocuk ve gençlerin söz konusu kurumlarda kalmaları ilk tercih değildir. Ancak bu çocuk ve gençlerin dışarıda yaşadıkları olumsuz durumlar sebebiyle korunmaya ihtiyaçları olmaktadır. Çocuk ve gençlerin maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesinin ve ihtiyaçlarının karşılanmasında söz konusu kurumlar son derece önemli görev üstlenmektedir.

Kurumlarda bakıma ihtiyaç duyan çocuk ve gençlerin fiziksel gereksinimlerinin yeterince karşılandığı söylenebilir. Ancak kişilik gelişimi açısından psikolojik gereksinimlerinin tam anlamıyla karşılandığını söylemek güç görünmektedir. İnsanın temel psikolojik

gereksinmelerinden biri, diğer insanlarla sevgi alışverişinde bulunmak, dostça ilişkiler kurabilmektir. Bunun yanında kişi içinde yaşadığı grup üyeleri tarafından kabul edilmek ve onaylanmak gereğini de duyar. Ne denli iyi düzenlenirse düzenlensin bir yuva ortamında sıcak duygular ve bedensel temas, duygusal, zihinsel ve toplumsal uyarlama ile öğrenmeyi isteklendirme eksik kalabilmektedir (Pala, 1999: 13).

Kurumlardaki çocukların çoğunun kurumlara gelmeden önce büyük problemler yaşadıklarını bu nedenle kendi yaşitlarına göre daha çok zorluk yaşadıklarını bilinmektedir. Bu yüzden bu çocuk ve gençlerde, duygusal ve davranışsal sorunların olması beklenen bir durumdur. Gençlere hizmet veren yetiştirme yurdu personelinin eğitiminde, iletişim becerileri ve özellikle de empati eğitiminin verilmesinin gerekliliği konusu oldukça önemlidir (Akay ve diğ., 2005: 64).

Çocuk bakım evlerinde büyüyen çocukların gerek kurum ortamında, gerekse yetişkinlik yıllarında gösterdikleri çeşitli gelişim gerilikleri, kişilik bozuklukları ve uyum sorunları yıllardan beri araştırmacıların özellikle dikkatini çekmiştir (Bıyıklı, 1995: 4; Bower, 1998: 230; Büyüksolak, 1995: 39; Fabrykowski, 2004: 627; Jhonson ve diğ., 1983: 1299; Kidman ve diğ., 2007: 326; Kutlu, 1992: 3; Kutlu, 1998: 29; Kutlu, 2006: 395; Oleke ve diğ., 2007: 361; Serbin, 1995: 81; Sparling ve diğ., 2005: 139; Taussig ve diğ., 2001: 1). Yapılan araştırmalar genel olarak kurumda kalan çocuk ve gençlerin kurdukları sosyal ilişkilerde tedirgin oldukları, arkadaşlık ilişkilerini sürdürmekte zorluk yaşadıkları görülmektedir (Frank ve diğ., 1996: 6; Hassan ve Margooob, 2006: 50; Kutlu, 2005: 100; Margooob ve diğ., 2006: 53; Yağmurlu ve

diğ., 2005: 533). Kurum ortamı dikkate alındığında duygusal istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda dışavurum ve içeatım sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine güvende azalma, intihar davranışı ve birçok başka psikiyatrik bozukluk görülebilmektedir (Şimşek ve diğ., 2004: 2; Taner ve Gökler, 2004: 82; Tıraşçı ve Gören, 2007: 70; Topbaş, 2004: 77; Zoroğlu ve diğ., 2001: 72).

Araştırmalar; kurumlarda kalan çocuk ve gençlerin fiziksel ihtiyaçlarının karşılandığını ancak duygusal ihtiyaçların karşılanmasında sorunlar yaşandığını göstermektedir. Oysaki sağlıklı ve çağdaş bir toplumun gereği, kuşkusuz çocuğun gelişiminin bir bütün olarak ele alınmasıdır. Çocuğun fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması yanında duygusal ve sosyal ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır. Çocuk yuvalarında ve yetiştirme yurtlarında kalan çocuk ve gençlere duygusal olarak gerekli desteğin ve önemin verilmesi gerekir (Balcı, 1999: 11; Kutlu, 1992: 3; Sarper, 2001: 57).

Bazı çocuklar boşanma, anne ya da babadan birinin ölümü, ayrılık, terk, çocuğun ihmal ve istismar edilmesi gibi daha pek çok nedenlerle aile sıcaklığında büyüme olanaklarından yoksun kalmaktadırlar. Toplumun her kesiminde bu konumdaki çocuklara rastlamak mümkündür (Erim, 2001: 2). Ana ve baba figürünü temsil edecek, duygu ve düşüncelerini paylaşabilecek, olumlu ve olumsuz davranışlarına karşı mantıklı ve sürekli olarak tutarlı davranış geliştiren bireylerin yeterli olmayışı korunma ihtiyacı içinde olan çocukları olumsuz olarak etkilemektedir (Gürvardar, 2001: 25).

Kurum bakımı, risk altında olan çocuk ve gençler için en önemli bazende tek alternatif olduğu, kendilerini dışarıda

yaşadıkları risklerden koruyan, benzer yaşantılar geçirmiş ve kendilerini anlayan arkadaşları ile birlikte olma fırsatları açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle çocuk ve gençlerin karşılaştıkları olası travmatik yaşantıları fark edecek, koşulsuz kabul sergileyebilecek ve en önemlisi kendilerini çocuk ve gençler yerine koyarak onlarla empati kuracak kurum personeli hayati bir önem taşımaktadır.

Kişilerarası ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesinde pek çok unsur yer alır. Bunlardan biri de, bir kişinin diğerini anlamaya yönelik çabası olarak adlandırılan empati kavramıdır (Kapkıran, 1999: 124). Genel olarak empati, karşıdaki bireye dikkat etmek, yoğunlaşmak ve onun penceresinden bakıp duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışmak olarak tanımlanmaktadır. Empati; sadece karşıdaki bireyin duygularını algılamak farkına varmak değil, karşıdaki kişinin duygularına etkin olarak katılmak ve ilgili olmaktır (Acar, 1994: 15; Corey, 1990: 65; Conte, 2009: 27; Dökmen, 2000: 136 ; Dryden ve Maytton, 1999: 81; Flanagan ve Flanagan, 2004: 185; Hackney ve Cormier, 2008: 51; Mercer ve diğ., 2003: 99; Soysal ve diğ., 2005: 279; Tuğrul, 1999: 15).

Kurumlarda büyüyen çocuk ve gençlerin yaşamış oldukları sorunlar gözönüne alındığında burada önemli faktörlerden birinin de kurumlarda çalışan personelin çocuklara yönelik tutum ve davranışlar olduğu görülmektedir. Kurumda çalışan personel; çeşitli nedenlerle çocukların ihtiyaç duyduğu sevgi, ilgi ve isteklerini yerine getirmekte zorluk çekmektedirler. Empatik tutum ve becerilerin ilişkilerde yapıcı ve geliştirici etkisi göz önüne alındığında kurumlarda çalışan personelin çocukların duygu

ve düşüncelerini anlamaları ve empatik eğilimlerinin kurumdaki çocukları olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın amacı Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeyleri bazı değişkenlere (çalışılan kurum, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olup-olmama, çalışma süresi, çalışılan kurumdaki memnun olup-olmama, kurumdaki görev, kendini algılama biçimi ve alınan maaş) göre farklılık göstermekte midir sorusunu cevaplandırmaktır.

YÖNTEM

Bu çalışmada 2007-2008 yıllarında çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeyleri bazı değişkenler bakımından değerlendirilmesi amaçlanan bir betimsel çalışmadır.

Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini; Türkiye'nin Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bulunan 19 çocuk yuvası ve 19 yetiştirme yurdu olmak üzere toplam 38 kurumda çalışan idari personel (müdür, müdür yardımcısı, memur), uzman personel (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimci, fizyoterapist, tabip, hemşire vb.), eğitim personeli (öğretmen, çocuk eğitici vb.), yardımcı personeli (bakıcı anne, müstahdem vb.) kapsamaktadır. Araştırmanın örneklemini, evrenini temsil edebilecek nitelikte Güneydoğu Anadolu Bölgesinden Diyarbakır, Adıyaman, Gaziantep ve Şanlıurfa; Doğu Anadolu Bölgesinden Van, Elazığ, Bingöl ve Malatya illerinde bulunan 11 çocuk yuvası ve 8 yetiştirme yurtlarında çalışan 243 personelden oluşmuştur.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada; araştırmanın bağımlı değişkeni olan çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeyleri hakkında veri toplamak için "Empatik Eğilim Ölçeği", bağımsız değişkenler hakkında bilgi toplamak için araştırmacı tarafından hazırlanan " Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır.

Empatik Eğilim Ölçeği: Bu çalışmada çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında görev yapan personelin empatik eğilim düzeylerini ölçmek için Dökmen (1988) tarafından geliştirilen Empatik Eğilim Ölçeği kullanılmıştır. Empatik Eğilim Ölçeği'nin amacı, kişilerin günlük yaşamdaki empati kurma potansiyellerini ölçmektir. Likert türü bir ölçek olarak hazırlanan 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100' dür. Yirmidört kişilik üniversite öğrenci grubuna Dökmen (1994), benzer ölçekler geçerliliği katsayısını hesaplamak üzere, Empatik Eğilim Ölçeği ve Edwards Kişisel Tercih Envanteri'nin "Duyguları Anlama Alt Ölçeği"ni uygulamış, ölçek puanları arasındaki korelasyonu .68 olarak bulmuştur. Tanrıdağ (1992) araştırmasında, Empatik Eğilim Ölçeği'nin geçerliliğini, test etmiştir. Buna göre EEÖ'nin geçerlik katsayısı ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan personelden psikologlar için en fazla .89, sosyal hizmet uzmanları için .88 ve psikiyatristler için en fazla .83 olarak hesaplanmıştır. Empatik Eğilim Ölçeğinin güvenilirlik çalışması bu çalışma kapsamında da yapılmıştır. Ölçek, test-tekerrar test yöntemi ile üç hatta ara ile Malatya Sevgi Çocuk Yuvası ve 7-12 Atatürk Çocuk Yuvası personeline uygulanmıştır. İlk uygulama 41 personel üzerinde yapılmış, ancak bazı personelin izinde olması nedeniyle ikinci uygulamada

bunlardan 39 personele ulaşılabilmektedir. Çalışma sonucunda ölçeğin güvenilirlik katsayısı .69 olarak bulunmuştur.

Veri Toplama Süreci

Araştırmacı araştırma verilerini toplamak için 8 ilde bulunan çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarına giderek belirlenen ölçme araçlarını

Verilerin Analizi

Her kurum çalışanınin ölçeğine bir numara verilmek suretiyle değerlendirilme alınacak olan ölçekler 1'den 243'e kadar numaralandırılmıştır. Daha sonra Empatik eğilim ölçekleri puanlanmış ve puanlar kişisel bilgi formu yanıtları ile birlikte SPSS (Statistical Package for the Social Science) paket programa yüklenmiştir. SPSS paket programı kullanılarak gerçekleştirilen istatistiksel analizlerde, her bağımsız değişkene ait grupların empatik eğilim puanlarının ortalamaları ve standart sapmaları saptanarak elde edilen bilgilerin tablolar halinde dökümleri yapılmıştır. Araştırmada ikili gruplar için "t-testi" ; ikiden fazla olması durumunda ise öncelikle Levene's Varyansların Homojenlik Testi yapılmış, grupların empatik eğilim puanlarının aritmetik ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için "Tek Yönlü Varyans Analizi" yöntemi kullanılmıştır (Büyüköztürk,2002). Ortalamalar arası farkların önem dereceleri test edilirken tüm analizlerde anlamlılık düzeyi .05 olarak alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Bu bölümde, araştırma denencelerinin sınanması için toplanan verilerin istatistiksel analizleri sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo-1'deki veriler incelendiğinde; çocuk yuvalarında çalışan personelin empatik eğilim düzeyleri yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeylerinden yüksek olmasına rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>.05$). Her iki kurum çalışanlarının benzer koşullarda çalışmaları, kurumlar arası geçiş yaparak her iki kurum özelliklerine ilişkin deneyimler edinmeleri kurumlar arasında empatik eğilim düzeyi açısından farklılık olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Tablo-2'deki veriler incelendiğinde; en yüksek empatik eğilim puan ortalaması yaşça büyük olan gruba aittir. Ancak yapılan varyans analizi sonucu çalışan personelin yaşlarına göre empatik eğilim düzeyi puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>.05$). Yaşça büyük olmanın deneyim kazanma ile bağlantılı olarak ilerleyen yılların empatik eğilimi artırıcı etkisi olacağı beklentisi ile hareket edilmiştir. Ayrıca yaşın ilerlemesiyle kurum personelinin kişiler arası ilişkilerde daha dikkatli ve sabırlı davranacakları, iletişime daha açık olacakları dolayısıyla empatik eğilim düzeylerinin yaşça daha küçük olan personelin empatik eğilim düzeylerinden farklı olacağı düşünülmekteydi. Ancak yaşın

Tablo 1. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Çalıştıkları Kuruma Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	t	p
Çocuk Yuvaları	156	71,08	8,76	1,39	<.05
Yetiştirme Yurtları	87	69,42	9,03		

Tablo 2. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Yaşına Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	F	p
25 ve altı yaş	39	69,74	10,02		
26-30 yaş	65	71,86	9,40		
31-35 yaş	32	70,75	9,36		
36-40 yaş	36	72,02	7,47	1,474	>.05
41-45 yaş	39	68,82	6,24		
46-50 yaş	21	66,66	9,76		
51 yaş ve üstü	11	72,45	9,25		

ilerlemesiyle kurumda çalışan personelin iş ve aile sorumluluklarının artması kurum personelinin ilişkilerindeki duyarlılığın azalmasına neden olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın bu bulgusu, Aydın (1996), Çimer (1998), Günaydın (1999), İşcen (2006), Kılıç (2005), Pınar (2004), Uygun (2006), Yıldırım (2001), Yurttaş (2001), Sevimligül (2002) ve Yılmaz (2005) araştırma bulguları ile paralellik taşımaktadır. Ancak, Çıtak (1998) ve Pişmişoğlu (1997) yaş düzeyi düştükçe empatik düzeyin arttığını gösterirken; Durmuşoğlu (2001) araştırmasında yaş düzeyi arttıkça empatik düzeyin arttığını belirtmiştir.

Tablo-3'teki veriler incelendiğinde; çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan kadın personelin empatik eğilim düzeyleri erkek personelin empatik eğilim düzeylerinden yüksek olduğu görülmüştür ($p<.05$). Kadınların psikolojik ve sosyal açıdan daha duyarlı oldukları bilinmektedir. Freud'a göre kadınların Oedipal dönemi daha az sorun yaşayarak atlatmaları erkeklerin ise bu dönemde daha fazla özdeşim kurma güçlüğü

çekmeleri cinsiyetler arasında empati açısından böyle bir farklılığa neden olabileceğini belirtmiştir. Freud'u takip eden diğer psikanalistler ise kadınların kendileri ve diğerleri arasındaki mesafenin görelî olarak az olması nedeniyle daha paylaşımcı ve sezgisel davrandıklarını söylemektedirler (Aydın, 1996: 56). Kadınların erkeklere göre psikolojik ve sosyal yönden ilişkilerinde daha duyarlı oldukları, karşısındaki kişilerin neler düşünüp hissettiklerini anlamaya ilişkin daha çok istekli oldukları ve kendi duygularını daha çok dışa vurdukları bilinmektedir. Sosyalleşme süreci içerisinde toplumun bireylere sunduğu kalıplara uygun olarak duygusal, anlayışlı, duygularını rahatça ifade eden tepki çeşitleri kız çocukları için desteklenirken, duygularını ifade etmeyen, güçlü ve bağımsız tepki çeşitleri ise erkek çocuklarda özendirilmektedir. Küçük yaştan itibaren söz konusu tepkileri içselleştirilmektedir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular benzer araştırma bulgularıyla paralellik göstermektedir (Aydın, 1996; Barr, D'alessandro ve Higgins, 2007; Ceyhan, 1993; Cowan,

Tablo 3. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Cinsiyetine Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	t	p
Kadın	114	72,08	8,87		
Erkek	129	69,07	8,67	2,67	<.05

2003; Çimer, 1998; Duru, 2002; Gini, 2007; Güldağ, 2007; Günaydın, 1999; Hojat, ve diğ., 2002; Öner, 2001; Rehber, 2007; Wied, Branje ve Meeus, 2007; Yıldırım, 2001). Ancak konu ile ilgili yapılan bazı araştırmalar kadınların empatik düzeyleri ile erkeklerin empatik düzeyleri arasında anlamlı farkın olmadığı yönündedir (Alisinaoğlu, 2000; Alver, 2003; Durmuşoğlu, 2001; Ercoşkun, 2005; Gönüllü, 2007; Önemlitürk, 1997; Vatanserver, 2002).

Tablo-4'teki veriler incelendiğinde; bekâr personelin empatik eğilim düzeyleri evli personelin empatik eğilim düzeyinden yüksektir ancak bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>.05$). Elde edilen bu bulguda, evli bireylerin sorumlulukları ile beraber artan iş yükü ve tükenmişliğin etkili olabileceği düşünülmektedir. Evli olan kişilerin genelde çocuklarla ve ev işleriyle devamlı ilgilenmek durumunda kaldıklarından kendilerine yeteri kadar zaman ayıramamaktadırlar. Araştırma sonucunda elde edilen bu bulgunun, diğer benzer araştırma bulgularıyla paralellik gösterdiği görülmüştür (Alver, 2003; İşcen, 2006; Pınar, 2004; Pişmişoğlu, 1997). Ancak konu ile ilgili yapılan bazı araştırmalar; bekâr olanların empatik düzeyleri ile evli olanların empatik düzeyleri arasında farkın olmadığı yönündedir (Çıtak, 1998; Sevimligül, 2002 ve Yılmaz, 2005).

Tablo-5'teki empatik eğilim puan ortalamalarına bakıldığında, empatik

eğilim düzeyi puanları ortalaması, çalışan personelin eğitim düzeyi yükseldikçe arttığı görülmüştür. Yapılan varyans analizi sonucunda çalışan personelin eğitim düzeylerine göre empatik eğilim düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Gözlenen bu farkların anlamlı olup olmadığını incelemek için varyans analizi öncesi Levene's Varyansların Homojenlik Testi yapılmış olup ($F=.979$, $p=.403$) bulunduğu varyansların homojen olduğu saptanmıştır. Bu sonuç üzerine hangi grupların ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğunu belirlemek için LSD testi uygulanmıştır. LSD testi sonucunda, lisans mezunu olanların oluşturduğu ($\bar{x}=72,79$) ile ortaöğretim mezunu olanların ($\bar{x}=69,87$) ve ön lisans mezunu olanların ($\bar{x}=69,31$) oluşturduğu gruplar arasında $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark lisans mezunu olanların lehine çıkmıştır. Diğer gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan personelin kişiler arası ilişkilerinde daha bilinçli, ilişkilerinde karşılaştıkları sorunlarla baş etmede daha etkili olabileceği düşünülebilir. Kurumlarda eğitim seviyesi yüksek olan personel dikkate alındığında orta öğretim mezunu kişilerin genelde meslek lisesi çocuk gelişimi bölümü mezunu oldukları, eğitimci ve uzman personeline lisans eğitimi süresinde pedagojik-formasyon, iletişim becerileri eğitimi aldıkları bilinmektedir. Özellikle uzman personel grubu içerisinde

Tablo 4. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Medeni Durumuna Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	t	p
Evli	164	69,89	8,42	1,52	<.05
Bekâr	79	71,73	9,70		

Tablo 5. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Eğitim Durumuna Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	F	p
İlköğretim	14	66,28	11,14		
Ortaöğretim	107	69,87	8,70	3,295	<.05
Ön Lisans	45	69,31	9,12		
Lisans ve üstü	77	72,79	8,13		

yer alan psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının lisans eğitimi boyunca kişiler arası ilişkiler ve psikoloji dersleri almaları söz konusu meslek gruplarının empatik eğilim düzeylerinin yüksek olmasını sağlamaktadır. Bununla beraber lisans mezunu personelin statü ve maaşlarının yüksek oluşu, empatik eğilim düzeylerinin yükselmesini etkilemiş olacağı düşünülmektedir. Konu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde eğitim seviyesi yükseldikçe empatik eğilim düzeyinin de yükseleceği yönündedir (Halıçioğlu, 2004; Sevimligül, 2002; Tutuk, Derya ve Doğan, 2002).

Tablo-6'daki veriler incelendiğinde; çocuk sahibi olmayan personelin empatik eğilim düzeyleri çocuk sahibi olan personelin empatik eğilim düzeyinden yüksektir ancak bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>.05$). Araştırmanın bu bulgusu yapılan bazı araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir (Yılmaz, 2005; Pişmişoğlu, 1997; Kılıç, 2005).

Tablo-7'deki veriler incelendiğinde; personelin kurumda çalışma süresi arttıkça empatik eğilim düzeylerinin düştüğü görülmüştür Ancak yapılan

varyans analizi sonucunda çalışan personelin empatik eğilim düzeyi ortalaması, personelin çalışma süresi azaldıkça yükselmesine rağmen, bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>.05$). Meslekte çalışma süresi arttıkça empatik eğilim düzeyinde görülen düşüşün çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında üstlenilen görevin ağırlığı ve çalışan kurum personelinin mesleki tükenmişliğini akla getirmektedir. Araştırmanın bu bulgusu bazı araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir (Çimer, 1998; Günaydın, 1999; İşcen, 2006; Kılıç, 2005; Sevimligül, 2002). Bu konudaki araştırmalarda farklı sonuçlara da ulaşıldığı görülmektedir (Taşdemir,1999; Pişmişoğlu, 1997).

Tablo-8'deki veriler incelendiğinde; çalıştığı kurumdaki memnun olan personelin empatik eğilim düzeyleri memnun olmayan personelin empatik eğilim düzeyinden yüksektir. Ancak bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>.05$).Çalıştıkları kurumdaki memnun olan personelin ilişkilerine daha fazla yoğunlaşabilecektir. Kişilerin çalıştıkları kurumdaki memnuniyetleri etkileyen en önemli nedenlerinde

Tablo 6. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Çocuk Sahibi Olup-Olmamalarına Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	t	p
Çocuk Sahibi Olanlar	152	69,88	8,29		
Çocuk Sahibi Olmayanlar	91	71,49	9,75	1,36	>.05

Tablo 7. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Çalışma Süresine Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	F	p
1-5 yıl	131	71,72	9,03		
6-10 yıl	34	69,76	9,78	2,957	>.05
11 ve üstü yıl	78	68,73	7,94		

Tablo 8. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Çalıştıkları Kurumdan Memnun Olup-Olamama Durumuna Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	t	p
Memnunum	180	71,12	8,63		
Memnun Değilim	63	68,66	9,39	1,90	>.05

biri de iş arkadaşları ile olan ilişkileridir. İnsan bir gruba ait olma ihtiyacı hissetmek ve o grup tarafından sevilme beğenilmek ve kabul görmek ister. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personel kabul gördüğü, sevildiği bir ortamda çalıştıkları oranda hem işin kendisini hem de sosyal ortamını benimser ve sahiplenir. Empatinin ilişkileri düzenleyici ve yapıcı özelliği göz önüne alındığında, çalıştığı kurumu sevmenin en önemli şartlarından birinin de birlikte çalışılan kişilerle kurulan ilişkinin niteliğidir. Diğer yandan çalışma yaşamındaki olumsuz süreçler çalışma dışı yaşamı da olumsuz etkilemektedir. Araştırmanın bu bulgusu Pınar (2004) ve Pişmişoğlu (1997) araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir.

Tablo-9'daki veriler incelendiğinde, uzman personelin empatik eğilim

düzeyinin idari personel, eğitim personeli ve yardımcı personelin empatik eğilim düzeylerinden yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yapılan varyans analizi sonucunda çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan uzman personelin empatik eğilim puan ortalaması; idari personel, eğitim personeli ve yardımcı personelin empatik eğilim puan ortalamalarından yüksek olmasına rağmen, bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>.05$). Araştırmanın bu bulgusu incelendiğinde; uzman personelin empatik eğilim düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ancak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Bu sonuç; uzman personelin kendi bilgi ve becerilerini çalıştıkları kurumda yansıtamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çocuk yuvaları ve

Tablo 9. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Çalıştıkları Kurumdaki Görevine Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	F	p
İdari Personel	44	70,47	7,74		
Uzman Personel	40	73,50	8,22		
Eğitim Personeli	51	71,00	8,81	2,464	>.05
Yardımcı Personel	108	69,13	9,38		

yetiştirme yurtlarında kalan çocukların ve ergenlerin yaşamış oldukları sorunlar dikkate alındığında her kurumda bir psikolog ve sosyal hizmet uzmanının çalışması iki meslek gurubu üyeleri için de ağır olmaktadır. Çalıştıkları kurumun iş yükünden dolayı bilgi ve becerilerini profesyonelce uygulama imkânından yoksun olan uzman personel gurubunun empatik eğilim düzeylerinin beklentinin altında kalmasına neden olmuş olabilir. Konuyla ilgili yapılan benzer çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Alver (2003), çeşitli kamu kurum ver kuruluşlarında çalışanların empatik becerileri üzerine yapmış olduğu araştırmasında çalışanların kurumlardaki mesleklerine göre empatik beceri düzeylerinde farklılıklar olduğunu. Çimer (1998), çeşitli meslek gruplarının empatik eğilimleri üzerine yapmış olduğu araştırma sonucunda insanlar ile ilişkiyi içeren ve temel alan meslek grubu üyelerinin empatik eğilim düzeylerinin diğer meslek grubu üyelerinden daha yüksek aldığı görülmüştür. İşcen (2006), yapmış olduğu araştırmada; onkoloji servisinde çalışan uzmanların empatik düzeylerinin asistanların empatik düzeylerinden belirgin bir şekilde yüksek olduğudur.

Tablo-10'daki veriler incelendiğinde, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelden en yüksek ortalamaya kendini koruyucu olarak algılayan grup sahiptir. Çocuk yuvaları ve

yetiştirme yurtlarında kendilerini demokratik ve koruyucu olarak algılayan personelin empatik eğilim düzeylerinin kendilerini otoriter ve ilgisiz olarak algılan personelin empatik eğilim düzeylerinden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Gözlenen bu farkların anlamlı olup olmadığını incelemek için varyans analizi öncesi Levene's Varyansların Homojenlik Testi yapılmış olup ($F=.783, p=.504$) bulunduğu varyansların homojen olduğu saptanmıştır. Tablo-1'deki değerlere bakıldığında; elde edilen F değeri (6,950); çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin kendilerini algılama biçimlerine göre empatik eğilim düzeylerinde anlamlı bir farkın olduğunu göstermektedir ($p<.05$). Bu sonuç üzerine hangi grupların ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğunu belirlemek için LSD testi uygulanmıştır. LSD testi sonucunda, kendini demokratik olarak algılayan personelin oluşturduğu grup ($\bar{x} = 71,34$) ile kendini ilgisiz olarak algılayanlar ($\bar{x} = 59,44$) arasında; kendini otoriter olarak algılayanlar ($\bar{x} = 67,79$) ile kendilerini koruyucu ($\bar{x} = 71,65$) ve ilgisiz ($\bar{x} = 59,44$) olarak algılayanlar arasında; kendilerini koruyucu olarak algılayanlar ($\bar{x} = 71,65$) ile kendini ilgisiz ($\bar{x} = 59,44$) olarak algılayanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Çalışma Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu Bölgesindeki kurumları kapsamı ve bu kurumlarda

Tablo 10. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Çalıştıkları Kurumdaki Görevine Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	F	p
Demokratik	136	71,34	8,24		
Otoriter	34	67,79	8,47	6,950	<.05
Koruyucu	64	71,65	9,07		
İlgisiz	9	59,44	10,17		

çalışanların genel olarak kendi memleketlerinde çalıştıkları düşünülürse, kendini koruyucu olarak kabul etmenin Doğu ve Güneydoğu Bölgesinde daha olumlu olarak algılandığı düşünülebilir. Ayrıca, kurumlarda kalan çocuk ve gençlerin gerek fiziksel gerekse de psikolojik olarak korunmaya ihtiyaç duyması kurum çalışanlarının kendilerini koruyucu olarak algılamalarına neden olmuş olabilir. Bunun yanında empatinin en belirleyici değişkenlerinden biri olan karşıdaki insanlara yardım etme ve şefkat gösterme davranışları çalışan kurum personeli tarafından koruyucu tutum içinde algılanmış olabilir. Araştırma bulgusu Ceyhan'ın (1993), kendi anne babalarının tutumlarını demokratik olarak algılayan kişilerin empatik düzeylerinin anne babalarını ilgisiz ve otoriter olarak algılayan kişilerden daha yüksek olduğunu bulduğu araştırma sonuçlarıyla paralellik taşımaktadır.

Tablo-11'deki veriler incelendiğinde, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin maaşı arttıkça empatik eğilim puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür. Yapılan varyans analizi sonucunda çalışan personelin aldığı maaşa göre empatik eğilim düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Gözlenen bu farkların anlamlı olup olmadığını incelemek için varyans analizi öncesi Levene's Varyansların Homojenlik Testi yapılmış olup ($F=1,050$, $p=.371$) bulunduğundan

varyansların homojen olduğu saptanmıştır. Empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Bu sonuç üzerine hangi grupların ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğunu belirlemek için LSD testi uygulanmıştır. LSD testi sonucunda, 1001–1500 YTL maaş alanların oluşturduğu $\bar{x}=72,72$ ile 751–1000 YTL maaş alanların ($\bar{x}=68,52$) ve 500 YTL ve aşağısı maaş alanların ($\bar{x}=68,10$) oluşturduğu gruplar arasında $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark 1001–1500 YTL maaş alanların lehine çıkmıştır. Diğer gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılayacak gelire sahip olması çevresinde kurmuş olduğu ilişkilere daha fazla yoğunlaşmasını kolaylaştırabilir. Ekonomik gelirin düşük olması kişinin kendinin veya sorumluluğunu üstlendiği insanların gereksinimlerini yeterince karşılayamamasına neden olmaktadır. Kişinin gereksinimlerini karşılayamaması çevrede var olan imkânlardan yeterince faydalanamaması ilişkileri üzerine yoğunlaşmasına engel olabilmektedir. Fiziksel ihtiyaçları karşılamakta sorunlar yaşayan kişi sosyal ihtiyaçlarını göz ardı etmek zorunda kalabilir. Bu araştırma bulgusu Ceyhan'ın (1993), aile gelirini yeterli bulan anne ve babanın empatik eğilim düzeylerinin aile gelirini yeterli bulmayan anne ve babanın empatik eğilim düzeyinden yüksek olduğu

Tablo 11. Empatik Eğilim Düzeyinin Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Çalışan Personelin Çalıştıkları Kurumdaki Görevine Göre Analizi

	n	\bar{x}	Ss	F	p
500 YTL ve aşağısı	20	68,10	11,14		
501–750 YTL	56	71,28	8,83		
751–1000	88	68,52	7,83	3,867	<.05
1001–1500	79	72,72	8,92		

araştırma sonucuyla paralellik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

(1) Çocuk yuvalarında çalışan personelin empatik eğilim düzeyleri yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeyinden yüksek olmasına rağmen bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. (2) En yüksek empatik eğilim puan ortalaması yaşça büyük olan gruba ait olmasına rağmen yapılan varyans analizi sonucu çalışan personelin yaşlarına göre empatik eğilim düzeyi puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. (3) Kadın personelin empatik eğilim düzeyleri erkek personelin empatik eğilim düzeylerinden yüksek olduğu görülmüştür. (4) Bekâr personelin empatik eğilim düzeyleri evli personelin empatik eğilim düzeyinden yüksektir ancak bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. (5) Çalışan personelin eğitim düzeylerine göre empatik eğilim düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. (6) Çocuk sahibi olmayan personelin empatik eğilim düzeyleri çocuk sahibi olan personelin empatik eğilim düzeyinden yüksektir ancak bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. (7) Personelin çalışma süresi azaldıkça empatik eğilim düzeyi yükselmesine rağmen, puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. (8) Çalıştığı kurumdaki memnun olan personelin empatik eğilim düzeyleri memnun olmayan personelin empatik eğilim düzeyinden yüksektir. Ancak bu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. (9) Uzman personelin empatik eğilim düzeyinin idari personel, eğitim personeli ve yardımcı personelin empatik eğilim düzeylerinden yüksek

olduğu görülmüştür. (10) Kendilerini demokratik ve koruyucu olarak algılayan personelin empatik eğilim düzeylerinin kendilerini otoriter ve ilgisiz olarak algılayan personelin empatik eğilim düzeylerinden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. (11) Çalışan personelin maaşı arttıkça empatik eğilim puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeylerini artırma ve geliştirmeye dönük bazı önerilerde bulunabilir:

1. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışacak personel seçiminde kurumda kalan çocuk ve gençlerin psikolojik ve fiziksel özellikleri dikkate alınarak nitelikli personel seçiminin yapılması sağlanabilir.
2. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışacak personelin seçiminde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'nün psikoloji, psikolojik danışmanlık ve eğitim bilimleri alanında uzman olan personelden yararlanarak söz konusu kurumlarda çalışmaya aday personelin çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında kalan çocuk ve gençlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal özelliklerine ilişkin bilgilere sahip, duyarlı kişilerin seçilmesi sağlanmalıdır.
3. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında kalan çocuklar için personelin tutum ve davranışları çok kritik bir öneme sahiptir. Bundan dolayı söz konusu kurumlarda çalışacak, çocuk ve gençlerin psikolojik, sosyal ve duygusal sorunlarının çözümünde katkı sağlayabilecek kişilik yapılarının belirlenmesi amacıyla bilimsel araştırmalar yapılmalı ve bu

- kişilik yapılarına sahip kişilerin çalıştırılması sağlanmalıdır.
4. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeylerini arttırıcı, geliştirici grup çalışmaları yapılabilir, etkili iletişim yolları öğretilir. Çocuk ve gençlerin yetiştirilmesinden birinci dereceden sorumlu olan kurum personeline empatik anlayışın önemi kavratılabilir.
 5. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin kurumlarda kalan çocuk ve gençlerin gelişimsel ve psikolojik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanması, çocuk ve gençlere daha anlayışlı ve sabırlı yaklaşımına önemli katkılar sağlayabilir.
 6. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin yaşayacakları sorunların çözümünde etkili olabilecek yeterli sayıda ve nitelikte uzman personel (psikolojik danışman, psikolog) sağlanmalıdır.
 7. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin sayıca az olmasından dolayı kurumlarda kalan çocuk ve gençlerin duygusal gereksinimlerinin karşılanmasında problemler yaşanmaktadır. Ayrıca personel sayısının yetersiz olması personelin iş yükünün fazla olmasına ve tükenmesine neden olmaktadır. Söz konusu nedenlerden dolayı kurumlarda çalışan uzman ve nitelikli personel sayısının arttırılması gerekmektedir.
 8. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personel arasında sosyal ilişkiler arttırıcı faaliyetler (toplu yemekler, eğlenceler ve geziler düzenlemek gibi) daha fazla yer verilebilir. Böylece kurum çalışanlarının birbirleriyle kaynaşmaları sağlanabilir.
 9. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin daha rahat daha istekli görev yapmalarını sağlayacak (ek ücret, kademe ilerlemesi vb.) önlemler alınabilir.
 10. Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeylerini arttıracak, karşıdaki kişilerin duygu ve düşüncelerini anlamaya yönelik becerileri yükseltebilecek etmenlerin belirlenmesine yönelik bilimsel araştırmalar yapılarak, bunun sonucunda empatik beceri eğitimi verilebilir.

KAYNAKÇA

- Acar, N. (1994). *Terapötik iletişim kişilerarası ilişkiler*. (2. Baskı). Ankara: Ertem Matbaacılık.
- Akay, A.P., Taş, F.V., Baykara, B., Miral, S. ve Yemez, B. (2005). Bir kız öğrenci yurdu personelinin ruh sağlığı ve iletişim becerileri, *Yeni Symposium*, 43(2): 64-68
- Alisinanoğlu, F. ve Köksal, A. (2000). Gençlerin ben durumları (ego state) ve empatik becerilerinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18, 11-16.
- Alver, B. (2003). *Çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanların empatik becerileri, karar stratejileri ve psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiler*. Yayınlanmamış doktora tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydın, A. (1996). *Empatik becerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Balci, T. (1999). *Yetiştirme yurdu ile ailesi yanında kalan öğrencilerin kişisel ve sosyal uyum düzeylerinin okul başarılarına etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Barr, J. J., & D'alessandro, H. A. (2007). Adolescent empathy and prosocial behavior in the multidimensional context of school culture. *The Journal of Genetic Psychology*, 168 (3), 231-250.

- Bıyıklı, L. (1995). Korunmaya muhtaç çocuklar ve s. o. s. çocuk köyleri, *Özel Eğitim Dergisi*, 3 (2/1), 3-10.
- Bower, B. (1998). Orphanages improve image in child care. *Science Service*, 154 (15), 230.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. İstanbul: Pegem Yayıncılık.
- Büyüksolak, N. (1995). *Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bağlı yuvalarda kalan ve ilkokul üçüncü sınıfa devam eden çocukların akademik başarılarının incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ceyhan, A. A. (1993). *Ana-babaların empatik eğilim düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Corey, G. (1990). *Theory and practice of group counselling*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Conte, C. (2009). *Advanced techniques for counseling and psychotherapy*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Cowan, G., & Khatchadourian, D. (2003). Empathy, ways of knowing, and interdependence as mediators of gender differences in attitudes toward hate speech and freedom of speech. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 300-308.
- Çıtak, G. (1998). *Hemşirelik yüksekokulu öğretim elemanlarının empatik beceri ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çimer, Ö. (1998). *Çeşitli meslek gruplarında çalışan kişilerin empatik eğilimleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Dökmen, Ü. (2000). *Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati*. (14. Basım). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Duru, E. (2002). *Öğretmen adaylarında empati-yardım etme eğilimi ilişkisi ve yardım etme eğiliminin bazı psikososyal değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Durmuşoğlu, Z. (2001). *Başaçıkma davranışları üzerinde kişilerarası stres ve empatik eğilim düzeyi etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Dryden, W., & Mytton, J. (1999). *Four approaches to counselling and psychotherapy*. New York: Routledge.
- Ercoşkun, M. H. (2005). *Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin empatik becerilerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Erim, B. (2001). *Yetiştirme yurtlarında ve aileleri yanında yaşayan ergenlerin, benlik saygısı, depresyon ve yalnızlık düzeyleri ile sosyal destek sistemleri açısından karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Fabrykowski, K. N. (2004). Care and education of orphaned children in Poland. *Early Child Development and Care*, 174 (7-8), 621-627.
- Flanagan, J. S., & Flanagan, R.S. (2004). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice*. New Jersey: John Wiley ve Sons, Inc.
- Frank, D. A., Klas, P. E., Earls, F., & Eisenberg, L. (1996). Infants and young children in orphanages: One view from pediatrics and child psychiatry. *Pediatrics*, 97 (4): 569-578.
- Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., & Altoe, G. (2007). Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior? *Aggressive Behavior*, 33, 467-476.
- Gönüllü, İ. (2007). *Ankara üniversitesi tıp fakültesinde paralel yürütülen farklı eğitim sistemleriyle öğrenim gören dönem öğrencilerinin "empati" beceri düzeyleri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Güldağ, S. (2007). *Düzce Çakırlar İlköğretim Okulunda okuyan öğrencilerin ebeveynlerinin empatik düzeylerinin ailelerin sosyo ekonomik yapılarına göre incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Günaydın, M. (1999). *Ortaöğretim kurullarında çalışan öğretmenlerin empatik eğilim düzeyleri ile çatışma eğilimi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Gürvardar, D. (2001). *Yetiştirme yurdunda yetişen çocuklar ile ana-baba yanında yetişen çocukların umutsuzluk düzeyinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Hackney, H., & Cormier, S. (2008). Psikolojik danışma ilke ve teknikleri: psikolojik yardım süre-

- ci el kitabı. (çev: T. Erene ve S. Aydemir Sevim). Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Halicioğlu, İ. U. (2004). *Annelerin empatik beceri düzeyi ile çocuk yetiştirme tutumları arasındaki ilişkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Hassan, Y. ve Argoob, M. (2006). The children living in orphanages in Kashmir: An exploration of their nurture, nature and needs. *JK-Practitioner*, 13 (11), 49-52.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Psychiatry*, 159: 1563-1569.
- İşcen, P. (2006). *Onkologların çatışma eğilimlerinin, empatik becerilerinin, iş doyumlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kapkıran, N. (2010). Kişilerarası ilişkiler ve iletişimdeki empati. İçinde A. Kaya (Ed.), *Kişilerarası ilişkiler ve etkili iletişim* (ss.123-150). Ankara: PegemA.
- Kılıç, S. (2005). İstanbul'daki okul öncesi öğretmenlerinin empatik beceri düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kidman, R., Petrow, S. E., & Heyman, J. (2007). Africa's orphan crisis: two community-based models of care. *Aids Care*, 19(3), 326-329.
- Kutlu, M. (1992). *Yetiştirme yurdunda ve ailesi yanında kalan öğrencilerin özsaygı düzeylerini etkileyen bazı değişkenler*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya
- Kutlu, M. (1998). Yetiştirme yurdu öğrencilerinin özsaygı düzeylerinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 22 (10), 25-30.
- Kutlu, M. (2005). Yetiştirme yurdu yaşantısı geçiren lise öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 24(9), 89-105.
- Kutlu, M. (2006). Loneliness among turkish adolescents growing up in orphanages and family settings. *International Journal of Educational Reform*, 15 (3), 1056-7879.
- Margoob, A. M., Hassan, Y., Khan, A. Y., Singh, G. P., Malik, Y. A., Firdosi, M. M., & Ahmad, S. A. (2006). Psychiatric disorders among children living in orphanages, experience from Kashmir. *JK Practitioner*, 13(11), 53-55.
- Mercer, J., Sarnier, L. ve Rosa, L. (2003). Attachment therapy on trial. ABD: Greenwood Publishing Group, Inc.
- Oleke, C., Blystad, A., Fylkesnes, K., & Tumwine, J. K. (2007). Constraints to educational opportunities of orphans: A community-based study from northern Uganda. *Aids Care*, 19(3), 361-368.
- Önemlitürk, D. (1997). *Lise yöneticilerinin kendini gerçekleştirme ve empatik düzeyleri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Öner, N. (2001). *Farklı cinsiyet rol yönelimli kız ve erkek üniversite öğrencilerinin empatik beceri düzeylerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Pala, M. (1999). *Çocuk yuvalarında ve aileleriyle birlikte yaşayan 7-11 yaş grubu çocuklarda yaratıcılığın incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Pınar, G. (2004). *Doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin empati beceri düzeyleri ve etkileyen faktörler*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Pişmişoğlu, E. K. (1997). *Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin empati düzeylerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Rehber, E. (2007). *İlköğretim ikinci kademe öğrencilerinin empatik eğilim düzeylerine göre çatışma çözme davranışlarının incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Sarper, N. (2001). *Yetiştirme yurdunda yetişen çocuklar ile ana-baba yanında yetişen çocukların denetim odaklarının karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Serbin, L. A. (1995). Research on international adoption: Implications for developmental theory and social policy. *International Journal Of Behavioral Development*, 20 (1), 83-92.
- Sevimligül, G. (2002). *Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., & Hızlı, F. G. (2005). Şimdi ve burada terapisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 6, 274-280.

- Şimşek, F., Ulukol, B., & Bingöler, B. (2004). Çocuk istismarına disiplin penceresinden bakış. *Adli Bilimler Dergisi / Turkish Journal of Forensic Sciences*, 3 (1), 47-52.
- Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
- Taşdemir, G. (1999). *Ege üniversitesi uygulama ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Taussig, H. N., Clyman, R. B., & Landsverk, J. (2001). Children who return home from foster care: A 6-year prospective study of behavioral health outcomes in adolescence. *Pediatrics*, 108 (1), 2-7.
- Topbas, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3 (4), 76-80.
- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.
- Tuğrul, C. (1999). Duygusal Zeka. *Klinik Psikiyatri*, 1,12-20.
- Tutuk, A., Derya, A. L., & Doğan, S. (2002). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (2), 36-41.
- Uygun, E. (2006). *Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin empatik becerileri düzeylerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Vatansever, M. (2002). *Farklı liselerde öğrenim gören öğrencilerin okullara girişte ve bitirirken sahip oldukları iletişim becerilerinin belirlenip kıyaslanması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Wied, M., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2007). Empathy and conflict resolution in friendship relations among adolescents. *Aggressive Behavior*, 33, 48-55.
- Yağmurlu, B., Berument, S. K., & Celimli, S. (2005). The role of institution and home contexts in theory of mind development. *Applied Developmental Psychology* 26, 521- 537.
- Yıldırım, A. (2001). *Boşanma ile eşlerin empatik eğilimleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Yılmaz, A. (2005). *Eğitim yöneticilerinin empatik becerileri üzerine bir çalışma*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.
- Yurttaş, A. (2001). *Sağlık meslek okulu öğrencilerinin empatik becerileri ile problem çözme becerilerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Ayanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismarı ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2),69-78.

Araştırma

ORTOPEDİK ENGELLİ KADINLARIN SORUN VE BEKLENTİLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: TUZLA İLÇESİ ÖRNEĞİ

A Study on Orthopedically Handicapped Women's Problems and Expectations: Tuzla County Example

Dilek KURNAZ ÖZDEMİR*

*Sosyal Hizmet Uzmanı,
Kartal Adliyesi 2. Aile Mahkemesi

ÖZET

Günümüzde engellilik nedeniyle yaşanan sorunlar tüm toplumlarda hala önemini korumaktadır. Engellilerin yaşadığı sorunları ortopedik engelli kadınların daha yoğun yaşadıkları düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, İstanbul İli Tuzla İlçesinde ikamet eden, Tuzla Belediyesi Engelli Koordinasyon Merkezi'nde kaydı bulunan ve merkezden en az bir kez hizmet almış, 15 yaş üstü ortopedik engelli kadınların hali hazırdaki eğitim, istihdam ve iş yaşamı, ayrımcılık, aile ve evlilik yaşantısındaki sorunları ile devletten, yerel yönetimden, sosyal çevreden ve gelecekte beklentilerinin neler olduğunu

belirlemektir. Bu amaçla veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen 119 sorudan oluşan form aracılığı ile 81 ortopedik engelli kadınla yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır.

Araştırmaya katılan ortopedik engelli kadınların, engelleri ve toplumsal cinsiyetçi yaklaşımlar nedeni ile eğitim, istihdam ve iş yaşamı, aile ve evlilik yaşamında sorunları yaşadıkları ve ayrımcılığa uğradıklarını düşündükleri görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Engelli, ortopedik engelli kadın, güçlendirme yaklaşımı, toplumsal cinsiyet

ABSTRACT

This study examines "Orthopedically Handicapped Women's Problems and Expectations: Tuzla County Example" is to identify the problems of handicapped women concerning education, employment and business life, family and married life, and arising out of discriminatory behaviours by the reason of being handicapped women. It was objected to put their expectations forward from government, local administration, social environment and future.

The research was applied to 81 orthopedically handicapped women who are registered to Istanbul Tuzla Municipality Handicapped Coordination Centre and have acquired assistance from the centre once in minimum. The data was collected by making interviews with a questionnaire developed by the researcher.

It can be said that the orthopedically handicapped women participants of this research are having difficulties in education, employment, family/married lives and encountering discrimination due to their handicaps and society's sex oriented approaches.

Key Words: Handicapped, orthopedically handicapped women, method of empowerment approach, gender.

GİRİŞ

Geçmişten günümüze her toplumda var olan engellilik olgusu, içinde yaşadığımız zaman diliminde de ciddi bir sorun olarak önemini korumaktadır. Engellilere yönelik geçmişte var olan olumsuz algı ve yargılar aradan geçen zamanda şekil değiştirerek günümüze kadar taşınmıştır. 1993 Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Raporu'nda; engelli bireylerin insan haklarının tüm dünyada çeşitli derecelerde ihlal edildiği belirtilmektedir. Engelli insanlar "eşitlik" için mücadele etmekte ve bunu yaparken de birçok engel yaşamaktadır. Kadınlar da engelliler gibi eski çağlardan bu yana erkek egemen dünyada arka planda kalmışlardır. Kadınların engellilik gibi faktörler yüzünden tam eşitlik ve ilerlemeye ulaşmada engellerle karşılaştığı kabul edilmektedir. İnsan hakları ve eşitlik olguları ile birlikte gelişen ve değişen toplumda, ortopedik engelli kadın olmak, kadınların toplumsal hayatta yaşadıkları sorunları ve ayrımcılığı pekiştirmekte ve ortopedik engelli kadınları insan hakları ihlalleri ile karşı karşıya bırakmaktadır. Cinsiyet ve engel konusu biraraya geldiğinde yaşanan sorunlar çok yönlü bir boyut kazanmakta ve derinleşmektedir. Cinsiyet ve engeli nedeniyle çifte ayrımcılığa uğrayan engelli kadınların sosyal durumu ülkeden ülkeye ve bireysel koşullara göre değişmekle birlikte engelli kadınların toplum ve aile tarafından engelli kadın olarak daha az desteklenme, eğitim rehabilitasyon vb. hizmetlere ulaşmakta daha fazla zorluk çekme, ekonomik yönden daha fazla bağımlı olma ve sınırlı eğitim alan, mesleki eğitim hizmetlerinden yeterince yararlanamayan, olumsuz bakış açısı gibi nedenlerle işverenlerce tercih edilmeyen ve fiziksel,

seksüel, psikolojik şiddete ve istismara daha çok maruz kalan bir kesimi oluşturdıklarından söz edilebilir (Abu Habib, L., 1995: 49-53). Engelli kadınların sıklıkla karşılaştıkları sorunlar ise; tıbbi bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamama, işsizlik, eğitim yoksunluğu, kadınlara yönelik hizmet ve programların azlığı ya da hiç bulunmaması, fiziksel istismara maruz kalma, önyargı, ayrımcılıktır (Özcan, 2005: 177).

Bu çalışmada, engellilik sorununun birey kaynaklı olduğunu savunan medical modelden farklı olarak sorunu kadın ve engelli olduğu için toplumla bütünleşmesi engellenen ve toplumda görünür kılınmayan toplumdaki kaynaklandığı üzerinde duran sosyal modelden hareketle, ortopedik engelli kadınların sorunlarının belirlenmesi, beklentilerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte ortopedik engelli kadının güçlenmesine özellikle toplumda varolan toplumsal cinsiyet rolleri nedeni ile engel olan sorunların çözümünde toplum yapısının değişmesi, engelli bireyleri kabullenici ve eşitlikçi bir toplum yapısı oluşturulması konuları önem kazanmaktadır. Bu çalışma ile ortopedik engelli kadının, Birleşmiş Milletler Engelliler İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallar'da da bahsi geçen eğitim, istihdam ve iş yaşamı, ayrımcılık, aile ve evlilik yaşamındaki sorunları ile devletten, yerel yönetimden sosyal çevreden ve gelecekte beklenenleri ortaya konmuştur. Araştırmanın ortopedik engelli kadınların sorunlarının tespiti ve çözümü ile beklentilerinin karşılanması yolunda atılacak adımlar için veri kaynağı oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Araştırma, sayısal verilere ulaşmayı ve genelleme yapmayı olanaklı kılan nicel araştırma modeli ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma, betimleyici (descriptive) araştırma türünde bir çalışmadır. Betimsel tarama modeli, geçmişte ya da hala varolan bir durumu olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. "Araştırmaya konu olan birey, nesne, kendi koşulları içinde ve var olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilemez. Bilinmek istenilen şey vardır ve oradadır. Önemli olan onu uygun bir şekilde gözlemleyip belirleyebilmektir (Karasar,1991: 77). Benzer çalışmaların sınırlı olması, bu konuda bulguların yeterli olmaması denence oluşturulmasına olanak vermediğinden, araştırma soru cümleleri geliştirilerek hazırlanmış, bu soru cümlelerine yanıt aranmıştır. Ayrıca, "Veriler yeterli olsa ya da oluşum halindeki olay, nesne ya da bireylere ilişkin hangi tür verilerin toplanacağına araştırmacı karar verse ve toplasa bile, olası nedenlerin birden çok olabileceği ve değişkenleri ayrıca kontrol etme olanağı bulunmadığı için, alınan sonuç gerçek neden-sonuç ilişkisi biçiminde yorumlanmaz; bu konuda yalnızca bir ipucu sayılabilir" (Karasar, 1991: 77-78). Araştırma ile araştırmaya katılan ortopedik engelli kadınların eğitim, istihdam ve iş yaşamı, ayrımcılık, aile ve evlilik yaşantısındaki sorunları ile devletten, yerel yönetimden, sosyal çevreden ve gelecekte beklenileri kendi ortamlarında incelenmeye ve ortaya konmaya çalışılmıştır.

Çalışma Grubu

Araştırmada, İstanbul İli Tuzla İlçesinde ikamet eden ve Tuzla Belediyesi

Engelli Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı ve kurumdan en az bir kez hizmet almış, 15 yaş üstü ortopedik engelli kadınlar tamsayım yapılarak çalışma evreni olarak seçilmiştir. 15 yaş ve üzeri yaş dilimindeki ortopedik engelli kadınların çalışma evreni olarak seçilmesinde 4857 sayılı İş Kanunu'nun 71. maddesine göre çalışmaya başlama yasal yaşının on beş olarak kabul edilmesi etkili olmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen 119 sorudan oluşan "görüşme formu" kullanılmıştır.

Veri Toplama Süreci

Çalışmanın verileri Mayıs-Temmuz 2009 tarihleri arasında araştırmaya katılanların sözlü onayları ile yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Görüşmeler ortalama 45 dakika sürmüştür. Veri toplama sürecinde görüşme yapılan bazı ortopedik engelli kadınları, aile üyelerinin yalnız bırakmak istemesi, bazı kadınların sorulara detaylı yanıt vermek istemeleri ve kadınların bazı soruların yanıtlanmasında duygusal yoğunluk yaşamalarından kaynaklanan güçlükler yaşanmıştır.

Verilerin Analizi

81 ortopedik engelli kadın ile yapılan yüz yüze görüşmede toplanan veriler, hazırlanan yönerge çerçevesinde SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) 17.0 Programı aracılığı ile bilgisayar programına aktarılıp bulgular sayı ve % ile yorumlanarak, çizelgeler nicel olarak sunulmuştur.

BULGULAR**Araştırmaya Katılan Kadınları Tanıtıcı Bulgular**

Araştırmaya katılanların %24,7'inin 33- 38 yaş grubunda, %75,3'ünün İstanbul dışında doğup, sonradan göç ile İstanbul'a yerleştikleri ve %85,2'sinin 12-35 yıldır İstanbul'da yaşadıkları, %53,1'inden fazlasının medeni durumunun bekar olduğu, %40,7'sinden fazlasının anne, baba ve kardeşlerle yaşadığı, %29,6'sına yakınının doğduktan sonra 0- 5 yaş diliminde engelli olduğu, %35,8'inden fazlasının kaç yaşında engelli olduğunu bilmediği, %39,5'sinin engel derecesinin %40- %59 arasında olduğu, yine %42'sinin geçirilen hastalık nedeni ile engelli olduğu, ailelerinde kendilerinden başka engelli bulunanların oranının da %32,1 olduğu ve bu bireylerin yarıdan fazlasının (%53,8) kardeşler olduğu tespit edilmiştir. Ortopedik engelli kadınların aile yakınlarındaki engel türlerine bakıldığında, %69,2'sinin kendileri gibi ortopedik engelli olduğu ve engelli yakını olanların %38,5'sinin yakınının özürülü sağlık kurulu raporunun olmadığı, yardımcı cihaz, araç ve gereç kullananların %35,3'ünün daha çok tekerlekli sandalye kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yarısının (%45,7), aileye giren ortalama gelirlerinin 501- 700 TL olduğu, %66,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %77,8'inden fazlasının sosyal güvencesinin aile üyelerine ait olduğu, %72,8'inin özürülü maaşı almadığı, yalnız %14,8'inin evde bakım parası aldığı belirlenmiştir.

Dünyadaki yoksullar içerisinde en yoksul konumda engellilerin olduğu verilerle sabittir (Thomas, 2005, Akt.: Erbil, 2007: 949- 953). Araştırmaya katılan kadınların yarısının aileye giren

ortalama gelirlerinin 501- 700 TL olduğunun tespit edildiği araştırma verileri bu bilgileri destekler niteliktedir. 2009 Ocak ayı itibarıyla dört kişilik bir ailenin yoksulluk sınırının 2 bin 395, açlık sınırının 735 TL olduğu göz önüne alındığında araştırmaya katılan ortopedik engelli kadınların %60'ünün açlık sınırının altında, neredeyse tamamının da yoksulluk sınırının altında yaşamını sürdürdüğü görülmektedir. Yoksulluğun engelli birey ve aileler üzerinde neden ve sonuç olarak önemli olumsuz etkileri olduğu düşünüldüğünde yoksulluk sorununun çözümlenmesi gerekmektedir (Küçükkaraca ve diğ., 2008: 93). Bununla birlikte işsizliğin ve ekonomik sorunların evlenme yaşını geciktirici bir etkiye sahip olduğu göz önüne alındığında, araştırmaya katılan engelli kadınların yarısından fazlasının bekar olmasında gelir düzeyinin düşük olmasının olumsuz etkisinden söz etmek mümkündür (Karataş, 1996:65). Aile de engelli yakının fazlalığı ve özürülü sağlık kurulu raporu almamış olanların fazlalığı, araştırmaya katılanların ve aile yakınlarının danışmanlık desteğine ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Eğitim

Araştırmaya katılanların eğitim ile ilgili araştırma bulgularına bakıldığında, %32,1'inin kız çocuk olduğu için okula gidemediği, açık öğretime devam edenlerin yarısının ulaşım engeli nedeniyle açık öğretime devam ettiği, hiçbirinin mesleki eğitim ve rehabilitasyon hizmeti almadığı, okula giderken %69,9'unun tekerlekli sandalye ya da koltuk desteği kullanarak veya yürüyerek okula gittiği, tekerlekli sandalye kullananların %50'sinin hiç eğitim almadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların

yarısından fazlasının (%56,6) okula giderken ulaşım ile ilgili sorun yaşadığı görülmektedir. Ulaşım da yaşanan en önemli sorun okulun uzak olması iken, en önemli ikinci sorun okula yalnız gidip gelememek olarak tespit edilmiştir. Okula giderken kentin fiziki koşulları nedeni ile sorun yaşayanların oranı %62,3'dür. Kentin fiziki koşulları arasındaki en önemli sorun alt ve üst geçitler, kaldırımlar, merdivenler, kaldırımlarda rampa olmamasıdır. Araştırmaya katılan kadınların tamamına yakını (%93,8) eğitim hayatında diğer kadınlardan ve ortopedik engelli erkeklerden daha fazla sorun yaşadıklarını düşünmektedir. Eğitim hayatları boyunca karşılaştıkları en önemli sorunun ise ulaşım olduğu anlaşılmaktadır. Eğitim hayatlarına devam etselerdi %30,9'unun öğretmen olmak istedikleri görülmektedir.

Cinsiyet farklılığı açısından bakıldığında, engel dışında kadın olmak da engelli kadının eğitimini engellemektedir. Engelli kadının eğitim sorunu, ülkemizde yerleşik olan kadına genel bakışın bu alana ağır bir yansımasıdır (Kelleci, 2005: 105). Llyod (1992)'a göre engelli aileleri engelli kız çocuklarının eğitim sürecinde düşük beklenti içerisinde. Aileler kız çocuklarının okul başarısı ile ilgilenmemektedir. Engelli olup olmamalarının da bu konuda önemli olmadığı öne sürülmektedir. Araştırma bulguları bu bilgileri destekler niteliktedir.

Ortopedik engelli kadınların eğitimlerinde, eğitim kurumlarının fiziki koşullarının ortopedik engelli bireylerin ulaşamayacağı şekilde tasarlanmış olması da önemli bir sorundur. Çoğu eğitim binasında tekerlekli sandalye kullanan bireyler düşünülmemiştir (Bilgin, 1997: 22). Araştırma sonuçları bu bilgilerle benzerlik göstermektedir. Araştırmaya

katılan ortopedik engelli kadınların, kadın ve engelli olmaları nedeni ile yeterli eğitim imkanlarından faydalanamamaları ve bunun sonucunda da meslek edinme ve ekonomik konularda sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Kentin fiziki koşullarının engellilere uygunluğu ve ulaşımın erişilebilirliği halinde eğitimde ve iş yaşamında engellilerin daha fazla yer alabileceği görülmektedir. Bu yönde geliştirilecek sosyal politikalar ve bunların uygulanabilirliğinin sağlanmasına ihtiyaç vardır. Kadınların eğitim düzeylerinin artması, sağlıklı çocukların yetiştirilmesinde ve dolayısıyla sağlıklı toplum yapısında önemli rol oynamaktadır.

İstihdam ve iş yaşamı

Araştırmaya katılanların istihdam ve iş yaşamlarına ilişkin bulgulara bakıldığında, %90,1'dan fazlasının işe yerleştirilmeleri, yine tamamına yakını (%96,3) işe yerleştirdiklerinde nasıl çalışacakları ile ilgili yasal hak ve düzenlemelerden haberdar olmadıkları, hiçbirinin mesleki eğitim ve mesleki rehabilitasyon almadıkları, %79'unun hiç çalışmadığı ve çalışmayanların çalışmamasına rağmen %86,5'sinin iş aramadıkları, iş aramamalarında çalışma hayatının zorlayıcı olacağını düşündükleri, iş arayanların eğitiminin yetersiz (%30), kentin fiziki koşullarının elverişsiz (%30) ve ulaşım da yaşanan zorluklar (%30) nedeni ile iş bulamadıklarını düşündükleri, işe yerleştirmede sorun yaşayanların %28,6'sının fiziksel görüntüsü nedeni ile sorun yaşadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan ve çalışan 7 ortopedik engelli kadının iş yerinde iki yılını doldurmamış olduğu, işe yerleştikten sonra en fazla %31,3'ünün kentin fiziki

koşulları nedeni ile sorun yaşadıkları, yine aynı oranla bazen ulaşım nedeni, %14,2'sinin de bazen bir boyuttaki engelin diğer alanlara da genellenmesi nedeni sorun yaşadıkları görülmektedir. Ulaşım ile ilgili sorun yaşayan çalışan kadınların %50'sinin toplu taşıma araçlarına binme- inme ve aynı oranla işyeri servisine binme-inme nedeni sorun yaşadığı, işyerinin fiziki koşulları nedeni ile sorun yaşayanların %66,7'sinin merdivenler, merdivenlerde korkuluk olmaması, 33,3'sinin asansör olmaması nedeni sorun yaşadığı görülmektedir. İşten ayrılanların %37,5'sinin neden işten çıkarıldığını bilmediği, bu oranı %25 ile eşin çalışmasını istememesinin izlediği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların tamamının (%95) diğer kadınlardan istihdam alanında daha fazla sorun yaşadıklarını düşündükleri, %59,3'ünün ise istihdam alanında ortopedik engelli erkeklerden daha fazla sorun yaşadıklarını düşündüğü görülmektedir.

Özellikle kadınların çalışma hayatlarına katılmaları ile ilgili ülkemizde sosyal bir direnç vardır. DİE (2002)'ye göre istihdam edilen engellilerin %82,6'sı erkek, %17,4'ü kadındır. Çalışanların büyük çoğunluğu erkektir. İşgücüne katılmayan nüfusun %68'ini engelli kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre ise engelli nüfusun yarısından fazlasını oluşturan engelli kadınların işgücüne katılımı engelli erkeğin işgücüne katılım düzeyine göre daha düşüktür. Engelli kadınların işgücüne katılım oranı %6,71 iken; bu oran erkeklerde %32,22'dir (DİE; ÖİB, 2002). Engelli kadınların eğitimsiz ya da düşük eğitilmiş olmaları, mesleki rehabilitasyon almamış olmaları, engellerine uygun iş ve işyeri imkanlarının

sınırlı olması gibi nedenlerle bu durum pekişmektedir (Kuzgun ve Aydın, 2005: 223- 231). Araştırmaya katılanlar arasında çok az çalışan olması bu bilgileri doğrular niteliktedir. Engelli erkekler ve engelli kadınların karşılaştırıldığı araştırmalarda, engelli kadınların yoksulluk ve ayrımcılık konularından daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir (Osunluk ve Uğurlu, 2005:411). Araştırmaya katılan kadınların bu yöndeki düşünceleri araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

İstihdam alanında yaşanan sorunlarda, işverenin fiziksel bütünlük beklentileri, eğitimsizlik, işverenlerin aradıkları niteliklere sahip olmama, yani niteliksiz işgücü durumunda olma, işverenlerin engellileri işe almada isteksiz olmaları, işverenlerin engelli bireylerle ilgili verimsiz ve işe yaramaz olduklarını düşünmelerini ve toplumun engellilerin sorunlarının hayırseverlikle çözülebileceğine inanmaları sayılmaktadır (Işıkhan, 2001: 175-188). Bununla birlikte Karataş (1997- 1998:12)'in belirttiği gibi, fiziksel çevre çeşitli engelli gruplarının gereksinimlerini karşılayacak biçimde tasarlanıp inşa edilmemiştir. Bina düzenlemelerinin ve mimari uygulamaların engelli insanları dışladığı, kent mekânlarının sanki engellilerin hiç bir yere gidememesi için tasarlandığı belirtilmektedir (Kitchin,1998: 346). ÖZİDA Araştırması (2002)'na göre, engel türü fark etmeksizin genelde engelli bireylerin %68'inin yaşadığı çevrede, yaşadığı bina, cadde, sokak ve yollarda engeline uygun olarak herhangi bir düzenleme bulunmadığı tespit edilmiştir. Engellilerin engelli olmayanlara göre üç kat daha az seyahat ettiği belirlenmiştir (Office for Disability Issues, 2006, Akt.: Kolat, 2007:1076). Ulaşım da yaşanan

güçlüklerin en büyük etkisi sosyal dışlanmadır. Bireyin kendine olan güven ve saygısı sosyal izolasyon ile azalmaktadır ve bu durum bağımsız karar geliştirmesini ve arkadaş edinmesini engellemektedir. Engelli olmak başlı başına beden imajında değişme, özsaygı ve özgüvende azalma, cinsel kimlikte bozulma, depresyon, eşin sadakatinden şüphelenme, anksiyete, üzüntü, öfke, çaresizlik gibi değişik duygulara neden olmaktadır (Hartman ve diğ.,1983:370-374). Araştırma sonuçlarında kadınların iş aramamaları ve çalışamayacaklarına olan inanç bu bilgilerle birleştirildiğinde mevcut mimari düzenlemelerin engelliler düşünülerek değiştirilmesi ve yeni yapılacakların engelliler düşünülerek tasarlanması gerekmektedir.

Ayrıca cinsiyetçi bakış açısı ile eşin ortopedik engelli kadının çalışmasına izin vermemesi, çocuklarına ve eşe bakmak sorumluluğunun kadında olmasının da ortopedik engelli kadınların iş yaşamına girmesini engelleyici olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan ve işten ayrılan kadınların işle ilgili haklarını bilmesi, bu haklarını kullanabilmesi ve koruyabilmesi, kendi seçimlerini yapabilmesi ve güçlerinin farkına varabilmesi için güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde desteklenmeye ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Aile ve Evlilik Yaşamı

Araştırmaya katılanların %85,2'sinin engelli kadın olmanın aile ve evlilik yaşamında sorun yarattığını düşündüğü, %32,1'inin aileleri tarafından hasta olarak algılandığı, %21'inden fazlasına yetişme sürecinde annenin kendisine diğer kardeşlerine davrandığından daha ilgili davrandığı, %13,6'sına annesinin acıdığı ve %11,1'inden fazlasının

annesinin kendisine kızdığı, %17,3'ü oranındaki kadına yetişme sürecinde baba tarafından kızıldığı, %13,6'sından fazlasının babası tarafından dövüldüğü, aynı oranda babası tarafından hakarete uğradığı, yetişme sürecinde %25,9'unun en önemli sorununun ekonomik sorunlar olduğu, yarıya yakınının (%44,4) kardeşleri ile ilişkilerinin bazen kendilerine refakatçi olmaları nedeniyle olumsuz etkilendiği, %29,6'sının eve ait işlerini annelerinin yaptığı, %61,7'sinden fazlasının yaşadığı evin koşullarının engeline uygun olmadığı, %75,3'ünden fazlasının aile üyelerinden bazen korktuğu görülmektedir.

Akkök (1982), çalışmasında kesin engelli tanısı alınan çocukla ilgili ailenin, reddetme, kızgınlık, uzlaşma, depresyon ve kabullenme davranışların aşamalı olarak gerçekleşebileceğini ya da aile bu aşamalardan herhangi birinde kalabileceğini belirtmektedir (Akkök, 1982:3-5). Araştırma sonuçları bu bilgileri doğrular niteliktedir. Araştırmaya katılanların aile ile ilişkilerinde sorunlarının olduğu ve yetişme sürecinde aile ilişkilerinin özellikle engel nedenli olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Aile, ait olma duygusunun temelini atıldığı yerdir. Ait olma ihtiyacı insanın temel ihtiyaçlarından ve karşılanması bireyin kendine güven ve saygı duymasını sağlar. Bu ancak destekleyici ve bireyi önemseyen ilişkiler içerisinde gerçekleşir. Birey değerli bulunmadığı bir sosyal ortamda özsaygı ve özgüven gerçekleştirilemez (Schaller ve De La Garza, 1999:7- 18). Araştırmaya katılan ortopedik engelli kadının çoğunun sorun yaşadıkları aile üyeleri ile birlikte hala yaşadıkları düşünüldüğünde psiko-sosyal olarak sorunları olduğu, profesyonel yardım ve desteğe

ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra özellikle engelli bireyin kendinden utanma ve kendini suçlama duygusunu azaltması için de güçlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, ortopedik engelli kadınların kaliteli yaşam beklentisi için temel haklarının bilinmesi ve savunulması gerekmektedir. Sosyal hizmet mesleği, engellilerin hayatın her alanına eşit katılımları için savunuculuk rol ve fonksiyonlarını yerine getirmesi gerekir (Küçükkaraca, 2001: 227- 231).

Araştırmaya katılan evli kadınların tamamının evlilikten doğan hak ve yükümlülüklerinden haberdar olmadığı, %51,9'undan fazlasının evliliklerinde yaşadıkları sorunların engelli olmalarından kaynaklanmadığı, %29,6'sının eş tarafından bazen hakarete uğrama davranışıyla karşılaştığı, %33,3'üne yakınının eşten bazen korktuğu, araştırmaya katılan ortopedik engelli kadınların eşlerinden korkanlarının ailenin diğer üyelerinden korkma durumları incelendiğinde, %60'ından fazlasının eşinden korkmayıp ailenin diğer üyelerinden korktuğu veya bazen korktuğu görülmektedir. Araştırmaya katılan boşanmış kadınların %66,7'sinin boşanmalarının nedeninin engelli olmalarından kaynaklandığı görülmektedir.

Kadının herhangi bir engeli olmasının aile içerisinde kadına yönelik şiddete neden olduğu belirtilmektedir (Vural-Dinçkol, 1998: 35-50). Ayrıca, yurt dışında yapılan çalışmaların çoğunda engelli kadınların özellikle eşleri tarafından duygusal ve fiziksel istismara uğratıldıkları belirtilmektedir. Fiziksel engelli bulunan 31 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada bu kadınlardan %81'inin cinsel, fiziksel ya da duygusal istismara uğradıkları belirtilmektedir. İstismara

uğramış 55 kadın üzerinde yapılan bir başka araştırmada %15'inin cinsel, %17'sinin fiziksel, %23'ünün duygusal istismara uğratıldıkları tespit edilmiştir (Vural- Dinçkol, 1998: 35-50, Çank ve diğ., 2003: 699-708). Engelli kadının fiziksel istismarı kocası tarafından tokatlamadan başlayan ve ciddi eylemlere kadar uzanabilen türlerde olabilmektedir (Başar, 1998: 13-15). İstismarın türü engelli bireyin kullandığı yardımcı araç gerece ulaşmayı engelleme, uygun olmayan bir ortamda terk etme, savunmasız bırakma, temel ihtiyaçlarını (yeme, içme, banyo vb.) engelleme gibi gerçekleşmektedir (Ford ve Moore, 2000: 61-72, Hossauneh ve Curry, 2002: 96-194, Chang ve diğ., 2003: 699-708). Bununla birlikte kadınların kültürden öğrendikleri iyi ve fedakar eş rolüne ters düşecek şekilde davranmaya çalıştığı ve evlerinde gördükleri şiddeti benimseyerek, bu durumdan kolay kolay yakınmadıkları, kültürel değerler gereğince de aile içinde şiddete maruz kalsa bile bunu çevreye anlatmaması gerektiğini öğrendikleri belirtilmektedir. Gizlemek ve aile bütünlüğünü korumak ideal eşin en önemli erdemleri arasında kabul edilmektedir (Vural- Dinçkol,1998: 35-50, Aral ve diğ., 2005: 31- 32). Araştırma sonuçları bu bilgileri destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılanlardan evli olanların %66,7'sinin engelli olarak evlendiği, engelli olmanın eş bulma/evlenmede güçlük yarattığını düşünenlerin %28,6'sından fazlasının karşı tarafın ailesinin engelli olduğu için kendisini istememesi ve aynı oranla kendisine benzer fiziksel özelliklere sahip birini bulmak için beklemesinden kaynaklandığı, yine fiziksel görüntüsü ve karşı tarafın kendisine engelli nedeni ile nasıl

davranacağına güvenemediği için evlenmede güçlük yaşadığı ve %69,1'inden fazlasının aile ve evlilik hayatında ortopedik engelli kadınların ortopedik engelli erkeklerden daha fazla sorun yaşadığını düşündükleri tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanlardan evli olanların %66,7'sinin görücü usulü ile evlendiği, %50,7'sinin eşinin engelli olduğu, %66,7'sinin eşini seçerken engelli olmasına dikkat ettiği, eşi engelli olanların %66,7'sinin kendisini daha iyi anlayacağını düşündüğü için engelli eş seçtiği, engelli eşi olanların %44,4'inin eşinin de engelli olması nedeni evlilikte problem yaşadığı, engelli eşleri olanların tamamının da kendileri gibi ortopedik engelli eşleri olduğu görülmektedir.

Engelli kadınların bir kısmı anne, eş rollerini yerine getiremeyeceklerinden ve bu rollerin gereklerini başarılı bir şekilde yürütemeyeceklerinden söz etmektedir (Lloyd, 1992: 207- 221). Araştırma bulgularından araştırmaya katılan kadınların evlenmeyi düşünmemesinde engelli olmak ve fiziksel kısıtlılıkların engelleyici olduğunu belirtmeleri bu bilgileri destekler niteliktedir. Yapılan çoğu araştırmada, engelli kadınların çok azı evlenmekte; evlenmiş olsalar bile çoğunluğu ayrı yaşamakta veya boşanmakta; eğer çocukları varsa sıklıkla bu çocukları tek başlarına yetiştirmek zorunda kaldığı belirtilmektedir (Florian ve Dangoor, 1994: 735-746). Yine özürüllüğün sonraki kuşaklara geçeceğinden endişe ettiği için özürüllü kızlarının evlenmesini istemeyen anne- babalar vardır (Arıkan, 2001:27). Araştırmaya katılan kadınların engel ile evlenme ilişkisi, cinsellikleri, çocuk sahibi olabilme ve engelin çocuklara geçişi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları, eğitim düzeylerinin düşük olmasının ve toplumun ve ailenin engelli kadını cinsiyetsiz ve

evlenemez görmesinin de evlilik ve çocuk sahibi olma ile ilgili kendilerini engellemelerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla engelli kadınların eş ve anne olarak üstlendikleri rollerde doyum bulmaları bu nedenle güçleşmektedir (Lloyd, 1992: 207- 221).

Oppong ve Abu (1985), kadın olmanın toplumsal rollerini toplumsal cinsiyetle ilişkili olarak "annelik, eş olma, ev kadınlığı, akrabalık, mesleki, topluluk ve bireylik" şeklinde yedi temel rol olarak belirlemektedir; özellikle engelli kadınların sosyal olarak kodlanmış cinsel özellikleri, üreme temelli rolü ile eğitim ve çocuk yetiştirme rolünün reddedilişi; yetersiz ve çekici olmayışın önemini göstermektedir. Bu rollerin reddi ise, engelli kadının cinsel yaşamda reddedilişi ile sonuçlanmaktadır (Nisha, 2006: 3- 4). Ortopedik engelli kadınların bu rolleri yerine getiremeyeceklerinin toplum tarafından düşünülmesi, bir anlamda cinsel yaşamdan, aile ve toplumsal yaşamdan da reddedilişi sonucunu doğurabilmektedir. Bu durum da kadınların toplumsal hayatın her alanında sorun yaşamasını kaçınılmaz kılmaktadır. Araştırma bulguları toplumun olumsuz tutum ve inanışlarından ortopedik engelli kadınların etkilendiklerini aile ve evlilik yaşamında sorun yaşamasına neden olduğunu göstermektedir.

Bunlarla birlikte evin fiziksel koşullarının engele uygun olmamasının da aile ilişkilerinde olumsuzluk yarattığı, engelli kadının aileden bir başkasına ihtiyaç duymasına sebep olduğu ve bu durumun evlilik ilişkisini çifte açmazla soktuğu söylenebilir. Genel olarak, araştırmaya katılan çocuklu kadınların engelli olmalarının aile içi ilişkilerde meydana getirdiği zorluğun yarından fazlasında (%55,9) çocuklarla yeterince

ilgilenememe, eşle yeterince ilgilenememe, ev işleri ile yeterince ilgilenememe olduğu, %38,2'sinin çocuklarla ilgili işlerini çocukların ve başkalarının yaptığı anlaşılmalıdır. Araştırmaya katılanların %69,1'sinden fazlasının evlilik yaşamında ortopedik engelli kadınların ortopedik engelli erkeklerden daha fazla sorun yaşadıklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bununla birlikte çoğu engelli kişinin başarılı eş ve ebeveyn olabildiğinden de bahsedilmektedir (Mittler, 1995: 289-333). Araştırma sonuçları bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Ayrımcılık

Araştırmaya katılanların, %85,2'sinin toplumun kendilerine fiziksel görünüşleri nedeni ile farklı davrandığı, %32,1'inin toplum tarafından korunmaya muhtaç ve %27,2'sinin aciz olarak görüldüğünü düşündüğü, %18,5'inin toplum tarafından her zaman küçümsendiği, %70,4'üne sürekli bakıldığı, %67,9'undan fazlasına toplumun acıdığı, %64,2'sinin bazen toplum tarafından küçümsendiği, %51,9'undan fazlasının toplum tarafından aşağılandığı, %49,4'ünü bazen kandırmaya çalıştığı ve aynı oranla sözel olarak rahatsız ettiği, %42'sinden fazlasının toplum içinde karşılaştıkları en önemli sorunun acıma olduğu, arkadaş edinmede güçlük yaşayanların %30,3'ünün kentin fiziki koşulları nedeni ile dışarı çıkamaması nedeni ile arkadaş edinmede güçlük yaşadığı, tamamına yakınının medya tarafından ortopedik engelli kadınların sorunlarının yansıtılmadığını düşündükleri, %92,6'sından fazlasının medyada ortopedik engelli kadınların bağımlı (%28,4), aciz (%27,2) ve korunmaya muhtaç (%27,2) olarak yansıtıklarını düşündükleri anlaşılmalıdır.

Weinberg (1983)'e göre, engeli olmayan bireyler engelli olan bireylerin sosyal haklarını dört şekilde ihlal etmektedir; sürekli bakma, zorlayıcı tarzda soru sorma, istemeden yardım etme, aşağılama ve alay etme. Araştırma bulguları bu bilgilerle benzerlik göstermektedir. Yine, İngiltere'de her dört engelliden biri ayrımcılık ve taciz ile karşı karşıya olduğu, her on kişiden sekizinin ise sosyal dışlanmaya uğradığı belirtilmektedir (Office for Disability Issues, 2006, Akt.: Kolat, 2007:1076). Bu araştırmanın sonuçları ile de araştırmaya katılan ortopedik engelli kadınların, engelleri ve toplumsal cinsiyetçi yaklaşımlar nedeni ile eğitim, istihdam ve iş yaşamı, aile ve evlilik yaşamında sorunlar yaşadıkları ve ayrımcılığa uğradıkları ortaya konmuştur. İnsanların kendi gibi olanı kabul etme eğiliminde olup, ötekine karşı olumsuz, ön yargılı tutum ve davranışlarda bulunduğu, birçok çalışmada doğrulanmıştır. Weinberg (1983)'e göre, "fiziksel engelli olanların ruhsal ve sosyal yetersizlikleri bulunduğu düşünülmektedir. Yine yapılan araştırmalara göre, çocuklar engellileri "daha az istenen kişiler" olarak görmektedir. Bir alanda yaşanan engelin genellendiği ve pek çok genç insanın engellilere karşı olumsuz davranışlarda bulunduğu ve ortak yapılması planlanan etkinlikler de dışlama eğilimi gösterdiklerinden söz edilmektedir (Stoval ve Seadlacek, 1983: 325- 330). Toplumun bu yöndeki yaklaşımları engellileri ötekileştirmekte, engel durumunu başka alanlara da genellemekte ve engellileri bir çok alandan dışlayan bir toplum yapısı oluşmasına sebep olmaktadır (Reeve, 2002: 325-330). Araştırma bulguları bu bilgileri doğrulamaktadır.

Ülkemizde de dünyada olduğu gibi engelli kadının ait olduğu bir statü yoktur

ve kısa zamanda da oluşması mümkün değildir (Kelleci, 2005: 103-107). Kadınların bütün toplumlarda dışlandığı, eş cinsellerden sonra en fazla dışlanan grubun kadınlar olduğu, engelli gruplar içinde de en çok kadınların dışlandığı, engelli kadın olmaları nedeni ile haklarından mahrum kaldıkları ve şiddete uğradıkları da bilinmektedir (Küçükkaraca, 2005: 52). Engelli kadınlar bugünkü toplumda dışlanmış ve en zayıf gruptur (Deegan, 1985). Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde kadın engelli olmak, hemen hemen hiçbir statüye sahip olmamak anlamına gelmektedir (Ersoy- Özcan, 2005: 177). Ülkemizde kadının gücü, ev içindeki “eş” ya da “anne” olma rolünden kaynaklanmaktadır. Kadının toplumdaki diğer statüleri de bu role dayanmaktadır. Bu da engelli kadının toplumsal yaşamda yaşadığı sorunların öncelikle cinsiyeti, sonrasında da özürli bir bedene sahip olmasının daha çok biçimlendirilmiş sosyal rolleri yerine getirememesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla engelli kadına, kadın gözünden ve kadınların kendi bakış açılarından bakmaları bu çalışmanın temel hareket noktasını oluşturmaktadır. Engelli kadınların kaliteli yaşam beklentisi için temel haklarının bilinmesi ve savunulması gerekmektedir (Küçükkaraca, 2001: 227- 231). Ancak bu şekilde insanca yaşama haklarının sağlanması mümkün olacaktır.

Araştırmaya katılan ortopedik engelli kadınların %19,8’inin devletten en önemli beklentisinin maddi yardım, %22,2’sinden fazlasının yerel yönetimlerden en önemli beklentisinin maddi yardım, %34,6’sından fazlasının sosyal çevreden en önemli beklentisinin kendilerine yardımcı olmaları, %40,7’sinden fazlasının gelecekte en önemli

beklentisinin başkalarına muhtaç olmaktan yaşamak olduğu görülmektedir.

Oliver (1992)’a göre engellilik, türü ve derecesi ne olursa olsun tüm bireylerin geleceğe ilişkin beklenti ve umutlarını sarsmaktadır. Araştırma sonuçları bu görüşü desteklemektedir.

SONUÇ

Araştırmaya katılan kadınların, engelli olmaları ve toplumsal cinsiyetçi yaklaşımlar nedeni ile eğitim, istihdam ve iş yaşamı, aile ve evlilik yaşamında sorunlar yaşadıkları ve ayrımcılığa uğradıklarını düşündükleri görülmektedir.

Toplum içinde ayrımcılığa uğrayanların ortak özelliği “güçsüzlük”tür (Parsons, 1991: 8). Sosyal hizmet uygulamalarında güçlendirme yaklaşımı özellikle toplumsal bütünleşme sorunları yaşayan marjinal gruplar ve sosyal eşitsizlik, sosyal dışlanma, ezilmişlik ile karşı karşıya kalan müracaatçı grupları için kullanılmaktadır. Kadınlar ve engelliler de bu gruplar arasındadır (Parsons, 1991:8).

Güçler perspektifi müracaatçıyı suçlayan, semptomlara göre kategorize eden, çevresel faktörleri göz ardı eden teşhisçi modele alternatif olarak ortaya çıkmıştır (Weick ve diğ., 1989, Şahin 2001, Akt.: Duyan, 2008: 62). Güçlendirme yaklaşımı, hastalık kavramı yerine “iyi durumda olma” kavramını; “yetersizlik” kavramı yerine ise “yetenek” ve “kabiliyet” kavramlarını ön plana çıkarır. Güçlendirme yaklaşımının getirdiği mekanizmalar sayesinde bireyler, kurumlar ve topluluklar kendileriyle ilgili konularda kontrolü ve inisiyatifini ellerine alırlar, çevreleri hakkında eleştirel bir farkındalık geliştirirler ve hayatlarını etkileyen kararların alınma sürecine katılırlar. Bu yaklaşım, bireylere

kendi sosyo- politik çevreleri üzerinde kontrol sağlamak ve sosyo- politik çevrelerini eleştirel biçimde analiz edebilmek için gerekli becerileri (karar alma ve kaynakları harekete geçirme becerileri gibi) geliştirme fırsatı sunar (Warschausky ve Zimmermann, 1998: 4- 5). Güçlendirme süreci kişisel, kişiler arası ve kurumsal düzeyleri kapsamaktadır ve güçlendirme yaklaşımının 5 temel prensibi vardır; "sosyal eylem, siyasi farkındalık, konuşma ve söz sahibi olma hakkı, kendini tanıyarak yeterli görmek ve sahip olduğu gücü kullanabilmek" tir (Breton, 1994:23- 27). Sosyal hizmet mesleği açısından engelli kadını güçlendirmek için öncelikle, kadınlara tam ve kendine özgü yaşayan bir insan olduğuna dair farkındalık kazandırmak, varolan ancak gizli kalmış olan gücünü ortaya çıkarmak ve yansıtmak, kadınları düşünce ve seslerini duyurmak için özgürleştirmek, bastırılmış kadın seslerini dinlemek gerektiği üzerinde durmaktadır. Bunlar için sosyal hizmet uzmanlarının çeşitli rolleri yerine getirmekte istekli olması gereklidir. Engelli kadının güçlenmesi için gerçekleştirilmesi gereken değişiklikler arasında ise "kendi hayatını düzene koyma becerisi geliştirmesi, kendinden utanma ve kendini suçlama duygusunu azaltma, kendisi ve sosyal çevresi ile ilgili değişimler için sorumluluk alması " yer almaktadır. Bu roller arasında, "kabullenici olmak, iyi bir dinleyici olmak ve makro boyutta değişim yaratıcı politik çevrelerle çalışılmak" vardır (Guttierez ve Lorraine, 1998: 48- 49). Engelli kadının güçlendirilmesi güvenli çevre ile ilişkilidir. Bu çevre engelli kadının kendine inanması, kendisi ile ilgili farkındalık kazanması ve bunları konuşabilmesi için teşvik edici olmalıdır. Aynı çevrede bulunan diğer kadınların

varlığı (grup olarak) oldukça önemlidir (Guttierez ve Lorraine, 1998: 28- 50).

Benzer araştırmaların az olması engelli kadınlara yönelik hizmetlerin güçlenmesini engellemektedir (Arıkan, 2001: 46). Ayrıntılı ve derinlemesine bilgi toplayan çalışmalar, engellilerin özellikleri ve yaşadıkları sorunlara bütüncül bir yaklaşım geliştirecek, hizmet verenlerin engellileri daha yakından tanıyıp anlamalarıyla bu gruba götürülen hizmetlerin niteliğinin yükselmesini ve "kişiye özgü" çözümler üretilmesini kolaylaştırıcı olacaktır (Acar, 2001: 77- 80). Yaşam zorluklarını insan hakları ile aşmak düşüncesi, konuya yeni zihniyetlerle yaklaşımı, yeni yapılar oluşturmayı ve özgün uygulamalar üretmeyi zorunlu kılmaktadır (Cılga, 2001: 79-89). Bu çalışmanın bu türde yapılan az sayıda çalışma olması nedeniyle sosyal hizmet müdahalesinin etkililiğini artırması anlamında yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları, ortopedik engelli kadınların yaşadıkları sorunların daha çok toplumun onları kadın ve engelli olmaları nedeni ile yetersiz olarak algılanmalarından kaynaklandığını, kadınların bu olumsuz atfetmelerden etkilendikleri ve toplum içinde çalışabilen ve üreten birey olarak görülmeişlerinin ve fiziksel mekan ve ulaşılabilirlik ile ilgili sorunların özellikle toplumsal yaşamda ve iş yaşamında kendilerini engelleyici olduklarını göstermektedir.

Ortopedik engelli kadınların Birleşmiş Milletler Engelliler İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallar'da bahsi geçen fiziksel çevre koşulları, istihdam, eğitim, yoksulluk, sağlık, spor, rehabilitasyon gibi alanlardaki ihtiyaçlarının karşılanarak, sorunlarına bütüncül olarak yaklaşılması ve psiko- sosyal

yönden desteklenmeleri, kendi hakları ve toplumsal konumları ile ilgili farkındalık kazanmaları, baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi, sosyal hizmet mesleğinin güçlendirme yaklaşımı ile yaşamda en üst düzeyde etkili kılınmaları gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, ortopedik engelli kadınların, maddi ihtiyaçlarının yanı sıra toplumsal yaşamın her alanında kendini ait hissetme, toplumda sayılma, itibar görme, idealler edinme ve yaşam kalitelerinin artırılarak güçlenmeleri sağlanmalıdır. Ortopedik engelli kadınlar kişisel olarak güçlendiğinde, hayatta özgürleşmelerinin kolaylaşacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, toplum yapısının sosyal yaşamın her alanında değişmesi, engelli bireyleri kabullenici ve eşitlikçi bir toplum yapısı oluşturulmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abu Habib, L. (1995). Women and disability don't mix: double discrimination and disabled women rights. *Gender Development*, 3 (2), 49-53.
- Acar, H. (2001). Özürlülük araştırmalarında yeni bir yaklaşım ve niteliksel araştırma tasarımı. *Görme Özürümler İçin Rehabilitasyon Deneyimleri Yeni Rehabilitasyon Politikaları ve Meslek Tanımları* (Yay. Haz. K. Karataş), No 4: 77- 80. Ankara: Körler Federasyonu.
- Akkök, F. (1982). Özürümlü çocukların aileleriyle psikolojik danışma ve rehberlik çalışmaları. *Psikoloji Dergisi*, 4 (16), 3- 5.
- Aral, N., Gürsoy, F., Bütün Ayhan, A. (2005). Engelli kadına yönelik fiziksel istismar. *Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu 29- 30 Nisan Kocaeli*. İstanbul: Grafik Matbaacılık.
- Arıkan, Ç. (1995). *Ortopedik Sakatlığı Olan Bireylerin Gözüyle Türkiye'de Sakatlık Sorunu: Değerlendirmeler ve Beklentiler*. Ankara: Gökçen Teknik Ltd. Şti.
- Arıkan, Ç. (2001). *Türkiye'de görme engelli kadınlar: sorunlar, beklentiler, çözüm önerileri*. No:3, Ankara: Ankara Körler Federasyonu Yayını.

- Başar, F. (1998). Kadına yönelik şiddet: dayak. *Ka-De-Fe*, 1, 13-15.
- Bilgin, K. U. (1997). Engellilerin istihdamında yöntem arayışı. *Görme Engellilerin Sosyal Güvenlik Sorunları ve İstihdamı Sempozyumu 1- 2 Aralık*. Ankara: Altı Nokta Görme Engellilere Hizmet Vakfı Yayınları.
- Breton, M. (1994). On the meaning of empowerment and empowerment-oriented social work practice. *Social Work with Groups: A Journal of Community and Clinical Practice*, 17 (3).
- Chang, J., Martin, S., Morocco, K., Dulli, L., Scandalin, D., Loucks-Sorrel, M., Turner, T., Staroneck, L., Porian, P., Bau-Saada, I. (2003). Helping women with disabilities and domestic violence: Strategies, limitations and challenges of domestic violence programs and services. *Journal of Women's Health*, 12 (7), 699-708.
- Cılga, İ. (2001). Özürümler yaşam kalitesi. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 1 (1), 79-89.
- Cırıl, S. (1984). *Sakat ev kadınlarının ev idaresine ilişkin sorunlarının incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Deegan, M. J. ve Brooks, N. A. (Eds.). (1985). *Women and disability: the double handicap*, New Brunswick: Transaction Books.
- Duyan, V. (2008). Aileye yönelik planlı müdahale sürecinin aşamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 14 (1), 41- 61.
- Erbil, F. (2007). Yoksulluk ve özürümlük. *ÖZVERİ*, 4 (1), 939- 964.
- Florian, V. ve Dangoor, N. (1994). Personal and familial adaption of women with severe physical disabilities: a further validation of the double ABCX model. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 735-746.
- Ford, A. ve Moore, D. (2000). An exploratory study of violence, substance abuse, disability and gender. *Social Behavior and Personality*, 28 (1), 61-78.
- Gutierrez, M. ve Lorraine, M. (1998). *Empowerment in social work practice*. A sourcebook. Brooks/Cole Publishing Company.
- Hartman, C., Macintosh, B., Englehardt, B. (1983). The neglected or forgotten sexual partner of the physically disabled. *Social Work*, 28 (5), Spt-Oct, 370-374.
- Hassouneh, P. ve Curry, M. (2002). Abuse of women with disabilities: state of the science. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45 (2), 96-104.

- Işıkkhan, V. (2001). Özürlü kadınların istihdam sorunları. *Görme Özürlüler İçin Rehabilitasyon Deneyimleri, Yeni Rehabilitasyon Politikaları ve Meslek Tanımları 24- 25 Mart* (Yay.Haz.: Kasım Karataş), Ankara: Körler Federasyonu.
- Karasar, N. (1991). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler*. Ankara: Bilim Kitap.
- Karataş, K. (1996). *Genç işsizliği ekonomik toplumsal ve ruhsal sonuçları*. No:2, Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını.
- Karataş, K. (1997-1998). Engelliler kentlerde hareket etmek istiyorlar. *Ufkun Ötesi Türkiye Görme Engelliler Federasyonu Dergisi*, 4 (2), Kasım 97- Nisan 98.
- Karataş, K. (2002). Özürlülere yönelik ayrımcılık ve ayrımcılıkla savaşım, *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, Mayıs, 2 (1), 1-10.
- Karataş, K. (2002). Engellilerin toplumla bütünleşme sorunları, bir sosyal politika yaklaşımı. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 2 (2), 43-55.
- Kelleci, L. (2005). Engelli kadın ve sosyal statü. *Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu 29- 30 Nisan, Kocaeli*. İstanbul: Grafik Matbaacılık.
- Kitchin, R. (1998). "Out of place", knowing one's place: space, power and the exclusion of disabled people. *Disability and Society*, 13 (3), 343-356.
- Kitchin, R., Shirlow, P. ve Shuttleworth, I. (1998). On the margins: disabled people's experience of employment in donegal, west Ireland. *Disability and Society*, 13 (5), 785- 806.
- Kolat, S. (2007). Avrupa birliği'nde özürlülere yönelik ayrımcılıkla mücadele. *ÖZ- VERİ*, 4 (2), 1065- 1084.
- Kuzgun İ. K. ve Aydın D. G. (2005). Türkiye'de işgücü piyasasında engelli kadının yeri. *Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu 29- 30 Nisan Kocaeli*. İstanbul: Grafik Matbaacılık.
- Küçükkaraca, N. (2001). Özürlü hakları ve sosyal hizmet meselesi. *Görme Özürlüler İçin Rehabilitasyon Deneyimleri Yeni Rehabilitasyon Politikaları ve Meslek Tanımları* (Yay. Haz. K. Karataş), No 4: 227-231. Ankara: Körler Federasyonu
- Küçükkaraca, N. (2004). Farklılık ve kültürel yetkinliği olan sosyal hizmet uygulamaları. *Sosyal Hizmetler Sempozyumu: Türkiye'de Sosyal Hizmet Uygulamaları İhtiyaçlar ve Sorunlar*. 4- 6 Kasım, Alanya: Başkent Üniversitesi Yayını.
- Küçükkaraca, N. (2005). Feminizm ve engelli kadın. *Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu 29- 30 Nisan, Kocaeli*. İstanbul: Grafik Matbaacılık.
- Küçükkaraca, N., Özbulut, M., Sayar, Ö. (2008). *Özürlülerle toplumsal bütünleşmeye bir adım*. Yayın No: 010, Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi.
- Lloyd, M. (1992). Does she boil eggs? Towards a feminist model of disability. *Disability, Handicap and Society*, 7 (3), 207- 221.
- Lloyd, M. (2001). The politics of disability and feminism: discord or synthesis?, *Sociology*, 35 (3), 715- 728.
- Mitler, P. (1995). Family and disabilities, *Family Matters*, I. Y. F: U.N, 289-333.
- Nisha (2006). Regulation of disabled women's sexuality, http://www.infochangeindia.org/agenda4_15.jsp (Erişim Tarihi: 23 Şubat 2009).
- Oliver, M. (1992). *Social work with disabled people*. London: Macmillan.
- Oppong, C. ve K. Abu. (1985). *A handbook for data collection and analysis on seven roles and statuses of women*. Geneva: International Labor Office.
- Osunluk, H. ve Uğurlu, B. (2005). Özürlü kadınlar ve ayrımcılık, *ÖZ- VERİ*, 2 (1), 410- 427.
- Özcan, H. (1986). Spastik çocuklar. *Aile ve Çocuk*, İstanbul.
- Özcan, N. (1996). *Feminist bakış açısından Türkiye'de kadın suçluluğu üzerine sosyolojik bir inceleme*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Özcan, M. (2005). Engelli kadınların çalışma yaşamındaki konumu. *Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu 29- 30 Nisan, Kocaeli*. İstanbul: Grafik Matbaacılık.
- Parsons, R. J. (1991). Empowerment: purpose and practice principle in social work. *Social Workwith Groups*,14 (2): 7-23.
- Reeve, D. (2002). Negotiating psycho- emotional dimensions of disability and their influence on identity constructions. *Disability and Society*, 17 (5), 493- 508.
- Schaller, J. and De La Garza, D. (1999). Its about relationships: perspectives of people with cerebral palsy on belonging in their families, schools and rehabilitation counseling. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 30 (2), 7-18.
- Stoval, C. and Sedlacek. W.E. (1985). Attitudes of male and female university student toward students with different physical disabilities. *Journal of Collage Student Personnel*, 24 (4), 325- 330.

Topçubaşı, F. ve Arıkan, Ç. (2005). Türkiye'de görme engelli kadınların konumu: genel bir değerlendirme. *Engelli Kadınların Sorunları ve Çözümleri Sempozyumu 29- 30 Nisan, Kocaeli*. İstanbul: Grafik Matbaacılık.

Vural-Dinçkol, B. (1998). "Kadının hukuksal statüsünün tarihsel gelişimi. 20. yüzyılın sonunda kadınlar ve gelecek, *TODAYE* Yayın No: 285, İnsan Hakları Araştırma ve Derleme Merkezi Yayın No: 16, 35-50, Ankara.

Warschausky, S. ve Zimmermann, Marc A. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43 (1).

Weinberg, N. (1983). Social equity and help seeking process: a structural perspective. A. Nadler, J. D, Fischer, B. M DE Paulo (Eds) *New Directions in Helping* N. Y: Academic Press.

Araştırma

HASTA HAKLARI UYGULAMALARININ TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ ÇALIŞANLARI TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Evaluation of the Patients' Rights Applications by the Health Staff Working at the Higher Specialty Hospital of Turkey

İshak AYDEMİR*
Ali ÖZHAN

*Dr, Sosyal Hizmet Uzmanı,
Yüksek İhtisas Hastanesi

**Sosyal Hizmet Uzmanı,
Yüksek İhtisas Hastanesi
Hasta Hakları Birim Sorumlusu

ÖZET

Ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliğini uygulamak üzere, sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine yönelik Sağlık Tesislerinde Hasta

Uygulamalarına İlişkin Yönerge yürürlüğe girmiştir. Bu yönerge gereği yürütülen hasta hakları uygulamalarının sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma genel tarama modelinde olup, araştırma verileri araştırmaya katılmayı kabul eden hastane personellerinden elde edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya sağlık çalışanlarının %53'ü hasta hakları yönetmeliği ve yönergesini okuduğu, %35'i hasta hakları birimlerinin gerekli olduğunu, %53'ü hasta hakları ile ilgili yürütülen çalışmaların, hasta-sağlık çalışanı arasında yaşanan veya yaşanacak hak ihlallerini önlemede kısmen etkili olduğunu, %19'unun başka bir kurumda hasta hakları ihlali ile karşılaştıkları saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hasta hakları, hasta hakları birimi

ABSTRACT

In our Country, in order to apply the Patients' Rights Regulation, in order to avoid the violation of patients rights occurring at health institutions and to avoid other issues arising bounded to that; to increase the quality of health services, to present the health services in an appropriate manner for the human dignity, and to protect the patients from violation of their rights and to enable the use of legal methods whenever necessary, The Regulation tended to Patient Applications and health institutions, was put into force. This study was performed in order to enable the evaluation by the health staff, the patient's rights application executed by this Regulation.

Material and Method: The research has the general screening model; the research data was obtained from the hospital staff who accepted to attend the research.

Findings: It is detected that 53.0% of those who attended the research; have read the patients' rights regulations and instructions,

35.0% believe that patients rights units are necessary, 53.0% believe that all the studies performed regarding the patients' rights, have the qualities to partially prevent the violations which may arise between the health personnel and the patients; 19.0% have faced patients' rights violations at another institutions.

Key Words: *Patient rights, patients rights office*

GİRİŞ

Sağlık, insan yaşamının vazgeçilmez temel öğesidir. Günümüzde baş döndürücü bir hızla meydana gelen teknolojik ve sosyal değişimler insan yaşamının her alanını etkilemektedir (Duyan, 1992:1). Meydana gelen bu değişimler insan yaşamını kolaylaştırmakla birlikte pek çok sorunun oluşumuna da katkı vermektedir. Bireyin yaşamı süresince onun insan olma özelliğinden kaynaklanan ve sahip olması gereken temel hak ve özgürlükler "insan hakları" olarak tanımlanırken, bunun sağlık hizmetlerine yansımaları 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 hasta hakları konusu ilgi odağı olmaya başlamıştır.

Hasta hakları kavramı, ülkemiz için yeni bir kavram niteliğinde olup, köklü bir geçmişe sahip değildir. Hasta hakları, 19. yüzyılın başından itibaren ve özellikle Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarına tepki ortamında gelişen insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanması sonucu gündeme gelmiştir (Canpolat, 2002: 67). Hasta hakları kavramının, günümüzdeki kapsamına ulaşması

uzun mücadeleler sonucunda gerçekleşmiştir.

Son yıllarda hasta hakları, ulusal ve uluslararası düzeyde yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Birçok ülke, hasta haklarını genellikle anayasalarında ya da temel yasalarla düzenlenmiştir. Hollanda, hekimlerin hastalarına karşı sorumlulukları ile ilgili yasayı ilk kabul eden ülkedir (Brody, 1995: 58-60).

Ülkemizde hasta haklarına ilişkin en kapsamlı düzenleme 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği ile yapılmıştır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998). 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin uygulanmasını sağlamak üzere 'Sağlık Tesislerinde Hasta Uygulamalarına İlişkin Yönerge' Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanarak 15.10.2003 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur. Daha sonra bu yönerge, 2005 yılında yeniden gözden geçirilerek günün koşullarına uyarlanmıştır.

Bu yönergenin amacı; sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair esas ve usulleri belirlemektir. Ayrıca toplumun tamamına ve sağlık çalışanlarına hasta hakları konusunda bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve eğitmek de yönergenin diğer amaçları arasındadır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 1).

Yönergenin amacından da anlaşılacağı gibi, temelde hasta hakları ihlallerini önlemeye yönelik bir işlevi olan hasta

hakları uygulamalarının ülkemizde hasta hakları ihlallerini önlemesi ve azaltması beklenmektedir.

Hasta Hakları Uygulama Yönergesi doğrultusunda uygulama ile birlikte Sağlık Bakanlığı bünyesinde Hasta Hakları Merkez Şubesi, hasta hakları il 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 iletişim birimleri kurulmuştur.

Hastane hasta hakları kurulu, hasta hakları biriminden gelen raporları değerlendiren, sonuçlandıran ve hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunan ve söz konusu sağlık kurumlarında oluşturulan kurulu ifade etmektedir. Yönerge gereği, hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek, uygulamak ve önerilerde bulunmak amacıyla il merkezlerindeki bütün kamu hastaneleri ile ilçelerdeki 100 yatak üzerindeki hastanelerde “hasta hakları kurulu” oluşturulması gerekmektedir. Kurul biri başkan olmak üzere toplam sekiz kişiden oluşmaktadır.

Kurul üyeleri, kamu hastanelerinde hastanenin kalite hizmetlerinden sorumlu başhekim yardımcısı, hasta hakları birim sorumlusu, hakkında başvuruda bulunan personelin birim sorumlusu, hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi, varsa hastanın avukatı (hastayı temsil ettiğine dair vekaletin bulunması gerekir), 4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre kurumda yetki almış sendika temsilcisi, Valilinin veya ilçelerde Kaymakamın belirleyeceği bir

vatandaş (kendisi ve yakınlarının Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarla ticari ilişkisi olmayan, sağlık hizmetleri veya sosyal hizmetler alanında temayüz etmiş, 65 yaşını geçmemiş, kurula sürekli olarak katılmasını engelleyecek kronik bir rahatsızlığı olmayan, gönüllü bir kişi) İl Genel Meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilecek bir üyeden oluşmaktadır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 5).

Kamu hastaneleri için sosyal hizmet uzmanı, psikolog, halkla ilişkiler uzmanı, hemşire (lisans mezunu) unvanına sahip kişiler arasından, Valiliğin teklifi ve Sağlık Bakanlığı'nın onayı ile hasta hakları birim sorumlusu görevlendirilir. Hasta hakları biriminde çalışan personel görevlendirildikten sonra kendi işteklere dışında başka bir kurum, kuruluş veya üniteye görevlendirilemezler. Yaptıkları iş gereğince ayrımcılığa veya ceza olarak algılanabilecek işleme tabi tutulamazlar. Birim sorumlusu, Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile görevden alınabilir, yeri değiştirilebilir (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 6).

Hasta hakları birimi, hasta ve yakınlarının hastane hizmetlerini alırken karşılaştıkları sorunların çözümü için birime başvurduğunda hasta ve çalışan personel arasında birim görevlileri sorunu olumlu yönde çözmeye çalışarak hastanın mağduriyetini gidermeye çalışır. Hasta ve yakınlarının sorunu çözüldüğünde “şikâyet başvuru formu” doldurulur ve üzerine “sorun çözülmüştür” ibaresi konulur ve kaydedilerek işlem yapılır. Sorun çözülemediği durumlarda yazılı olarak şikâyetle bulunan hasta ve yakınının yazılı şikâyeti kabul edilerek sayı ve tarih verilir. Kabul edilen yazılı şikâyet Sağlık Bakanlığı'nın resmi internet sitesine kaydedilir ve dilekçe

sahibine şikâyetini internetten takip etmesi için şifre verilir. Daha sonraki süreç şöyle takip edilir;

- Hastanın görüş veya şikâyeti aynı gün alınır. Şikâyet Formu doldurtulur.
- Çok acil bir durum varsa çözülmesi yolunda hastane idaresi aynı gün bilgilendirilir.
- Şikâyete maruz kalan hastane çalışanından bir gün içinde bilgi istenir. Hastane çalışanı bu bilgiyi en geç iki gün içinde cevaplandırmak zorundadır.
- Taraflar dışında bilgi alınması gereken kişiler varsa onlardan da iki gün içinde bilgi istenir.
- Alınan tüm bilgiler ve belgeler hastane hasta hakları kuruluna dosya oluşturularak üçüncü günün sonunda dağıtılır.
- Kurul haftada bir toplanarak (kurulun kendisinin belirleyeceği gün ve saat) en geç 11 gün içinde dosyaları değerlendirir oy çokluğu ile karar verir.
- Karar hasta hakları birimine bildirilir. Hasta hakları birimi raporları arşivler.
- Şikâyetten sonra en geç 15 iş günü içinde, sonuçtan taraflar yazılı olarak haberdar edilir.
- Hasta Hakları Kurul kararı ve gerekçesi ile birlikte hem şikâyet başvurusu yapan hasta veya yakınına ve ilgili personel veya birime yazılı olarak e-posta (başvuranın yazılı talebi olması halinde), posta yolu ve kurum içinde idare kanalıyla ile gönderilir. Başvuran hasta veya yakınına ve ilgili hastane personeline

gönderilen sonuçta, karar hakkında bilgi verilir, bu aşamadan sonra yapması gerekenler konusunda bilgi verilir, hastanın sonraki süreci takip etmesini kolaylaştırıcı olmak üzere iribat veya kayıt numarası verilmektedir (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 7).

Başhekimliğe gönderilen hasta hakları kurul kararı, tavsiye niteliğinde olup herhangi bir yaptırımı yoktur. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan hasta hakları birimleri ve hasta hakları kurulları sayesinde çalışan ile hasta/hasta yakınları arasında ortaya çıkan birçok sorun hastane içerisinde tarafsız birim ve kurullarda çözümlenmektedir. Hastalar aldıkları hizmette sağlık çalışanları da esas amaçları olan sağlık hizmetine odaklanabilmektedir. Her iki tarafın ortak çözümü ise hasta hakları ve uygulamalarına sahip çıkmaktır.

Yüz yataktan daha az yatak kapasitesine sahip ilçe hastanelerinde hasta hakları iletişim birimleri kurulmuştur. Ancak bu yönergede belirlenen şekilde hasta hakları kurulu ve hasta hakları birimi oluşturabilenler bu şekilde hizmet sunabilmektedir. Birim, hasta hakları kurul başkanı olan başhekim yardımcısına bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Hasta hakları iletişim birimi sorumlusu, tercihen lisans veya önlisans mezunu sağlık çalışanı arasından sorumlu hekimin teklifi ile sağlık gurup başkanı tarafından görevlendirilmektedir.

İlçe merkezlerinde sağlık grup başkanlıkları kurulmuştur. Hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek ve uygulamak amacıyla sağlık grup başkanlıkları bünyesinde hasta hakları kurulları, hasta hakları birimleri ve

hasta hakları iletişim birimleri Kurulmuştur. Kurulan bu kurul ve birimlerin görevleri, çalışma esasları, yataklı tedavi hizmeti sunan hastanelerdeki kurul ve birimlerle aynıdır.

Sağlık kurumlarında oluşturulacak olan hasta hakları birimlerine ulaşan tüm hasta hakları başvuruları iki ayda bir Hasta Hakları Merkez Birimine elektronik ortamda ve yazılı formlarla ulaştırılmaktadır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005: 9).

Hasta hakları uygulamaları ile hasta ve yakınlarının karşılaştığı sorunlar, hasta hakları birimleri vasıtasıyla öncelikle yerinde çözülmeye çalışılmaktadır. Yerinde çözülemeyen sorunlar, hasta hakları kurullarına yazılı olarak gidilerek kurul tarafından sonuçlandırılmaktadır. Ayrıca hasta hakları birimleri vasıtasıyla hasta ve yakınlarından sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırmasına yönelik olarak gelen öneriler hasta hakları kurullarında görüşülüp değerlendirildikten sonra hastane idaresine sunulmaktadır. Ülkemizdeki genel olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda hasta hakları uygulamaları bu şekilde yürütülmektedir.

Hastaların haklarının korunabilmesi ve bu hakların uygulamaya geçirebilmesi için sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanlarına hasta haklarının, hasta ve personelin hukuki sorumluluklarının, iletişim kurma tekniklerinin anlatılması ve onların bu konuda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekir. Böylece yaşanan problemlerin çözümlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ve hastaların yaşadığı hasta hakkı ihlallerinin önüne geçilmesi gerçekleştirilebilir.

İlgili yönerge doğrultusunda Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinde 30.10.2003 tarihinden itibaren hasta hakları biriminin kuruluş çalışmaları başlatılmıştır. Hasta hakları birimi, 2004 Şubat ayında fiili olarak hizmete başlanmış olup 29.06.2005 tarihinde resmi törenle hizmete açılmıştır.

Uygulama ile birlikte Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinde hasta hakları kurulu ve hasta hakları birimi kurulmuştur. Yaklaşık olarak yedi yıldır faaliyet gösteren Hasta hakları birimi, pilot hastaneler içerisinde (131 pilot hastanede uygulama başlamıştır) Türkiye'de ilk defa Sağlık Bakanlığı tarafından Hasta Hakları Uygulama Yönergesine uygun bir 'Model Birim' olarak oluşturulmuş ve diğer sağlık kurumlarına örnek hastane olarak gösterilmiştir. Bu doğrultuda çok sayıda pilot hastanenin kurul başkanları ve birim sorumlularına hastanede beş günlük uygulamalı eğitim verilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın müdahil olduğu ilk Hasta Hakları Hizmet içi Eğitim Projesi Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi hasta hakları birimi tarafından planlanmış ve başarıyla uygulanmıştır.

Hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemeler yapılması, yapılan düzenlemelerin yaşama geçirilmesinin garantisi değildir. Bir hak, ancak ona sahip olan herkesin ondan yararlanmasını sağlayacak yapıyı oluşturmakla güvence altına alınabilir. Haklar, ancak somut olarak korunması, kullanılması ve güvence altına alınması ile bir anlam ve değer kazanır. Hukukun üstünlüğünün geçerli olduğu ülkelerde, yapılan tüm işlemlerin yasalara uygun olması bir zorunluluktur. Bu nedenle sağlık çalışanları, mevcut yasaları bilmeli ve bunlara uygun davranmalıdır. Sağlık alanında hukuk ve etik kuralların yerleşmesi ve uygulanması

esasinda hasta kadar sağlık çalışanlarının da sorumluluğunu azaltacaktır. Hasta hak ve sorumluluklarının farkında olmayan veya yetersiz bilgiye sahip sağlık çalışanının, hasta ile olumsuz bir durum yaşadığında ne yapacağını bilmesi güç olabilir ve hasta ve yakınlarının haklarının korunması noktasında yetersiz kalabilir. Ayrıca, hastaların yasal hakları ve sorumluluğunun bilincinde olan sağlık çalışanı, hasta ile ilişkisinde daha bilinçli hareket edeceği varsayılmaktadır.

Hasta hakları ile ilgili olarak sunulan hizmetlerin verimliliğinin artırılması nı sağlamak ve geleceği en etkin şekilde planlamak için konu ile ilgili mevcut bilgilere sahip olunması ve bunların uygulamaya geçirilmesi bir zorunluluktur. Hasta hakları uygulamalarında ulaşılan noktanın saptanması, başarının lmesi, başarısızlık nedenlerinin ortaya çıkarılması ve çözüm yollarının bulunması ile geleceğe yönelik hedeflerin belirlenmesinin güncel ve güvenilir istatistiksel veri elde edilmesi ile mümkün olacağı bir gerçektir. Bu anlamda, sağlık çalışanlarının hasta hakları uygulamaları ile ilgili olarak görüşlerinin belirlenmesi ve ortaya konulması önem kazanmaktadır. Çünkü hasta hakları, sağlık çalışanları tarafından benimsendiği oranda gelişme sağlayacağı düşünülmektedir. Bu alışma, sağlık çalışanlarının mevcut hasta hakları uygulaması konusunda görüşlerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

AMAÇ

Araştırmanın amacı, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinde alışan sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, idari personel, bilgi işlem personeli ve doğrudan hasta ile temasta olan diğer personel) hastanede yürütülen hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin ortaya konulmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma genel tarama modelinde tasarlanmıştır. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan birey ya da nesne, kendi koşuları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır. nemli olan onu uygun bir biçimde “gözleyip” belirlemektir (Karasar, 1994: 77).

Araştırma evreni, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinde alışan 1600 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Araştırma evreninden 351 sağlık çalışanı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan soru kağının araştırmaya katılmayı kabul eden personele uygulanması sonucu toplanmıştır. Görüşme formu, araştırmaya katılmayı kabul eden personele

Çizelge - 1. Araştırmaya Katılan Sağlık alışanlarının Meslek Dağılımı

Meslekler	N	%
Doktor	117	33.3
Hemşire	128	36.5
Sağlık Lisansiyeri (SHU, psikolog, fizyoterapist gibi)	27	7.7
İdari Personel	79	22.5
Toplam	351	100.0

Çizelge - 2 Sağlık Çalışanlarının Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Görüşleri

	Evet		Kısmen		Hayır	
	N	%	N	%	N	%
1. Hasta Hakları Yönetmeliği ve Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönergeyi okuma durumu	182	53.0	22	7.0	138	40.0
2. Hasta hakları ve sorumluluklarını bilme durumu	67	19.0	170	49.0	114	32.0
3. Hasta Hakları kurulunun kimlerden oluştuğunu bilme durumu	27	7.0	139	40.0	185	53.0
4. Hastane Hasta Hakları Kurulunun Görevlerini ve çalışma usullerini bilme durumu	150	44.0	56	16.0	145	40.0
5. Hastanedeki Hasta Hakları Biriminin yerini bilme durumu	150	41.0	86	24.0	125	35.0
6. Hasta Hakları Biriminde yürütülen çalışmalar ve başvurularla ilgili prosedürleri bilme durumu	68	30.0	25	11.0	132	59.0
7. Hastane için hasta hakları birimini gerekli görme durumu	124	35.0	120	33.0	116	32.0
8. Hasta Hakları Birimini aleyhlerine çalışan bir yer olarak görme durumu	65	22.0	25	8.0	210	70.0
9. Hasta Hakları Biriminin sadece hastaların haklarını koruduğu düşüncesinde olma durumu	271	90.3	5	2.0	25	7.7
10. Hasta haklarının ihlal edilmesi durumunda hukuki boyutunun ne olduğunu bilme durumu	70	21.0	10	3.0	250	76.0
11. Sağlık çalışanı ile ilgili olarak hasta hakları birimine şikayet başvurusu yapıldığında kendisinden konu ile ilgili açıklama istenmesini doğru bulma durumu	140	40.0	99	29.0	109	31.0
12. Hakkında yapılan bir şikâyet için hasta hakları kuruluna kendi birim sorumlunun katılmasını doğru bulma durumu	210	60.0	40	12.0	99	28.0
13. Daha önceleri personel ile ilgili şikayetler başhekimliğe yapılıyordu. Kendisi ile ilgili bir şikayet başvurusunun başhekimliğe yapılmasını doğru bulma durumu	25	8.0	145	45.0	150	47.0
14. Kendisi ile ilgili bir şikayet başvurusunun hasta hakları birimine yapılmasını doğru bulma durumu	125	36.0	104	30.0	120	34.0
15. Hasta hakları birimi gibi sağlık çalışanlarının haklarını koruyan bir birim hastanede kurulmasını isteme durumu	287	92.0	-	-	28	8.0
16. Hasta hakları ile ilgili yürütülen tüm çalışmalar, hasta - sağlık çalışanı arasında yaşanan veya yaşanacak hak ihlallerini önleyebilecek nitelikte bulma durumu	65	21.0	160	53.0	78	26.0
17. Şimdiye kadar kendileriyle ilgili olarak hasta hakları birimine şikayet başvurusunun yapılması durumu	64	18.2	64	18.2	64	18.2
18. Kendisi veya bir yakını hasta olarak başvurduğu bir hastanede hasta hakları ihlali ile karşılaşma durumu	67	19.0	-	-	284	81.0
19. Kendisi veya bir yakını hasta olarak başvurduğu bir hastanede hasta hakları ihlali ile karşılaşma durumunda hasta hakları birimine başvurma durumu	65	97.0	-	-	2	3.0
20. Hasta hakları birimi tarafından verilen hizmet içi eğitimine katılma durumu	207	59.0	30	8.0	115	33.0

dağıtılarak bir hafta sonra toplanmıştır. Araştırma, 01 Eylül- 30 Eylül 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler, SPSS 13.0 programına işlenerek çözümlenmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek dağılımları ve sağlık alanında Hasta Hakları Uygulama Yönergesi doğrultusunda yürütülen hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşleri doğrultusunda elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek dağılımına göre %36.5 oranla hemşireler ilk sırada yer almaktadır. Hemşireleri %33.3 oran ile hekimler, %22.5 oranla idari personel ve %7.7 oranla sağlık lisansiyerleri izlemektedir.

Çizelge 2'ye göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %53'nün Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hasta Hakları Uygulama Yönergesini tamamen, %7'sinin kısmen ve %40'nın hiç okumadığı saptanmıştır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının çoğunluğunun ilgili yönetmelik ve yönergeyi okuduğu görülmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının hastaların yasal haklarından haberdar olduklarını ortaya koymaktadır.

Savaşkan (2006:32)'in yaptığı çalışmaya katılan hemşire ve hekimlerin %54'ünün hasta hakları konusunda bilgili olduğu, %42'sinin kısmen bilgili olduğu ve %3.5'inin ise hasta hakları konusunda bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir.

Çetinalp ve Özkan (2007)'in yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan 1796 hekimden %89.9'u (1614 kişi)

hastaların sahip olduğu haklar konusunda bilgileri olduğunu, %10.1'i (182 kişi) hastaların sahip olduğu haklar konusunda bilgileri olmadığı belirlenmiştir (İzmir Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü, 2010).

Kaçar (2008: 38)'in yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %30.3'ü hasta haklarından haberdar olduğu ve %69.7'si ise haberdar olmadığı belirlenmiştir. Kaçar (2008)'in çalışması bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar dışındaki kurumlarda hasta hakları uygulama yönergesinin uygulanma zorunluluğu olmadığından, bu kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının hasta haklarından haberdar olma düzeylerinin düşük olmasının bundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna Karşın Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda çalışan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun hasta haklarından haberdar oldukları Savaşkan (2006), Çetinalp ve Özkan (2007)'nin yaptıkları araştırma sonuçları ve gerek bu araştırma sonuçlarıyla da ortaya konulmuştur. Bunun en önemli nedeni Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık kurumlarında başlatılan hasta hakları uygulamalarının etkisi ve katkısıdır.

Sağlık çalışanları, hasta hakları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeleri bilmeli ve bunlara uygun davranmalıdır. Hasta haklarını ve sorumluluklarını bilmeyen sağlık çalışanı, hasta ile olumsuz bir ilişki yaşamaması durumunda ne yapacağını bilmesi güç olabilir. Bunun yanında hastaların yasal hakları ve sorumluluğunun bilincinde olan sağlık çalışanı, hasta ile ilişkisinde daha bilinçli hareket edecektir. Bu amaçla sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi önerilmektedir.

Araştırma katılan sağlık çalışanlarının %41'i hastanedeki hasta hakları biriminin yerinin nerede olduğunu bildiği, %24'ünün kısmen bildiği ve %35'nin hiç bilmediği saptanmıştır. Personelin üçte birinin hasta hakları biriminin yerini bilmediği saptanan önemli bir bulgudur. Bunun ilgili personelin herhangi bir hasta hakkı ihlali ile karşılaşmamış olmasından veya hasta hakları ile ilgili olarak bu konuyu merak etmemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hasta hakları birimi, hastanenin en işlek ve kolaylıkla görülebilecek olabilecek koridorunda yer almaktadır.

Hasta hakları biriminde yürütülen çalışmalar ve başvurular ile ilgili prosedürleri personelin %59'u bilmediği belirlenmiştir. Hastanede hasta hakları birimi tarafından üç defa gerçekleştirilen hizmet içi eğitim çalışmalarına rağmen, personelin bu konuda bilgilerinin yetersiz olması şaşırtıcı bir sonuçtur. Hizmet içi eğitimlerde hasta hakları, tarihçesi, hasta hakları birimi çalışma esasları ve prosedürleri ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur. O halde bu konuda hastane personeline yönelik olarak hizmet içi eğitimlerin tekrar yapılması ve içeriğinin de değiştirilerek pratik uygulamada daha fonksiyonel olabilecek bilgilerin verilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %35'i hasta hakları biriminin hastane için gerekli olduğunu, %33'ü bunun kısmen gerekli olduğunu ve %32'si hastane için gerekli olmadığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının hasta hakları birimini hastane için gerekli olduğunu düşünmeleri olumlu bir değer olarak algılanmalıdır. Çünkü sağlık çalışanlarının hasta haklarının önemine inanması her şeyden önce çok önemlidir. Hasta hakları uygulamaları, sağlık

çalışanlarının bunu benimsemeleri oranında gelişebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %22'si hasta hakları birimini aleyhlerine çalışan bir yer olarak görmekte ve geriye kalanı yani yaklaşık beşte dördü ise hasta hakları birimini aleyhlerine çalışan bir yer olarak görmemektedir. Sağlık çalışanlarının hasta hakları birimlerini kendilerinin aleyhine olarak görmeleri hasta hakları uygulamalarını zorlaştıran bir fonksiyona sahiptir. Çünkü sağlık çalışanlarının hasta hakları birimlerinin kendi aleyhlerine çalışan bir yer olduğu algısı, bu birimlere olan güveni azaltacağı düşünülmektedir. Şöyle ki, kendileri ile ilgili bir başvuru yapıldığında bunun doğrudan hasta lehine sonuçlanacağı kaygısı yaşamalarına neden olacaktır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %90'nı hasta hakları biriminin sadece hasta haklarını koruduğunu ifade etmiştir. Hasta hakları biriminin hasta ve yakınlarının haklarını koruması beklenen bir durumdur. Hasta hakları birimlerinin temel amacı ve fonksiyonu, hasta ve yakınlarının sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerinde hak ihlaline maruz kalmalarının engellemek ve sağlıklı bir iletişimin kurulmasını sağlamaktır. Hasta hakları birimlerinin diğer bir amacı da sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarını eğitmek, hakları yanında sorumluluklarının da olduğunu ve bu sorumluluklarının gerekliliklerini yerine getirdikleri oranda hak talebinde bulunabilecekleri konularında onları bilinçlendirmektir. Hasta hakları birimlerinin personelin haklarını koruma gibi birincil görevi ve sorumluluğu yoktur. Bu görev yasalarla hastane idaresine verilmiştir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının hasta hakları birimlerinin hasta ve yakınlarının haklarını koruyan

bir yapıda olduğunu düşünmeleri doğal bir durumdur. Sağlık çalışanlarının hakları ile hasta haklarının birbirinin karşısı değil de birbirlerini dengeleyici bir fonksiyona sahiptir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %76'sı hasta haklarının ihlal edilmesi durumunda hukuki boyutunun ne olduğunu bilmedikleri saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının hasta haklarının ihlali durumunda hukuki hak ve sorumluluklarının neler olduğunu bilmeleleri önemlidir. Sağlık çalışanlarının hasta haklarının ihlal edilmesi durumunda karşılaşılabilecekleri hukuki yaptırımın ve idari durumun farkında olması çok önemlidir. Çünkü, hasta hakları ve hukuki boyutu konusunda bilinçli ve yeterli bilgiye sahip olmak sağlık çalışanları açısından ortaya çıkabilecek hak ihlallerini önleyebilmede önemli bir fonksiyona sahip olduğu düşünülmektedir. Araştırmada elde edilen bu sonuç doğrultusunda bu konuda personelin eğitilmesi gereği ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %29'u kendileri ile ilgili hasta hakları birimine şikayet başvurusu yapıldığında kendilerinden konu ile ilgili açıklama istenmesini kısmen doğru bulmakta, %40'ı tamamen doğru bulmakta ve %31'i ise bunu doğru bulmamaktadır.

Devlet memurları yasası gereği, herhangi bir çalışan ile ilgili bir şikayet başvurusu yapıldığında, ilgili disiplin amiri tarafından başvurunun içeriğine göre yazılı savunma istemi yapılmaktadır. İlgili memur, konu ile ilgili olarak yedi gün süre zarfında savunmasını yaparak bağlı bulunduğu idareye bunu iletir. Sicil amiri, gerekli incelemeyi yaptıktan sonra ilgili çalışanın savunmasını ya yeterli bulur ve hakkında herhangi

bir işlem yapmaz ya da savunmayı yetersiz bularak uyarma, kınama, aylıktan kesme ve kademe durdurması gibi cezalar verebilmektedir. Bu durum her çalışan için can sıkıcı ve moral bozucudur. Ancak hasta hakları uygulaması ile birlikte aynı durumda ilgili personelden açıklama istenir. İlgili personel, gerekli açıklama yapıldıktan sonra hasta hakları kurulunda görüşülür ve karara bağlanır. Hasta hakları kurulunun aldığı kararda ilgili çalışan kusurlu bulunmaz ise bir işlem yapılmaz. Ancak ilgili personel kusurlu bulunursa hastane idaresine tavsiye niteliğinde bir öneri ile işlem yapılmak üzere gönderilir. Bu sayede çok sayıdaki şikâyet başvurusu başhekimliğe iletilmeden değerlendirilip çözümlenebilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının dörtte üçü kendileri ile ilgili yapılan şikâyetlerde hasta hakları kuruluna çalıştığı birimin sorumlularının katılmasını doğru bulmaktadır. Hasta hakları kuruluna ilgili personelin birim sorumlusunun katılması, kendisi açısından avantaj sağladığı gibi dezavantaj da sağlayabilmektedir. Şöyle ki, birim sorumlusu hasta hakları kurulunda ilgili personeli iyi tanıdığından, konu ile ilgili olarak kurul üyelerini doğru bir şekilde bilgilendirmektedir. İlgili personel hasta hakları kuruluna katılmadığı için istediği her türlü açıklamayı yazılı olarak bazen ilettemeyebilmektedir. Böyle durumlarda birim sorumlusu, ilgili çalışanın savunucusu pozisyonunda da yer alabilmektedir. Aynı şekilde birim sorumlusu, bazen ilgili çalışanın aleyhinde de bir pozisyonunda yer alabilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %47'si kendileri ile ilgili şikâyet başvurusunun başhekimliğe yapılmasını yanlış bulmakta, %45'i kısmen doğru

bulmakta ve sadece %8'i doğru bulmaktadır. Sağlık çalışanlarının yarıya yakını kendileri ile ilgili şikayetlerin başhekimliğe yapılmasını doğru bulmamalarının nedeni, başhekimliğe yapılan şikayetlerde kendilerinden savunma alınmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca hastanelerde her türlü şikayetin başhekimliğe yapılması başhekimliğin de gerekli, gereksiz bir çok sorunla uğraşmasına neden olabilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %36'sı kendileri ile ilgili şikayet başvurusunun hasta hakları birimine yapılmasını doğru bulmakta, %30'u kısmen doğru bulmakta ve %34'ü doğru bulmamaktadır.

Sağlık çalışanlarının yarıya yakını kendileri ile ilgili şikayet başvurusunun başhekimliğe yapılmasını doğru bulmaz iken, aynı şekilde üçte biri civarında aynı şikayetlerin hasta hakları birimlerine de yapılmasını doğru bulmaktadır. Bundan sağlık çalışanlarının kendileri ile ilgili şikayet başvurularının yapılmasını istemedikleri gibi bir sonuç da çıkarılabilir. Ancak hem başhekimliğe hem de hasta hakları birimlerine yapılan şikayetler, sağlık çalışanlarının zaman zaman işinin aksamasına ve psikolojik açıdan anksiyete yaşamalarına neden olduğu ve olabileceği bilinen bir gerçektir. Kendisi ile ilgili şikayet başvurusu yapılan sağlık çalışanı, stres yaşayabilir ve bu durumdan olumsuz etkilenebileceği düşünüldüğünde, bu nedenle şikayet başvurularının yapılmasını istemedikleri düşünülebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %92'si çalıştıkları hastanede hasta hakları birimi gibi sağlık çalışanlarının haklarını koruyan bir birimin kurulması gerektiğini ifade etmiştir. Mevcut

yasal düzenlemeler gereği hastanelerde hasta hakları birimleri gibi sağlık çalışanlarının haklarını koruyan birimlerin kurulması mümkün değildir. Çünkü sağlık çalışanları bir kurumun hizmetini sunan kesim olması ve hasta ve yakınlarının da bu hizmeti alan kesim olması dolayısıyla böyle bir birimin kurulması mümkün görünmemektedir. Ayrıca 657 sayılı devlet memurları yasası gereği devlet memurlarının haklarının korunması çok sayıdaki düzenleme ile kurum idaresine verilmiştir. Görevi başındaki bir devlet memurunun hakkının ihlal edilmesi durumunda, hasta hakları birimi gibi bir işleve sahip bir birimin bunu takip etmesi, hasta ve yakınlarından savunma istemesi ve bunun sonucunda hasta ve yakınlarını cezalandırması mümkün değildir. Ancak, görevi başında hasta ve yakınları tarafından hakları ihlal edilen sağlık çalışanlarının haklarının korunması amacıyla, ilgili ihlal durumunun bildirilmesi, ilgili hasta ve yakınları hakkında tutanak tutulmasının sağlanması, kolluk kuvvetinin olay yerine çağırılması ve gerekli işlemlerinin yapılması, gerekli hallerde çalışan adına yargı yoluna gidilmesinin sağlanması ve bu konuda sağlık çalışanlarına danışmanlık hizmeti verebilecek fonksiyonlara sahip hasta hakları biriminin benzeri, birimlerin kurulması önerilmektedir. Çünkü sağlık çalışanları da zaman zaman görevleri başında iken hasta ve yakınları tarafından hakları ihlal edilebilmekte ve hatta fiziksel, cinsel taciz ve saldırılara da maruz kalabilmektedirler. Bu konuda yasal düzenlemeler yapılması bir gerekliliktir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %21'i hasta hakları ile ilgili yürütülen tüm çalışmalar, hasta- sağlık çalışanı arasında yaşanan veya yaşanacak hak

ihlallerini önleyebilecek nitelikte olduğunu, %53'ü kısmen önleyebilecek nitelikte olduğunu ve %26'sı ise önleyebilecek nitelikte olmadığını ifade etmiştir.

Çetinalp ve Özkan (2007)'nin yaptığı araştırmaya katılan hekimlerin %47.3'ü hasta hakları uygulamalarının hekim çalışmalarını zorlaştırdığını, %52.3'ü hasta hakları uygulamalarının hekim çalışmalarını zorlaştırmadığını ve %44.3'ü hasta hakları uygulamalarının hekim haklarına engel olduğunu, %55'i hasta hakları uygulamalarının hekim haklarına engel olmadığını ifade etmiştir.

Gerek Çetinalp ve Özkan (2007)'nin ve gerekse bu çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının yarısından fazlası hasta hakları ile ilgili yürütülen tüm çalışmalar, hasta-sağlık çalışanı arasında yaşanan veya yaşanacak hak ihlallerini önleyebilecek nitelikte olduğuna inanmaktadır. Bu da hasta hakları uygulamalarının sağlık çalışanları tarafından benimsenmeye başladığını göstermektedir. Sağlık çalışanlarının hasta hakları uygulamalarını benimsemeleri çok önemlidir. Çünkü bu uygulama, sağlık çalışanları tarafından benimsendiği oranda gelişir ve yaşama olanağı bulabileceği bilinen bir gerçektir. Ayrıca, hasta ve yakınlarından ziyade sağlık çalışanları hasta haklarına sahip çıkmaktadır. Hasta ve yakınlarının haklarının hasta hakları dernekleri gibi sivil toplum kuruluşları tarafından korunması beklenirken, tam tersine bu konuda taraf olan sağlık çalışanları bu konuya sahip çıkmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %19'u hakkında hasta hakları birimine şikayet başvuru yapıldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan her beş

sağlık çalışanından birisi hakkında hasta hakları birimine şikayet başvurusunun yapıldığı görülmektedir.

Ocaktan ve diğ. (2004:132)'nin yaptığı araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %40.8'nin hastalarından hasta hakları konusunda şikayet edildiklerini ve hasta hakları konusunda şikayet edilme durumunda nasıl bir tutum sergileyecekleri konusunda %78.7'si bunu olumlu karşılayıp çözüm arayacağını ve %17'si ise öncelikle kusuru olup olmadığını değerlendireceğini ifade etmiştir.

Yine aynı şekilde Aydıner (2006), "Bursa'daki Hekimlerin Hasta Haklarına Yaklaşımı" adlı çalışmasında hekimlerin %23.8'i meslek hayatları boyunca en az bir defa hasta hakları konusunda şikâyet edildiklerini belirlemiştir.

Sağlık çalışanları ile ilgi hasta hakları birimlerine şikayet başvurusu yapıldığında, hasta hakları birim sorumlusu tarafından öncelikle başvuranın şikayeti dinlenir. Şikayetin içeriğine göre öncelikle başvuranın sorununun çözülmesine çalışılır. Eğer konu çözümlenebilecek nitelikte ise, başvuranın sorunu çözümlenir ve yazılı başvurusu alınmadan başvuru çözümlenmiş olur. Fakat başvuranın sorunu çözülemeyecek nitelikte ise ve ısrarla yazılı başvuruda bulunmak talebinde bulunuyorsa o zaman yazılı başvuru alınır ve gerekli işlem başlatılır. Burada esas olan hasta ve yakın yazılı başvurusu alınmadan sorunun çözümlenmesini sağlamaktır. Hasta hakları birim sorumlusunun bu konuda eğitilmiş, deneyimli ve mesleki bilgi ve beceriye sahip olmasını gerektirmektedir

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %19'u kendilerinin veya bir yakınının hasta olarak başvurdukları bir

hastanede hasta hakları ihlali ile karşılaştığı ve %81'i ise hiç ihlal ile karşılaşmadığı saptanan önemli bir sonuçtur.

Çetinalp ve Özkan (2007)'in yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin %44.9'u hasta olduklarında kendi haklarının ihlal edildiğini, %55.1'i hasta olduklarında kendi haklarının ihlal edilmediğini ifade etmiştir. Aynı araştırmada, hekimlerin %75.6'sı hasta haklarının aynı zamanda kendi hakları olduğunu düşündüğü ve %24'ü hasta haklarının aynı zamanda kendi hakları olduğunu düşünmediğini ifade etmiştir.

Bu araştırmaya katılan her beş sağlık çalışanının birisinin kendilerinin veya bir yakınının hasta olarak başvurdukları bir hastanede hasta hakları ihlali ile karşılaştığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının da aynı şekilde başka bir hastanede hasta veya hasta yakını pozisyonunda olabilecekleri muhakkaktır. İşte bu noktada hak ihlali ile karşılaşan sağlık çalışanlarının bu konuda hasta ve yakınlarına karşı daha duyarlı olacakları ve iletişimlerinde daha empatik davranacakları düşünülmektedir. Aynı şekilde diğer sağlık çalışanlarının da bu konuda duyarlı ve empatik davranmaları gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının da başka bir hastanede hak ihlali karşılaşmaları konunun ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Yani sağlık kurumlarında sadece hasta ve yakınlarının hakları ihlal edilmektedir, aynı zamanda sağlık çalışanları da hasta veya hasta yakını konumunda başvurduğunda da hak ihlali ile karşılaşabilecekleri Çetinalp ve Özkan (2007)'in ve bu araştırmanın sonuçları ile ortaya konulmuştur.

Araştırmaya katılan ve başka bir sağlık kurumunda hasta ve hasta yakını olarak

hak ihlali ile karşılaşan sağlık çalışanlarının tamamına yakınının hasta hakları birimine başvurduklarını saptanan diğer önemli bir sonuçtur. Bu sağlık çalışanlarının da hak ihlali ile karşılaşmaları halinde hasta hakları birimlerine başvurduklarını göstermektedir. Bu sonuç, sağlık çalışanları da hak ihlali ile karşılaştığında ilk başvurabileceği yerin hasta hakları birimi olduğunun farkında olduklarını da ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %59'unun hasta hakları birimi tarafından verilen hizmet içi eğitime katıldığı, %8'inin kısmen katıldığı ve %33'nün ise hiç katılmadığı ortaya çıkmıştır.

Aydiner (2006), "Bursa'daki Hekimlerin Hasta Haklarına Yaklaşımı" adlı çalışmasında hekimlerin hasta hakları ile ilgili bilgilerini çoğunlukla mezuniyet sonrası eğitimlerden aldıkları saptanmıştır.

Teke ve diğ. (2007)'nin yaptıkları araştırmada hemşirelerin %45'inin hasta hakları konusunda eğitim almadıkları, %64.2'sinin ise bu kavramdan, okul dışındaki kaynaklar vasıtasıyla haberdar oldukları saptanmıştır.

Öztürk ve diğ. (2007: 145-152)'nin 2006 yılında Trabzon il merkezindeki tüm devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan hekim, hemşire ve bu hastanelerde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada, devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin %72'sinin, hemşirelerin %82'sinin hasta hakları ile ilgili bir eğitime katıldıkları buna karşın Üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin %73'ünün hasta hakları ile ilgili bir eğitime katılmadıkları, hemşirelerin %52'sinin bir eğitime katıldığını saptamışlardır

Bu araştırmada elde edilen bu sonuç, Öztürk ve diğerlerinin (2007)

çalışmasında elde ettikleri sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun hastanede hasta hakları ile ilgili verilen hizmet içi eğitime katılmış olmaları hasta hakları uygulamalarının öneminin anlaşılması ve bu konuda bir duyarlılığın gelişmesi açısından çok önemlidir. Hasta haklarının farkında olan sağlık çalışanlarının bu konuda daha duyarlı davranacakları beklenmektedir. Bu farkındalık da bu tip hizmet içi eğitimlerle sağlanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta Hakları Uygulama Yönergesinin amacı, sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair esas ve usulleri belirlemek ve tüm toplumu ve sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve eğitmektir.

Bu amaçla hasta haklarını sağlık alanında güvence altına almak ve etkin bir sağlık hizmetinin sunumunu sağlamak için ülkemizde 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığının başlatmış olduğu hasta hakları uygulamaları, sağlık çalışanlarının insan hakları ve onun kavramlarını benimseme ve yaşama geçirme düzeylerine bağlı olarak uygulama olanağı bulacaktır. Araştırmanın genel olarak sonuçlarına baktığımızda, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinden araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yarısından fazlası hasta hakları ve sorumluluklarının farkındadır. Fakat bu oranın yükseltilmesi için, sağlık çalışanlarını bilgilendirici oryantasyon ve hizmet

içi eğitimlerin verilmesi, yöneticilerin ve çalışanların bu eğitimlere katılımının sağlanması, kitapçık, broşür tarzı bilgilendirici dokümanların hazırlanarak sağlık çalışanlarına dağıtılması, Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurumunun işbirliği ile sağlık çalışanlarının yetiştiren üniversitelerin ilgili bölümlerinin müfredat programında hasta haklarının yer alması sağlanmalıdır.

Ayrıca hasta hakları ile ilgili olarak verilen hizmet içi eğitimlerde; hasta hakları kavramı, dünyada ve ülkemizdeki tarihsel gelişimi, hukuki boyutu, sağlık hizmetlerinde iletişim, empatik iletişim, beden dili, yasal sağlık mevzuatı, Hasta Hakları Yönetmeliği, Hasta Hakları Uygulama Yönergesinin içeriği, hasta ve yakınlarının sorumlulukları, görüşme teknikleri, sorunlarla baş etme teknikleri, beceri eğitimi gibi konularda eğitilmelidir.

Sağlık çalışanlarının tamamına yakını hasta hakları biriminin sadece hasta haklarını koruduğunu ifade etmiştir. Oysa hasta hakları birimlerinde yürütülen çalışmalar, hasta ve sağlık çalışanı arasındaki ilişkiyi dengeleyici bir özelliğe sahiptir.

Sağlık çalışanlarının dörtte üçü hasta haklarının ihlal edilmesi durumunda hukuki boyutunun ne olduğunu bilmedikleri saptanan diğer önemli bir sonuçtur. Bu amaçla, sağlık çalışanlarının sağlık hukuku, hasta hakları, Türk Ceza Kanunu gibi konularda barolar birliğinden yardım alınarak eğitilmeli ve bilgilendirilmelidir.

Sağlık çalışanlarının çoğunluğu hasta hakları ile ilgili yürütülen tüm çalışmalar, hasta-sağlık çalışanı arasında yaşanan veya yaşanacak hak ihlallerini önleyebilecek nitelikte olduğuna inanmaktadır.

Bu da hasta hakları uygulamalarının sağlık çalışanları tarafından benimsenmeye başladığını göstermektedir. Sağlık çalışanlarının hasta hakları uygulamalarını benimsemesi çok önemlidir.

Bu araştırmanın en önemli sonuçlarından birisi de sağlık çalışanlarının da kendilerinin veya bir yakınının hasta olarak başvurdukları bir hastanede hasta hakları ihlali ile karşılaştığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının da başka bir hastanede hak ihlali karşılaşması konunun ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Başka bir sağlık kurumunda hasta ve hasta yakını olarak hak ihlali ile karşılaşan sağlık çalışanlarının tamamına yakınının hasta hakları birimine başvurdukları saptanan diğer önemli bir sonuçtur. Bu durum sağlık çalışanlarının hasta haklarını kullanma noktasında aktif bir rol aldıklarını göstermektedir. Sağlık çalışanlarının hasta veya hasta yakını olarak bir sağlık kuruluşuna başvurduklarında bir hak ihlali ile karşılaşmaları, empatik bir tutum sergilemelerine neden olabilir. Bu da sağlık çalışanlarının hasta haklarını benimsemeyi kolaylaştırıcı bir etkiye sahip olacağı düşünülmektedir.

Hastanelerde yürütülen hasta haklarının daha etkin olarak sunulması, sağlık çalışanları tarafından benimsenmesinin sağlanması zaman alacak bir özelliğe sahiptir. Ancak saptanan bu önemli sonuçlar, hasta hakları uygulamalarının sağlık çalışanları tarafından önemli bir kısmı tarafından benimsendiği söylenebilir. Bu da hasta haklarının zamanla sağlık çalışanları tarafından benimseneceği, hastalarla ilişkilerinde hasta haklarını gözetken bir ilişki kalıbı geliştireceklerini ortaya koyan önemli ipuçlarıdır.

Özetle hasta hakları, hasta ve sağlık çalışanı ilişkisinin belirleyicisi ve temeli olup, bu temel genel anlamda hastanın kendi kararını kendisinin verebilmesini içermektedir. Hastalık durumu bireyi zayıf ve bağımlı bir duruma sokabilir. Haklarını talep etme, kullanma konusunda kendi ve kendi kararını verebilmesi zorlaşabilir. Bu noktada hak ihlalleri ile karşı karşıya kalabilir. Bu durumda sağlık çalışanlarının hasta hakları konusunda bilgili olmaları çok önemlidir. Hasta hakları konusunda yeterli bilgiye sahip sağlık çalışanlarının hastalar ile ilişkilerinde bu hakları göz önünde bulundurarak davranmaları beklenen bir durumdur. Çünkü çoğu zaman sağlık çalışanı hasta hakkında karar verebilmekte, hastayı yönlendirebilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hastalardan çok hasta haklarını bilmesi ve bu doğrultuda davranarak hasta haklarına saygı duyması ve sadece saygı duymakla kalmayıp hastalarını haklarını kullanması için teşvik etmelidir. Bu araştırmanın sonuçları, sağlık çalışanlarının çoğunun hasta hakları ve uygulamaları konusunda bilgi sahibi olduklarını ortaya koymaktadır. Ancak sağlık çalışanlarının hasta haklarını koruma ve kullanma noktasında ne kadar duyarlı oldukları konusunda hastalar ile yapılacak başka çalışmalarla ortaya konulabilir.

KAYNAKÇA

- Aydiner, A. H. (2006). *Bursa'daki hekimlerin hasta haklarına yaklaşımı*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa.
- Brody, E. B. (1995). Patient rights a culture challenge to western psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 142:1, January, 58-60.
- Canpolat, S. (2002). *Hasta hakları ve etik*. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Çetinalp, H. ve Özkan, M. (2007). *Hasta hakları ve uygulamaları hakkında hekim görüşleri*. 1.

Uluslararası Hasta Hakları Kongresinde Sözlü Bildiri Olarak sunulmuştur, 11-14 Kasım 2009 Maritim Pine Beach Resort, Belek, Antalya, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/> 12.08.2010.

Duyan, V. (1992). *Ankara hastanelerinde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Hasta hakları yönetmeliği (1998). Resmi Gazete, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayı.

Hasta hakları uygulama yönergesi (2005). Sağlık Bakanlığı, 26.04.2005 Tarih ve 3077 Sayılı Makam Oluru.

Devlet memurları yasası (1965). Resmi Gazete, 23.07.1965 ve 12056 sayı.

Kaçar, H. (2008). *Hastanede yatan hastaların hasta hakları konusunda bilgi düzeyi*. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.

Karasar, N. (1994). *Bilimsel araştırma yöntemi* (6. Basım). Ankara

Ocaktan, E. Yıldız, A ve Özdemir, O. (2004). Abidinpaşa sağlık grup başkanlığı bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt 57, Sayı 3, 129-137.

Savaşkan, F. (2006). *KKTC'deki yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşire ve hekimlerin hasta haklarına duyarlılığının belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Öztürk, H. Yılmaz, F. Hindistan, S. Çilingir, D. Yeşilçiçek, K. (2007). Hekim, hemşire ve hastaların hastanede uygulanan hasta haklarını değerlendirmeleri. *Türkiye Klinikleri, Journal of Medical Ethics*, 2007, Sayı 15, 145-152

Teke, A. ve Diğerleri (2007). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (4), 259-266.

Araştırma

**ÇOCUKLARI ÇOCUK
KORUMA SİSTEMİNE
(ÇKS) GİREN
AİLELERLE, BENZER
SOSYAL ÇEVREDE
YAŞAMALARINA
KARŞIN ÇOCUKLARI
İÇİN ÇKS'YE
MÜRACAATÇI
OLMAYAN
AİLELERİN SOSYAL
DESTEK AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Compare the Families with
Children who have Entered
into the Child Welfare
System with those Families
who have not been Applied
to the Child Protection
System in Respect of Social
Support**

İsmet Galip YOLCUOĞLU*

*Yrd. Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Bu çalışma ile çocukları çocuk koruma sistemine giren ailelerle onlarla aynı sosyal çevrede yaşamalarına karşın çocukları için sisteme müracaatçı olmayan ailelerin, sosyal destek açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırma betimsel bir çalışma olup karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli biçiminde tasarlanmıştır.

Araştırmanın çalışma grubunu; 1 Eylül 2006 ve 31 Ağustos 2007 tarihleri arasında aile parçalanması ya da yoksulluk vb. nedenlerle, İstanbul İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı yuva ve yurtlarda çocukları koruma altına alınmış aileler oluşturmaktadır. Araştırmanın karşılaştırma grubunu ise, çocukları sisteme giren ailelerle aynı sosyal çevrede ikamet etmekte olan sosyokültürel özellikleri birinci gruba paralel olduğu düşünülen aileler oluşturmuş, onlardan görüşmeyi kabul eden aileler ve çocukları karşılaştırma grubu olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak, çalışma grubundan ulaşılabilircek 146 aileden tümündeki annelerle görüşmek amaçlanmış ancak, adresten taşınma, görüşmeyi kabul etmeme, annenin evden kaçmış olması gibi nedenlerle tüm bu süreç sonunda çalışma grubundan 80 ve karşılaştırma grubundan 80 anne olmak üzere 160 aileye ulaşılmıştır. Görüşülen annelere, "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" uygulanmıştır.

Araştırmada elde edilen temel bulgular şu şekilde özetlenebilir:

Sosyal destek açısından, karşılaştırma grubuna dâhil annelerin toplam sosyal destek algılamalarının, çalışma grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Korunması gereken çocuklar, çocuk koruma sistemi, sosyal destek.

ABSTRACT

This study aimed to compare the families with children who have entered into the child welfare system with those families who have not

been applied to the child protection system in respect of social support. Both families were living in the same district. The research is a descriptive study basically and it is designed in the form of a comparative relational model.

Study group of the research is consisted of the families whose children have been taken under protection at children's homes subject to Istanbul Province Directorate of Social Services due to the reasons such as family break out or poverty, etc. between September 1st, 2006 and August 31st, 2007. And the comparison group of the family is consisted of the families who reside in the same social environment with the families whose children have entered to the system and whose socio-cultural characteristics are thought to be parallel with the first group; and families and their children who have been random selected and who have accepted to interview are determined as the comparison group. Finally, it is aimed to interviewee total 146 mothers who can be reached from the study group; but, 80 mothers from the study group and 80 mothers from the comparison group, 160 families could be reached. It is not included other mothers by the reasons such as moving from the address, not accepting to interview, mother escaping from the home. "Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support", is applied to the interviewed mothers.

The main findings obtained at the research can be summarized as follows:

In terms of social support, the perception of support which the mothers included in the comparison group provide through total social support is higher than the study group.

Key Words: *Child who need protect, child protection system, social support.*

GİRİŞ

Yirmi-birinci yüzyılın ilk çeyreğinde, sosyal, bilimsel ve teknolojik gelişmeler

oldukça ileri bir noktaya ulaşmış olmasına karşın, önemli toplumsal dengesizliklerin, sosyal sorunların meydana gelmesi önlenememiştir. Toplumlarda yaşanan sorunlardan en çok etkilenen nüfus grubu, yetişkinlerin bakım ve gözetimine gereksinim duyan çocuklardır. Dünya ölçeğinde özellikle azgelişmiş ve yoksul ülkelerde var olan sosyoekonomik sorunlardan çocuklar daha olumsuz etkilenmekte, bazı ailelerde çocukların temel gereksinimleri dahi karşılanamamaktadır. Çocukların sağlıklı bireyler olarak yetiştirebilmelerinin önünde engeller bulunabilmekte ve risk altında yaşayan çocukların toplum tarafından korunması gerektiği kabul edilmektedir. Korunması gereken çocuklar olgusu, her toplumun içinde bulunduğu kendine özgü siyasal ve sosyal ortamın, ekonomi politikalarının bir ürünü ve en önemli sosyal sorunlardan biri olarak kendini göstermektedir. Bu sorundan etkilenen çocukların profili, sayı ve nitelik bakımından zaman içerisinde değişimlere uğramakta ve sorunu ortaya çıkaran etkiler bağlamında yoğunluğu zaman içerisinde ve ülkedeki konjonktüre göre farklılaşabilmektedir.

En geniş anlamıyla 'korunması gereken çocuk'; "temel bakımı, yetiştirilmesi, esirgenmesi ve gözetilmesindeki yetersizlik ve aksama nedeniyle sosyal, fiziksel, ruhsal ve ahlâki yönden sağlıklı bir yetişkin olmasının önünde çeşitli engeller bulunan çocuk'tur (Koşar, 1992: 42). Çocuk sorunuyla her zaman yakından ilgili olan sosyal çalışma (social work) disiplini, bireylerin yaşadığı toplumla bütünleşmelerine, risk gruplarının sorunlarıyla baş edebilme becerisi geliştirmelerine ve ailenin iyilik halinin sürdürülmesine odaklanan bir meslektir. Sosyal çalışmacıların, aile ve çocuk

refahı alanındaki öncelikli görevlerinden biri korunması gereken çocuklarla ilgili, kurum bakımı dışında çocuğun yararını ve iyilik halini gözeten, ihmal-istismarı 'önleyici' politikaların üretilmesine katkı yapmaktır.

Sosyal çalışmanın 'çocuk refahı alanı', kamusal çocuk koruma kurumlarının ihmal-istismar ve kötü muameleyle uğradığı rapor edilen çocukların sorunlarına çözüm bulmayı hedefleyen, koruyucu hizmetleri içermektedir. Bu alan, sosyal çalışma disiplini açısından her dönemde en temel çalışma alanlarından biri olagelmıştır. Çocuk refahı hizmetleri, tarihsel süreçte giderek güçlenmiş ve sosyal çalışmacılar, çocuk koruma sistemi (ÇKS) aracılığıyla çocukların gereksinimlerinin aile ve diğer sosyal kurumlar tarafından karşılanması, sağlıklı yetişmeleri önündeki engellerin kaldırılması konularında, müdahalelerle mesleki rollerini yerine getirmişlerdir.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK), ülkemizde yaşanan aile parçalanmaları, ebeveyn ölümlü gibi nedenlerle korunma gereksinimi ortaya çıkan çocuklara yönelik hizmetler sunan, Türkiye'deki çocuk koruma sistemi açısından en önemli düzenleme olan 2828 sayılı kanunla hizmet veren kurumdur. Bu kanun, aile ve çocuk refahı alanında var olan dağınıklığın belirli ölçülerde giderilmesi amacıyla çıkartılmış ve SHÇEK Genel Müdürlüğü, korunmaya muhtaç çocuklara, ailelere yönelik sosyal hizmetleri planlamak, uygulamak, rehberlik hizmetleri sağlamak, yönlendirmek, koordine etmek ve denetlemekle görevli ve yetkili kılınmıştır. 2005 yılında çıkartılan Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) ile özellikle suçta sürüklenen çocukların da korunması hedeflenmiş, "çocuğun barınması"

ve "danışmanlıkla" ilgili tedbirlerin uygulanması konusunda SHÇEK yükümlü kılınmıştır.

I. Türkiye'de Çocuk Koruma Sisteminin Bugünkü Yapısal Özellikleri

Tarihsel süreçte ülkemizde yaşanan Balkan Savaşı ve Ulusal Kurtuluş Savaşı gibi peş peşe yaşanan savaşlarla, şehit olanların geride bıraktıkları yetim çocuklarına yardım etme gereksiniminin ortaya çıkması üzerine, 30 Haziran 1921 tarihinde, Mustafa Kemal Atatürk'ün talimatları ile bu konu, devlet kademelerinde özel bir önemle ele alınarak Ankara'da, Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumunun temellerini oluşturan Himaye-i Etfal Cemiyeti kurulmuştur.

Zaman içerisinde birçok değişiklik ve yavaş da olsa ilerlemeler olmuş ve son olarak sosyal hizmetlerin tek elde toplanması amacını güden ve 1983 yılında çıkartılan 2828 sayılı SHÇEK¹ Kanunu ile dağınık haldeki çocuk koruma hizmetlerinin belirli ölçülerde bir araya toplanması amaçlanmıştır. En büyük yenilik, korunmaya muhtaç çocuklarla ilgili hizmetlerin, merkezi idarenin sorumluluğu altında ve tek kuruluş bünyesinde yürütülmesi anlayışı olmuştur. Bu yeni kuruma, hizmetlerin geliştirilmesi ve düzenlenmesi konusunda geniş bir mevzuat hazırlama yetkisi verilmiştir. Böylelikle 1940'lı yıllardan itibaren çocuğa ilişkin iyi niyetli ancak ağır aksak yürüyen düzenlemeler ve Türkiye

1 Başbakanlığa bağlı olarak hizmetlerini sürdüren SHÇEK, 8 Haziran 2011 tarih ve 27958 mükerrer sayılı RG'de yayımlanan 633 nolu KHK ile kapatılmış ve yerine Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuştur. 6 ay süre içerisinde yeni teşkilatlanmasını tamamlaması öngörülen bakanlıkta, korunmaya muhtaç çocuklarla ilgili, "Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü" oluşturulacaktır.

çocuk koruma sistemi, hiç değilse çağdaş bir anlayış açısından önemli bir aşamaya ulaşmıştır. Uluğtekin (2001: 17), yasanın önemini belirtmekle beraber, “bu yasanın aileyi ve çocuğu bir arada desteklemeyi amaçlayan yaygın politika ve örgütlenme biçimine sahip olmadığı” eleştirisini getirmiştir.

Ülkemizdeki ÇKS’de yapılan en temel yasal düzenleme olan 2828 sayılı ve 1983 tarihli, SHÇEK kanunuyla, “öncelikli olarak, korunmaya muhtaç çocuklara, gençlere, ailelere yönelik sosyal hizmetleri planlamak, uygulamak, rehberlik hizmetleri sağlamak, yönlendirmek, koordine etmek ve denetlemek hedeflenmiştir”. SHÇEK kanununun üçüncü maddesine göre ‘korunmaya muhtaç çocuk’; “beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi gelişimleri, güvenlikleri tehlikede olup,

1. Ana veya babasız, ana ve babasız,
2. Ana veya babası veya her ikisi de belli olmayan,
3. Ana veya babası veya her ikisi tarafından terk edilen,
4. Ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen çocuk” tur.

Uluğtekin (1993: 8)’in sistemle ilgili eleştirisine göre;

“Bu tanıma uyan çocukların sayısı hakkında elde kesin bir bilgi yoktur ve kuşkusuz bu, büyük bir eksiklik. Çünkü hizmetlerin niceliği ve niteliğini değerlendirirken ve yeni hizmetlere duyulan gereksinmeyi

ortaya koyarken, sayılar çok önemlidir. Bugün Türkiye’de, bir görüşe göre beşyüz bin, bir diğer görüşe göre bir milyon civarında korunmaya muhtaç çocuk bulunmaktadır. Halen, 19.732 çocuk devletin korunması altındadır. Diğer bir deyişle eğer ülkemizde bir milyon civarında korunması gereken çocuk varsa; devlet, bunun sadece %1.97’sine ulaşabilmektedir. Bu durumda korunmaya muhtaç çocuk olduğu varsayılan çocukların büyük çoğunluğu nerededir ve ne yapmaktadır?”.

Nitekim, günümüzdeki alan uygulamalarında sadece kuruma yapılan müraعاتlar değerlendirilmeye çalışılmakta, toplumsal sistemde risk altında yaşayan bütün çocukların korunması konusunda mevcut durumu belirlemek için, geniş kapsamlı bir alan çalışması ya da uygulamanın halen bulunmadığı görülmektedir.

Türkiye ÇKS’sini oluşturan SHÇEK’in 2007 Yılı Değerlendirme Raporuna göre; “SHÇEK’in faaliyetleri için; 2005 yılında 340 milyon TL olan ödenek, 2007 yılında %100’e yakın artışla 618 milyon TL’ye yükseltilmiştir”. Devletin sosyal hizmetler alanına daha fazla kaynak aktarmasının yanı sıra, 2000 yılında, kurumda 811 sosyal çalışmacı ve 150 psikolog ve 65 doktor görev yaparken, 2006 itibariyle bu sayı 1.140 sosyal çalışmacı ve 221 psikolog ve 108 doktora yükseltilmiştir. Kurumun insan kaynağının niceliği bile, ülkemizde sosyal politika uygulama düzeyinde sosyal sorunların çözümü, sosyal hizmetlerin yürütülmesi konusuna ne kadar sığ bir bakış açısıyla yaklaşıldığını ve kurumun çeşitli olanaksızlıklarla karşı karşıya bulunduğunu gözler önüne sermektedir.

MERNİS verileri esas alındığında, kırsal ve kentsel alanlardaki mutlak yoksulluk sınırı ortalaması (%8) üzerinden belirlenen nüfusa göre, ülkemizde risk altında yaşayan korunması gereken çocuk sayısı (25.834.212 x %8) 2.066.737 çocuk olarak tahmin edilmektedir. Ancak SHÇEK, aynı zamanda yaşlılar, özürlüler vb. nüfus gruplarına sosyal hizmetleri sunmakla yükümlü olduğu için "çocuk" sorununa ne derecede odaklanılabildiği, personel ve finansal olanaklarının yapısal sorunlarının tartışılması, başka bir incelemenin konusunu oluşturmaktadır.

I.1.Türkiye'de SHÇEK'te Aile ve Çocuklarla Yürütölen Sosyal Çalışmanın Niteliği

Aileye sosyal çalışma müdahalesi sürecinde, her şeyden önce sosyal çalışmacı tarafından ailedeki sorunun fotoğrafının çekilmesi, sosyal koşullarla, aile ve çevresi arasındaki etkileşimin sorunu nasıl oluşturduğunun belirlenmesi mesleki çalışmaların başlangıcını oluşturmaktadır. Müdahaleye başlama, değerlendirme ve müdahale sürecine ailenin katılımını gerektirmektedir. Ev ziyaretlerinde aile bireylerinin anlaşılmaşlık duygusu hissetmeleri sağlanması, mesleki ilişkinin kurulmasında ilk başta yaşamsal bir öneme sahiptir. Ülkemiz çocuk koruma sistemindeki nitelik, nicelik ve yasal altyapı yetersizlikleri nedeniyle, derinlemesine ve hızlı aile incelemelerinin yapılamadığı, ailelerde yaşanan sorunların radikal çözümü hedefine çoğu zaman ulaşılamadığı bilinmektedir.

Aile ve çocuk politikalarındaki yetersizlikler nedeniyle, SHÇEK'te ölkede sadece 1.140 sosyal çalışmacı ve 221 psikolog ile mesleki uygulamalar

yürütölmeye çalışılmakta, çoğu zaman ev ziyaretleri dahi yapılmadan düzenlenen sosyal inceleme raporları (SİR) ile çocuk ve ailesi hakkında kararlar verilebilmektedir. Gerek politika açısından etkisizlikler, gerekse sosyal çalışmacı personel sayısı yetersizliği nedeniyle, aile değerlendirme sürecine gerekli ağırlığın verilemediği, vaka değerlendirmesi ve görüşmelerin olması gerektiği gibi ele alınamadığı, ev ziyaretlerinin bir-iki ay sonra yapılabildiği ve her bir meslek elemanına, yıllık ortalama 200'ün üzerinde vaka düştüğü sık sık dile getirilen sorunlar arasında yer almaktadır.

II. Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Sosyal Destek Kavramı

Formal ve informal desteği içeren sosyal destek olgusu, literatürde 1970'li yıllardan itibaren ele alınmaya başlanmıştır. Resmi destek kaynakları, yasal çerçeve içerisinde resmi kurum ve kuruluşlar, sivil toplum örgütlerince sunulan desteklerdir. Yakın çevremizde yer alan aile, arkadaş, akraba gibi katkı ve destek sağlayan diğer bireyler ise resmi olmayan sosyal destek kaynakları olarak ifade edilebilir.

İnsan yaşamında önemli bir yeri olan ve insanı zorluklar karşısında dirençli ve güçlü kılan sosyal destek, zihinsel, fiziksel ve ruhsal sağlığın ve bireyin iyi olma halinin önemli bir göstergesidir. Sosyal destek, insanları kaygı gibi sık rastlanan psikopatolojilere karşı koruyabilir (Massie ve diğer., 1998: 685).

Sosyal destek kavramı, bireye sorun çözmede katkı sağlayan bir çabayı, maddi yardımı, birlikte çözüm yolları araştırmayı, stresin yıkıcı etkilerini azaltmayı kısaca ilgi, duygusal yakınlık ve sevgiyi içerir. Caplan'a göre, bireyler

için en büyük sosyal destek ona "sevildiğini ve onaylandığını hissettirmek"tir". Bertero (2000) "sosyal desteği", kişiler arası ilişkilerde insanları, kaygının olumsuz etkilerinden koruyan, güçlendiren mekanizmalar olarak tanımlamaktadır.

Wortman (1984, akt; Tuna, 1993: 21-25), sosyal desteği şu şekilde sınıflandırmıştır:

- Bireye sevildiğini, saygı duyulduğunun ve önem verildiğinin ifade edilmesi,
- Bireyin inançlarının, duygularının ve yorumlarının yerinde olduğunun doğrulanması,
- İnançlarını ve duygularını açık olarak ifade etmesine yardımcı olunması,
- Bilgi ve rehberlik sağlanması,
- Maddi yardım yapılması,
- Kişinin içinde yaşadığı ve ait olduğu sosyal sistem hakkında bilgi edinmesi ve diğer insanlarla karşılıklı yardımlaşmasıdır.

Görüldüğü üzere sosyal destek, bireylerin fiziksel, zihinsel, duygusal, ruhsal iyilik halini destekleme ve yaşam kalitesini artırma bakımından eşsiz bir işleve sahiptir. Bu anlamda sosyal destek, öncelikle bireyin iyilik halinin desteklenme ve sürdürülmesi, temel gereksinimlerinin giderilmesi yönünde, benlik saygısını güçlendirme açısından önemli işlevler görmektedir.

III. Araştırmanın Yöntemi

Sosyal çalışma disiplini açısından, İstanbul örneğinde çocuğu ÇKS'ye giren ve girmeyen ailelerinin sosyal destek açısından değerlendirildiği bu

araştırma, "karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeli"ne dayalı bir çalışmadır (Karasar, 1984: 85-90). İlişkisel tarama modeli "iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modeli"dir (Karasar, 1984: 80-81).

Bu araştırmanın çalışma grubunu; 1 Eylül 2006 ve 31 Ağustos 2007 tarihleri arasında İstanbul İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bağlı yuva ve yurtlarda çocukları, korunma altına alınmış aileler ve onlarla aynı çevrede yaşamalarına karşın çocukları için ÇKS'ye müracaatçı olmayan aileler oluşturmaktadır. Annelerle görüşme yapılması kararlaştırılmış ve il sosyal hizmetler müdürlüğü kayıtlarından çıkartılan 146 aileden, ev ziyareti yoluyla 80'ine ulaşılabilmektedir. Annelere, "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" uygulanmıştır.

III.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

"Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" (Ek-1), 12 maddelik kısa bir ölçek olarak, 'aile', 'arkadaş' ve 'diğer önemli kişi' ya da 'özel bir kişi' gibi üç kaynaktan elde edilen desteğin yeterliliğini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Algılanan sosyal destek olarak; aile (ölçekte 3, 4, 8, 10, 11. sorular) arkadaş (ölçekte 6, 7, 9, 12. sorular) ve diğer önemli kişi ya da özel bir kişi (profesyonel meslek elemanı) (ölçekte 1, 2, 5. sorular) gibi üç kaynaktan sağlanan desteğin yeterliliği değerlendirilmektedir.

Zimet, Dahlem ve Farley (1988), alan yazında bildirilen çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğini geliştirmişlerdir. Her biri 4'er maddeyi içeren üç alt

ölçekten oluşan ölçeği 1'den 7'ye kadar puanlanan ve "hiç katılmıyorum", "çoğunlukla katılmıyorum", "kısmen katılmıyorum", "kararsızım", "kısmen katılmıyorum", "çoğunlukla katılmıyorum", "tümüyle katılmıyorum" şeklinde cevaplanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan en yüksek toplam puan 49 olup çok yüksek sosyal desteği, en düşük puan 7 ise en düşük sosyal desteği göstermektedir.

Zimet, Dahlem ve Farley (1988), 17-22 yaş arası 275 üniversite öğrencisi üzerinde güvenilirlik ve geçerliliğini sınamışlar ve ölçeğin iç tutarlılığı ayrı ayrı alt ölçekler ve tüm ölçek için hesaplanmıştır. Cronbach Alfa katsayıları, "Diğer Önemli Kişi", "Aile", "Arkadaş" ve "Toplam Sosyal Destek" için sırasıyla 0.91, 0.87., 0.85 ve .88'dir. 275 öğrencinin iki ay ara ile yapılan uygulamasında test tekrar güvenilirliği, "Diğer Önemli Kişi" için $r = .72$, "Aile" için $r = .85$ ve "Arkadaş" alt ölçeği için ise $r = 0.75$ bulunmuştur.

Ülkemizde, Çakır (1993) normal ergenlerle yaptığı çalışmada, daha sonra Eker ve Arkar (1995) ise üniversite öğrencileri ve bedensel hastalığı olan grupla yürüttükleri çalışmada bu ölçeği kullanmışlar, ölçeği toplumumuza uyarlamak, güvenilirliğini, geçerliliğini sınamak ve orijinal ölçeğe benzer bir faktör yapısı olup olmadığını incelemeyi hedeflemişlerdir. Yaptıkları araştırmanın örneklemini, Ankara ili içerisinde yaşayan 12-22 yaşları arasında yatılı ve yatısız eğitim gören toplam 960 öğrenci oluşturmuştur. Örneklemin genel popülasyonu yansıtabilmesi için öğrenciler alt, orta ve üst sosyokültürel düzeyleri temsil eden 7 okul belirlenmiştir. Test tekrar güvenilirliği $r = .81$ olarak bulunmuştur.

IV. Çocukları ÇKS'ne Girmiş Olan Ailelerle Çocukları için ÇKS'ye Müracaatçı Olmayan Aileler Arasında Sosyal Destek Açısından Farklar Olup Olmadığına İlişkin Bulgular ve Tartışma

Bu bölümde, algılanan sosyal desteğe ilişkin bulgular ve tartışmalar yer almaktadır. Algılanan sosyal destek olarak, aile (eşi, çocukları, kardeşleri ifade etmekte olup), arkadaş ve diğer önemli kişi (profesyonel meslek elemanı doktor, hemşire, sosyal çalışmacı) ya da özel bir kişi (akraba, komşu) gibi üç kaynaktan sağlanan desteğin yeterliliği değerlendirilecektir. Ayrıca, sosyal destekle ilgili aşağıdaki değişkenlere ilişkin ana-babanın görüşleri elde edilecektir: Herhangi bir sorun yaşadıklarında yardım alabilecekleri tanıdık veya akrabaları olup olmadığı, bugüne kadar tanıdık veya akrabalarından aldıkları en önemli üç yardım ve destek, herhangi bir sorun yaşadıklarında yardım alabilecekleri komşuları olup olmadığı, bugüne kadar komşularından aldığı en önemli üç yardım ve destek; herhangi bir sorun yaşadıklarında yardım alabileceği resmi kurum ya da kuruluş olup olmadığı, bugüne kadar bu resmi kurum ya da kuruluşlardan aldıkları en önemli üç yardım ve destek; son bir yılda yaşadığı sorunların ne olduğu, bu sorunu çözmek için kimlerden yardım aldığı, bir sorun yaşadıklarında en çok kimin destek olduğu konusundaki görüşleri alınmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde öncelikle aileden, arkadaştan ve diğer önemli kişi ya da özel bir kişiden sağlanan sosyal desteğe ilişkin; daha sonra da aile bir sorun yaşadığında yardım alabileceği bir tanıdık,

akrabalarının olup-olmadığına ilişkin sonuçlar tablolar halinde sunulmaktadır.

Tablo 1'deki t-testi sonuçlarına göre; çalışma ve karşılaştırma grubuna dahil annelerin aileden sağladığı sosyal destek algılamaları bakımından karşılaştırma grubu lehine anlamlı derecede farklı olduğu çıkmaktadır ($t_{(158)} = 16.36, p < .05$). Çalışma grubunu oluşturan 80 anne açısından aileden (eşinden, çocuklarından, kardeşlerinden) sağlanan sosyal destek puanlarının ortalaması 17.00; karşılaştırma grubunu oluşturan 80 annenin sosyal destek puanlarının ortalaması ise 31.72'dir. Araştırma gruplarının, aileden sağlanan sosyal destek puan ortalamaları arasında önemli bir fark olduğu gözlenmektedir. Yani karşılaştırma grubundaki annelerin aileden sağladığı sosyal destek, çalışma grubundaki annelere göre daha yüksektir.

Tablo 2'deki t-testi sonuçlarına göre; çalışma grubunu oluşturan 80 anne açısından arkadaşta sağlanan sosyal destek puanlarının ortalaması 7.67; karşılaştırma grubunu oluşturan 80 annenin sosyal destek puanlarının ortalaması ise 19.25'dir. Araştırma gruplarının,

arkadaştan sağlanan sosyal destek puan ortalamaları arasında önemli bir fark olduğu gözlenmektedir. Bu bulgu, çalışma ve karşılaştırma grubuna dahil annelerin arkadaşta sağlanan sosyal destek algılamaları bakımından karşılaştırma grubu lehine anlamlı derecede farklı olduğunu ortaya koymaktadır ($t_{(158)} = 12.45, p < .05$). Yani karşılaştırma grubundaki annelerin arkadaşta sağladığı sosyal destek, çalışma grubundaki annelere göre daha yüksektir.

Tablo 3'deki t-testi sonuçlarına göre; çalışma grubunu oluşturan 80 anne açısından diğer önemli kişi ya da özel bir kişi sağlanan sosyal destek puanlarının ortalaması 7.17; karşılaştırma grubunu oluşturan 80 annenin puan ortalaması ise 14.65'dir. Araştırma gruplarının, diğer önemli kişi ya da özel bir kişiden sağlanan sosyal destek puan ortalamaları arasında önemli bir fark olduğu iki grup anne arasında, diğer önemli kişi ya da özel bir kişiden sağlanan sosyal destek algılamaları bakımından, karşılaştırma grubu lehine anlamlı derecede fark olduğunu ortaya koymaktadır ($t_{(158)} = 9.56, p < .05$). Bu bulgu,

Tablo 1. İki Grup Anne Arasında Aileden Sağlanan Sosyal Destek Açısından Farkları Olup-Olmadığına İlişkin t-Testi Sonuçları

	N	\bar{x}	SS	sd	t	p
Çalışma grubu	80	17.00	6.72	158	16.36	.001
Karşılaştırma grubu	80	31.72	4.41			

Tablo 2. Anneler Arasında Arkadaştan Sağlanan Sosyal Destek Açısından Farkları Olup-Olmadığına İlişkin t-Testi Sonuçları

	N	\bar{x}	SS	sd	t	p
Çalışma grubu	80	7.67	5.01	158	12.45	.001
Karşılaştırma grubu	80	19.25	6.65			

Tablo 3. Anneler Arasında Diğer Önemli Kişi ya da Özel Bir Kişi Açısından Farkları Olup-Olmadığı Olmadığına İlişkin t-Testi Sonuçları

	N	\bar{x}	SS	sd	t	p
Çalışma grubu	80	7.17	4.37	158	9.56	.001
Karşılaştırma grubu	80	14.65	5.46			

karşılaştırma grubundaki annelerin diğer önemli kişi ya da özel bir kişiden sağladığı sosyal desteğin, çalışma grubundaki annelere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4'deki t-testi sonuçlarına göre; çalışma grubu annelerin algıladığı toplam sosyal destek puanlarının ortalaması 31.84; karşılaştırma grubunu sosyal destek puanlarının ortalaması ise 65.63'tür. Araştırma gruplarının, toplam sağlanan sosyal destek puan ortalamaları arasında önemli bir fark olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, çalışma ve karşılaştırma grubuna dahil annelerin algılanan toplam sosyal destek

bakımından karşılaştırma grubu lehine aralarında anlamlı derecede fark olduğunu ortaya koymaktadır ($t_{(158)} = 15.65$, $p < .05$). Yani karşılaştırma grubundaki annelerin sağladığı toplam sosyal destek, çalışma grubundaki annelere göre çok daha yüksektir.

Tablo 5'deki kay-kare analizlerinde, araştırma grubu ailelerin bir sorun yaşadığında yardım alabileceği tanıdık ve akrabaları olup-olmadığı açısından iki aile grubu arasında, karşılaştırma grubu lehine anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(3)} = 30.44$, $p < .05$). Araştırmaya katılan çalışma grubu ailelerin %40'ı bir sorun yaşadığında yardım

Tablo 4. Anneler Arasında Toplam Sosyal Destek Açısından Farkları Olup-Olmadığına İlişkin t-Testi Sonuçları

	N	\bar{x}	SS	sd	t	p
Çalışma grubu	80	31.84	13.08	158	15.65	.001
Karşılaştırma grubu	80	65.63	14.20			

Tablo 5. Ailelerin Bir Sorun Yaşadığında Yardım Alabileceği Tanıdık ve Akrabaları Olup-Olmadığına İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

	Yardım Alabileceği Tanıdık ve Akrabaları Olup-Olmadığı			Toplam
		Evet	Hayır	
Çalışma grubu	N	32	48	80
	%	40.0	60.0	100.0
Karşılaştırma grubu	N	66	14	80
	%	82.5	17.5	100.0
Toplam	N	98	62	160
	%	61.3	38.8	100.0

$\chi^2: 30.44$ sd: 1 p = .001

alabileceği tanıdık ve akrabaları olduğunu ifade ederken; bu oran karşılaştırma grubu ailelerde %82.5'e yükselmektedir. Yani, bir sorun yaşandığında karşılaştırma grubundaki ailelerin yardım alabileceği tanıdık ve akrabaları olanların oranı, çalışma grubundaki ailelere göre daha yüksektir.

Tablo 6'daki kay-kare analizlerinde, araştırma grubu ailelerin tanıdık ve akrabalarından aldığı yardım ve desteğin niteliği açısından iki aile grubu arasında karşılaştırma grubu lehine anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(4)} = 15.13$, $p < .05$). Araştırmaya katılan çalışma grubu ailelerin %28.1'i tanıdık ve akrabalarından aldığı yardım ve destek olarak, bir süre aile-akrabalarının yanında kaldığını ifade ederken; bu oran karşılaştırma grubu ailelerde %3'tür. Çalışma grubu ailelerin %15.6'sı, karşılaştırma grubu ailelerin %27.3'ü tanıdık ve akrabalarından gereksinim duyduğunda borç aldığını belirtirken; çalışma grubu ailelerden %18.8'i, karşılaştırma grubu ailelerin %25.8'i akrabalarından

manevi destek aldığını söylemiştir. Ayrıca, çalışma grubu ailelerin %37.5'i akraba tanıdıklardan aldığı yardım ve destek olarak maddi açıdan yardım aldığını ifade ederken, bu oran karşılaştırma grubu ailelerde %43.8'dir. Yani, ailede bir sorun yaşandığında tanıdık akrabalarından maddi yardım ve gereksinim duyduklarında borç alabilen karşılaştırma grubu aile oranına göre daha yüksektir.

Tablo 7'deki kay-kare analizlerinde, araştırma grubu ailelerin bir sorun yaşadığında yardım alabileceği komşuları olup-olmadığı açısından iki aile grubu arasında karşılaştırma grubu lehine anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 62.21$, $p < .05$). Araştırmaya katılan çalışma grubu ailelerin %10'u bir sorun yaşadığında yardım alabileceği komşuları olduğunu ifade ederken, bu oran karşılaştırma grubu ailelerde %71.3'e yükselmektedir. Yani, ailede bir sorun yaşandığında yardım alabileceği komşuları olan karşılaştırma grubu aile

Tablo 6. Ailelerin Bugüne Kadar Tanıdık ve Akrabalardan Aldığı En Önemli Yardım ve Desteğe İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

		Akrabalardan Aldığı Yardım ve Desteğin Ne Olduğu					Toplam
		Babam- ablam- ağabeyimin evine sığındım	Bir süre akrabaların evinde kaldık	İhtiyaç olunca borç alabiliyoruz	Maddi açıdan yardım	Manevi destek	
Çalışma grubu	N	8	1	5	12	6	32
	%	25.0	3.1	15.6	37.5	18.8	100.0
Karşılaştırma grubu	N	1	1	18	29	17	66
	%	1.5	1.5	27.3	43.9	25.8	100.0
Toplam	N	9	2	23	41	23	98
	%	9.2	2.0	23.5	41.8	23.5	100.0

$\chi^2: 15.13$ sd: 4 $p = .001$

Tablo 7. Ailelerin Bir Sorun Yaşadığında Yardım Alabileceği Komşuları Olup-Olmadığına İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

		Yardım Alabileceği Komşuları		Toplam
		Olup-Olmadığı		
		Evet	Hayır	
Çalışma grubu	N	8	72	80
	%	10.0	90.0	100.0
Karşılaştırma grubu	N	57	23	80
	%	71.3	28.8	100.0
Toplam	N	65	95	160
	%	40.6	59.4	100.0

$\chi^2: 62.21$ sd: 1 p = .001

oranı çalışma grubu aile oranına göre daha yüksektir.

Tablo 8'e göre, araştırmaya katılan çalışma grubu annelerin %62.5'i komşularından manevi destek aldığını ifade ederken; bu oran karşılaştırma grubu ailelerde %86'dır. Çalışma grubu annelerin %12.5'i, karşılaştırma grubu annelerin %3.5'i komşularından maddi yardım aldığını ifade ederken; çalışma grubu annelerden %25'i, karşılaştırma grubu annelerin %10.5'i her açıdan komşularıyla yardımlaştıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 9'daki kay-kare analizlerine göre, araştırma grubu ailelerin bir sorun

yaşadığında yardım alabileceği resmi kuruluşlar olup-olmadığı açısından iki aile grubu arasında çalışma grubu lehine anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 25.34$, $p < .05$). Araştırmaya katılan çalışma grubu ailelerin %46.3'ü bir sorun yaşadığında yardım alabileceği resmi kuruluşlar olduğunu ifade ederken; bu oran karşılaştırma grubu ailelerde %12.5'tir. Yani, ailede bir sorun yaşandığında yardım alabileceği resmi kuruluşu olduğunu bildiren çalışma grubu aile oranı, karşılaştırma grubu aile oranından daha yüksektir.

Tablo 10'a göre, araştırmaya katılan çalışma grubu annelerin 37'si,

Tablo 8. Ailelerin Bugüne Kadar Komşulardan Aldığı En Önemli Yardım ve Destek Durumuna İlişkin Frekans Dağılımı

		Komşulardan Aldığı En Önemli Yardım ve Destek			Toplam
		Manevi destek	Maddi yardım	Her açıdan yardımlaşıyoruz	
Çalışma grubu	N	5	1	2	8
	%	62.5	12.5	25.0	100.0
Karşılaştırma grubu	N	49	2	6	57
	%	86.0	3.5	10.5	100.0
Toplam	N	54	3	8	65
	%	83.1	4.6	12.3	100.0

Tablo 9. Ailelerin Bir Sorun Yaşadığında Yardım Alabileceği Resmi Kuruluşlar Olup-Olmadığına İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

	Bir Sorun Yaşadığında Yardım Alabileceği Resmi Kuruluşlar Olup-Olmadığı		Toplam
	Evet	Hayır	
Çalışma grubu	N	37	80
	%	46.3	100.0
Karşılaştırma grubu	N	10	80
	%	12.5	100.0
Toplam	N	47	160
	%	29.4	100.0

$\chi^2: 25.34$ sd: 1 $p = .001$

Tablo 10. Ailelerin Bugüne Kadar Resmi Kuruluşlardan Aldığı En Önemli Yardım ve Destek Durumuna İlişkin Frekans Dağılımı

	Bugüne Kadar Resmi Kuruluşlardan Aldığı En Önemli Yardım					Toplam
	Belediye'den kömür-gıda yardımı	Gönüllü dernekten gıda yardımı	Kaymakamlık SYDV'den yardım	SHÇEK'ten ANY		
Çalışma grubu	N	22	1	4	10	37
	%	59.5	2.7	10.8	27.0	100.0
Karşılaştırma grubu	N	10	0	0	0	10
	%	100.0	0	0	0	100.0
Toplam	N	32	1	4	10	47
	%	43.8	22.9	6.3	27.0	100.0

karşılaştırma grubu annelerin ise sadece 10'u bugüne kadar resmi kurum ya da kuruluştan yardım ve destek aldığı ifade etmişlerdir. Bunlardan, çalışma grubunun %59.5'i (22 aile), karşılaştırma grubunun %100'ü (10 aile) belediyeden kömür-gıda yardımı; çalışma grubunun %27'si (10 aile), SHÇEK'den aynı ve nakdi yardım (ANY) aldıklarını belirtmişlerdir. Karşılaştırma grubu ailelerden, kaymakamlık'tan yardım alan aile bulunmaz iken, çalışma grubunda bu oran %10.8'dir. Yani, karşılaştırma grubu ailelerden resmi kuruluşlardan yardım alan ailelerin tümü bu yardımı

belediyelerden alırken, çalışma grubundakilerden çoğu bu yardımı belediyeye, SHÇEK ve kaymakamlıklardan almıştır.

Tablo 11'deki kay-kare analizlerinde, araştırma grubu ailelerin yaşadıkları sorunları çözmek için kimlerden yardım aldıkları açısından, iki aile grubu arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(5)} = 23.13$, $p < .05$). Araştırmaya katılan çalışma grubu ailelerden son bir yıl içerisinde işsizlik, eşinden ayrılma, çocuğunun evden kaçması, yoksulluk veya sağlık sorunları yaşadıklarını belirten

Tablo 11. Ailelerin Son Bir Yıl İçerisinde Yaşadığı Sorunu Çözmek İçin Kimden Yardım Aldığına İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

	Ailelerin Son Bir Yıl İçerisinde Yaşadığı Sorunu Çözmek İçin Kimden Yardım Aldığı							Toplam
	Aile-akraba yardımcı oldu	Kimse yardım etmedi çözemedim	SHÇEK'ten yardım-destek	Çevrenin yardımıyla iş bulduk	Belediye'den yardım	SSK'da tedavi olduk		
Çalışma grubu	N	10	50	13	3	1	2	79
	%	12.8	62.8	16.7	3.8	1.3	2.6	100.0
Karşılaştırma grubu	N	13	12	0	2	0	5	32
	%	40.6	37.5	0	6.3	0	15.6	100.0
Toplam	N	23	61	13	5	1	7	110
	%	20.9	55.5	11.8	4.5	0.9	6.4	100.0

χ^2 : 23.13 sd: 5 p = .001

çalışma grubundan 79 ve karşılaştırma grubu 32 ailenin bu sorunu çözmek için kimlerden yardım aldıklarına ilişkin sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma grubu ailelerden %12.8'i, karşılaştırma grubundan %40.6'sına aile-akrabalarının yardımcı olduğu; çalışma grubundan %62.8'i, karşılaştırma grubunun %37.5'inin son bir yıl içerisinde yaşadığı en önemli sorunu çözebilmek için kimsenin yardım etmediği ve çözemedikleri; karşılaştırma grubundan SHÇEK'den yardım alan aile yok iken çalışma grubundan %16.7'sinin SHÇEK'den yardım aldığı; çalışma grubunun %3.8'inin, karşılaştırma grubunun %6.3'ünün çevrenin yardımıyla iş bulduğu; çalışma grubunun %2.6'sının, karşılaştırma grubunun %15.6'sının SSK'da tedavi olarak sorunlarını çözdükleri ve son olarak da karşılaştırma grubundan belediyeden yardım alan aile yok iken çalışma grubundan %1.3 ailenin belediyeden yardım aldıkları bulunmuştur. Yani, çalışma grubu aileler yaşadıkları sorunlara ağırlıklı olarak kimsenin yardım etmediğini

ve çözemediklerini ifade ederken, karşılaştırma grubu aileler yaşadıkları sorunun çözümü için aile-akrabalarının yardımcı olduğunu bildirmişlerdir. Daha önce Tablo 124'de belediye'den yardım aldığını belirten karşılaştırma grubu aileler, bunların yetersiz yardımlar olduğunu sorun çözücü nitelikte olmadığını ifade etmiş ve burada belirtmemişlerdir.

Tablo 12'deki kay-kare analizlerinde, araştırma grubu anneler bir sorun yaşadığında eşinin destek olması açısından, iki aile grubu arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 19.20$, $p < .05$). Araştırmaya katılan çalışma grubu ailelerden sadece %10'u bir sorun yaşadığında eşinin destek olduğunu ifade ederken, bu oran karşılaştırma grubu ailelerde %40'a yükselmektedir. Yani herhangi bir sorun yaşadıklarında eşinin destek olduğunu ifade eden karşılaştırma grubu ailelerin oranı, çalışma grubu ailelerin oranından yüksektir.

Tablo 13'deki kay-kare analizlerinde, araştırma grubu annelerin ekonomik

Tablo 12. Annelerin Bir Sorun Yaşadığında Eşinin Destek Olma Durumuna İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

		Bir Sorun Yaşadığında Eşinin Destek Olma Durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Çalışma grubu	N	8	72	80
	%	10.0	90.0	100.0
Karşılaştırma grubu	N	32	48	80
	%	40.0	60.0	100.0
Toplam	N	40	120	160
	%	25.0	75.0	100.0

χ^2 : 19.20 sd: 1 p = .001

Tablo 13. Annelerin Bir Sorun Yaşadığında Eşinin Ailesinin Destek Olma Durumuna İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

		Eşinin Ailesinin Destek Olma Durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Çalışma grubu	N	8	72	80
	%	10.0	90.0	100.0
Karşılaştırma grubu	N	42	38	80
	%	52.5	47.5	100.0
Toplam	N	50	110	160
	%	31.3	68.8	100.0

χ^2 : 33.63 sd: 1 p = .001

açından, çocuklarla ilgili vb. bir sorun yaşadığında eşinin ailesinin destek olması açısından, iki aile grubu arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 33.63, p < .05$). Araştırmaya katılan çalışma grubu annelerden sadece %10'u bir sorun yaşadığında eşinin ailesinin destek olduğunu ifade ederken, bu oran karşılaştırma grubu ailelerde %52.5'e yükselmektedir. Yani, herhangi bir sorun yaşadıklarında eşinin ailesinin destek olduğunu ifade eden karşılaştırma grubu ailelerin oranı çalışma grubu ailelerin oranından yüksektir.

Tablo 14'deki kay-kare analizlerinde, araştırma grubu anneler bir sorun

yaşadığında kendi annelerinin destek olması açısından, iki aile grubu arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 26.19, p < .05$). Araştırmaya katılan çalışma grubu annelerden sadece %16.3'ü bir sorun yaşadığında kendi annesinin destek olduğunu ifade ederken, bu oran karşılaştırma grubu ailelerde %55'e yükselmektedir. Yani, herhangi bir sorun yaşadıklarında kendi annesinin destek olduğunu ifade eden karşılaştırma grubu ailelerin oranı çalışma grubuna göre daha yüksektir.

Tablo 15'deki kay-kare analizlerinde, annelerin bir sorun yaşadığında kendi babasının destek olması açısından, iki

Tablo 14. Annelerin Bir Sorun Yaşadığında Kendi Annesinin Destek Olma Durumuna İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

		Annesinin Destek Olma Durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Çalışma grubu	N	13	67	80
	%	16.3	83.8	100.0
Karşılaştırma grubu	N	44	36	80
	%	55.0	45.0	100.0
Toplam	N	57	103	160
	%	35.6	64.4	100.0

$\chi^2: 26.19$ sd: 1 $p = .001$

Tablo 15. Annelerin Bir Sorun Yaşadığında Kendi Babasının Destek Olma Durumuna İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

		Babasının Destek Olma Durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Çalışma grubu	N	8	72	80
	%	10.0	90.0	100.0
Karşılaştırma grubu	N	39	41	80
	%	48.8	51.3	100.0
Toplam	N	47	113	160
	%	29.4	70.6	100.0

$\chi^2: 28.19$ sd: 1 $p = .001$

aile grubu arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 28.19$, $p < .05$). Araştırmaya katılan çalışma grubu annelerden sadece %10'u, karşılaştırma grubu ailelerden %48.8'i bir sorun yaşadığında kendi babasının destek olduğunu ifade etmektedir. Yani, herhangi bir sorun yaşadıklarında kendi babasının destek olduğunu ifade eden karşılaştırma grubu ailelerin oranı çalışma grubu ailelerin oranından daha yüksektir. Ayrıca, yukarıda belirtilen kişilerin dışında bir sorun yaşadıklarında başka kimlerden destek aldıkları açısından; çalışma grubundan 5 karşılaştırma grubundan 6 anne, bir sorun yaşadığında çocuklarının; çalışma ve karşılaştırma grubu annelerden 14'er anne, kardeşlerinin destek olduğunu; çalışma grubundan 1, karşılaştırma grubundan

2 annenin komşularının; çalışma grubundan 13 anne, karşılaştırma grubundan 2 annenin yardım aldığı kuruluşların destek olduğunu ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 16'daki kay-kare analizlerine göre, araştırma grubu anneler bir sorun yaşadığında kendilerine hiç kimsenin yardım ve destek sağlamadığını düşünmeleri açısından, iki aile grubu arasında anlamlı fark olduğu ($\chi^2_{(1)} = 25.63$, $p < .05$) bulunmuştur. Araştırmaya katılan karşılaştırma grubu annelerden sadece %6.3'ü bir sorun yaşadığında kendisine hiç kimsenin yardım ve destek sağlamadığını ifade ederken, bu oran çalışma grubu ailelerde %40'a yükselmektedir. Yani, herhangi bir sorun yaşadıklarında hiç kimsenin destek

Tablo 16. Ailelerin Bir Sorun Yaşadığında Hiç Kimsenin Destek Olmadığını İfade Etme Durumuna İlişkin Kay-Kare Testi Sonuçları

	Bir Sorun Yaşadığında Hiç kimsenin Destek Olmadığını İfade Etme Durumu			Toplam
		Kimse Destek Olmadı	Destek Oldular	
Çalışma grubu	N	32	48	80
	%	40.0	60.0	100.0
Karşılaştırma grubu	N	5	75	80
	%	6.3	93.8	100.0
Toplam	N	37	123	160
	%	23.1	76.9	100.0

χ^2 : 25.63 sd: 1 p = .001

olmadığını ifade eden çalışma grubu ailelerin oranı karşılaştırma grubu ailelerin oranından çok daha yüksektir.

TARTIŞMA

Sonuç olarak, sosyal destek açısından, karşılaştırma grubuna dahil annelerin aileden, arkadaştan, diğer önemli kişi ya da özel bir kişiden sağladıkları destek ve toplam sosyal destek algılamalarının çalışma grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bir sorun yaşandığında karşılaştırma grubundaki ailelerin yardım alabileceği tanıdık ve akrabaları olanların oranı, çalışma grubundaki ailelere göre daha yüksektir. Ailede bir sorun yaşanınca tanıdık akrabalarından maddi yardım ve gereksinim duyduklarında borç alabilen karşılaştırma grubu aile oranı, çalışma grubu aile oranına göre daha yüksektir. Ailede bir sorun yaşandığında yardım alabileceği komşuları olan karşılaştırma grubu aile oranı, çalışma grubu aile oranına göre daha yüksektir. Ailede bir sorun yaşandığında yardım alabileceği resmi kuruluşu olduğunu bildiren çalışma grubu aile oranı, karşılaştırma grubu aile oranından daha yüksektir.

Buradan hareketle, karşılaştırma grubu ailelerin yaşadıkları sorunları çözebilmede aile-akraba-tanıdık sistemini daha etkin bir biçimde kullanabildikleri, buna karşılık yakın sosyal çevreden gereksinim duyduğu desteği alamayan çalışma grubu ailelerin ise, resmi kurum ya da kuruluşlara daha fazla yöneldiklerini söylemek pek de yanlış olmayacaktır.

Bugüne kadar belediyeden kömür-gıda yardımı ve SHÇEK'ten ANY alan çalışma grubundaki ailelerin oranı, karşılaştırma grubu ailelere göre daha yüksektir.

Çalışma grubu aileler yaşadıkları sorunlara ağırlıklı olarak kimsenin yardım etmediğini ve çözemediklerini ifade ederken, karşılaştırma grubu aileler yaşadıkları sorunun çözümü için aile ve akrabalarının yardımcı olduğunu bildirmişlerdir. Herhangi bir sorun yaşadıklarında eşinin, eşinin ailesinin, kendi annesi ve babasının destek olduğunu ifade eden karşılaştırma grubu ailelerin oranı, çalışma grubu ailelerin oranından yüksektir. Herhangi bir sorun yaşadıklarında hiç kimsenin destek olmadığını ifade eden çalışma grubu ailelerin

oranı karşılaştırma grubu ailelerin oranından daha yüksektir.

Sosyal çevre, yaşam koşulları, insan etkileşimleriyle bireyin etrafını kuşatmaktadır. Genelci sosyal çalışmanın, “çevresi içinde aile” odağı, ailelerin çevresindeki diğer sistemler olan diğer bireyler, arkadaşları, sosyal hizmet örgütleri, politik birimler, dini kurumlar, eğitim kurumları ile nasıl etkileşime girdiğini anlamak ve makro sistemin tek tek bireyleri ve bu yolla aile sistemini nasıl etkilediğini görmek için çok önemli bir perspektif sağlamaktadır. Burada görüldüğü gibi, çalışma grubu aileler sorunlarını çözebilecek ölçüde güçlü olabilmek için akraba-tanıdık-komşu ve devlet kurumlarından gereksinim duyduğu ölçüde yardım ve destek alamamıştır. Sonuç olarak, çözüm üretmeyen bu olumsuz etkileşim süreci çocuğun kurum bakımına alınması ve çoğu zamanda aile sisteminin dağılmasıyla karşılığını bulmaktadır. En küçük toplumsal birim olan ailelerin parçalanması toplumsal sistemin de zayıflamasına etki yapabilmektedir. Bu nedenle, özellikle risk altında yaşayan güçsüz ailelere yönelik sosyal destek sağlayan sosyal politika düzenlemelerinin genişletilmesi ve bürokratik işlemlerin kolaylaştırılması, sosyal çalışma uygulamalarında güçlendirme yaklaşımı temelinde ailelerle çalışmaların yapılması, yaşamsal bir önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Aral, N. (1997). *Fiziksel istismar ve çocuk*. Ankara: Tekişik Web Ofset Tesisleri.
- Ashman, K. K. ve Hull, G. H (1999). *Understanding generalist practice*. Chicago: Nelson Hall Publisher.
- Barker, R. L. (2003). *The social work dictionary*. Silver Spring, Md: NASW Press.
- Bertero, C. M. (2000). Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nursing and Health Sciences*, Vol: 2, 93-101.
- Cankurtaran Öntaş, Ö. (1999). Sosyal hizmet mesleğinde sosyal destek kavramı. *Yaşam boyu sosyal hizmet: Prof. Dr. Sema KUT'a Armağan kitabı* içinde ss: 146-151. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yüksekokulu.
- Caplan, G. ve Killika, M. (1974). *Support systems and mutual help*. New York.
- Duyan, V. (2003). Aileye yönelik planlı müdahale sürecinin aşamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. Ankara: H.Ü. SHY Yayını, Volume 14(1): 41-61.
- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*.101(34): 45.
- Fraser, M. W. ve Jenson J. M. (Edit.). (2006). *Social policy for children and families: A risk and resilience perspective*. Sage Publications, California.
- Holland, S. (2004). *Child and family assesstment in social work practice*. Sage Publicatons.
- Işıkhhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. Cilt 18, 1, ss. 15-29.
- Karataş, K. (2001). Toplumsal değişme ve aile. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. Cilt: 12, Sayı: 2: 87-96.
- Massie, M. J. ve diğerleri. (1998). *Psychiatric complications in cancer patients*. Oxford textbook of palliative medicine (Edited by Derek Doyle, Geoffrey W. C. Hanks, Neil MacDonald), Second Edition, Oxford Medical Publications, Oxford University Pres, 685-698.
- SHÇEK Genel Müdürlüğü, web sitesi.
- Tuna, P. (1993). Kanserli hastaların benlik saygısı üzerine bir araştırma. (*Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*), Ankara, H. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Uluğtekin, S. (2001). Yirminci yüzyılda Türkiye'nin çocukları: sorunlar ve beklentiler. Sosyal hizmette yeni yaklaşımlar ve sorun alanları. *Prof. Dr. Nihal Turan'a armağan kitabı* içinde, s. 7-19. Ankara, H.Ü. SHYO Yayın. No:8.

Ek-1 Sosyal Destek Ölçeği

Hiç katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Tümüyle katılıyorum
1	2	3	4	5	6	7
İfadeler						Karar
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin akraba, komşu, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı) var.						
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin akraba, komşu, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı) var.						
3. Ailem (örneğin eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.						
4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım						
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin akraba, komşu, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı) var.						
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.						
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.						
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.						
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.						
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin akraba, komşu, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı) var.						
11. Kararlarımı vermemde ailem (örneğin eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.						
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.						

Araştırma

OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE AKRAN ZORBALIĞININ İNCELENMESİ

An Investigation of Peer Bullying at Preschool Period

Gülümser GÜLTEKİN
AKDUMAN*

*Yrd. Doç. Dr., Gazi Üniversitesi
Gazi Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü

ÖZET

Bu çalışma, okul öncesi dönem çocuklarında akran zorbalığını, akran zorbalığı türlerini ve özelliklerini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Araştırma betimsel türdedir. Çalışma grubunu 53 okul öncesi öğretmeni oluşturmuştur. Veri toplamak amacı ile açık uçlu sorulardan oluşan görüşme formu kullanılmış ve elde edilen veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda; okul öncesi dönem çocuklarının daha fazla kendi hemcinslerine zorbalık uyguladıkları, erkek çocuklar arasında akran zorbalığının daha fazla yaşandığı, en sık fiziksel zorbalığın görüldüğü, bununla birlikte ilişkisel ve sözel akran zorbalığının da okul öncesi dönemde görüldüğü belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Akran zorbalığı, okul öncesi eğitim, okul öncesi dönem çocuk

ABSTRACT

This study was carried out to determine peer bullying in preschool period and peer bullying types and characteristics. This study type is a descriptive research. The working group was consisted of 53 preschool teachers. A questionnaire form made up of open-ended questions was used to gather data and the data obtained was analyzed through content analysis. The results of this research indicate gender differences in peer bullying occurrences. Peer bullying occurred more among male children. In addition preschool children tend to bully same sex peers. Although relational and verbal bullying were observed among preschool children, physical bullying occurred more often.

Key Words: Peer bullying, preschool education, preschooler

GİRİŞ

Çocuğun yaşamının ilk yıllarında aile çevresi birinci derecede etkili olmakla birlikte, daha sonraki yıllarda aile çevresi çocuğun tüm gelişim ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalabilmektedir. Bu durumda okul öncesi eğitim kurumları çocukların yaşlılarıyla kendi çevrelerini oluşturup, sağlıklı ve doğal bir biçimde yaşayabilecekleri bir ortam sağlayarak, çocukların gelişimlerinde büyük önem kazanmaktadır. Okul öncesi eğitim çocuğun, kendi bedensel yapısını tanıması, öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ve vücudunu etkili bir şekilde kullanabilmesine yardımcı olmaktadır (Aral ve diğ., 2002: 89). Okul öncesi eğitim kurumları, çocukların çoğunlukla ilk akran deneyimlerini yaşadıkları yer olmaları nedeniyle büyük önem kazanmaktadır (Wood ve diğ., 2002: 77). Okul öncesi eğitim kurumlarında, çocuk diğer çocuklarla beraber olma ihtiyacını karşılamakta ve grup oyunlarına katılarak benlik kavramının gelişmesi sağlanmaktadır.

Çocuk bir arkadaş grubuna üye olarak kendi hakkında bilmediği özelliklerini öğrenecek, aile içindeki yerinden başka, yaşlılarıyla birlikte olduğunda kendi benliği hakkında daha gerçekçi bir yapının farkında olacaktır. Yeteneklerini keşfedip, gruba ne gibi katkıları olduğunu sosyal ortam içerisinde görecektir, güçlü ve zayıf yanlarını keşfedecek, kabul görme veya dışlanma gibi sosyal deneyimlerle karşı karşıya kalacaktır. Oynadığı oyunlarla kazandığı beceri derecesine göre çocuk gerçek sınırlarını keşfedecektir (Sevinç, 2004: 27).

Çeşitli kültürlerde yapılan çalışmalar okul öncesi eğitim kurumlarında çocukların akranları ile başarılı etkileşiminin onların fiziksel (Çetin ve diğ., 2002: 19), zihinsel (Tekiner, 1996: 10; Cohen ve Rudolph, 1997: 44; Ladd ve diğ., 1997:1111; Woolfolk, 1998: 20; Doll ve diğ., 2003: 115), sosyal- duygusal (Merrell, 1995: 255; Mendez ve diğ., 2002; 1087; Squires, 2003: 21; Herrera ve Little, 2005: 78; Szewczyk ve diğ., 2005: 379; Beyazkürk ve diğ., 2007: 24) ve psikolojik (Ladd ve Burgess, 1999: 914; Sergin ve Giverts, 2003: 138; Prinstein ve diğ., 2005: 20; Gülay, 2009: 82) gelişimlerine önemli katkılar sağladığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte okul öncesi dönemde başarısız akran etkileşiminin ise hem kısa, hem de uzun vadede psikolojik (Kochenderfer ve Ladd, 1997: 59; Hodges ve Perry, 1999; 677; Hawker ve Boulton, 2000; 441; Kochenderfer ve Wardrop, 2001; 134; Kochenderfer, 2004; 329; Prinstein ve diğ., 2005; 11; Gülay, 2009: 83), sosyal- duygusal (Hodges ve Perry, 1999: 677; Brown ve diğ., 2001: 162; Gillies-Rezo ve Bosacki, 2003: 163; Hay ve diğ., 2004: 84; Ladd, 2006: 822), zihinsel ve akademik (Birch ve Ladd, 1997: 61; Brown ve diğ., 2001: 162; Crothers ve Levinson, 2004: 496; Cullerton-Sen ve Crick, 2005: 147)

problemlerle ilişkisini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır.

Akran ilişkilerinde, yaygın olarak görülmeye başlayan akran zorbalığı, uzun yıllar boyunca tüm dünyada büyümenin doğal bir parçası olarak değerlendirilirken, son otuz yılda pek çok kültürde, giderek yaygınlaşan pek çok çalışma yapılmış ve akran zorbalığının yıkıcı etkileri daha net ve çarpıcı bir şekilde ortaya konulmuştur. Akran zorbalığı; saldırgan pozisyonda olan bir birey ile bir kurban arasında geçen ve saldırganın kurbanı bilinçli bir biçimde baskı altına alması, acı ve sıkıntı vermesiyle sonuçlanan, zorbanın kurbanı yaptıklarından haz aldığı ve dikkat edilmediği takdirde etkileri uzun süreli olabilen bir saldırganlıktır (Finnegan ve diğ., 1998: 1076). Akran zorbalığı ilgili ilk bilimsel çalışma Dan Olweus tarafından 1970 yılında İskandinav ülkelerinin okullarında gerçekleştirilmiş bir araştırma projesidir (Olweus, 1980: 644). Norveç'te üç çocuğun akran zorbalığına maruz kaldıkları için intihar etmeleri, bu ülkenin okullarında akran zorbalığına karşı ulusal bir etkinliğin başlatılmasına neden olmuştur (Alikeşifoğlu ve Ercan, 2007: 19). Sonraki yıllarda dünyanın pek çok ülkesinde yapılan araştırmalar ve bu araştırmalarda ulaşılan bulgular, sorunun sadece İskandinav ülkeleriyle sınırlı olmadığını, dünyanın pek çok ülkesinde ciddi boyutlarda yaşandığını ortaya koymaktadır (O'Moore ve Hillery, 1989: 426; Rigby ve Slee, 1991: 615; Whitney ve Smith, 1993: 3; Genta ve diğ., 1996: 97; Byrne, 1999: 112; Harachi ve diğ., 1999: 279; Mellor, 1999: 91; Morita ve Diğ., 1999: 309; Smith, 1999: 68; Andreou, 2001:59; Karaman ve Çınkır, 2001: 236; Pateraki, 2001: 167; Pişkin, 2002: 531; Smith ve diğ., 2003: 175; Ahmed ve Braithwaite, 2004: 35; Eke ve Ögel, 2004: 22; Uludağlı, 2004: 25; Güvenir, 2005: 9; Gültekin ve Sayıl, 2005:

47; Özcebe ve diğ., 2005: 21; Gini, 2006: 51; Karaman ve Çinkır, 2006:193; Yurtal ve Cenkseven, 2006:14; Alikashiolu ve Ercan, 2007: 19; Borup ve Holstein, 2007: 58; Carlisle ve Rofes, 2007: 16; Vreeman ve Carroll, 2007: 78; Crothers ve Kolbert, 2008:132; Gadit ve Mugford, 2008: 463; Lamb ve diğ., 2009: 356).

Okul öncesi dönemde akran zorbalığı ile ilgili yapılan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Ülkemizde yapılan çalışmaların, ilköğretim, lise ve üniversite yıllarını kapsadığı, okul öncesi döneme odaklanılmadığı, yurt dışında ise nitel ve nicel araştırmaların yapıldığı, bununla birlikte korelasyonel araştırma, nedensel karşılaştırma araştırması, tarama araştırmalarının ve boylamsal çalışmaların yer aldığı dikkati çekmektedir. Okul öncesi dönemde akran zorbalığına maruz kalmanın ilerleyen yıllardaki psikolojik sorunların ve uyum sorunlarının en önemli belirleyicilerinden biri olduğu (Ladd, 1990: 1081; Ladd ve Price, 1987: 1168; Szewczyk-Sokolowski ve Diğ., 2005: 379), akran ilişkileri zayıf ve yetersiz olan çocukların okul başarısızlığı, şiddet, suç eğilim, içe ve dışa yönelik davranış problemleri, duygusal uyum problemleri gibi psikolojik, davranışsal ve sosyal alanlarda yaşamlarının sonraki döneminde rahatsızlıklar yaşadığı (Çetin ve Diğ., 2002: 19; Ladd, 2006: 822; Mendez ve Diğ., 2002: 1085), akranları tarafından reddedilen çocukların, ileriki yıllarda suç işlemeye, psikolojik problemler yaşamaya, okuldan kaçmaya eğilimli olabildikleri (Birch ve Ladd, 1997: 61; Chen ve Diğ., 2005: 417; Hall-Lande ve Diğ., 2007: 265; Johnson ve Diğ., 2000: 207) bildirilmektedir. Bununla birlikte saldırganlık, itaatkarlık, içine kapanıklık ve yalnızlık ile akran zorbalığına maruz kalma arasında pozitif ilişki olduğu, akran zorbalığına uğrayan çocukların depresif duygu durumu, kaygı, yatak ıslatma, iyi uyuyamama,

midde ve baş ağrılarından yakındıkları (Schwartz ve Diğ., 1997: 665; Crick ve Bigbee, 1998: 337; Schwartz, 2000: 181) bildirilmektedir. Sonuçları son derece önemli olan akran zorbalığı konusunda ülkemizde yapılan çalışmaların, ilköğretim, lise ve üniversite yıllarını kapsadığı, okul öncesi döneme odaklanılmadığı dikkati çekmektedir. Oysa akran şiddetine maruz kalmanın gelişimi incelendiğinde, okul öncesi dönemde akran ilişkilerinin başlaması ile birlikte akran zorbalığının görülmeye başladığı (Hanish ve Diğ., 2005: 3), erken yıllarda zorbalığı uygulayan ve maruz kalan çocukların ileriki yıllarda da bu davranışlarını devam ettirebildikleri belirlenmiştir (Gillies-Rezo ve Bosacki, 2003: 163). Okul öncesi dönemdeki akran ilişkilerinin yapısının ortaya konulması, akran ilişkilerinde yaşanan problemlerin belirlenmesi, bu problemlere yönelik çözümlerin geliştirilmesi açısından önem taşırken, suç ve şiddetin yaygınlaştığı günümüzde erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından da önem taşımaktadır. Bu nedenle bu çalışma okul öncesi dönem çocuklarında akran zorbalığının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Betimsel araştırma türünde olan bu araştırmada; veri toplama tekniği dikkate alındığında bu araştırma bir tarama (survey) araştırmasıdır. Bir grubun belirli özelliklerini belirlemek için verilerin toplanmasını amaçlayan çalışmalara tarama (survey) araştırması denir (Büyüköztürk vd., 2009: 16). Araştırmada; "uygun örnekleme" düşüncesinden yola çıkılarak bir "çalışma grubu" belirlenmiştir (Balci, 2010: 96).

Çalışma Grubu

Araştırmaya Ankara ili ilçelerinden Çankaya (N:4), Etimesgut (N:3),

Çizelge: 1. Araştırmaya Katılan Öğretmenlere İlişkin Bilgi

	Grup	f	%
Öğretmenin yaşı	20-24 yaş arası	3	5.6
	25-29 yaş arası	18	34.0
	30-34 yaş arası	21	39.6
	35 yaş ve üzeri	11	20.8
	Toplam	53	100
Öğretmenin cinsiyeti	Bayan	53	100
	Erkek	0	0
	Toplam	53	100
Öğretmenin eğitim durumu	Üniversite mezunu	53	100
	Toplam	53	100
Öğretmenin görev süresi	0-5 yıl arası	16	30.2
	5-10 yıl arası	27	50.9
	10 yıl üzeri	10	18.9
	Toplam	53	100
Öğretmenlik yaptığı yaş grubu	3-4 yaş grubu	27	50.9
	5-6 yaş grubu	26	49.1
	Toplam	53	100
Öğretmenlik yaptığı sınıfın mevcudu	20' den az	29	54.7
	20' den fazla	24	45.3
	Toplam	53	100

Yenimahalle (N: 4), Keçiören (N: 3), Çubuk (N: 2) ilçelerinde hizmet veren toplam 16 bağımsız anaokulunda görev yapan, çalışmaya katılmayı kabul eden 53 okul öncesi öğretmeni dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğretmenlerin tamamı üniversite mezunu ve bayandır. Öğretmenlerin %5,7' si (N: 3) 20-24, %34.0'ü (N: 18) 25-29, %39,6'sı (N:21) 30-34 ve %20 ,8'i (N: 11) 35 yaş ve üzerindedir. Öğretmenlerin %30,2'si (N: 16) 0-5 yıldır, %50,9' u 5-10 yıl ve %18,9' u ise 10 yıldan fazla süredir öğretmenlik yaptığını belirtmiştir. Öğretmenlerin %47.2'si (N: 25) 3-4 yaş grubu, %52.8'i (N: 28) 5-6 yaş grubu öğretmenidir. Öğretmenlerin sınıf mevcudu incelendiğinde; %41,5' inin (N: 22) sınıfında 20'den az, %58,5' inin (N: 31) ise 20' den fazla öğrenci olduğu belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Süreci

Araştırmada verileri toplamak amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilen görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formu oluşturulurken, öncelikle literatür incelenmiş ve uygun sorulara karar verilmiştir. Araştırmacı tarafından oluşturulan görüşme formu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda öğretmenlerin yaşı, en son mezun olduğu okul, cinsiyeti, öğretmenlik yaptığı süre, sınıf mevcudu ve öğretmenlik yaptığı yaş grubu sorularına yer verilmiştir. Akran zorbalığı ile ilgili açık uçlu sorulardan oluşan görüşme formunun ikinci kısmında ise; sınıflarında akran zorbalığını uygulayan, maruz kalan ve kışkırtan çocukların özellikleri, akran zorbalığının nedenleri ve sınıflarında bulunan çocukların birbirlerine ne tür

zarar verici davranışlarda bulunduğu sorularına yer verilmiştir. Görüşme formu 2 uzman tarafından incelenmiş ve önerileri doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Ön uygulama Ankara’ da bir Bağımsız Anaokulu’nda çalışan 3 okul öncesi öğretmeni ile yapılmıştır. Öğretmenlerin görüşme formunda yer alan soruları anlaşılır bulması ve önerilerinin olmaması üzerine veri toplama araçlarına son hali verilmiştir. Ardından çalışma grubunu oluşturan öğretmenlere uygulanmıştır.

Verilerin Analizi

Okul öncesi eğitim alan çocukların birbirlerine uyguladıkları zarar verici davranışlar içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir. Diğer açık uçlu sorulara verilen yanıtlar ise olduğu gibi kodlanmıştır. Sözel, yazılı ve diğer materyallerin içerdiği mesajı, anlam açısından nesnel ve sistematik olarak sınıflandırma, sayılara dönüştürme ve çıkarımda bulunma yoluyla sosyal gerçeği araştıran bilimsel bir yaklaşım olarak tanımlanan içerik analizini yapabilmek için, öncelikle öğretmenlerin açık uçlu sorulara verdiği cevaplar cümle olarak kodlanmıştır (Tavşancıl ve Aslan, 2001: 22). Toplam 26 madde olan bu cümleler 3 kategoriye ayrılmıştır. Bunlar fiziksel saldırı, sözel saldırı ve ilişkiyel saldırı kategorileridir. Tekmeleme, çimdikleme, tokat atma, yumruk atma, çelme takıp düşürme, oyuncak ile vurma, itme, sarsma, oyuncak ve diğer oyun materyallerini fırlatma, resim kalemlerini fırlatma, tükürme, saçını çekme, kafasını duvara vurma, kıyafetlerini bilerek kirletme ve kıyafetlerine bilerek zarar verme davranışları fiziksel saldırı kategorisinde, tehdit etme, alay etme, hakaret etme, isim takma, suçlama, küfür etme ve korkutma davranışları sözel saldırı kategorisinde, arkadaşlarına onunla ilgili olumsuz şeyler söyleme, arkadaşlarıyla arasını bozmaya çalışma, arkadaşlarıyla

konusmasına engel olma, hakkında dedikodu çıkarma ve sırlarını açıklayarak küçük düşürme gibi çocuğun sosyal ilişkilerinin kasıtlı olarak bozulmasını sağlamaya yönelik ifadeler ilişkiyel saldırı kategorisinde yer almıştır.

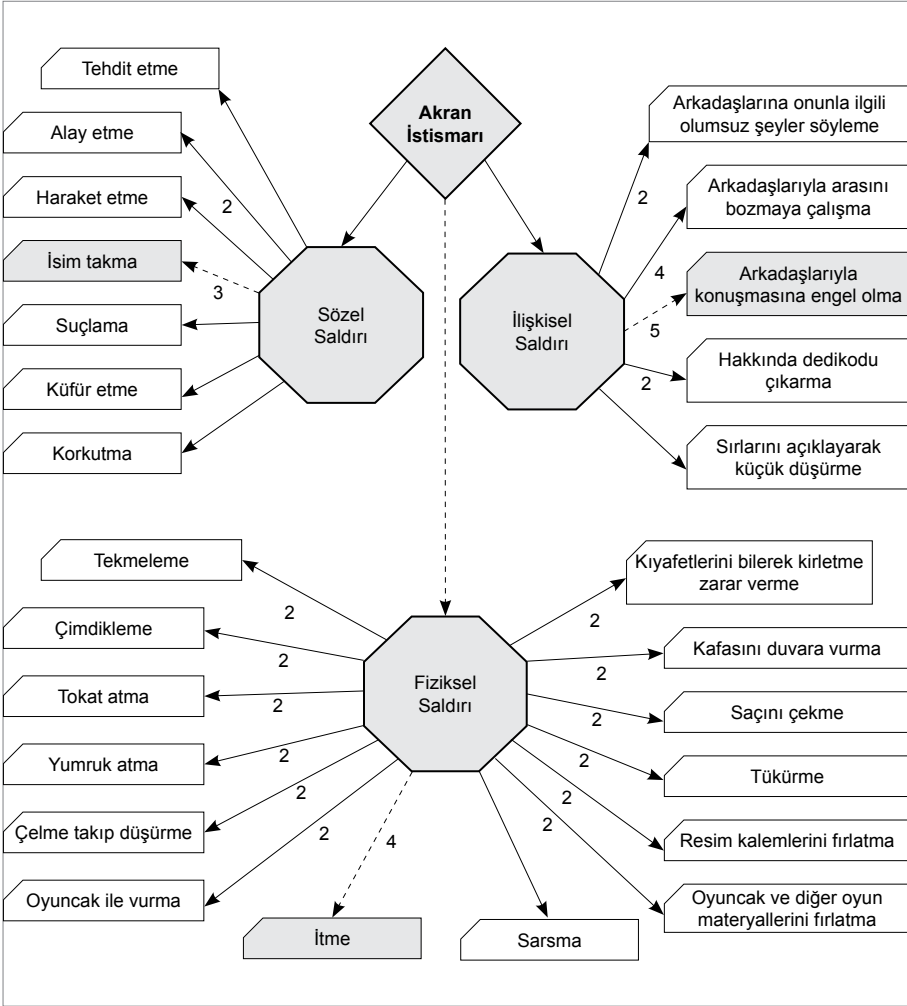
Araştırmacı tarafından her bir madde kategoriler altına yazılmıştır. İçerik analizi tekniğinin güvenilirliği için; uzlaşma sayısı / uzlaşma sayısı + uzlaşmama sayısı formülü kullanılmaktadır (Tavşancıl ve Aslan, 2001: 22,23). Bu nedenle kategoriler hakkında bilgi verildikten sonra, iki uzmana öğretmenlerin belirttiği 28 maddeyi 3 kategoriye ayırmaları istenmiştir. Kodlayıcılar arasında uygunluğu test eden bu formülün %70’ den yüksek olması beklenmektedir (Tavşancıl ve Aslan, 2001: 23). Bu çalışmada %89 bulunmuştur. Tüm veriler araştırmacı tarafından SPSS 11.5 programı kullanılarak kaydedilmiş, tanımlayıcı istatistikler yapılmış ve frekans değerleri (f) ve yüzdelik (%) değerleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada 53 okul öncesi öğretmeni ile görüşülerek, formlar doldurulmuş, analizler yapılmış ve bulgular tablolar halinde verilmiştir.

Çizelge 2. incelendiğinde; çocukların daha fazla kendi hemcinslerine zorbalık uyguladıkları (kızlar kızlara: %28.3, erkekler erkeklerle: %45.3) ve erkek çocuklar arasında akran zorbalığının daha fazla yaşandığı dikkati çekmektedir.

Çizelge 3.’ de akran zorbalığının nedenleri incelendiğinde; öğrencilerin en fazla oyuncak paylaşımı konusunda anlaşmazlık yaşadıklarında (%47.2), oyun kurmada lider olmak istediklerinde (%20.8) ve oyunda rol paylaşımı konusunda anlaşmazlık yaşadıklarında (%17.0) akranlarına zorbalık



Şekil 1. Öğretmenlerin verdiği cevapların dağılımı

uyguladıkları görülmektedir. Bununla birlikte; az sayıda da olsa bazı çocukların öğretmen ve arkadaşlarını kıskandıklarında (%5.7) ve oyun kurallarını bozan akranlarına (%9.4) zorbalık ettikleri dikkati çekmektedir.

Çizelge 4.' te tekmeleme, çimdikleme, vurma, yumruk atma gibi fiziksel nitelikli davranışlar fiziksel saldırı kategorisinde,

tehdit etme, alay etme, hakaret etme, isim takma gibi sözel ifadeler sözel saldırı kategorisinde, çocuğun sosyal ilişkilerinin kasıtlı olarak bozulmasını sağlamaya yönelik ifadeler ilişkisel saldırı kategorisinde yer almıştır. En sık fiziksel saldırının (%54.7) görüldüğü, bununla birlikte ilişkisel (%26.4) ve sözel (%18.9) akran zorbalığının da okul öncesi dönemde görüldüğü dikkati çekmektedir.

Çizelge: 2. Cinsiyetlere Göre Akran Zorbalığı Davranışına İlişkin Frekans ve % Değerleri

Cinsiyet	f	%
Sınıfımda kızlar, erkeklere akran zorbalığı uyguluyor.	5	9.4
Sınıfımda erkekler, kızlara akran zorbalığı uyguluyor.	9	17.0
Sınıfımda kızlar, kızlara akran zorbalığı uyguluyor.	15	28.3
Sınıfımda erkekler, erkeklere akran zorbalığı uyguluyor.	24	45.3

Çizelge: 3. Akran Zorbalığının Nedenlerine İlişkin Frekans ve % Değerleri

Nedenler	f	%
Oyuncak paylaşımı	25	47.2
Oyun kurallarını bozma	5	9.4
Öğretmen ya da arkadaşlarını kışkırtma	3	5.7
Oyun kurmada lider olma	11	20.8
Oyunda rol paylaşımı	9	17.0

Çizelge: 4. Akran Zorbalığı Türlerine İlişkin Frekans ve % Değerleri

Türler	f	%
Sözel akran zorbalığı	10	18.9
Fiziksel akran zorbalığı	29	54.7
İlişkisel akran zorbalığı	14	26.4

Çizelge 5. incelendiğinde; sosyal becerisi yetersiz olan çocukların (%39.6) ve fiziksel olarak zayıf ve güçsüz olan çocukların (%26.4) akran zorbalığına daha sık hedef oldukları dikkati çekmektedir. Bu özellikleri takip eden diğer özellikler incelendiğinde ise; yakın arkadaşlık kurmada başarısız çocukların (%15.1), fiziksel çecikliliği az olan çocukların (%11.3), akranlarına göre daha az konuşkan, çekingen çocukların (%5.7) ve aşırı hareketli çocukların (%1.9) da akran zorbalığına maruz kaldıkları belirlenmiştir. Akran zorbalığını uygulayan çocukların özellikleri incelendiğinde; fiziksel olarak güçlü çocukların (%50.9), sosyal becerisi yetersiz çocukların (%34.0), sınıfındaki bir gruba veya kışkırtan çocuğa bağlı çocukların (%7.5) akran zorbalığı uyguladığı belirlenmiştir. Akran zorbalığını kışkırtan çocukların fiziksel olarak çekici (%35.8), güçlü (%26.4) ve popüler (%37.7) çocuklar olduğu dikkati çekmektedir.

Çizelge 6.' da öğretmenlerin cevapları incelendiğinde erkek çocukların kendi

hemicinslerine en fazla fiziksel şiddet kullandıkları (%79.2), kızların ise kendi hemicinslerine en fazla ilişkisel saldırganlık uyguladıkları (%60.0) görülmektedir. Bununla birlikte saldırganlık davranışları arasında kızların erkeklere daha fazla sözel saldırganlık (%60.0), erkeklerin ise kızlara daha fazla fiziksel saldırganlık (%77.8) gösterdikleri dikkati çekmektedir. Yaş gruplarına göre yapılan incelemede; her iki yaş grubunda da en fazla fiziksel saldırganlık görüldüğü, bununla birlikte 5-6 yaş grubunda, 3-4 yaş grubuna göre fiziksel saldırganlık oranı düşerken, sözel ve ilişkisel saldırganlık oranının arttığı dikkati çekmektedir.

TARTIŞMA

Araştırmada okul öncesi dönem çocukları arasında en sık fiziksel saldırganlığın görüldüğü, bununla birlikte ilişkisel ve sözel akran zorbalığının da okul öncesi dönemde görüldüğü ve çocukların daha fazla kendi hemicinslerine zorbalık

Çizelge: 5. Akran Zorbalığına Maruz Kalan, Uygulayan ve Kışkırtan Çocukların Özelliklerine İlişkin Frekans ve % Değerleri

Akran Zorbalığına Maruz Kalan	f	%
Sınıfta fiziksel olarak zayıf ve güçsüz çocuklar akran zorb. maruz kalıyorlar.	14	26.4
Sınıfta sosyal becerisi yetersiz olan çocuklar akran zorb. maruz kalıyorlar.	21	39.6
Sınıfta aşırı hareketli çocuklar akran zorb. maruz kalıyorlar.	1	1.9
Sınıfta yakın arkadaşlık kurma konusunda başarısız çocuklar akran zorb. maruz kalıyorlar.	8	15.1
Sınıfta diğer akranlarına göre daha az konuşkan, çekingen çocuklar akran zorb. maruz kalıyorlar.	3	5.7
Sınıfta fiziksel çekiciliği az olan çocuklar akran zorb. maruz kalıyorlar.	6	11.3
Akran İstismarını Uygulayan		
Sınıfta fiziksel olarak güçlü çocuklar akran zorb. uyguluyor.	27	50.9
Sınıfta kışkırtan çocuğa bağlı ve onu seven çocuklar akran zorb. uyguluyor.	4	7.5
Sınıfta bir grubu olan, bu gruba bağlı çocuklar akran zorb. uyguluyor.	4	7.5
Sınıfta sosyal becerisi yetersiz olan çocuklar akran zorb. uyguluyor.	18	34.0
Akran İstismarını Kışkırtan		
Sınıfta fiziksel olarak çekici çocuklar akran zorb. kışkırtıyor.	19	35.8
Sınıfta popüler çocuklar akran zorb. kışkırtıyor.	20	37.7
Sınıfta fiziksel olarak güçlü çocuklar akran zorb. kışkırtıyor.	14	26.4

Çizelge: 6. Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre; Akran Zorbalığı Davranışının Türüne İlişkin Frekans ve % Değerleri

Cinsiyet	Akran İstismarı Davranışı (f-%)					Toplam		
	Sözel		Fiziksel		İlişkisel			
Kızların, erkeklere uyg.	3	60.0	1	20.0	1	20.0	5	100.0
Erkeklerin, kızlara uyg.	1	11.1	7	77.8	1	11.1	9	100.0
Kızların, kızlara uyg.	4	26.7	2	13.3	9	60.0	15	100.0
Erkeklerin, erkeklere uyg.	2	8.3	19	79.2	3	12.5	24	100.0
Yaş Grubu								
3-4 yaş grubu	3	11.1	19	70.4	5	18.5	27	100.0
5-6 yaş grubu	7	26.9	10	38.5	9	34.6	26	100.0

ettikleri dikkati çekmektedir. Okul öncesi dönem çocukları üç yaşına geldiklerinde, aynı cinsiyetten akranlarını daha sık tercih etmekte ve bu durum ilköğretim dönemine kadar sıklığı artarak devam etmektedir (Schrepferman ve diğ., 2006: 50). Araştırmada çocukların daha fazla kendi hemcinsi akranlarına zorbalık uygulamalarının nedeni, onları tercih

etmelerinden ve onlarla daha fazla birlikte zaman geçirmelerinden kaynaklanabilir. Araştırma akran zorbalığı davranışının okul öncesi dönemde görülmeye başlandığını göstermektedir. Nitekim çeşitli kültürlerde yapılan çalışmalarda; akran zorbalığı davranışının okul öncesi dönemde ortaya çıktığı ve bu davranışların ilerleyen yıllarda artarak devam ettiği

vurgulanmaktadır (Monks ve diğ., 2002: 458; Estrem ve diğ., 2003: 53; Gillies-Rezo ve Bosacki, 2003: 163; Casas ve diğ., 2004: 355; Hart ve diğ., 2006: 554; Azurmendi ve diğ., 2007: 195). Ayrıca çocukların fiziksel saldırganlığı daha sık kullanmalarının nedeni, dil gelişiminin ileri düzeyde olmamasından, anne-baba tutumlarından ya da sınıftaki akranlarının davranışlarından kaynaklanabilir.

Araştırmada erkek çocukların kendi hemcinslerine en fazla fiziksel şiddet kullandıkları, kızların ise kendi hemcinslerine en fazla ilişkisel saldırganlık uyguladıkları ve erkek çocuklar arasında akran zorbalığının daha fazla yaşandığı görülmektedir. Bununla birlikte saldırganlık davranışları arasında kızların erkeklere daha fazla sözel saldırganlık, erkeklerin ise kızlara daha fazla fiziksel saldırganlık gösterdikleri dikkati çekmektedir. Erkek çocukların fiziksel, kız çocukların ise sözel saldırganlık uygulamaları, toplumumuzdaki çocuk yetiştirme tutumlarından kaynaklanabilir. Çünkü bir toplumdaki cinsiyet rolü ve değer yargıları; o toplumdaki zorbalık davranışı üzerinde etkili olan önemli faktörlerdendir. Toplumumuzda erkek çocukların fiziksel güçlerini göstermek amacıyla yaptığı saldırganca davranışlar toplumsal kalıp yargıların da etkisiyle anne-baba tarafından hoş görülmemekte, hatta zaman zaman teşvik edilmektedir. Kız çocukların ise bu tür davranışları kabul görmemekte, erkek çocuklara göre daha narin, terbiyeli, sakin olmaları konusunda desteklenmektedirler. Saldırganca davranışlar sergileyen erkekler atılgan ve güçlü olarak kabul edilmekte, hatta bazen saldırganlık erkeklik ve mertlik simgesi olarak değerlendirilmektedir (Köknel, 1986). Ancak yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu durumun sadece ülkemizle sınırlı olmadığı, diğer ülkelerde de yapılan çalışmalarda okul öncesi dönem erkek çocuklarında

akran zorbalığının daha sık yaşandığı, erkek çocukların fiziksel zorbalığı, kız çocukların ise sözel ve ilişkisel saldırganlığı daha sık kullandığı görülmektedir (Monks ve diğ., 2002: 458; Estrem ve diğ., 2003: 53; Gillies-Rezo ve Bosacki, 2003: 163; Casas ve diğ., 2004: 355; Hart ve diğ., 2006: 554; Azurmendi ve diğ., 2007: 195). Erkek çocuklar; fiziksel saldırganlık davranışları sonucunda akranlarından daha fazla onay göreceklerini düşünebilirler. Nitekim literatürde de erkek çocukların genellikle saldırgan davranışlarından kızlara göre daha hoşnut oldukları (Perry ve Diğ., 1990: 1310), bununla birlikte kızların ise akran gruplarında fiziksel saldırganlık davranışlarını onaylamadığı belirtilmektedir (Rodkin ve Hodges, 2003: 384).

Yaş gruplarına göre yapılan incelemede; her iki yaş grubunda da en fazla fiziksel saldırganlık görüldüğü, bununla birlikte 5-6 yaş grubunda, 3-4 yaş grubuna göre fiziksel saldırganlık oranı düşerken, sözel ve ilişkisel saldırganlık oranının arttığı dikkati çekmektedir. Yaşamın ilk yıllarında çocuklar akranları ile nesnelere sahiplenme konusunda anlaşmazlıklar yaşarken, dil gelişimi ileri düzeyde olmadığı için fiziksel saldırganlığa başvurabilmektedirler (Ladd ve diğ., 1996: 1103; Hay, 2006: 39). Çalışmada yaş arttıkça fiziksel saldırganlıktan sözel saldırganlığa geçiş sözel becerilerin yaşla birlikte artması ve sözlerin de en az fiziksel saldırılar kadar sözcüğe olabileceğinin farkına varılmasıyla ilgili olabilir. Bununla birlikte dil gelişimi anlaşmazlıklar karşısında uzlaşmacı çözümlerin bulunmasını da beraberinde getirebildiği için, fiziksel nitelikli davranışların azalmasına neden olabilir. Literatürde sözel becerilerin artmasıyla, sözel akran zorbalığı türlerinin arttığını vurgulayan çalışmalar vardır (Perry ve diğ., 1990: 1310; Warm, 1997: 97,98).

Araştırmada öğrencilerin en fazla oynayacak paylaşımı konusunda anlaşmazlık yaşadıklarında, oyun kurmada lider olmak istediklerinde ve oyunda rol paylaşımı konusunda anlaşmazlık yaşadıklarında zorbalık ettikleri görülmektedir. Bununla birlikte; az sayıda da olsa bazı çocukların öğretmen ve arkadaşlarını kıskandıklarında ve oyun kurallarını bozan akranlarına zorbalık ettikleri dikkati çekmektedir. Bu durum çocukların sosyal becerilerini henüz yeterince kazanamamasından kaynaklanabilir. Araştırma sonuçları ayrıca sosyal becerisi yetersiz olan çocukların ve fiziksel olarak zayıf ve güçsüz olan çocukların akran zorbalığına daha sık hedef olduklarını göstermektedir. Bu özellikleri takip eden diğer özellikler incelendiğinde ise; yakın arkadaşlık kurmada başarısız çocukların, fiziksel çekiciliği az olan çocukların, akranlarına göre daha az konuşkan, çekingen çocukların ve aşırı hareketli çocukların da akran zorbalığına maruz kaldıkları belirlenmiştir. Akran zorbalığını uygulayan çocukların özellikleri incelendiğinde; fiziksel olarak güçlü çocukların, sosyal becerisi yetersiz çocukların, sınıfındaki bir gruba veya kışkırtan çocuğa bağlı çocukların akran zorbalığını uyguladığı belirlenmiştir. Akran zorbalığını kışkırtan çocukların fiziksel olarak çekici, güçlü ve popüler çocuklar olduğu dikkati çekmektedir. Okul öncesi dönemde çocuk günlük yaşamda karşılaşacağı olaylar ile başa çıkabilmek için gerekli altyapıyı oluşturma ve geliştirme çabası içindedir. Bu dönemde çocuk benmerkezci yapısı nedeniyle sadece kendini düşünüp, başkasının yaşadıklarını anlayamayabilir, akranlarının bakış açısını görüp, değerlendiremeyebilir. Çocuklar birlikte oynamaya, karşılıklı konuşmaya başlayıp, işbirliği yapabilir hale geldikçe sosyal becerileri de gelişmeye başlayacaktır. Sosyal beceriler, iletişim, problem

çözme, karar verme, kendini yönetme ve akran ilişkileri gibi diğerleriyle olumlu sosyal ilişkileri başlatmaya ve sürdürmeye izin veren becerilerdir. Çocukların gelişimsel özelliklerinin yanı sıra sosyal ve kültürel faktörler de sosyal becerilerinin gelişimi üzerine etkili olabilir (Worden, 2002:7). Yapılan çalışmalar zayıf sosyal beceriye sahip olan çocukların akranları tarafından daha fazla dışlandıklarını (Seevers ve Jones-Blank, 2008: 2) ve akranları arasında daha az popüler olduklarını (Sergin ve Giverts, 2003: 137), bununla birlikte sosyal becerileri yetersiz çocuklarda hem dışa yönelik davranış problemleri (saldırganlık, karşı gelme vb), hem de içe yönelik davranış problemlerinin (korku, huzursuzluk, içe kapanıklık) gelişme riskinin fazla olduğunu (Merrell, 1995: 231; Squires, 2003: 3; Rocha-Derker, 2004: 3; Herrera ve Little, 2005: 78) göstermektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, son yirmi yılda okullardaki şiddet olaylarının artmasını sosyal bir problem olarak ele alan; zayıf sosyal becerilere sahip olan çocukların okul yıllarında akranları tarafından zorbalığa maruz kaldığına ve akran zorbalığına maruz kalan çocukların ise günlük sosyal etkileşim becerilerini nitelikli ve kolay bir şekilde sürdürebilmede yetersizlik gösterdikleri ilişkin bulgulara ulaşılmıştır (Smith ve Sharp 1994: 8; Rigby, 1998: 11; Rigby ve diğ., 2004: 1; Fox ve Boulton, 2005: 314).

Çalışmada akran zorbalığına maruz kalan, uygulayan ve kışkırtan çocuklar olduğu belirlenmişse de; okul öncesi dönem çocuklarda akran zorbalığı sürecini inceleyen araştırmacılar zorba, kurban ve kışkırtıcı çocuklar dışında; izleyici çocuklar, kurbanı savunan çocuklar ve ilgilenmeyen çocuklar olduğunu belirtmektedirler (Camodeca ve Goossens, 2005: 186; Monks, Ruiz ve Val, 2002; 458; Smith ve diğ., 2003: 175).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma literatürde akran zorbalığı olarak kabul edilen pek çok davranışın, okul öncesi dönemde görüldüğünü göstermektedir. Son yıllarda artan şiddet olayları, bu konunun geniş çaplı düşünülmesi gerektiğini ve önemli bir sosyal sorun olarak kabul edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Sonuçları son derece önemli olan akran zorbalığı konusunda ülkemizde yapılan çalışmaları kapsadığı, okul öncesi döneme odaklanılmadığı dikkati çekmektedir. Okul öncesi dönemdeki akran ilişkilerinin yapısının ortaya konulması, akran ilişkilerinde yaşanan problemlerin belirlenmesi, bu problemlere yönelik çözümlerin geliştirilmesi açısından önem taşırken, suç ve şiddetin yaygınlaştığı günümüzde erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından da önem taşımaktadır. Dünyada pek çok ülke akran zorbalığı ile ilgili önleme programları hazırlamaktadır. Türkiye'yi temsil edecek bir örneklem grubunu kapsayan çalışmalar planlanabilir. Bu tür çalışmalar, ülke genelinde hazırlanacak okul öncesi akran zorbalığını önleme programı için önemli bir veri oluşturacaktır. Önleme programları hazırlanırken, risk gruplarının belirlenmesi, programın önceliklerinin saptanması açısından gereklidir. Çocukların okul öncesi dönemden başlayarak akran zorbalığı davranışlarının takip edildiği boylamsal çalışmalar planlanabilir. Okul öncesi çocuklar için akran zorbalığını belirleme ölçekleri geliştirilebilir.

KAYNAKÇA

Ahmed, E. ve Braithwaite, V. (2004). Bullying and victimization: Cause and concern for both families schools. *Social Psychology of Education*, 7, 35-54.

Alikaşifoğlu, M. ve Ercan, O. (2007). Çocukluk çağında kabadayılık/zorbalık davranışları: hekimler açısından anlamı. *Türk Pediatri Arşivi*, 42, 19-25.

Andreou, E. (2001). Bully/victim problems and their association with coping behaviour in conflictual peer interactions among school-age children. *Educational Psychology*, 21(1), 59-67.

Aral, N., Kandır, A., Yaşar, M.C. (2002). *Okul öncesi eğitim ve okul öncesi eğitim programı* (2. Baskı). İstanbul: Ya-Pa Yayın Pazarlama.

Azurmendi, A., Braza, F., Braza, P., Cardas, J., Carreras, M., Garcia, A., Martin, J., Sorozobal, A. (2007). Behavioral profiles of different types of social status in preschool children: An observational approach. *Social Behavior and Personality*, 35, 195-221.

Balcı A. (2010). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntem, teknik ve ilkeler* (8. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Beyazkürk, D., Anlak, S., Dinçer, Ç. (2007). Çocuklukta akran ilişkileri ve arkadaşlık. *Eurasian Journal of Educational Research*, 26, 13-26.

Birch, S.H., Ladd, G. W. (1997). The teacher-child relationship and children's early school adjustment. *Journal of School Psychology*, 35(1), 61-79.

Borup, I., Holstein, B. E. (2007). School children who are victims of bullying report benefit from health dialogues with the school health nurse. *Health Education Journal*, 66, 58-67.

Brown, W.H., Odum, S.L., Conray, M.A. (2001). An intervention hierarchy for promoting young children's peer interactions in natural environments. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21(3), 162- 175.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. (3. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 16.

Byrne, B. (1999). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London and New York: Routledge: 112-127.

Camodeca, M., Goossens, F.A. (2005). Aggression, social cognitions, anger and sadness in bullies and victims. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 186-197.

Carlisle, N., Rofes, E. (2007). School bullying: do adult survivors perceive long-term effects? *Traumatology*, 13, 16-26.

Casas, J. Crick, N., Jansen, E., Ostrov, J., Woods, K. (2004). An observational study of delivered and received aggression, gender, and social-psychological adjustment in preschool: This White Crayon Doesn't Work. *Early Childhood Research Quarterly*, 19 (2), 355-371.

Chen, X., Chang, L. , He, Y., Liu, H. (2005). The peer group as a context: Moderating effects on relations between maternal parenting and social

- and school adjustment in Chinese children. *Child Development*, 76(2), 417-434.
- Cohen, D. ve Rudolph, M. (1997). Kindergarten and Early Schooling, USA.
- Crick, N. B., Bigbee, M. A. (1998). Relational and overt forms of peer victimization informational approach. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 66, 337-347.
- Crothers, L. M., Kolbert, J. B. (2008). Tackling a problematic behavior management issue: teachers' intervention in childhood bullying problems. *Intervention in School and Clinic*, 43, 132-139.
- Crothers, L. M., Levinson, E. M. (2004). Assessment of bullying: A review of methods and instruments. *Journal of Counseling & Development*, 82, 496-503.
- Cullerton-Sen, C., Crick, N. R. (2005). Understanding the effects of physical and relational victimization: The utility of multiple perspectives in predicting social-emotional adjustment. *School Psychology Review*, 34(2), 147-160.
- Çetin, F., Bilbay, A.A., Kaymak, D.A. (2002). *Araştırmadan uygulamaya çocuklarda sosyal beceriler*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık Hizmetleri.
- Doll, B., Murphy, P., Song, S. Y. (2003). Their relationship between children's self-reported recess problems and peer acceptance and friendships. *Journal of School Psychology*, 41, 113-130.
- Eke, C.Y., Ögel, K. (2004). İstanbul'daki okullarda suç ve şiddetin yaygınlığı. *1.Şiddet ve Okul: Okul ve Çevresinde Çocuğa Yönelik Şiddet ve Alınabilecek Tedbirler Uluslararası Katılımlı Sempozyumu*, s.22, İstanbul.
- Estrem, T., McEvoy, M., Olson, M., Rodriguez, M. (2003). Assessing relational and physical aggression amongpreschool children: intermethod agreement. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23, 53-63.
- Finnegan, R. A., Hodges, E.V., Perry, D. G. 1998. Victimization by pers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1076-1086.
- Fox, C.L., Boulton, M.J. (2005). The social skills problems of victims of bullying: self, peer and teacher perceptions. *British Journal of Educational Psychology*, 75, 313-328.
- Gadit, A.M, Mugford, G. (2008). A pilot study of bullying and harassment among medical professionals in Pakistan, focussing on psychiatry: need for a medical ombudsman. *Journal of Medical Ethics*, 34, 463-466.
- Genta, M. L., Menesini, E., Fonzi, A., Costabile, A., Smith, P. K. (1996). Bullies and victims in schools in central and Southern Italy. *European Journal of Psychology*, 11, 97-110.
- Gillies- Rezo, S., Bosacki, S. (2003). Invisible bruises: kindergartens' perceptions of bullying. *International Journal of Children's Spirituality*, 8(2), 163-177.
- Gini, G. (2006). Bullying as a social process: The role of group membership in students' perception of inter-group aggression at school. *Journal of School Psychology*, 44 (1), 51-65.
- Gülay, H. (2009). Okul öncesi dönemde akran ilişkileri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(22), 82-93.
- Gültekin, Z., Sayıl, M. (2005). Akran zorbalığını belirleme ölçeği geliştirme çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(15), 47-62.
- Güvenir, T. 2005. *Okulda akran istismarı*. Kök Yayıncılık, Ankara, 9-49.
- Hall-Lande, J. D., Eisenberg, M. E., Christenson, S. L., Noumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42(166), 265-286.
- Hanish, L. D., Ryan, P., Martin, C. L., Fabes, R. A. (2005). The social context of young children's peer victimization. *Social Development*, 14(1), 2-19.
- Harachi, T. W., Catalano, R. F., Hawkins, J. D. (1999). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London and New York: Routledge, 279-295.
- Hart, C., Jin, S., Nelson, D., Olsen, J., and Yang, D. (2006). Aversive parenting in china: associations with child physical and relational aggression. *Child Development*, 77, 554-572.
- Hawker, D. S. J., Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 41(4), 441- 455.
- Hay, D. F., Payne A., Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 84-108.
- Hay, D. F. (2006). Yours and mine: Toddlers' talk about possessions with familiar pers. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 39-52.
- Herrera, M., Little, E. (2005). Behaviour problems across home and kindergarten in an Australian sample. *Australian Journal of Educational & Development Psychology*, 55, 77-90.
- Hodges, E. V. E., Perry D. G. (1999). Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by pers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 677-685.

- Johnson, C., Ironsmith, M., Snow, C. W., Poteat, M. (2000). Peer acceptance and social adjustment in preschool and kindergarten. *Early Childhood Education Journal*, 27(4), 207-212.
- Karaman, K.Y., Çınkır, Ş. (2001). Öğrenciler arası zorbalık. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 34, 236-253.
- Karaman, K.Y., Çınkır, Ş. (2006). Bullying among Turkish high school students. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 193-204.
- Kochenderfer, L. B., Wardrop, S. L. (2001). Chronicity and instability of children's peer victimization experiences as predictors of loneliness and social satisfaction trajectories. *Child Development*, 72(1), 134-151.
- Kochenderfer- B. J., Ladd, G. W. (1997). Victimized children's responses to peers' aggression: Behaviors associated with reduced versus continued victimization. *Development and Psychology*, 9, 59-73.
- Kochenderfer, L.B. (2004). Peer victimization: The role of emotions in adaptive and maladaptive coping. *Social Development*, 13(3), 329-349.
- Köknel, Ö. (1986). Kaygıdan mutluluğa kişilik. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- Ladd, G. W. (1990). Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment?. *Child Development*, 61, 1081-1100.
- Ladd, G. W. (2006). Peer rejection, aggressive or withdrawn behavior, and psychological maladjustment from ages 5 to 12: An Examination of four predictive models. *Child Development*, 77(4), 822-846.
- Ladd, G. W., Kochenderfer- Ladd, B., Coleman, C. C. (1996). Friendship quality as a predictor of young children's early school adjustment. *Child Development*, 67, 1103-1118.
- Ladd, G. W., Price, J. M. (1987). Predicting children's social and school adjustment following the transition from preschool to kindergarten. *Child Development*, 58, 1168-1189.
- Ladd, G. W., Burgess, K. B. (1999). Charting the relationship trajectories of aggressive, withdrawn and aggressive /withdrawn children during early grade school. *Child Development*, 70(4), 910-929.
- Ladd, G. W., Kochenderfer- Ladd, B., Coleman, C. C. (1997). Friendship quality as a predictor of young children's early school adjustment. *Child Development*, 67, 1103-1118.
- Lamb, J., Pepler, D. J., Craig, W. (2009). Approach to bullying and victimization. *Canadian Family Physician*, 55, 356-360.
- Mellor, A. (1999). The nature of school bullying: A cross-national perspective. London and New York: Routledge, 91-111.
- Mendez, J. L., Fantuzzo, J., Cicchetti, D. (2002). Profiles of social competence among low-income African- American preschool children. *Child Development*, 73(4), 1085-1100.
- Merrell, K.W. (1995). Relationships among early childhood behavior rating scales: Convergent and discriminant construct validity of preschool and kindergarten behavior scales. *Early Education and Development*, 6 (3), 253-264.
- Monks, C. Ruiz, R., Val, E. (2002). Unjustified aggression in preschool. *Aggressive Behavior*, 28, 458-476.
- Morita, Y., Soeda, H., Soeda, K., Taki, M. (1999). The nature of school bullying: A cross-national perspective. London and New York: Routledge, 309-323.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behaviour in adolescents boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660.
- O'Moore, M., Hillery, B. (1989). Bullying in Dublin schools. *The Irish Journal of Psychology*, 10, 426-441.
- Özcebe, H., Üner, S., Uysal, D., Soysal, S., Polat, B., Şeker, A. (2005). Ankara'da bir ilköğretim okulunda erken ve orta dönem adölesanlarda şiddet algısı ve şiddet davranışı sıklığının değerlendirilmesi. 1.Şiddet ve Okul: Okul ve Çevresinde Çocuğa Yönelik Şiddet ve Alınabilecek Tedbirler Uluslararası Katılımlı Sempozyumu, s.21, İstanbul.
- Pateraki, L. (2001). Bullying among primary school children in Athens, Greece. *Educational Psychology*, 21(2), 167-176.
- Perry, D., Williard, G. J., Perry, C. (1990). Peers perception of the consequences that victimized children provide aggressors. *Child Development*, 61, 1310-1325.
- Pişkin, M. (2002). Okul zorbalığı: tanımı, türleri, ilişkili olduğu faktörler ve alınabilecek önlemler. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2(2), 531-562.
- Prinstein, M. J., Cheah, C. S. L., Guyer, A. E. (2005). Peer victimization, cue interpretation, and internalizing symptoms: Preliminary concurrent and longitudinal findings for children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 11-24.

- Rocha-Docker, M.S. (2004). The development and validation of the proactive assesment of socail skill for preschool children. Unpublished doctoral dissertation. Presented to the College of Education and the School of University of Oregon. Proquest Information and Learning Company.
- Rodkin, P.C., Hodges, E.V.E. (2003). Bullies and victims in the peer ecology: Four questions for psychologists ans school professionals. *School Psychology Review*, 32(3), 384-400.
- Rigby, K. (1998). Bullying in schools and what to do about it? Markham, Ont.: pembroke pub.
- Rigby, K., Slee, P.T. (1991). Bullying among Australian school children: Reported behavior and attitudes toward victims. *Journal of Social Psychology*, 131, 615-627.
- Rigby, K., Smith, P.K., Pepler, D. (2004). Working prevent school bullying key issues. Bullying in schools: how successful can interventions be". 1-13 (Ed. Peter smith; ken rigby, debra pepler). Publisher: Cambridge university pres.
- Schrepferman, L. M., Eby, J., Snyder, J., Strope, J. (2006). Early affiliation and social engagement with peers: Prospective risk and protective factors for childhood depressive behaviors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(1), 50-61.
- Schwartz, D., Dodge, K., Pettit, K.A., Bates J. E. (1997). The early socialization of aggressive victims of bullying. *Child Development*, 68, 665-675.
- Schwartz, D. (2000). Subtypes of victims and aggressors in childrens peer groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 181-192.
- Seevers, R.L., Jones-Blank, M. (2008). Exploring the effects of social skills training on social skill development on student behavior. *National Forum of Special Education*, 19 (1), 1-8.
- Sergin, C., Giverts, M. (2003). Methods of social skills training and developments. Handbook of Communication and Social Interaction Skills (Edt: John O. Grene and Brant Raney Burleson). Lawrence Erlbaum Associates: 137-138.
- Sevinç, M. (2004). *Erken çocukluk gelişimi ve eğitiminde oyun*. İstanbul: Morpa Yayınevi.
- Squires, J. (2003). The importance of early identification of social and emotional difficulties in preschool children. Early Identification Program. University of Oregon Eugene, Oregon, USA. 1-29.
- Smith, P. K. (1999). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London and New York: Routledge, 68-90.
- Smith, P.K., Singer, M., Hoel, H., Cooper,C.L. (2003). Victimization in the school and workplace: Are there any links?. *British Journal of Psychology*, 94, 175-188.
- Smith, P.K., Sharp, S. (1994). *School bullying: Insights and perspectives*. Publisher: Taylor&Francis, Inc.
- Szewczyk- Sokolowski, M., Bost, K.K., Wainwright, A.B. (2005). Attachment, temperament and preschool children's peer acceptance. *Social Development*, 14(3), 379-397.
- Tekiner, Ö. (1996). Okul öncesi eğitimin önemi ve çocuğa kazandırdıkları. *Milli Eğitim Dergisi*, 132, 10.
- Tavşancıl E., Aslan E. (2001). *Sözel, yazılı ve diğer materyaller için içerik analizi ve uygulama örnekleri*. İstanbul: Epsilon Yayınevi, 22-81.
- Uludağlı, N. P. (2004). Akran Zorbalığı Gruplarında Yalnızlık ve Akademik Başarı ile Sosyometrik Statüye Göre Zorba/Kurban Davranış Türleri: Okul ve Çevresinde Çocuğa Yönelik Şiddet ve Alınabilecek Tedbirler Uluslararası Katılımlı Sempozyumu, s.25, İstanbul.
- Vreeman, R. C., Carroll, A. E. (2007). A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 78-88.
- Warm, T. (1997). The role of teasing in development and vice versa. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18, 97-101.
- Whitney, I., Smith, P. K. (1993). A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educational Research*, 35(1), 3-25.
- Wood, J. J., Cowan, P. D., Baker, B. L. (2002). Behavior problems and peer rejection in preschool boys and girls. *The Journal of Genetic Psychology*, 136 (1), 72-88.
- Woolfolk, A. (1998). Educational psychology. Active learning edition (2nd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.16-24
- Worden, L. J. (2002). *Social interactions and perceptions of social skills of children in inclusive preschools*. Unpublished Doctoral Thesis. University of Delaware, USA.
- Yurtal, F., Cenkseven, F. (2006). İlköğretim okullarında zorbalığın incelenmesi. *Şiddet ve Okul: Okul ve Çevresinde Çocuğa Yönelik Şiddet ve Alınabilecek Tedbirler Uluslararası Katılımlı Sempozyumu*, s.14, İstanbul.

Araştırma

YETİŞTİRME YURTLARINDA KALAN ÇOCUKLARIN KURULUŞA GELİŞ NEDENLERİNİN İNCELENMESİ

Investigation of the Reasons Why Children Living in Youth Homes Need to Them

Nur Feyzal KESEN*
Özlem KARAKUŞ**
M. Engin DENİZ***

*Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü
İletişim Yazarı,
e-posta: nfkesen@selcuk.edu.tr

**Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

***Selçuk Üniversitesi
Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü

ÖZET

Bu araştırma 1996-2004 yılları arasında Türkiye'deki 109 yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların yetiştirme yurduna birincil geliş nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Yetiştirme yurduna geliş

nedenlerine baktığımız zaman; anne-baba boşanması (n=4540; %17.1), ebeveynin terk (n=2216; %8.3), ebeveynin ölümü (n=12353; %46.6), ekonomik yetersizlik (n=3716; %14), enseste maruz kalma (n=174; %0.66), cinsel istismar (n=309; %1.16), fiziksel ve duygusal istismar (n=938; %3.55), zorla evlendirilmek (n=36; %0.13), diğer nedenlerden (ebeveynin biri ya da her ikisinin özürli olması, cezaevinde olmaları, deprem gibi doğal afetler, töre vs...) (n=2209; %8.33) olmak üzere toplam 26491 çocuk olduğu görülmektedir. Boşanma, terk edilme, ekonomik yetersizlik, ebeveyn ölümü nedeniyle yetiştirme yurduna gelen erkek çocukların sayısı, kız çocukların sayısından fazladır. Fiziksel, cinsel, duygusal istismar, ensest, zorla evlendirme nedeniyle yetiştirme yurduna gelen kız çocuklarının sayısı, erkek çocukların sayısında fazladır. Yıllara göre bakıldığında, her geçen yıl yetiştirme yurduna gelen çocuk sayısında artış görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yetiştirme yurdu, boşanma, istismar, terk, ebeveyn ölümü, ensest.

ABSTRACT

This research is conducted to determine the primary reasons why children, who lived in 109 youth homes operating in Turkey, registered to these homes during the period 1996-2004. When these reasons are of concern, they can be listed out as follows: parents' divorce (n=4540; %17.1), parents' abandonment (n=2216; %8.3), parents' death (n=12353; %46.6), economical insufficiency (n=3716; %14), incest cases (n=174; %0.66), sexual abuse (n=309; %1.16), physical and emotional abuse (n=938; %3.55), as well as forcing them into marriage (n=36; %0.13), and other factors such as either one or two disabled parents, imprisonment of parents, natural disasters, custom, etc. (n=2209; %8.33). Gender differences are also considered when children's coming reasons are evaluated.

According to the findings obtained, number of the children enrolling the youth homes has been steadily increasing in most of the factors indicated.

Key Words: *Youth home, divorce, abuse, abandonment, parent's death, incest.*

GİRİŞ

Ebeveynlerin çocukların yaşamı üzerinde etkisi ömür boyu devam etmektedir. Hatta son bilimsel çalışmalar annenin ve babanın çocuklar üzerindeki etkisinin doğum öncesine kadar dayandığını belirtmektedir. Her toplum çocukların iyi ve sağlıklı yetişebilmesi için uygun aile, çevre ve toplum koşullarının olmasını öngörür. Ancak, yine her toplumda uygun olmayan koşullarda yetişen az veya çok sayıda çocuk vardır (Koşar, 1992: 39). Ailede görülen çeşitli sarsıntılar boşanma, ekonomik yetersizlik, ebeveynlerden birinin ya/ya da her ikisinin ölümü ya da çocuğunu terk etmesi.. gibi nedenler, çocukların bakımında belirsizliklere bazen de yetersizliklere neden olmaktadır. Dolayısıyla çocuklara bakan birincil aile üyeleri bulunmadığı takdirde (babaanne, anneanne, teyze, hala vs.) çocuklar korunmaya muhtaç hale gelmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti yasalarına göre 18 yaşından küçük her birey çocuktur (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Dolayısıyla çocukların fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden bakılmaya ve desteklenmeye ihtiyacı vardır. Ebeveynlerin görevi de bu görevleri yerine getirmektir. Bazen aileden bazen de çevreden kaynaklanan nedenlerden dolayı (doğal afetler, ebeveynlerin cezaevine girmesi) aileler bu görevlerini yerine getirememektedir. Bu nedenle korunmaya muhtaç hale gelmektedirler.

Korunmaya muhtaç çocuk: 2828 Sayılı Çocuk Korunma Kanununun 3. maddesine göre beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup;

1. Ana veya babasız, ana ve babasız,
2. Ana veya babası veya her ikisi de belli olmayan,
3. Ana ve babası veya her ikisi tarafından terk edilen, ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen çocuktur.

Ülkemizde korunmaya muhtaç çocukların bakım ve sorumluluğu SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna) verilmiştir. SHÇEK 13-18 yaş arasındaki korunmaya muhtaç çocukları yetiştirme yurtlarında barındırmaktadır. 2828 sayılı Çocuk Korunma Kanununun 4.maddesinin "f" 2 fıkrasına göre ; "Yetiştirme Yurtları"; 13 – 18 yaş arası korunmaya muhtaç çocukları korumak, bakmak ve bir iş veya meslek sahibi edilmeleri ve topluma yararlı kişiler olarak yetişmelerini sağlamakla görevli ve yükümlü olan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

Yukarıda da bahsedildiği gibi boşanma, anne-babanın terk etmesi, ebeveynin birinin ya da her ikisinin de ölümü, ekonomik yetersizlik, ensest, cinsel, fiziksel ve duygusal istismar, zorla evlendirme gibi nedenlerden dolayı ergenlik dönemindeki çocuklar SHÇEK'e bağlı olan yetiştirme yurtlarına gelmektedir. Buna dayanarak bu araştırmanın amacı 1996-2004 yılları arasında SHÇEK'e bağlı yetiştirme yurtlarına gelen çocukların geliş

nedenlerini ortaya koyabilmektir. Yetiştirme yurtlarına gelme nedenlerini ortaya koyan bu çalışma çeşitli meslek dallarında çalışan meslek elemanlarının çocukları etkileyen bu tür konulara yeni politikalar üretmesini sağlaması konusunda yol gösterici olacaktır. Ayrıca literatür taraması yapıldığı zaman Türkiye genelinde yetiştirme yurtlarında yaşayan çocukların gelme nedenlerine dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma bu eksikliğin giderilmesini sağlaması açısından önemlidir.

YÖNTEM

Araştırma Modeli

Araştırma zamansal gelişim ve değişimleri belirlemeyi amaçlayan tarama modelinde bir çalışmadır. Zamansal gelişim ve değişimlerin taranmasında diriklik (dinamiklik, hareketlilik) vardır (Karasar, 2009: 80). Veriler, SHÇEK Genel Müdürlüğü'nden resmi yazışma yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

Çalışma grubu

Araştırmancının çalışma grubunu SHÇEK Genel Müdürlüğü'ne bağlı Türkiye genelinde 1996 – 2004 yılları arasında hizmet vermekte olan 109 yetiştirme yurdu oluşturmaktadır.

Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından standart bir form (boşanma, terk etme, ebeveyn ölümü, ekonomik yetersizlik, ensest, cinsel, duygusal, fiziksel istismar, zorla evlendirme ve diğer nedenleri belirlemeyi amaçlayan) oluşturulmuştur. Bu forma uygun olarak bilgiler toplanmıştır.

Veri Toplama Süreci

Oluşturulan bu standart form, SHÇEK Genel Müdürlüğü'ne bağlı illerdeki yetiştirme yurdu müdürlüklerine kuruluşu geliş nedenleri ile ilgili bilgileri almak üzere resmi yazı ile gönderilmiştir. Veri tekrarı olmaması için 1996 – 2004 yılları arasında yetiştirme yurduna ilk girenler çalışma grubuna dahil edilmiştir. Bir çocuğun yetiştirme yurduna geliş nedeni birçok problemden dolayı olabilmektedir (Örn; boşanma ya da anne babanın ölümünden sonrasında oluşan maddi yetersizlik gibi. Bu çocuğun yurda geliş nedeni ebeveyn kaybı olabileceği gibi kaybın doğurduğu maddi yetersizlik te olabilir. Ancak yurda gelmedeki temel neden istenmiştir). Üçüncü ayın sonunda veri toplama işlemi tamamlanmıştır.

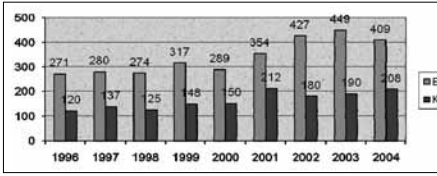
Verilerin Analizi

Elde edilen veriler değerlendirilmiş ve 1996 2004 yılları arasındaki kuruluşu geliş nedenleri ile ilgili değişimi incelemek için grafik haline dönüştürülmüştür.

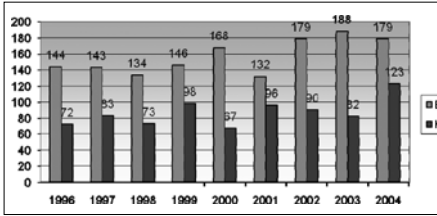
BULGULAR

Bulgular aşağıda grafik halinde verilmiştir.

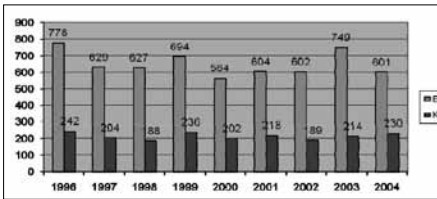
Grafik 1 incelendiğinde, anne-baba boşandığı için kurumda koruma ve bakım altına alınan çocuk 1996 da 391 iken 2004 yılında 617 olmuştur. 2000 yılından itibaren sürekli bir artış olduğu görülmektedir. 2001 yılında başlayan artış 2002 ve 2003 yılında da devam etmektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında erkek çocuk sayısının kız çocuk sayısından fazla olduğu, yaklaşık 2 katı olduğu görülmektedir.



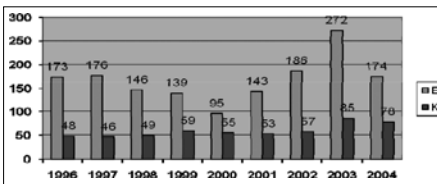
Grafik 1: Çocukların Boşanma Nedeni İle Kuruluşa Gelmesi



Grafik 2: Çocukların Anne ya da Babanın Terk Etmesi Nedeni İle Kuruluşa Gelmesi



Grafik 3: Çocuğun Anne ya/ya da Babanın Ölümü Nedeniyle Kuruluşa Gelmesi



Grafik 4: Çocuğun Ailesinin Ekonomik Yetersizliği Nedeniyle Kuruluşa Gelmesi

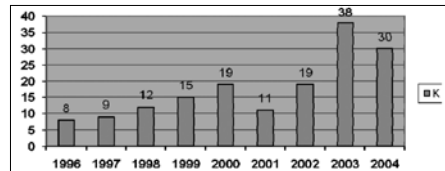
Grafik 2 incelendiğinde, ebeveynlerinin terki nedeniyle yetiştirme yurduna gelen çocukların sayısının her geçen yıl arttığı görülmektedir. 1996 da 216 iken, 2004 de 302 olmuştur. Yine 2001 yılından sonra kuruluşa gelme sayısında

bir artış olduğu görülmektedir. Erkek çocukların kız çocuklara göre grafik 1'deki gibi yaklaşık iki katı olduğu görülmektedir.

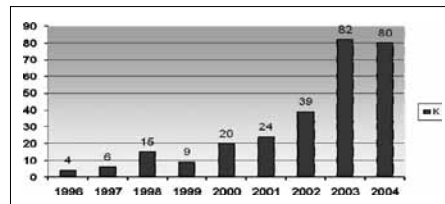
Grafik 3 incelendiğinde, Ebeveynin ölümü nedeniyle gelen çocuklar 1996 da 1020 iken 2004 de 831 olmuştur. Ancak genel olarak yıllar arasındaki rakamlara bakıldığında çok büyük değişimin olmadığı görülmektedir.

Grafik 4'e bakıldığında ise ekonomik yetersizlik nedeni ile gelen çocuk sayısı 1996 da 221 iken 2004 yılında 252 olmuştur. Ancak 2001 yılından itibaren ekonomik yetersizlik nedeni kuruluşa geliş nedeninin arttığı gözlemlenmektedir. Ayrıca genel olarak bu grafikte de ekonomik yetersizlik nedeni ile gelen erkek çocukların sayısı kız çocukların sayısından fazladır.

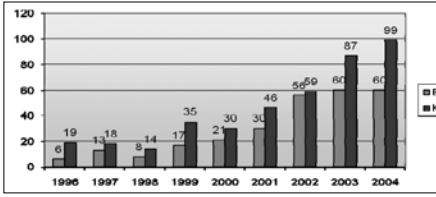
Grafikte 5'te görüldüğü gibi enseste maruz kalması nedeniyle gelen çocuklar 1996 da 8 kişi iken 2004 de 30 olmuştur. Bu bulgulardan son yıllarda enseste maruz kalma nedeninden dolayı kuruluşa gelmenin



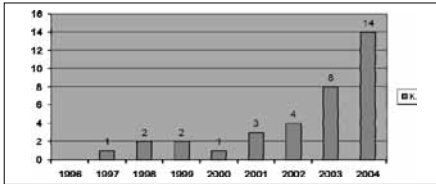
Grafik 5: Çocuğun Enseste Maruz Kalması Nedeni İle Kuruluşa Gelmesi



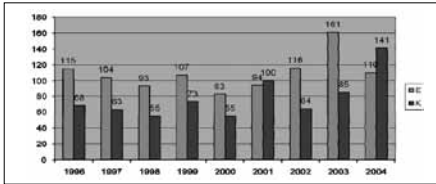
Grafik 6: Çocukların Cinsel İstismara Maruz Kalması Nedeniyle Kuruluşa Gelmesi



Grafik 7: Çocukların Fiziksel ve Duygusal İstismara Maruz Kalması Nedeni ile Kuruluşa Gelmesi



Grafik 8: Çocukların Zorla Evlendirilme Nedeni ile Kuruluşa Gelmesi



Grafik 9: Çocukların Töre, Doğal Afetler vb. Nedenlerle Kuruluşa Gelmesi

arttığı söylenebilir. Kuruluştaki koruma altında bulunan çocuklardan, birincil geliş nedenlerine bakıldığında enstitin kızlarda olduğu görülmektedir.

Grafik 6 ya bakıldığında; cinsel istismar nedeni ile yetiştirme yurduna gelen çocuk sayısı 1996 da 4 kişi iken 2004 de 80 olmuştur. Grafikte de görüldüğü gibi cinsel istismar olgusu her geçen yıl artmıştır. Özellikle 2002 yılından sonra önemli oranda bir artış görülmektedir. Grafik 5'te de görüldüğü gibi çocukların kuruluşa birincil gelme nedenine bakıldığında cinsel istismarın da kızlarda olduğu görülmektedir.

Grafik 7 de, fiziksel ve duygusal istismar nedeni ile yetiştirme yurduna gelen ergen 1996 da 25 iken 2004 de 159 olmuştur. Grafik 7'ye bakıldığında her geçen yıl duygusal ve fiziksel istismar sayısında artış vardır. Ve kız çocuk sayısı erkek çocuk sayısında fazladır. Kız çocukları erkek çocuklarından daha fazla fiziksel ve duygusal istismara maruz kalmaktadır.

Grafik 8 de; Zorla evlendirme yoluyla yetiştirme yurduna gelen çocuk 1996'da hiç yokken 2004 yılında 14 kişi olmuştur. 2000 yılından itibaren de zorla evlendirilme nedeniyle kuruluşa gelen çocuk sayısında sürekli bir artış görülmektedir.

Grafik 9'a bakıldığında töre cinayetleri, doğal afetler, anne babanın cezaevinde olması ya da anne babanın özür-lü olması gibi nedenlerden dolayı yetiştirme yurduna gelen çocuk sayısı 1996 da 183 kişi iken 2004 de 251 olmuştur. 2001 yılından itibaren de artış olduğu gözlemlenmektedir.

TARTIŞMA

Bulgular incelendiğinde ebeveynlerin boşanmasından dolayı kuruluşa gelen çocuk sayısının arttığı görülmektedir. Ülkemizde boşanma oranlarının arttığı bilinen bir gerçektir (Yıldırım, 2004: 67; Çelen, 2011). Sanayi devrimi sonucu yaşanan toplumsal değişim, feodal döneme özgü tüm yapılarda farklılaşmayı da beraberinde getirmiştir. Evlenme ve boşanma olguları da bu değişim sürecinden etkilenmiş, sanayi devrimi sonrası modern topluma özgü yeni durumlar ortaya çıkmıştır. Modern yaşamda gerçekleşen toplumsal değişim sürecinde dikkat çekici olan nokta tek başına çok olumlu sayılabilecek gelişmelerin aile yapısındaki çözümlerde

kolaylaştırıcı bir etken olmasıdır. Kadın haklarının gelişmesi, eğitim düzeyinin yükselmesi ve kadının üretici olarak toplum yaşamına katılması ile evlenme oranının azalması, boşanma oranının artması ve alternatif yaşam tarzlarının ortaya çıkması arasında doğru-sal bağlantı vardır. Geleneksel yaşama özgü erkek egemen kültür, kadınlar ile sorumlulukların paylaşılması konusunda esnek davranırken, hakların paylaşılmasında kadınlar ile çatışmakta, bu durum aile yaşantılarını ve kurallarını etkileyerek, çatışmaların çözülmediği noktada yeni durumları gündeme getirmektedir (Aydın ve Baran, 2010: 117).

Boşanma ile ilgili nedene cinsiyet açısından bakıldığında erkek çocukların kız çocukların hemen hemen iki katı olduğu görülmektedir. Yetiştirme yurtlarında kalan erkek çocukların kız çocuklardan fazla olduğu; Özdemir, Sefer ve Türkdoğan, 2008: 285'in çalışması ile desteklenmektedir.

Terk etme; çocuğun velayetinden sorumlu olan kişinin, çeşitli nedenlerden dolayı (ekonomik yetersizlik, çocuğun evlilik dışı ya da istenmeyen bir çocuk olması ya da bilinmeyen nedenlerden dolayı) bunu yerine getirmemesi sonucunda çocuğu savunmasız bırakmasıdır (Akyüz, 1986: 16; Onat, 1994). Ebeveynlerden annenin terk etmesi sonucunda baba, gündüz işte çalışıyor ise özellikle küçük çocukların bakımı sorunu yaşanmaktadır. Babanın terk etmesinde ise kadın gelir kaybı ve iş bulamama nedeni ile çocukların temel ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır (Onat, 1994:28). Her iki ebeveynin terk etmesi durumunda da ihtiyaçlarını kendi başlarına karşılayamayan çocuklar korunmaya muhtaç çocuklar kategorisine girmektedir. Özdemir, Sefer ve

Türkdoğan, 2008'in bulguları bizim bulgumuzu desteklemektedir. Terk edilme nedeni ile yurda gelme; Özdemir, Sefer ve Türkdoğan (2008)'in bulgularında, ekonomik yetersizlikten sonra terk edilme ikinci sırayı almaktadır.

Anne ya/ya da babanın ölümü nedeniyle yetiştirme yurduna gelme sayılarında yıllara göre farklılık olmadığı görülmektedir. 30 Haziran 1921'de Himaye'i Etfal Cemiyeti ismiyle Çocuk Esirgeme Kurumu, şehit, anne ya/ya da babası olmayan çocukları koruma amacıyla kurulduğu için (Çengelci, 1996: 6), toplum tarafından böyle durumlarda başvurulabilecek bir kurum olduğu geçmişten günümüze bilinen bir olgu olduğu için yıllara göre önemli bir artışın olmaması doğal karşılanabilir.

Ekonomik yetersizlikten dolayı yurda gelen erkek çocukların sayısında 2003 yılında önemli bir artış gözlenmiştir. SHÇEK Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi Nihai Raporu'nda 7-12 yaş çocuk yuvalarında bakım altında bulunan 4163 çocuk için çıkarılan istatistiklerde çocukların koruma altına alınmasında ilk sırada gelen neden ekonomik ve sosyal yoksunluk olarak belirtilmiştir (Şenocak, 2005: 85; Özdemir, Sefer ve Türkdoğan, 2008: 85). Bunun nedeni, artarda gelen ekonomik krizlerin ailelerin hayatlarında önemli bir mali gerilemeye yol açtığı gerçeğidir (Sönmez, 2002: 35).

Boşanma, terk, ebeveyn ölümü ve ekonomik yetersizlik nedeninden dolayı yetiştirme yurduna gelme durumuna cinsiyet açısından baktığımız zaman, erkek çocukların kız çocuklara oranla sayılarının fazla olduğu göze çarpmaktadır. Toplum yapısı açısından kız çocukların erkek çocuklara göre, her türlü

istismara açık olduğu için genelde ailenin yanında kalması yönünde bir eğilim vardır. Ayrıca kız çocukları toplumda evde ücretsiz iş gücü olarak kullanıma potansiyelini ifade etmektedir. Kız çocuklarının kontrolü daha kolay olması da onların kuruluş yerine aile yanında kalmasına sebep olmuş olabilir.

Eneste maruz kaldığı için yetiştirme yurduna gelen çocuk sayısının her geçen yıl arttığı görülmektedir. Güç, cinsiyet ve yaş hiyerarşisinden beslenerek zeminini sağlamlaştıran enest ilişkilerde her yaştan kız ve erkek çocuk taciz ve tecavüze maruz kalabilmektedir. Bu grafikte erkek çocukların yer almamasının nedeni kuruluşa birincil gelme nedeni olarak enesttin görülmemesidir.

Aile içi cinsel istismar, çoğunlukla gizli kalan ve kronikleşen bir eylemdir. Cinsel istismarın aile içinde yaşanması, toplum tarafından kabul edilmezliği ve ailenin parçalanma korkusu gibi etkiler (Finkel, 1994; Şahin ve Beyazova, 2003; Akt. Saygılı ve Gönenli, 2008: 35). Ailenin yerleşim merkezinden uzakta, bireylerin mahremiyetine uygun olmayan tek odalı evde yaşaması, mağdur anne ve kızın mental retardasyon gibi faktörler enesttin açığa çıkarılmasını zorlaştırmakta (Saygılı ve Gönenli, 2008: 36) ve genellikle yıllarca gizli kalarak sürmektedir (Finkel, 1994; Şahin ve Beyazova, 2003 Akt. Saygılı ve Gönenli, 2008:34). İstismarın fark edilmesi çoğu zaman tesadüfidir. Çocukta anormal davranışların fark edilmesi, çocuğun fiziksel bir yaralanma sebebiyle doktora getirilmesi, daha nadir olarak çocuğun üçüncü bir şahsa bunun hakkında bir şeyler söylemesi veya hamilelik sonucu ortaya çıkabilir (Polat, 2006: 55). Birçok araştırma enest mağdurlarının kız çocuklar ya

da kadınlar olduğunu ortaya koymuştur (Zoroğlu, Tüzün, Şar, Öztürk, Eröcal Kora ve Alyanak, 2001).

Çocukluk çağı cinsel istismarı, tüm cinsel istismarların önemli bir alt grubudur ve yetişkinlerin çocuğu kendi cinsel doyumları için kandırarak, ikna ederek, ayartarak, zorlayarak ya da mecbur bırakarak yaptıkları tüm davranışları kapsar (Russel, 1986). Son yıllarda çocukluk cinsel istismarında bir artış olduğu görülmektedir ve bu bulguyu birçok araştırma bulgusu desteklemektedir (Lucatero ve arkadaşları 2008, Akt. Er, 2010: 17; Ovayolu, Uçan ve Serindağ, 2007).

Son yıllarda enest ve cinsel istismar nedeni ile yetiştirme yurduna gelme de dikkati çeken artış vardır. Bu artışın sebebi; bu problemlere profesyonel ve bilimsel dikkatin yönelmesidir, son yıllarda düzenlenen yeni yasalar, toplumun ve medyanın konuya ilgisinin artması çocuk istismarı olgularının sağlık kuruluşlarına başvurusunda artış sağlamıştır. Olguların artması elbette istismarın artmasından çok, konuya ilginin artması ile ilgilidir. Birçok kişi artık konuyu bir sağlık sorunu olarak görmeye başlamıştır (Yolga Tahiroğlu, Avcı ve Çekin, 2008). Son yıllarda üniversitelerin, gönüllü kuruluşların bu konuya eğilmeleri, çalışmalar yapmaları, ilgili birimleri kurmaları ise sevindirici bir gelişmedir (Akdoğan, 2005).

Fiziksel istismar; Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Merkezi (National Center on Child Abuse and Neglect; NCCAN) 1988 yılında yaptığı tanıma göre, çocuğa bakmakla yükümlü bir kişi tarafından çocuğa uygulanan ve çocukta yaralanmayla sonuçlanan vurma, tekmeleme, yumruklama, yakma

gibi davranışların tümüdür. *Duygusal istismar*; Çocuk Tacizi Amerikan Profesyonel Cemiyetinin (The American Professional Society on the Abuse of Children; APSAC) 1995 yılında yaptığı tanıma göre “çocuğa bakmakla yükümlü olan kişi tarafından çocuğa tekrarlayan bir şekilde, değersiz, kusurlu, sevilmeyen, istenmeyen biri olduğunun ve başkalarının ihtiyaçlarını karşıladığı sürece değerli olduğunun, davranışlar yoluyla iletilmesidir” (Er, 2010: 9).

Yıllara göre fiziksel ve duygusal istismardan dolayı kuruluşa gelme sayısında artma olduğu ve kız çocuklarının sayısının erkek çocuklardan daha fazla olduğu araştırma bulgusunda görülmektedir. Kız çocuklarının erkek çocuklara göre fiziksel açıdan dana savunmasız, duygusal açıdan dana incinebilir olmaları kız çocuklarındaki artışa sebep olabilir. Bazı raporlarda duygusal istismar açısından kızların ve erkeklerin oranını aynı bulmasına rağmen (Kacker, Varadan ve Kumar, 2007; Child Abuse and Neglect, 2010); bazı araştırmalar kız çocuk sayısını erkek çocuk sayısından fazla bulmuştur (Powers, Eckenrode ve Jaklitsch, 1990; Zoroğlu, Tüzün, Şar, Öztürk, Eröcal Kora ve Alyanak, 2001).

Bugün, Türkiye'deki en önemli toplumsal sorunlardan bir tanesi çocuk evlilikleridir. Kız çocuklarının erken yaşta evlenmelerinin başlıca sebepleri arasında, geçim sıkıntısı, aile içi cinsel saldırı, evlilik dışı gebelik ve geleneksel yaşayışta hâkim olan kocaya itaatin erken yaşta tesis edilmesi gerektiği şeklindeki anlayış sayılabilir. Türk toplumunda genel eğilim, erkeklerin belirli bir düzeyde öğrenim görüp, askerlik yaptıktan ve bir iş sahibi olduktan sonra evlenmeleri yönündedir. Bu ise, erkeklerin nispeten ileriki yaşlarda evlenmeleri

sonucunu getirmektedir. Öte yandan, Türk toplumunda, kızlar öğrenimlerini erken yaşta bırakılmaktadırlar. Askerlik yapma zorunlulukları bulunmaması ve çalışma yaşamına katılmaları tavsiye edilmemektedir. Tüm bunların yanı sıra, geleneksel anlayışta, kızların duygusal, cinsel ve iktisadi ihtiyaçlarının, dinsel ahlaka uygun bir biçimde tatmin edilebilmesinin, evlilik ilişkisi içinde olanaklı sayılması, kızların erken yaşlarda evlenmeleri sonucunu doğurmaktadır (Ras-Work, 2006:13).

Ancak buna rağmen artık ülkemizde kız çocuklarının erken evlenmeleri ile ilgili olumsuz bir kanaat oluşmaya başlamıştır. Pekin 5 Birleşmiş Milletler'de kadının insan hakları ve Türkiye'nin tahhütleri 2001 raporunda zorla evlendirmenin kadına karşı yapılmış bir istismar olduğu kabul edilmiştir. Kız çocuklarının da eğitimlerini tamamlayıp iş hayatına atılmaları konusunda olumlu bir ortak görüş vardır. Çocuk yaşta evlenmeye zorlanan ergenler aile otoritesine karşı çıkıp kendileri SHÇEK'ten yardım isteyebilmektedir. Ayrıca toplumda duyarlı vatandaşlar tarafından da bu durum SHÇEK'e ya da emniyete bildirebilmektedir. Eskiden aile bütünlüğüne karşı çıkmayıp kendini evlenmeye mecbur hisseden çocuklar artık yardım isteyebileceği kurumların olduğunu bildiği için kendini mecbur hissetmemektedir.

Yukarıda geliş nedenlerinin yanı sıra anne-babanın engelli olması, ceza evinde olması nedeni çocuğuna bakamaması, depresyon, sel vb. gibi doğal afetler sonucunda çocuğun korunmaya muhtaç hale gelmesi nedeni ile kuruluşa gelmektedir.

SONUÇ

Bu araştırma Türkiye’de korunmaya muhtaç çocukların yetiştirme yurtlarına geliş nedenlerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda, ensest, cinsel/fiziksel/duygusal istismar ve zorla evlendirme sonucunda kız çocukların yetiştirme yurtlarına erkek çocuklara göre daha çok sayıda geldiği; boşanma, ekonomik yetersizlik, terk edilme, ebeveyn ölümü nedeni ile erkek çocuklarının kız çocuklardan daha fazla sayıda geldiği bulunmuştur. Çocuk yaşta zorla evlendirmenin de bir tür istismar olduğu kabul edildiğinde kız çocuklarının daha çok istismar gruplarında mağdur oldukları ortaya çıkmıştır. İstismarın kız çocuklar üzerinde daha etkili olduğu düşünüldüğünde; boşanma, terk edilme, ekonomik yetersizlik, ebeveyn ölümü durumlarında, genelde toplum, kız çocuklarının aile ya da akraba yanında bakımını tercih etmektedir. Erkek çocukların istismar edilmeyeceği ve aile dışında da bakımının sağlanabileceği görüşü erkek çocukların terk edilme, ekonomik yetersizlik, ebeveyn ölümü durumlarında yetiştirme yurtlarına yerleşmelerine neden olmaktadır. Ayrıca kız çocuklarının kontrollerinin erkek çocuklara göre daha kolay olup evde ücretsiz iş gücü olarak kullanabilecekleri ihtimali de nedenlerdeki sayı farkını ortaya koyabilmektedir. Kız çocuklarının iş gücü olarak kullanılması konusu araştırmacılar tarafından araştırılabilir.

KAYNAKÇA

Akdoğan, H. (2005). Çocuğun cinsel istismarı ve türkiye’de çocuk cinsel istismarını önlemeye yönelik çalışmalar. *Turkish Journal of Police Studies*, 7(1), 1-15

Akyüz, E. (1986). Medeni kanununun 272. maddesine göre çocuğun korunması ve yeni işviçre

medeni kanunu göz önünde tutularak yapılması önerilen değişiklikler. *AÜ. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1-2, 147.

Aydın, O. ve Baran, G. (2010). Toplumsal değişim sürecinde evlenme ve boşanma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21, 2.

Bradford J. M. W. (2006). *Cinsel şiddet hakkında. Current Opinion in Psychiatry*, 2,4:223- 230,

Çelen, M. (2011). Türkiye’de boşanma olgusu ve boşanma çeşitleri. Ulusal Aile Sempozyumu.

Çengelci, E. (1996). *Cumhuriyet Türkiye’sinde sosyal hizmetlerin örgütlenmesi*. Ankara Şafak Matbaacılık.

Child abuse and neglect. retrieved Temmuz 13 2011 <http://www.doh.wa.gov/hsqa/emstrauma/injury/pubs/icpg/DOH530090ChldAb.pdf>

Çocuk koruma kanunu. (2005). <http://www.shcek.gov.tr/cocuk-koruma-kanunu.aspx> Retrieved Temmuz 18.

Er, T. (2010). *Cinsel istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin anksiyete, depresyon ve benlik algısı açısından karşılaştırılması*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Kacker, L., Varadan S., Kumar P. (2007). Study on child abuse India 2007. Retrieved Temmuz 13 2011. <http://wcd.nic.in/childabuse.pdf>

Karasar N. (2009). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Nobel Yayın Dağıtım.

Koşar, N. (1992). *Sosyal hizmetlerde aile ve çocuk refahı alanı*. MN Ofset.

Onat, Ü. (1994). Ankara İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü’ne başvuran korunmaya muhtaç çocuklar üzerine bir araştırma. 2000’li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleştirilmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi. Bildiriler. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları, 3, 43-57.

Polat, O. (2006). *Cinsel istismar rehberi*. Forart Matbaa, İstanbul.

Ovayolu, N., Uçan Ö., Serindağ S. (2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4, 14-22.

Özdemir N., Sefer N., Türkdöğen D. (2008). Bir sosyal sorumluluk projesi örneği: Yıldırım, N. (2004). Türkiye’de Boşanma ve Sebepleri. *Türk Dünyası Sosyal Bilimler Dergisi*, 28, 59-81.

Pekin 5: Birleşmiş milletler’de kadının insan hakları ve türkiye’nin taahhütleri 2001

Powers, J. L., Eckenrode, J., Jaklitsch, B. 1990. Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse and Neglect*, 14, 87-98.

- Popper C ve West S.A. (1999). Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence. (In: Hales RE; Yudofsky SC, Talbott JA, eds. *The American Psychiatric Press.*), 884-887,
- Ras-Work, B. (2006). The impact of harmful traditional practices on the girl child, elimination of all forms of discrimination and violence against the girl child. UNICEF Innocent Research Center Expert Group Meeting, 25-28 September 2006, Florence-Italy.
- Russel D. (1986). *The Secret Trauma: Incest in The Lives of Girls and Women*. Basic Books, New York.
- Saygılı, S. ve Gönenli, S. (2008). Aynı ailede görülen çoklu ensest. *Düşünen Adam*, 21(1-4), 32-37.
- Sönmez, S. (2002). *100 göstergede kriz ve yok-sullaşma*. İletişim Yayınları.
- Şenocak, H. (2005). *Korunmaya muhtaç çocuklar: istanbul yetiştirme yurtları üzerine bir alan araştırması*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Yıldırım, N. (2004). Türkiye'de boşanma ve sebepleri. *Bilgi*, 28.
- Yolga Tahiroğlu, A., Avcı, A., Çekin N. (2008). Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9,1-7
- Zoroğlu S. S., Tüzün Ü., Şar V., Öztürk M., Eröcal Kora M., Alyanak B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.

Araştırma

NEOLİBERAL DÖNÜŞÜMÜN SAĞLIKTAKİ İZDÜŞÜMLERİ: TEMEL SAĞLIK AKTÖRLERİNCE BU İZDÜŞÜMLERİN ALGILANMA BİÇİMLERİ

Neoliberal Transformation of the Healty Projections: Basic Healty Actors Perception of these Outlines

Assiye AKA*

* Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
İ.İ.B.F. Kamu Yönetimi Bölümü

ÖZET

Sağlıkta yeniden yapılanmanın somut göstergelerinin sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığını inceleyen bu çalışma Çanakkale Devlet Hastanesi (ÇDH) ve Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (TYİEAH)'nde çalışan doktor, hemşire ve yardımcı hizmetliler ile gerçekleştirilmiştir. Bu iki hastanenin toplam çalışan sayısı 2254'dür. Bu sayının yaklaşık %17 (310 kişi)'si ile anket yapılmıştır. Bu üç meslek grubunun seçilmiş olmasının nedeni sağlık çalışanları içerisindeki en büyük popülasyona sahip olmaları; sağlık kurumunun temel taşları

olarak görülmeleri ve aynı zamanda sosyo-kültürel ve ekonomik düzey olarak birbirlerinden oldukça farklı katmanları temsil etmelerinden kaynaklanmıştır. Uygulanan neoliberal sağlık politikalarının etkisinin birbirinden farklı bu üç katman üzerinde incelenmesi bu açıdan oldukça manidardır. Ayrıca nüfus ve yüz ölçüm bakımından iki farklı kentin (metropol ve küçük kent) seçilmesinin nedeni ise neoliberal sağlık politikalarının kentin büyüklüğüne göre etki alanının farklı olup olmadığını belirleyebilmektir. Çalışmaya katılanların %47,7'sini (148) ÇDH, %52,3'ünü (162) ise TYİEAH çalışanları oluşturmaktadır. Neoliberal sağlık politikalarının sağlık hizmetini sunanlar üzerinde çoklu etkilerini (ekonomik, politik, sosyo-kültürel) analiz edebilmek için SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi görebilmek için Ki Kare Testi, One Way Anova Testi ve Regresyon Testi kullanılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Neoliberalizm, Sağlık, Yeniden Yapılanma, Meslek

ABSTRACT

Concrete indicators of restructuring in health, this study examined perceptions of health by the staff of the State Hospital Canakkale (CDH), and Turkey High Specialization Training and Research Hospital (TYİEAH) working on at the doctors, nurses and servants, conducted with help. This is the total number of employees of two hospital 2254'dür. This number is approximately 17% (310 people) with the survey was conducted. The reason of selecting these three occupational groups in health care workers to have the largest population, seen as the cornerstones of the health care institution, and at the same time as the socio-cultural and economic level is very different from each other as representatives of the layers resulted. Health impact of neo-liberal policies that were different from each other on the examination of three layers is quite

significant that in this respect. In addition, two of the city in terms of population and facial measurements (metropolitan and small city) was selected because of the city according to the size of the neo-liberal policies in the health domain, if different defination. 47% of those surveyed, only 17(148) CDH, 52.3% 'fame (162) is the TYİH employees. On the multiple effects of neoliberal health policies include health service providers (economic, political, socio-cultural) to analyze using SPSS 16.0 statistical package program resolved. To see the relationship between the dependent and independent variables, Chi Square test, One Way ANOVA test was used, and Regression Testing.

Key Words: *Neoliberalism, Health, Restructuring, Job*

GİRİŞ

1980'lerden itibaren kendi teori ve pratiğini toplumsalın her alanında yoğun olarak hissettiren neoliberal ekonomik politikalar özünde yeni bir uygulama olmayıp, köklerinin 15. yüzyıla kadar dayandığını ve kolonyal sürecin bir devamı olduğu ileri sürülebilir. Özünde neoliberalizm, liberalizmin bazı temel varsayımlarını paylaşmakla birlikte onu da aşan bir düzeyde ve kapsam alanını genişleten bir olgu olarak; ve ayrıca insan yaşamının her noktasının piyasalaştığı bir süreç olarak da okumak mümkündür. Neoliberalizmin farklı ülkelerdeki gelişme evrelerine göre incelendiğinde ise 1980'lerde İngiltere'de Margret Thatcher Hükümeti'nin temsil ettiği Yeni Sağ politikalarla adlandırılan Thatcherizm (Birinci Dalga); Amerika'da Reaganlık (İkinci Dalga); Türkiye'de ise Özalizm olarak adlandırılan bir evrimsel dönem geçirdiği söylenebilir. Sosyal bilimler alanında pek çok konu farklı algılanabildiğinden dolayı neoliberalizm konusunda

da birbiriyle çelişen /çatışan tartışmaların literatür incelemesi esnasında tezahür ettiğine bir kez daha tanık olundu. Bu konuda birbiriyle çelişen/çatışan tartışmaların farkında olarak son dönemlerde yoğun tartışmaların yaşandığı kamusal hizmetlerden biri olan sağlık hizmetlerinin sunum biçimlerinde meydana gelen temel değişimlerin neler olduğunu ve bu değişimlerin (sağlıkta özelleşme, sağlıkta yeniden yapılanma ve sağlıkta dönüşüm projeleri vb.) ikinci ve üçüncü basamak hastanelerinde çalışan temel öznelere (doktor, hemşire ve diğer yardımcı personel) nasıl algılandığını ve onların üzerinde ne gibi etkiler yarattığını anlamak ve açıklamak bu makalenin temel temasını oluşturmaktadır. Çalışma İkinci Basamak hizmeti sunan Çanakale Devlet Hastanesi (ÇDH) ve Üçüncü Basamak hizmeti sunan Ankara Türkiye İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (T.Y.İ.E.A.H)'nde yapılmıştır.

Çalışmanın teorik çerçevesi oluşturulurken yerli ve yabancı olmak üzere geniş bir literatürün varlığı ilk göze çarpan bir özellikti. Bu çalışmayı hem kolaylaştırdı hem de zorlaştırdı. Olabildiğince farklı bakış açılarından faydalanma gayreti içerisinde çeşitli ve seçilmiş kaynaklar tercih edildi. Aşağıda neoliberalizmin kısa bir tarihçesine yer verilecektir. Kamu hizmeti olarak bilinen, fakat buna ek olarak özel ve özerk yapılarca da sunulan hizmetler konusunda görüş ayrılıkları bulunmasına rağmen neoliberal ekonomik politikaların sağlık alanındaki somut izdüşümlerine kısaca yer verilecektir.

Neoliberalizm ve Temel Öncülleri

Neoliberalizm 1970'lerin başlarında, birikim krizleri ve karlılıkla birlikte başlayan kapitalizmdeki değişim rejimini

kavramak için kullanılan bir terimdir (Harms, 2007: 64). Neoliberalizmin oluşmasını, “çıkarm”, “girişim” ve “tanıtım” faktörlerini dahil eden bir süreç olarak görebiliriz. Ekonomik elitlerin “çıkarmaları” sermayenin karlılığını ve birikimlerini restore etmek zorunda bırakmıştır. Neoliberal düşünce Adam Smith (1776)’in “Ulusların Zenginliği” adlı tezinde ilk kez ifade edilen klasik liberal geleneğin temeli üzerine inşa edilmiştir. Bu çalışmada, Smith üretim ve dağıtım mallarının en etkili koordinasyonunda merkantilist devlet müdahalelerinin olmadığı durumlarda pazarların nasıl işleyeceğini açıklamıştır. Bu perspektife göre bireyler devletin sınırlandırılmalarından kurtulabilirlerse ve kendi çıkarlarını takip edebilirlerse ulusların zenginliği artacaktır (Prechel ve Harms, 2007: 3-4).

Pekçok akademisyen ve politikacı tarafından epistemolojik alt yapıyı mümkün kılan tarihsel ve ampirik eleştiriden muaf olarak neoliberal kabul destek görmüştür (Somers ve Block 2005; akt. Prechel ve Harms, 2007:5). Neoliberalizmin “doğanın kanunları insan toplumunu yönetir” iddiası aslında sosyal doğallığa/naturalizme dayanır. Kendi kendini düzenleyen bir sistem ancak politik müdahale olmadığında denge ve düzene girme eğilimindedir” (Somers ve Block, 2005: 271; Prechel ve Harms, 2007: 5). Bu tartışma, 1970’ler ve 1980’lerin başında stafflayon ve ekonomik krizin başlangıcında var olan doğal düzen ve denge ile karakterize edilen, kamu politikalarındaki tarafsızlaşma ve yeniden yasalaşma sürecindeki dönüşümü anlatır (Prechel ve Harms, 2007: 5). Neoliberalizmin temel özelliklerinden biri piyasalara duyduğu yoğun inançtır. Klasik liberalizmde de piyasalara inanç ve onların ahlaki gereksinimleri vardır, fakat neoliberalizmde mal ve

hizmetlerin özel düzenlenmesi söz konusudur. Neoliberaler için, sosyal yaşamın tümü piyasa olarak organize edilmelidir; mal ve hizmetlerin realitedeki korunmasından da ayrılmalıdır (Treanor 2005: 6; akt. Harms, 2007: 65). Kısaca neoliberalizm piyasa yaptırımlarının sıklığını ve ulaşımını maksimize ederek sosyal iyiliği maksimize edecek ve piyasalaştıracaktır (Harvey 2005: 3; akt. Harms, 2007: 65). Neoliberaler için, herşeyin metalaşması ahlaki bir zorunluluk ve metalaşan herşeyin satılması için pazarların yaratılması gerekir. Bu yüzden, sağlık, eğitim, refah ve kirlilik (değişim için yaratılmayan hizmetler) gibi herşey “kurgu mallar”a dönüştürülecektir (Polanyi 2001:75-76; akt. Harms, 2007:65) ve buna ek olarak piyasa güçleri yaptırımlarla düzenlenecektir (Harms, 2007: 65).

Neoliberalizm klasik liberalizmin bireysel özgürlüklerle serbest piyasanın “**bırakınız yapsınlar**” öncülünü paylaşır. Bu anlamda neoliberalizm piyasa mekanizmasının ekonomiyi düzenlemek için en iyi yol olan piyasa köktencilığıne hissedilen inancı kucaklar (Treanor, 2005: 3; Somers ve Block, 2005: 260-261; akt. Harms, 2007: 64).

Neoliberalizm klasik liberalizmin serbest piyasa ve bireysel özgürlük formülünü ve ekonomide de devlet müdahalesinin güvenli olmadığını kabul eder. Yine de, neoliberalizm klasik liberalizmin piyasa köktencilığını kuşatarak onun da ötesine geçer: “Din gibi kesinliklere inanca, örgütlerin moral üstünlüğü ve sosyal yaşamın tüm boyutları piyasa ilkelere göre belirlenir” (Somers ve Block 2005:260–261; akt. Prechel ve Harms, 2007:4). Smith gibi klasik liberaler için piyasalar malların üretimi ve dağıtımı için etkili olan araçlardır. Bunun aksine neoliberaler pazarın kendisinin ahlaki

olduğunu ve bu yüzden yaşamın tüm yönlerine uygulanması gerektiğini (sosyal ilişkiler, kimlik vs.) varsayarlar. Bu nedenle piyasa değerleri basit bir şekilde sadece üretim ve dağıtım mallarının kapasitelerine hapsedilmiş değildir; ayrıca piyasalar birey ve toplum için çoklu fayda sağlayan içsel değerlere sahiptir (Prechel ve Harms, 2007: 4)

Neoliberalizm ayrıca klasik liberalizmin girişimcinin rolü üzerine vurgusunu da paylaşır. Smith için girişimci, ekonomik aktiviteyle ilgilenen ekonomik aktörlerin farklı tiplerinden biriydi. Girişimci, piyasa rekabetini hem yatırım hem de yenilik yaparak karşılar. Böylece verimlilik ve ulusların zenginliği artar. Smith girişimcilerin ve ekonomistlerin rolünün çok önemli olduğunu kabul ederken aynı zamanda hükümet, kilise ve okul gibi diğer kurumlara da gereksinim olduğunu söyler. Bunun aksine, neoliberaler tüm toplumun bir pazar olduğunu iddia ederler; “her insan kendi yaşamını sürdüren bir girişimcidir ve bu şekilde davranmalıdır” (Treanor 2005: 10; akt. Prechel ve Harms, 2007:4). Kurumlar veya programlar piyasa mekanizmaları ahlaken yanlış olduğunda müdahale eder veya yer değiştirirler (Prechel ve Harms, 2007: 4).

Liberalizmin ve neoliberalizmin her ikisinin de bireye vurgu yapmasına rağmen, klasik liberalizm piyasa yaptırımında hem bireysel özgürlüğü hem de sosyal ilişkiler ve sorumlulukların diğer biçimlerini de kabul eder. Fakat neoliberaler için, sadece piyasalar ve özgür bireylerin seçimi olmalıdır. Bu neoliberal düşünce “toplum için böyle şeyler yoktur” şeklinde olan Başbakan Thatcher’in iddiasında yer alır (Thatcher 1987; akt. Prechel ve Harms, 2007: 4). Thatcher’a göre “toplumda erkek ve kadın bireyler

ve onların aileleri vardır”. Neoliberalizm bireylerin seçim özgürlüğünün olması gerektiğini ve bu seçimlerin sonuçlarına katlanılması gerektiğini ileri sürer. Tam da girişimcilerin kendi yatırımlarından sorumlu olmaları gerektiği gibi. Bireysel seçimlerin sonucu düşüncesi Amerika Birleşik Devletleri’nde 1996 sağlık reformları başlığında görülür. Bu reformlar ‘Kişisel Sorumluluk’ ve ‘İş Fırsatları’ yasalarıdır (Prechel ve Harm, 2007: 4)..

Kısaca, neoliberal öncülün temeli, ekonomik performansın zayıf nedeni olan piyasa mekanizması ile devletin müdahalesidir ve bu piyasa tutuculuğuna geri dönüş zenginliği restore edecektir. Bu hedefi gerçekleştirmek için neoliberalizm toplumlar ve devletlerarasındaki ilişkilerde ciddi değişimleri savunur. Bunlar: 1. Hükümet politikalarının piyasaya müdahalesiyle ortadan kalkan pazarın büyümesi, 2. Eşzamanlı olarak yetersiz hükümet kaynaklarını azaltma ve kapital oluşumunu sağlamak için özel yatırımcıların önlerinin açılması ve vergilerin kesilmesi, 3. Özel ekonomik aktörler için kamu mallarının satılarak özelleştirilmesi, 4. Piyasada değiştirilmek üzere metalaşan nesnelere üretme (sağlık, eğitim, kirlilik vb.), 5. Bireysel sorumluluğu oluşturan sosyal programların ortadan kalkması gibi (Prechel ve Harms, 2007: 5).

Neoliberalizm ve Sağlık: Sağlıkın Yeniden Yapılandırılması

Dünyada 1980’ler boyunca, Yeni Sağ hükümet programlarında, kamu hizmetinin yapısı, finansı ve yönetimi değişti. Bu değişiklikler sağlık otoritelerinin faaliyetleri bağlamında eskisinin lehine merkez yerel güç dengesinin değişmesi ve sağlık çalışanları ve diğer sağlık personeli üzerinde yöneticilerin etkisinin artması şeklinde gerçekleşti (Flynn, 2002: 20).

Bu yeniden yapılanma Sağlık Bakanlığının açıklamalarıyla vuku buldu. Yeniden Yapılanma formülü şunlardan oluşuyordu: Performansa dayalı çalışma sistemi; verimlilik tasarrufu ve maliyet iyileştirmeleri; genel yönetimle yönetimin uzlaşmasının yer değiştirmesi; klinik bütçe veya yönetim kaynakları, tıbbi olmayan yardımcı hizmetler için zorunlu sözleşme; özel sağlık hizmetlerini destekleme; sağlık sektörüne yetersiz fon; aile hekimliği hizmetini arttıran düzenleme ve hatta son zamanlarda hastane piyasasında hizmet alıcılar ve sağlayıcılar arasında yoğun rekabet ve sağlık hizmetlerinde girişimci kültürün teşvik edilmesidir (Flynn, 2002: 20).

Finans sağlık hizmetlerinde kalıcı ve sürekli bir problem oldu ve maliyetin azaltılmasında ve kontrol edilmesinde ve özellikle hastane hizmetlerinde çeşitli çabalar sarf edildi. Klinik bütçe, tıbbi denetim, klinik özgülük ve tıbbi özerklik tartışıldı. Para için değer (hizmet) üretmeyle etkililik tartışması ilişkilendirildi. Ayrıca performans değerlendirme -performans göstergeleri, verimlilik tasarrufu, yönetimin denetimi- kalite güvencesinde büyüme konuları da gündeme alındı (Flynn, 2002: 20-21).

1980'li yıllarda kamu sağlık hizmetlerinde finans yeterliliği, hastane hizmetlerinde rasyonalizasyon ve hoşnutsuzluk tartışıldı. Sağlık harcamalarında kesintiye gitme konusunda yapılan çalışmalarda; şiddetli bütçe krizleri ve hizmetlerde azalma ayrıca yönetsel etkinin pekiştirilmesinde tasarrufun önemli olduğu saptandı (Flynn, 2002: 21).

Sağlık Hizmeti sunumu farklı meslek ve gruplarca yürütüldü, fakat doktorlar ve yöneticiler arasında ilişkiye daha çok odaklanıldı. Klinik özerklik bürokrasiyle

aşındırıldı ve idari kontrol ne profesyonel egemenlik için övgü ne de 'gayri meşru' idari eleştiri ile sonuçlanmadı. Tıbbi müdahalelerin etkinliği ve niteliği önemli bir noktadır, fakat pastoral, tekelci ve tıbbi sorumsuzluk eleştirisi yönetimi de aşan bir sorundur. Çağdaş yeniden yapılanma ve yönetim sistemindeki bu özelliklerin taşınması için gerekli değildir; bu özellikler farklı gruplar ve farklı kurumsal ilişkiler içinde dönüştürülebilir (Flynn, 2002: 21-22).

Türkiye'de ise sağlığın yeniden yapılması dünyadaki gelişmeleri takip etti. Sağlıkta yeniden yapılanmanın (Sağlıkta Dönüşüm Programı) temel gerekçelerini de, neoliberal politikalarla uyumlu olacak biçimde, kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu tespitleri oluşturmaktadır. Buna paralel olarak kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesi, hizmet satın alma ve hastanelerin özleştirilmesi gibi "adem-i merkezîyetçi" politikalar ile sağlık alanının tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılması biçiminde özellebilecek olan çözüm önerileri de aynı şekilde dünyadaki küresel dönüşüm ile uyumludur (Elbek ve Adaş, 2009: 35).

Aşağıda sağlıkta yeniden yapılanmanın temel izdüşümlerinden olan ve Türkiye'de de uygulanmaya başlayan ve bu uygulamalara da uygulamaların yasa haline gelmesinden önce tasarı aşamasında bile yoğun eleştiriler alan; Genel Sağlık Sigortası, Performansa Dayalı Ücretlendirme, Aile Hekimliği, Tam Gün Çalışma ve Toplama Kalite Yönetimi sistemleri detaylandırılacaktır.

Yeniden Yapılanan Sağlıkın Belli Başlı İzdüşümleri:

Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Günümüzde kamu sağlık sigortacılığı S.S.K, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Yeşil Kart ve kamu çalışanları olmak üzere beş farklı kalite ve standartta sunulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında yer alan ve 01.01.2007 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmış olan Genel Sağlık Sigortası ile bu beş farklı kalite ve standartta sunulan kamu sağlık sigortacılığının birleştirilerek tüm vatandaşlara eşit kapsam ve kalitede sağlık sigortacılığı hizmeti verilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda yeniden yapılanan sağlık programında (Sağlıkta Dönüşüm), vatandaşların ödeme gücüyle orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli oluşturacağı belirtilmiştir. Bu yaklaşım, sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerinden biri olup Anayasamızın 56. maddesinde de yönlendirici bir hüküm olarak yer almaktadır. Programda hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun tamamını kapsayan zorunlu sigortacılık sistemine olan ihtiyacın gün geçtikçe arttığı belirtilmiştir. Yine programda, böyle bir sigortacılık sisteminin sağlık harcamaları maliyetini düşürme gayreti içinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin teşvikçisi ve zorlayıcısı olacağı da vurgulanmıştır. Ayrıca zorunlu Genel Sağlık Sigortası'nın kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabileceklerdir. Bu anlamda özel sigortacılığın teşvik edildiği görülmektedir (Sevim, 2006: 78).

Ancak, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası'nın yukarıda belirtilen özelliklerine eleştiriler getirilmiştir. Örneğin Elbek ve Adaş (2009:37)'a göre söz konusu kanun genel gerekçesinde "Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorununun, ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilediği", "son yıllarda bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisinin ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden biri haline geldiği" belirtilerek, söz konusu tasarının çıkış amacının yaşanan bu finans 'sorununa' çözüm getirmeyi hedeflediği ifade edilmektedir. Ayda 203 TL'den az kazananların sigorta primi devlet tarafından karşılanırken, bu 'zenginlik' kriterinin üzerindeki herkesin aylık 18 ile 146 TL arasında destek primi ödemek zorunda bırakılması, ayakta tedavi için başvuran hastalardan katılım payı alınması bu mantığın en açık kanıtlarıdır (Elbek ve Adaş, 2009: 37).

Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlıkta yeniden yapılanmanın ikinci izdüşümü olan Aile Hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması hedeflenmektedir. Bu anlamda, herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği ve herhangi bir engelle karşılaşmadan her şeyi danışabileceği bir aile hekiminin olması bu programın ana unsurlarındandır. Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimliği; "koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunan, kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik hem ruhsal hem de sosyal yönleriyle ilgili olan ve kişilerin kendilerinin

seçecekleri bir hekimlik” olarak tanımlanmaktadır (Sevim, 2006: 79).

Bu sistem, etkili bir sevk zincirine göre işleyecektir. Hastalar önce aile hekimlerine başvuracak, aile hekimleri hastalarını gerek görürlerse uzmanlara veya hastanelere sevk edeceklerdir. Tasarlanan bu birinci basamak sağlık hizmetleri modelinin pilot uygulamasına “Temel Sağlık Hizmetleri Projesi” ile Eskişehir ve Bilecik İllerinde, aile hekimliği pilot uygulamasına ise Düzce İli’nde başlanmıştır (Sevim, 2006: 79).

Aile hekimliği ile ilgili önemli bir husus bu hekimlerin rekabet içinde çalışacakları ve bu çerçevede halka seçme olanağının tanınacağıdır. Ancak Avrupa ülkelerindeki deneyimler bize göstermiştir ki bu durum ilacı ve tıbbi malzeme tüketimini artırıcı, yanlış, gereksiz tıbbi uygulamaları uyarıcı, hekimi yanlış ve tıbbi gerekçesi olmayan raporlar vermeye zorlayıcı nitelikler taşımaktadır. Bir üst düzeyde ne kadar sıkı ve iyi işleyen bir denetim mekanizması kurulursa kurulsun pazar koşullarına göre işleyen bir ekonomide, hasta kaybetmemek kaygısının ortaya çıkabileceği gelişmeleri engellemek olanaklı görülmemektedir (Ardıç ve diğ.,1992: 51; akt. Şahin, 2006: 163). Özü itibarıyla birinci basamakta var olan mesleki yabancılaşmayı ortadan kaldıracak kimi potansiyelleri bünyesinde barındıran bu sistem üç temel yapısal sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlardan ilki, verem ve ana-çocuk sağlığı gibi Türkiye’nin iki önemli sorununu çözmek amacıyla kurulan “dikey sağlık yapılanmaları” (verem savaş dispanserleri ve ana çocuk sağlığı merkezleri) “görevlerini tamamlamış, karmaşaya ve israfa yol açan merkezler” olarak tanımlamasıdır (Elbek ve Adaş, 2009: 35-36). Aile hekimliğinin uygulamaya konulduğu

kimi illerde söz konusu bu merkezlerin personel eksikliği nedeniyle fiilen kapandığı veya kapatıldığı görülmektedir.

Aile hekimliği sisteminin ikinci temel yapısal sorunu, birey ve toplum sağlığını ayrı kategoriler gibi algılaması ve gündelik pratikte bu hizmet süreçlerini ayırıştırmaya kalkışmasıdır. Sistem gereğince yeniden yapılanma sonrası koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik olanlar aile hekimlerince, çevreye ve topluma yönelik olanlar ise toplum sağlığı merkezlerince yürütülecektir. Aile hekimliği sisteminin sağlığa bakışındaki bu çarpıklığın yanı sıra, toplum sağlığı merkezlerinde görev yapmayı tercih eden hekim ve sağlık çalışanlarına aile hekimlerine kıyasla dört-beş kat daha düşük ücret verilmektedir. Ayrıca, toplum sağlığı merkezlerindeki çalışanlara yasal olarak denetlemekle yükümlü oldukları aile hekimlerinin yapmayı istemedikleri ek işler yapma zorunluluğu getirilmiştir (Elbek ve Adaş, 2009: 36).

Bu nedenle, toplum sağlığı merkezlerindeki kadrolar sıklıkla tercih edilmektedir. Bu durum, zaman içerisinde çevre ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerde ciddi aksamalar yaşanabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, toplum sağlığı merkezleri ile ilgili tek sorun sadece kadro sayısındaki kıtlılık değildir. Siyasi iktidarın aile hekimliğine geçişi teşvik etme politikası, verem savaş dispanserlerini ve toplum sağlığı merkezlerini önemsizleştirmektedir. Bu bağlamda, dispanser ve/veya toplum sağlığı merkezlerinde çalışanların ruh halini yansıtmaları bakımından Elbek ve Adaş ‘a göre oldukça çarpıcı örneklerdir (Elbek ve Adaş, 2009: 36).

Aile hekimliği sisteminin üçüncü yapısal sorunu ise, iddiasının aksine, hekim

ve kent tabanlı olması, kırsal alanlı ve bölge tabanlı bir perspektifi içermemesidir. Ayrıca, sistem kapsamında geri ödeme kuralları çerçevesinde uygun önlemler alınmazsa, dezavantajlı grupların (örneğin sık başvuru ihtimali bulunan kronik hastalıklar, tüberküloz gibi stigma sorunu yaşanan hastalıklar) sistem dışında kalabilme tehlikesi olanaklıdır (Elbek ve Adaş 2009: 36).

Bu noktada, öncelikle yukarıda tanımlanan üç sorunun da yapısal sorunlar olduğunun altı çizilmelidir. Zaten aile hekimliği sisteminin uygulamaya geçildiği illerdeki kimi veriler de Elbek ve Adaş (2009:36)'ın öngörülerini doğrulamaktadır: Örneğin Denizli, Samsun ve Eskişehir'de hayata geçirilen sağlık alanındaki uygulamalarda olduğu gibi.

Tam Gün Yasası

Sağlıkta yeniden yapılandırmanın dördüncü bileşeni ise Tam Gün Yasası pratiğidir. Gedikli (2011:8)'ye göre "bu uygulama yıllardır Tabip Odaları tarafından tartışılmakta ve önerilmekte olan bir konudur. Tam Gün Yasası ile iki nokta hedeflenmektedir. Birincisi, kamuda çalışan doktorların sadece kamuda çalışması ve muayenehanelerini kapatmaları, ikincisi de sağlıkta mesainin 08-17 arası olmasıdır. Zaten bu güne kadar muayenehanesi olan üniversite hocaları hariç, diğer kamu sağlık kurumlarında çalışan doktorlar ister muayeneleri olsun ister olmasın hepsi saat 16'ya kadar hastanede bulunmaktadırlar. Kısaca kamu sağlık kurumlarında çalışan doktorların %90'ını tam gün çalışmaktadır (Gedikli, 2011:8).

Özetle Tam Gün Yasası uygulaması ile sağlık hizmetlerinin sunumunda nasıl bir değişiklik olacak sorusunu şu şekilde

cevaplamak olanak dâhilindedir. Sağlık personellerinin üzerindeki iş yükü dengeli hale gelecek; doktor ve hasta arasındaki para ilişkisi ortadan kalkacak; hastalar ile doktorlar arasında güven ilişkisi oluşacak; hastaların sağlık hizmetine ulaşması kolaylaştırılacak; doktor seçme hakkı gelişerek devam edecek; devlet ve üniversite hastanelerinde bekleme süreleri azalacak; üniversite hastanelerinde hâlihazırda bir öğretim üyesine ulaşabilmek için para ödenmesi gerekirken bu sistem ile öğretim üyesi ile hastanın buluşması kolaylaştırılacaktır.

Yapılan saha çalışmasında bu uygulamanın doktorların iş motivasyonu üzerinde olumsuz bir etki yarattığı ve iş güvenliklerinde kaygı düzeylerini arttırdığı yönünde bir eğilim saptanmıştır.

Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi

İlk defa Beer ve Ruth tarafından 1976 yılında kullanılan performans odaklı yönetim sistemi, Beer ve Ruth tarafından yöneticilerin yardımcı ve yapıcı bir yolla geri bildirimlerini ilettikleri, gelişme planlarının yaratıcı fikirlerle desteklendiği bir sistem olarak tanımlanmıştır. Bir diğer tanıma göre ise performans odaklı yönetim sistemi; performans değerlendirme kavramını statik anlamda bir değerlendirme faaliyeti olarak ele alan, çalışanların performanslarını planlama, değerlendirme ve geliştirmeyi amaçlayan ve konuya daha geniş bir açıdan yaklaşan örgütsel bir sistemdir (Özkök, 2010: 130).

Performans Odaklı Yönetim'in somut görünümü ücret sistemlerinde hayat bulmuştur. Bu sistemde fiili karın paylaşılması belirleyici olmuştur. Bu sistemin amacı işverenlerin, işçilerden doğrudan

kar elde etme beklentisi idi (Osterman, 1999; akt. Scott-Marshall, 2007: 27). Piyasa güçleri sessizleştirildi ve ücret yapıları stabilleştirildi ve ücretler üzerinde baskılar oldu (Betcherman, 1999; Osterman, 1999; Rubin, 1996; akt. Scott-Marshall 2007: 27-28). Bunun aksine yeni ücretlendirme mekanizmaları artan bir şekilde firmaların kar amaçlarıyla işçilerin daha da yabancılaşmasını tasarlayan “performansa dayalı ödeme” düzenlemelerine dayandı (Osterman, 1999; Smith 1997; akt. Scott-Marshall, 2007: 27-28). Ücret pratiklerindeki değişimler veya ücret oranlarının düşmesi durgunlaşmaya ve ayrıca eksik istihdam edilen işçilerin oranlarının yükselmesi ile büyüyen gelir eşitsizlikleri bazı toplu düzey eğilimleriyle karıştırıldı (Burke ve Shields, 1999; Jackson ve diğ...2000; Katz, 1998; Osterman, 1999; akt. Scott-Marshall, 2007: 28).

Türkiye’de 2004 yılında, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi (bundan sonra PDEÖ sistemi olarak anılacaktır) başlatılmıştır. İlk olarak on hastanede pilot çalışması yapılmış ve daha sonra sistem tüm Sağlık Bakanlığı’na ait sağlık kuruluşlarına yayılmıştır. SSK hastaneleri, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’na devredildiği zaman, PDEÖ (Performansa Dayalı Ek Ödeme) bu hastanelere de yayılmıştır. Şu anda 850 Sağlık Bakanlığı hastanelerinin hepsinde bu PDEÖ sistemi uygulanmaktadır. Bu sistem, sağlık hizmeti veren diğer kamu kurumlarında (ör. üniversite hastaneleri) yoktur (OECD ve IBRD/ DÜNYA BANKASI, 2008 : 40).

PDEÖ sisteminin temel amacı, kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmektir. Esas olarak PDEÖ, sağlık personelinin düzenli maaşına ek olarak her ay aldığı bir ek

ödemedir. Taban maaş, Sağlık Bakanlığı bütçesinden (personel gideri, temel maaşlar kaleminden) ödenir. Performansa dayalı ek ödemeler ise daha çok genel sigorta sisteminden finanse edilen döner sermayelerden ödenmektedir (OECD ve IBRD/Dünya Bankası, 2008: 40).

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi sağlığın piyasalaşmasında önemli bir bileşendir. Doktorlarla yüz yüze yapılan görüşmelerde bu uygulama ile hekimle hastanın temasının kesildiğini, verilen hizmetin niteliğinin azaldığını ve sadece niceliksel iş yükünün arttığı yönünde bir eğilim saptanmıştır.

Toplam Kalite Uygulaması

Toplam kalite yönetimi, firmalarda bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmıştır. İşletmeler müşteriler olmadan hayatlarını devam ettiremezler. O halde müşteriyi elde etmek ve korumak için sunulan hizmet veya ürünlerden onların memnun olması gerekir. Toplam kalite yönetimi, bir yolculuktur, varılacak bir yer değildir. Ürün ve sistemlerin sistematik gelişimi için bir metottur. Satıştan sonra müşteriye hizmeti de kapsar. Katılımcı bir tekniktir. Tamamen müşteriye odaklanmış bir işletme kültürü oluşturan, tam bir yönetim sistemidir (Şimşek, 2000: 21).

Özünde bir yönetim felsefesi olan toplam kalite yönetiminin en öncelikli 3 ilkesi; müşteri oryantasyonu, süreç oryantasyonu ve sürekli gelişme olarak ifade edilmektedir (Acuner, 2003: 14). Bir başka yaklaşımla toplam kalite yönetiminin ilkeleri olarak sayılan 4 ilke; müşteri odaklılık, süreçlerin yönetimi tam katılım ve insan kaynakları yönetimi olarak sınıflanmıştır (Perçin, 1996: 16).

Sağlık kurumlarında özellikle de hastanelerde toplam kalite yönetimi

çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi kurum üst yönetiminin toplam kalite yaklaşımını benimsemesi gerekir. Kurumda yürütülen bütün işlemsel süreçlerin saptanması ve en uygun iş akış şemalarının tespit edilerek prosedürlerin yazılı hale getirilmesi, yapılacak her işle ilgili iş talimatların hazırlanması ve görevli personelin görev tanımlarının ayrıntılı şekilde ifade edilmesi gerekir.

YÖNTEM

Araştırmada ağırlıklı olarak nicel araştırma tekniği olan anket (soru formu-survey) ve buna ek olarak sağlık sistemi ve sorunları üzerine de on kişi ile nitel araştırma tekniği olan gözlem-mülakat kullanılmıştır. Araştırma öncesi konu ile ilgili literatür çalışması yapılmış ve kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Literatürdeki neoliberal ekonomi politik okumalardan faydalanılarak hipotezler geliştirilmiş olup bu hipotezlerin sınanabilmesi için yapılandırılmış anket formu oluşturulmuştur. Anket formunda önce sosyo-demografik sorulara sonra da neoliberal sağlık politikalarının sağlık çalışanları tarafından algılanmasına ve sonra da bu politikaların mesleki, sosyo-kültürel etkilerine ilişkin açık ve kapalı uçlu sorulara yer verilmiştir. Çanakkale Devlet Hastanesi (ÇHD) ve Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (TYİH)'nde anket formu uygulanarak pilot uygulama yapılmış, anlaşılama sorular çıkarılarak/düzeltilerek ya da sağlık çalışanları ile yapılan görüşmeler doğrultusunda yeni sorular da eklenerek soru formuna son şekli verilmiştir.

Çalışma Grubu

Çalışma, Ankara İli Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çanakkale Devlet Hastanesi'nde sağlık

hizmeti veren üç farklı sosyo-kültürel katmanı temsil eden doktor, hemşire ve yardımcı personelle yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada nicel araştırma yöntemi olan soru formu (anket-survey) ve nitel araştırma yöntemi olan mülakat (yüz yüze yapılan görüşme) ve gözlem kullanılmıştır.

Veri Toplama Süreci

Filiyatta uygulanan neoliberal sağlık politikalarının konumlandığı literatür taraması yapılarak, ilk altı ay çalışmanın teorik çerçevesi oluşturulmuş ve doğrudan sağlık hizmeti sunan temel aktörlerin üzerindeki çoklu etkileri (ekonomik, politik, sosyo-kültürel) araştırmak için yaklaşık üç ay süren saha çalışması yapılmıştır. Saha çalışmasında önce her iki hastanede de pilot uygulama yapılmıştır. Anlaşılama sorular çıkarılmış ve pratikte var olan sorulara yer verilerek anket formunun son hali oluşturulmuştur.

Verilerin Analizi

Neoliberal sağlık politikaların sağlık hizmetini sunanlar üzerinde çoklu etkilerini (ekonomik, politik, sosyo-kültürel) analiz edebilmek için SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi görebilmek için Ki Kare Testi, One Way Anova Testi ve Regresyon Testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Neoliberal sağlık politikaların sağlık hizmetini sunanlar üzerinde çoklu etkileri (ekonomik, politik, sosyo-kültürel) analiz etmek için kullanılan betimsel istatistikler aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 1'e göre sağlık çalışanlarının %54,5'u kadın, %45,5'u erkek; 28-32 yaş aralığında olanların oranı %28,1; %77,1'i evli; iki çocuk sahibi olanların oranı %35,5; öğrenim durumları %23,2'sinin yüksekokul; doğum yerleri %26,5'nin büyük şehir (metropol)'dür.

Çizelge 2 sağlık çalışanlarının ekonomik özelliklerini göstermektedir. Tablo 2'ye göre sağlık çalışanların ortalama aylık geliri 1501-2000 arasında olanların oranı %28,4; %53,9'u ev sahibi; araba sahibi olanların oranı %67,7; yazlık sahibi olmayanların oranı %92,6'dır.

Çizelge 3'de ise sağlık çalışanlarının sosyo-kültürel özelliklerini yansıtan veriler yer almaktadır. Tablodaki verilere göre sağlık çalışanlarının %17,4'ü ayda bir defa sineme ve tiyatroya gitmekte iken %45,5'u ise sineme ve tiyatroya hiç gitmemektedirler. Sağlık çalışanlarının en fazla izledikleri film türü arasında romantik/komedi (%26,6) ilk sırada yer almakta; %71,9'unun kitap okuma alışkanlığı bulunmakta; %31,6'sının haftada birkaç saat kitap okuduğu; okudukları kitap türünün ağırlıkta roman (%29,3); her gün 1-2 saat bilgisayar kullandıkları (%37,1); her gün ortalama 1-2 saat televizyon izledikleri (%49,7); televizyonda çoğunlukla izledikleri programın haber ve tartışma olduğu (%43,4); yılda bir kez seyahat etme alışkanlıkları olduğu (%46,5); bireysel rahatlama yöntemi olarak %16,5'unun evde uymayı ve evde vakit geçirmeyi tercih ettikleri görülmektedir.

Çizelge 4 sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerini göstermektedir. Çizelge 4'e göre sağlık çalışanlarının %33,9'u doktor; %39,4'u hemşire/sağlık memuru; %26,8 yardımcı hizmetli konumundadır. Yaptıkları meslekleri seçmelerinin

Çizelge 1: Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	169	54,5
Erkek	141	45,5
Yaş		
28-32	87	28,1
33-37	68	21,9
38-42	67	21,6
Medeni Durum		
Evli	239	77,1
Bekar	57	18,4
Boşanmış	10	3,2
Dul	4	1,3
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar	12	3,9
İlkokul	38	12,3
Ortaokul	37	11,9
Lise	56	18,1
Yüksekokul	72	23,2
Fakülte	30	9,7
Yüksek Lisans	24	7,7
Doktora	41	13,2
Doğum Yeri		
Büyük şehir (metropolde)	82	26,5
Küçük ve orta büyüklükte şehir	78	25,2
İlçe merkezi	62	20
Kasaba	14	4,5
Köy	74	23,9

nedeni %38,6'sının iş bulma kolaylığı; yaptıkları mesleklerden doyum alanların oranı %52,3; hissettikleri en önemli mesleki sıkıntıları %15,7 oranında iş yoğunluğu; meslekteki çalışma süreleri 2-6 yıl aralığında olanların oranı %23,9; sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı %64,8 memur kadrosunda;

Çizelge 2: Sağlık Çalışanlarının Ekonomik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Aylık Ortalama Gelir		
Aylık Ortalama Gelir		
1501-2000	88	28,4
500-1000	66	21,3
1001-1500	30	9,7
5501 ve yukarı	28	9,0
Oturulan Evin Sahibi Olma Durumu		
Ev sahibi olma	167	53,9
Ev sahibi olmama	143	46,1
Araba Sahibi Olma Durumu		
Araba sahibi olma	210	67,7
Araba sahibi olmama	110	32,3
Yazlık Sahibi Olma Durumu		
Yazlık sahibi olanlar	23	7,4
Yazlık sahibi olmayanlar	287	92,6

%56,1'nin mesleki bir sivil topluma üye oldukları, %38,1'nin sadece sendikaya üye oldukları görülmektedir.

Çizelge 5'de sağlık çalışanlarının uygulanan neoliberal sağlık politikalarını insan/toplum sağlığı açısından yararlı / zararlı bulup bulmadıklarına ilişkin veriler yer almaktadır. Çizelge 5'e göre GSS'nı insan/toplum sağlığı açısından yararlı bulmayanların oranı %50,0 iken zararlı bulmayanların oranı %77,1'dir. Aile Hekimliği uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %62,9; zararlı bulmayanların oranı %61,3'dir. Tam Gün Yasası (TGY)'ni yararlı bulmayanların oranı %79,7; zararlı bulmayanların oranı %57,1'dir. Performansa Dayalı Ücretlendirme sistemini yararlı bulmayanların oranı %31,3; zararlı bulmayanların oranı %36,5'dir. Toplam Kalite uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %66,5; zararlı bulmayanların oranı %77,7'dir.

Çizelge 6'da sağlık çalışanlarının uygulanan neoliberal sağlık politikalarını kendileri açısından yararlı/zararlı bulup bulmadıklarına ilişkin veriler yer almaktadır. Çizelge 6'ya göre GSS'nı kendileri için yararlı bulmayanların oranı %68,1 iken zararlı bulmayanların oranı %73,9'dür. Aile Hekimliği uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %74,2; zararlı bulmayanların oranı %58,4'dir. Tam Gün Yasası (TGY)'ni yararlı bulmayanların oranı %83,9; zararlı bulmayanların oranı %50,0'dir. Performansa Dayalı Ücretlendirme sistemini yararlı bulmayanların oranı %78,4; zararlı bulmayanların oranı %36,5'dir. Toplam Kalite uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %73,5; zararlı bulmayanların oranı %72,9'dir.

Diğer bazı temel bulgular ise sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumun bulunduğu kentin büyüklüğü uygulanan sağlık politikalarını etkilemektedir

Çizelge 3: Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Kültürel Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Sinema ve Tiyatroya Gitme Sıklığı		
Ayda bir defa	54	17,4
Senede ayda bir defa	52	16,8
Gitmiyorum	141	45,5
En Fazla İzlenen Film Türü		
Romantik/Komedi	77	26,6
Macera/Aksiyon/Savaş/Polisiye	73	25,2
Korku/Gerilim/Psikolojik	37	12,8
Kitap Okuma Alışkanlığı		
Evet	223	71,9
Hayır	87	28,1
Kitap Okuma Sıklığı		
Her gün 1-2 saat	67	21,6
Haftada birkaç saat	98	31,6
Alışanlığım Yok	55	17,7
Okunan Kitap Türü		
Roman	87	29,3
Kitap Okumuyorum	58	19,5
Ayırım Yapmam	41	13,8
Bilgisayar Kullanma Sıklığı		
Her gün iki saatten fazla	54	17,4
Her gün 1-2 saat	115	37,1
Haftada birkaç saat	68	21,9
Televizyon İzleme Sıklığı		
Her gün iki saatten fazla	71	22,9
Her gün 1-2 saat	154	49,7
Haftada birkaç saat	63	20,3
Televizyonda En Fazla İzlenen Program Türü		
Haber ve Tartışma	128	43,4
Belgesel	27	9,2
Dizi	78	26,4
Seyahat Etme Alışkanlığı		
Hiç Yapmıyorum	115	37,1
Yılda Bir Kez	144	46,5
Yılda İki Kez	31	10,0
Bireysel Rahatlama Yöntemi		
Yürüyüş Yapma, Tek Başına Gezme	37	12,5
Uyuma/Evde Vakit Geçirme	49	16,5
Aile İle Vakit Geçirme	31	10,4

Çizelge 4: Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Meslek		
Doktor	105	33,9
Hemşire/Sağlık Memuru	122	39,4
Yardımcı Hizmetli	83	26,8
Mesleği Seçme Nedeni (ilk üç neden)		
Toplumsal Saygınlık	49	15,9
İş Bulma Kolaylığı	119	38,6
Mesleki Doyum/Bireysel Tercih	45	14,6
Mesleki Doyum		
Sağlıyorum	145	46,8
Sağlamıyorum	162	52,3
Hissedilen En Önemli Mesleki Sıkıntı (en önemli üç neden)		
İşin Yoğunluğu	44	15,7
Mesleki Saygınlığın Düşük Olması	42	14,9
Çalışma Süresi/Nöbet/İcap Uygulamaları	38	13,5
Meslekte Geçirilen En fazla ilk üç çalışma süresi)		
2-6	74	23,9
7-11	66	21,3
12-16	59	19,0
Kadro Durumu		
Memur	201	64,8
4B	36	11,6
İşçi	9	2,9
Taşeron işçi	64	20,6
İşteki Konum		
Çalışan	285	91,9
Yönetici	25	8,1
Mesleki Örgütlere Üyelik Durumu		
Üye olma	174	56,1
Üye olmama	130	41,9
Üye Olunan Mesleki Örgüt Türü		
Mesleki Dernek/Oda/Birlik	48	15,5
Sendika	118	38,1
Her İkisine de	18	5,8

($p=0,000<0,05$). Uygulanan sağlık politikalarının etkileri, mesleklere göre farklılaşmaktadır ($p=0,000<0,05$). Sağlık çalışanlarının sivil topluma üyelik durumları uygulanan sağlık politikalarının farkında olmalarını kolaylaştırmaktadır ($p=0,01<0,05$). Sağlık çalışanlarının meslek kategorileri ile mesleki

örgütlere üyelik durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Doktorların %33,3 (35)'ü mesleki dernek/oda/birliğe üye iken; hemşire/sağlık memurlarının %53,3 (65)'ü, yardımcı personelin de %45,8 (38)'i sendikaya üye konumundadır.

Çizelge 5: Sağlık Çalışanlarının İnsan/Toplum Sağlığı Açısından Neoliberal Sağlık Politikalarını Yararlı /Zararlı Bulup Bulmadıkları

Uygulanan Sağlık Politikaları	İnsan ve Toplum Sağlığı Açısından Yararlı Bulma					İnsan ve Toplum Sağlığı Açısından Zararlı Bulma						
	Evet		Hayır		Bilgim Yok	Evet		Hayır		Bilgim Yok		
	F	%	F	%		F	%	F	%			
Genel Sağlık Sigortası	142	45,8	155	50,0	13	4,2	54	17,4	209	77,1	17	5,5
Aile Hekimliği	102	32,9	195	62,9	13	4,2	103	33,2	190	61,3	17	5,5
Tam Gün Yasası	49	15,8	247	79,7	14	4,5	116	37,4	177	57,1	17	5,5
Performansa DDS	26	8,4	270	87,1	14	4,5	196	63,2	97	31,3	17	5,5
Toplam Kalite U.	90	29,0	206	66,5	14	4,5	52	16,8	241	77,7	17	5,5

Çizelge 6: Sağlık Çalışanlarının Kendileri Açısından Neoliberal Sağlık Politikalarını Yararlı/Zararlı Bulup Bulmadıkları

Uygulanan Sağlık Politikaları	Sağlık Çalışanlarının Kendileri Açısından Yararlı Bulma					Sağlık Çalışanlarının Kendileri Açısından Zararlı Bulma						
	Evet		Hayır		Bilgim Yok	Evet		Hayır		Bilgim Yok		
	F	%	F	%		F	%	F	%			
Genel Sağlık Sigortası	84	27,1	211	68,1	15	4,8	63	20,3	229	73,9	18	5,8
Aile Hekimliği	65	21,0	230	74,2	15	4,8	111	35,8	181	58,4	18	5,8
Tam Gün Yasası	35	11,3	260	83,9	15	4,8	136	43,9	155	50,0	19	6,1
Performansa DDS	52	16,8	243	78,4	15	4,8	179	57,7	113	36,5	18	5,8
Toplam Kalite U.	67	21,6	228	73,5	15	4,8	66	21,3	226	72,9	18	5,8

TARTIŞMA

Sağlık alanında neoliberal dönüşüm kapsamında sunulan hizmetlerin piyasanın konusu yapılması hizmeti sunanlar ve alanlar açısından farklı etkiler yarattığı şüphesizdir. Bu bağlamda kamu, özel ve özerk kuruluşlarca verilen sağlık hizmetlerinde (aralarında rekabete dayalı bir ilişkisellik söz konusu iken) yeniden yapılandırılmaya gidilmesi

esasinda devletin yapısında meydana gelen bir değişim ve dönüşümün somut bir göstergesidir. Kamu hizmetlerinde bürokrasi ve yönetim-denetim sorunları çoğunlukla bir kamu hizmeti olarak algılanan sağlık hizmetlerinin kontrol yapılarında, sunumunda, örgütlenme yapısında ve hizmet sunanların yeterlilik ve etkinliklerinde vb. değişiklik yapılmasına zemin hazırladı. Bunun sonucu olarak Yeni Sağlık politikaları toplumsal

alanlara/ yaşamsal pratiklere daha çabuk nüfuz etti. Bu alanlardan biri olan sağlıkta da yeni politikaların hayat bulması kolaylaştı. Böylece pek çok tartışma ve kritik olmasına rağmen, devlet giderlerinde önemli bir bütçe yükü oluşturan sağlık giderlerinde kısıtlama yapılması ve bu politikaların uygulamaya devam etmekte olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin temel sorunlarından biri olan sağlık hizmetlerinin yapısındaki değişimler, bu hizmeti doğrudan sunan sağlık çalışanları arasında yoğun bir rekabet, iş güvensizliği, iş doyumsuzluğu, motivasyonu olumsuz yönde etkileme, hastaları hizmet alan bir aktör olarak görmeden ziyade müşteri gibi algılama, sıkı denetim ve kontrolün yarattığı stres, hizmet sürekliliğinden (çalışma süresinin uzunluğu) dolayı sağlık çalışanlarının sosyal ve kültürel yaşama yabancılaşması, aile yaşantılarında huzursuzluk yaşanması, kişi olarak kendilerinde ve mesleklerinde değer kaybı yaşayabilecekleri söylenebilir. Hizmet alan hastaların da uzun bekleme kuyruklarından kurtulmaları, doktor seçiminde bireysel tercihlerini kullanmaları gibi hasta hakları uygulaması hastane yönetiminin iktidar yapısındaki değişimi beraberinde getirecektir.

SONUÇ

1980'lerden itibaren sosyo-kültürel-ekonomik ve politik ve bireysel yaşamlar üzerinde yoğun etkileri hissedilen neoliberal politikaların sağlık kurumu üzerinde de etkileri tartışılmaz bir şekilde hissedilmeye başlandı. Sağlıkta yeniden yapılanma, sağlıkta dönüşüm ve sağlıkta reform gibi farklı adlarla ifade edilse bile, aslında bu ifadeler bu politik biçimin tezahürü olarak ortaya çıkmıştır.

Benzer biçimde yaşamsal pratiklere daha fazla nüfuz etmeye başlayan neoliberal ekonomi politikaların somutlaştırıldığı bu çalışma 2010 yılında yapılmıştır. İkinci (ÇDH) ve üçüncü hizmet basamaklarında (T.Y.İ.E.A.H.) görev yapan sağlık çalışanları (doktor, hemşire ve yardımcı personel) üzerindeki neoliberal çoklu etkilerin betimlendiği bu çalışmanın belli başlı sonuçları şu şekildedir.

Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri: Sağlık çalışanlarının %54,5'u kadın, %45,5'u erkek; 28-32 yaş aralığında olanların oranı %28,1; %77,1'i evli; iki çocuk sahibi olanların oranı %35,5; öğrenim durumları %23,2'sinin yüksekokul; doğum yerleri %26,5'nin büyük şehir (metropol)'dür.

Sağlık çalışanlarının ekonomik özellikleri: Sağlık çalışanlarının 1501-2000 arasında; %53,9'u ev sahibi; araba sahibi olanların oranı %67,7; yazlık sahibi olmayanların oranı %92,6'dır.

Sağlık çalışanlarının sosyo-kültürel özellikleri: Sağlık çalışanlarının %17,4'ü ayda bir defa sineme ve tiyatroya gitmekte iken %45,5'u ise sineme ve tiyatroya hiç gitmemektedirler. Sağlık çalışanlarının en fazla izledikleri film türü arasında romantik/komedi (%26,6) ilk sırada yer almakta; %71,9'unun kitap okuma alışkanlığı bulunmakta; %31,6'sının haftada birkaç saat kitap okuduğu; okudukları kitap türünün ağırlıkta roman (%29,3); her gün 1-2 saat bilgisayar kullandıkları (%37,1); her gün ortalama 1-2 saat televizyon izledikleri (%49,7); televizyonda çoğunlukla izledikleri programın haber ve tartışma olduğu (%43,4); yılda bir kez seyahat etme alışkanlıkları olduğu (%46,5); bireysel rahatlama yöntemi olarak

%16,5'inin evde uyumayı ve evde vakit geçirmeyi tercih ettikleri görülmektedir.

Yukarıdaki özelliklere bakıldığında T.Y.İ.E.A.H. ve Ç.D.H.'de sağlık hizmeti sunan doktor, hemşire yardımcı personelin sosyo-demografik; ekonomik ve sosyo-kültürel özellikleri bakımından orta sınıf (ve ortanın altı) özellikler taşımakta olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri: Sağlık çalışanlarının %33,9'u doktor; %39,4'u hemşire/sağlık memuru; %26,8 yardımcı hizmetli konumdadır. Yaptıkları meslekleri seçmelerinin nedeni %38,6'sının iş bulma kolaylığı; yaptıkları mesleklerden doyum almayanların oranı %52,3; hissettikleri en önemli mesleki sıkıntıları %15,7 iş yoğunluğu; meslekteki çalışma süreleri 2-6 yıl aralığında olanların oranı %23,9; sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı %64,8 memur kadrosunda; %56,1'nin mesleki bir sivil topluma üye oldukları, %38,1'nin sendikaya üye oldukları görülmektedir.

Sağlık çalışanların uygulanan neoliberal sağlık politikalarının insan/toplum sağlığı açısından yararlı /zararlı bulup bulmadıklarına ilişkin şu veriler saptanmıştır: GSS'nı insan/toplum sağlığı açısından yararlı bulmayanların oranı %50,0 iken zararlı bulmayanların oranı %77,1'dir. Aile Hekimliği'ni yararlı bulmayanların oranı %62,9; zararlı bulmayanların oranı %61,3'dir. Tam Gün Yasası (TGY)'ni yararlı bulmayanların oranı %79,7; zararlı bulmayanların oranı %57,1'dir. Performansa Dayalı Ücretlendirme sistemini yararlı bulmayanların oranı %31,3; zararlı bulmayanların oranı %36,5'dir. Toplam Kalite uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %66,5; zararlı bulmayanların oranı %77,7'dir.

Sağlık çalışanların uygulanan neoliberal sağlık politikalarının kendileri açısından yararlı /zararlı bulup bulmadıklarına ilişkin veriler ise şu şekildedir: GSS'nı kendileri için yararlı bulmayanların oranı %68,1 iken zararlı bulmayanların oranı %73,9'dür. Aile Hekimliği uygulaması yararlı bulmayanların oranı %74,2; zararlı bulmayanların oranı %58,4'dir. Tam Gün Yasası (TGY)'ni yararlı bulmayanların oranı %83,9; zararlı bulmayanların oranı %50,0'dir. Performansa Dayalı Ücretlendirme sistemini yararlı bulmayanların oranı %78,4; zararlı bulmayanların oranı %36,5'dir. Toplam Kalite Uygulaması'nı yararlı bulmayanların oranı %73,5; zararlı bulmayanların oranı %72,9'dir.

Yeni uygulamaya sokulan sağlıkta yeniden yapılanmanın beş bileşeni açısından genel bir değerlendirme yapıldığında; uygulamaya yeni başlayan sağlıkta yeniden yapılanmanın hem genel toplum sağlığı hem de kendileri için yararlı/zararlı bulma bakımından birbirine yakın bir dağılım göstermektedir. Bu durum mevcut kurumsal düzenlemelerde yeni getirilen pratiklerin/değişimlerin henüz tam anlamıyla yerleşmediğini ve getirilen uygulamaların yeterince sağlık çalışanları tarafından algılanamamış olduğu ile açıklanabilir. Fakat orta sınıf özelliği gösteren bir mesleği icra eden 'doktorlarda' bu etkiler daha yoğun hissedilirken (yapılan yüz yüze görüşmelerde saptanan bir eğilim), 'hemşireler' de iş yükünün artması ve yapılan kontrollerin ve denetimlerin daha sıkı olmasından dolayı iş yükünün artması ve motivasyonlarının azalması ve çalışma sürelerinin uzunluğundan dolayı yoğun bir şekilde etkilendikleri; 'yardımcı hizmetlilerin' ise bu uygulamalardan haberdar olmadıklarından ve çalışma

sistemlerinde herhangi bir değişiklik yaratmadığından dolayı hiç etkilendirmedikleri söylenebilir. Buna ek olarak yüz yüze yapılan görüşmelerde doktorların en fazla rahatsız oldukları yeni uygulamalardan ikisi Performansa Dayalı Ödeme (PDÖ) ve Tam Gün Çalışma Sistemi'dir. Doktorlara göre PDÖ sağlık hizmetinin niteliğini azaltan ve doktorluk mesleğinin de değerini azaltan bir uygulamadır. Ayrıca kendi meslektaşları arasında yoğun bir rekabet yaratacağından dolayı çatışma ve çelişkiler yaşanabilecektir. Bu uygulamanın bir devamı niteliğinde olan Tam Gün Çalışma sisteminde ise iş yükünün artmasından dolayı iş ve çalışma verimsizliği olacaktır. Ayrıca sağlık personeli üzerinde rekabet kültürüne yol açabilecek ve hizmetin niteliğinde bozulma ve insan ilişkilerinde çelişki ve çatışma gibi olumsuz sonuçlar yaratabilecektir.

KAYNAKÇA

- Acuner, T. (1998). *Toplam kalite yönetiminde insan faktörü ve bir model önerisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Büyükköztürk, Ş. (2007). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (8. Basım). Ankara: Pagem Yayıncılık.
- Elbek, O. Adaş, E.B. (2009). Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), 33-43.
- Gedikli, O. (2011). Bu politikalarla sağlıktaki sorunlar çözülmez. *Türkiye Ortadoğu Gazetesi*.
- Harms B. J. (2007). Neoliberalism and social imbalance: higher education in Missouri. In Harland Prechel (Eds.), *Politics and Neoliberalism: Structure, Process and Outcome* (First ed., pp. 61-83). USA:Texas.
- OECD ve IBRD/DÜNYA BANKASI (2008). Sağlık sistemi incelemeleri. Türkiye.
- Özkök, Ö. (2010). *Müdahaleci devletten piyasa ekonomisine değişen refah devleti anlayışı*. Yayınlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Perçin, S. (1996). *Hizmet sektöründe toplam kalite yönetimi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Prechel, H. and Harms, B. J. (2007). Politics and neoliberalism: theory and ideology. In Harland Prechel (Eds.), *Politics and Neoliberalism: Structure, Process and Outcome* (First eds., pp. 3-17). USA:Texas.
- Scott-Marshall, H. (2007). Work-related insecurity in the new economy: evaluating the consequences for health. In Harland Prechel (Eds.), *Politics and Neoliberalism: Structure, Process and Outcome* (First eds., pp.22-60), USA: Texas.
- Sevim, İ. (2006). *1980 sonrası uygulanan yeni liberal politikaların sağlık sektörüne etkisi Türkiye örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şahin, S.G. (2006). *Türkiye'de yeni kamu yönetimi anlayışı ve sağlık hizmeti*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Şimşek, M. (2000). Toplam kalite yönetiminin amacı ve felsefesi. *Standart Dergisi*, Sayı: 468 (Aralık 2000b), 20-21.
- Yılmaz, N. (2008). Aile hekimliği; sağlığa geriye gidişin öyküsü. *Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı*, 2008 (1), 4-5.

Derleme

SOSYAL HİZMETTE KANITA DAYALI UYGULAMALAR: SOSYAL HİZMET EĞİTİMİ AÇISINDAN İRDELENMESİ¹

Evidence-Based Practice in Social Work: Examination for Social Work Education

Yasemin ÖZKAN*
Elif GÖKÇEARSLAN ÇİFCİ**

*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

**Yrd. Doç. Dr., Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Kanıt dayalı uygulama tıp alanında kullanılan ve sosyal hizmet alanında son yıllarda önemi daha çok fark edilmeye başlayan yeni bir paradigmadır. Bu paradigma sosyal hizmet uygulamalarında daha etkili kararlar verebilmek için kanıtın önemi üzerinde durmaktadır. Kanıt dayalı uygulamanın temel vurgusu, alan ile

uygulama arasındaki kopukluğu azaltabilecek yöntemleri içinde barındırmasıdır. Sosyal hizmet uzmanları karar verme süreçlerinde çoğunlukla daha tecrübeli meslektaşlarından, hocalarından ya da kişisel tecrübelerinden faydalanmaktadır. Bu yöntemlerin doğru kararlar verebilmek için yeterli olmadığı düşünülmektedir. Kanıt dayalı uygulama becerisinin lisans eğitiminde ve özellikle araştırma metodlarının iyi bir şekilde öğretilmesi ile kazandırılması ve bu becerinin yaşam boyu öğrenme yolu ile pekiştirilmesi hedeflenmektedir. Bu çalışmada kanıt dayalı uygulamanın önemi, ortaya çıkma nedenleri, sosyal hizmet eğitimi için olası faydaları, sınırlılıkları ve eğitimde kullanımına ilişkin bir örnek üniversitenin programı incelenmiş ve gerek dünyada gerekse ülkemizde bu yeni paradigmanın yaygınlaştırılması amacıyla önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Kanıt dayalı uygulama, sosyal hizmette kanıt dayalı uygulama, kanıt dayalı uygulamanın sınırlılıkları, sosyal hizmet eğitimi kanıt dayalı uygulamalar.

ABSTRACT

Used in medical and social work, the evidence-based practice is a new paradigm began to be noticed important in recent years. This paradigm dwell upon an importance of evidence in order to make an effective decisions in social work practices. The main emphasis on the evidence-based practice include many methods to reduce the disconnect between the theory and the practice. The social workers benefit from the more experienced colleagues, academic staffs or their personal experiences during the decision-make process. Unfortunately, these methods are not sufficient to make a valid decisions. The evidence-based skill is to gain in the undergraduate training and especially in the research methods. Besides this skill is planned to strengthen by the way of life-long learning. It this study the importance of evidence-based practise, possible benefits for social work

1 Bu çalışmanın bir bölümü 16-17 Şubat 2012 tarihinde düzenlenen "Avrupa'da Sosyal Hizmet Eğitimi: Güncel Gelişme ve Tartışmalar" isimli Uluslararası Seminerde sunulmuştur.

education and its limitations, and used programme in the sample university is analyzed and investigated. Thus some suggestions were made for promoting the new paradigm both in the world and especially in our country.

Key Words: *Evidence-based practice, evidence-based social work, limitation of evidence-based practice, evidence-based practice in social work education.*

GİRİŞ

Kanıt dayalı uygulama son yıllarda sosyal hizmette ve psiko-sosyal disiplinlerde yaygın olarak kullanılan bir terim ve aynı zamanda yeni bir paradigmadır (Adams ve diğerleri, 2009). *Kanıt dayalı uygulama* (KDU), sosyal hizmet uzmanlarının sunmuş oldukları hizmetin kalitesini artıracak ve onlara mesleki kariyerleri boyunca araştırma-temelli uygulamaları takip etmelerinde yardımcı olacak ve böylece de mesleğin kredibilitesini artıracak sosyal hizmet eğitimi ve uygulaması için yeni bir paradigmadır (Howard ve diğerleri 2003).

Flexner, 1915 yılında meslek olarak sosyal hizmeti tartışmaya açarken, uygulamada kullanılan bilginin araştırma temelli olması gerektiğini belirtmiş (2001; Polat 2007); Jane Addams (1911) sistematik veri toplama ve verilerin işlenmesi sürecinin, birey ve toplumla etkili bir şekilde çalışmada oldukça önemli olduğunu ifade etmiştir (Adams, 2005: Akt: Polat 2007).

Len Gibbs (2003) sosyal hizmette kanıt dayalı uygulamayı ilk ele alan yazarlardan biridir ve kanıt dayalı uygulamayı şu şekilde açıklamıştır:

“Kanıt dayalı uygulamacılar, öncelikle müracaatçıların faydasını

gözönüne alarak, yaşam boyu öğrenim sürecini benimserler. Bununla birlikte müracaatçının sorununun çözümüne yönelik özel soruları kapsayan ve her bir soru ile ilişkili en iyi kanıt ulaşmak için etkin ve objektif araştırmayı gerçekleştirirler ve son olarak da kanıt tarafından yol gösterilen en iyi uygulamanın gerçekleştirilmesini sağlarlar.”

Yukarıda belirtilen tanıma örnek oluşturabilecek soru ve cevaplar aşağıda verilmiştir.

Soru: Cinsel istismara uğrayan ve korunma altına alınan çocuğun tekrar ailesi ile buluşması sürecinde uzmanın risk değerlendirmesi nasıl olmalı?

Cevap: Sosyal hizmet uzmanı vaka çalışmaları ve konuyla ilgili nicel araştırma sonuçlarını inceleyerek en iyi ve etkin uygulama yöntemini benimseyebilir.

Gibs'in belirttiği gibi, kanıt dayalı uygulama bir müdahale değil bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Daha da ötesi bu uygulama pratik sonuçların üretilmesi anlamına gelen yaşam boyu devam eden bir süreçtir.

Sosyal hizmet, mesleki eğitim ve uygulama söz konusu olduğunda diğer yardımcı mesleklerdeki gibi bilimsel kanıtın eksikliği ile ilgili pek çok paylaşımda bulunmaktadır (Howard & Jenson, 2003). Bu durum çoğu zaman tıptaki uygulamalarda da görölmektedir (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992: 2420; Howard ve diğerleri, 2003).

Doktorların elinde tanı koymadan önce, doğru tanıya ve tedaviye ulaşmak için pek çok veri bulunmaktadır (çeşitli tahliller, röntgen filmi, emar vb). Buna rağmen her zaman doğru teşhis ve tedaviye ulaşılammaktadır. İşte bu nedenle

1990'lı yıllar sonrasında tıp biliminde hastaya daha iyi hizmet vermek amacıyla kanıta dayalı uygulama benimsenmeye başlanmıştır. Bu noktadan hareketle sosyal hizmet uzmanının doğru karar verebilmesi için bilgi, deneyim ve sezgilerinden başka somut bilimsel kanıtlara ihtiyacı olacaktır. Ölçekler, daha önce yapılmış etkili uygulamalara ulaşma imkânı vb kaynaklar, sosyal hizmet uzmanının daha güvenilir uygulama yapabilmesine yardımcı olacaktır.

Sosyal Hizmette Kanıta Dayalı Uygulamanın Önemi

Diğer mesleklerde olduğu gibi sosyal hizmet uzmanları da, iyi kararlar verebilmek için bilgiye gereksinim duyarlar. Sosyal hizmet uzmanları, bilgiye hem yapacakları müdahalelerinde başarı olasılıklarını artırmak hem de başarılı olup olmadıklarına karar verebilmek için ihtiyaç duyarlar. Sosyal hizmet uzmanları ihtiyaç duydukları bilginin bir kısmını lisans ya da yüksek lisans programlarından formel eğitim yoluyla, sürekli eğitim programlarına devam ederek ya da mesleki dergi ve kitaplardaki makaleleri okumak yoluyla elde ederler (Yegidis ve Weinbach, 2005: 3).

Amerikan Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi (Sosyal Hizmet Lisans ya da Yüksek Lisans Akreditasyonundan Sorumlu) sosyal hizmet müfredatında araştırma eğitiminin önemini vurgulamıştır. Eğitim programı ya da akreditasyon standartları, (Sosyal hizmet Eğitim Konseyi, 2002) lisans ve yüksek lisans eğitim programlarının her ikisinde de araştırmacı bir içerik ya da becerilerin düşünülmesi gerekliliği üzerinde durmaktadır. Sistem ne olursa olsun öğrencilere en iyi öğretim yönetimi olarak araştırmayı kurgulamaktadır (Yegidis ve Weinbach, 2005: 3).

Temel bir araştırma kurgulamak, geniş ölçüde konuşmak, tartışmak ve savunmayı gerektirir ve buna yönelik temel becerileri kapsamaktadır. Araştırma bilgisi kanıta dayalı uygulamadır; açık yargılayıcı ve karar vermede kanıtın kullanımını mümkün kılar. Bilindiği gibi bilimsel kanıtlar alandaki uygulamalar için bulunmaz gibi görünmekle birlikte aslında müracaatçı sistemine uyarlanırken pek çok kusura sahip olabilir. Örneğin; okulda erken cinsel ilişki sonucu oluşan hamilelikleri önlemek için verilecek cinsel eğitimler sırasında gençlere prezervatif ve doğum kontrol haplarının dağıtılması Avrupa'da iyi uygulamalar arasında görülürken ülkemiz açısından uygun olmayabilir.

Kanıta dayalı uygulama modeli, sosyal hizmet için yeni bir model gibi görünmesine rağmen aslında bu modelin tarihi sosyal hizmet mesleğinin kendisi kadar eskidir. Mary Richmond, sosyal hizmet uygulamasına ilişkin yeni ufuklar açan yazısında birey ve gruplarla sosyal refah alanında doğrudan uygulama yapmada bir rehber olarak araştırmaların kullanımını tartışmıştır (Rubin ve Babbie, 2008)

Sosyal hizmet tarihinin ilk dönemleri boyunca bilimsel temelli yardım arayışlarına ihtiyaç duyulmuştur. Bu ihtiyaca rağmen sosyal hizmet araştırma ve uygulaması arasındaki mesafe gerçek anlamda 20.yy' da fark edilmiştir. Ayrıca araştırmalar, sosyal hizmet uzmanlarının, araştırma temelli çalışmaları hem uygulamada hem de bilgi anlamında çok nadir kullandıklarını göstermektedir. Sosyal hizmet uzmanları araştırma temelli çalışmalar yerine geleneksel kaynaklar (tecrübeli meslek elemanları) ve danışman, süpervizör gibi otoritelere güvenmeyi tercih etmişlerdir (Mullen ve Bacon, 2004; Rubin ve Babbie, 2008: 23).

Araştırma ve uygulama arasındaki kopukluğa ilişkin kaygı 1970'ler boyunca artmıştır ve bunun sonucunda doğrudan sosyal hizmet uygulamasının etkinliği azalmıştır. Bu görüşler, sosyal hizmet uzmanlarının araştırma sonuçlarından faydalanma konusundaki sorunlarıyla birleşerek 1970'li yıllar boyunca Amerika'da ulusal düzeyde toplantılar düzenlenmesini teşvik etmiştir. Bu toplantıların düzenlenmesindeki temel amaç; araştırma ve uygulama arasındaki boşluğu gidermek için bir köprü oluşturma konusunda çaba sarf etmek ve aynı zamanda sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarına rehberlik edebilecek araştırma bilgisinin kullanılması konusundaki düzenlemeleri önermektir. Yani kısacası sosyal hizmet uygulamalarında daha fazla kanıtın kullanılmasını sağlamaktadır (Rubin ve Babbie, 2008: 23).

1970'li yıllar boyunca hem Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi (CSWE) hem de Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) önemli bir çaba harcamış ve araştırmaların üretimi ve bunların uygulamada kullanılmasıyla ilgili problemleri incelemişlerdir. NASW ve CSWE yöneticileri, uygulayıcı grupları ve akademisyenleri toplantıya çağırmıştır. Bu toplantıda sosyal hizmet uzmanlarının araştırma raporlarını niçin okumadığı, literatür bilgisini niçin kullanmadığı ve araştırma bulgularını uygulama yöntemleri üzerinde niçin kullanmadıkları konusunda sorular sormuşlardır. NASW ve CSWE, hem uzmanları hem de araştırmacıları (akademisyenler) araştırma ve uygulama arasındaki kopukluktan sorumlu tutmuşlardır. Tüm bu tartışmalar sürerken her iki tarafta üretilen bilgi konusunda güvensizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle uzmanlar, akademisyenlerin sosyal hizmet uygulamasına ilişkin gerçekleri

kavrayamadıklarını gözlemlediklerini ifade etmişlerdir. Çünkü akademisyenlerin uygulamada gereken bilgileri üretmekten ziyade kendi kariyerlerini geliştirme konusunda daha fazla istekli oldukları algılanmıştır (Yegidis ve Weinbach, 2005: 4).

Sonuç olarak, bugün akademisyen grup gerçekleştirdikleri araştırma bulgularını (bunların çoğu çok az uzman tarafından algılanabilecek ve alan çalışmasında uygulanabilecek özelliktedir) sunmaya eğilimlidir. Buna bir yanıt olarak, araştırmacılar pek çok sosyal hizmet uzmanının araştırma bilgisi eksiklikleri ve araştırmaya duydukları ilgi konusundaki genel isteksizliklerine ilişkin yaşadıkları hayal kırıklıklarını ifade etmişlerdir. Akademisyenler, sosyal hizmet uzmanlarının, üretilen araştırma bilgilerinin, bu bilgileri gerçeklikle örtüşmediğinden ve uygulamada zaman zaman yanlışlıklara sürükleyebileceğinden dolayı reddetme eğilimde olduklarını belirtmişlerdir ve aynı zamanda uzmanların araştırma bilgisini kullanma konusunda sıkıntılı ya da araştırmaların çok soyut olduğuna ilişkin düşünceleri olduğunu iddia etmişlerdir (Yegidis ve Weinbach, 2005: 4).

Maalesef bu güne kadar, lisans sonrası sosyal hizmet eğitimi alan uzmanlar bilimsel bulguları önemseyen ve bu bulguları tanımlayan, değerlendirme ve uygulama için gerekli becerilere sahip olan yaşam boyu öğrenmeyi sistematik olarak üretmemiştir (Mullen & Bacon, 2003; Howard ve diğerleri, 2003: 236).

Kanıt dayalı uygulama niçin ortaya çıkmıştır?

Trinder (2000) kanıt dayalı uygulamaları ortaya çıkaran ve gelişimini hızlandıran önemli faktörleri şu şekilde sıralamaktadır (Morago, 2007):

Bilgi teknolojisinin ilerlemesi

Bilgi teknolojisindeki hızlı ilerlemeler tıp ve diğer bilimlerdeki büyük miktarlardaki bilimsel bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmıştır. Bu konuda çok sayıda elektronik database ve organizasyonlar, örneğin Cochrane Collaboration gibi, sağlık profesyonelleri ve hizmet kullanıcılarına birçok araştırmacının araştırma bulgularına, uygulama sonuçlarına ulaşmalarına yardımcı olmaktadır.

Risk Toplumu

Toplumsal yapıdaki değişiklikler, kazalar, felaketler bireylerin daha çok ve hızlı müdahaleye ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Bu durum risk değerlendirmesi, risk yönetimi gibi uygulamaların önemini artırmıştır. Sosyal hizmet uygulamalarında, insani ilişkilerde iyileştirici becerileri kullanmak yerine asıl ihtiyaç ve riskleri ölçüp ona göre çözüm paketleri kullanan vaka yöneticilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Üç E: Ekonomi, etkinlik, etkililik

Son on yıl içinde kurumlar bünyelerinde, “yeni yönetim” olarak bilinen bir yapıya sahiptirler. Bunun temel prensibi hizmetlerin ulaştırılmasında, etkinlik, etkililik ve kaynakların dağıtımındaki ekonomi yani tasarruftur. Bu altyapı karşısın kanıta dayalı uygulamaların temel vurgusu ise etkili ve kanıtlanmış müdahalelerin sınırlı kaynakların dağıtılmasında usule uygun olmayı sağlamasıdır. Bu durum yeni paradigmanın popülerliğine katkı sağlamaktadır.

Tüketici hakları

Hizmet kullanıcılarının haklarının geliştirilmesi, hizmetlerin hesap verilebilir olması ve kalitesi, modern toplumun

karakteristiklerinden biridir. Tüketici hakları üzerine bu vurgu kanıta dayalı uygulamanın iki prensibini yansıtmaktadır: Hizmet kullanıcılarının hakları hizmetlerin mümkün olduğunca etkili bir şekilde verilmesini sağlar ve kanıta dayalı karar verme sürecinde tüketicinin değerleri ve tercih hakkının kaynaşmasına yardımcı olur.

Araştırma ve mesleki uygulama arasındaki boşluk

Ramsey ve meslektaşları bilgi ve meslek elemanlarının kendi sezgi ve deneyimleri arasında negatif bir ilişki bulmuştur.

Araştırma ve uygulama arasındaki uyumun sağlanabilmesi için oluşturulan dört yükümlülük

Araştırmacının faydalılığını/kullanılabilirliğini artırmak, araştırma ve uygulama arasındaki bazı gerilimleri çözmek için Kirk (2006; Akt: Yegidis ve Weinbach, 2005:5) sosyal hizmet araştırması için 4 tane yükümlülük belirlemiştir:

1. Araştırma bulguları, uygulama ile ilişkili olmalıdır. Açıkça bu hala her durumda geçerli değildir.
2. Uygulama için spesifik yaklaşımlar araştırma raporlarında bulunmalıdır. Geçmişte pek çok araştırmacı bulguları yalnızca birbirleriyle konuşmuş ve bilgiyi yaymayı ihmal etmişlerdir. Sosyal hizmet uzmanları bulguları yorumlama becerisinden yoksunsa araştırma bulgularını konuşarak paylaşmak onlar için çok daha kolay olacaktır.
3. Araştırma bulguları yaygınlaştırılmalıdır. Görmediği ya da duymadığı bir bilgiyi alandaki sosyal hizmet uzmanı hiçbir şekilde kullanamaz. Mesleki dergilerin bilgiyi

yaygınlaştırma konusunda temel bir araç olarak varlığını sürdürmesine karşın, kesinlikle bu dergiler tek başına yeterli değildir. Araştırma bulguları içeren seminerler ve çalıştaylar, internet, araştırma sunumları, eğitici videolar ve diğer işitsel araçlar yoluyla bu bulgular paylaşılabılır.

4. Sosyal hizmet uzmanları araştırma bilgisine dayalı uygulama davranışlarını değiştirmek ve değerlendirmek için hem beceri hem de motivasyonun her ikisine de sahip olmalıdırlar.

Bunu başarmak için sosyal hizmet uzmanları, araştırma bulgu ve araştırma yöntemlerini eleştirel bir biçimde değerlendirecek bilgiye sahip olmalıdırlar. Bu bilgiyi anlama becerisi bir süre sonra adeta uzmana satırlar arasındaki bilgiyi anlama becerisi kazandıracaktır.

Araştırma bilgisine dayalı uygulamalar gerçekleştirmek için pek çok kaynağa başvurulması gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, iyi tasarlanmış bir araştırma üzerinde güçlü değerlendirmeler yapabilmeyi öğrenirlerse, elde edilen bulguların değerlendirilmesine olan inançları da daha güçlü olacaktır. Dolayısıyla kusurlu yöntemlere sahip araştırmalar ve bu bulguların sonuç ve yöntemlerine şüpheyle yaklaşacaklardır. Buradaki motivasyon, insana yönelik hizmet organizasyonlarının tüm düzeylerinde, desteklemesi için gereken kararlarda araştırma bilgisini kullanan sosyal hizmet uzmanı yetiştirmektedir.

Kanıtı Dayalı Uygulamada Örnek Adımlar

Kanıtı dayalı uygulama birkaç prensip ve adımlardan oluşmaktadır. Aşağıda kanıtı dayalı uygulamanın beş adımı özetlenmiştir (Sackett ve diğerleri,

2000; Raines 2010'dan uyarlanmıştır) beş adımda kanıtı dayalı uygulamanın adımlarını tanımlamıştır.

1. Hizmet kullanıcısı/müracaatçıların ihtiyaçlarına dayalı cevaplanabilir sorulara odaklanmak. Soruların bilimsel literatüre dayalı bilgilerle formüle edilmesi anlamına gelir. İyi bir soru, müracaatçıya yardım edilecek tüm müdahale yöntemlerine açık olmalıdır.
2. Önceden çerçevesi çizilmiş soruları vurgulamak amacıyla en iyi araştırma kanıtlarının literatürde incelenmesi. Literatür incelemesi Eric ve PsycINFO gibi bilimsel veri tabanlarını araştırma becerisini elde etmeyi gerektirir. Uzmanların alana çıkmadan önceki eğitimleri sırasında bu becerilerle tanışması beklentisi vardır. Maalesef bu beceri sürekli olarak akademisyenlerden beklenmektedir.
3. Kanıtın değerlendirmesi. Geçerli ve güvenilir kanıtlar için eleştirel değerlendirmeyi kapsar ve bilimsel güç düzeyini dikkate alma anlamına gelir. Bilimsel açıdan en iyi ve en güçlü kanıtı ulaşabilmek için doğru bir araştırma bilgisi (bilimsel bilgi ve yöntem, analiz, yorum) ve becerisine sahip olmak. Aslında günümüzde sosyal hizmet uzmanlarının kullanabilecekleri çok sayıda ve nitelikli elektronik ortam değerlendirme araçları mevcuttur (SPSS vb).
4. Hizmet kullanıcısı/müracaatçının değerleri ve tercihleri ile klinik tecrübelerden elde edilen bulguları bütünleştiren politik kararlar ve klinik uygulamada kanıtın kullanılmasını içerir. Kanıtın uygulanması ve uyarlanması, örneğin müracaatçının; yaşı, cinsiyeti vb. özelliklerine uygun olacak müdahaleleri gerçekleştirmektedir.

Bu tür uyarlamalar, kullandığımız dilin müracaatçının kullandığı dille örtüşmesini ya da müracaatçının anlayışına yardımcı olabilecek şekilde aktarımlarımızı içerir.

5. Alanda kabul gören başarı kriterleri ve bu kriterlerin geliştirilebilmesi için planlı bir yeniden değerlendirme yolu ile etkinlik ve etkililiğin değerlendirilmesi.

Bu alan belirli etik yargılama ve değerlere sahip olduğu ve insana yönelik hizmetlerde kullanılacağı için yoruma açıktır ve müracaatçının sorununa çok boyutlu bir şekilde bakılmalı bu nedenle matematiksel ya da istatistiksel olarak doğru görülen her kanıt doğrudan uygulamada kullanılmamalıdır.

Sosyal Hizmet Eğitiminde Kanıt Dayalı Uygulama: Washington Üniversitesi Örneği

Özellikle birleşik devletler Kanada, İngiltere ve Avustralya'da kanıt dayalı uygulamanın hızlı gelişimine tanıklık yapmaktayız. İngiltere'de Exeter ve Plymouth Üniversitelerinde 1997 yılında kurulan Sosyal Hizmet Temelli Kanıt Merkezi (CEBSS, www.ex.ac.uk/cebss), araştırmalar ve politika ile uygulama ve eğitim arasındaki boşluğu giderecek bir köprü oluşturmak amacıyla bu kurumlar arasındaki mükemmel işbirliği örneği olarak gösterilmektedir. Benzer merkezler Avustralya'da da kurulmuştur (Australian Centre for Evidence-Based Clinical Practice, <http://www.acebcp.org.au/> and the Joanna Briggs Institute, <http://www.joannabriggs.edu.au/about/about.php>) ve Amerika Birleşik devletlerinde de çeşitli sayıda enstitü bulunmaktadır. Tüm bu merkezler üniversiteler ile ilişkilidir. Günümüzde sosyal müdahalelerin

yürütülmesi ve değerlendirilmesinde etkilidirler. Cochran Collobration (<http://www.cochrane.org/index0.htm>), sosyal hizmet alanıyla ilgili sistematik olarak hazırlanmış çok sayıda bilimsel makaleyi basmaktadır. Sosyal müdahale alanındaki organizasyona kardeş olarak gösterebileceğimiz bir diğer organizasyon ise Campell Colaboration (<http://www.campbellcollaboration.org/>), Bandolier databasedir (<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/index.html>).

2003 yılında İngiltere'de Oxford Üniversitesinde sosyal hizmette kanıt dayalı uygulamada ilk master derecesi verebilecek program başlatılmıştır. Çok kısa bir süre sonra, Haziran 2004'te Kanıt Dayalı Sosyal Hizmet Dergisinin (Journal of Evidence Base Social Work) ilk sayısı yayımlanmıştır (<http://www.haworthpress.com/web/JEBSW>). Sosyal bakım alanında kanıt dayalı uygulamalar Anglo-Saxon bir fenomen olarak algılanmasıyla birlikte aslında bunun önemi diğer bölgelerde de giderek varlığını göstermiştir. Örneğin İskandinav ülkeleri ve Hollanda'da olduğu gibi Nordic Campbell Center (<http://www.sfi.dk/sw1270.asp>), özellikle sistematik bilimsel yazılar üreterek kanıt dayalı araştırma bilgisini yaygınlaştırmıştır. Bu çalışmalar 2002 yılından beri İskandinav ülkelerinde ve 2004 Ekiminden beri İsviçre'de Kanıt Dayalı Sosyal Hizmet Uygulama Enstitüsü (IMS, <http://www.sos.se/socialtj/cus/cuse/imse.htm>) gibi merkezler resmi olarak uygulamalara başlamıştır. Hollanda da hükümet ve hizmet kullanıcıları, artan bir şekilde sosyal hizmetlerin etkinliklerinin ölçümü ve sonuçlarının değerlendirilmesini istemektedirler (Mullen and Streiner, 2004; Morago, 2006: 468). Verwey-Jonker Enstitüsü (<http://www.verwey-jonker.nl/>)

son on yılda sosyal konularda yapılan araştırmaların değerlendirilmesini teşvik etmektedir. Ayrıca kanıta dayalı uygulamalar için pek çok veri tabanı (California Evidence- Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC), The Community Guide (CDC), Center for the Study and Prevention of Violence, EBP Substance Abuse Database, The Evaluation Center's EBP Metabase, Matrix of Children's Evidence- Based Interventions, National Cancer Institute: Research- Tested Intervention Programs, National Registry of Evidence- based Programs and Practices (NREPP), Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents: Examples of Research- Based Drug Abuse Prevention Programs) bulunmaktadır (<http://www.socialworkpolicy.org/research/evidence-based-practice-2.html>).

Türkiye'de kanıta dayalı uygulamayı doğrudan bize hatırlatan bir araştırma enstitüsü ya da doğrudan üniversite lisans, yüksek lisans, doktora programı olmamakla birlikte dolaylı olarak araştırma destekli kanıtlar üretecek üniversite bünyesinde kurulmuş ya da çeşitli kurumlar tarafından desteklenen araştırma merkezlerinden bahsedilmektedir.

Uluslararası platformda kanıta dayalı uygulamayla ilgili çeşitli araştırma enstitüleri ile kurumların dağılımına baktıktan sonra Amerika Birleşik Devletlerinde, kanıta dayalı yüksek lisans programını benimsemiş bir üniversite eğitimini irdeleyeceğiz.

Amerika'da çok az üniversitede müfredat programları kanıta dayalı uygulamaları destekleyici tarzda değiştirilmiştir (Mullen, 2004). Bu değişimi gerçekleştiren bölümlerden biri de Washington Üniversitesi'nde bulunan George

Warren Brown Sosyal Hizmet Bölümü'dür. Bu bölüm son zamanlarda üniversite eğitiminden mezun olmak için iki yaklaşımdan biri olarak kanıta dayalı uygulamayı benimsemiştir (Mullen, 2004). Burada benimsenen yeni yaklaşım, tüm araştırma derslerinde akademisyenlerden, öğrencilere kendi alanlarında bilimsel olarak en iyi araştırılmış olan müdahaleleri öğretmelerini istemektedir. Ayrıca, akademisyenler, özel uygulama alanlarındaki ana kuramları, politikaları ve müdahaleleri destekleyen kanıtların miktarı, kalitesi ve tipi hakkında öğrencilerin bilgilendirilmesi gerektiği konusunda fikir birliğine varmışlardır. Bu amaçla, sosyal hizmet okulunda kanıta dayalı uygulamayı benimseyen bir müfredat programı hazırlanmıştır. Bu hedefler bağlamında, ilgili müfredatın değiştirme işine girilmiş ve müfredat hedefleri ile tutarlı yeni ders içerikleri ve saha uygulamaları programa yerleştirilmiştir (Howard ve diğerleri, 2003: 241).

Bu hedefler öğrencilere; a) Kanıta dayalı uygulamanın öneminin öğretilmesi, b) kanıta dayalı müdahalelerin nasıl seçileceğinin aktarılması, c) kanıta dayalı teori ve politikaların öğretilmesi, d) Kanıta dayalı müdahalelerin öğretilmesi e) Kanıta dayalı uygulamaların uyarlanması, f) Uygulamanın değerlendirilmesi, g) Uygulama yaparken kanıta dayalı metotların kullanılması için gerekli olan becerilerin öğretilmesi, h) Uygulama sorularının tanımlanması, ı) İlgili kanıtların tespit edilmesi, j) Kanıtların eleştirel değerlendirilmesinin yapılmasıdır (Howard ve diğerleri, 2003: 242).

Kanıta dayalı uygulama müracaatçılının faydasına olacak biçimde karar almada var olan en iyi kanıtın vicdani ve yerinde kullanımını vurgulayan bir uygulama ve eğitim felsefesi olarak ortaya

konulmuştur. En iyi kanıt, mikro uygulamalardan makro uygulamalara geçişin sağlanmasıdır. Örneğin akran zorbalığının okullarda yaygın bir davranış olduğu yapılan araştırmalarda ortaya çıkmış ve bu konuyla ilgili araştırma sonuçlarına göre çeşitli müdahaleler geliştirilmiştir. Bu davranışın yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalar sonucunda Milli Eğitim Bakanlığı, akran zorbalığı konusunda ülke çapında programlar oluşturmuştur.

Kanıt Dayalı Uygulama Modeli

Kanıt dayalı uygulama üç sac ayağı üzerine kurgulanmaktadır.

Şekil 1'de kanıt dayalı uygulamaları kavramsallaştırma biçimi şematize edilmiştir. Yukarıdaki şekilde kanıt dayalı uygulamadaki üç tanımlama uygun zamanda en uygun kanıtın kullanımını kapsayan yargılardan oluşan karar verme sürecini basit bir temelde aktarmıştır.

Temel düzeyde kanıt dayalı sosyal hizmet, uygulama yapmanın bir yolundan daha fazla bir şey değildir. Bu süreç ön değerlendirme, müdahale ve son değerlendirmeyi kapsar. Örneğin; bugün hasta bakımına ilişkin kararlarda en iyi kanıt; akılcı, açık ve yargılayıcı olmalıdır. Müracaatçı ya da hastaların değerleri ile klinik uzmanlık en iyi kanıtın bütünleşmesidir.

Şekil 1'de belirtilen sosyal hizmet uzmanının tecrübesi klinik becerilerinin yeterliliğini kapsar. Ayrıca geçmiş tecrübelerle birlikte her bir hastanın sağlık durumunda tanı, bireysel riskler ve avantajlar, potansiyel müdahaleler ve kişisel değerler ile beklentileri karşılayan ve tüm bunlar konusunda yeterli beceriye gereksinime vurgu yapar (Grinnell ve Unrau, 2008: 509).

Kanıt Dayalı Uygulamanın Sınırlılıkları

Kanıt dayalı uygulama, sosyal hizmet mesleki eğitimi için gelecek vaat eden bir alan sunmaktadır. Ancak, kanıt dayalı bir uygulama müfredatı başarılı bir biçimde uygulanmadan önce bazı önemli konular ve genel endişeler dikkate alınmalıdır.

1. Kanıt dayalı uygulamanın olası bir sakıncası öğrenciler açısından çok çekici olmaması ihtimalidir. Kanıt dayalı uygulamanın sosyal hizmet öğrencileri tarafından kabul edilmesi zor bir yaklaşım olabilir, özellikle de doğrudan uygulama ile ilgili olanlar için öğrencilerin araştırma metotları ders yükümlülüklerini okullarını bitirmede beklide karşılaştıkları en zor engel olarak görmekteyler (Howard ve diğerleri, 2003).



Şekil 1. Kanıt dayalı uygulama modeli (Grinnell ve Unrau, 2008' den uyarlanmıştır)

2. Lisans veya master seviyesindeki sosyal hizmet öğrencileri, istatistik ve araştırma dizaynı ile ilgili yeterince eğitime sahip değildirler. Hatta doktora seviyesindeki öğrenciler bile literatür çıktılarındaki müdahaleler konusunda yorum yapmada yetersizdirler. (Adams ve diğerleri, 2009).
3. Kanıta dayalı bir uygulama yapabilmek için yeterli sayıda kanıtın olup olmadığına ilişkin şüphe duyulmaktadır (Adams ve diğerleri, 2009).
Kanıtı benimsemek için sınırlı bilimsel bulguların varlığına dikkat çeken eleştiriler sosyal hizmet ve diğer uygulama mesleklerinde ortak kanıtın kullanılmasıyla bir gerilime dikkat çekmektedir. Her bilim ve meslek kendine özgü değer, yöntem ve etik bir bakış açısı benimsediğinden problem odaklı gidilirse sosyal hizmet ve diğer meslekler arasındaki çatışma olasıdır.
4. Sosyal hizmetin temel yayınlarında ve ders kitaplarında kanıta dayalı verilere yeterince yer verilmemiş olması kanıta dayalı uygulama konusunda bir sınırlılık oluşturmaktadır (Adams ve diğerleri, 2009).
5. Günümüzde maalesef sosyal hizmet uygulayıcılarının çoğu ne kanıta dayalı uygulamaları kavramakta ne de kanıta dayalı uygulama, sosyal hizmet eğitim programlarında yer almaktadır (Sanderson ve Weissman, 2001; Mullen, 2004).
6. Kanıta dayalı tedavilerin kullanımındaki en önemli engellerden biri, psikolog ve sosyal hizmet uzmanları için birçok eğitim programının ve psikiyatristler için temeli oturmuş eğitim programlarının olmamasıdır (Mullen, 2004).

Kanıta dayalı uygulama ile ilgili var olan yanlış algılamalar: a) Bizim her zaman yaptığımız bir şey, b) Uzmanın hüküm verme gücünün yerini alacak ya da almanın yollarını arayan bir şey (örneğin sosyal yardımların dağıtılmasıyla ilgili puanlama sistemi), c) Bizi “yemek kitabı” tarzı bir uygulamaya götürmesi, d) Gerçek yaşam ortamlarında rutin bir biçimde uygulanması çok zaman gerektiren bir şey gibi algılamalardır. Tüm bu yanlış anlamalar kanıta dayalı uygulamanın yaygın bir biçimde benimsenmesinin engelleyicileri olabilirler (Sackett et al., 1997; Howard ve diğerleri, 2003: 254).

Sonuçta kanıta dayalı uygulamayı benimseyecek pek çok okul bu yaklaşımın yanında genel bir ilke ya da sosyal hizmet uygulamasıyla ilgili diğer yaklaşımları birlikte kullanabilir. İdeal olanı sosyal hizmetin değerleri, etiği ve tarihi ile tutarlı bir müdahale gerçekleştirilmesidir.

SONUÇ

Maalesef alınan sosyal hizmet lisans eğitimi sonrasında alanda uygulamalarda bulunan sosyal hizmet uzmanlarının bilimsel araştırma bulgularının önemini kavrama ve mesleki kariyerleri boyunca bu araştırma bulgularını tanıma, değerlendirme ve uygulama için gerekli beceriye sahip olamadıkları ve yaşam boyu eğitim/sürekli eğitim konusunda kısır kaldıkları gözlenmektedir. Ancak bu gözlemler ne sosyal hizmet okullarının ne de buradan mezun uygulayıcı/ uzmanların suçlanması olarak algılanmamalıdır. Bu durum sadece son yıllarda uygulamaya yön verecek/rehberlik edebilecek bilimsel çalışmaların sonuçlarının ortaya yeni yeni çıkması ile açıklanmaktadır.

Diğer taraftan sosyal hizmet uygulamalarında kurumların hantallığı, meslekte

duyulan tatminsizlik, düşük ücret politikaları, uzmanların devlet dairelerinde “memur” zihniyeti ile kendilerini baskı altında hissetmeleri, kendi kişisel değerleri, toplumsal ve ahlaki değerler, mesleki etik, görev tanımları, yasalar ve mevzuat gibi sayılan bu etmenlerin birbirleri ile çelişkili duruşları da uygulamalar konusundaki kısır döngüyü bize açıklar.

Bu noktada bilimsel çalışma yapan/ deneysel bulgular üreten kurumların enstitüler/ üniversitelerden daha fazla sayıda bilimsel çalışma/ deneysel bulgular gerçekleştirmesi ve alanda duyulan doğru ve kullanılabilir bilgi ve en uygun yöntemi seçme konusunda daha başarılı olması beklenmektedir. Ancak bu üretim aynı zamanda daha nitelikli bir eğitimden geçmektedir.

Gelecekte kanıta dayalı uygulama eğitimlerinin, uygulamada profesyonel sosyal hizmet uzmanlarının yanı sıra sosyal hizmet öğrencileri için sağlanmasına ivedilikle ihtiyaç vardır (Mullen, 2004).

Öğrencilerin kanıta dayalı uygulama konusunda donatılması şüphesiz eğitim ile sağlanmalıdır. Bu eğitimler için eleştirel düşünme becerisi (Gambrell, 1999) ve çağdaş sosyal hizmet uygulamasının gerekliliği olan kanıta dayalı uygulamayı gerçekleştirebilmek için bazı kaynaklara gereksinim duyulmaktadır. Bu kaynaklar; kılavuzlar, el kitapları şeklindedir. Ayrıca bilgilerin yeniden edinilmesi ve eleştirel değerlendirme becerileri; sistematik inceleme metotları; bilgi sentezleri ve meta-analitik yöntemler; bilimsel olarak kabul edilen sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesi; bilimsel temelli düşünme; nitel ve nicel biçimleri kapsayan araştırma ve değerlendirme metotlarını bilme, müracaatçıların sahip olduğu koşullar, tercihlerine ve değerlerine

rehberlik edecek araştırma bulgularının benimsenmesini sağlayacak becerilerdir (Mullen, 1978; Mullen and Bacon, 2003; Mullen, 2004).

“Araştırma ve uygulama arasındaki bağlantıyı sıkılaştırmak için bazı önerilerimiz olacak”. Bunlar:

1. **Araştırma kurumlarının ve çalışan personelin sayıca artışı; ancak bu sayının kontrollü bir biçimde artması yeni üretilen çalışmaların nitelikli olması dikkate alınmalıdır.** Akademisyenlerin kişisel gelişmelerini sağlamak amacıyla araştırma yapmaya yöneldiğine ilişkin bir kanı vardır ve bu konu bir parça günümüzde dahi varlığını haklı olarak sürdürmektedir. Maalesef atanma ve yükseltme kriterleri, akademisyenleri belirli sınırlar içinde bu yükümlülükleri gerçekleştirmeye dönük bir rekabet ortamına sürüklemiştir. Amaç, mesleki alanda ilerleme, kamusal hizmet ya da hedef kitle örneğin müracaatçı ve müracaatçı sistemine en iyi hizmet vermek gibi girişimlerdir. Maalesef bugün zorunlu olarak bu amacın dışına çıkmaktadır.
2. **Alandaki sosyal hizmet uzmanlarının bilimsel bilgi, araştırma sonuçları ve yöntemler açısından kendilerini daha iyi yetiştirmeleri.** Bu anlamda uzmanların yüksek lisans çalışmalarına yönelmeleri söylenilebilir. Mesleki örgütlenmede ücret politikalarından ziyade süreklili/ yaşam boyu eğitim konusunun üzerinde durulmalıdır.
3. **Sosyal hizmet uzmanları mesleki eğitime yönelik konferanslar, seminerler, çalıştaylara katılmalı.** Mesleki bilimsel dergileri takip etmeli. Sosyal hizmet okullarının da vaka

çalışmaları konusunda çalışmaları teşvik etme sorumlulukları olmalıdır.

Tüm bunlar için sosyal hizmet uzmanlarının da yönelteceği bir takım sorular şu şekilde sıralanabilir. Bu sorular:

1. Tüm bu uygulama ve deneysel çalışmalarımız bizi teşvik eden bir ödül var mı?
2. Uygulamalarımızın etkililiğini değerlendirmede bize bilişsel açıdan destek verilecek mi?
3. Müracaatçı hizmetlerinde zamanı daha iyi harcayabilmek için süpervizörlerimizce izlenebilecek miyiz?
4. Araştırma bilgisinin yaygınlaştırıldığı mesleki konferanslara katılma konusunda cesaretlendirilecek miyiz?
5. Meslektaşlarımızla makalelerimizi tartışabilecek miyiz?
6. Ya da tüm bunlar bizim için bir zaman kaybı mı?
7. Kurumlar, sosyal hizmet uzmanlarını kanıtı dayalı uygulamaya katkı verebilmesi için teşvik edebilecek donanımına sahip mi?

KAYNAKÇA

- Adams B., K., Lecroy W., C., Matto C., H. (2009). Limitations of evidence-based practice for social work education: Unpacking the complexity. *Journal of Social Work Education*, 45 (2), 165- 186
- Franklin, C and Kelly S., M. (2009). Becoming evidence- informed in the real world of school social work practice. *Children & Schools*, 31(1), 46- 56
- Gibbs, L.E. (2003). *Evidence-based practice for the helping professions: A practical guide with integrated multimedia*. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole Thompson Learning.
- Grinnell M., R., JR, Unrau, A., Y. (2008). *Social work research and evaluation* (5rd ed.). New York, Oxford University Press, Inc.
- Howard O., M., McMillen J., C., Pollio E., D. (2003) Teaching evidence-based practice: Toward a new paradigm for social work education. *Research on Social Work Practice*, 13 (2), 234-259
- Howard, M. O., & Jenson, J. M. (2003). Clinical practice guidelines and evidence-based practice in medicine, psychology, and allied professions. In A. Rosen & E. K. Proctor (Eds.), *Developing practice guidelines for social work interventions: Issues, methods, and research agenda*. New York: Columbia University Press.
- Marago, P. (2006). Evidence- based Practice: From medicine to social work. *European Journal of Social Work*, 9 (4), 461- 477.
- Mullen, E. J., & Bacon, W. F. (2003). Practitioner adoption and implementation of evidence-based effective treatments and issues of quality control. In A. Rosen & E. K. Proctor (Eds.), *Developing practice guidelines for social work intervention: Issues, methods, and a research agenda*. New York City: Columbia University Press.
- Mullen J., E. (2004). Facilitating Practitioner use of evidence- based practice. *Evidence- based Practice in Healthcare and Human Services*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pearce, N., Cross, D., Monks, H., Waters, S., and Falconer, S. (2011). Current evidence of best practice in whole- school bullying intervention and its potential to inform cyberbullying interventions. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 21 (1), 1-21.
- Polat, G. (2011). Kanıtı Dayalı Sosyal Hizmet Uygulaması, www.ssyv.org.tr/sdetay.asp?did=121, Erişim tarihi: 05.10.2011.
- Raines C., J. (2004). Evidence- based practice in school social work: A process in perspective. *Children & Schools*, 26(2), 71- 85
- Rubin, A., Babbie R., E., (2008). *Research methods for social work*. (6rd ed.) Thomson/ Brooks/Cole.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, M. and Haynes, R.B. (2000) *Medicine: How to practice and teach EBM* (2ed) New York: Churhill Livingstone.
- Yegidis L., B., Weinbach W., R. (2005). *Toward evidence based-practice. Research Methods for Social Workers*. (5rd ed.). Boston. <http://www.socialworkpolicy.org/research/evidence-based-practice-2.html>
- Raines, J. (2010). For School Social Workers: Evidence- Based Practice in School Social Work. <http://naswil.org/news/networker/featured/for-school-social-workers-evidence-based-practice-in-school-social-work/>
- Evidence-Based Medicine Working Group, 1992 <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/index.html> <http://www.haworthpress.com/web/JEBSW> <http://www.sos.se/socialtj/cus/cuse/imse.htm> (<http://www.sfi.dk/sw1270.asp>) www.ex.ac.uk/cebss

Derleme

ONKOLOJİ ÇALIŞANLARINDA DOLAYLI TRAVMATİZASYON ÜZERİNE BİR GÖZDEN GEÇİRME

A Review on Vicarious Traumatization of Oncology Professionals

Tarık TUNCAY*

Meltem ORAL**

*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi
İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü

**Bilim Uzmanı,
Sosyal Hizmet Uzmanı (LCSW, MSW),
Atatürk Üniversitesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

ÖZET

Onkolojik bakım alanında çalışan sağlık bakım profesyonelleri (hekimler, hemşireler, sosyal çalışmacılar, psikologlar vd.), kanser hastalarına ve ailelerine, kanserin yaşamsal tehdit yaratan yüklerini taşımalarında -farklı mesleki roller taşıyor olsalar da- destek olurlar. Kanser hastasıyla çalışmanın doğasında yüksek bir duygusal yoğunluk vardır. Bu yoğunluğu üzerinde taşıyan onkoloji profesyonelleri ise dolaylı travmatizasyon tehdidi altına girer. Birçok araştırma onkoloji profesyonellerinin işleriyle ilgili travmatik

tepkiler verdiğini ortaya çıkartmıştır. Ne var ki, dolaylı travmatizasyonu niceliksel ölçme araçlarıyla saptamak güçtür. Ayrıca onkoloji alanının olumlu yönleri bu yaşantıyı gölgede bırakabilmektedir. Kişisel kazanımlar, ekip üyeleriyle duygusal yükü paylaşma, yaşamsal dersler öğrenme ve çalışanların işlerine yüksek değerler atfetmesi onkoloji alanının olumlu yönlerindedir. Bu makalede dolaylı travmatizasyonun nedenleri, çalışanlar üzerindeki potansiyel etkileri ve travmadan korunma yolları incelenmektedir.

Anahtar Sözcükler: *Dolaylı travmatizasyon, psiko-onkoloji, psikososyal-onkoloji, onkoloji çalışanları, onkolojide sosyal çalışma, tıbbi sosyal hizmetler*

ABSTRACT

Oncology health care professionals (physicians, nurses, social workers, psychologists etc.) play different but important roles in helping cancer patients and their families bear the life-threatening burdens of cancer. There is a high level of emotional intensity in the nature of working with cancer patient. This may put oncology professionals at risk for experiencing vicarious traumatization. Many research results indicate that most oncology professionals have traumatic responses related to their work. However, the vicarious traumatization is difficult to detect through quantitative measures. Besides, the positive aspects of oncology field overshadow this particular experience. Positive aspects of oncology field include personal rewards, sharing the emotional burden with team members, life lessons learned and value workers assigned to their work. This article examines the reasons of vicarious traumatization, its possible impacts on professionals and ways to be protected from trauma.

Key Words: *Vicarious traumatization, psycho-oncology, psychosocial-oncology, oncology professionals, oncology social work, medical social services*

GİRİŞ

Onkolojik bakım ve tedavi alanında çalışanlar dolaylı travma riski altındadır. Dolaylı travmatizasyon, klinisyenin herhangi bir travmanın sağkalanları ile kurduğu empatik bağlantının kişisel ve mesleki hayatındaki olumsuz etkileri sonucunda yaşanan bir süreçtir. Kavram temelde travma literatüründen alınmıştır. Dolaylı travmatizasyon kavramı, ruhsal travma yaşayan kişilerle çalışan terapistlerde yoğunlukla çalışılmıştır (Cunningham, 1996; Figley, 1995; Cornille ve Meyers, 1999; Jenkins ve Baird, 2002 vb.).

Dolaylı travmatizasyonun temel önermesi şudur (McCann ve Pearlman, 1990): Mağdurların travmatik deneyimlerine maruz kalma, mağduru yakınında bulunan kişilerin ruh sağlığına zarar verebilir. Bu durum onların yaşam öykülerini dinlerken ya da yaşantılarını gözlemlerken oluşabilir. Doğal olarak, mağduru iyileşme sürecine yardımcı olan profesyonel de risk altındadır ve çalışılan travma mağduru bireylerin sayısı arttıkça, profesyonelin dolaylı travmaya yakalanma riski artar. Yani farklı özellikler taşıyan ve sorunlar yaşayan müracaatçıların sayısı travmanın profesyonelde ortaya çıkışına kümülatif bir etki yapar.

Dolaylı travmatizasyonla birlikte, ağır seyreden baş ağrılarından depresyona, iritasyondan kızgınlık ve öfkeye kadar çeşitlenen duygusal semptomların yaşanması olasıdır. Üzerine gidilmediğinde, izolasyon, içe kapanma ve soyutlama oluşur. Ayrıca oldukça karmaşık bir fenomen olup, kişide zamanla biriken stresin etkisiyle artmaktadır. Özellikle kişi kendi duygusal gereksinimlerini fark edip karşılamadığında ve stresin

belirtilerini görmezden gelmeye çalıştığında dolaylı travmatizasyon yükselişe geçmektedir (Bush, 2009). McCan ve Pearlman 1990'da dolaylı travmatizasyonun adını koymuş ve kavramsal tasarımını geliştirmişlerdir. Kavram 1995'te (Perlman ve Mac Ian) işlevsel olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Kavramın Kapsamı ve Benzerlerinden Farkı

Kanser hastalığı, beklenmedik bir zamanda ortaya çıkışı ve yıkıcı etkiler yapma olasılığının yüksekliği nedeniyle kuşkusuz travmatik bir yaşantı olarak görülebilir. Ne var ki, psiko-onkoloji literatürü incelendiğinde onkoloji profesyonellerinin dolaylı travmatizasyonuna odaklanan çalışmaların sayısı oldukça az bulunmuştur (Cunningham, 2003; Dane ve Chackes, 2001; Stearns, 2001; Sinclair ve Hamill, 2007; Sabo, 2008; Kadambi ve Truscott, 2007). Buradan onkoloji çalışanlarının psikososyal sağlığının ihmal edildiği sonucu çıkarılmamalıdır. Doğrusu, onkoloji alanında çalışan her profesyonel grupta yaşanan tükenmişliği ve karşı-aktarımı inceleyen yeterli sayıda araştırma mevcuttur, fakat bu kavramlar bazı yönleriyle dolaylı travmatizasyondan daha farklıdır.

Literatürde sıklıkla rastlanan tükenmişlik ve karşı-aktarım kavramlarının dolaylı travmatizasyonuna benzerlik gösteren özellikleri vardır. Tümünde ortak olan, ölüm tehdidi altındaki ya da ölmekte olan kişilerle çalışan profesyonelin kişisel yaşantılarına odaklanmasıdır. Dolaylı travmatizasyon hem tükenmişlik hem de karşı-aktarımla açıkça ilişkili bir kavram olmakla birlikte, literatürde her iki fenomenden ayrı bir yerde görülür (Cunningham, 1996;

MacCann & Pearlman, 1990; Stamm, 1999 vd.). Tükenmişlik, profesyonelin duygusal bakımdan yüklü işine ve des-tekten yoksun kaldığı iş çevresine iliş-kin duygusal ve davranışsal tepkileri-ne odaklanır. Işıkhani'nin (2006) vurgu-ladığı gibi, tükenmişlik ilk olarak sağ-lık ve sosyal hizmet alanlarında keşfe-dilip incelenmiştir. Bu alanlar, psikolojik ve davranışsal eylemlerin tükenmişliğin oluşumuna etkisini net biçimde gözler önüne sermektedir. Çalışma ortamına özgü bir sendrom olan tükenmişlik üzerinde ilk çalışanlardan Maslach tü-kenmişliği "iş gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde bulunanlarda görü-len duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi" olarak ta-nımlamıştır (1982, akt. Işıkhani, 2006). Çoğunlukla, başedilemeyen stresin so-nucu olarak ortaya çıkmaktadır. Buna karşın, hastalarla çalışan her profesyo-nel, dolaylı travmatizasyonu belli ölçü-de yaşayabilir, travma zaman içinde ya-vaş yavaş gelişebilir (Figley, 1999). Zira kişinin, çalışma yaşamının zorlu koşu-ları karşısında etkili başetme stratejileri geliştirememesi, belirttiğimiz gibi, daha çok tükenmişlikle bağlantılıdır. Dolay-lı travmatizasyon ayrıca, belirtiler yeri-ne anlam ve uyuma yaptığı vurguyla da tükenmişlikten farklılaşır (Pearlman ve Saakvitne, 1995).

Karşı-aktarımın odağı profesyonelin belirli bir vakaya veya terapötik ilişki-ye özgü duygusal tepkileridir. Karşı-aktarım tıp ve hemşirelik literatüründe sık rastlanmayan, daha çok psiki-yatri, psikoloji ve sosyal çalışma litera-türünde incelenen bir konudur. Klasik Freudyen bakışta karşı-aktarım, belir-li bir terapötik ilişkide terapistin çözüm-lenmemiş ya da bilinçdışı istek ve sa-vunmalarının tetiklediği durumlarda

ortaya çıkmaktadır. Ölümcül hastalık tanısı alan hastalara bakım veren pro-fesyonelleri göz önünde bulundurdu-ğumuzda ölümle pazarlık yapan has-ta ile etkileşimden doğan aktarım ve karşı-aktarım dinamikleri profesyo-nelin yaşadıklarını anlamada yeterin-ce tatmin edici değildir. Güncel olarak, karşı-aktarım daha çok terapötik ilişki-deki bir terapistin müracaatçı ya da ter-apistin günlük konusuyla ilgili düşünce-leri, duyguları ve tepkileri olarak tanımlanmaktadır (Blair ve Ramones, 1996; Sabin-Farrell ve Turpin, 2003; Stamm, 1997; Dunkley ve Whelan, 2006 vd.).

Kendine ve Dünyaya Bakışta Köklü Değişim

Gerek tükenmişlikten gerekse karşı-aktarımdan farklı olarak dolaylı travmatizasyon, profesyonelin travmatik ya-şam olaylarına maruz kalmış hastalar-la çalışması sonucunda kendisine ve dünyaya ilişkin bakışında zamanla oluş-an köklü değişimlerdir (Pearlman ve Saakvitne, 1995, s.31). Empatik bağ-lantı kurulan hastayla doğrudan ça-lışmanın yanı sıra başka bazı durum-lar da travmaya neden olabilir. Şiddet olaylarının resim veya video gibi araç-larla görsel sunumlarını izlemek, in-sanların ölüm süreçlerine tanık olmak ve diğer travmatik olayları görmek trav-manın tetikleyicileridir (Perlman ve Mac-lan, 1995). Yaşadığı değişimler, kişinin hem meslek hayatındaki hem de özel hayatındaki ilişkilerini olumsuz yönde etkiler.

Tıpta Onkoloji Alanı ve Dolaylı Travmatizasyon

Onkolojide çalışanlar –kuşkusuz tedavi ve bakım sürecindeki rolleriyle orantılı olarak- hastalarda, tekrar eden biçimde

kayıplara, ölme sürecine, ölüme, fiziksel sakatlanmaya, bedensel bozulmaya ve kötüleşmeye tanık olurlar. Bir yandan, hastaların fiziksel ve duygusal yakınmalarını hoşgörüyü dinlemeye, karamsarlıklarını, korkularını ve çaresizlik duygularını hafifletmeye çaba harcarlar. Öte yandan kendilerinin ve sevdiklerinin -bir gün- ölecekleri gerçeğiyle yüzleşirler (Penson ve diğ., 2000; Artinian, 1995 vb.). Şu halde gerek ölümcül hastalık gerekse ölümün kendisi profesyonel açısından derindeki bazı duyguların, hatta anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olan bir travma olabilir. Zaten travma (Mishne, 1998), insanın günlük hayattaki sosyal işlevselliğini ve uyumunu engelleyen, yaşamsal tehdit yaratan olağandışı olaylar veya yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, kanser tanısı almak ölüm tehdidi almakla adeta eş anlamlı gibi algılandığı için tipik bir travma nedeni olmaktadır. Hakikaten kanser toplumun kolektif bilincine kötülük timsali olarak yerleşmiş; sağlıksız yaşamın, çok sigara içmenin, dengesiz beslenmenin cezası ya da sonucu gibi algılanmıştır. Bugün dünyanın birçok yerinde kanser hastasına ölümcül hasta gözüyle bakan birçok insanın var olduğunu söylemek iddialı bir görüş olmayacaktır. Her ne kadar DSM-IV (1994) öncesinde hayatı tehdit eden bir hastalığın travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)'na yol açacak bir stresör olarak kabul edilmesi açıkça dışlanmışsa da kanserin yaşamsal bir tehdit oluşu, toplumsal bakışın ve kanserle ilgili metaforların hastaların korku ve anksiyetelerini artırıcı etkisi sonucu bir travmaya dönüşebilen bu hastalık DSM-IV (1994) kriterleri içinde yerini almıştır. Rehberde, TSSB başlığı altında "kişinin yaşamsal tehdit yaratan hastalık tanısı alması" olarak

ifade edilmektedir. TSSB travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkarak, yeniden yaşama, kaçınma, duygusal küntleşme ve aşırı uyarılmışlık belirtileri ile kendini gösteren önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Ayrıca kanser TSSB'ye neden olan diğer etkenlerden farklı olarak kısa süreli değil oldukça uzun süreli yaşanan bir travma özelliği taşımaktadır. Süreç hastalık tanısının konulmasıyla başlamakta, tedaviler boyunca ve hatta tedavi sonrası kontrol taramalarında da devam etmektedir (Alter ve diğ., 1996; Posluszny ve diğ., 2011). Yapılan bir araştırmada (Tokgöz ve diğ., 2008) kanser tanısı almış hastaların en az %19'unda TSSB saptanmıştır. Kangas ve ark. (2002) yaptığı erişkin kanser hastalarında TSSB sıklığını bildiren 13 yayınlanmış çalışmayı özetleyen derlemede, kansere bağlı TSSB sıklığını değerlendirmek için SCID-DSM-IV (The Structured Clinical Interview for DSM-IV) ölçeğini kullanan çalışmalarda TSSB sıklığı %0 ile %6 arasında, PCL-C (PTSD Checklist Civilian Version) ölçeğini kullanan sekiz çalışmada sıklık %5 ile %19 arasında ve CAPS-1 (Clinician Administered PTSD- Structured Interview) kullanılan iki çalışmada ise TSSB sıklığının %14 ile %32 arasında olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaların dışında bir çalışma örnekleminin %60'ında eşik altı TSSB bildirirken, diğer bazı çalışmalar eşik altı TSSB sıklığının %5-13 arasında olduğunu bildirmiştir. İçinde kanser hastalarının yer aldığı farklı müracaatçılarla çalışan 221 terapistle (%41,5'i sosyal çalışmacı, %35'i danışman, %12,4'ü psikolog vd.) yapılan bir çalışmada (Kadambi ve Truscott, 2007), katılımcıların %58,2'si DSM-IV kriterleri içinde yer alan travmatik stresörlere kişisel olarak maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Diğer

bir çalışmada ise Quinal ve ark. (2009), onkoloji personelindeki sekonder travmatik stresin (STS) yaygınlığının %16 ile %37 arasında olduğunu bildirmiştir. Onkoloji personelinde en sık görülen semptomların uyuma güçlüğü, hastalar hakkında rahatsız edici düşünceler ve sinirlilik olduğu bildirilmiştir. Hiraifar A. ve ark. (2010), STS'i değerlendirdikleri bir çalışmada onkoloji personelindeki STS yaygınlığını %35 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada görülen en sık belirtiler ise fizyolojik tepkiler, danışanların travmasını yeniden yaşama, sinirlilik ve uyarılmışlıkta artmadır. Bu veriler dikkate alındığında, onkoloji profesyonellerinin hastalarla kurdukları bağlar nedeniyle travmatizasyona karşı daha savunmasız oldukları söylenebilir. Kanser deneyimi belirsizliğin, inkârın ve sürekli umudu koruma çabasının bir arada sürdüğü bir hastalık özelliği taşır ve profesyoneller bu yaşantıları hastalarla birlikte deneyimler.

Dolaylı Travmatizasyona Etki Eden Unsurlar

Schou (1993) hastanın özel dünyasını ve tedavinin gerçekleştiği kurumsal alanı içeren tıbbi etkileşimlerin karmaşık doğasını açıklamıştır. Bu çerçevede, dolaylı travmatizasyonun gelişimine etki eden bazı unsurları tanımlamıştır. Bunlar, travmatik deneyimle temasın yoğunluğu, sürece katılan profesyonellerin sosyodemografik özellikleri, kullanılan başetme stratejileri, mesleki sosyalizasyon, mesleki roller, işbölümü, toplumsal katman, toplumsal cinsiyet ve son olarak onkoloji alanının ödülleri.

Yoğunluk travma mağduruyla kurulan mesleki bağlantının ve hasta tarafından tedavi sürecinde aktarılan

duygusal yüklerin yoğunluğuyla ilgilidir. Profesyonelin hasta sayısı ve bağlantı yoğunluğu arttıkça dolaylı travmatizasyon yaşama olasılığı artmaktadır (Cunningham, 2003).

Sosyodemografik özellikler de dolaylı travmatizasyon yaşama olasılığına etkide bulunur. Profesyonelin eğitimi, medeni durumu, sosyal destek ağlarının niteliği koruyucu faktörler arasındadır. Meslekte geçirilen süre ve travma mağdurlarıyla çalışılan süre de dolaylı travmatizasyona etkide bulunmaktadır.

Mesleki sosyalizasyon kişinin mesleki aidiyetiyle bağlantılıdır. Diğer deyişle, egemen meslek kültürüyle, mesleğin bilgi, beceri ve değer repertuarını içselleştirerek bütünleşmek profesyonelin mesleki sosyalizasyonunu tamamladığına işaret eder. Mesleki sosyalizasyonu gelişmiş bir kişinin dolaylı travmatizasyona yakalanma riski daha azdır.

Hasta-sağlık çalışanı etkileşiminde *toplumsal cinsiyet* kaynaklı farklılıklar da görülmektedir. Kadınlar başkalarının duygularına karşı daha duyarlı ve duygularını açığa çıkarmada erkeklerle göre daha rahattırlar. Magen ve Konasewich (2011) doğal bir ortamda, bayan ve erkeklerde, sorunları olan bir kişiye destek verirken duygusal etkilenmedeki cinsiyet farklılıklarını değerlendiren bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda, kadınların erkeklerle göre olumlu duygusal durumunda daha fazla bozulma yaşadığı, kadınların duygusal durumundaki değişikliklerle gördükleri sorunlu kişilerin duygusal durumu arasında pozitif bir korelasyon olduğu ve bu durumun erkeklerde mevcut olmadığını bildirmişlerdir. Dolayısıyla kadın profesyonelin tedavi sürecindeki bir hastayla daha fazla empatik

bağlantı kurması olasılığı artmaktadır. Öte yandan yapılan araştırmalar tıp alanındaki eğitim sürecinin hastaların yaşantılarına verilen duygusal tepkilerde cinsiyet farkını ortadan kaldıracı olduğunu göstermiştir. Yine de kadınlar erkek meslektaşlarına oranla hastalara daha fazla empatik tepki vermekte ve onlarla daha eşit bir iletişim dili kurmaktadır. Şu halde kadınların erkeklere göre daha çok dolaylı travmatizasyon riski altında olduğu söylenebilir.

Mesleki roller açısından incelendiğinde, onkoloji servislerinde çalışan sosyal çalışmacıların ve psikologların dolaylı travmatizasyona maruz kalma ihtimallerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Hermann ve Carter (1994:712) onkolojide sosyal çalışmacının ayırt edici rolünü şöyle ifade etmektedir: "Hekim ve onkoloji hemşiresi, destekleyici bir ortamda hastaya klinik becerilerini ve uzmanlıklarını sunma sorumluluğu taşıırken, bazı hastalar ve aileleri kanser deneyiminde daha fazla kontrol hissine sahip olmak için özel ve yakından ilgili bir danışmanlık almak isterler. Onkoloji sosyal çalışmacıları, uygun akademik temelleri ve kanser deneyimiyle pekişmiş bilgileriyle böylesi bir danışmanlığı sağlayacak profesyonellerdir. Sosyal çalışmacılar, hastanın ve ailesinin hastalıkla mücadelesinde rol oynayan kişisel, kişilerarası ve çevresel unsurlara özenle odaklanırlar." Hiç şüphesiz, onkoloji çalışanlarının tümü, acıya, kedere ve ölüme düzenli olarak tanıklık ederler. Oysa sosyal çalışmacının işi sadece tanıklık değil aynı zamanda ölüm tehdidi altındaki ya da ölmekte olan hastalara empatik sıcaklık göstermek, onları etkili ve dikkatli biçimde dinlemek ve tedavi süreçlerine aktif katkı ve katılım göstermektir.

Sonuçta, hekim tedavi planı yapmakta hemşire ise bu planı uygulamaktadır. Mesleki uygulamanın dikkatini yoğunlaştırdığı odak tedavi olmaktadır. Oysa sosyal çalışmacı, hastalığı ilerlemiş olan ya da kansere uyum konusunda güçlük yaşayan hastalarla çalışır (Preyde ve Synnott, 2009). Hastalığın olumsuz seyri, başetmede yetersizlik, depresyon, anksiyete ya da başka bir psikososyal sorun karşısında hasta ile görüşür. Bu yüzden sosyal çalışmacının dolaylı travmatizasyona maruz kalma olasılığı tedavi ekibinin diğer üyelerine göre daha fazla olmaktadır. Sosyal çalışmacı ve diğer onkoloji çalışanlarının genç yaşta ve bekar olması, iletişim ve yönetim becerilerinde yetersiz olduklarını hissetmeleri ve iş yerinde yüksek düzeyde stres yaşıyor olmaları onların ruh sağlıklarının bozulma riskini arttırmaktadır (Graham & Ramirez, 2002).

Onkoloji çalışmacının işiyle bağlantılı streslere karşı kullandığı *başetme stratejileri* de dolaylı travmatizasyona etki eder. Onkoloji alanında çalışan kişilerin dolaylı travmatizasyonun farkında olup bununla baş etmek için bazı özel teknikler geliştirmesi ve kendilerine iyi bakması gerekir. Profesyoneller tarafından kullanılan başetme stratejileri literatürde daha çok sorun odaklı ve sosyal destek kullanımının yoğun olduğu uyuma dönük araçlar olarak gösterilmiştir (Rodrigues ve Chaves, 2008; Işıkhani ve diğ., 2004). Buna karşın inkar etme, zihinsel boşverme, duygusal aktarım gibi duygu odaklı başetme stratejileri kullanan profesyoneller daha çok travma riski altına girmektedir. Öte yandan kişinin kullandığı başetme araçlarını öğrendiği kaynak sosyal çevresi olup, çalışma ortamındaki

mesleki sosyalizasyon çalışanların birbirine benzer başetme stratejileri kullanımını sonucunu doğurur. Dolayısıyla birbiriyle etkileşim halinde aynı çalışma ortamını paylaşan onkoloji çalışanlarının genelde aynı başetme stratejilerini paylaştıkları da görülmektedir. Aslında, doğru ya da yanlış başa çıkma stratejisi yoktur. Başa çıkma stratejileri ya etkilidir veya etkisiz kalmaktadır. Başa çıkma stratejisi seçimi oldukça kişisel bir şeydir. Mesela, gevşeme teknikleri, bazı insanlar için işe yararken, diğerleri için oldukça stresli olabilir. Bu nedenle, çalışanların kişisel özelliklerine saygı göstermek önemli olup, sorun odaklı ve uyuma dönük başetmenin daha sık kullanıldığı ve çalışanlar arası sosyal desteğin etkin olduğu bir çalışma ortamı kurma yönünde yine ortak bir çaba harcanmalıdır. İyileştireni iyileştirme ya da koruyucu teknikler arasında süpervizyon, travmayla çalışanlar için destek grupları, uygun karşı-aktarım açıklaması, ve meditasyon ve gevşeme için zaman ayırma gibi stres yönetimi teknikleri yer almaktadır (Weinberg ve ark. 2005). Aynı zamanda, eğitimin de onkoloji çalışanlarının yaşadığı stresle başa çıkmalarında faydası olacaktır. Staples ve ark. (2007) sağlık çalışanları için bütünleştirici kanser bakımı eğitim programı üzerine yaptığı bir çalışmada böyle bir eğitim programının katılımcıların mesleki becerilerini, duygudurumlarını, öz-bakım ve zihin-beden yöntemleri kullanımlarını ve kendi kurumlarında bütünleştirici kanser bakımı olması hakkındaki düşüncelerinin nasıl etkilediğini değerlendirmiştir. Bu eğitim programı, tanı ve tedavi aşamasında kanser hastalarının ve ailelerinin karşı karşıya kaldığı zihinsel, duygusal ve ruhsal sorunlarla başa çıkma ve bilimsel, konvansiyonel ve

tamamlayıcı tedaviler hakkında bilginin yanı sıra rehberlik de sağlamıştır. Katılımcılar, eğitimin sonunda becerilerinin geliştiğini, hastalarla bütünleştirici tedavi seçenekleri hakkında konuşurken ve seçenekler sunarken daha kendine güvenli ve rahat olduklarını, daha iyi bir dinleyici olduklarını ve hasta ile olan etkileşimlerinin daha iyi olduğunu, klinik pratiklerini olumlu yönde etkileyen kişisel değişimler yaşadıklarını ve hastaların destek almak için sevk edilebilecekleri kaynaklardan haberdar olduklarını bildirmişlerdir.

Onkoloji alanında *ekip çalışması* kaliteli bir bakım ve tedavi için gereklidir. İyi bir ekip ayrıca, dolaylı travmatizasyonun profesyonel üzerindeki olumsuz etkilerini hafifletmektedir (Stearns, 2001). Ekipler doğası itibariyle üyelerin hem yakın etkileşim halinde hem de birbirlerine bağımlı oldukları, işbölümünün temel norm olduğu yapılardır. Onkolojide ekip çalışmasıyla ortaya çıkan açık iletişim, karşılıklı saygı ve destek sayesinde profesyonellerin travma riski azalmaktadır.

Son olarak, onkolojide çalışmanın doğasında bir ödülün var olduğunu belirlemek gerekir. Özellikle medikal onkoloji branşı profesyonel üzerinde, diğer uzmanlıklardan farklı olarak daha insanileştirici bir etki yapmaktadır. Kanser tehdit edici özellikleri nedeniyle hastaların yaşamsal riskler altında olduğuna kuşku yoktur. Ayrıca tedavi, bakım ve izleme süreci oldukça uzun bir zamana yayılabilmekte bu süreçte profesyonelle hasta arasında daha derinlikli bir etkileşim kurulmaktadır. Onkoloji çalışanlarının öz-farkındalıklarının tanık oldukları anlamlı hastalık deneyimleri nedeniyle daha yüksek olduğu da görülmektedir (Rohan ve Bausch, 2009).

Onkoloji çalışanları yaşamın hassasiyeti ve ölümün kaçınılmazlığı ile sürekli karşı karşıya kalmaktadır. Bu kişiler bilmeden de olsa hastaya ve ailelerine kendi önyargılarını, duygularını ve ölümle ilgili deneyimlerini yansıtan bir şekilde tepki verebilirler. Tabii bu durum olduğunda, profesyonel nesnellik azaltmakta, doğru tanı koyma, uygun tedavi ve şefkat içeren bakım vermek risk altına girmektedir. Eğer çalışanlar dürüstçe hisleriyle karşı karşıya gelip bu hislerin ne şekilde hasta-profesyonel ilişkisine katkıda bulunabileceği hakkında sorumluluk alırsa, bu durumdan hem hasta fayda görür hem de çalışanların öz-farkındalıkları ve etkin bir şekilde yardımcı olabilmek için kapasiteleri gelişir. Çalışanların bu konuda bir araya getirdikleri bilgiler şevkatli ve terapötik bir birliktelik için adeta bir köprü görevi görür. Çünkü kişi ancak bu güçlü birliktelik içerisinde hastanın yaşadıklarını iyi bir şekilde anlayabilir. Eğer hastanın ve ailesinin işlenmemiş bazı duyguları ve dinamikleri ortaya çıkarılmışsa, bu son derece karmaşık ve kişisel yolculukta çalışan, insan olduğunu ve kendi bağlanma kapasitesini iletebileceği mükemmel bir fırsat yakalamış olur (Katz & Genevay, 2002).

Literatürde, onkoloji ortamlarında çalışanların yaşadığı stres ve tükenmişlikle ilgili oldukça fazla sayıda araştırma yer almaktadır. Fakat dolaylı travmatizasyona odaklanan çalışmaların sayısının oldukça az olduğu dikkati çekmektedir. Kanser, kişinin yaşama olan uyumunu bozarken bedensel bütünlüğü ve sağlığı belirgin biçimde tehdit ettiği için travmatik bir yaşantı olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla kanserle doğrudan ya da dolaylı olarak bağlantısı olan herkes için travma riski bulunmaktadır.

Cunningham (2003) iki ayrı sosyal çalışmacı grubunda dolaylı travmatizasyonu incelemiştir. Cinsel istismar mağduru bireyle çalışanların, kanser hastalarıyla çalışanlara göre daha yüksek düzeyde travma yaşadıklarını saptamıştır.

Onkoloji alanında yapılacak, çalışan (hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog vd.) odaklı araştırmalar, onkolojik bakım ve tedavinin disiplinlerarası doğasını dikkate almalıdır. Zira ancak iyi bir ekip çalışmasıyla kaliteli bir bakım ve tedavi yapılabilir. Ekipteki bir çalışanın dolaylı travmatizasyonu diğer ekip üyelerine de etki etmektedir. Dolayısıyla bu konudaki araştırmaların multidisipliner olmasında yarar vardır.

Dolaylı travmatizasyon konusu onkoloji dışındaki çeşitli uzmanlık alanlarında ve yardım edici meslekler üzerinde çalışılmaktadır. Cinsel istismar, saldırı, aile içi şiddet, soykırım vb. mağdurlarıyla çalışan psikolojik danışmanlarda (Sexton, 1999; Schauben ve Fraizer, 1995), psikologlarda (O'Connor, 2001) bazı bulgular elde edilmiştir. Kadın klinisyenlerin erkek meslektaşlarından daha yoğun etkilenmedikleri görülmüş, bu çalışmalarda cinsiyete göre travma açısından bir fark bulunmamıştır. Ayrıca acil servis hemşirelerinde (Little, 2002) ve travma mağdurlarıyla çalışan terapistlerde (Neumann ve Gamble, 1995) dikkat çekici bulgulara rastlanmıştır. Tıbbi sosyal çalışmacılarla çalışan Dane ve Chachkes (2001) bu meslek grubunun uygulamada yoğun stres, suçluluk ve vakaların duygusal etkileriyle başetme güçlüğü yaşadığını bulmuş olsa da araştırma grubunda dolaylı travmatizasyona rastlanmamıştır. Ne var ki, başka bir çalışmada (Bride ve diğ., 2007) çocuk koruma hizmeti

yapan sosyal çalışmacılarda dolaylı travmaya ilişkin ayırt edici belirtilere rastlanmıştır. Kişi, başetme kapasitesini aşan yoğunlukta vaka yükü altında kaldığında travma ortaya çıkmıştır.

SONUÇ

Kavramsal tasarımı geniş ve kapsayıcı olan dolaylı travmatizasyon tükenmişlik ve karşı-aktarımdan farklıdır, profesyonelin travma deneyimi yaşayan kişilerle çalışmasının olumsuz sonuçlarını keşifte, tanımlamada ve açıklamada sistematik bir yol sunar. Bu sürecin doğru kavramsallaştırmayla anlaşılması olumsuz etkilerin ortadan kaldırılmasına yardım eder. Bu konu, onkolojide her zaman önemini koruyacaktır, çünkü tedavi yöntemleri ne kadar geliştirilirse geliştirilsin duygu ve düşünce dünyasıyla insan faktörünün gerçekliği aynı kalacaktır. Dolayısıyla, onkoloji alanında çalışanların önce kendilerini, sonra hastalarını ve ailelerini zarar verici davranış ve eylemlerden korumaları için güçlü bir farkındalığa her zaman gereksinimleri olacaktır.

Onkolojide çalışan tüm bakımverenlerin risk altında olduğunu söylemeliyiz. Kansere bireyde yaşama dair bir anlam arayışı yaratmaktadır. Hastalar tanıya verdikleri tepkiler içinde sıklıkla, “neden ben?” diye sorarken, profesyonel, “neden ben değil?” diye sorabilmektedir. Başlangıçta tüm çalışanlar için yüksek olan risk duygusal tükenmedir. Esasında çalışma ortamında profesyonel, empati yeteneği ve merhameti ile mesleki başarısını artırır, fakat yine bu özellikleri nedeniyle onun psikolojik ve duygusal zararlara maruz kalma olasılığı artmaktadır (Figley, 1999). Zira, empati iki ucu keskin kılıç gibi görünmekte, erdemli bir kişilik özelliği olmasının yanı

sıra kişinin yumuşak karnı da sayılmaktadır (Bush, 2009). Doğrusu hastalar ile empatik bağlantı kurmak, onlara empatik tepkiler vermek etkili bir profesyonel yardım sürecinin anahtarı sayılır (Tuncay ve İl, 2009). Empati, tedavide güçlü bir güven ilişkisi tesis edilerek hasta ile işbirliği yapılmasına ve hastanın tedavi sürecine uyum sağlamasına hayati katkılar yapar. Dolayısıyla empatinin kendisinin dolaylı travmatizasyonun tetikleyicisi olacağını düşünmek uygun değildir. Profesyonelde travmayı tetikleyecek şey tamamlanmamış bir empatik bağlantı olabilir. Zira empatik bağlantının aşamalarına bakıldığında, kendisini karşıdaki kişinin yerine koyarak onun düşünce ve duygularına ortak olmak, bir süre onun yerinde durmak ve sonra kendi konumuna geri dönüş yapmakla süreç tamamlanır. Hastanın öyküsünü dinleyen, yaşantısına tanık olan profesyonelin empatik bağlantıyı tamamlamaya özellikle çaba harcaması kendisini travmadan koruyacaktır.

Stamm (1999), mesleki kariyerimize bir yanılısma ile başladığımızı hatırlatmaktadır. Aldığımız eğitim sayesinde hizmet verdiğimiz insanlar için acı ve kayıp hissi yaşamayacağımızı zannederiz. Eğitimin, çalışma ortamının ve araştırma birikimimizin dengemizi ve nesnelliğimizi korumada bize yardımcı olacağına inanırız. Fakat sonuçta, acı çeken, kederli ve travmatize hastalarla sürekli çalışma doğal olarak ve kaçınılmaz biçimde bizi dolaylı travmaya itebilir.

Odak hastalar ve onların esenliği olduğunda, Pearlman'ın vurguladığı gibi (1996), dolaylı travmatizasyonun incelenmesi etik bir zorunluluk olarak da ortaya çıkıyor. Zira klinisyenlerin, bir meslek elemanı olarak kendilerine,

hastalarına, meslektaşlarına ve topluma karşı etik kuralları ve sorumlulukları bulunmaktadır. Profesyonelin, bu öğelere karşı zarar verici her davranış ve tutumdan hassasiyetle kaçınması gerekmektedir. Ayrıca dolaylı travmatizasyonun gözden kaçırıldığı bir durumda, profesyonelin yaşantısı ağır düzeyde tükenmişlik ve mesleği yapamaz hale gelmekle sonuçlanabilecektir.

KAYNAKLAR

- Alter, C., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., et al. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37(2), 137.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th Edition (DSM-IV), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Artinian, B. M. (1995). Risking involvement with cancer patients. *Western Journal of Nursing Research*, 17(3), 292-304.
- Blair, D. T., & Ramones, V. A. (1996). Understanding vicarious traumatization. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34(11), 24-30.
- Bride, B. E., Jones, J. L., & Macmaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3), 69-80.
- Bush, N.J. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk?. *Oncology nursing forum*, 36(1), 24-28.
- Cornille, T. A., & Meyers, T. W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers. *Traumatology*, 5(1), 15-31.
- Cunningham, M. (1996). *Vicarious traumatization: Impact of trauma work on the clinician*. Adelphi University.
- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work*, 48(4), 451-459.
- Dane, B., & Chachkes, E. (2001). The cost of caring for patients with an illness. *Social Work in Health Care*, 33(2), 31-51.
- Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization: Current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(1), 107-116.
- Figley, C.R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (2nd ed., pp. 3-29). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Graham J. & Ramirez A. (2002). Improving the working lives of cancer clinicians. *European Journal of Cancer Care*, 188-192.
- Hermann, J., & Carter, J. (1994). The dimensions of oncology social work: Intrapsychic, interpersonal and environmental interventions, *Seminars in Oncology*, 21(6), 712-717.
- Hiradfar, A., Esfandiari, N., Pedram, M. (2010). Prevalence of secondary traumatic stress in oncology staff from a referral cancer center of Iran. *Iranian Journal of Pediatric Hematology*. 1 (Supplement 1):16.
- Işıkhan, V. (2006). Onkoloji alanında bakım verenlerin tükenmişliği, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17(2), 7-24.
- Işıkhan, V., Comez, T., & Danis, M. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3), 234-244.
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of traumatic stress*, 15(5), 423-432.
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2007). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer and general practice. *Canadian Journal of Counselling/Revue Canadienne de Counseling*, 38(4). 260-276.
- Kangas, M., Jane, L., Richard H., Bryant, A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22: 499-524.
- Katz, R.S. and Genevay, B. (2002). Our patients, our families, ourselves: the impact of the professional's emotional responses on end-of-life care. *American Behavioral Scientist* 46: 327.
- Little, S. (2002). Vicarious traumatization. *Emergency nurse: The journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 10(6), 27.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New Jersey, Prentice Hall. içinde Işıkhan, V. (2006).
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.

- Mishne, J. (1998). Unanticipated fatal illness: Stimulus for intense transference and countertransference phenomena. *Journal of Analytic Social Work*, 5, 41-62.
- Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 32(2), 341.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 345.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*: WW Norton & Co.
- Penson, R. T., Dignan, F. L., Canellos, G. P., Picard, C. L., & Lynch Jr, T. J. (2000). Burnout: caring for the caregivers. *The Oncologist*, 5(5), 425-434
- Posluszny, D. M., Edwards, R. P., Dew, M. A., & Baum, A. (2011). Perceived threat and PTSD symptoms in women undergoing surgery for gynecologic cancer or benign conditions. *Psycho-Oncology*, 20(7), 783-787.
- Preyde, M., & Synnott, E. (2009). Psychosocial intervention for adults with cancer: A meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6(4), 321-347.
- Quinal, L., Harford, S., Rutledge, D. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nursing*, 32: E1-E7.
- Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(1), 24-28.
- Rohan, E., & Bausch, J. (2009). Climbing Everest: Oncology work as an expedition in caring. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(1), 84-118.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449-480.
- Sabo, B. M. (2008). Adverse psychosocial consequences: compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 23.
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64.
- Schou, K.C. (1993). Awareness contexts and the construction of dying in the cancer treatment setting: 'Micro' and 'Macro' levels in narrative analysis. In D. Clark (Ed.), *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice* (pp. 238-263), Cambridge: Blackwell Publishers.
- Sexton, L. (1999). Vicarious traumatization of counsellors and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27(3), 393-403.
- Sinclair, H. A. H., & Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(4), 348-356.
- Smith, MY, Redd WH, Peysner, C, Vogl D (1999) Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psychooncology*; 8: 521-537.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8(2), 1-8.
- Stamm, B.H. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (2nd ed.). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Staples, J.K., Wilson, A.T., Pierce, B. and Gordon, J.S. (2007). Effectiveness of CancerGuides®: A study of an integrative cancer care training program for health professionals. *Integr Cancer Ther*, 6: 14.
- Stearns, N. (2001). Professional issues in oncology social work. İçinde M. Lauria, P.J., Clarke, J., Hermann ve N. Stearns (Ed.), *Social Work in Oncology: Supporting Survivors, Families, and Caregivers* (pp. 213-232). Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K. ve Aker, T. (2008). Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim, *New/Yeni Symposium Journal*, 46(2), 51-61.
- Tuncay, T. ve İl, S. (2009). Sosyal hizmet uygulamasında empatiyi yeniden düşünmek, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 39-56.
- Weinberg, H., Nuttman-Shwartz, O. and Gilmore, M. (2005). Trauma groups: An overview. *Group Analysis*, 2005 38: 187.

Derleme

DÜŞÜK SOSYO- EKONOMİK DÜZEYDEKİ ÇOCUKLARA YÖNELİK ERKEN MÜDAHALE YAKLAŞIMLARI: DÜNYADAN VE TÜRKİYE'DEN UYGULAMALAR

Early Intervention Programs for Children from Low Socio-economic Status: Implications from the World and Turkey

Gözde AKOĞLU*
R. Fırat ŞİPAL**

*Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakóltesi
Çocuk Gelişimi Bölümü

** Dr., Hacettepe Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakóltesi,
Çocuk Gelişimi Bölümü

ÖZET

Erken müdahale ve destek programları, 0–8 yaş arasında gelişimsel yetersizlikleri olan

veya gelişimleri risk altında olan çocukların gelişim ve öğrenmelerini destekleyerek, fiziksel, bilişsel, duygusal sınırlılıklar ve kaynak sınırlılıklarının etkilerini en aza indirmeyi ya da bu sınırlılıkları önlemeyi amaçlayan programlardır. Risk altında olduğu düşünölen çocuklara yönelik erken müdahale programları, çocukların gelişimlerinin, içinde buldukları çevrenin özellikleri ile ilişkili olduğunu vurgular. Özellikle düşük sosyo-ekonomik düzeydeki çocukların içinde buldukları çevresel koşullar uygun şekilde düzenlendiğinde, gelişimsel yetersizliklerin etkileri azaltılabilmekte, olası yetersizliklerin önüne geçilebilmektedir. Bu yazıda, gelişimi sosyo-ekonomik yetersizlikler nedeniyle risk altında bulunan çocuklara yönelik Türkiye'de ve dünyanın farklı yerlerinde uygulanan erken müdahale programları ve bu programların kısa ve uzun dönemli etkileri incelenmiştir.

Anahtar Sözcükler: *Erken çocukluk dönemi, Erken müdahale, Sosyo-ekonomik yetersizlikler, Risk altındaki çocuklar*

ABSTRACT

Early intervention programs support the development and learning of children aged 0 to 8 and has developmental deficiencies or has their development process under risk, and aim to reduce the effects of physical, mental and emotional limitations and resource limitations to a minimum or to prevent such limitations. The early intervention programs towards the children that are considered to be under risk underline that the development of children is related with the environmental conditions they have. Particularly when the environmental conditions of children at low socio-economic level are arranged suitably, the effects of developmental deficiencies can be reduced and possible limitations can be prevented. This article reviews the literature to examine early intervention programs implemented in Turkey and in various parts

of the world towards the children, whose development is under risk because of socio-economic limitations and the short and long term effects of such programs.

Key Words: *Early childhood, early intervention, socio-economic limitations, children at risk*

GİRİŞ

İnsan gelişiminin, yaşamın erken dönemlerinde başlaması, erken çocukluk dönemi müdahale programlarının çıkış noktasını oluşturur. Bu dönemde gelişimsel olarak desteklenen çocukların gelecekteki yaşamlarında sosyal yaşama katılımda daha başarılı oldukları çeşitli araştırmalar ile ortaya konulmuştur (Rolnick & Grunewald, 2007). Dolayısıyla erken dönemde sağlanan deneyimlerin niteliği ile çocukların gelecek yaşantıları arasında bir ilişki olduğu söylenebilir. Birçok ülkede, çocukların gelişimsel olarak kritik öneme sahip olan dönemlerde desteklenmesini hedefleyen erken müdahale programları geliştirilmiştir. Erken müdahale programları, genel olarak 0–8 yaş arasında gelişimsel yetersizlikleri olan veya gelişimleri risk altında olan çocukların gelişim ve öğrenmelerini destekleyerek, fiziksel, bilişsel, duygusal sınırlılıklar ve kaynak sınırlılıklarının etkilerini en aza indirmeyi ya da bu sınırlılıkları önlemeyi amaçlayan programlardır (Blackman, 2002; Widerstrom, Mowder & Sandall, 1997).

Erken müdahale yaklaşımları temel olarak 3 varsayıma dayanmaktadır. Bu varsayımlardan ilki, “eksikliklere (deficit)” odaklanır ve organizmanın gelişiminde kritik dönemlerde sağlanan deneyimlerin etkili olduğunu vurgular. Bu varsayıma göre, özellikle düşük

sosyo-ekonomik düzeydeki çocuklara öğrenmeye yönelik yeteri kadar deneyim sağlanmazsa gelişimsel eksiklikler oluşacaktır. İkinci varsayım, birçok erken müdahale araştırmasının temelini oluşturan “aşılama/önleme” ye odaklanır. Alanyazında bu varsayım çoğunlukla “kartopu etkisi” (snowball effect) ile birlikte ele alınır. Bu varsayıma göre, çocuğun yaşamındaki yoğun deneyimler süregelen ve yığılımlı bir etki meydana getirmektedir. Üçüncü varsayım ise, günümüzde de oldukça ilgi gören, “çevresel değişiklik” varsayımdır. Bu varsayıma göre, sadece çocuğa yapılan eğitimler ile anlamlı bir etki elde edilmesi mümkün değildir. Çocuğun yaşantısında değişiklik meydana getirebilmek için, toplumun ve ailenin yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Ekolojik sistem teorisinin temelini oluşturan bu varsayım, erken müdahale yaklaşımlarında aile katılımının ve toplumsal desteğin önemini vurgulamaktadır (McBride, 1989).

Yukarıdaki bilgilerden yola çıkılarak, bu yazıda, gelişimi sosyo-ekonomik yetersizlikler nedeniyle çevresel olarak risk altında bulunan çocuklara yönelik erken müdahale programları ve bu programların kısa ve uzun dönemli etkileri incelenecektir.

Sosyo-ekonomik Yetersizliklerin Gelişim Üzerindeki Etkileri

Risk altında olduğu düşünülen çocuklara yönelik erken müdahale programları, çocukların gelişimlerinin içinde buldukları çevrenin özellikleri ile ilişkili olduğunu vurgular. Çocukların içinde buldukları çevresel koşullar uygun şekilde düzenlendiğinde, mevcut gelişimsel yetersizliklerin etkileri azaltılabilmekte, olası yetersizliklerin önüne

geçilebilmektedir. Risk grubunda yer alan çocuklara yönelik eğitim programlarının bu yönü "önleyici bir yaklaşımın" varlığına işaret etmektedir. Widstrom, Mowder ve Sandall'a göre (1997), önleyici eğitim programları amaçlarına göre genel olarak üç şekilde tanımlanmaktadır:

1. Birincil önleme programları: Yeni bir yetersizlik durumunun oluşmasını engellemek ve belli bir problem durumuna karşı koruyucu becerileri ve yeterlilikleri inşa etmek.
2. İkincil önleme programları: Yetersizliğin başlangıcına ilişkin belirtiler gösteren ancak, henüz güçlük yaşamayan bebekleri hedefler.
3. Üçüncü derece önleme programları: Yetersizlik yaşayan bireylere yönelik, yetersizliğin etkilerini azaltmayı ve toplumsal yaşama katılmalarını sağlayıcı rehabilitasyon hizmetleri sunar.

Düşük sosyo-ekonomik düzeyin gelişim üzerindeki etkileri alanyazında, kısa ve uzun dönemli sonuçları yönünden ele alınmıştır. Yoksulluk içinde bulunan ya da yoksulluk sınırında yaşayan çocukların evlerindeki yaşam kalitelerinin, besinlere, sağlık hizmetlerine ve eğitim olanaklarına ulaşımalarının içinde buldukları sosyo-ekonomik yetersizliklerden etkilenebileceği belirtilmiştir. Sherman, düşük sosyo-ekonomik düzeyde bulunan çocukların ailesel stres, ebeveyn depresyonu ve tıbbi problemler gibi risk faktörleri ile karşılaşma ve bu risk faktörlerinden etkilenme sıklıklarının ve oranlarının, yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki aileler ve çocuklarından daha fazla olduğuna dikkat çekmiştir (Ruffolo, Evans & Lukens, 2003).

Alanyazında yer alan kuramsal ve uygulamalı birçok araştırma, sosyo-ekonomik açıdan risk altında bulunan çocukların gelişimlerinin doğru ya da dolaylı olarak çevresel faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (Locke, Ginsborg & Peers, 2002; Lunenburg, 2000; Ramey, Campbell, Burchinal, Skinner, Gardner & Ramey, 2000). Séguin, Xu, Potvin, Zunzunegui & Frohlich (2003) tarafından yapılan bir araştırmada, çocukların yaşadıkları sağlık problemleri ile aile gelirinin ilişkili olduğu bulunmuştur. Sağlık ve sosyo-ekonomik düzey arasındaki ilişkiye dikkat çeken bu bulgu, sosyo-ekonomik özelliklerden kaynaklanan yetersizliklerin, büyümenin ötesinde, gelişim alanları üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Yaşamın gelişim açısından kritik öneme sahip erken dönemlerinde karşılaşılan sosyo-ekonomik yetersizlikler, beraberinde yetersiz beslenmeyi ve tıbbi bakım olanaklarından yeteri kadar yararlanamamayı getirecektir. Özellikle beyin gelişimi açısından önemli olan yaşamın ilk yıllarında yaşanan bu yetersizliklerin bir sonucu olarak, gelecekte fiziksel, bilişsel, dil ve sosyal gelişim alanlarında yetersizliklerin ortaya çıkma olasılığı da artabilecektir. Gelişim alanlarının birbirleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Var olan bu ilişkinin yığılımlı bir etki yarattığı düşünüldüğünde sosyo-ekonomik yetersizlikler ve sağlık problemleri arasındaki ilişkiye işaret eden bu bulgunun önemi daha iyi anlaşılabilir. Özellikle doğum öncesinde düşük nitelikli tıbbi bakım, düşük doğum ağırlığı, fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişimdeki gecikmeler, okulu bırakma, ergenlik döneminde gebelik ve işsizlik gibi durumlarla karşılaşılmasının çocuğun içinde bulunduğu sosyo-ekonomik koşullar ile ilişkili olduğu

belirtilmiştir (Ryan, McCall, Robinson, Groark, Mulvey& Plemons, 2002).

Dünyada Farklı Erken Müdahale Yaklaşımları

Erken çocukluk döneminde düşük sosyo-ekonomik düzeyde yaşayan çocuklar ve ailelerinin gereksinimleri, içinde buldukları çevrenin özelliklerine ve çevresel özelliklerin aile üzerinde yarattığı etkiye göre değişiklik göstermektedir. Çocukların ve ailelerin gereksinimlerinin en üst düzeyde karşılanması ile çocuğun gelişiminin mümkün olan en uygun şekilde desteklenmesi, geliştirilen eğitim programlarının ortak amacını oluşturmakla birlikte, eğitim programlarında kullanılan yöntemler ve yaklaşımlar ailelerin ve çocukların gereksinimlerine göre farklılaşmaktadır. Erken çocukluk döneminde sosyo-ekonomik özellikler nedeniyle risk altında bulunan çocukların gelişimlerini desteklemeyi hedefleyen programlar, eve ya da merkeze dayalı olarak yürütülmekle birlikte, bu program yaklaşımlarının bir kısmı doğrudan çocuğa odaklanırken, bir kısmı da anne ve/veya diğer aile bireyleri ile etkileşimde bulunarak risk altındaki çocuğun gelişimini dolaylı olarak desteklemeyi amaçlamaktadır.

Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki aileler ve çocuklarına yönelik erken müdahale programlarının tarihsel gelişimi incelendiğinde 1960'lı yıllardan günümüze kadar çeşitli eğitim programlarının geliştirildiği görülmektedir. İlk eğitim programları çoğunlukla, düşük sosyo-ekonomik düzeydeki çocuklara başarılı bir okul yaşantısı için gerekli olan sosyal becerileri kazandırmayı ve gerekli akademik araçları sağlamayı amaçlamıştır.

Head Start programı, bilinen ilk erken müdahale programlarından biri olmakla birlikte, en kapsamlı erken müdahale programlarının başında gelmektedir. Program, eğitim, sağlık ve sosyal hizmetler ile ebeveyn katılımını vurgulamaktadır. Headstart programının öncelikli amacı, yoksulluk nedeniyle oluşan geçmişin olumsuz etkisini silmek ve ileriki yıllarda bu etkinin görülmesini önlemek olarak belirlenmiştir. İlk yılında dörtle beş yaş arasındaki 561.000 yoksul çocuğa sekiz haftalık bir yaz eğitimi olarak başlayan program, günümüzde % 80'i devlet ve % 20'si toplum destekli olarak yürütülen, 1400'ün üzerinde sivil toplum kuruluşu tarafından yönetilen ve her yıl 800000'nin üzerinde çocuğa sosyal hizmetler, besin ve sağlık hizmetleri ile ailelerine destek hizmetler sunan bir programa dönüşmüştür (Marcon, 2000). Ayrıca, 1995'te düşük gelirli ailelerin farklı gereksinimlerine cevap vermek, doğumdan üç yaşına kadar bebeklerin ve çocukların sağlıklı gelişimleri ile büyümelerini sağlamak amacıyla Erken Head Start Programları oluşturulmuş ve böylece Headstart programları, sıfır-beş yaş arası çocuklarla anne adaylarını kapsamıştır. Erken Headstart programı, 1996 yılında 68 program ve 500 anne adayı ile üç yaşın altında çocuğu olan aileye hizmet verirken, günümüzde tüm ABD eyaletlerinde 62.000 çocuğun katıldığı 708 program ile yürütülmektedir (Peterson ve diğerleri, 2004). Head Start programı, günümüzde de farklı yaklaşımlarla desteklenerek dünyanın farklı yerlerinde, farklı toplumlar üzerinde erken çocukluk dönemini desteklemek amacıyla tek başına ya da diğer erken müdahale programları ile birlikte, gerek sosyo-ekonomik açıdan risk altında bulunan, gerek özel gereksinimli çocuklar

ve aileleri için sıklıkla kullanılmakta ve etkileri arařtırılmaktadır. Head Start programına iliřkin bazı çalıřmalar, dūřuk sosyo-ekonomik dūzeydeki gruplar için gūlū sonuçlar elde edildiđini gōstermiřtir (Ou & Reynolds, 2006). Geliřim alanlarının kapsamlı olarak desteklenmesini amaçlayan Head Start uygulamaları kendisinden sonraki kuramsal ve uygulamalı birçok erken mūdahale programına rehberlik etmesi bakımından önem tařımaktadır.

Yaygın olarak bilinen bir diđer erken mūdahale programı "*High/ Scope Perry Okulöncesi Projesi*"dir. High/ Scope Perry Okulöncesi Projesi dūřuk sosyo-ekonomik dūzeydeki ū ve dōrt yařlarındaki çocuklara uygulanan eđitimin etkilerini deđerlendirmek amacıyla yaklařık olarak 30 yıl boyunca devam etmiřtir. Bařlangıçta, sosyal yōnden dezavantajlı okulöncesi dōnemdeki çocuklara odaklanan yaklařım gūnūmūzde, erken çocukluk dōneminin tamamını kapsamaktadır. Yetiřkinler, çevreyi dūzenleyerek ve gūnlük rutinler hazırlayarak, destekleyici bir sosyal iklim yaratarak, çocukların aktif öđrenme yařantılarını, amaçlı etkinliklerini, problem çözme becerilerini, sōzel ifadelerini, kūkū ve būyūk grup deneyimlerini teřvik ederek ocuk geliřimini desteklemeyi amaçlamaktadır. Projeden elde edilen uzun dōnemli kazanımlar, okulöncesi eđitimden yararlanan çocukların gelecekte daha yūkses okul bařarısı gōsterdiklerini ortaya koymuř ve ek olarak, bu programdan destek alan çocukların ileriki yıllarda ūniversiteyi bitirme oranlarının da programdan yararlanmayanlara gōre daha yūkses olduđu saptanmıřtır (Fontaine, Torre & Grafwallner, 2006; Ruffolo, Evans & Lukens, 2003; Lunenberg, 2000).

Proje, yūkses nitelikli ve etkin öđrenmeye olanak tanıyan okulöncesi programlarının, çocukların sosyo-ekonomik özelliklerden kaynaklanan olumsuzlukları azaltmalarına ve yūkses akademik bařarı kazanmalarına yardımcı olduğunu kanıtlanması ve bu yōnūyle erken mūdahalenin uzun dōnemli etkilerine dikkat çekmesi bakımından önem tařımaktadır.

Boylamsal etkileri incelenen bir bařka erken mūdahale projesi ise, Carolina Abecedarian Projesidir. Proje kapsamında, dūřuk sosyo-ekonomik dūzeydeki ailelerden gelen ve dođumdan beř yařına kadar yūkses kalitede ve tam zamanlı bakım alan çocukların, 21 yařındaki zeka puanları llūmūřtur. Programa katılan çocukların zeka puanları, okuma ve matematik alanındaki akademik bařarı ve yūkses öđrenime devam etme oranları, bu programda yer almayan çocuktan daha yūkses bulunmuřtur. Bir erken mūdahale programı olarak Carolina Abecedarian Projesi de uzun dōnemli sonuçları açısından önem tařımaktadır (Fontaine, Torre & Grafwallner, 2006; Fontaine, Torre, Grafwallner & Underhill, 2006; Ou & Reynolds, 2006; Bagby, Rudd & Woods, 2005; Ruffolo, Evans & Lukens, 2003; Wallace, 2001). Abecedarian Projesinin yūkses risk altındaki çocuklar ve ailelerine yōnelik olarak pediatrik bakım, erken çocukluk dōnemi eđitimi ve aile destek programları sađlamak konusundaki etkililiđinin incelendiđi deneysel bir arařtırmadan elde edilen sonuçlar da, okulöncesi dōnem boyunca eđitsel olarak ocuk bakımı konusunda desteklenen annelerin çocuklarının biliřsel ve akademik becerilere iliřkin kazanımlarının olduđunu ve eđitim sona erdikten 10 yıl sonra bile, okulöncesi

dönemde eğitim alan çocukların kontrol grubunda yer alan çocuklara göre, özel eğitime yerleşme, sınıf geçme ve akademik başarıya ilişkin standart ölçümlerde anlamlı derecede farklılıkları olduğunu göstermiştir (Ramey, Campbell, Burchinal, Skinner, Gardner & Ramey, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Gelişimsel Bakım programı kapsamında, Çin'de, kırsal kesimde yaşayan ve düşük sosyo-ekonomik koşullara bağlı olarak risk altında bulunan çocukların anneleri ile çocukların oyun davranışları ve çocukla iletişim kurma stratejileri üzerine çalışılmıştır. 2 yaşından küçük çocuğa sahip olan ailelerin katıldıkları programda, çocuklar Gesell'in Gelişim Listesi kullanılarak görüşmelerden önce ve görüşmeler başladıktan 6 hafta sonra değerlendirilmiştir. Uygulama ve kontrol gruplarının yer aldığı araştırmada, başlangıç değerlendirmesinde her iki grup da ulusal gelişim normlarının altında olmakla birlikte, daha sonraki değerlendirmeler, programa katılan ailelerin çocuklarının bilişsel, sosyal ve dil gelişimi açısından kontrol grubunda yer alan çocuklara göre daha yüksek puan aldıklarını göstermiştir. Ayrıca, çocuğa bakım veren kişi tarafından zengin bir etkileşim ve tutarlı bir yaklaşım sağlanmasının çocuk yetiştirme açısından gelişim alanlarından alınan yüksek puanlarla korelasyon gösterdiği belirtilmiştir (Jin, Sun, Jiang, Ma, Morgan & Shen, 2007). Yapılan araştırma örnekleme de yer alan çocukların, beyin gelişimi açısından kritik öneme sahip olan yaşamın ilk yıllarında erken müdahale programı ile karşılaşmasının önemine dikkat çekerek, alanyazında yer alan diğer araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Erken Dönem Geçiş ve Özel Eğitim Gereksinimleri Projesi (Early Years Transition and Special Educational Needs-EYTSN) de sosyo-ekonomik açıdan risk altında bulunan çocukların özel eğitim gereksinimlerine ilişkin risk faktörleri üzerinde okulöncesi eğitimin etkilerine dikkat çekerek merkeze dayalı erken müdahale yaklaşımını ele almıştır. Okulöncesi eğitimin ebeveyn ve çocuğa yönelik katkılarının incelendiği projede, çocukların bilişsel, sosyal ve davranışsal gelişimleri değerlendirilmiştir. Okulöncesi eğitimin başlangıcında ulusal normlara göre bilişsel açıdan yetersizlik gösteren çocuklar örneklemin 1/3'ünü oluştururken, okulöncesi eğitime başladıktan sonra bu oran 1/5'e düşmüştür. Ayrıca, okulöncesi eğitimden yararlanma süresi uzadıkça ve eğitime başlama yaşı küçüldükçe gelişim üzerindeki olumlu etkilerin arttığı belirtilmiştir. Bununla birlikte, çocukların içinde buldukları sosyo-ekonomik koşullar ile bilişsel gelişim arasındaki ilişki, sosyal-davranışsal gelişim arasındaki ilişkiden daha güçlü bulunmuş, anadilinde okulöncesi eğitim almayan çocukların anadilinde eğitim alan çocuklara göre bilişsel açıdan daha çok risk altında olduğu belirtilmiştir (Taggart, Sammons, Smees, Sylva, Melhuish, Siraj-Blatchford, Elliot & Lunt, 2006).

Portage Projesi, 1967 yılında Wisconsin'de özel eğitim ihtiyacı olan çocukların anne-babalarına; ev ortamında çocuklarına eğitim verebilmelerine yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır. Programın temel özelliği ev ortamında eğitim uygulamasıdır. Haftalık ziyaretlerde eve gelen uzmanlar, anne-babalarla gelişimsel geriliği olan çocuklarına ne tür beceriler

kazandırabileceklerini belirlemek te ve bu becerileri öğretim stratejilerini kararlaştırmaktadırlar. Bu öğretim stratejileri, anne-babalara yazılı olarak verildiği gibi, uzman tarafından da anne-babaya uygulamalı olarak gösterilmektedir. Ev eğitim uygulaması, çocuk okula başlayana kadar devam etmektedir. Yapılan uygulamalar değerlendirildiğinde, Portage Projesi ile özel gereksinimi olan okul öncesi dönemdeki çocukların gelişimlerinin anne-babaları tarafından artırılabilirdiği sonucuna ulaşılmıştır. İngiltere’de son 20 yılda, özel gereksinimi olan küçük yaştaki çocuğa sahip aileler için destek sağlanması anlamında Portage Projesi, en iyi bilinen ve en geniş biçimde saygı duyulan bir yaklaşım olmuştur (Cameron ve White, 1996).

Türkiye’de Uygulanan Erken Müdahale Programları

Ölkemizde de erken müdahale çalışmalarının gerekliliğini ve bu programlar aracılığıyla elde edilen kazanımların önemini vurgulayarak, Anne-Çocuk Eğitim Vakfı desteğiyle yürütölen çeşitli projeler geliştirilmiştir. “Anne-Çocuk Eğitim Programı” annelere verilen destek aracılığıyla sosyo-ekonomik yetersizliklerin çocukların gelişimleri ve okul başarıları üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmayı hedefleyen en önemli programlardan biridir. Program aracılığıyla anneler, çocuklarının büyüme, öğrenme ve gelişimlerine yardım edebilmişlerdir. Uygulanan program, çocuğa en üst gelişim düzeyine ulaşmasına olanak tanıyan uyarıcı bir ev ortamı yaratarak, temel amacını gerçekleştirmiştir. Ayrıca, örgün eğitime başlamadan önce programa katılan ve katılmayan çocuklardan elde edilen veriler

arasında okula hazır olma ve zihinsel işleyiş açısından da farklılıklar görölmüştür. Uygulanan program, çocukların bilişsel kapasitelerini ve sosyal yeterliliklerini artırarak onları okula hazırlamıştır (Bekman, 1998).

1967 yılında Wisconsin’de özel eğitim gereksinimi olan çocuklar ve anne-babalarına eğitim vermek amacıyla tasarlanan Portage Projesi, 1989 yılında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü öncölüğünde Türkçe’ye kazandırılmıştır. Portage Projesi halen sosyal ve biyolojik risk altında olan, gelişimsel olarak 0-6 yaş aralığında bulunan çocukların takibi ve bu çocukların ailelerine yönelik ev eğitim programlarının hazırlanması amacıyla yoğun olarak kullanılmaktadır (Güven ve ark., 2000).

Küçük Adımlar Erken müdahale Projesi (KAEEP), gelişimsel geriliğe sahip ya da gelişimleri herhangi bir nedenle risk altında olan çocuklara ve ailelerine yönelik hizmet vermeyi hedefleyen; çocukların gelişimlerini desteklemek, gelişimi etkileyen risk faktörlerinin etkisini en aza indirmek, anne-babayı çocuğun gelişimini destekleyecek beceri ve bilgilerle donatmak üzere uygulanan ve 1996 yılından beri uygulamaya devam edilen bir projedir. Proje’nin Türkiye’de kullanımına ilişkin hakları, Zihinsel Engellilere Destek Derneği tarafından Macquaire Üniversitesi’nden alınmıştır (Kobal, 2001). KAEEP, 1996-1997 döneminde Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Faköltesi Özel Eğitim Bölümü ve 1997-1998 döneminde Anadolu Üniversitesi Eğitim Faköltesi Özel Eğitim Bölümü tarafından uygulanmış ve projenin, gelişimsel geriliği olan çocukların gelişimlerinde, bu çocukların anne-babalarının gereksinimlerinin

karşılanmasında etkili bir program olduğu görülmüştür (Kırcaali, 2000; Suçuoğlu ve ark., 2001).

Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, tek veya çok dilli çevrelerden gelen çocukların bilişsel, dil, sosyal, duygusal ve fiziksel becerilerini geliştirip okula hazır olmalarını sağlamayı amaçlayan bir erken müdahale programı geliştirilmiştir. Programda, elverişsiz sosyo-ekonomik şartlarda yaşadıkları için erken çocukluk eğitimi hizmetlerinden faydalanamayan 5-6 yaşındaki çocuklar hedeflenmiştir. Program, yaratıcılığı, kişisel ifadeyi ve etkin/katılımcı öğretimi vurgulamış ve bedensel, bilişsel, dilsel ve sosyal-duygusal gelişim modüllerini içermiştir. Okulöncesi Eğitim Programı'na katılan çocukların öğrenme sürecini desteklemeyi amaçlayan programda beslenme, koruyucu sağlık, anne ve çocuk sağlığı, çocuğun okula hazırlanması ve olumlu disiplin yöntemleri de ele alınmıştır. Programlara 360 çocuk ve 320 anne katılmıştır. Programın kısa dönemli etkileri, Okulöncesi Eğitimi Programı'nın çocukların bilişsel ve dil becerileri üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Eğitim programı sözel ve sayısal becerilerin gelişimine de katkıda bulunmuştur (Bekman, Aksu- Koç, Erguvanlı –Taylan, 2004).

Ülkemizde yapılan boylamsal bir araştırmada da, erken çocukluk eğitiminin erişkinlikte süren etkileri araştırılmıştır. Araştırmada, 1982–1986 yılları arasında Erken Destek Projesi'ne (EDP) katılan gelir ve eğitim düzeyi düşük kesimlerdeki çocuklar 20'li yaşlarının ortalarına kadar takip edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, erken çocukluk eğitimi alan çocuklar, eğitim almamış gruptakilerden neredeyse 1,5 yıl daha uzun süre okula devam etmiş, eğitim

alanların yüzde 44,1'i üniversiteye devam etmiş, zeka göstergesi olarak kabul edilen kelime bilgisi testinde daha iyi performans göstermiş, mesleki statüsü daha yüksek işlerde çalışmış, aylık hane giderleri daha yüksek olmuş, daha büyük bir bölümü bilgisayar ve kredi kartı sahibi olmuştur (<http://www.acev.org/arastirma/arastirmalar.asp>, 2007). Bu sonuçlar, erken müdahale programlarının gelecekteki yaşam kalitesine yönelik belirleyiciliğini somut bir şekilde ortaya koymaktadır.

Yukarıda yer alan araştırmalardan elde edilen sonuçlar, ülkemizde sunulan erken müdahale hizmetlerinin içeriğini göstermekle birlikte, gelecekte uygulanacak erken müdahale hizmetlerinin hedeflerini belirlemek açısından da önem taşımaktadır.

SONUÇ

Alanyazında, erken müdahale yaklaşımlarının etkilerini inceleyen araştırmalar, çocuk merkezli ve/veya ebeveyn merkezli eğitim programlarından yararlanan, çevresel olarak risk altında olan ve düşük sosyo-ekonomik koşullarda yaşayan çocukların özellikle bilişsel gelişim alanında kısa ve uzun dönemde önemli kazanımları olduğunu göstermektedir. Yaşamın erken dönemlerinde gelişimleri uygun şekilde desteklenen çocuklar, gelecekte toplumsal yaşama daha çok katılmakta, erken dönemde yapılan eğitimler, olumsuz çevre koşullarının olası etkilerini azaltabilmektedir. Ancak bilindiği gibi, erken müdahale programlarının işlevliliği, sunulan hizmetlerin niteliği ile yakından ilişkilidir. Bir başka deyişle, hizmet verilen grupların gereksinimlerini karşılayabilecek şekilde yapılandırılmış olan erken müdahale programları

önemli kazanımlar elde edilmesine olanak tanımakta ve bu kazanımların kalıcılığı sağlanabilmektedir. Gereksinimlerin doğru olarak belirlenmesi, erken müdahale programlarının içeriğine yön vererek işlerliğine katkı sağlayacaktır.

Risk altındaki ailelere ve çocuklarına yönelik erken müdahalenin mümkün olan en erken dönemde başlayabilmesi için *erken dönemde belirlenmeleri* gerekmektedir. Kuramsal ve uygulamalı çalışmalar, erken müdahaleye başlama zamanı ile elde edilen kazanımlar arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Taggart ve ark., 2006). Çevresel olarak risk altında olan gruplara bu bakış açısıyla yaklaşmak, erken müdahalenin önleyicilik ilkesi ile de örtüşmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, eğitimin mümkün olan en erken dönemde gerçekleşebilmesi için kapsamlı bir saha taramasının gerekliliğinden söz edilebilir. Erken müdahale hizmetlerine gereksinim duyan grupların belirlenmesi, uygulanabilecek erken müdahale hizmetlerinin amaçlarına yön verebilecektir. Dolayısıyla, ülke çapında sosyo-kültürel özellikleri dikkate alınarak yapılabilecek bir tarama çalışması ile gelişimi sosyo-ekonomik açıdan risk altında olan ya da çevresel yoksunluklara bağlı olarak gelişimleri engellenmiş olan çocukların ve ailelerin öncelikli gereksinimlerinin belirlenmesi mümkün olabilecektir.

Erken müdahale hizmetleri ile ilgili bir diğer önemli nokta ise, planlanan erken müdahale hizmetlerinin *ulaşılabilir* olmasıdır. Bu bakımdan, ülkemizde çoğunlukla düşük sosyo-ekonomik koşullarda yaşayan ailelere hizmet sunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ile Aile Sağlığı Merkezleri, hizmete gereksinim duyan grupların

belirlenmesi, erken müdahale programlarının başlatılması ve sürdürülmesi için kapsamlı hizmetler sunarak verilen hizmetlerin yaygınlaştırılmasına yardımcı olabilir. Bu bakımdan, ülkemizin koşulları da göz önünde bulundurulduğunda, sağlık ocakları, Aile Sağlığı Merkezleri ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerindeki sağlık çalışanlarıyla işbirliği içinde çalışacak ve alanında uzman olan eğitimciler ve sosyal çalışmacıların sosyo-ekonomik açıdan risk altında olan bölgelerdeki erken müdahale hizmetlerinin koordinasyonunda görev almaları, nitelikli hizmetlerin sunulmasına, hizmetlere ulaşılabilmesine ve hizmetlerin yaygınlaştırılmasına olanak tanıyacaktır. Ayrıca, T.C Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı olarak, düşük sosyo-ekonomik çevrelerdeki ailelere yönelik hizmet veren Toplum Merkezlerinin, buldukları bölgelerdeki halka aynı ve nakdi yardım yapmanın ötesinde, erken müdahale programlarını sosyal bir sorumluluk olarak ele alıp, bu programların uygulanması için zemin oluşturması da ülkemizde erken müdahale hizmetlerine gereksinim duyan ailelere ulaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Erken dönemde, sosyo-ekonomik yetersizliklerin etkileri gibi, yeterli ve uygun uyarın sağlanmasının da gelişim üzerinde yığılımlı bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Gerek gelişim alanları arasındaki karşılıklı ilişki, gerek erken dönemde edinilen kazanımların geleceğe yansımaları, uygulanan eğitim programlarının boyutsal etkilerini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla özellikle doğum öncesi dönemden başlayarak anne adaylarının Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri tarafından

bilgilendirilmesi, annelere çocuklarının fiziksel büyümeleri için gerekli olan desteğin sağlanmasının yanı sıra, zihinsel, dil, sosyal ve duygusal gelişimlerinin de nasıl destekleneceği konusunda bilgi verilmesine olanak tanıyacak, gelişim alanlarının birbiriyle ilişkisinden yararlanılarak gelecekteki kazanımlara da katkıda bulunacaktır. Bu bakımdan ülkemizde, özellikle annelerin çocuklarıyla etkileşimlerini arttırmaya odaklanarak, eve dayalı, ebeveyni merkeze alan ve ebeveynlik becerilerini geliştirmeyi hedefleyen erken müdahale yaklaşımlarının kullanılması daha fazla kazanım elde edilmesini sağlayabilir.

14/6/1973 tarihli ve 1739 sayılı Millî Eğitim Temel Kanununun 62 nci maddesi, 1/7/2005 tarihli ve 5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun 16 ncı maddesi ve 30/5/1997 tarihli ve 573 sayılı Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname hükümlerine dayanılarak hazırlanan ve 31.05.2006 tarihli resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren "Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği"nde *özel eğitime ihtiyacı olan birey*; çeşitli nedenlerle bireysel ve gelişim özellikleri ile eğitim yeterlilikleri açısından akranlarından beklenen düzeyden anlamlı farklılık gösteren birey şeklinde tanımlanmaktadır (Millî Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği, 2006). Bu tanımdan yola çıkıldığında, düşük sosyo-ekonomik düzeyde bulunan ve sosyo-ekonomik yetersizlikler nedeniyle gelişimleri risk altında bulunan çocuklar da özel eğitim gereksinimi olan grup içinde düşünülebilir. Bu nedenle, erken müdahale hizmetlerinin önleyici yaklaşımından yola çıkılarak, ülkemizdeki özel eğitim gereksinimi olan birey

kavramının düşük sosyo-ekonomik düzeydeki aileler ve çocuklarını da içerecek şekilde genişletilmesi, düşük sosyo-ekonomik düzeydeki aileler ve çocuklarına yönelik erken müdahale hizmetlerinin yasalarda yer alması için zemin oluşturacak ve gelecekte ortaya çıkabilecek problemlerin önlenilmesine olanak tanıyacaktır.

Yukarıda belirtilenlere ek olarak, ülkemizde farklı yaklaşımları temel alan erken müdahale programlarının etkilerinin belirlenmesine yönelik araştırmalar yapılması ve boylamsal etkilerinin ortaya konulması büyük önem taşımaktadır. Uygulanan programların boylamsal etkilerinin belirlenmesi, kullanılan yaklaşımların uzun dönemdeki sonuçlarını ortaya koymakla birlikte, başlangıçta pahalı olduğu düşünülen hizmetlerin, gelecekte yetersizliğe sahip olma olasılığı bulunan ve çevresel olarak risk altındaki gruplara yönelik önleyici özellik taşıyan erken müdahale hizmetlerinin sağlanması ile uzun vadede, maliyetin azaltılmasına olanak tanıyacağını göstermesi açısından önem taşımaktadır. Dolayısıyla gerek ülkemizde, gerek gelişmekte olan diğer ülkelerde erken müdahale programlarının boylamsal etkilerinin belirlenmesi alana önemli katkılar sağlayacağı gibi, risk altındaki nüfusa yönelik olarak geliştirilen sosyal politikalara da yön verebilecektir.

KAYNAKÇA

- Bagby, J.H., Rudd, L. C., & Woods, M. (2005). The effects of socioeconomic diversity on the language, cognitive and social-emotional development of children from low-income backgrounds. *Early Child Development and Care*, 175 (5), 395-405.
- Bekman, S. (1998). Eşit fırsat: Anne çocuk eğitim programı'nın değerlendirilmesi. <http://www.acev.org/arama/aramalar.asp>.

- Bekman, S., Aksu- Koç, A., & Erguvanlı –Taylan, E. (2004). Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bir erken müdahale modeli: "Yaz anaokulu" pilot uygulaması. Boğaziçi Üniversitesi ve Anne-Çocuk Eğitim Vakfı işbirliği-<http://www.acev.org/arastirma/arastirmalar.asp>.
- Blackman, J.A. (2002). Early intervention: A global perspective. *Infants and Young Children*, 15(2),11–19.
- Cameron S., White M. (1996). *The portage early intervention model: making the difference for families across the world*. In *Conference Proceedings 1996*, National and International Portage Association.
- Ekonomik ve toplumsal kalkınma için erken çocukluk eğitimi: Önemi, yararları ve yaygınlaştırma önerileri (2007). Anne-Çocuk Eğitim Vakfı <http://www.acev.org/arastirma/arastirmalar.asp>
- Fontaine, N. S., Torre, D.L., & Grafwallner, R. (2006). Effects of quality early care on school readiness skills of children at risk. *Early Child Development and Care*,176(1), 99–109.
- Fontaine, N. S., Torre, D.L., Grafwallner, R., & Underhill, B. (2006). Increasing quality in early care and learning environments. *Early Child Development and Care*, 176(2), 157-169.
- Güven, N., Bal, S., Metin, N., Atay, M. (2000). Usage of the portage in Turkey and extending its usage throughout Turkey. VIII. Uluslararası Portage Konferansı'nda Sunulan Bildiri. 6-8 Ekim 2000. Alabama-Birmingham, U.S.A.
- Jin, X., Sun, Y., Jiang, F., Ma, J., Morgan, C., Shen, X. (2007). Care for development intervention in rural China: A prospective follow-up study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(3), 213–218.
- Kırcaali, G. (2000). *Küçük adımlar gelişimsel geriliği olan çocuklara yönelik erken müdahale programı'nın aile görüşlerine dayalı olarak değerlendirilmesi*. Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları-69, Eskişehir.
- Kobal, G. (2001). Küçük adımlar erken müdahale projesi. küçük adımlar erken müdahale programı (Sucuoğlu, B., Küçüker, S., Kobal, G., Özenmiş, P., Kaygusuz Y., Bakkaloğlu, H.)'nda, Zihinsel Engellilere Destek Derneği, Cümle Yayınları, İstanbul, s. 1-17.
- Locke, A., Ginsborg, J., Peers, I.(2002). Development and disadvantages: Implications for the early years and beyond. *International Journals of Language and Communication Disorders*, 37, 3–15.
- Lunenburg, F.E. (2000). Early childhood programs can make a difference in academic, economic and social arenas. *Education*, 120(3), 519–528.
- Mcallister, C. L., & Thomas, T. (2007). Infant mental health and family support: Contributions of early head start to an integrated model for community-based early childhood programs. *Infant Mental Health Journal*, 28(2), 192–215.
- McBride, J.A. (May, 1989). *Public school performance of disadvantaged children with extensive preschool experience: A study of Millwaukee Project children through high school*. Doctoral Dissertation, University of Wisconsin, Millwaukee.
- Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği (2006). http://orgm.meb.gov.tr/Mevzuat/ozel_yon_SON/ozelegitimyonnetmelikSON.htm.
- Ou, S. R., & Reynolds, A.J.(2006). Early childhood intervention and educational attainment: Age 22 findings from the Chicago longitudinal study. *Journal of Education For Students Placed At Risk*, 11(2), 175–198.
- Ramey, C.T., Campbell, F. A., Burchinal, M., Skinner, M. L., Gardner, D. M., & Ramey, L.S. (2000). Persistent effects of early childhood education on high-risk children and their mothers. *Applied Developmental Science*, 4, 2–14.
- Rolnick, A. J., & Grunewald, R. (2007). Early intervention on a large scale. *Education Week*, 26(17), 13.
- Ruffolo M.C., Evans, M.E., & Lukens, E.P. (2003). Primary prevention programs for children in the social service system. *Journal of Primary Prevention*, 23(4), 425.
- Ryan, C.S., McCall, R.B., Robinson, D.R., Groark, C.A., Mulvey, R., & Plemons, B.W. (2002). Benefits of the comprehensive child development program as a function of AFDC receipt and ses. *Child Development*, 73 (1), 315–328.
- Séguin, L., Xu, Q., Potvin, L., Zunzunegui, M.V., & Frohlich, K.L (2003). Effects of low income on infant health. *JAMC*, 168 (12), 1533–1538.
- Sucuoğlu, B., Özenmiş, P., Bakkaloğlu, H., Kaygusuz Y. (2001). Küçük adımlar erken müdahale programının gelişim geriliği olan çocukların gelişimleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. Küçük Adımlar Erken müdahale Programı (Sucuoğlu, B., Küçüker, S., Kobal, G., Özenmiş, P., Kaygusuz Y., Bakkaloğlu, H.)'nda, Cümle Yayınları, İstanbul, s. 19-31.
- Taggart, B., Sammons, P., Smees, R., Sylva, K., Melhuish, E., Siraj-Blatchford, I., Eliot, K., & Lunt, I.(2006). Early identification of special educational needs and the definition of 'at risk': The

early years transition and special educational needs (EYTSEN) project. *British Journal of Special Education*, 33(1), 40-45.

Wallace, M.B. (2001). *Differential academic achievement related to preschool and expectancy for African-American males: Extended analyses of the High Scope Perry preschool program*. Doctor of Philosophy, School of Education, Department of Human Development and Psychoeducational Studies, Howard University. Washington.

Widerstrom, A.H., Mowder, B.A., & Sandal, S.R. (1997). *Infant development and risk. An introduction*. Paul Brookes Pub: USA.