



ISSN:2149-309X.

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı



Hakemli Dergi

TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

HAZİRAN 2020- SAYI 15

- * SOSYAL ÇALIŞMACILARIN İŞ YAŞAMINDA STRES YÖNETİMİ ÜZERİNE NİTEL DEĞERLENDİRME
- * ŞÜPHEDEN TEDAVİYE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNDA AİLELERİN GÖZÜNDEN YAŞANAN SORUNLAR
- * ALKOL BAĞIMLISI BİREYLERDE BENLİK SAYGISI, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE BAŞETME STRATEJİLERİ: ADSIZ ALKOLİKLER ÖRNEĞİ
- * SOSYAL HİZMET VE İLAHİYAT LİSANS PROGRAMI ÖĞRENCİLERİNİN ENGELLİ BİREYLERE İLİŞKİN TUTUMLARI
- * BURDUR İLİNDE YAŞAYAN YETİŞKİN BİREYLERİN ORGAN BAĞIŞI TUTUMU VE ETKİLEYEN ETMENLER
- * SAĞLIK ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ MESLEKİ BENLİK SAYGILARININ İNCELENMESİ

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınıdır.

Derginin Künyesi

YAYIN SAHİBİ

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

*

YAYIN KURULU BAŞKANI

Sevil SERİN

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

*

YAYIN KURULU BŞK.YRD.

Avşar ASLAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanı

*

EDİTÖRLER

Avşar ASLAN

Daire Başkanı

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

*

Elvan ULUCAN ÖZKAN

Öğretim Üyesi

Karatekin Üniversitesi Kızılırmak Meslek Yüksek Okulu

Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü

*

Murat DERİN

Sosyal Hizmet Uzmanı

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

*

YAYIN KURULU

Avşar ASLAN

Uğur ÖZDEMİR

Elvan ULUCAN ÖZKAN

Murat DERİN

Bilal KURHAN

Eren BİNGÖL

Selime Özlem ÇELİK KARAMANLI

Seher ÖZTURHAN

*

HUKUK DANIŞMANI

Ömer SEVERCAN

“Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi altı ayda bir yayınlanan Türkçe hakemli bir dergidir”.

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi ULAKBİM veri tabanında taranmaktadır.

*

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi altı ayda bir yayınlanır.

*

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi’nde yayınlanan yazılardaki görüşler yazarlarına aittir.

*

Adres

Bilkent Yerleşkesi, Üniversiteler mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No:9 Çankaya/Ankara
Tel:+90 (312) 458 50 43-44 E-Posta: tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr

Bakanlık Yayın No:

963

ISSN:2149-309X.

BU SAYININ HAKEM KURULU

Prof. Dr. Kasım Karataş

Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Yüksel Baykara Acar
Emekli

Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Tarık TUNCA Y

Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Gülsüm ÇAMUR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN

KTO Karatay Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. İshak AYDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Gonca POLAT

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Semra SARUÇ

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Hakan BAYDUR

Manisa Celal Bayer Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Onur Burak Dursun

Sağlık Bakanlığı

Doç. Dr. Hüsametdin Çetin

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Şeyda YILDIRIM

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Hüsnünur ASLANTÜRK

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Figen PASLI

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Seval BEKİROĞLU

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Esra Kılıç Ceyhan

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman Cahid ÖRENGÜL

İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Hicran DOĞRU

Atatürk Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Ayten KAYA KILIÇ

Akdeniz Üniversitesi Manavgat Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Ergün HASGÜL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Zeki Karataş

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin TEKİN

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

ÖNSÖZ

Merhaba Sevgili Okurlarımız,

Öncelikle tüm dünyanın ve ülkemizin yaşadığı küresel pandemi sürecinde başta sağlık sistemimizin özverili çalışanları başta olmak üzere tüm vatandaşlarımıza teşekkürlerimi sunar, ülkemle ve sağlık sistemimizle gurur duyduğumu da eklemek isterim.



Bu zor süreç içerisinde bile Hakemli Tıbbi Sosyal Hizmet Dergimizin 15. sayısının zamanında okuyucularımıza ulaştırılması için özveride bulunan dergimizin değerli editörlerine, kıymetli akademisyenlerimize ve yazarlarımıza teşekkürlerimizi sunarız.

Dergimizin bu sayısında hepsi birbirinden değerli altı bilimsel çalışmaya yer verilmiştir. Bu çalışmalardan ilki, “Sosyal Çalışmacıların İş Yaşamında Stres Yönetimi Üzerine Nitel Değerlendirme” adlı araştırma makalesidir. İkinci çalışma “Şüpheden Tedaviye Otizm Spektrum Bozukluğunda Ailelerin Gözünden Yaşanan Sorunlar” başlıklı araştırma makalesidir. Üçüncü çalışmada yine bir araştırma makalesine yer verilmiş olup “Alkol Bağımlısı Bireylerde Benlik Saygısı, Algılanan Sosyal Destek ve Başetme Stratejileri: Adsız Alkolikler Örneği” başlığını taşımaktadır. “Sosyal Hizmet ve İlahiyat Lisans Programı Öğrencilerinin Engelli Bireylere İlişkin Tutumları” adındaki araştırma makalesine ise dördüncü sırada yer verilmiştir. “Burdur İlinde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Organ Bağışı Tutumu ve Etkileyen Etmenler” ve “Sağlık Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Mesleki Benlik Saygılarının İncelenmesi” adlı çalışmalar da araştırma makaleleri olup, dergimizin beşinci ve altıncı makalesi olarak yerini almıştır.

Yayın hayatına başladığından beri sürekli gelişim kaydederek okuyucularla buluşan dergimizin, özverili editörlerine, bilimsel çalışmalarını için dergimizi tercih eden tüm yazarlara, çalışmalarını değerlendiren kıymetli hakemlerimize ve bizi ilgiyle takip eden okurlarımıza teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

İÇİNDEKİLER

- **SOSYAL ÇALIŞMACILARIN İŞ YAŞAMINDA STRES YÖNETİMİ ÜZERİNE NİTEL DEĞERLENDİRME (Araştırma Makalesi)**
QUALITATIVE ASSESSMENT ON STRESS MANAGEMENT OF SOCIAL WORKERS IN WORK LIFE
 - Emine ÖZMETE
 - Ali TAHTACI
- **ŞÜPHEDEN TEDAVİYE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNDA AİLELERİN GÖZÜNDEN YAŞANAN SORUNLAR (Araştırma Makalesi)**
FROM SUSPICION TO TREATMENT: CHALLENGES IN AUTISM SPECTRUM DISORDER FROM THE PERSPECTIVE OF FAMILIES
 - Bahadır TURAN
 - İbrahim Selçuk ESİN
 - Elif ABANOZ
 - Onur Burak DURSUN
- **ALKOL BAĞIMLISI BİREYLERDE BENLİK SAYGISI, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE BAŞETME STRATEJİLERİ: ADSIZ ALKOLİKLER ÖRNEĞİ**
SELF-ESTEEM, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND COPING STRATEGIES AMONG ALCOHOL-DEPENDENT INDIVIDUALS: THE CASE OF ALCOHOLICS ANONYMOUS
 - Fatma Nur YÜCEL
 - Kübra DOĞAN
 - Rana Nur PAMİR
 - Seda ERKUŞ
 - Ümran KEŞİR
 - Oğuzhan ZENGİN
- **SOSYAL HİZMET VE İLAHİYAT LİSANS PROGRAMI ÖĞRENCİLERİNİN ENGELLİ BİREYLERE İLİŞKİN TUTUMLARI**
SOCIAL WORK AND DIVINITY STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS PERSONS WITH DISABILITIES
 - Zeki KARATAŞ
- **BURDUR İLİNDE YAŞAYAN YETİŞKİN BİREYLERİN ORGAN BAĞIŞI TUTUMU VE ETKİLEYEN ETMENLER**
ORGAN DONATION ATTITUDES AND AFFECTING FACTORS OF ADULT INDIVIDUALS LIVING IN BURDUR PROVINCE
 - Azime ARISOY
 - Özgür ÖNAL
- **SAĞLIK ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ MESLEKİ BENLİK SAYGILARININ İNCELENMESİ**
INVESTIGATION OF THE PROFESSIONAL SELF-ESTEEM OF SOCIAL WORKERS EMPLOYED IN HEALTH CARE
 - Merve TEKİN
 - Ayhan ULUDAĞ

Yayın Kuralları

1. "Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi" Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından Haziran ve Aralık ayı olmak üzere yılda iki defa yayınlanan hakemli bir dergidir.
2. Derginin yayın dili Türkçedir ve e-dergi formatında yayınlanmaktadır.
3. Dergi sosyal hizmet disiplini ve mesleği kapsamına giren yazıları yayınlayan disiplinler arası akademik bir dergidir.
4. Dergide, derleme makaleler, araştırma makaleleri, bildirimler, yayın değerlendirme ve tartışma yazıları, vaka sunumları yayınlanmaktadır.
5. Dergiye gönderilecek araştırma çalışmalarının hakem değerlendirilmesine girebilmesi için mutlaka etik kurul onayının alınmış olması ve değerlendirmeye alınması için çalışma ile birlikte dergi editörlüğüne sunulması gerekmektedir.
6. Dergi, sağlığın sosyal hizmet boyutunu ele alan (Aile, Çocuk, Gençlik, Kadın, Yaşlılık, Engellilik, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Psiko-onkoloji, AIDS, Sığınmacı ve Mülteciler, kimsesizler, göç, insan ticareti mağdurları, şiddet mağdurları, ihmal ve istismar vakaları, yoksulluk vb.) tüm yazılara açıktır.
7. Dergide, tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer profesyonellerin alana ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması, bilimsel araştırma yaparak literatüre katkı vermelerinin desteklenmesi ve tıbbi sosyal hizmet alanında bilimsel bilgi üretiminin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
 - Dergi "hakemli" bir yayındır. Dergiye gönderilen yazı, yayın kurulu tarafından incelendikten sonra yazarın kimliğini bilmeyen uzman hakemler tarafından değerlendirmeye alınır.
 - Dergiye gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Bu yayın ilkelerine ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.
 - Hakem inceleme sürecinin başlatılmasına Editör ve Yayın Kurulu karar verir. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayına kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Hakemlerden olumlu rapor alamayan makaleler yayınlanmaz ve yazarına iade edilmez; bu konuda idari ve adli sorumluluk kabul edilmez.
 - Hakem değerlendirme raporları saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlara geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazıların değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştiri, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler.
 - Yazar(lar)la hakemler arasındaki iletişimi yalnızca editör sağlar.
 - Makale değerlendirme sürecinde yazar ve hakem isimleri gizli tutulur.
 - Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen çalışmaların daha önce hiç bir yerde yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka bir derginin değerlendirme sürecine alınmamış veya başka bir yerde yayımlanmak üzere kabul edilmemiş olması gerekir. Herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ve yayımlanmamış yazılarda, toplantının adı, yeri ve tarihi belirtilmelidir.
 - Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
 - Değerlendirme sürecinde olan ve yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lar)a aittir. Dergide yayımlanan yazılar Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü yansıtmaz.
 - Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, yayımlanmak üzere kabul edilen ve yayımlanan yazıların, başka bir işleme gerek kalmaksızın, bütün yayın haklarına sahip olur.
 - Gönderilen yazıların yayımlanma zorunluluğu yoktur.
 - Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış yazılar e-posta yoluyla tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr adresine gönderilmelidir.
 - Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi Yazım Kuralları

1. Çalışmanın başlığı büyük harflerle ve sayfanın ortasına gelecek şekilde "Calibri" yazı karakteri ile 10,5 punto ve bir aralıkla koyu olarak yazılmalıdır. Bir alt satıra ana başlık yazısının sağ alt tarafına yazar veya yazarların adları, akademik unvanları ile birlikte yazılmalı ve çalıştığı kurum adları ise (*) işareti ile dipnot şeklinde sayfanın alt kısmında verilmelidir. Yapılan çalışma herhangi bir kurum tarafından destek görmüşse, makalenin ana başlığının son kelimesi üzerine (*) konularak destek veren kurumun adı aynı sayfada dipnot olarak verilmelidir.
2. Gönderilen yazıların Türkçe ve İngilizce başlıkları 150 kelimeyi aşmayacak şekilde yazının tümünü öz biçimde (çalışmanın amacını, yöntemini, bulgu ve sonucunu) yansıtacak nitelikte olmalıdır. Türkçe ve İngilizce özetler ile en az üç en fazla beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yer almalıdır. Özeti başlığının "Öz" ve "Abstract" olarak konulması gerekmektedir. "Keywords" ve "Anahtar Kelimeler" sözcükleri bir tab (1,25 cm) içeriden ve italik yazılmalıdır. Özetlerin başlığı ve metin kısmı, "Calibri" karakterde 9 punto ve bir (1) aralıkla yazılmalıdır.
3. Dergiye gönderilen yazılar, Makalenin özeti, anahtar sözcükleri ve kaynakçayı içerecek şekilde 8000 kelimeye kadar ve Microsoft Word Türkçe sürümlerinde yazılmalıdır. Tablo, şekil, kaynaklar ve eklerle birlikte en çok 25 A4 sayfa boyutunda olmalıdır. Yazılar "Calibri" fontu kullanılarak, 1,5 aralık, 10,5 punto ve 2,5 cm kenar boşlukları ile yazılmalıdır. Metin iki yana yaslı ve satır başı verilmeden yazılmalıdır. Sayfalar numaralandırılmalıdır.
4. Bölüm başlıkları kalın (bold), sola yaslı (girintisiz) ve yalnızca kelimelerin ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Alt başlıklar 1., 1.1, 1.1.1. şeklinde numaralandırılmalı ve yazının başlık öz/abstract, giriş, yöntem, bulgular, sonuç, tartışma ve kaynakça şeklinde ana bölümlerine yer verilmelidir.
5. Çizelge, grafik, resim vb. derginin sayfa boyutları dışına taşmamalı ve bunların hazırlanmasında "Calibri" karakterde 9 punto ve bir (1) aralıkla yazı kullanılmalıdır. Kaynak ve gerekli durumlarda açıklayıcı dipnotlar ve kısaltmalar, şekil ve çizelgelerin hemen altında 9 punto olarak yazılmalıdır.
6. Metin içi atıflarda ve kaynakçada "APA Stili 6. Sürüm" olarak adlandırılan ve Amerikan Psikologlar Derneği tarafından yayınlanan "The publication manual of the American Psychological Association" isimli kaynakta belirtilen yazım ilkelerine uyulmalıdır. Gerekteğinde dipnotta açıklamalara yer verilebilir.
7. Metinde kaynaklara atıfta bulunurken yazar soyadı, tarih ve sayfa bilgisi verilmelidir.
 - Tek yazarlı kaynaklara atıf örnekleri, Karatay (2001).....(s. 44); Gökçeğöz (2009, s. 10).....; Türkmen (2007, s. 15). İki yazarlı kaynaklara yapılan atıf örnekleri: Arslan ve Taşçı (2004).....(s.38) ; Öztürk ve Toprak'a (2009) göre.....(s.105).
 - APA atıf formatına uygun olarak, atıfta bulunulan kaynağın yazar sayısı 3 ile 5 arasında ise, kaynağa metin içinde ilk geçtiği yerde yukarıdaki gibi atıfta bulunulur: Özkan, Türkmen ve Arslan (1993, ss. 15-25). Aynı kaynağa daha sonra yapılan atıflarda ilk yazarın soyadı ile birlikte "vd." ifadesi kullanılır: Özkan vd. (1993, ss. 15-25). Cümle sonunda birden fazla esere atıfta bulunuluyorsa bu kaynaklar parantez içinde alfabetik sıra ile verilmelidir. Örneğin: ...(Gökçeğöz, 2009; Türker, 2001) ya da (Öztürk ve Toprak, 2009, s. 45; Taşçı, 2007, ss. 182-186).
 - Aynı yazara ait iki ya da daha fazla esere gönderme yapılıyorsa yayın yılına alfabetik sırayı izleyen harfler eklenir: örneğin (Derin Murat, 2010a);(Derin Murat, 2010b).
 - Eserin yazarı belirtilmemişse alıntı yaparken eserin adının ilk birkaç sözcüğü kullanılır. Bu tür bir yapıta gönderme yapılırken kitabın adı eğik (italik) olarak yazılır ve ardından tarih belirtilir: Diğer bir kaynakta (*Türkiye Uyuşturucu Raporu*, 2014) belirtildiği gibi... *Türkiye Uyuşturucu Raporu*'nda (2014) belirtildiği gibi...
 - Çalışmalarda birincil kaynaklara ulaşmak esastır, ama bazı güçlükler nedeniyle ulaşılamamışsa, göndermede alıntılanan ya da aktarılan kaynak belirtilir;
 - (Smith, 2001'den aktaran Öztürk, 2010, s. 320). Alıntılanan ya da aktarılan yapıttaki kaynak bilgilerine yer verilmez.

8. Kaynakça gösterimi:

Kaynaklar yazarların soyadına göre alfabetik olarak sıralanır. Eğer yazar adı yoksa eser adı esas alınır. Bir yazarın birden çok eseri kullanılmışsa kaynaklar kronolojik sırayla yazılır. Bir yazarın aynı yıl yayımlanmış birden fazla yapıtı kullanılmışsa eser adlarının alfabetik sırasına göre "2016a", "2016b" şeklinde sıralanır.

- Kitap

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayının yılı (ayraç içinde)

Eser adı (başlığın ilk harfinden sonra bütünüyle küçük ve eğik harflerle yazılır)

Yayın bilgileri (ayraç içinde, 1. basımlar belirtilmez)

Yayın yeri

Yayınevi

Tek yazarlı ya da editörlü kitap:

Arslan, S. (2017). *Nadir hastalıklar*. Ankara: Sağlık Yayınevi.

Özkan, E. (Ed.).(2015). *Tıbbi sosyal hizmet ve uygulamaları*. Ankara: Gökay Yayınevi.

İki ya da daha fazla yazarlı kitap:

Öztürk, Y. ve Ulucan, O. (2014). *Onkolojik sosyal hizmet*. Ankara: Kota Yayınevi.

Kurum yazarlığı olan kitap:

Sağlık Bakanlığı. (2013). *Toplam Kalite*. Ankara: Sağlık Yayınevi.

Çeviri kitaplar:

Brown, A. (2016). *Child protection*. (A. Demir, Çev.) İstanbul: Görkem Yayınevi.

- Makaleler

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayının yılı (ayraç içinde, varsa ay)

Makale adı (ilk harfi büyük geri kalanlar özel isim değilse küçük şekilde)

Dergi adı (italik ve her kelimenin ilk harfi büyük şekilde)

Cilt numarası (italik şekilde)

Sayısı (ayraç içinde)

Sayfa numara aralığı

Doi:xxxxxx

Özbesler, C. (2013, Aralık). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2 (2), 44-56. doi: 12140277

- İnternet Kaynakları

Bulunması gereken bilgiler:

Yazar adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayın tarihi (ayraç içinde)

Yazının adı (italik olarak, ilk harfi büyük geri kalanlar küçük şekilde)

Erişim Tarihi: Gün Ay Yıl

Yazının linki

Pehlivan, K. (2012). *Toplum ruh sağlığı merkezlerinin işleyişi*. Erişim tarihi:25 Nisan 2016, www.hastasaglik.gov.tr.

- Yayınlanmamış Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

Derin, M. (2017). *Madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algıları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yazıların Dergiye Gönderilmesi

Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen makaleler DERGİPARK makale sistemi üzerinden gönderilmelidir (<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>). Sistem üzerinden gönderilemeyen belgeler ve soru, görüş ve öneriler ile ilgili olarak "tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr" adresi aracılığıyla iletişim kurulabilir.

İletişim Adresi:

Murat DERİN

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mahallesi Dumlupınar Bulvarı 6001 Cadde No:9

ÇANKAYA/ANKARA

Telefon: (0312) 458 50 44

e-posta: tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr

SOSYAL ALIşMACILARIN İş YAşAMINDA STRES YÖNETİMİ ÜZERİNE NİTEL DEĞERLENDİRME

Prof.Dr. Emine ÖZMETE¹
ORCID: 0000-0002-9264-5660

Sosyal alışmacı Ali TAHTACI²
ORCID: 0000-0002-6999-0167

Öz

Amaç: Bu araştırma, sosyal çalışmacıların stres nedenleri ve stresle başa çıkma stratejilerini içeren stres yönetimi sürecine ilişkin değerlendirilmelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. **Yöntem:** Araştırmada, nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışma yaşamında en az bir yıl ve daha fazla sosyal hizmet alanında uygulama deneyimi olan, lisans mezunu, toplam 30 kadın ve erkek sosyal çalışmacı ile yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmada sosyal çalışmacıların bireysel stres nedenleri iş yaparken tez canlı olmanın ortaya çıkardığı sonuçlar, aynı anda birçok iş yapmak zorunda kalmak, haksızlıklar karşısında sessiz kal(a)mamak olarak belirlenmiştir. Uygun olmayan fiziksel koşullar, multidisipliner takım/ekip çalışmasının istenilen düzeyde olmaması, kurum ve kuruluş idarecilerinin gereken yetkinlikte olmaması gibi konular kurumsal stres nedenleri olarak ortaya çıkmıştır. Sosyal çalışmacıların yaşadıkları stresi yönetebilmek için meslektaşlarından süpervizyon desteği aldıkları, iş ortamında ve iş dışında bireysel olarak stresle mücadele etmeye yönelik çaba içinde oldukları, ancak stresle başa çıkma kurumsal desteklerden yoksun oldukları bulunmuştur. **Sonuç:** Sosyal çalışmacıların yıl olarak çalışma deneyimi arttıkça stresi daha iyi yönettikleri belirlenmiştir. Sosyal alışmacılar, stres yönetimi konusunda hem bireysel hem de kurumsal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: Sosyal alışmacılarda stres yönetimi, stres nedenleri, stresle başa ıkma stratejileri, nitel araştırma

QUALITATIVE ASSESSMENT ON STRESS MANAGEMENT OF SOCIAL WORKERS IN WORK LIFE

Abstract

Objective: This research aims to determine the assessment of social workers about stress management process including stress causes and stress coping strategies. **Method:** Qualitative research method was used in the research. Face-to-face interviews were conducted with a total of 30 female and male social workers who have at least one year or more of social work experience. **Results:** Individual stress causes were determined as being hasty, not being able to remain silent against injustices. Institutional stress causes were determined as inadequate physical conditions, inadequate level of multi disciplinary team / team work and lack of competence of institutional and organizational managers. It was found that social workers received supervision support from their colleagues in order to manage the stress they experienced. They endeavored to fight stress individually in the work environment and outside of work, but they lacked

¹ Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Başkanı

² Sosyal alışmacı, Yüksek Lisans Öğrencisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

institutional support in coping with stress. **Conclusion:** It is determined that as work experience increases, social workers can more manage their stress. Social workers need support both in individual and institutional level for stress management.

Keywords: *Stress management of social workers, causes of stress, coping with stress, qualitative research*

1.Giriş

Sosyal çalışmacılar, sosyal ve ekonomik sorunları olan müracaatçılar ile çalışan, onların sorunlarını çözebilmek için savunuculuk, arabuluculuk gibi rolleri olan, mikro mezzo ve makro düzeyde hem didaktik hem de terapötik yöntemleri kullanarak çalışma yapan meslek elemanlarıdır. Sosyal çalışmacılar, kısa ve uzun vadeli olmak üzere bireylerle, gruplarla ve toplumla sosyal hizmet uygulamaları gerçekleştirmektedirler. Bu hizmeti sunarken çatışmaları yönetebilmek için duygusal olarak emek harcamakta, şefkat yorgunluğu ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Toplumsal değişim sürecinde sosyal sorunlar çeşitlenmekte, sosyal çalışmaların bu yeni ve çoklu sosyal sorunlara, yenilikçi yöntemler sunmaları da kaçınılmaz hale gelmektedir. Toplumsal değişimin yanı sıra, yönetsel süreçler ve politikadaki yapılanma sosyal çalışmacıların iş yapma süreçlerini belirlemektedir. Sosyal hizmetlerin koruma-önleme, sorun çözme, güçlendirme, sosyal programları geliştirme ve sürdürülebilir şekilde uygulamayı kapsayan dinamik süreci hem meslek elemanlarının hem de kurumların değişme ve gelişme kapasitesi ile yakından ilişkilidir. Bu sürecin başarısı ya da başarısızlığı sosyal çalışmacılarda işin niteliği ve işin yönetilmesi ile ilgili baskıyı artırmakta ya da azaltmaktadır (White, 2018).

Sosyal çalışmacıların iş yaşamında verimliliğini ve hizmetin niteliğini belirleyen en önemli konulardan biri stres yönetimidir. Müracaatçıların sorun çözme ve başa çıkma kapasitesini artırmak amacıyla hem koruyucu önleyici hem de iyileştirici hizmet sunan sosyal çalışmacıların iş yaşamındaki stres nedenlerinin ve stres ile başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi sunulan hizmetlerin niteliği ve performans çıktıları açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada sosyal hizmet uygulama alanında görev yapan sosyal çalışmacıların strese neden olan faktörler ve stresle başa çıkma stratejilerini içeren stres yönetimi süreci incelenmektedir.

Sosyal hizmet zorlu bir meslektir. Bazı stres nedenleri mesleğin kendisi ve niteliği ile ilişkili “iç faktörler”den oluşmaktadır. Meslek elemanları duygusal olarak güçsüz, sosyal olarak karmaşık sorunları olan, yoksul çevrede yaşayan birey ve gruplarla düzenli olarak çalışmaktadırlar. Rol yükü, rol çatışması ve uygulama sürecindeki belirsizlikler nedeniyle stres artabilmektedir (Lloyd, King ve Chenoweth, 2002; Wilberforce ve ark., 2014). Sosyal çalışmanın doğasından kaynaklı olarak çalışanların karşılaştıkları müracaatçıların niteliği, sorunları, müdahale sürecinde sosyal çalışmacının problem çözme ve karar verme sürecini de etkileyen çalışma koşulları, sosyal çalışmacının yorgunluk, stres ve tükenmişlik düzeyi üzerinde etkilidir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2012). Sosyal hizmetler, etkileşimin ve gerilimin fazla olduğu, stres düzeyi yoğun olan bir alandır. Meslek elemanları bu süreçte ruhsal, sosyal ve ekonomik yönlerden sıkıntıları bulunan, hayal kırıklığı yaşayan, kaygılı, sisteme kızgın kendi içine kapanmış, sosyal sistemin dışladığı kişilerle çalışmaktadırlar (Işıkhan, 2004; Işıkhan, 2011). Çalışma ortamının fiziksel özellikleri, çalışma ortamındaki sosyal etkileşim, yasal kurallar ve yönetim biçimlerine bağlı olan “dış faktörler” de sosyal çalışma alanında stres nedenlerini oluşturmaktadır. Yapılacak kağıt işlerinin fazla olması ve bürokrasi, iş ile ilgili kontrol ve takdir yetkisinin az olması gibi birçok faktör sosyal çalışmacılarda strese neden olabilmektedir (Wilberforce ve ark., 2014).Sosyal hizmet alanında çalışan meslek elemanları, çalışma ortamında, ücret yetersizliği, ücret adaletsizliği, rol çatışması ve rol belirsizliği ile bu durumlara bağlı kişiler arası çatışmalar, astlarla ve müracaatçılarla yaşanan ilişkiler, kurumlarda kariyer gelişimi ve liyakat sisteminin olmaması, kurumsal yapı

ve olumsuz örgüt atmosferi gibi strese yol açan çeşitli faktörlere açık durumdadırlar (Işıkhani, 2004; Işıkhani, 2011).

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (USHUF)* ve Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği (USHOB)** sosyal hizmeti “insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan; sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde sorun çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden

*International Federation of Social Work (IFSW) **International Association of Schools of Social Work (IASSW)

Yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir” şeklinde tanımlanmaktadır (Duyan, 2010). Sosyal hizmet mesleğinin amaçları ve özellikle de kırılgan kesimlere hizmet sunulduğu düşünüldüğünde; sadece fiziksel olarak değil, zihinsel ve ruhsal anlamda da uygulayıcıları zorlayan bir iş olduğu söylenebilir (Başçılar ve Taşçı, 2018).

1.1. Stres Yönetimi

Stres, en basit şekli ile stres oluşturan durumlara karşı verilen duygusal ve psikolojik tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Maslach ve ark., 1996; Zastrow, 1984). Bir bireyin dengesini bozabilecek bir talebin olması ile otonom uyarılar artar ve stres oluşur. Uzun süren stres, kronik anksiyete, psikosomatik hastalıklar ve duygusal sorunlar ile birlikte ortaya çıkar (Lloyd, King ve Chenoweth, 2002). Stres, bireyin/organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Tehditler karşısında denge bozulur ve canlılığın korunması için alarm durumu yaşanır. Alarm durumunda ise uyarıcı stres olarak algılanır. Buradaki temel amaç, bireyin mücadele ederek ya da kaçınarak iç dengesini yeniden kurmaktır. Stres oluşturan durumlara karşı, uyum süreci başarı ile tamamlanırsa direnç oluşur. Birey, bireysel bütünlüğüne yönelen tehditlere karşı, özellikle zihinsel düzeyde başarılı bir mücadele veremezse, başa çıkamadığı streslerin biriken ve yoğunlaşan etkileri sonucu davranış düzeyine yansıyan olumsuz birçok belirti ile karşı karşıya kalmaktadır. Bunun en önemli sonuçları iş yaşamında verimin ve motivasyonun düşmesi, memnuniyetin azalması olarak ortaya çıkar. Stres ile ilgili olarak (i) stres ile karşılaşma sıklığı, (ii) stresin süresi ve birey için anlamı süreci etkilemektedir. Özellikle bireyin karşılaştığı stresi anlamlandırma biçimi başa çıkma sürecini de etkilemektedir (Baltaş ve Baltaş, 2016).

Sosyal hizmetin özü müracaatçılar ile ilişkilere dayanmaktadır. Sosyal çalışmacılar, gerçekçi ve uygun olmayan talepler ya da beklentiler ile karşı karşıya kaldıklarında, çoğu zaman iç çatışmalar yaşamaktadırlar. Yasal olarak karşılanması mümkün olmayan bu beklentilerin yerine getirilememesi, sosyal çalışmacı tarafından bir sınırlılık, çözümsüzlük ve mesleki başarısızlık olarak algılanabilmektedir. Sosyal hizmetin savunuculuk, self-determinasyon, sosyal adalet gibi amaçları ile beklenen mesleki roller ve performans arasında fark olabilir. Bu nedenle sosyal hizmetin, çatışan rolleri, yapısı ve niteliği nedeniyle genellikle stresli bir meslek olduğuna inanılır (Lloyd, King ve Chenoweth, 2002). Sosyal hizmet alanında iş yükü ve vaka yükü en önemli stres nedeni olarak görülmektedir. İnsani hizmet örgütlerinde sosyal çalışmacıların iş stresi; sosyal destek, denetim, örgüt kültürü ve iklimi, örgütsel ve mesleki bağlılık, iş memnuniyeti gibi unsurların varlığına ya da yokluğuna bağlıdır (Barck-Holst ve ark., 2019).

Ancak iş yaşamında sadece mesleğin doğasının neden olduğu faktörlere bağlı olarak stres ortaya çıkmaz. Bireye ait özelliklere bağlı bireysel stres nedenleri ve kuruma bağlı stres nedenleri vardır (Pehlivan, 2008). İlk olarak, bireyin çevresini algılama biçimi, çevresel değişim ve ilişkilere karşı ürettiği tepkiler, cinsiyeti, duygusal olarak içe dönük ya da dışa dönük olması, duygusal açıdan kolay incinebilir olması, olumsuzluklar karşısında gösterdiği direnç ve başarı ihtiyacı gibi bireysel özellikleri kurumsal yapı içerisinde birer stres nedeni olarak ortaya çıkabilmektedir. İkinci olarak, kurumda aşırı iş yükünün olması, zaman kıstıllığı,

denetimin sıkı ve yakından olması, yetkinin ve sorumluluk düzeyinin eşleşmemesi, örgüt atmosferinin güven vermemesi, rol belirsizliği, rol çatışması, engellenme, örgüt ve bireyin değerleri arasındaki uyumsuzluk, sorumlulukların yarattığı kaygı, olumsuz fiziksel çalışma koşulları, uygun olmayan insan ilişkileri, yabancılaşma, adaletsiz ödemeler, adil olmayan yöneticiler, eksik istihdam vb. faktörler kurumdan kaynaklanan stres nedenleri olabilmektedir (Güçlü, 2001).

İş yaşamında karşılaşılabilecek stres ile başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi ve stres karşısında ortaya çıkan tepkilerin değiştirilmesi çalışanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için önemlidir. Stres ile başa çıkma bireyin stres yaratan olay ya da etkenlere karşı çaba göstermesi, bu tür durumlara karşı dayanıklılığını artırmak için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerinin tamamı şeklinde açıklanabilir (Ay, 2018). Bireyin ruh ve beden sağlığının korunmasını ifade eden stresle başa çıkma, verimli bir yaşam sürdürmek için temeldir (Baltaş ve Baltaş, 2016).

Stresi önlemek için alınabilecek bireysel ve kurumsal önlemler tek başına yeterli olmayacağı için, stres yönetimi bireysel ve kurumsal stres yönetimi olarak bir bütün olarak düşünülmelidir (Işıkhani,2011). Stres yönetiminde kullanılan bireysel stratejilerin odağını alışkanlıkların, bedensel, ruhsal ve davranışsal yapıların kontrol altına alınması oluşturmaktadır (Güçlü, 2001; Baltaş ve Baltaş, 2016). Bireysel düzeyde stresle başa çıkma yolları; iyi beslenme, egzersiz ve spor, meditasyon, psikolojik danışma ve psikoterapi, rahatlama, gereksiz sorunlardan kaçınma, strese dayanıklı kişileri örnek alma, sosyal destek, davranış değiştirme, oyun, empatik yaklaşım kullanma, dua ve ibadet, savunma mekanizmalarını kullanma şeklinde sıralanabilir (White, 2018). İş yaşamındaki stres ile başa çıkmada yardımcı olabilecek örgütsel mücadele yöntemleri, çalışanlar üzerindeki iş stresini azaltmak ve önlemek amacıyla geliştirilmelidir (Işıkhani, 2004; Işıkhani, 2011).Kurumsal düzeyde stresle başa çıkma yolları; fiziksel çalışma koşullarının iyileştirilmesi, aşırı ya da az iş yükünün düzenlenmesi, ekip çalışmasına ağırlık verilmesi, çalışanların motivasyonunun ve iş doyumunun yükseltilmesi, destekleyici örgüt ikliminin yaratılması, işi zenginleştirerek düzenlemelerin yapılması, kurumsal rollerin daha açık hale getirilerek çatışmaların azaltılması, kariyer planlamasına önem verilmesi, çalışanların sağlık profilini çıkarılarak etkili destek birimlerinin oluşturulması, stres düzeyi yüksek personele danışmanlık yapılması gibi öneriler ile açıklanabilir (Işıkhani, 2011; Baltaş ve Baltaş, 2016; White, 2018).

Bu çalışma, sosyal hizmet uygulama alanında görev yapan sosyal çalışmacılarda strese yol açan nedenleri ve sosyal çalışmacıların stresle başa çıkma stratejilerini içeren stres yönetimi sürecini incelemeyi amaçlamaktadır. Stres yönetimi konusunda sosyal çalışmacıları odağa alan sınırlı sayıda nicel çalışma bulunmaktadır. Sosyal çalışmacıların stres yönetimi sürecini nitel araştırma yöntemi ile inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle; bu çalışmanın, sosyal çalışmacıların stres nedenleri ve stresle başa çıkma stratejileri konusunda derinlemesine bilgi sunacağı ve alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.Yöntem

Bu araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma yöntemi, sosyal ve psikolojik olaylarla ilgili ölçümleri kapsayan nicel araştırma yöntemine göre daha derinlemesine bilgi sağlamaktadır. Nitel araştırma, geleneksel araştırma yöntemleriyle anlaşılması zor olan sorulara cevap bulmak için gereklidir. Çalışmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilmesine ve derinlemesine araştırma yapılmasına olanak sağlayan bir yöntemdir (Büyüköztürk ve ark., 2018). Sosyal çalışmacıların stres yönetimi sürecini incelemeyi amaçlayan bu araştırmaya dahil olma kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- (i) Sosyal hizmet lisans mezunu olmak
- (ii) Sosyal hizmet uygulama alanında en az bir yıl mesleki deneyim sahibi olmak
- (iii) Halen aktif olarak görev yapıyor olmak

Çalışma kapsamında Konya ve Ankara illeri başta olmak üzere farklı illerde görev yapan 30 sosyal çalışmacı ile yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılım etik ilkeler kapsamında gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada katılımcılara kimliklerinin gizli kalacağı önemle vurgulanmıştır. Katılımcılara görüşmeler sırasında araştırmanın amacı ve kapsamı açıklanmış, aydınlatılmış onam formu kullanılarak izin alınmıştır. Katılımcıların izinleri ile ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Araştırma da veri toplama aracı olarak “yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanılmıştır. Formda sosyo-demografik bilgiler ve stres yönetimi olmak üzere iki temel başlık bulunmaktadır. Görüşme formunun birinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini içeren sorular yer almaktadır. İkinci bölüm stres yönetimi temel başlığı altında stres nedenleri ve stresle başa çıkma stratejileri olmak üzere iki alt başlıktan oluşmakta ve konu ile ilgili 18 soruyu içermektedir. Araştırma verileri 26 Mart 2019 - 09 Mayıs 2019 tarihleri arasında katılımcılarla yapılan yüz yüze görüşmeler ile toplanmıştır.

Verilerin analizine geçilmeden önce, yapılan görüşmelerin birebir kayıt çözümlenmeleri yapılmış ve metin haline getirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz tekniği kullanılmıştır. Betimsel analiz, çeşitli veri toplama teknikleri ile elde edilmiş verilerin daha önceden belirlenmiş temalara göre özetlenmesi ve yorumlanmasını içeren bir nitel veri analiz türüdür. Bu analiz türünde araştırmacı görüştüğü ya da gözlemiş olduğu bireylerin görüşlerini çarpıcı bir biçimde yansıtabilmek amacıyla doğrudan alıntılara sık sık yer verebilmektedir. Bu analiz türünde temel amaç elde edilmiş olan bulguların, okuyucuya özetlenmiş ve yorumlanmış biçimde sunulmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2003). Araştırmada, tümevarım yöntemi kullanılmış ve tüm görüşmelerdeki ortak temalar belirlenmiştir. Bu çalışmada ilgili literatür ve elde edilen görüşler göz önünde bulundurularak, çalışma kapsamında stres yönetimi konusu (ana teması), iş yaşamında sosyal çalışmacılarda stresin nedenleri ve sosyal çalışmacıların stresle başa çıkma stratejileri olmak üzere iki tema altında açıklanmıştır. Her iki tema kendi içerisinde iki alt temaya ayrılmış ve toplam dört alt tema belirlenmiş, araştırmanın bulguları bu dört alt tema altında açıklanmıştır. Bireysel stres nedenleri alt teması kendi içinde (4) kategoride, kurumsal stres nedenleri alt teması kendi içinde (4) kategoride, bireysel düzeyde stresle başa çıkma stratejileri alt teması (3) kategoride ve kurumsal düzeyde stresle başa çıkma stratejileri alt teması ise kendi içinde (3) kategoride açıklanmıştır.

Stres Yönetimi

Sosyal Çalışmacılarda Stresin Nedenleri

- Bireysel Stres Nedenleri
- Kurumsal Stres Nedenleri

Sosyal Çalışmacıların Stresle Başa Çıkma Stratejileri

- Bireysel Stresle Başa Çıkma Stratejileri
- Kurumsal Stresle Başa Çıkma Stratejileri

Verilerin analizinde üst ve alt temaları oluşturmak için araştırmaya katılan kişilerin aynı soru hakkında farklı düşünceleri elde edildiği biçimiyle aktarılmıştır. Kişilerin isimleriyle gizliliğe uyularak araştırmada (K1, K2, K3...) biçiminde kodlanmıştır. Bu açıklamada yaş, cinsiyet ve yıl olarak mesleki deneyim bilgisi yer almıştır. Katılımcıların ifadeleri tırnak içinde verilmiş ve daha sonra parantez içinde görüşmenin hangi katılımcıya ait olduğu belirtilmiştir. Çalışmada araştırmanın gerçekleştirildiği sosyal çalışmacıların işle ilgili stres yaşamalarına yol açan nedenler ve yaşadıkları stres durumlarıyla başa çıkma stratejilerine dair süreçlerin neler olduğu ortaya konulmak istenilmiştir.

3.Bulgular

Bu bölümde bulgular, sosyal çalışmacıları tanıttıcı bilgiler ve sosyal çalışmacıların iş yaşamında stres yönetimi olmak üzere iki temel başlıkta açıklanmaktadır.

3.1.Sosyal Çalışmacıları Tanıtıcı Bilgiler

Araştırmaya katılan sosyal çalışmacıların yarısı kadın, yarısı erkektir. Sosyal çalışmacılar; çocuk, engelli, kadın, yaşlı, adli sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet, göç ve eğitim gibi sosyal hizmet uygulama alanlarında çalışmaktadırlar. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışanların daha fazla sayıda olduğu görülmektedir. Sosyal çalışmacıların yaş aralığı 24 - 54 olup, yaş ortalaması 33,23 olarak belirlenmiştir. Görüşme yapılan sosyal çalışmacıların çalışma yılı 1 yıl ile 32 yıl arasında değişmektedir. Sosyal çalışmacıların, çoğunlukla 1-5 yıl arasında mesleki deneyimleri olduğu, bunu 6-10 yıl mesleki deneyimi olan sosyal çalışmacıların izlediği anlaşılmaktadır (Çizelge 1).

3.2.Sosyal Çalışmacıların İş Yaşamında Stres Yönetimi

Sosyal çalışmacıların iş yaşamında stres yönetimi süreci iki başlık altında değerlendirilmiştir. Stres yönetimi sürecinin ilk aşaması stres nedenleri, ikinci aşaması stresle başa çıkma stratejileri olarak incelenmiştir. Stres nedenleri alt başlığı bireysel stres nedenleri ile kurumsal stres nedenleri; stresle başa çıkma alt başlığı bireysel başa çıkma stratejileri ile kurumsal başa çıkma stratejileri olarak açıklanmıştır.

Çizelge 1. Sosyal Çalışmacıları Tanıtıcı Bilgiler (n=30)

Cinsiyet	n	%
Kadın	15	50,0
Erkek	15	50,0
Toplam	30	100
Görev Yaptığı Alan	n	%
Çocuk	4	13,3
Engelli	4	13,3
Yaşlı	2	6,6
Kadın	1	3,3
Tıbbi Sosyal Hizmet	11	36,6
Psikiyatrik Sosyal Hizmet	3	10,0
Adli Sosyal Hizmet	2	6,6
Eğitim	2	6,6
Göç	1	3,3
Toplam	30	100
Toplam Çalışma (Mesleki Deneyim) Süresi (Yıl)	n	%
1 -5	12	40,0
6 -10	9	30,0
11-15	3	10,0
16-20	2	7,0
21-25	1	3,0
26 -32	3	10,0
Toplam	30	100,0

3.2.1.Sosyal Çalışmacıların İş Yaşamında Stres Nedenleri

3.2.1.1.Bireysel Stres Nedenleri

Sosyal çalışmaların iş yaşamında stres yönetimi sürecinin alt unsuru olarak bireysel stres nedenleri incelenmiştir. Sosyal çalışmacıların en önemli bireysel stres nedenlerinin tez canlı olmaları nedeniyle karşılaştıkları durumlar, aynı anda birçok iş yapmak zorunda olmaları, haksızlıklar karşısında sessiz kal(a)mamaları olarak belirlenmiştir.

Sosyal çalışmacıların çoğu kendisini; tez canlı, işinin biran önce bitmesine ve eksiksiz sonuçlanmasına odaklı, titiz ve mükemmeliyetçi olarak tanımlamışlar ve bu faktörleri bireysel stres nedenleri olarak ifade etmişlerdir. Bu bireysel özelliklerin iş yaşamında başta idareciler olmak üzere iş arkadaşları ve diğer kişilerle zaman zaman karşı karşıya gelmelerine ve çatışma yaşamlarına neden olduğunu söylemişlerdir. Nitel araştırma sonucunda, sosyal çalışmacıların bireysel stres nedenlerine ilişkin temalar aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Mükemmeliyetçilik	Tez canlılık	Heyecanlı olma	Titizlik
Haksızlığa tahammül edememe		Sonuç odaklı olma	Aile yaşamına etki

Sosyal çalışmacıların mükemmeliyetçi kişilik yapısı, tez canlı olmaları, işi yaparken titiz davranmaları ve heyecanlı olmaları gibi bireysel nedenler ile stres yaşadıkları görülmektedir. Özellikle işlerin yoğun ve iş yükünün fazla olduğu durumda bu bireysel özellikler stres düzeyini artırmaktadır.

“Ben hemen sonuca ulaşılmasını istiyorum, sonuç odaklıyım, bu da tabii zaman alıyor, dolayısıyla zaman zaman fevri davrandığım oluyor bu konularda.” (Kadın, 29 Yaş, 3 Yıl Deneyim)

“Ben çok tez canlı ve heyecanlı bir insanım, o yüzden “Yetiyecek mi?”, “Olacak mı?”, “Yapacak mıyım?” hissi, kendi kişilik özelliklerimden beni strese sokan bir tanesi.” (Kadın, 25 Yaş, 2 Yıl Deneyim)

“Bu biraz benim tez canlı yapıya sahip olmamla açıklanabilir, soru işe yönelik ama ben genel yaşamımda yaptığım işi çok sürüncemeye bırakan birisi değilim, sürünceme de kaldığında da içsel ve dışsal faktörler işte evrak eksikliği, kişilere ulaşamama vb. bu bende bir rahatsızlık oluşturur. Belirsiz hiçbir işi sevmem. Onu çözüme kavuşturmaya çalışırım, çok da müdahale edemediğim durumlarda bu tabii ki bende rahatsızlık yaratır.” (Erkek, 37 Yaş, 13 Yıl-10 Ay Deneyim)

“Yapım gereği, işimi titizlikle yapma meraklısı bir insanım ve iş yükü de fazla olunca işleri yetiştirme konusunda sıkıntı çekiyorum ve bu durumda bende strese neden oluyor çünkü ben pürüzsüz, sorunsuz iş yapmayı seven bir insanım, o da biraz zaman alabiliyor.” (Erkek, 26 Yaş, 1 Yıl-6 Ay Deneyim)

“Bir şeyin hemen sonuçlanmasını istediğim için herhalde, sorun odaklı olan durumlar karşısında o an hemen çözülmesini bekliyorum, bu durum karşı tarafla idarecilerle ilişkilerimi bozabiliyor.”(Kadın, 32 Yaş, 8 Yıl Deneyim)

Sosyal çalışmacılar arasında hassas gruplar ile çalışmanın işi daha mükemmel yapma gereği oluşturduğu anlaşılmaktadır.

“Ben başak burcuyum, işimi mükemmelliğe yakın bir seviyede yapmayı severim, eksik bir şey olsun istemem, garantiye almayı severim bütün yaptığım işleri, buna bağlı olarak ta haliyle şimdi bir nesneyle uğraşmıyoruz ki, bir şeyi garantiye alalım veya mükemmel olsun, canlı bir varlıkla ve özellikle de çocukla uğraştığımız için, o kadar çok değişkeni dikkate almamız lazım ki, mümkün değil stres yaşamamak...” (Erkek, 27 Yaş, 3 Yıl-4 Ay Deneyim)

“Tez canlı olmamdan dolayı, işlerin biran önce bitmesini istediğim için, oradan kaynaklı oluyor.” (Erkek, 29 Yaş, 5 Yıl-6 Ay Deneyim)

Görüşme yapılan sosyal çalışanların önemli bir bölümü kendisini tanımlarken haksızlığa tahammül edemediğini, haksızlık karşısında tepkide bulunduğunu ve bu durumun idareciler başta olmak üzere çeşitli kesimlerle karşı karşıya gelmelerine ve stres yaşamalarına neden olduğunu dile getirmişlerdir.

“Haksızlığa tahammül edemiyorum, sesimi yükseltebiliyorum bu üst düzey bir amir bile olsa itiraz edebiliyorum, bu benim belki negatif yönüm olabilir çünkü bazen sabırlı olmak gerekiyor ve belki sorunları zaman içinde anlatmak gerekiyor ama kendi kişilik özelliğimden dolayı, hemen itiraz ettiğimden dolayı gerilime sebebiyet verebiliyorum.” (Erkek, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

“Ben aslında tahammül edemem bir haksızlık olduğu zaman, bunun üzerine mutlaka giderim, doğru bildiğimden de hiçbir şekilde şaşmam, benim kendime özgü prensiplerim vardır, işime karışılmasını istemem, karıştırmam kimseyi, doğru bildiğim neyse onu sonuna kadar götürürüm ve bu duruma bağlı zaman zaman engellemelerle karşılaşıyorum, geri adım atmam ve tüm bunlar bir stres oluşturuyor.” (Erkek, 53 Yaş, 22 Yıl Deneyim)

“Biraz dik başlı olmamdan kaynaklı olarak idareyle problem yaşıyorum...” (Kadın, 29 Yaş, 6 Yıl 7 Ay Deneyim)

“Haksızlığa gelemeyen bir yapım var açıkçası, hak savunuculuğu yapmamız gereken bir mesleği icra ediyorum, bunu da çok içselleştirmiş olabilirim, bundan da kaynaklanıyor olabilir ama zannediyorum küçüklüğümde de böyleydim, ...bununla ilgili açıkçası, yaşadığım özel stres faktörü olarak değerlendirebiliriz bunu. Evet haksızlığa gelemiyorum ve bu zaman zaman iş arkadaşlarımla çatışma yaşamama neden olabiliyor.” (Kadın, 27 Yaş, 5 Yıl 7 Ay Deneyim)

Stresin İş Yaşamındaki ve Aile Yaşamındaki Karşılıklı Etkileri

Sosyal çalışanların çoğu iş yaşamındaki stresin aile ve bireysel yaşamını olumsuz etkileyebildiğini, mesleki deneyim ve profesyonellik arttıkça bu etkilenmenin azaldığını ve kontrol edilebilir hale dönüştüğünü söylemektedirler.

“İş yaşamımdaki stres aile ve bireysel yaşamımı etkiliyor, bazen tükendiğimi hissediyorum.” (Kadın, 29 Yaş, 3 Yıl Deneyim)

“Meslek yaşamının ilk yıllarında iş yerindeki stres aile yaşamını ve özel yaşamı etkiliyor, ailenize karşı biraz daha hassas oluyorsunuz, daha kırılğan olabiliyorsunuz, daha dikkatli olabiliyorsunuz, gereğinden fazla rolünüzü abartabiliyorsunuz ama zaman içinde profesyonelleştikçe bu sorun kendiliğinden ortadan kalkıyor.” (Erkek, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

“Mesleğin başındayken bazı sorunları eve taşıdığım oluyordu ama zamanla bunları işyerinde bırakmayı öğrendim, eve pek götürmemeyi, işyerinde çözmeye gayret ettim, ama ister istemez çok ciddi sorunlar, insan düşünmüyorum demese bile farkında olmadan düşünüyorum, çok yoğun olduğumuz zamanlarda bunu hissediyorum kafa yorgunluğu ile ama eve pek taşımam.” (Erkek, 53 Yaş, 22 Yıl Deneyim)

“Tabi çok uzun yıllar meslek yaşamıma bağlı olarak etkilediği dönemler mutlaka olmuştur, şu anda ise elbette ki eve giderken kendimi bazen bir yorgun hissettiğim oluyor, üzerimde bir stres oluşturuyor. Ama bu stresi de evdeki aile üyelerine yansıtmamak gerekiyor, bu konuda da yıllar içinde bir deneyim kazandığımı düşünüyorum.” (Erkek, 54 Yaş, 27 Yıl Deneyim)

“Beni çok fazla etkiliyor, her şeyi çok fazla anlamlandırabiliyorum işyerimde, yalnız yaşadığım için iş yerimde olan tüm olaylar diğer yaşamımı da etkiliyor, aslında etkilememesi gerektiğini ve işi işte bırakmam gerektiğini biliyorum ama bunu bir şekilde başaramıyorum. Bunu da yaşadığım tecrübesizliğe dayandırıyorum.” (Kadın, 25 Yaş, 1 Yıl 11 Ay Deneyim)

“İş yaşamımdaki stres tabii ki aile ve bireysel yaşamımı etkiliyor, iş yaşamıyla ilgili sınırlı olduğum zaman eve de yansıtıyorum haliyle ama yansıtılmaya çalışıyorum, çoğu zaman evde işle ilgili konuşmam, sadece sıkıldım vb. şeyler söylerim.” (Erkek, 35 Yaş, 15 Yıl Deneyim)

“İş yaşamında yaşadığım stresi genelde aile ortamına yansıtılmaya çalışıyorum, çünkü iş düşünmeyi işte bırakmamız gerektiği için ve şahsen ben öyle yaptığım için, iş yerinde bırakmayı istiyorum, çoğu zamanda bırakabiliyorum ama yaşadığım bir sorunu, aileme yaşadığım için yüz ifadem de anlayabildiklerini söylüyorlar, yüzeysel bir şekilde anlatıp, onları da sıkılmamak için belki, dengeyi kurmaya çalışıyorum.” (Kadın, 26 Yaş, 2 Yıl 10 Ay Deneyim)

Sosyal çalışmacıların çoğu aile ve bireysel yaşamındaki stresin iş yaşamını etkilemediğini ve kendileri için fazla stres oluşturmadığını söylemişlerdir. İş yaşamındaki stresin ise sosyal çalışmacıların aile ve bireysel yaşamlarını daha çok etkilediği anlaşılmaktadır. Böylece aile yaşamındaki stresin iş yaşamını daha az etkilediği bulunmuştur.

“Çok stres oluşturmuyor, ben onu çok şey yapmıyorum, işe odaklandıktan sonra onlar aklıma gelmiyor açıkçası.” (Kadın, 29 Yaş, 3 Yıl Deneyim)

“Çok nadir. Aile yaşamının bir sürekliliği var ve eğer o gün aile içinde ciddi bir sıkıntı yaşamışsanız o gün işyerinde biraz moralsiz olabiliyorsunuz ama ondan daha büyük bir yansıma olmuyor.” (Erkek, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

“Oluşturmaz, aile yaşantımda o kadar sorun yok.” (Erkek, 53 Yaş, 22 Yıl Deneyim)

“Tabi ki yol açar, nadiren de olsa yaşadığımız bu tip şeylerde çünkü bireyi birebir ilgilendiren bir stres durumu ve kafanızdaki çözümlenemeyen bu durumlar iş yerinizdeki verimi ve diğer arkadaşlarla olan iletişimi de ister istemez olumsuz etkileyecektir.” (Erkek, 54 Yaş, 27 Yıl Deneyim)

“Oluşturuyor, her ne kadar oluşturmuyor desem de, ailemde, çevremde yaşadığım sorunlar, dalgınlığım iş yaşamıma da yansıyor.” (Kadın, 25 Yaş, 1 Yıl -11 Ay Deneyim)

“Evde kendimi çok rahat hissediyorum, aile bireyleri ile de ilgili çok fazla sıkıntım yok, ufak tefek anlaşmazlıklar, tartışmalar olur ama bunlar taşıdığım şeyler değil, o an için orada kalan şeyler. Evdeki mutsuzluğum işe pek mutsuzluk olarak yansımaz. Daha çok işteki ruh halim ebe yansır.”(Erkek, 35 Yaş, 15 Yıl Deneyim)

“Hayır, oluşturmuyor, bu açıdan da düşünmemiştim ama hiç ailede yaşadığım bir şeyi işe yansıttığım gibi bir şey olmadı bu zamana kadar.” (Kadın, 26 Yaş, 2 Yıl 10 Ay Deneyim)

3.2.1.2.Kurumsal Stres Nedenleri

Bu çalışmada sosyal çalışmacıların en önemli kurumsal stres nedenleri; uygun olmayan fiziksel koşullar, multidisipliner takım/ekip çalışmasının istenilen düzeyde olmaması, kurum ve kuruluş idarecilerinin gereken etkinlikte olmaması şeklinde belirlenmiştir.

Görüşme yapılan sosyal çalışmacıların çoğunluğu, iş yerinde her bir meslek elemanına ayrılmış bağımsız odanın olmaması başta olmak üzere, gerek duyulan araç ve gereçler, ekipmanlar da dahil olmak üzere uygun fiziksel şartların sağlanmamasını ciddi bir kurumsal sorun alanı olarak gördüklerini ve bu durumların stres yaşamalarına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bağımsız bir odanın olmaması ya da müracaatçı ile görüşme odasının bulunmaması, aynı odada aynı anda farklı müdahalelerin planlanması ya da gerçekleştirilmesi sosyal hizmetin temel ilkelerinden biri olan mahremiyetten de uzaktır. Fiziksel koşullardaki yetersizliğin hem meslek elemanı için stres ve sıkıntı oluşturduğu, hem de işin verimli bir şekilde yapılmasını engellediği anlaşılmaktadır. Sosyal çalışmacılar için kurumsal stres nedenlerine ilişkin temalar fiziksel koşulların ve ekip çalışmasının yetersizliği, yönetim ile ilişkilerdeki olumsuz durumlar ve ücretlerin düşüklüğü gibi başlıklarda aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Fiziksel koşullar	Ekip çalışması	Yönetim ile ilişkiler	Ücretler
-------------------	----------------	-----------------------	----------

“Bunlar yönetsel ve fiziksel koşullarla ilgili daha çok fiziksel faktörler olarak uygun şartların oluşturulmamış olması örneğin birim odasının uygun olmaması.” (Erkek, 38 Yaş, 1 Yıl Deneyim)

“.....iş yeri koşulları yönünden de burası çok kalabalık bir hastane, fiziki şartlar yetersiz, küçük bir odada üç (3) kişi çalışıyoruz, aynı odada iki birime bakan personel bulunuyor, böyle olunca hasta ile görüşmeye çalışırken diğer birimle ilgili bir çalışma da yapılıyor olabiliyor o esnada, sürekli telefon geliyor ve bunlarda bizi olumsuz etkiliyor.”(Erkek, 34 Yaş, 10 Yıl Deneyim)

“ Fiziki şartlarda bizi çok mutsuz ediyor, sıkıntı ve stres yaratıyor...” (Kadın, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

“Fiziki koşullar bazen personelin stresini artıran özelliklerden birisi olabiliyor.”(Erkek, 54 Yaş, 27 Yıl Deneyim)

“...fiziksel yetersizlikler dezavantaj oluşturmakta ve stres yaratmakta.”(Kadın, 32 Yaş, 8 Yıl Deneyim)

“Çalıştığımız yere bağlı olarak odamızın küçüklüğü, darlığı, penceresiz oluşu, bunların hepsi tabii ki fiziksel koşullar stres, sıkıntıya sokabiliyor...” (Kadın, 32 Yaş, 7 Yıl 7 Ay Deneyim)

Ekip çalışması ve işbirliğinin yetersizliği en önemli kurumsal stres nedenleri arasında sıralanmıştır. Sosyal çalışmacıların çoğunluğunun iş yerinde multidisipliner bir anlayış doğrultusunda ekip çalışmasının etkin ve işler halde olmamasını ciddi kurumsal bir sorun alanı ve stres nedeni olarak gördükleri anlaşılmaktadır. Özellikle tıbbi sosyal hizmet alanında görev yapan diğer meslek profesyonelleri (hekim, hemşire, psikolog gibi) ile ekip çalışması gerçekleştirmekte sorunlar yaşandığı ve işbirliğinin az olduğu dikkati çekmektedir. Tıbbi sosyal hizmet alanında bazı meslek profesyonellerinin kendilerini üstün gördükleri, ekipte hiyerarşi oluşturdukları ve sosyal hizmet mesleğinin ekibin diğer üyeleri ve diğer meslekler tarafından bilinmediği ifade edilmektedir. Ayrıca açıklamalardan her mesleğin sorumluluk alanının uygulamada karışık olduğu, bir uygulamanın diğer profesyoneller tarafından kendi mesleklerine müdahale olarak algılandığı anlaşılmaktadır.

"...ekip çalışmasının ülkemizde yeni üzerinde durulan bir kavram olması ve bunun getirdiği organizasyon hataları." (Erkek, 38 Yaş, 1 Yıl Deneyim)

"Dokuz yıllık iş deneyimim sürecinde bir ekip olarak çalışmayı bir türlü tam olarak hayata geçiremedik ve biz eğer bir vakayla çalışıyorsak doktoru, hemşiresi ve diğer sağlık personeli ile uyumlu bir ekip halinde iş görmemiz gerekmektedir. Ekip olarak hastanın psiko-sosyal sağlığını ve işlevselliğinin desteklenmesi lazım. Burada örneğin 7-8 uzman hekim var ve bunların iki ya da üçü ile hiç çalışmıyoruz." (Erkek, 34 Yaş, 9 Yıl Deneyim)

"Sorumlu hemşire var ve sorumlu hemşire sanki herkesten sorumlu gibi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde de doktora bağlı çalışıyorsun ama direkt bir doktor yok, hastanın durumu ile ilgili olarak doktorla görüşemiyorsun, sosyal hizmet uzmanı olarak işini yapamıyorsun, meslek çok bilinmiyor, böyle olunca da uygulanabilir olmuyor." (Kadın, 27 Yaş, 5.3 Yıl Deneyim)

"Diğer meslekler sizin yaptığınız işleri onların kendi meslek alanlarına müdahale olarak algılayıp size karşı ekstra bir sıkıntı oluşturabiliyorlar." (Erkek, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

"Takım ekip çalışması pek yok, örneğin hastanede bir psiko-sosyal destek birimi var ve bu iş bizim asli görevlerimizden birisi, sürekli ekibin içerisinde olmamız gerektiği yönünde talepte bulunduk, şu anda sadece psikologlar bakıyor, idare ile görüştük, takım ekip çalışmasının önemini ilettik, idare önce olumlu baktı ancak daha sonra psikologlar buna yanaşmadı. O yüzden ekip çalışmasından bahsetmek pek mümkün değil." (Erkek, 34 Yaş, 10 Yıl Deneyim)

"Takım çalışmamız yok, ekip çalışması yok açıkçası, ekip çalışmasını oluşturmaya çalışıyoruz, daha doğrusu biz hastanelerde yalnız ve kendi başımıza işimizi yürütmek için iletişim kurmaya çalışıyoruz, işimizi kendimizce yürütüyoruz, maalesef." (Kadın, 37 Yaş, 12 Yıl Deneyim)

Sosyal çalışmacılar, iş yerinde ast/üst ilişkilerinin niteliğini, idarenin/yönetimin olumsuz tutum ve davranışlarını, liyakat konusuna riayet edilmemesini, zaman zaman yaşanan politik müdahaleleri iş yerinde stres yaşamalarına etki eden önemli nedenler olarak gördüklerini açıklamışlardır. Yöneticinin sosyal hizmet disiplininin farkında olması ve ekip çalışması içinde önemli olduğunu düşünmesi, yöneticiler ve sosyal çalışmacılar arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkilemektedir.

"Strese elbette yol açıyor, ast üst ilişkilerinde yaptığımız işin tam olarak anlaşılabilmesi ve bu durumu sürekli izah etmek durumunda olmamız." (Erkek, 38 Yaş, 1 Yıl Deneyim)

“Siyasi baskılar, idarecilerin alandan olmaması, bilgilerinin yetersiz olması.” (Erkek, 53 Yaş, 22 Yıl Deneyim)

“Ast üst ilişkilerim açısından idare ile çok anlaşamıyoruz, bazı konularda kendimi yetkin gördüğüm durumlarda var, karşımdaki beni yetkin görmediğinde ve onun bana düşüncelerini ast üst ilişkisi içinde empoze etmeye çalışması çok hoşlandığım bir durum olmuyor.” (Kadın, 29 Yaş, 6 Yıl -7 Ay Deneyim)

“Ast üst ilişkileri açısından emir verici, her şeyi ben bilirim, böyle dikey bir ilişki ilerlediği takdirde, karşı tarafın insan olduğunu unutup, insan odağından uzaklaşıldığı takdirde, bu durum beni rahatsız ediyor.” (Kadın, 32 Yaş, 8 Yıl Deneyim)

“...ast üst ilişkisi burada temel problem, özellikle alana hakim olmayan amirlerle çalışmak büyük bir problem, liyakat herkesin ağzında olan bir şey ama sosyal hizmetlerde o kadar ihtiyaç oluyor ki, yani bir engellinin nasıl bir davranışı olabileceğini, bir yaşlının nasıl bir davranışı olacağını bilmeyen kişilerle çalışmak büyük bir problem kaynağı oluşturuyor.” (Erkek, 30 Yaş, 4 Yıl Deneyim)

“Burada şöyle bir sıkıntı var, hakim iyiyse her hangi bir problem yaşamıyorsun, hakim eğer sosyal hizmetten ve sosyal çalışmacıdan haberdarsa, ne iş yaptığını biliyorsa, pek bir problem yaşamıyorsun ama bunun tam tersi şeklinde de hakim yeniyse ve yaptığın işi bilmiyorsa veya art niyetli olarak değer göstermiyorsa, bu strese neden oluyor.” (Erkek, 27 Yaş, 1 Yıl 7 Ay Deneyim)

Görüşme yapılan sosyal çalışmacıların çoğunluğu iş yaşamında kurumların adil ücret politikalarının olmayışını, ücretlerin genelde yetersiz olmasını, izinli ve raporlu günlerde ücretlerden kesinti yapılmasına yol açan performans sistemini bir diğer önemli sorun alanı olarak görmekte-dirler. Bu konu sosyal çalışmacılar için kurumsal bir stres nedeni olarak ortaya çıkmaktadır.

“İnsanların psiko-sosyal sağlık düzeylerinin ve motivasyonlarının artması için çalışıyoruz ve maaşımızın biraz daha artmasını isterim. Diğer kurumlarda daha yüksek ödemelerin yapıldığına şahit oluyoruz, özellikle döner sermaye adaletsizliği var, tavana takılma gibi bir durum var..., yeni işe başlayan biri sizden daha yüksek maaş alabiliyor tavan uygulaması nedeniyle, bu durum tecrübe ve deneyimle maaş arasındaki olması gereken olumlu ilişkinin kırılmasına neden oluyor.” (Erkek, 34 Yaş, 9 Yıl Deneyim)

“Toplum Ruh Sağlığı Merkezi açık servis olarak, palyatif bakım ise kapalı servis olarak, açık servise baktığım için benden her ay 150 TL gibi bir döner sermaye kesintisi oluyor. Hem iki servise bakıyorum hem de her ay maaşımdan kesinti yapılıyor.” (Kadın, 27 Yaş, 5 Yıl 3 Ay Deneyim)

“...kapalı farkı alıyoruz ancak iki (2) gün izin ya da rapor alınca yüklü kesintiler oluyor, haksız bir kesinti.” (Kadın, 29 Yaş, 3 Yıl Deneyim)

“....diğer alanlara ve bakanlıklara bakıyorum, benzer şekilde lisans mezunu diğer mezunlar mesela öğretmenler, diğer bakanlıklardaki farklı bölümlerden mezun profesyonellere bakınca Sağlık Bakanlığında ücret politikasının doktor dışı personelde sıkıntılı olduğunu düşünüyorum. Ücretin yetersiz olduğunu söyleyebiliriz kısaca birde 3600 ek gösterge meselesi var. Kesinlikle bu verilmeli ve emekli olan arkadaşlarında emekli olunca yaşamlarını sürdürebilmeleri sağlanmalı ki bu da ayrıca bir motivasyon kaynağı olsun.” (Erkek, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

“Daha iyi bir ücret isterdim. Önceleri sağlık personelinin maaşı öğretmene ve polise göre daha iyiymiş ama zamanla çok geride kalmış. Şu anda örneğin öğretmenler emekli olduklarında da bizden çok daha iyi maaş almaktalar.” (Erkek, 34 Yaş, 10 Yıl Deneyim)

“Bu tabî ki hep tartışılan bir konu maaş olgusu. Ancak ücret düşük, bu kadar ücrete bu kadar çalışırım gibi bir anlayışı da ben kabul etmiyorum. Ücretin düşük olduğunu düşünüyorsanız bu konuda demokratik girişimlerde bulunulmasından yanayım.” (Erkek, 54 Yaş, 27 Yıl Deneyim)

“...hem bu kadar ciddi sorumluluklar alıp hem de bu kadar yoğun çalışmak, bir kere çalıştığınız grup sorunları olan insanlardan oluşuyor, hem bu insanlara olumlu yaklaşmak, hem onların sorunların çözmek için eğitim aldık, o hizmeti vermek üzere de o kadroya yerleştik, masa başında değiliz alandayız, risk altındayız, o aldığımız riskin karşılığı bu ücret olmuyor, yeri geldiğinde ruhsal sıkıntısı olanlarla veya suçlularla dahi çalışabiliyoruz, risk altındayız, böyle bakınca terazi de dengelenmiyor sanki.” (Erkek, 37 Yaş, 13 Yıl 10 Ay Deneyim)

“...tabi ülke şartlarında aldığım maaş için iyi-orta halli diyebilirim ancak yaptığım iş ile eşleştiğini söylemekte bu aşamada güç.” (Erkek, 26 Yaş, 1 Yıl 6 Ay Deneyim)

“Bu bir şımarıklık değil, bazı özel sektör çalışanlarına baktığımız vakit 2 katı ücret alıyoruz ama aldığımız sorumluluğu ve iş yükünü karşılayabilecek bir getirisi yok, özellikle 3600 ek gösterge şart diye düşünüyorum, genel itibarıyla.” (Erkek, 30 Yaş, 4 Yıl Deneyim)

3.2.2.Sosyal Çalışmacıların İş Yaşamında Stresle Başa Çıkma Stratejileri

3.2.2.1.Bireysel Stresle Başa Çıkma Stratejileri

Sosyal çalışmacıların yaşadıkları stresi yönetebilmek için meslektaşlarından süpervizyon desteği aldıkları, iş ortamında ve iş dışında bireysel olarak stresle mücadele etmeye yönelik çaba içinde oldukları, ancak stresle başa çıkmada kurumsal desteklerden yoksun oldukları bulunmuştur. Sosyal çalışmacıların iş yerinde sosyal destek alma gibi bireysel stratejileri kullandıkları, psiko-sosyal destek ile ilgili taleplerinin olduğu belirlenmiştir.

Görüşme yapılan sosyal çalışmacılar, işlerini yaparken sorun çözmekten, insanlara yardımcı olmaktan, insanlarla iletişim kurmaktan, müracaatçıların yaşamlarında olumlu yönde değişim yaratmaktan ve müracaatçıların mutlu olduklarını görmekten hoşlandıklarını ifade etmişlerdir.

Sosyal çalışmacıların çoğunluğunun stresli durumlarda daha çok iş arkadaşları, idareciler ve/veya meslektaşlarından sosyal destek alma gibi stratejileri benimsedikleri belirlenmiştir. Sosyal çalışmacılar, iş yerinde daha iyi şeyler yapmak için motivasyon kaynaklarını, müracaatçıların olumlu yöndeki gelişimlerini görmek, iş yerinde değer ve takdir görmek, deneyim kazanmak gibi konular olarak tanımlamışlardır. Bu iki konu incelendiğinde; sosyal çalışmacıların, mesleklerine ve hizmet sundukları alana dair olumlu duygu, tutum ve davranış içerisinde oldukları görülmektedir. Bu durum, sosyal çalışmacıların işini yaparken stresle başa çıkma sürecinde önemli bir bireysel faktör ve güçlü yan olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda çalışmada ortaya çıkan temalar aşağıdaki gibi belirlenmiştir. Bu kapsamda sosyal çalışmacının iş memnuniyetinin ve motivasyonunun yüksek olması, saha bilgisinin ve tecrübesinin olması ve bundan güç alması, süpervizyon desteği alması, takdir edilmesi, arkadaşları ile olumlu iletişim, müracaatçılar ile olumlu iletişim ve yararlı olma duygusu, iş dışında stres atma rahatlatma fırsatlarının olması bireysel olarak başa çıkma stratejilerini oluşturmaktadır.

İş tatmini	Motivasyon	Takdir	Başkasına yararlı olma	Tecrübe ve bilgi sahibi olma
Supervizyon	İş dışında stres atma	Arkadaşlar ile iletişim	Müracaatçılar ile iletişim	

“Yardıma ulaşma imkanı olmayan insanlara yardım etmiş olmaktan, onlara çözüm üretmiş olmaktan hoşlanıyorum, bu bir iş tatmini sağlıyor. İnsanların kaynağa, yardıma ulaşma imkanı da yoksa, siz ona bir çözüm olduysanız, ve onunda sonucunu gördüyseniz bu bir tatmin, iş tatmini sağlıyor.” (Erkek, 38 Yaş, 1 Yıl Deneyim)

“Hastalar geldiğinde bireysel görüşmeler yaptığımızda akıllarındaki soru işaretlerini gidermek, fizik tedavi kliniği olarak özellikle engelli bireylerle çalışıyoruz, bir nebze olsun onların engelini hafifletebilmek, sosyal yaşamlarında kendi ayakları üzerinde durabilmelerini sağlamak, güçlü yönlerini ortaya çıkarabilmek ve farkındalıklarını artırabilmek. Maaş konusunda yardımcı olarak kişinin maddi olarak da desteklenmesini sağlıyorsak hastalar daha mutlu oluyor ve bu durumda bizleri mutlu ediyor.” (Erkek, 34 Yaş, 9 Yıl Deneyim)

“Psikiyatride vaka yönetimi ya da psikiyatrik rahatsızlıkların sosyal çevredeki yaşantı ile olan ilişkisini araştırıyoruz, burada genelde klinik gözlem yapılıyor ve hastanın sosyal yaşantısı göz ardı ediliyor, biz bu süreçte hasta dışarıda nasıldır, neler yapmıştır, onu bu aşamaya neler getirmiştir gibi süreçleri araştırıyoruz, bu süreç vaka yönetimi ile ilerliyor ve bu da bizi belli oranda mesleki tatmine götürüyor.” (Erkek, 32 Yaş, 8 Yıl Deneyim)

“İnsanların hayatına dokunabilmek, onların yaşam kalitelerini artırmak için girişimlerde bulunmak beni motive eder, bunlardan hoşlanırım.” (Kadın, 29 Yaş, 3 Yıl Deneyim)

“İnsanların hayatları üzerinde bir değişim yaratmayı başarabilmek, bir insana yardımcı olabilmek, onun bir sorununu çözebilmek, onları dinlemek, yaşamını daha iyi idame ettirebilmesi için gerekli yönlendirmelerde bulunmak benim için motivasyon kaynağı olur.” (Erkek, 34 Yaş, 10 Yıl Deneyim)

“Sorun çözmekten ve başkalarına yardımcı olmaktan, sorunu olan insanlarla ilgilenmekten, daha çok yardım etme duygusundan hoşlanırım.” (Erkek, 53 Yaş, 22 Yıl Deneyim)

“Ben aslında insanlarla çalışmayı, insanlarla iletişim kurmayı seviyorum, ...Bu açıdan da insanla iç içe olmak aslında sosyal bir varlığımız, bu sebeple bu olabilir, işimle insanla çalışmak. Bir makine ile çalışmaktansa ya da bir bilgisayarla, insanla iletişim halinde olmak, daha eğlenceli geliyor bana açıkçası.” (Kadın, 26 Yaş, 2 Yıl -10 Ay Deneyim)

“Benim en büyük motivasyon kaynağımın kendi kişisel özelliklerim, almış olduğum eğitim ve sahada kazandığım tecrübe olduğunu düşünüyorum. Bu üçlü saç ayağının benim en büyük motivasyon kaynağım olduğunu düşünüyorum.” (Erkek, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

“Müracaatçılarım kesinlikle müracaatçılarım. Çok seviyorum hepsini, hakikaten öyle yani, problem olarak yansıttıkları bir şeyi, değiştirebildiğimiz zaman bunu tabii ki müracaatçıyla birlikte yapıyoruz, benden mutlusu yok.” (Kadın, 27 Yaş, 5 Yıl 7 Ay Deneyim)

“Biz bütün özel gün ve haftaları iş yerinde kutluyoruz, kadınlar günü, öğretmenler günü, sosyal hizmet uzmanları günü, sosyologlar günü ve bu tarz şeylerde genelde bir organizasyon yapıldığı için bunlar bence önemli şeyler, kişiye değer verildiğini gösteren şeyler, benim de bir çiçekle sosyal hizmet

uzmanları günümü kutlamaları çok hoşuma giden bir şey, kişisel olarak doğum günü kutlamaları da bunlar kişiye aslında değer verildiğini gösteren şeyler ve beni motive eder.” (Kadın, 26 Yaş, 2 Yıl 10 Ay Deneyim)

“Takdir görme diyebiliriz, 4-5 kişilik bir arkadaş ortamımız var, birlikte sürekli vaka tartışıyoruz, bu da tatmin edici bir şey, müdür beyin de sürekli, iyi iş yapıyorsunuz, iyi iş çıkarıyorsunuz, ben sizi biliyorum diye motive etmesi tabii ki etkili.” (Kadın, 27 Yaş, 2 Yıl-11 Ay Deneyim)

Sosyal çalışmacılar, iş yerinde stresli durumlarla başa çıkmada izledikleri yol hususunda genelde bireysel olarak kendi kendilerine çözüm bulma süreci içinde olduklarını ifade etmişlerdir. Bu noktada meslektaşlarından süpervizyon desteği almak, hizmet sundukları bireylerle (bakım merkezindeki engelliler veya koruma altındaki çocuklar gibi)birlikte vakit geçirerek rahatlamak, stresi iş dışında atmaya yönelmek gibi farklı bireysel yollar geliştirdikleri anlaşılmaktadır:

“Her zaman mutlaka bir çözümün olduğunu düşünürüm, benzer sorunlarla başka meslektaşlarımın da karşılaştığını düşünürüm, buna dair mutlaka bir çözümün olduğunu, o karanlıktan çıkışın olduğuna inanırım. Gevşeme egzersizleri yaparım.” (Erkek, 38 Yaş, 1 Yıl Deneyim)

“Bu beni duygusal olarak üzer, sonrasında mantıksal çerçeve içerisinde neler yapabileceğime bakarım, üstle veya yönetimle görüşme gibi.” (Kadın, 29 Yaş, 3 Yıl Deneyim)

“Çok fazla gerildiğim anlarda dışarı çıkıyorum ve öyle başa çıkamayacağım kadar aşırı bir stres durumum olmadı.” (Erkek, 34 Yaş, 10 Yıl Deneyim)

“Biz burada bizi strese sokacak bir iş, bir işlem olduğu zaman bunu arkadaşlarla görüşürüz, mevzuatlar doğrultusunda bunun çözüm yollarını araştırırız, tartışarak, mutlaka bir orta yol buluruz, bu ekip içerisinde çözülür.” (Erkek, 53 Yaş, 22 Yıl Deneyim)

“Konuşarak iş arkadaşlarımla, benim için bir baş etme yöntemi olan yemek yaparak, bizim aynı zamanda bir mutfağımız var ofiste, eğer çok ciddi bir stres altındaysam, biraz kafamı ve ruhumu dinlendirebilmek için, başka bir şeyle meşgul olmayı tercih ederim.” (Kadın, 25 Yaş, 2 Yıl 6 Ay Deneyim)

“Daha çok bireysel olarak başa çıkmaya çalışıyorum, kimi zaman tartışma boyutuna da gelebiliyor ama tartışma olacak diye de o stresi sürdürme gibi bir düşüncem tabii ki olmaz, genelde orada tepkimi göstermeliyim gibi düşünürüm.” (Kadın, 32 Yaş, 8 Yıl Deneyim)

“Daha çok bizim profesyonel düzeyde olmasa da amatör düzeyde bir süpervizyon ağı var burada, desteği var, diğer personel arkadaşlarla, sosyal hizmet uzmanlarıyla bu tarz bir iletişim bu problemi çözmeye, nasıl bir yol izleme gibi veya kendim dışarıda sivil toplum kuruluşlarından yardım alarak bu problemleri çözmeye çalışıyoruz.” (Erkek, 30 Yaş, 4 Yıl Deneyim)

“Bu stresi iş dışında atmaya düşünürüm.” (Erkek, 33 Yaş, 5 Yıl 6 Ay Deneyim)

“O an stres mi yaşadım veya elimde evrak işleri mi var, hemen yaptığım işi bırakırım, olduğum yerden sakince kalkar, o ortamdaki uzaklaşırım, katlara çıkarım genelde, özellikle çok keyifli Alzheimer hastaları var, onlarla sohbet ederim, bazen şey beni çok rahatlatır, yeni biriyle tanışırım.” (Kadın, 24 Yaş, 2 Yıl 8 Ay Deneyim)

“İşi bırakır, biraz hava almaya çıkarım, yatılı kuruluştaki çalışıyorsam. Mesela çocuk alanında, çocuklarla vakit geçiririm biraz, o stres halinde yaşadığım problemleri unutmaya çalışırım.” (Erkek, 29 Yaş, 5 Yıl 6 Ay Deneyim)

Görüşme yapılan sosyal çalışmacıların çoğunluğu stresli durumlarda daha çok iş arkadaşları, idareciler ve/veya meslektaşlarından destek almayı tercih etmektedirler. Kendi kurumundan bir uzmandan ya da bağımsız bir uygulayıcıdan profesyonel yardım alma hususuna ise olumlu yaklaşmakla birlikte; çoğunun bu yönde deneyimlerinin olmadığı anlaşılmaktadır. Psiko-sosyal destek hizmetini aldıklarında ücretinin kurum tarafından karşılanması ile ilgili taleplerinin olduğu ortaya konulmuştur.

“...Kendimde uzmanım ve meslek hayatım boyunca pek çok kişiye yardımcı oldum, zaman zaman benimde derdimi anlatabileceğim, rahatlayabileceğim, sırlarımı paylaşabileceğim, profesyonel yardım alabileceğim birisi olsun isterim tabii ki. Bu benim için ekstra bir konfor olur.” (Erkek, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

“...Yaşadığım stresle ilgili, karşımdaki kişinin ne kadar bilgili olabileceğini tahmin edemediğim için şimdiye kadar kurum dışından birisine başvurmam, genellikle kurum içerisinde idarecilerle, kendi arkadaşlarımla çözmeye çalıştım.” (Erkek, 53 Yaş, 22 Yıl Deneyim)

“Kendi kurumumdan almayı düşünmem, çünkü bunun doğru olacağını düşünmüyorum, daha bağımsız ve daha dışarıdan bir yerden olmalı.” (Kadın, 25 Yaş, 2 Yıl 6 Ay Deneyim)

“Bu hep düşündüğüm bir şey, ama profesyonel yardım verecek, bir kişiyle öyle bir deneyimim olmadı.” (Kadın, 29 Yaş, 6 Yıl 7 Ay Deneyim)

“Arkadaşlarım, hem iş arkadaşlarım hem de sosyal ortamda yakın arkadaşlarım oldukları için stresli olduğum bir durumda sorumlulukları benimle paylaşabilecek insanlar, beni dinleyip yol gösterebilecek insanlardır. Bana bu süreçte destek oluyorlar, hem uzman arkadaşlarım, hem psikolog hem de hekim arkadaşlarım.” (Kadın, 25 Yaş, 1 Yıl 11 Ay Deneyim)

“Kesinlikle düşünürüm, çünkü bunu yönetmem için muhtemelen yardımcı olacağı hususlar vardır ama bu imkanın bulunabileceğini çok sanmıyorum. Kurumumuzdan bir uygulayıcı konusunda ise uygulayıcının yetkin olması lazım, bu anlamda yok, sadece aile hekimim var ve hasta olunca ilaç yazdırıyoruz, uzun uzun danışmanlık alacağımız ya da bir şey paylaşabileceğimiz bir yapı yok, bunu özelde de yapmak isterim ama özelde de zamanımız ve paramız yok.” (Erkek, 35 Yaş, 15 Yıl Deneyim)

“Tabii ki zaten kurumdan bu profesyonel yardımı alıyorum arkadaşlarımdan ama bu profesyonel boyutta mı demek, tam profesyonel boyutta olmasa da belli miktar bir yardım alıyoruz, birbirimize illa ki bir desteğimiz oluyor ama dışarıdan ve özellikle sosyal hizmetleri dışarıya anlatmak çok güç, buradaki çalışma koşullarını, vakaları ve etik gizliliği de göz önünde bulundurunca bazı şeyleri anlatmakta çok güç oluyor. Şu ana kadar dışarıdan bir yardım almadım ama böyle bir organizasyon olsa bir yardım almak isterim.” (Erkek, 30 Yaş, 4 Yıl Deneyim)

“Aslında alsak güzel olur, stresli hissettiğimiz durumlarda ya da psikolojik olarak olumsuz hissettiğimiz zamanlarda. Ben şahsen almıyorum, şöyle bir sıkıntı yaşadım, kendi arkadaşlarıma anlatmayı ya da bir çözüm bulmayı, belki de duygusal olarak boşalım sağlamayı, belki o anlamda, onun dışında

bağımsız bir uygulayıcıdan, kurumdan ya da uzmandan yardım almadım bu zamana kadar ama iyi olabilirde.” (Kadın, 26 Yaş, 2 Yıl10 Ay Deneyim)

3.2.2.2.Kurumsal Stresle Başa Çıkma Stratejileri

Bu çalışmada, sosyal çalışanların kurumsal stresle başa çıkma stratejilerini ve bu konudaki destekleri yetersiz buldukları belirlenmiştir. Mevcut kurumsal başa çıkma stratejilerinin hizmet içi eğitim, süpervizyon gibi uygulamaları kapsadığı anlaşılmaktadır. Sosyal çalışanlar piknik vb. sosyal etkinliklerin çoğaltılması, iş yaparken yetki ve inisiyatif verilmesi gibi kurumsal stresle başa çıkma stratejilerine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan sosyal çalışanlar, stresi önlemek veya yönetmek konusunda kurumların aldıkları tedbirlerin işlevsel olduğunu düşünmemektedirler. Rutin olarak yapılan, uygulamadan çok teorik içerikli hizmet içi eğitimler dışında tedbir ve uygulamaların bulunmadığını ya da bu yönde hiçbir faaliyetin olmadığını söylemektedirler. Ancak açıklamalardan kurumun yapısına ve yöneticilerin özelliklerine bağlı olarak sosyal çalışanlar için destek uygulamalarının farklılaştığı da anlaşılmaktadır. Kurumsal stresle başa çıkma stratejilerine ilişkin temalar aşağıdaki gibi belirlenmiştir. Bu temalar stresle başa çıkmada sosyal hizmet kurumları tarafından strateji olarak uygulanmayan ve ihtiyaç duyulan; destek yetersizliği, hizmet içi eğitimlerin didaktik olması, sosyal etkinliklerin az olmaması, işi yaparken yetki/inisiyatif sahibi olmama gibi konularda odaklanmaktadır.

Destek yetersizliği	Hizmet içi eğitim	Sosyal etkinlikler	Yetki/ inisiyatif
---------------------	-------------------	--------------------	-------------------

“Kurum kendisi bir stres faktörü olmasın, bizi desteklemek için önlem almasına gerek yok. Çünkü bizim kendi baş etme mekanizmalarımız bulunmakta.” (Erkek, 38 Yaş, 1 Yıl Deneyim)

“Kurumum tarafından alınan bir tedbir göremedim. Ama sık sık eğitimler veriliyor..” (Kadın, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

“Var ve çok güzel bence, biz süpervizyon alıyoruz, ayda bir gün ve bunun zaman içinde sıklığı artabilir, şu an o kısmı çalışıyoruz, kurum dışından birisi bize süpervizyon veriyor, orada strese dair yaşadığımız şeyleri paylaşıyoruz, birde düzenli olarak bazı böyle motive edici aktiviteler yapmaya çalışıyoruz, bu bir piknik olabilir, birlikte yemek yemek olabilir, bir geziye gitmek olabilir, düzenli bir şey değil ama ihtiyacı fark ettikçe hadi şunu yapabiliriz diye düşünüp konuştuğumuz planladığımız şeyler.” (Kadın, 25 Yaş, 2 Yıl 6 Ay Deneyim)

“Hizmet içi eğitim düzenlenir, ben 14 yıldır görev yapıyorum sosyal hizmet uzmanı olarak ama hiç çalışanların stresini yönetmeye, azaltmaya yönelik kurumun hiçbir çalışmasını görmedim.” (Erkek, 37 Yaş, 13 Yıl 10 Ay Deneyim)

“Herhangi bir tedbirleri yok, bir çalışma da yok.” (Kadın, 25 Yaş, 1 Yıl 11 Ay Deneyim)

“Kurumun bu anlamda hiçbir durumumuzla ilgilenmediğini düşünüyorum, zaman zaman büyük ölçekli anket çalışmaları yapıyorlar ama bunlara ne katılıyorum nede bir şey çözebileceklerine inanıyorum.” (Erkek, 35 Yaş, 15 Yıl Deneyim)

“Açıkçası yok, gerçekten yok, bir motivasyon toplantısı vs. yani toplantı sadece bir, sorun tezahür ettiğinde yapılıyor, arkadaşlar işte mesai saatlerinize dikkat etmediğinizi görüyorum falan, bu

konularda, bir günde toplanıp işte bizim eğitim sayılarımız çok iyi, müracaatçılarımızdan şöyle tepkiler alıyoruz gibi bir toplantı yapılmadı.” (Kadın, 27 Yaş, 5 Yıl 7 Ay Deneyim)

“Birebir strese yönelik aldığı tedbir, küçük bazı yıllık eğitimler oluyor, bu eğitimlerde de stresle nasıl başa çıkılır vb. gibi böyle basit eğitimler ama asıl stresle başa çıkmaya yarayacak böyle sosyal etkinlikler olur, kişilerin kendi kişisel hobileri olur veya dağınıklığını sağlayacak kendi rehabilitasyonunu sağlayacak organizasyonlar düzenleyebilir veya mesela bir kurum küçük bir egzersiz satı oluşturabilir, mesela 30 dk. kurumda egzersiz saati oluşturabilir, bu bile çok büyük bir istek gibi görünebilir, şu an için.” (Erkek, 30 Yaş, 4 Yıl Deneyim)

“Kurumumuzun çalışanlarla ilgili tedbiri bırakın, işyeri ve çalışma koşullarını iyileştirici hiçbir şeyi yok, biz meslek elemanları bu işleri kendi başımıza, tek başımıza, bizim zaten bu kurumlarda, hastanelerde bir yalnızlık duygumuz var, mesleki olarak ta, yardımda alamıyoruz, desteklenmiyoruz, gerçekten.” (Kadın, 26 Yaş, 2 Yıl.10 Ay Deneyim)

Görüşme yapılan sosyal çalışmacılar işleri ile ilgili stresi yönetebilmek için çalıştıkları kurum ve organizasyonlardan işyerinde personel sayısının artırılarak iş yükünün hafifletilmesi, kurum ve kuruluşlarda personelin katılımı ile belirli aralıklarla periyodik toplantıların yapılması, kurumlarda siyasetin etkisinin azaltılması, kurum ve kuruluşlarda görevli uzmanların inisiyatif alabilmelerinin sağlanması, nefes egzersizleri, müzik dinletileri, doğum günü, piknik, gezi organizasyonları vb. yapılması gibi beklentileri bulunmaktadır.

“Mesleğin daha fazla ön plana çıkarılması, tanıtımının yapılması, özel günlerde mesleğin kutlama vb ile hatırlanması olabilir, doğum günü kutlamaları olabilir, bunlar motivasyonu ve stresle başa çıkmayı artırıcı etki yapar. Değer görmenin önemli olduğunu düşünüyorum.” (Erkek, 34 Yaş, 9 Yıl Deneyim)

“Uzman sayısının artırılarak iş yerimde iş yükünün azaltılması, stresimizi azaltabilir, alanda mesleki eğitimimizin devam etmesi, psikiyatrik sosyal hizmette hizmet içi eğitimler olabilir, sınırlarımızı tam çizebilmek noktasında, nereye kadar mesleki olarak müdahil olmalıyız konularında eğitime ihtiyaç duyuyoruz.” (Erkek, 32 Yaş, 8 Yıl Deneyim)

“Biraz daha özgür olmak, düşüncene saygı gösterilmesi, hastaya müdahale edeceğiz ama, nasıl müdahale edeceğimize dahi doktor karar veriyor. Bu kadar da olmamalı. Bu nokta da bir şey yapılması gerekiyor. Sınırların belirlenmesi ya da bir yetki gerekiyor. Saygının daha yüksek olması gerekiyor.” (Kadın, 27 Yaş, 5 Yıl 3 Ay Deneyim)

“Var, stresin kaynağına yönelik, bizi dinlemeleri, periyodik olarak toplantıların yapılması, bunun sonucunda da ortak çözümler üretilmesi. Kurum içi karşılıklı iletişimin sağlanmasına dönük.” (Kadın, 29 Yaş, 3 Yıl Deneyim)

“Tabii ki öncelikle sorumlu olduğumuz uzmanlık alanımıza saygı gösterilmesi, tabi saygı gösterenler var ama bu durumun kurumsallaşması lazım, bu konudaki ihtiyaçlarımız karşılanmalı, bu konuda fiziki donanım ya da teknik donanım gerekiyorsa da imtina edilmemeli çünkü hepimiz bir sağlık hizmetinin parçasıyız, ekip çalışmasının, ekip uyumunun buradaki hizmetten duyulan memnuniyeti artıracığını herkes biliyor zaten.” (Erkek, 50 Yaş, 26 Yıl Deneyim)

“Fiziki koşulların iyileştirilmesi, bağımsız bir odanın olması ve hastalarla yalnız görüşme yapabilme imkanının sağlanması, kendimi çok daha rahat hissetmeme neden olacaktır. Ayrıca asıl beklentim, kendi alanımızla ilgili olan işler yapmak.” (Erkek,34 Yaş, 10 Yıl Deneyim)

“Bizim gibi kurumlarda mutlaka siyasetin etkisinin azaltılması gerekiyor, idarecilerin yapılan iş, meslek konusunda eğitim almış ve tecrübeli kişiler olması gerekiyor, alandan yetişmiş olması gerekiyor.” (Erkek,53 Yaş, 22 Yıl Deneyim)

“Bunu üst seviyede düşünecek olursak yani, sadece çalıştığım birim değil de kurum bazında; 1) fiziki koşulların düzeltilmesi, 2) ya da bu birde olabilir, personel sayısının artırılması, 3) Personelin yemek sıkıntısı, yemekhane sıkıntısı.” (Erkek, 54 Yaş, 27 Yıl Deneyim)

“Piknik, gezi, yemek ve vb etkinlikler, düşünüyoruz, bunların duruma bağlı değil de tam bir tedbir niteliğinde düzenli hale gelmesi gerektiğini düşünüyorum ve bunun kurumun sorumluluğu olduğunu düşünüyorum, nasıl ki kurumdaki herkes ayda bir gün süpervizyona gidiyorsa, sosyal hizmet uzmanlarının da aslında doğrudan süpervizyon alması gerektiğini düşünüyorum, hep kadın alanında oldum staj sürecimden beri, o yüzden bu tür daha farklı alanlarla, kesişimsel alanlar diyebileceğimiz yerlerle ilgili, çeşitli eğitimler olsa, bunlara kurum tarafından gönderilsem, ya da bunlar düzenli bir hale gelse, bu iyi olabilir ve bu kurumun yapması gerekenlerden bir tanesi.”(Kadın, 25 Yaş, 2 Yıl 6 Ay Deneyim)

“Stres öncelikle insanların iş verimini azaltan bir şey, iş verimim azalıyorsa, yeteri kadar iş yerinde faydalı olamam, zaten yaptığımız işin doğası sorunlu, sorunları olan bireylere sorunlarını çözmelerinde yardımcı olmak ve benim zaten yeterince sorunlarım varken onlara vereceğim hizmette ne kadar verimli olurum ki diye düşünüyorum. Çalıştığım kurumdan da stres yönetimine ilişkin verimli bir şekilde adım atmasını isterim. Hizmet içi eğitim olabilir, çalışanları stresle baş etmeye yönelik kurslara gönderebilirler.” (Erkek, 37 Yaş, 13 Yıl 10 Ay Deneyim)

“Daha çok rahatlatmaya dönük şeyler olabilirdi, klasik müzik dinlenebilirdi, hastane çalışanlarına yönelik bir program düzenlenebilirdi, eğlence programı olabilir, birlik beraberlik ve dayanışmayı artıracak bir gezi düzenlenebilir veya önemli günlerde kutlamalar olabilir.” (Kadın, 25 Yaş, 1 Yıl 11 Ay Deneyim)

“Fiziki koşullar, sosyal imkanlar, bunlarında iyileştirilmesi durumunda stresi azaltabilir. Eğitimler, o anlamda teşvikler, çünkü daha dezavantajlı bir yerde bulunduğumuz için, bunu avantaja çevirecek bazı faaliyetler olmasının gerekmede olduğunu düşünüyorum.” (Kadın, 32 Yaş, 8 Yıl Deneyim)

“Bir kere idarecinin hafta da bir en azından, toplantı yapması, bizi dinlemesi lazım, bir hafta olmaz ama iki haftada bir, beklentilerimizi, problemlerimizi anlatabilmeliyiz.” (Kadın, 27 Yaş, 5 Yıl 7 Ay Deneyim)

“Özellikle dosya yükünü azaltıcı tedbirler alabilir, personel mi alır, yoksa görevleri daha düzgün mü dağıtır, tüm herkese eşit iş verebilir, kişinin rehabilitasyonuna destek olacak spor, egzersiz veya sosyal etkinlikler belli kültürel faaliyetlere katılımını sağlama gibi şeyler sağlayabilir, destek olabilir bizlere diye düşünüyorum” (Erkek, 30 Yaş, 4 Yıl Deneyim)

“Daha küçük gruplarla mesela, seminer şeklinde olan eğitimlerdense küçük gruplara yönelik yapılan eğitimler bence daha iyi, grup çalışması gibi, gevşeme egzersizleri olabilir.” (Kadın, 26 Yaş, 2.10 Yıl Deneyim)

4.Sonuç ve Tartışma

Sosyal çalışmacıların stres yönetimi konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışmada stres nedenleri ve stresle başa çıkma stratejileri incelenmiştir.

Sosyal çalışmacıların tez canlı olmaları nedeniyle, işin biran önce bitmesine ve eksiksiz sonuçlanmasına odaklanmaları, titiz ve mükemmeliyetçi olmaları gibi kişisel özelliklerinin strese neden olduğu belirlenmiştir. Sosyal çalışmacıların kendilerini haksızlığa tahammül edemeyen, haksızlık karşısında tepkide bulunan özellikler ile tanımladıkları, bu durumun idareciler başta olmak üzere iş arkadaşları ile karşı karşıya gelmelerine ve çatışma yaşamalarına neden olduğu bulunmuştur. Beer (2016) tarafından İngiltere’de sosyal çalışmacıların stres nedenleri ve stresin belirleyicileri konusunda yapılan ulusal çalışmada, sosyal çalışmacıların % 87.8’inin stresli oldukları, %75.3’ünün ise çok stresli oldukları belirlenmiştir. Beer bu çalışmada vaka yükünün sosyal çalışmacılarda en önemli stres nedeni olduğunu bulmuştur (%88.3). Ayrıca Bu araştırmanın sonuçlarına benzer olarak İngiltere’de sosyal çalışmacıların ailelerini, arkadaşlarını ve meslektaşlarını destek kaynakları olarak gördükleri; bu desteklerin yetersizliğinin ise stres nedeni olduğu belirlenmiştir (Beer, 2016).

Sosyal çalışmacıların iş yaşamındaki stresin aile ve bireysel yaşamlarını olumsuz etkileyebildiği, mesleki deneyim ve profesyonellik arttıkça ise bu etkilenmenin azaldığı ve kontrol edilebilir hale dönüştüğü belirlenmiştir. Çoğunlukla aile ve bireysel yaşamdaki stresin iş yaşamını etkilemediği ve stres oluşturmadığı; ancak iş yaşamındaki stresin aileye olumsuz yansımaları olduğu saptanmıştır.

Sosyal çalışmacılar, müracaatçılarla çalışabilmek için iş yerinde her bir meslek elemanına ayrılmış bağımsız oda olması gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışırken gerek duyulan araç ve gereçler, ekipmanlar da dahil olmak üzere uygun fiziksel şartların sağlanmamasını strese neden olan ciddi bir kurumsal sorun alanı olarak görmektedirler. Beer (2016) İngiltere’de sosyal çalışmacıların iş yükü, vaka yükü, destek yetersizliği, bilişim teknolojileri ile ilgili ekipman yetersizliği gibi konuları stres nedeni olarak açıkladıklarını belirlemiştir.

Sosyal çalışmacıların iş yerinde multidisipliner bir anlayış doğrultusunda ekip/takım çalışmasının etkin halde olmamasını önemli bir stres nedeni olarak gördükleri bulunmuştur. Sosyal çalışmacıların iş yerinde ast/üst ilişkilerinin niteliğini, idarenin/yönetimin olumsuz tutum ve davranışlarını, liyakat konusunu ve zaman zaman yaşanan politik müdahaleleri iş yerinde stres yaşamalarına etki eden önemli nedenler olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir.

Sosyal çalışmacılar, iş yaşamında kurumların adil ücret politikalarının olmayışını, ücretlerin genelde yetersiz olmasını, izinli ve raporlu günlerde ücretlerden kesinti yapılmasına yol açan performans sistemini bir diğer önemli sorun alanı olarak açıklamaktadırlar.

Sosyal çalışmacıların işlerini yaparken çoğunlukla sorun çözmekten, insanlara yardımcı olmaktan, insanlarla iletişim kurmaktan, müracaatçıların yaşamalarında olumlu yönde değişim yaratmaktan ve müracaatçıların mutlu olduklarını görmekten hoşlandıkları belirlenmiştir.

Sosyal çalışmacıların iş yerinde daha iyi şeyler yapmak için müracaatçıların olumlu yöndeki gelişimlerini görmek, iş yerinde değer ve takdir görmek, deneyim kazanmak gibi motivasyon kaynakları olduğu bulunmuştur. Sosyal çalışmacıların bu motivasyon kaynaklarını stresle başa çıkmada bir strateji olarak kullandıkları da anlaşılmaktadır. Collins (2008), sosyal çalışmacıların stresle çıkma stratejilerini faydalı ve faydasız stratejiler olarak ayırmaktadır. Sosyal çalışmacıların, yaşadıkları stres karşısında aktif olarak problem odaklı düşünme, başa çıkma stratejilerini planlama ve daha sonra eyleme geçme davranışlarını faydalı stratejiler olarak belirtmiştir. Farkındalık ve kabul etme stresle başa çıkmanın en önemli aşamalarından biri olarak kabul edilmektedir. Yaşanan stresli durumun gerçekliğini kabul etmek ve fonksiyonel olarak başa çıkmayı planlamak olumlu bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Stres nedenleri karşısında davranışsal ya da zihinsel ayrılmalar olumlu karşılanmaz. Davranışsal ayrılma, kişinin stresle başa çıkma çabalarını azaltmayı, hatta stresin müdahale ettiği hedeflere ulaşma etkisini bırakmayı içerir. Bu durum çaresizlik kavramı ile de açıklanmaktadır. Zihinsel ayrılma, koşullar davranışsal ayrılmayı önlediğinde ortaya çıkar. Aşırı alkol kullanma, uyuşturucu kullanımı, uyku bozukluğu gibi çeşitli kaçış/kaçınma aktiviteleri zihinsel ayrılma ile ortaya çıkmaktadır (Collins, 2008). Bu çalışmada sosyal çalışmacıların saha bilgileri ve mesleki deneyimleri ile faydalı başa çıkma stratejilerine daha çok odaklandıkları görülmektedir.

Sosyal çalışmacıların iş yerinde stresli durumlarla başa çıkmak için bireysel olarak çözüm bulma süreci içinde oldukları, bu süreçte meslektaşlarından süpervizyon desteği alma, hizmet sundukları bireylerle (bakım merkezindeki engelliler veya koruma altındaki çocuklar gibi) birlikte vakit geçirerek rahatlama, stresi iş dışında atmaya yönelme gibi farklı bireysel başa çıkma stratejileri geliştirdikleri bulunmuştur.

Sosyal çalışmacıların, stresli durumlarda daha çok iş arkadaşları, idareciler ve/veya meslektaşlarından destek almayı tercih ettikleri, kendi kurumundan bir uzmandan ya da bağımsız bir uygulayıcıdan profesyonel yardım alma hususuna olumlu yaklaşmakla birlikte çoğunun bu yönde deneyimlerinin olmadığı belirlenmiştir. Sosyal çalışmacılar, çalışanların stres yönetimini desteklemek için kurumlarının aldıkları tedbirlerin işlevsel olduğunu düşünmemektedirler. Bursa'da görev yapan sosyal çalışmacılar üzerinde yürütülen nitel bir çalışmada; sosyal çalışmacıların, hizmet sundukları kitlelerin tüm ihtiyaçlarına, en kısa zamanda ve profesyonel bir yaklaşımla cevap verebilmesi için gerekli olan kadroların artırılması, fiziksel kapasitesinin iyileştirilmesi, hizmet içi eğitim programlarının yaygınlaştırılması vb. yasal ve yönetsel düzenlemelerin yapılması ve bu kapsamda, sosyal çalışmacıların nitelik ve nicelik yeterliliğe ulaştırılması gerektiği ortaya çıkmıştır (Berkün, 2010).

Sosyal çalışmacılar, işleri ile ilgili stresi yönetebilmek için çalıştıkları kurumlardan işyerinde personel sayısının artırılarak iş yükünün hafifletilmesi, kurum ve kuruluşlarda personelin katılımı ile belirli aralıklarla periyodik toplantıların yapılması, kurumlarda siyasetin etkisinin azaltılması, kurum ve kuruluşlarda görevli uzmanların inisiyatif alabilmelerinin sağlanması, nefes egzersizleri, müzik dinletileri, doğum günü, piknik, gezi organizasyonları vb. yapılması gibi beklentileri olduğu belirlenmiştir. Işıkhani'nin sosyal çalışmacıların stresle başa çıkma yöntemlerinin incelediği nicel çalışmada, sosyal çalışmacıların kendilerine güvenli yaklaşım yöntemini kullanarak stresle başa çıktıkları bulunmuştur. Stresle başa çıkma konusunda iyimser yaklaşımı benimseyen sosyal çalışmacıların ise iş yaşamında duydukları memnuniyetin yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Işıkhani, 2018).

Sosyal çalışmacıların stresle baş edebilmeleri için güçlendirme yaklaşımı önemlidir. Güçlendirme için iş doyumunu yükseltmek, uygun baş etme stratejilerini ve destek sistemlerini yapılandırmak, özdenetim ve öz-saygıya sahip güçlü kişilikler oluşturmak gerekmektedir. Sosyal çalışmacıların güçlendirilmesi noktasında ise kaynaklara erişim örgütsel çevrede önemli bir güç bileşenini oluşturmaktadır. Çalışanlar tarafından güçsüzlük duygusunun deneyimlenmesinin önemli nedenleri arasında çalışanların işin yapılması için gereken kaynaklar, para ve personel desteğinden yoksun olması yer almaktadır. Bu nedenle çalışanlar işleri

için gerekli olan kaynak ve materyallere erişime sahip olması, kırtasiyecilik miktarının yönetilebilir, personel kaynaklarının yeterli olması gerekir (Uğur ve Erol, 2015).

Bu doğrultuda sosyal çalışmacıların stresini yönetebilmek için sunulacak öneriler mikro, mezzo/kurum ve makro düzeyde açıklanabilir.

Mikro düzeyde birey odaklı yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu elde edilen sonuçlardan anlaşılmaktadır. Sosyal çalışmacıların duygusal emek yönetimini sağlayacak, empatik ilişkiler geliştirmelerine destek olacak, küçük grup çalışmalarının ve süpervizyon desteğinin sağlanması önemlidir.

Sosyal çalışmacıların uygulama alanında mesleki becerilerinin geliştirilmesi için yeni yöntemleri öğrenebilecekleri yurt içi ve yurt dışı eğitim programlarına katılmaları desteklenmelidir.

Sağlıklı yaşama kültürünün tesis ederek stresi azaltmak için yeterli ve dengeli beslenme, hareketli bir yaşam benimsenmelidir.

Sosyal çalışmacıların olumlu düşünmenin ve manevi olarak güçlü olmanın yöntemleri uygulanmalıdır. İş dışında hobiler ve aktiviteler ile ilgilenmeleri sağlanmalıdır.

Mezzo düzeyde kurum içinde yapılacak düzenlemeler önemli görülmektedir. İlk olarak fiziksel ortamda yapılacak düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu açıktır. Sosyal çalışmacılar için müracaatçılar ile çalışırken ayrı görüşme odalarının olması, mesleki uygulamaya imkan sağlayacak alanların oluşturulması gerekmektedir. Bu imkan müracaatçıların hakkı olarak ta görülmelidir.

Fiziksel olarak çalışma ortamının düzenli temizliği yapılmalı, çalışma için gerekli olan teknolojik imkanlar, ekipmanlar ve araçlar-gereçler sağlanmalıdır.

Kurumda ekip çalışmasının barış kültürü temelinde tesisine ihtiyaç vardır. Bunun için yöneticilerin çalışanlar ile belirli aralıklarla görüşmeleri, fikirlerini dinlemeleri, açık ve şeffaf bir iletişim ile yönetim anlayışını benimsemeleri, rol ve iş yükü dağılımdaki dengeleri gözetmeleri önemlidir.

Kurumda günün belirli saatlerinde hareket ve egzersiz için zaman ayrılmalı, bu konuda herkesin katılımı sağlanmalıdır. Ayrıca sosyal olarak bağların güçlendirilmesi için kurum çalışanları için bayram vb. özel günlerde kutlama gibi etkinliklere önem verilmelidir.

Kurumlarda sosyal hizmet alanında çalışan profesyonellere süpervizyon hizmeti sunacak, iş güvenliği açısından psiko-sosyal riskler üzerinde koruyucu ve önleyici, müdahale edici hizmetler sunacak sosyal servisler kurulmalıdır. Bu hizmet sayesinde sosyal hizmet profesyonellerinin hizmet sunumunda hem bireysel hem de kurumsal verimlilik yükselecektir.

Makro düzeyde meslekler arasında adil ücret politikasının ve özlük haklarının sağlanması öncelikli görülmektedir. Emeklilik haklarına da yansması olan ek gösterge katsayısının yükseltilmesi sosyal çalışmacılarda bir beklenti olarak ortaya çıkmıştır.

Sosyal çalışmacılar toplumdaki dezavantajlı gruplar ile çalışan, onların iyilik halinin sağlanması için savunuculuk yapan ve toplumsal kaynaklar ile buluşmalarını sağlayan önemli bir meslek grubudur. İş yaşamında sosyal çalışmacıların stres yönetimi ile ilgili konularda destek olunması sosyal sorunların

çözümünü amaçlayan bu meslek elemanlarını güçlendirecek ve iş yaşamındaki verimliliklerini de artıracaktır.

Kaynakça

Ay, E. (2018). *Kanserli çocuğu olan ebeveynlere verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoğitimin umutsuzluk ve stresle baş etme üzerine etkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Baltaş,A., &Baltaş Z. (2016). *Stres ve başa çıkma yolları* (19. Baskı). Remzi Kitapevi

Barck-Holst, P., Nilsonne, A., Åkerstedt,T., & Hellgren C. (2019) Coping with stressful situations in social work before and after reduced working hours, a mixed-methods study, *European Journal of Social Work*, DOI: 10.1080/13691457.2019.1656171

Başçılar, M.,&Taşçı A. (2018). İş Yükü Ve İş Tatmini Arasındaki İlişki: Sosyal Hizmet Uzmanları Üzerine Bir Araştırma. *IGUSABDER,4*: 330-344.

Beer, O. (2016). Predictors of and Responses to Stress Among Social Workers: A National Survey. University of Plymouth, UK. <https://socialworkhelper.com/wp-content/uploads/2016/10/Predictors-of-and-Causes-of-Stress-Among-Social-Workers-A-National-Survey-.pdf>

Berkün, S. (2010). Sosyal hizmet uzmanlarının çalışma hayatında karşılaştıkları mesleki sorunlar: Bursa örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 21* (1) 99-109.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün Ö.E., Karadeniz Ş.,& Demirel F. (2018). *Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.

Collins, (2008). Statutory social workers: stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences. *British Journal of Social Work, 38*(6):1173-1193

Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi.

Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21* (1), 91-109.

Hablemitoğlu, Ş., & Özmete, E. (2012). Sosyal çalışmacıların iş yaşamı kalitesi: Şefkat yorgunluğu, tükenmişlik, stres kaynakları, iş tatmini ve kariyer olanakları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1*, (1),171-204.

Işıkhan, V. (2004). *Çalışma hayatında stres ve başa çıkma yolları*. Ankara: Sandal Yayınları.

Işıkhan, V. (2011). *Sosyal hizmet ve tükenmişlikle başa çıkma*. Ankara.

Işıkhan, V. (2018). Sosyal hizmet uzmanlarının stresle başa çıkma yöntemleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 29*, (2), 10-33

Lloyd, C.,King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stres and burnout: A review. *Journal Of Mentalhealth, 11*(3), 255-266.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory*, manual 3rd. edition, Palo Alto, consulting psychologists press.

Pehlivan, İ. (2008). *İş yaşamında stres*. Ankara: Pegem Yayıncılık.

Uğur, A., & Erol, Z. (2015). Sosyal çalışmacıların çalışma hayatında karşılaştıkları stres faktörlerine yönelik kavramsal bir değerlendirme ve stres yönetimi müdahale programları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8, (39), 987-997.

Wilberforce, M., Jacobs, S., Challis, D., Manthorpe, J., Stevens, M., Jasper, R., Fernandez, J-L., Glendinning, C., Jones, K., Knapp, M., Moran, N., & Netten, A. (2014). Revisiting the causes of stress in social work: sources of job demands, control and support in personalized adult social care. *The British Journal of Social Work*, 44 (14), 812–830.

White, R. (2018). *The stress management workbook: De-Stress In 10 Minutes or less*. Althea press.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2003). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık. Ankara.

Zastrow, C. (1984). Understanding and preventing burn - out. *British Journal of Social Work*, 14(2), 141-155.

Makale geliş: 10.04.2020

Makale kabul ediliş: 25.05.2020

ŞÜPHEDEN TEDAVİYE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNDA AİLELERİN GÖZÜNDEN YAŞANAN SORUNLAR

Bahadır TURAN³

ORCID: 0000-0003-1190-9589⁴

İbrahim Selçuk ESİN⁵

ORCID: 0000-0002-3322-1905,

Elif ABANOZ⁶

ORCID: 0000-0002-9214-4735

Onur Burak DURSUN⁷

ORCID: 0000-0003-2990-9851

Öz

Amaç: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı alan çocukların ebeveynlerinin OSB ile ilgili farkındalık düzeyini belirlemeyi ve günlük yaşamlarında ve sosyal alanlarında karşılaştıkları sorunları tespit etmeyi amaçlıyoruz.

Yöntem: Çalışmaya, DSM-5'e göre OSB tanısı konulan, çocuk psikiyatri kliniğinde takip edilen ve çalışmaya katılım için yazılı onam veren 109 ebeveyn dâhil edilmiştir. Konuyla ilgili kapsamlı bir literatür taramasından sonra çalışmada kullanılmak üzere geliştirilen anket; OSB hakkındaki bilgi düzeyleri, tanı ve tedavi sürecinde karşılaştıkları güçlükleri değerlendirmeye yönelik 83 soruyu kapsamaktadır.

Bulgular: Katılımcıların % 56'sı OSB'yi daha önce hiç duymadığını, %61'inin OSB'de zekâ düzeyinin değişebileceğini bilmediğini ve % 74'ünün OSB'yi sadece çocuklarda görülen bir bozukluk olarak düşündüğünü belirtmiştir. Katılımcıların % 52'si 0-2 yaş arası çocuklarının gelişimini düzenli bir sağlık merkezinde izlendiğini, % 88'i çocuklarının gelişimi konusunda kaygılanan ilk kişilerin kendileri ve geniş aileleri olduğunu ve % 52,3'ü çocuklarının gelişimiyle ilgili kaygılarının 1-2 yaşlarında olduğunu bildirmiştir. Sonuçlarımız ailelerin tüm süreç ile ilgili zorluk yaşadıklarını destekler niteliktedir.

Sonuç: OSB'li çocukları sosyal yaşama dâhil etmeyi engelleyen faktörler arasında sayılan OSB farkındalığı, yoğun olarak çalışılan alanlardan birisidir. Ancak, özellikle ruh sağlığı uzmanları tarafından topluma, sağlık çalışanlarına ve OSB tanısı konulan çocukların ebeveynlerine farkındalık eğitimi verilmesi oldukça önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Otizm spektrum bozukluğu, farkındalık, ebeveynlik

FROM SUSPICION TO TREATMENT: CHALLENGES IN AUTISM SPECTRUM DISORDER FROM THE PERSPECTIVE OF FAMILIES

Abstract

Aim: We aim to determine the level of awareness regarding Autism Spectrum Disorder (ASD) that parents of children diagnosed with ASD, identify the problems they encounter in their daily lives and social areas.

Method: The study included 109 parents whose children had previously been diagnosed with ASD according to the DSM-5 and were being followed up at the Child Psychiatry Clinic and who provided written consent for participation in the study. The questionnaire that was developed to be used in the study after a thorough literature review on the subject consisted of

³ Uzman Doktor, Ağrı Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Birimi

⁴ Doktor Öğretim Üyesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

⁵ Asistan Doktor, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

⁶ Doçent Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,

Corresponding Author: Onur Burak DURSUN Doçent Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon

E-mail: onurburak007@yahoo.com

Telephone: + 90 506 632 05 84

83 questions directed at assessing the parents in terms of their level of knowledge about ASD, the difficulties they encountered diagnosis process.

Results: Some of the noteworthy findings of our work include: Of the participants, 56% stated never hearing of ASD before, 61% not knowing that the level of intelligence could vary in ASD, and 74% thinking of ASD as a disorder seen only in children. 52% of the participants reported that the development of their children between ages 0-2 was monitored at a regular health center, 88% reported that the first to grow concerned about the development of their children were themselves and their extended family and 52.3% reported that their concerns about the development of their children appeared at ages 1-2. Consequently, the findings point out that families with autism have difficulties with the whole process.

Conclusion: ASD awareness, which is counted among factors that obstruct children with autism from being involved in social life, is one of the areas that have been studied extensively. But, it is quite important that awareness training is provided to the public, healthcare professionals, and parents of children diagnosed with autism, especially by mental health professionals.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Awareness, Parenting

Giriş

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan ve yaşam boyu devam eden, sosyal iletişim ve etkileşim alanlarında belirgin gecikme, kısıtlı ve yineleyici ilgi alanları ile kendini gösteren bir nörogelişimsel bozukluktur (Kanner, 1943). OSB'nin çekirdek semptomlarına yönelik bilinen bir tedavisi henüz olmamakla birlikte bu bozukluğa olan doğru yaklaşım ve bu kişilerin etkin bir biçimde topluma kazandırılması bireylerin farkındalığından istihdamına kadar bütün süreçlerin sağlıklı değerlendirilip ele alınması ile mümkündür (Preeti, Srinath, Seshadri, Girimaji, & Kommu, 2017). Kullanılan medikal tedaviler ile bu sorunların tamamı çözülememekte, ailelerin sorunları dile getirememeleri nedeniyle bu bütüncül yaklaşım sağlanamamaktadır. Çünkü modern psikiyatrik yaklaşım kesitsel yaklaşımın ötesinde bütüncül bir bakış açısı gerektirir. Dolayısıyla hekimlerin OSB konusundaki sorunluluğu sadece tanılama ile sınırlı kalmamalı; tüm süreçlerde yaşanan sorunlarla ilgili çalışmalar yapılmalıdır. (Simonoff et al., 2008).

Yaşanan tüm süreçlerde karşımıza çıkabilecek sorunların tespit edilmesine yönelik çalışmalar bu alanda oluşturulacak politikalara esas teşkil etmektedir. Örneğin OSB'li bireylerin sahip olduğu iletişim paternine toplumun yabancı olmasının bu bireylerin toplum içinde sosyalleşmesini engelleyen çevresel faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Siklos, Kerns, & disorders, 2006). Siklos ve Kimberly'nin 2006 da yaptıkları bir çalışmada OSB tanılı çocukların ebeveynlerinin çocukları için bakım ve eğitim, tıbbi tedaviler hakkında bilgilendirilme, sorun davranışları konusunda profesyonel öneriler gibi alanlarda ciddi gereksinimlerinin olduğu ortaya konulmuştur (Siklos et al., 2006). OSB'nin ekonomik boyutu ile ilgili veriler de politikalara temel teşkil edecek veriler arasında önemli bir yer kaplamaktadır. Örneğin bazı çalışmalar OSB'li çocuk başına düşen ortalama yıllık maliyetin en az 20 bin Euro'dan başladığına dikkat çekmektedir (Lavelle et al., 2014).

Ruh sağlığı profesyonellerinin en çok muzdarip olduğu konuların başında gelen Otizm Spektrum Bozukluğu gibi nörogelişimsel bozukluklara bütüncül yaklaşımda yaşanan sorunların çözümü, özellikle özel eğitim, sağlık, mesleki eğitim, istihdam olanaklarından yararlanması için dünya genelinde otizm eylem planları oluşturulmaya başlanmıştır (Baird, Cass, & Slonims, 2003). İleri Fransa'da yapılan ve şu ana kadar 7 ülkede yapılmış ve uygulamaya konmuş olan otizm eylem planı ülkemizde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından 3 Aralık 2016 tarih ve 29907 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır (Roleska et al., 2018).

Farkındalık çalışmaları ve kurumlar arası işbirliği, erken tanı, tedavi ve müdahale zincirinin kurulması, ailelere yönelik hizmetlerin geliştirilmesi, eğitsel değerlendirme, özel eğitim, destek eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi, istihdam süreçleri ve çalışma hayatı, sosyal hizmet, sosyal yardım ve toplumsal yaşama katılım gibi 6 temel öncelikli alana sahip bu eylem planında ailelerin yaşadığı güçlükler için altyapı sağlayacak çalışmalar yetersizdir (Fitzgerald, Birkbeck, & Matthews, 2002; Kars & AKYÜREK; Lavelle et al., 2014; Stuart & McGrew, 2009). Bu bağlamda uygulamaya konması düşünülen programların yeterince efektif planlanması mümkün değildir.

Çalışmamız ülkemizde bu tür programlara bilimsel destek sağlamak üzere hazırlanmış, ailelerin yaşadığı sorunları ve sistemdeki açığı tespit etmek üzere kurgulanmış betimleyici bir çalışmadır.

Yöntem

1.1 Araştırma Modeli

Çalışma için Atatürk Üniversitesi Klinik araştırmalar Etik Kurulu tarafından gerekli izin alınmıştır. Çalışmaya, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniğinde takip edilen DSM-5'e göre OSB tanısı alan çocuğa sahip ve çalışmaya katılmak üzere yazılı onamları alınan 109 ebeveyn dahil edilmiştir. Çalışmada kullanılmak üzere hazırlanan anket; konuyla ilgili detaylı bir literatür taramasının ardından temel olarak OSB hakkında ne kadar bilgi sahibi olduklarını, tanı öncesi-tanı sürecinde ve tanı sonrasında yaşadıkları güçlüklerini ve sosyal çevrelerine açıklama süreçlerini, özel eğitim ve medikal tedavi konusunda ne kadar bilgi sahibi olduklarını ve ne kadar faydalanım elde ettiklerini, alternatif tedaviler konusunda bilgi düzeylerini ve deneyimlerini, kendileri ve çocuklarına yönelik endişeleri ile ilişkili görüş ve deneyimlerini belirlemeye yönelik yarı yapılandırılmış kapalı ve açık uçlu 83 sorudan oluşturulmuştur.

Ailelerin farkındalık ve bilgi düzeyini belirlemeye yönelik anket sorularına verdikleri yanıtlar puanlandırıldı ve en düşük %10'luk dilimde bulunan ebeveynler bilgi düzeyi yetersiz olarak, en yüksek %10'luk dilimde bulunan ebeveynler ise bilgi düzeyi yeterli olarak kabul edildi. İki grup, tanı süreci, tedavi faydalanımı ve günlük hayatta karşılaştıkları zorluklar açısından karşılaştırılmıştır. Anket, anne ve babanın beraber dolduracağı şekilde planlanmıştır.

Hazırlanan anketin ilk kısmında OSB konusunda genel bilgiler ile ilgili sorular bulunmaktadır. Örneğin:

1. Çocuğunuza tanı konulmadan önce otizmi duymuş muydunuz?
 - a. Evet
 - b. Duymuştum fakat ne olduğunu bilmiyordum
 - c. Hiç duymadım
2. Otizmlili çocuklarda IQ seviyeleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
 - a. Yüksek
 - b. Düşük
 - c. Normal
 - d. Üsttekilerin hepsi olabilir
 - e. Bilmiyorum

İkinci kısımda tanı süreci ile ilgili sorular bulunmaktadır. Örneğin:

1. Çocuğunuzun gelişimi ile ilgili olarak ilk kim endişelendi?
 - a. Ebeveynler
 - b. Diğer akrabalar
 - c. Okul öncesi öğrenmenler kreş vs.
 - d. Sağlık personeli
2. Çocuğunuza otizm tanısı konulmadan önce herhangi bir nedenle çocuğunuzun bir aile hekimine götürmüş müydünüz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
3. Çocuğunuza otizm tanısı konulmadan önce herhangi bir nedenle çocuğunuzun bir çocuk doktoruna götürmüş müydünüz?
 - a. Evet
 - b. Hayır

Üçüncü kısımda tanı sonrası ile ilgili sorular bulunmaktadır. Örneğin:

1. Otizm ile ilgili sivil toplum kuruluşlarını biliyor musunuz? Tanı konulduktan sonra irtibata geçtiniz mi?
 - a. Biliyorum, evet geçtim
 - b. Bilgilendirildim/araştırdım fakat hiç görüşmedim
 - c. Bilmiyorum
2. Tanıyı yakın çevrenizle paylaştınız mı? Ne zaman paylaştınız?
 - a. Hemen paylaştım
 - b. Bir süre paylaşmak istemedim, sonrasında paylaştım
 - c. Henüz paylaşmadım

Dördüncü kısımda tedavi süreci/özel eğitim ile ilgili sorular bulunmaktadır. Örneğin:

1. Bulduğunuz yerde özel eğitim merkezi var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
2. Çocuğunuzun aldığı özel eğitimi yeterli buluyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
 - c. Bilmiyorum

Beşinci ve altıncı kısımda psikiyatrik müdahale, medikal tedavi ve alternatif tedaviler ile ilgili sorular bulunmaktadır. Örneğin:

1. İlaç başlamadan önce yeterince bilgilendirildiniz mi?
 - a. Evet, yeterli idi
 - b. Bilgi verildi fakat yeterli değildi
 - c. Bilgi verilmedi
2. Çocuğunuz için alternatif tıp yöntemleri kullandınız mı?
 - a. Evet kullandım
 - b. Evet, hala kullanıyorum
 - c. Duydum ama kullanmadım
 - d. Hiç duymadım
3. Alternatif tedaviler konusunda kim tarafından bilgilendirildiniz?
 - a. Yakın çevre
 - b. Uzaktan duyum
 - c. Sosyal medya

d. Diğer (belirtiniz)

Yedinci ve sekizinci kısımda örgün eğitim ve günlük hayat ile ilgili sorular bulunmaktadır. Örneğin:

1. Çocuğunuzun evde bakımı konusunda sorunlar yaşıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
2. Yaşadığınız en önemli sorun nedir?
 - a. Temizlik
 - b. Eğitim
 - c. Tehlikeli durumlardan koruma
 - d. Kendisine veya çevresine zarar verme
 - e. Diğer (belirtiniz),
3. Şu anda psikiyatrik olarak bir tedavi alıyor musunuz?
 - a. Evet, alıyorum (lütfen belirtiniz)
 - b. Evet, daha önceden almıştım (lütfen belirtiniz)
 - c. Hayır

1.2. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 20.0 bilgisayar programı kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında t test; normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında ise Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. 0.05 değerinin altındaki p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

2.1 Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya 109 OSB tanılı birey ve ebeveynleri dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılan ebeveyn ve çocuklara ait sosyodemografik veriler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Ebeveynlere İlişkin Sosyodemografik Veriler

Değişken	
Anne Yaşı (Mean±Sd)	34,29 ± 6,48
Baba Yaşı (Mean±Sd)	40,64 ± 7,65
Anne Psk. Hast. (%)	n=4 (3.66%)
Baba Psk. Hast. (%)	n=1 (0.91%)
Anne Çalışıyor(%)	n=7 (6.42%)
Baba Çalışıyor(%)	n=82 (75.22%)
Anne Sigara(%)	n=12 (11%)
Baba Sigara(%)	n=41 (37.6%)
Anne Baba Akrabalık (%)	n=18 (16.6%)

SD standard deviation

2.2. Çoktan Seçmeli ve Nitel Sorulara Verilen Yanıtlar

2.2.1 OSB Farkındalığı Dair Veriler

Katılımcıların %56'sı OSB'yi daha önce hiç duymadığını,%60'ı OSB'nin bir semptom kümesi olduğunu bilmediğini, %61'i OSB'de zekâ düzeyinin çeşitlilik gösterebileceğini bilmediğini ve %74'ü ise OSB'nin sadece çocuklukta görülen bir hastalık olarak bildiklerini ifade etmişlerdir.

2.2.2. Tanı Sürecinde Yaşanan Güçlüklere Dair Veriler

Katılımcıların %52'si 0-2 yaş arasında çocuklarının gelişim takibi herhangi bir sağlık merkezinde yapıyor olduğunu, %88'i çocuklarının gelişimi ile ilgili olarak ilk endişelenen kişinin kendisi ve yakınlarının olduğunu, %4,4'ü ise 'Sağlık Personeli' olduğunu, %52,3'ü çocuklarının gelişimleri ile ilgili ilk endişelenme zamanlarının 1-2 yaş arasında olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %69'u çocuklarına OSB tanısı konulmadan önce herhangi bir nedenle aile hekimine götürürken, %72'si Çocuk hekimine götürdüğü ve bu çocukların %65'ine gelişim ve davranışları ile ilgili herhangi bir sorun olabileceğinin söylenmediği saptanmıştır.

Katılımcıların %53'ü endişelerin başlaması ile OSB tanısı konma arası sürenin çok uzun olduğunu, % 40'ı değerlendirme sürecinde ilgili hekime yeterli bilgi vermediğini, % 30'unun süreçte okuldan bilgi alınmasının gerekmediğini ve % 44'ü tanı sürecinin daha kapsamlı olması gerektiğini belirtmiştir.

'Lütfen tanı süreci ile ilgili yaşadığınız zorlukları ve bu sürecin sağlıklı olabilmesi için önerilerinizi kendi cümlelerinizle yazınız' sorusuna verilen dikkat çekici cevaplardan bazıları:

- 'Raporun çıkması çok uzun sürüyor. Bazı doktorlar tanı koymak için 3-6 ay gelip gidilmesini istiyor'
- 'Bu süreçte öncelikle aile bilinçlendirilmeli bu süreç kesinlikle çocuk hırpalanmadan sürdürülmeli'

'Lütfen tanı sonrası yaşadığınız zorlukları ve sürecin daha sağlıklı olması ve ailelerin desteklenmesi için önerilerinizi kendi cümlelerinizle yazınız' sorusuna verilen dikkat çekici cevaplardan birisi:

- 'Benzer sorunları yaşayan insanlara ulaşmak daha kolay olmalı, yapılacak birçok doğru veya yanlış bilgiyi şeyi internetten öğrendik'

2.2.3. Tanı Sonrası Yaşanan Güçlüklere Dair Veriler

Katılımcıların %2'si tanı konulduktan hemen sonra psikolojik destek aldıkları, %57'si yakın çevrelerinden herhangi bir destek almadıkları, sadece %21'inin sivil toplum kuruluşları ile irtibat kurduğu, %13'ünün henüz tanıyı yakın çevresi ile paylaşmadığı, yakın çevresi ile paylaşanların %66'sının olumsuz tepki aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %27'si çocuklarına olan yaklaşımlarının yakın çevresinin tepkilerinden etkilendiğini belirtmiştir.

'Çocuğunuza OSB tanısı konulduktan sonra ne yaptınız/ne hissettiniz?' sorusuna verilen dikkat çekici cevaplardan bazıları:

- 'Korktum ne yapacağımı düşündüm'
- 'İlk başta sakindim çocuğumun geleceğini düşünmeye başlayınca korkularım artmaya başladı.'

- 'Ömür boyu sürececek ağır bir sürece girdiğimizi hissettik'
- 'Çocuğumu uzun süre doktora götürmedim'
- 'Hiçbir şey hissetmedim, ne olduğunu bilmiyordum'
- 'Eğitim sürecine hızlı bir giriş yaptık, araştırmalarımız oldu ve çocuğumuz için sağlıklı kararlar almamız gerektiğini düşündük'
- 'Artık tedavi kısmına geçebiliriz diye tanı konulması içimi rahatlattı'
- 'Geç kalındığını düşündüm'
- 'Üzuldüm ve bir psikiyatristten destek aldım'

'Akrabalarınızın/çevrenizin çocuğunuzda OSB tanısı olduğunu duyduğundaki tepkileri ne oldu?' sorusuna verilen dikkat çekici cevaplardan bazıları:

- 'Bizce bir problem yok bu çocuk normal dediler'
- 'Düzeleceğini söyleyip telkin ettiler'
- 'En yakın çevremdekiler bizlerle iletişimi tamamen kestiler'
- 'En yakınlarımız bile hiç önemsemedi bizi'
- 'Sadece acıdılar'
- 'Herkes elini taşının altına koydu, ne yapabileceğimizi tartıştık'
- 'Çocuğumuza deli gözüyle baktılar ve dışlandık'

2.2.4. Özel Eğitim Sürecinde Yaşanan Güçlüklere Dair Veriler

Katılımcıların % 23'ü yaşadıkları yerde özel eğitim merkezi bulunmadığını, %23'ü özel eğitime başlama sürecinde kurum ile sorun yaşadıklarını, %48'i haftada 2 gün veya daha az düzeyde özel eğitim aldıklarını, %80'inin özel eğitimi birebir aldığı, %12'sinin yaş grubu ile aldığı, % 10'unun ne sıklıkla %8'inin ise ne şekilde özel eğitim aldığını bilmediği, %20'sinin özel eğitimden fayda görmediği, %86'sının özel eğitimi yeterli bulmadığı ve %47'sinin özel eğitim konusunda kendilerine herhangi bir eğitim verilmediği saptandı.

'Özel eğitim ile ilgili en önemli sorun sizce nedir?' sorusuna verilen dikkat çekici yanıtlardan bazıları:

- 'Özel eğitim yok denecek kadar az, kalitesi düşük, ata binme, yüzme, müzik vs. eğitimlerin çoğu ilde olmaması'
- 'Teftiş kalitesi ve düzeni olmalı'
- 'Çocuğum eğitim alırken takip edebilmek isterdim, örneğin sınıf kapılarının yarısı camdan olmalı'
- 'Daha uzman öğreticiler olmalı ve ders saatleri çoğaltılmalı, OSB'li çocuklar eğitim merkezleri (OÇEM) özel sektöre devredilmeli devlet destek ve denetim görevi yapmalı'
- 'Öğretmenlerin çok sabırsız olması'

2.2.5. Medikal Tedavi Sürecinde Yaşanan Güçlüklere Dair Veriler

%79'unun Çocuk Psikiyatri poliklinik takiplerine düzenli olarak geldiğini, %55'inin medikal tedavi aldığını, %32'sinin neden ilaç tedavisi aldığını bilmediğini, % 29'unun medikal tedavi hakkında yeterince bilgilendirildiğini düşünmediğini, % 51'inin medikal tedaviden kısmen yararlandığını ve %14'ünün medikal tedaviden yan etki gördüğünü belirtmiştir.

2.2.6. Alternatif Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi ve Yaşanan Güçlüklere Dair Veriler

Katılımcıların %18'inin alternatif tedavi yöntemlerinden haberdar olduğu, haberdar olanlar içinde %57'sinin haber kaynağının sosyal medya olduğu, haberdar olanların %47'sinin alternatif tedavi yöntemini kullandığı ve %42'sinin faydalanım elde ettiğini düşündüğü saptandı.

'Çocuğunuz için kullandığınız bu alternatif yöntem/leri lütfen belirtiniz.' sorusuna verilen dikkat çekici cevaplardan bazıları:

- Berard, işitsel algı, Oksijen Tedavisi, işitsel iletişim merkezleri,
- Ağır metal atıcı tedavi
- Çeşitli özel baharat ve yağ kullanımı
- Ozon tedavisi
- Çeşitli Diyetler
- Duyu Bütünleme tedavisi
- Cıva tedavisi
- Yunus ile tedavi
- Bitkisel tedaviler

Aileler tarafından bu yöntemler için yapılan harcamaların 200 TL- 400.000 TL arasında değiştiği bildirilmiştir.

2.2.7. Örgün Eğitim Süresince Karşılaşılan Güçlüklere Dair Veriler

Katılımcıların %37'sinin okula başlarken sorun yaşadığı, yanların oranı, eğitim dönemi boyunca sorun yaşayanların oranı ise %24 olarak tespit edildi.

'Okulda yaşadığınız sorunlar nelerdir? Çözümü için ne önerirsiniz?' sorusuna verilen dikkat çekici cevaplardan bazıları:

- 'Özel okullar kabul etmiyor bizi, devlet okullarında kendimizi kabul ettirmek için çok zorlanıyoruz'
- Okul idareleri bize çok büyük problem çıkarıyor'
- 'Gölge öğretmen desteğinin zorunlu olması ve devletin bunu desteklemesi olabilir'
- 'Branş öğretmenlerinin ders vermesi, OSB'li çocuklar için özel sınıf açılması'

2.2.8. Günlük Hayat ile İlgili Yaşanan Güçlüklere Dair Veriler

Katılımcıların %77'sinin evde bakım konusunda sorun yaşadığı, %21'i Temizlik, %21'i Tehlikeli Durumlardan Korunma, %18'i Kendine ve Çevreye Zarar Verme konularında sorun yaşadıkları bildirilmiştir.

Katılımcıların %34'ü mevcut durumun eşiyle olan ilişkilerini etkilediğini, %83'ü kardeşlerinin etkilendiğini ve ancak %13'ünün tıbbi destek aldığını belirtmişlerdir. Ev hayatı ile ilgili yaşadığınız en önemli sorunlar nelerdir?' sorusuna verilen dikkat çekici cevaplardan bazıları:

- 'Kızım dışarı çıkmıyor, çıkınca da ona hâkim olamıyorum'
- 'Çocuğum kendine zarar veriyor'
- 'Bakımıyla tek başıma ilgilenemiyorum'

'Öncelikle çözülmesini istediğiniz sorun nedir?' sorusuna verilen dikkat çekici cevaplardan bazıları:

- 'Konuşmasına yönelik eğitim'
- 'Her bireye özel eğitim ve uzun takip'

2.3. Bilginin Gücü

Ailelerin OSB konusundaki farkındalık düzeylerinin ve bunun tanı süreci, tedavi faydalanımı ve günlük hayatta karşılabilecekleri zorluklara etkisini belirlemek için farkındalık ve bilgi düzeyini belirlemeye yönelik sorulara verdikleri yanıtlara göre en düşük %10'luk dilimde bulunan ebeveynler bilgi düzeyi yetersiz olarak, en yüksek %10'luk dilimde bulunan ebeveynler ise bilgi düzeyi yeterli olarak kabul edilmiştir. Bu 2 alt gruba ait veriler karşılaştırılmış her iki grup arasında yaş, cinsiyet, OSB tanısı ile geçirilen süre açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bu bağlamda bilgi düzeyi yüksek olan grup bilgi düzeyi düşük olan gruba göre;

- Tanı görüşmelerinde doktora istatistiksel anlamda daha fazla yeterli bilgi verdiğini düşünüyor (p=0.045)
- Çocuklarına OSB tanısı konduktan sonra yakın çevreleri ile daha fazla paylaşma eğilimi gösterdiği (p=0.004) ve eşlerinden daha fazla destek aldıkları (p=0.045)
- Alternatif tedavileri konusuna daha fazla aşına oldukları (p=0.054)
- 'Çocuğunuza ilaç başlanmadan önce doktorunuz tarafından yeterince bilgilendirildiniz mi' sorusuna daha yüksek oranda evet cevabı verdikleri (p=0.048) saptandı.

Ayrıca, bilgi düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarının OSB tanı alma yaşı istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte daha düşük saptandı.

2.4. Tanı Konma Yaşı ile İlişkisi Saptanan Faktörler

Katılımcıların ortalama tanı yaşı 5 olarak saptandı. Tanı yaşı ile ilişkili değişkenler Tablo 2'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 2. Tanı yaşı ile ilişkili faktörler

	Ortalama±Sd (Min-Max.)	p değeri
Tanı öncesi herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru		
Evet	4.7 (1,5-13) (±2.8)	0.029*
Hayır	5.8 (2-16) (± 3.1)	
Alternatif tedavi deneyimi bulunma		
Evet	6.1 (4-11) (± 2.7)	0.006**
Hayır	2.9 (1.5-4)(± 0.9)	
İlk Kim Endişelendi		
Ebeveyn/Akraba	5.1 (1.5-16) (± 2.8)	0.035*
Sağlık Personeli	7.7 (5-16)(± 4.7)	
Çevre ile Paylaşma		
Evet	5.1 (1.5-16) (± 2.9)	0.009*
Hayır	8.2 (4-16)(± 4.5)	
Muayene Sıklığı		
3 ay veya/ daha az	5.9 (1.5-16) (±3.35)	0.019*
3 aydan fazla	4.7 (2-16) (± 3.9)	
Komorbidite		
Var	5.6 (1.5-16)(± 3.3)	0.01**
Yok	3.7 (2-5) (± 1.1)	
Doğumda Komplikasyon		
Var	7.1 (2-16)(± 3.9)	0.039*
Yok	5.2 (1.5-16) (±3.06)	

SD standard deviation, * p Mann–Whitney U, **p paired t-test

2.5. Çocuğun OSB Tanısı ile Geçirdiği Süre ile İlişkili Faktörler

OSB ile geçirilen süre çocuğun yaşı ile ilgili bir değişkendir. Buna göre katılımcıların ortalama OSB tanısı ile geçirdikleri süre 29.5 ay olarak tespit edilmiştir. Çocuğun OSB Tanısı ile Geçirdiği Süre ile ilişkili değişkenler Tablo 3’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 3. OSB Tanısı ile Geçirilen Süre ile İlişkili Faktörler

	Ortalama±Sd	p değeri
Alternatif tedaviden haberdar olma		
Evet	51.9 ± 28.3	0.024*
Hayır	35.04 ± 34.3	
Çevre ile Paylaşma		
Evet	42.2 ± 34.8	0.000*
Hayır	11.5 ± 9.8	
Okula başlarken herhangi bir sorunla karşılaşma		
Evet	50.3 ± 27.5	0.034*
Hayır	39.3 ± 41.2	
Muayene Sıklığı		
3 ay veya/ daha az	37.2 ± 29.1	0.049**
3 aydan fazla	56.7 ± 48.3	

SD standard deviation, * p Mann–Whitney U, **p paired t-test

Tartışma

OSB’li çocukların sosyal alanda kendine yer edinmelerine engel teşkil eden nedenler arasında gösterilen OSB farkındalığı, üzerinde çokça durulan çalışma alanlarından biri olmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalar ülke

bazında farklı sonuçlar göstermekle birlikte toplumun OSB konusundaki bilgi yetersizliği ve buna bağlı olarak sergiledikleri yanlış tutumların bu çocukların erken tanı, tedavi ve uygun eğitim müdahalelerini sekteye uğrattığı, aynı zamanda OSB'li bireyin hem sosyalleşmesi açısından hem de problemi çözüp kendini topluma entegre etmesi açısından temel kısıtlılıklardan biri olarak sayılabilir (Wing, Potter, & reviews, 2002). OSB farkındalığı ile ilgili yapılan çalışmalar ülkeye, çalışma örneğine ve metodolojik farklılıklara bağlı çeşitlilik gösterebilmektedir. Bizim çalışmamızda ailelerin %56'sının çocuklarına tanı konulmadan önce OSB'yi hiç duymadığını ifade etmiş olup bu oran mevcut literatür ile uyumludur. Dünyadan örneklere bakıldığında Çin'de 3-6 yaş arası çocuğa sahip olan ebeveynlere yönelik toplum temelli yapılan bir çalışmada OSB farkındalığının %57,8 olduğu, Japonya'da ise bu oran %45,8 olarak tespit edilmiştir (Koyama et al., 2009; Wang, Zhou, Xia, Sun, Wu, Wang, et al., 2012). Bununla birlikte 2013 yılında Kuzey İrlanda'da yapılan bir çalışmada ise %82 gibi yüksek bir oran bildirilmiştir (Dillenburger, Jordan, McKerr, Devine, & Keenan, 2013). Ülkemizde ise 2015 yılında yapılan OSB farkındalığına dair bir çalışmada katılımcıların yalnızca %38'lik bir kısmının "Otizm kelimesini duydunuz mu?" sorusuna evet cevabını vermiştir (Surmen et al., 2015). Dolayısıyla bu alanda yapılan çalışmalar OSB konusundaki farkındalığın henüz yeterli düzeyde gelişme kaydetmediği düşüncesini akla getirmektedir.

Katılımcılar tarafından OSB'nin sadece çocuklarda görülen bir hastalık olmadığı veya zekâ düzeyinin çeşitlilik gösterebileceği gibi diğer farkındalıkla ilişkili sorulara verilen hatalı cevaplar birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir (Heidgerken, Geffken, Modi, & Frakey, 2005). Örneğin OSB'nin yüksek IQ, süper güç, sıradışı matematiksel veya sanatsal yetenekler demek olduğu ile ilgili tam olarak doğru olmayan algılar medyanın etkisine bağlı olabilir (Mandell & Novak, 2005; Wang, Zhou, Xia, Sun, Wu, & Wang, 2012). Bu bağlamda farkındalık eğitimlerinin, özellikle ruh sağlığı profesyonelleri tarafından kamuoyuna, sağlık çalışanlarına ve OSB tanılı çocukların ailelerine sağlanması gerekliliği önem arz etmektedir.

Çalışmamızda OSB konusunda bilgi düzeyi yeterli olan ailelerin bilgi düzeyi yeterli olmayan ailelere göre tanı görüşmeleri esnasında doktorlara yeterli bilgi verdiğini düşünmeleri, tedavi arayışlarının daha fazla olması ve hatta istatistiksel anlamlı saptanamamakla birlikte çocuklarının OSB tanı alma yaşlarının daha erken olduğu tespit edilmiştir. Anne babaların OSB hakkında yeterli bilgi sahibi olmamalarının veya yanlış bilgiler edinmelerinin hastalığın erken tanı ve tedavi sürecine olumsuz etkilerinin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Mandell & Novak, 2005). Ayrıca hem özellikle OSB'ye özgü ebeveyn eğitimleri hem de sorun davranışı olan çocuklara yönelik genel ebeveynlik programlarının ailelerin çocuk gelişimi, OSB semptomlarının yorumlanması, etiyolojisi ve seyri hakkındaki bilgi düzeylerini artırarak OSB'nin etkilediği tüm işlevsellik alanlarında belirgin düzelme sağladığı bildirilmiştir (Bearss et al., 2015; Koegel, Symon, & Kern Koegel, 2002; Schultz, Schmidt, & Stichter, 2011).

Amerikan Pediatri Akademisi tarafından yayınlanan yakın tarihli bir rapora göre, OSB'de ki artan prevalansa bağlı olarak birinci basamak hekimlerinin bu çocuklarla karşılaşma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Disabilities, 2001). Bu bakımdan özellikle ruh sağlığı dışındaki sağlık çalışanlarının

mesleki bilgi ve farkındalıkları OSB'li ailelerin yaşayabilecekleri sıkıntılar ile ilişkili olabilir (Freckelton, 2013; Silverman, 2011). Çalışmamızda tanı alan çocukların tanı öncesi %52'sinin gelişim takibinin bir sağlık merkezinde yapıldığı, büyük çoğunluğunun bir aile hekimi veya pediatri doktoru tarafından değerlendirildiği, fakat %65'ine gelişim ve davranışları ile ilgili herhangi bir sorun olabileceğinin söylenmediği tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada OSB tanısı alan ve dosyası incelenen 468 çocuk tan 275 (%58.8)'inin düzenli olarak bir çocuk doktoru tarafından izlendiği, %4'ünün gelişimsel sorunlarının çocuk hekimleri tarafından fark edildiği ve çocuk ruh sağlığı kliniklerine yönlendirildiği saptanmıştır (ERDEN, AKÇAKIN, DOĞAN, & ERTEM, 2010). Dolayısıyla sağlık çalışanlarının OSB'nin tedavisi ve prognozu ile ilgili edindiği güncel olmayan ve yanlış inançlar, bu kişilerin hastalar için verecekleri hizmeti değişik derecelerde etkileyebilmekte olup (Heidgerken et al., 2005) bu bağlamda sağlık çalışanlarına OSB konusunda gerekli eğitimin ve farkındalığın kazandırılmasının hayati öneme sahip olduğu söylenebilir.

OSB'nin erken teşhisi, bu çocukların işlevsellikleri üzerine olan iyileştirici müdahalelerin erken yaşta daha uygulanabilir olması ve uzun dönem prognozu üzerine olan olumlu etkileri nedeniyle kritik bir öneme sahiptir (Campbell, Schopler, Cueva, & Hallin, 1996; Mandell, Listerud, Levy, & Pinto-Martin, 2002). Birçok çalışma erken teşhis ve tedavi ile işlevsellikte edinilen kazanımların hem çocukların hem de ailelerinin önemli ölçüde yükünü azaltabileceğini göstermiştir (Jacobson & Mulick, 2000; Lord, 1995; Mars, Mauk, & Dowrick, 1998; Volkmar, Cook, Pomeroy, Realmuto, & Tanguay, 1999). Çalışmamızda tanı yaşı düştükçe, tanı öncesi herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru zamanı daha erken, farklı tedavi alternatiflerine yönelme daha sık olarak bildirilmiştir. Ayrıca doğum komplikasyonu olmayan ve komorbidite görülmeyen hastalarda tanı yaşı daha düşük olarak tespit edilmiştir. Tanı ile geçirilen sürenin ise alternatif tedavilere aşinalık ve okul sürecinde karşılaşılan zorluklar ile pozitif korele olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar OSB'li çocukların ailelerinin sağlık sistemi ile olan etkileşimlerinin bir önceki paragrafta bahsedilen OSB farkındalığı dışında çocuğun tanı yaşı ile de ilişkili olabileceğini göstermiştir. Örneğin gelişimsel problemleri olan bir çocuğun sık sık aile hekimi tarafından değerlendirilmesine karşın bir çocuk doktorunun bu tür çocukları değerlendirip ruh sağlığı profesyoneline yönlendirmesi erken tanı ile daha çok ilişkili bulunmuştur (Mandell, Novak, & Zubritsky, 2005). Literatürde erken tanının komorbidite ile ilişkisine dair veriler çelişkili olmakla birlikte son yıllarda yayınlanan bir gözden geçirmede erken tanının ve erken müdahalelerin OSB teşhisi konulan bireyler için birçok alanda işlevselliği, tedaviye cevabı ve ek psikopatolojilere yatkınlığı azaltabileceği bildirilmiştir (Fernell, Eriksson, & Gillberg, 2013).

Çalışmamızda tanı sonrası OSB'li çocuğa sahip ailelerin yakın çevreleri, sivil toplum kuruluşları ve devlet tarafından karşılanan maddi ve manevi desteğin henüz yeterli düzeye ulaşmadığı, tedavi sürecinin önemli bir parçası olan özel eğitimde bazı kısıtlılıklar yaşadıkları ve örgün eğitimde stigmatizasyona maruz kaldıkları ve uygun olmayan kanıta dayalı olmayan alternatif tedavi arayışına girdikleri görülmüştür. Bu bulgulara ailelerin OSB'li çocukları nedeniyle yaşadıkları günlük hayattaki problemlerinde eklenmesi ile hem

ekonomik hem sosyal hem de psikolojik yönden ciddi bir biçimde güçlülük yaşanması kaçınılmaz hale gelmektedir.

Ülkemizde OSB tanısı almış çocukların ebeveynlerine yönelik yapılan bir çalışmada ebeveynler için tek ve en yakın destek grubunun yakın çevre olduğu ortaya konulmuştur (Karpaz & Girli, 2012). Ayrıca yakın çevreden alınan sosyal destek arttıkça ailelerin yaşadığı umutsuzluk düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (Avşaroğlu & Gilik, 2017). Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalardan biri, OSB'li bireylere bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin çoğunluğunun bireyin günlük bakımından kaynaklandığı bildirilmiştir (AKDEM & AKEL, 2014). Özkubat ve ark. (2014) yaptıkları bir çalışmada OSB'li çocukların ailelerinin yaklaşık %84'ünün ekonomik gereksinimleri olduğunu, bu ebeveynlerin yakın çevrelerinden destek görmelerine rağmen eğitim ve maddi açıdan henüz yeterli destek alamadıklarını bildirmiştir (Töret, Özdemir, Selimoğlu, & Özkubat, 2014).

Bu bağlamda çalışmamız OSB'li çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları güçlüklerle katkı sağlayan bu gibi faktörleri düzeltmeye yönelik olarak aileler baz alınarak öncelikle toplumun sonra devlet ve sivil toplum kurumlarının OSB hakkındaki olumsuz ve güncel olmayan inanışlarını değiştirip, bu bireylerin topluma kazandırılma yolları üzerine daha çok emek harcanması gerektiği düşüncesini destekleyici veriler sağlamaktadır.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları öncelikle örneklem sayısının az olmasıdır. Bu durum bize bulguların genellenebilirliği konusunda kısıtlılık oluşturan nedenlerden biridir. Bir diğer kısıtlılığımız veri toplamada kullanılan ölçme yöntemimizdir. Ailelerden ölçek kullanarak bilgi almamız verilerin güvenilirliği bakımından daha niceliksel çalışmalara göre kısıtlılık oluşturabilir.

Kaynaklar

- Akdem, F., & Akel, B. S. (2014). Otizimli Bireylerin Bakım Verenlerinin Yaşam Kalitesi Ve Zaman Yönetimini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ergoterapi Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2(3), 121-129.
- Avşaroğlu, S., & Gilik, A. (2017). Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Anne-Babaların Kaygı Durumlarına Göre Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *İlköğretim Online*, 16(3).
- Baird, G., Cass, H., & Slonims, V. J. B. (2003). Diagnosis Of Autism. 327(7413), 488-493.
- Bearss, K., Johnson, C., Smith, T., Lecavalier, L., Swiezy, N., Aman, M., . . . Minshawi, N. (2015). Effect Of Parent Training Vs Parent Education On Behavioral Problems In Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Jama*, 313(15), 1524-1533.
- Campbell, M., Schopler, E., Cueva, J. E., & Hallin, A. (1996). Treatment Of Autistic Disorder. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 35(2), 134-143.
- Dillenburger, K., Jordan, J. A., Mckerr, L., Devine, P., & Keenan, M. (2013). Awareness And Knowledge Of Autism And Autism Interventions: A General Population Survey. *Research In Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1558-1567.
- Disabilities, C. O. C. W. (2001). The Pediatrician's Role In The Diagnosis And Management Of Autistic Spectrum Disorder In Children. *Pediatrics*, 107(5), 1221-1226.

- Erden, G., Akçakin, M., Doğan, D. G., & Ertem, İ. Ö. (2010). Çocuk Hekimleri Ve Otizm: Tanıda Zorluklar. *Turkiye Klinikleri Journal Of Pediatrics*, 19(1), 9-15.
- Fernell, E., Eriksson, M. A., & Gillberg, C. (2013). Early Diagnosis Of Autism And Impact On Prognosis: A Narrative Review. *Clinical Epidemiology*, 5, 33.
- Fitzgerald, M., Birkbeck, G., & Matthews, P. J. T. I. J. O. P. (2002). Maternal Burden In Families With Children With Autistic Spectrum Disorder.
- Freckelton, I. (2013). Autism Spectrum Disorder: Forensic Issues And Challenges For Mental Health Professionals And Courts. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 26(5), 420-434.
- Heidgerken, A. D., Geffken, G., Modi, A., & Frakey, L. (2005). A Survey Of Autism Knowledge In A Health Care Setting. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 35(3), 323-330.
- Jacobson, J. W., & Mulick, J. A. (2000). System And Cost Research Issues In Treatments For People With Autistic Disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 30(6), 585-593.
- Kanner, L. J. N. C. (1943). Autistic Disturbances Of Affective Contact. 2(3), 217-250.
- Karpat, D., & Girli, A. (2012). Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanılı Çocukların Anne-Babalarının Yas Tepkilerinin, Evlilik Uyumlarının Ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 13(02), 069-089.
- Kars, S., & Akyürek, G. J. E. V. R. D. Otizmin Basılı Medyada Temsili: Ulusal Eylem Planından Sonraki Sürecin İncelenmesi. 8(1), 187-194.
- Koegel, R. L., Symon, J. B., & Kern Koegel, L. (2002). Parent Education For Families Of Children With Autism Living In Geographically Distant Areas. *Journal Of Positive Behavior Interventions*, 4(2), 88-103.
- Koyama, T., Tachimori, H., Sawamura, K., Koyama, A., Naganuma, Y., Makino, H., . . . Epidemiology, P. (2009). Mental Health Literacy Of Autism Spectrum Disorders In The Japanese General Population. 44(8), 651-657.
- Lavelle, T. A., Weinstein, M. C., Newhouse, J. P., Munir, K., Kuhlthau, K. A., & Prosser, L. A. J. P. (2014). Economic Burden Of Childhood Autism Spectrum Disorders. 133(3), E520-E529.
- Lord, C. (1995). Follow-Up Of Two-Year-Olds Referred For Possible Autism. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 36(8), 1365-1382.
- Mandell, D. S., Listerud, J., Levy, S. E., & Pinto-Martin, J. A. (2002). Race Differences In The Age At Diagnosis Among Medicaid-Eligible Children With Autism. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1447-1453.
- Mandell, D. S., & Novak, M. (2005). The Role Of Culture In Families' Treatment Decisions For Children With Autism Spectrum Disorders. *Mental Retardation And Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(2), 110-115.
- Mandell, D. S., Novak, M. M., & Zubritsky, C. D. (2005). Factors Associated With Age Of Diagnosis Among Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 116(6), 1480-1486.
- Mars, A. E., Mauk, J. E., & Dowrick, P. W. (1998). Symptoms Of Pervasive Developmental Disorders As Observed In Prediagnostic Home Videos Of Infants And Toddlers. *The Journal Of Pediatrics*, 132(3), 500-504.
- Preeti, K., Srinath, S., Seshadri, S. P., Girimaji, S. C., & Kommu, J. V. S. J. A. J. O. P. (2017). Lost Time—Need For More Awareness In Early Intervention Of Autism Spectrum Disorder. 25, 13-15.

- Roleska, M., Roman-Urrestarazu, A., Griffiths, S., Ruigrok, A. N., Holt, R., Van Kessel, R., . . . Czabanowska, K. J. P. O. (2018). Autism And The Right To Education In The Eu: Policy Mapping And Scoping Review Of The United Kingdom, France, Poland And Spain. *13*(8).
- Schultz, T. R., Schmidt, C. T., & Stichter, J. P. (2011). A Review Of Parent Education Programs For Parents Of Children With Autism Spectrum Disorders. *Focus On Autism And Other Developmental Disabilities, 26*(2), 96-104.
- Siklos, S., Kerns, K. A. J. J. O. A., & Disorders, D. (2006). Assessing Need For Social Support In Parents Of Children With Autism And Down Syndrome. *36*(7), 921-933.
- Silverman, C. (2011). *Understanding Autism: Parents, Doctors, And The History Of A Disorder*: Princeton University Press.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., Baird, G. J. J. O. T. A. A. O. C., & Psychiatry, A. (2008). Psychiatric Disorders In Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, And Associated Factors In A Population-Derived Sample. *47*(8), 921-929.
- Stuart, M., & McGrew, J. H. J. R. I. A. S. D. (2009). Caregiver Burden After Receiving A Diagnosis Of An Autism Spectrum Disorder. *3*(1), 86-97.
- Surmen, A., Hidiroglu, S., Usta, H. H., Awiwi, M., Oguz, A. S., Karavus, M., & Karavus, A. (2015). A Study Exploring Knowledge, Attitudes And Behaviours Towards Autism Among Adults Applying To A Family Health Center In Istanbul. *Northern Clinics Of Istanbul, 2*(1), 13.
- Töret, G., Özdemir, S., Selimoğlu, Ö. G., & Özkubat, U. (2014). Otizmli Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Görüşleri: Otizm Tanımlamaları Ve Otizmin Nedenleri. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 15*(01), 001-014.
- Volkmar, F., Cook, E. H., Pomeroy, J., Realmuto, G., & Tanguay, P. (1999). Practice Parameters For The Assessment And Treatment Of Children, Adolescents, And Adults With Autism And Other Pervasive Developmental Disorders. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry, 38*(12), 32s-54s.
- Wang, J., Zhou, X., Xia, W., Sun, C., Wu, L., & Wang, J. (2012). Autism Awareness And Attitudes Towards Treatment In Caregivers Of Children Aged 3–6 Years In Harbin, China. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 47*(8), 1301-1308.
- Wang, J., Zhou, X., Xia, W., Sun, C., Wu, L., Wang, J. J. S. P., & Epidemiology, P. (2012). Autism Awareness And Attitudes Towards Treatment In Caregivers Of Children Aged 3–6 Years In Harbin, China. *47*(8), 1301-1308.
- Wing, L., Potter, D. J. M. R., & Reviews, D. D. R. (2002). The Epidemiology Of Autistic Spectrum Disorders: Is The Prevalence Rising? , *8*(3), 151-161.

**ALKOL BAĞIMLISI BİREYLERDE BENLİK SAYGISI, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE BAŞETME STRATEJİLERİ:
ADSIZ ALKOLİKLER ÖRNEĞİ**

Fatma Nur YÜCEL* ⁸

ORCID ID: 0000-0001-6797-3278

Kübra DOĞAN*

ORCID ID: 0000-0001-6604-2682

Rana Nur PAMİR*

ORCID ID: 0000-0002-6477-5855

Seda ERKUŞ*

ORCID ID: 0000-0002-8218-2535

Ümran KEŞİR*

ORCID ID: 0000-0003-1734-9682

Oğuzhan ZENGİN**

ORCID ID: 0000-0002-2682-0870

Öz

Bu araştırmanın amacı alkol bağımlılarında benlik saygısı, algılanan sosyal destek, başetme stratejileri ve bunlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Bu çalışma, İstanbul, Ankara, İzmir, Konya ve Bursa’da Adsız Alkolikler toplantılarına katılan 100 alkol bağımlısı ve alkolü bırakan bireyle gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Kısa Form Başetme Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman Brown test teknikleri kullanılmıştır. Algılanan sosyal destek düzeyi yüksek katılımcıların benlik düzeyi yüksek bulunmuş ve daha çok sorun odaklı başetme stratejilerini kullandıkları bulunmuştur. Bu bulgudan hareketle sosyal destek sistemlerinden yeterince yararlanamayan alkol bağımlılarının ruh sağlığı profesyonelleri tarafından psikososyal açıdan daha çok desteklenmeleri tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alkol Bağımlılığı, Adsız Alkolikler, Benlik Saygısı, Algılanan Sosyal Destek, Başetme

SELF-ESTEEM, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND COPING STRATEGIES AMONG ALCOHOL-DEPENDENT INDIVIDUALS: THE CASE OF ALCOHOLICS ANONYMOUS

Abstract

The purpose of this research to explain self esteem, perceived social support, coping styles for alcohol addicts and reveal the relationships among these variables. This study was carried out with 100 participation group which alcoholic and who stopped to drink alcohol in the meetings of Anonymous Alcoholics in Istanbul, Ankara, Izmir, Konya and Bursa. The sociodemographic information form developed by the researchers, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Coopersmith Self-Esttem Inventory and Coping Strategies Inventory Short Form were used as data collection tools. The data were analyzed using the non-parametric Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman Brown test techniques were used. Participants with high perceived social support level were found to have high self-level and were found to use more problem-oriented coping strategies. Based on this finding, alcohol addicts who cannot benefit from social support systems are recommended to be supported more psychosocially by mental health professionals.

Keywords: Alcohol Addiction, Alcoholics Anonymous, Self-Esteem, Perceived Social Support, Coping

* Sosyal hizmet uzmanı, yucelfnur@gmail.com

* Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, kdogan_159@hotmail.com

* Sosyal hizmet uzmanı, nurpamir1907@gmail.com

* Sosyal hizmet uzmanı, erkusseda05@gmail.com

* Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, umrankesir@gmail.com

* Doç. Dr. Karabük Üniversitesi, İİBF Sosyal Hizmet Bölümü, oguzhanzenigin@karabuk.edu.tr

1. Giriş

Bağımlılık kavramı, alkol, sigara, uyuşturucu gibi maddelere karşı duyulan ve yoksunluğunda çeşitli sıkıntılara neden olan aşırı tutkunluk halidir (Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi, 1986 akt. Akın, 2017). Bağımlılık olgusu sadece maddeyi kapsamamaktadır. Alışveriş ve internet gibi başka alanları da bulunmaktadır (Akın, 2017). Değişen ve gelişen yaşam koşulları insanların farklı türlere bağımlı hale gelmesine neden olabilmektedir. Değişen koşullarla birlikte, keyif verici etkisiyle yoksunluğunda fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabilecek birçok nesne, madde ve çeşitli öğeleri kapsayan duruma bağımlılık denilebilir.

Bağımlılığın alt kategorisinden biri olan madde bağımlılığı ise bireyin kendisine zarar verecek maddelere karşı aşırı istek duymasıdır. Madde kullanımının en önemli özelliği keyif verici etkiye sahip olmasıdır (Uzbay, 2009). Bu durumda, kişinin maddeye karşı bağımlılığa neden olmasına ve çeşitli fizyolojik, psikolojik, ekonomik vb. sorunların çıkmasına sebebiyet vermektedir. Madde bağımlılığının rasyonel ve radikal bir tedavisinin olmayışı, madde bağımlılığını önemli bir halk sorunu haline getirmiştir (Yılmaz, 2015).

Uzbay'a (2009) göre bağımlılık yapan maddelerin; keyif verici etkilere tolerans gelişimi, kullanımlarının ani kesilmesi sonucu ortaya çıkan yoksunluk krizi ve uzun süreli kullanımlarından kaynaklanan fiziksel ve psikolojik arazların ortaya çıkması şeklinde üç önemli özelliği bulunmaktadır. DSM 5'e göre madde bağımlılığını; alkol, kafin, kenevir, varsandıranlar, uçucular, opiyatlar, dinginleştirici, uyuşturucu veya kaygı giderici, uyarıcılar, tütün ve diğerleri olarak ayırmıştır.

Alkollü içeceklerin aşırı kullanımı sonucu ortaya çıkan, bağımlılığa ve davranışsal bozukluklara neden olabilecek durum, alkolizm olarak tanımlanmaktadır (Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi'nden ve Tarhan'dan akt. Akın, 2017). Alkolik ise sürekli alkol almaya karşı meyilli ve alkole karşı iradesini kullanamayan kişidir (Adasal, 1954 akt. Maden, 1991). Keyif verici, rahatlatıcı, özgüvenini arttırıcı, sorunlardan kısa süreli uzaklaştırıcı etkisiyle alkol kişiyi kullanmaya itebilmektedir.

Alkol almaya başlayan kişi, bir süre sonra alkolün verdiği haz, güven verici gibi etkileriyle alkol alım miktarını arttır ve bu şekilde iradesini kullanamama ve alkole karşı istek duyma oranı artmış olur. Bu durumda, kişinin alkole karşı bağımlılığının başlamasına sebebiyet verir. Alkol bağımlılığı, kişinin sağlığına ve sosyal hayatına etki eden, alma isteğini durduramayan ve aşırı alkol tüketimi olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin'den akt. Şahin, 2011). Alkol kullanmaya başlayan kişi, alkolün bedenine zarar verdiğini bilmesine rağmen içmeye devam eder. Kişi ilk başlarda kontrol edebilme düşüncesi ile alkole başlamaktadır ve sonunda bağımlı olmaktadır (Şahin, 2011). Toplumda "Bir kereden bir şey olmaz.", "İstedğim zaman bırakabilirim" gibi yanlış inançlar vardır (Kılıç, 2016). Sosyal medya, reklamlar, alkolün yasal olarak satılması (kaynağa erişim kolaylığı), dizi, film, kitap kültüründe alkol ile ilgili olan cezbedici kısımlar (karakterin herhangi bir kötü bir olayla karşılaştığında alkol alması gibi), sosyal çevre kabulü gibi durumlar alkol almayı kolaylaştırıcı durumlardan sayılabilir. Alkol kişinin yaşamında, sosyal çevresinde, sağlığında, iş yaşamında, ilişkilerinde,

etik kurallara uymada zorlanma gibi birçok alanda zarar verici etkiye sahiptir. İş yaşamının sekteye uğraması, hırsızlık, cinayet işleme, alkollü araç kullanma, dikkat ve algılama eksikliği gibi sorunlar örnek verilebilir.

Alkol kullanımının bozukluk olarak kabul edilmesiyle birlikte bu durumu belirlemek için tanı kriterlerine ihtiyaç duyulmuştur ve bununla ilgi çalışmalar yapılmıştır. Yaygın olarak DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD-10 (International Classification of Disease) tanı kriterleri kullanılmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu DSM-5-TM'de madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları başlığı altında ele alınmıştır. DSM-5-TM'de alkol kullanım bozukluğu ise madde ile ilişkili bozukluklar kategorisindedir. DSM-5-TM'ye göre 12 aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

- Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır,
- Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır,
- Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır,
- Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme,
- İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı,
- Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme,
- Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması,
- Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma,
- Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımının sürdürülmesi,
- Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması;
- İstenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi,
- Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
- Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması;
- Alkole özgü yoksunluk sendromu,
- Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçmak için alkol alınır.

Alkol bireyin hayatında çeşitli etkilere neden olabilmektedir. Bireyin sosyal destek algısına, benlik saygısına ve başatma stratejilerine olumsuz etki edebilir. Bu durumda bireyi alkollü daha fazla tüketmesine neden olabilecek etkenler arasında sayılabilir.

2. Alkol Bağımlılarında Benlik Saygısı

Alkol kullanan bireylerin profilini genellikle kendini ifade etmekte güçlük çeken bireyler oluşturur. Ayrıca kimi alkolikler para kazanma hırslarından ve kendilerini diğerlerinden farklı görmelerinden bahsederler. Alkoliklerin bu ve benzeri hisleri onları toplumdan izole edip yalnızlaştırır ve devamında kişilerin benlik saygılarında ve özgüvenlerinde bir düşüş görülür. Alkolik bireyler aşırı alkol kullanımlarından dolayı utanç duyar, kendilerini dışlanmış hisseder ve kendilerini suçlarlar. Bu da alkoliklerin benlik saygısının düşmesine

neden olur. Özellikle toplum tarafından onaylanmayan bu hareket, alkolizm, alkoliklerin benlik saygısını önemli ölçüde etkiler. Benlik saygısının oluşması ve olumlu yönde gelişmesi kişinin kendisini sevmesiyle mümkündür. Lakin alkolik birey hissettiği suçluluk, utanç gibi duygular nedeniyle kendisini sevmekte ve kendisine değer vermekte güçlük çeker. Alkolikler benlik saygılarının düşük olması nedeniyle alkol kullanır, bu bağımlılık daha sonrasında bireyin benlik saygısında bir düşüşe neden olur. Böylelikle birey kendisini bir kısır döngü içerisinde bulur (Akın, 2017).

Alkolik bireyler sık alkol tüketmeleri nedeniyle utanç ve korku hissetmektedir. Bu hislerini ve toplumun kendilerine olan yaftalanmış bakış açısını unutmak için alkole başvururlar. Alkol, gözlerine dertlerini unutmak için başvurabilecekleri yegâne bir çözüm aracı olarak görünür. Lakin alkol tüketimi sonrasında bu hislerinde bir değişiklik olmaz. Her ne kadar kısa sürede bu tarz sorunları yokmuş gibi olsa da uzun vadede sorunları devam eder çünkü sorunlarını sadece bir süreliğine ötelemişlerdir.

Alkol kullanımı sonucunda bireylerin kontrol becerilerinde ortaya çıkan sorunlar, sosyal ilişkilerindeki bozulmalar, bireylerin kendilerine olan sevgisinin azalmaya başlaması, kişilerin kendilerini yönetme noktasındaki düşüş, alkoliklerin benlik saygısında azalmaya neden olur. Alkolikler sosyal beceri eksikliğinden dolayı daha az saygınlığa sahiptirler. Alkol kullanım sıklığı arttıkça birey takdir duygusunu kaybeder ve bu nedenle benlik saygısında bir azalma görülür (Avşar, Koç ve Aslan, 2016, s.48). Bir araştırmaya göre kadınlar benlik saygısında yaşadıkları sorunlar nedeniyle alkolizme yönelirken erkekler depresyon ve anksiyete gibi nedenlerden dolayı alkol kullanırlar (Aydın, 2015).

Alkolik bireylerin benlik saygısı, alkol kullanmayan bireylere nazaran daha düşüktür. Bu hem kadınlarda hem de erkeklerde geçerlidir. Alkolizm benlikte düşüşe neden olduğu gibi düşük benlik saygısı da alkol kullanımının temel bir nedenidir. Üniversite öğrencileri baz alınarak yapılan bir araştırmaya göre kadın alkolikler, erkek alkoliklerden ya da alkolik olmayan bireylerden daha düşük benlik saygısına sahiptir (Corbin, McNair ve Carter, 1996).

Yapılan araştırmalar sonucunda alkol gibi bağımlılıklara başlama noktasında ya da bu bağımlılığı bırakma noktasında en büyük etkenin aile olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Yılmaz Çubuk, 2011, s.113). Araştırma sonucundan anlaşılacağı üzere benlik saygısının oluşumunda ya da benlik saygısının geri kazanılmasında aile önemli bir faktördür. Ailenin dışında alınacak diğer sosyal destek mekanizmaları bireyin benlik saygısında olumlu etki yaratabilmektedir.

3. Alkol Bağımlılığı ve Sosyal Destek

Bağımlılık kişinin kendisini ilgilendiren bir konu olduğu kadar sosyal boyutları da olan bir konudur. Bireyin sosyal yaşamına zarar verdiği gibi kişinin içinde bulunduğu bağımlılık durumu çevresindeki insanları da çeşitli yönlerden etkilemektedir. Birey bağımlılığın sonucunda bazı rol ve ödevlerini yerine getirmede zorluklar yaşayarak toplumsal sistemden uzaklaşmaya başlamaktadır (Doğan, 2001). Ayrıca bağımlılık kişinin çevresini etkileyen bir olgu olduğu gibi kişinin çevresinden de etkilenebilmektedir.

Alkol bağımlılığı bireyin biyopsikososyal bütünlüğünü bozarak kişinin kendisine, ailesine ve topluma zarar vermektedir (Şirin ve Turan, 2007). Bağımlı birey bağımlılığı yüzünden iş yerinde sorunlar yaşayabilmekte hatta işini kaybedebilmekte, ekonomik olarak yoksunluğa düşebilmekte ve çevresini de maddi anlamda yorabilmektedir (Avşar, Koç ve Aslan, 2016).

Ailelerin yerine getirmesi gereken birtakım işlevler vardır. Bu işlevler insanların sağlıklı bireyler olmasında ve uyumlu ilişkiler geliştirmesinde büyük önem taşımaktadır. Aile işlevlerinde sorun yaşayan bireyler madde kullanımına başlayabilmekte ve bu durum madde bağımlılığı açısından aileyi risk faktörü durumuna getirebilmektedir. Ancak aileler risk faktörü olduğu kadar koruyucu-iyileştirici roller de üstlenmektedir. Bireyler, ailesinden aldığı destekle tedaviye başlamakta, tedaviyi sürdürebilmekte ve madde bağımlılığında kurtulabilmektedir (Küçükşen vd., 2016). Aileler kadar bireyin çevresindeki her topluluğu, ilişki ağını dahil edebileceğimiz sosyal destek sistemleri bağımlı bireyler üzerinde çeşitli etkiye sahiptir. Ancak sosyal destek sistemlerinin algılanabilirliği de bağımlılığın tedavisi açısından son derece önemlidir.

Alkol bağımlılığı olan bireylerde nüks durumlarını azaltmada sosyal destek sistemleri önemli bir rol oynamaktadır. Birey alkolsüz bir yaşam tarzını benimserken sosyal destek sistemlerinden faydalanır. Bireyin alkol ile ilgili geliştirdiği yanlış inanç ve tutumların değiştirilmesi ve nüks durumlarıyla başedilebilmesi, tedavinin sürdürülebilmesi açısından önemlidir (Saatçioğlu vd., 2007 akt Kaplanhan, 2015). Birey tedaviyi sürdürmede çevresinden sosyal destek gördüğü ölçüde başarılı olmaktadır. 60 yaş ve üzerinde alkol kullanma alışkanlığı olan bireylerle yapılan bir araştırmada eşinden ve sosyal çevresinden sosyal destek gören bireylerde sosyal desteğin stresi tamponladığı ve aşırı içme davranışını azalttığı bulgularına ulaşılmıştır (Jennison, 1992 akt Özkan, 2016). Bireyin ailesi ve çevresi alkol bağımlılığında nüks durumlarında her zaman koruyucu rol oynayamamakta ve bazı durumlarda nüksü arttırmaktadır. Yapılan bir diğer araştırmada da sosyal baskıların, olumsuz duygu ve düşüncelerin ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan çatışmaların nüksü artırabileceğine dair bulgular saptanmıştır (Kalyoncu vd., 2001). Parçalanmış aileye mensup ergenlerde alkol ve madde bağımlılığı riski bulunurken aile denetimi ve sıcak duygusal ilişkilerin varlığının gencin alkol bağımlısı olmasında koruyucu etken olarak rol yaptığı bilinmektedir (Yüncü ve Aydın, 2012 akt Kaplanhan, 2015).

Alkol bağımlısı bireylerin, sorunlarını kabul edip çözümleyebilmeleri ve alkol bağımlılığıyla mücadele edebilmelerinde desteklenmeleri gerekmektedir. Bağımlılığın olumsuz taraflarından en çok etkilenen durumda olan ailelerin de desteklenmesi üzerinde durulması gereken bir diğer konudur. Ailenin sorunu kabul edip alkol bağımlısı bireyin durumuyla ilgili bilgi sahibi olması sosyal destek sistemlerinin doğru bir şekilde işleyişi açısından önem arz etmektedir (Sevin ve Erbay, 2008). Alkol bağımlılığında aile ve sosyal çevrenin dışında Adsız Alkolikler gibi kendine yardım gruplarının da bağımlılığı önlemede sosyal destek sistemi olarak rol aldığı bilinmektedir. Evlilik ilişkileri alkolden uzak durmaya karşı verilen sözleri tutma ya da tutmama davranışlarında hızlandırıcı bir etkide bulunabilir. Aileyi tedavi sürecine dahil etmek bağımlılıkla mücadelede önemli bir konu haline gelmektedir (Dixit, Chauhan ve Azad, 2015). Evli olmayan alkolikler ve

evli olan alkoliklerle yapılan bir araştırmada evli olmayan alkoliklerin içmeye tekrar başlama olasılığının evli alkoliklere oranla neredeyse iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Walter vd., 2006).

Madde bağımlılığı tedavisi iki aşamada gerçekleşmektedir. Öncelikle madde bağımlısı birey maddeden arındırılmakta (detoksifikasyon) daha sonra psikososyal destek ve rehabilitasyon sürecine geçilmektedir. 2-6 hafta süren tedavi sonrasında bağımlı bireylerde alkol kullanmama oranı %10'u geçmemektedir. Bu yüzden tedavi sonrasında sosyal destek sistemleri bireyin alkol kullanmama davranışı üzerinde önem teşkil etmektedir (Küçükşen vd., 2016).

4. Alkol Bağımlılığı ve Başetme

Başetme bireylerin içsel talepleri ile çevreleri tarafından gelen talepleri kontrol eden, bireylerin kaynaklarını geliştiren ya da tüketen bilişsel ve davranışsal çabalar (Lazarus, 1976). Başetme; stres kaynağının birtakım çabalarla dönüştürüldüğü sorun odaklı başetme ve duyuşsal tepkilerin düzenlendiğı duyu odaklı başetme olarak ikiye ayrılmaktadır (Lazarus, 2006). Rohde ve diğelerine (1990) göre sorun odaklı başetme bedensel ve psikososyal sorunların hafifletilmesinde daha etkilidir. Duygu odaklı stratejilerin yoğun kullanımı ise benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır (Lee ve diğ., 2014). Bireylerin yaşadıkları sorunlar karşıdan bir başetme yöntemi olarak kullandıkları alkol duyu odaklı bir başetme stratejisi olup var olan sorunu çözmek yerine sorunu görmezden gelmek anlamına gelmektedir. Alkol bağımlısı bir bireyin hayatındaki birçok şey "alkol" ile ikame edilir. Bu şartlar altında bireyin başetme kapasitesinin düşük olduğu varsayımı göz önünde bulundurulmalıdır. Düşük benlik saygısı, önyargılar ve otokontrol zayıflığı gibi davranışa yansıyan durumlar başetme kapasitesindeki önemli etkenlerdir (Öncü, Ögel ve Çakmak, 2002).

5. Yöntem

Araştırmada alkol bağımlısı olan bireylerin alkol bırakma aşamasında benlik saygısı, algılanan sosyal destek ve başetme stratejileri arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için Adsız Alkolikler grubu üzerinde çalışılmıştır. Tesadüfi örnekleme yönteminin kullanıldığı araştırmada 100 Adsız Alkolik üyesi ile anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Yapılan anket görüşmeleri Türkiye'deki Adsız Alkolik üyelerinin "açık grup toplantısı" olduğu günlerde toplantı öncesi ve sonrasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar Adsız Alkolikler grubu üyelerinin çoğunlukta olduğu İstanbul, Ankara, İzmir, Konya ve Bursa'daki toplantılara Ocak 2019-Nisan 2019 tarihleri arasında katılım sağlamışlardır.

5.1. Araştırma Modeli

Yapılan araştırma genel tarama modelindedir. Genel tarama modelleri birden çok sayıdaki elemandan oluşan evrende evrenin genel bilgisine ulaşabilmek maksadı ile evrenin geneli veya evrenden alınacak olan bir grup, örnek veya örneklemin üzerinde yapılan araştırma taramalarına yönelik düzenlemelerdir (Karasar, 2009, s.79). Yapılan araştırmada katılımcıların benlik saygısı, algılanan sosyal destek, başetme stratejileri ve bunlar arasındaki ilişki ortaya koymaya çalışılmıştır.

5.2. Evren, Çalışma Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye'deki Adsız Alkolikler oluşumu üyeleri oluşturmaktadır. Türkiye'de Adsız Alkoliklere üye olan kişilerin sayısı tam olarak bilinmemektedir. Bu nedenle örneklemin seçimi için tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmayı yapmak için Adsız Alkoliklerin toplantılarını yöneten kişilerle iletişime girilmiş olup grup üyelerinin rızası alınarak toplantı zamanlarında Ocak 2019-Nisan 2019 tarihleri arasında İstanbul, Ankara, İzmir, Konya ve Bursa'daki toplantılara araştırmacılar tarafından katılım sağlanmıştır. Toplantı öncesi ve sonrasında 100 Adsız Alkolik üyesine ulaşılarak anket çalışması yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir.

5.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (Coopersmith Self-Esttem Inventory) ve Kısa Form Başetme Ölçeği (Coping Strategies Inventory Short Form) kullanılmıştır.

Verilerin analizi için SPSS 21 programı kullanılmıştır. Analiz aşamasında veriler tekrar tekrar incelemeye alınmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek için Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Test sonucunda verilerin normal dağılmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Normal dağılmayan veri setinin analizi için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılabilmesi için Mann Whitney U, bağımsız k grubunun ($k > 2$) nicel bir değişken bakımından karşılaştırmak için Kruskal Wallis test teknikleri analiz aşamasında kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin ilişkisini test etmek için Spearman Korelasyonu kullanılmıştır.

5.3.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilip Eker ve arkadaşları (2001) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır. 12 maddeden ve 7'li Likert tipinden oluşan ölçek sonucunda elde edilen en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten yüksek puan elde etmek algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğu sonucunu vermektedir (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001).

5.3.2. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (Coopersmith Self-Esttem Inventory) Coopersmith (1986) tarafından geliştirilip Turan ve Tufan (1987) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 25 maddeden ve "benim gibi-benim gibi değil" şeklindeki yanıtlardan oluşmaktadır ve puanlama 0-25 arasındadır. Ölçekten yüksek puan elde etmek yüksek benlik saygısı sonucunu vermektedir.

5.3.3. Kısa Form Başetme Ölçeği

Kısa Form Başetme Ölçeği (Coping Strategies Inventory Short Form) Carver, Scheier ve Weintraub (1989) tarafından geliştirilmiş ve Tuna (2003) tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek sorun ve duygu

odaklı başetme stratejilerini betimlemektedir ve 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin 14 alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçekler; mizah, din, aktif başetme, planlama yapma, olumlu olarak yeniden yorumlama, kabullenme durumu, duygusal ve maddi destek kullanımı, zihin dağıtma, inkâr davranışı, madde kullanımı, duygusal aktarımı gerçekleştirme, davranışsal olarak boş verme ve kendini suçlamadan oluşmaktadır.

6. Bulgular

Bu bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile alkolsüz geçirilen yaşam süresi ve aktif alkol kullanım süresi değişkenleriyle birlikte benlik saygısı, başetme stratejileri ve sosyal destek algılarına ilişkin bulgulara ve bu bulgulara ilişkin yorumlara yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Alkol Kullanım Özellikleri

	Özellikler	n	%
Yaş Grupları	20-32	11	11
	33-45	29	29
	46-58	37	37
	59-76	23	23
Medeni Hal	Evli	53	53
	Eşi Vefat Etmiş	4	4
	Boşanmış	28	28
	Bekar	15	15
Eğitim Durumu	İlkokul	7	7
	Ortaokul	10	10
	Lise	28	28
	Önlisans-Lisans	51	51
	Lisansüstü	4	4
Ekonomik Durum	İyi	27	27
	Orta	69	69
	Kötü	4	4
Sahip Olunan Çocuk Sayısı	0	29	29
	1	35	35
	2	30	30
	3	3	3
	4	1	1
	5	2	2
Katılımcıların Alkol Kullanımına İlişkin Özellikler	Süre	n	%
	4-12	23	23
	13-21	52	52
	22-30	19	19
	31-39	6	6
Alkolsüz Yaşanılan Süre (Ay)	1-24	45	45
	25-465	55	55
		n	%
Bağımlılık Sonrasında Sosyal İlişkilerin Değişimi	Herkes Benden Uzaklaştı	59	59
	Hiçbir Değişiklik Olmadı	22	22
	Daha Çok Kuvvetlendi	19	19
Bağımlılık Sonrasında Aile İlişkilerindeki Değişim	Onlarla Daha Az İlgilenebiliyorum	61	61
	Hiçbir Değişiklik Olmadı	12	12
	Bağlarım Kuvvetlendi	27	27
Adsız Alkolikler Grubunun Destek Sağlayıp Sağlamadığı	Sağladı	99	99
	Sağlamadı	1	1
Bağımlılık Sonrası Gelecek Hakkındaki Düşünceler	Karamsarım	3	3
	Geleceği Düşünemiyorum	6	6
	Umutluyum	91	91

Katılımcıların %37'sinin 46-58 yaş aralığında olduğu, %54'ünün evli olduğu ve %28'inin boşandığı, %51'inin eğitim durumunun önlisans-lisans olduğu, ekonomik durumlarının %69 oranla orta durumda olduğu ve %35'inin bir çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Katılımcıların %52'sinin 13-21 yıl, %6'sının ise 31-39 yıl aktif biçimde alkol kullandığı görülmektedir. Katılımcıların %45'i iki yıldan az, %55'i iki yıldan fazla süredir alkolsüz yaşam sürdürmektedirler. Katılımcıların bağımlılık sonrasında %59 oranda çevresindeki kişilerin kendilerinden uzaklaştığı, %61 oranda aileleriyle daha az ilgilenemedikleri görülmüştür. Katılımcıların neredeyse tamamı Adsız Alkoliklerin kendilerine önemli destekler sağladığını ve %91'i ise bağımlılık sonrası gelecek hakkında umutlu olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Başetme, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeklerinin Betimleyici İstatistikleri

	Ortalama	Std. Sapma
Aktif Başetme	7	1,01
Planlama	6,87	1,1
Din	5,74	1,94
Olumlu Yeniden Yorumlama	6,59	1,19
Kabullenme	7,07	1,06
Mizah	5,08	1,64
Duygusal Destek Kullanımı	5,57	1,69
Maddi Destek Kullanımı	6,5	1,34
Zihni Dağıtma	6,63	1,24
İnkâr	3,6	1,45
Duygusal Aktarım	5,82	1,46
Madde Kullanımı	3,32	1,87
Davranışsal Boş verme	3,74	3,56
Kendini Suçlama	5,43	1,24
Aile Desteği	20,95	6,62
Arkadaş Desteği	21,47	6,31
Özel Kişi Desteği	20,8	7,15
Sosyal Destek	63,23	16,17
Başetme Stratejileri	79,02	9,28
Benlik Saygısı	64,54	15,8

Tablo 2'de görüldüğü üzere katılımcıların daha yoğun olarak kullandığı başetme stratejisi kabullenme (7,07)'dir. Bu durumun nedeninin Adsız Alkolikler grubu üyesi olabilmenin temel şartlarından birinin alkol bağımlısı olduğunu kabullenme olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Katılımcıların aktif başetme (7), planlama (6,87), zihni dağıtma (6,63), olumlu yeniden yorumlama (6,59) ve maddi destek kullanımı (6,5) başetme stratejilerini yoğun olarak kullandığı görülmektedir. En az kullanılan başetme stratejileri ise; inkâr (3,6), madde kullanımı (3,32) ve davranışsal boş verme (3,74) olduğu görülmektedir. Katılımcıların algıladıkları sosyal destek puanlarının ortalaması 63,23 olarak bulunmuştur. Katılımcıların benlik saygısı puanlarının ortalamasının 64,54 olduğu görülmektedir. Benlik saygısı puanlarının 31-70 puan arasında olması üyelerin orta düzeyde benlik saygısına sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. Sosyal Destek ile Başetme Stratejileri Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	n	r	p
Aktif Başetme	97	.306	,002
Din	97	,307	,002
Olumlu Yeniden Yorumlama	97	,414	,000
Kabullenme	97	,274	,007

Duygusal Destek Kullanımı	97	,452	,000
Maddi Destek Kullanımı	97	,384	,000
Zihni Dağıtma	97	,251	,013
Kendini Suçlama	97	-,274	,007

Katılımcıların sosyal destek düzeyleri ile başetme stratejileri alt ölçekleri arasındaki ilişki Tablo 3'te verilmiştir. Tablo 3 incelendiğinde algılanan sosyal destek ile bazı başetme stratejileri alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Algılanan sosyal destek ile aktif başetme, din, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme, duygusal destek kullanımı, maddi destek kullanımı ve zihni dağıtma arasında pozitif yönlü bir ilişki varken, kendini suçlama arasında negatif yönlü bir ilişki mevcuttur. Buna göre algılanan sosyal destek puanı arttıkça kendini suçlama azalmaktadır.

Tablo 4. Benlik Saygısı ile Başetme Stratejileri Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	n	r	p
Aktif Başetme	98	,264	,009
Olumlu Yeniden Yorumlama	98	,233	,021
Kabullenme	98	,230	,023
İnkâr	98	-,286	,004
Davranışsal Boş verme	98	-,223	,027
Kendini Suçlama	98	-,227	,024

Tablo 4'e göre benlik saygısı ile bazı başetme stratejileri alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Benlik saygısı ile aktif başetme, olumlu yeniden yorumlama ve kabullenme arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmekteyken, inkâr, davranışsal boş verme ve kendini suçlama arasında negatif yönlü bir ilişki görülmektedir. Benlik saygısı arttıkça aktif başetme, olumlu yeniden yorumlama ve kabullenme de artmaktadır. Bununla birlikte benlik saygısı arttıkça inkâr, davranışsal boş verme ve kendini suçlama azalmaktadır. Benlik saygısının yüksek olması olumlu başetme stratejilerinin kullanımını artırırken benlik saygısının düşük olması olumsuz başetme stratejilerinin kullanımını azaltmaktadır.

Tablo 5. Benlik Saygısı ile Sosyal Destek Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	n	r	p
Aile Desteği	97	,242	,017
Arkadaş Desteği	97	,234	,021
Özel Kişi Desteği	97	,139	,175

Katılımcıların benlik saygısı düzeyleri ile algılanan sosyal destek alt ölçekleri arasındaki ilişki Tablo 5'te verilmiştir. Buna göre; benlik saygısı ile algılanan sosyal destek alt ölçekleri olan aile desteği ve arkadaş desteği arasında anlamlı bir fark olduğu, özel kişi desteği arasında ise anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Benlik saygısı ile aile desteği ve arkadaş desteği arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Aile desteği ve arkadaş desteğinin artmasıyla benlik saygısının arttığı görülmektedir.

Tablo 6. Sosyal Destek ile Başetme Stratejileri ve Benlik Saygısı İlişkisi

	n	r	p
Benlik Saygısı	97	,223	,028
Başetme stratejileri	97	,374	,000

Katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyleri ile benlik saygısı ve başetme stratejileri düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 6’da verilmiştir. Buna göre; algılanan sosyal destek ile başetme stratejileri ve benlik saygısı ölçekleri arasında pozitif ve anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Algılanan sosyal destek arttıkça başetme stratejileri ve benlik saygısı düzeyleri de artmaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların Alkolsüz Geçirdikleri Süre ile Başetme Stratejileri, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi

Katılımcıların Alkolsüz Geçirdikleri Yaşam Süresi ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişki								
Alkolsüz Yaşam (Ay)	n	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	U	p			
1-24	45	43,48	1956,5	921,500	,038			
25-465	54	55,44	2993,5					
Katılımcıların Alkolsüz Geçirdikleri Süre ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki								
Alkolsüz Yaşam (Ay)	n	Sıra Ort.	Sıra Toplamı	U	p			
1-24	44	42,63	1875,5	885,500	,031			
25-465	54	55,10	2975,5					
Katılımcıların Alkolsüz Geçirdikleri Süre ile Başetme Stratejileri Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki								
Alkolsüz Yaşam (Ay)	Aktif Başetme		Kabullenme		Madde Kullanımı		Davranışsal Boşverme	
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.
1-24	45	43,14	45	43,23	45	64,27	45	57,51
25-465	54	55,71	54	55,64	54	38,11	54	43,74
İstatistik	U=906,500 p=0.022		U=910,500 p=0.022		U=573,000 p=0.000		U=877,000 p=0.014	

Tablo 7’ye göre katılımcıların alkolsüz geçirdikleri süre ile benlik saygısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında en yüksek benlik saygısı puanının iki yıldan daha fazla süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu, en düşük benlik saygısı puanının ise iki yıldan daha az süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu görülmektedir. Bu bulgudan hareketle benlik saygısı düzeyinin yüksek olması alkolsüz yaşam sürdürdüğü, düşük benlik saygısının ise katılımcıları alkol kullanıma yöneltebileceği düşünülebilir.

Katılımcıların alkolsüz geçirdikleri süreye göre algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların Mann Whitney U-testiyle analiz edilmiştir. Bu analize göre katılımcıların alkolsüz geçirdikleri süre ile algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında en yüksek algılanan sosyal destek puanının iki yıldan daha fazla süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu, en düşük algılanan sosyal destek puanının ise iki yıldan daha az süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin olması katılımcıların alkolsüz yaşam sürdürmesini sağladığı ve sosyal desteğin alkolsüz yaşam sürdürmenin yordayıcısı olduğu görülmektedir.

Tüm bunlara ek olarak katılımcıların alkolsüz geçirdikleri süre ile başetme stratejileri alt ölçekleri olan aktif başetme, kabullenme, madde kullanımı ve davranışsal boş verme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir

farklılık söz konusudur. Alkolsüz geçen süre ile başetme ölçeğinin diğer alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında en yüksek aktif başetme puanının iki yıldan daha fazla süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu, en düşük aktif başetme puanının ise iki yıldan daha az süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu görülmektedir. Aktif başetme stratejilerinin alkolsüz yaşam sürdürmeyi sağladığı düşünülmektedir. En yüksek madde kullanımı puanının iki yıldan daha az süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu, en düşük madde kullanımı puanının ise iki yıldan daha fazla süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu görülmektedir. Madde kullanımı başetme stratejisini kullanan üyelerin iki yıldan daha az süredir alkolsüz yaşam sürdürüyor olmaları madde kullanımının alkolsüz yaşamı sağlamada etkili olmadığını düşündürmektedir. En yüksek davranışsal boş verme puanının iki yıldan daha az süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu, en düşük davranışsal boş verme puanının ise iki yıldan daha fazla süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu görülmektedir. Davranışsal boş verme başetme stratejisini kullanan üyelerin iki yıldan daha az süredir alkolsüz yaşam sürdürüyor olmaları davranışsal boş vermenin alkolsüz yaşamı sağlamada etkili olmadığını düşündürmektedir.

7. Tartışma

Araştırma kapsamında elde edilen veriler değerlendirildiğinde katılımcıların %37'sinin 46-58 yaş aralığında olduğu, %54'ünün evli olduğu ve %35'inin bir çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Gabhainn'in (2009) dokuz farklı Adsız Alkolic grubuyla yaptığı çalışmasında yaş ortalamasının 45.4, %57'sinin evli ve bildirilen çocuk sayısının 1.9 olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bununla birlikte katılımcıların %45'inin iki yıldan az, %55'inin ise iki yıldan fazla süredir alkolsüz yaşam sürdürmekte olduğu çalışmamızdaki bulgular arasındadır. Şahin'in (2011) yaptığı alkol bağımlıları ile ilgili çalışmada alkol bağımlısı bireylerin %36.7'si 2 hafta-1 ay, %6.1'i 5 hafta-6 ay, %8.2'si 7 ay-1 yıl, %16.3'ü 13 ay-5 yıl ve %32.7'si 5 yıldan fazla aylık süresi sonuçları elde edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların benlik saygısı puanlarının ortalamasının 64,54 olduğu görülmektedir. Benlik saygısı puanlarının 31-70 puan arasında olması üyelerin orta düzeyde benlik saygısına sahip olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte en yüksek benlik saygısı puanının iki yıldan daha fazla süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu, en düşük benlik saygısı puanının ise iki yıldan daha az süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu görülmektedir. Scroder, Laflin ve Weis'in (1993) gerçekleştirmiş olduğu çalışmada düşük benlik saygısı ile riskli davranışlar ve madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Dubois ve Tevendale, 1999 akt Satan, 2011). Yaman'ın (2014) yaptığı çalışmada bağımlı gencin ailesinden ya da sosyal çevresinden görmek istediği itibarla benlik saygısı gelişimi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Şirin ve Turan'ın (2007) yaptıkları çalışmaya göre; alkol bağımlılarında benlik bilinci ile sosyal ilişkileri, aile ilişkileri, anti sosyal uyum ve anti sosyal eğilimleri arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Katılımcıların bağımlılık sonrasında sosyal ilişkilerin değişimi konusunda %59 oranda çevresindeki kişilerin kendilerinden uzaklaştığı, katılımcıların bağımlılık sonrasında aile ilişkilerindeki değişimde ise %61 oranda aileleriyle daha az ilgilenebildikleri bulgularımız arasındadır. Erükçü Akbaş ve Mutlu'nun (2016)

çalışmasında, kişi madde kullanmaya başladıktan sonra çevresi tarafından dışlanma ve etiketleme durumu kişiyi tekrar madde kullanımına ittiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu nedenle sosyal destek konusu alkol bağımlılığıyla mücadele konusunda öne çıkmaktadır. Nitekim bu konuda elde ettiğimiz bulgular bu durumu doğrular niteliktedir. Çalışmamızda katılımcıların alkolsüz geçirdikleri süre ile algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında en yüksek algılanan sosyal destek puanının iki yıldan daha fazla süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu, en düşük algılanan sosyal destek puanının ise iki yıldan daha az süredir alkolsüz yaşam süren kişiler olduğu görülmektedir. Arslan ve Coşkunol (2016) alkol ve madde bağımlılılarıyla ilgili olarak gerçekleştirdikleri çalışmada, kişiler arası destek ve bağımlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aydoğdu ve Olcay Çam'ın (2013) gerçekleştirdikleri çalışmaya göre; madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin aile, uzman, kişi ve toplum sosyal desteğinin düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kahrıman ve Polat'ın (2003) yaptığı araştırmaya göre ise ergenler arasında, aile ve arkadaşan algılanan sosyal destek arttığında benlik saygısında da artış olduğu sonucuna varılmıştır. Bizim çalışmamıza göre ise algılanan sosyal destek arttıkça başetme stratejileri arzu edilen şekilde değişmekte ve benlik saygısı düzeyleri de artmaktadır. Erbay ve arkadaşlarının (2016) gerçekleştirdiği araştırmanın bulguları bizim araştırmamızla paralel bir görünüm sergilemektedir. Bu çalışmaya göre Adsız Alkolikler gibi kendine yardım gruplarından yararlanan alkol bağımlıları davranışsal olarak boş verme gibi duygu odaklı başetme stratejileri yerine pozitif yeniden yorumlama, soruna odaklanma ve aktif başetme gibi sorun odaklı başetme stratejilerini daha çok kullanmaktadır.

8. Sonuç

Alkol bağımlısı bireylerin benlik saygısı, algılanan sosyal destek ve başetme stratejileri odağında gerçekleştirilen bu çalışmaya göre algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan katılımcıların alkolsüz yaşam süresi daha uzundur. Bu katılımcılar daha yüksek benlik saygısı düzeyine sahiptir ve sorun odaklı başetme stratejilerini daha yoğun olarak kullanmaktadır. Bu doğrultuda sosyal destek sistemlerinden yeterince yararlanamayan alkol bağımlılarının ruh sağlığı profesyonelleri tarafından psikososyal açıdan daha çok desteklenmeleri tavsiye edilmektedir. Ülkemizdeki bağımlılık tedavilerine bakıldığı zaman genellikle birey odaklı çalışma yolu izlenmektedir. Ancak sosyal entegrasyon programları uygulanmadığı takdirde bağımlılık tedavilerinin yeterli olması mümkün değildir.

Bunun yanında alkol bağımlılığı konusunda Adsız Alkolikler gibi bir kendine yardım grubu aracılığıyla bireysel başetme yöntemlerinin grup dinamizmi çerçevesinde desteklenmesi alkol bağımlılığıyla mücadelede oldukça yararlı bir girişim olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkol bağımlılığından kurtulmak ve güçlenme istenci olan bireylerin bu durumda klinik tedavi haricinde sosyal hayatta nasıl bir yol izlemesi gerektiği ortak geçmiş öyküsü olan kişiler tarafından empati yoluyla etkili bir biçimde aktarılabilir. Alkol bağımlılığı tedavisinde taburcu aşamasında olan bireylere Adsız Alkolikler oluşumu tanıtılarak bireyin geri kalan hayatında da iyi oluş halini korumasına yardımcı olunabilir.

Ruh sağlığı alanındaki profesyonellerin grupla çalışma yöntem ve tekniklerinde yetkinlik kazanmaları ve alkol bağımlılılarıyla çalışmada bu yöntem ve teknikleri kullanmaları tavsiye edilmekte ve bu konuda daha çok araştırma yapılması gerekliliği hissedilmektedir. Bu tür araştırmaların Adsız Alkolikler gibi kendine yardım gruplarına ya da bir profesyonel tarafından yürütölen grup uygulamasına katılmakta olan bağımlı bireyler ile herhangi bir gruba katılmayan bağımlı bireyleri karşılaştıran şekilde ele alması grup çalışmalarının bağımlılara yönelik etkilerini daha görönr kılacaktır.

Kaynakça

- Akın, E. (2017). *Adsız Alkoliklerin ayıklık sürecine ilişkin anlatılarının güçlendirme temelinde değerlendirilmesi* (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-5 TM tanı ölçütleri başvuru el kitabı* (E. Köroğlu, ev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 231-290.
- Arslan, ř. F. ve Coşkunol, H. (2016). Sağlık profesyonelinin eğitim rolü: alkol ve madde bağımlılarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme eğitimi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 15(47), 13-20.
- Avşar, G., Koç, F. ve Aslan, G. (2016). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 44-49.
- Aydın, Y. (2015). Alkol ve madde bağımlılığında beden algısı, benlik saygısı düzeyleri ve sosyal fobi görölme sıklığı: karşılaştırmalı bir alışma (Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydoğdu, H. ve Olcay am, M. (2013). Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin bağlanma stilleri, anne baba tutumları ve sosyal destek algıları yönünden karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 137-144.
- Carver, C., Scheier, M. ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Coopersmith, S. (1986). *Self-esteem inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Corbin, W., McNair, L. ve Carter, J. (1996). Self-esteem and problem drinking among male and female college students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 1-14.
- Doğan, Y. B. (2001). Madde kullanımı ve bağımlılığı. *Aile ve Toplum*, 4(1), 79-86.
- Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B. ve Fırat, E. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 20(3), 597-609.
- Erükçü Akbaş, G. ve Mutlu, E. (2016). Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 101-122.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Gabhainn, S. N. (2003). Assessing sobriety and successful membership of Alcoholics Anonymous. *Published in Journal of Substance Use*, 8, 55-61.
- Kahrıman, İ. ve Polat, S. (2003). Adölesanlarda aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 13-24.
- Kalyoncu, A., Mırsal, H., Pektaş, Ö., Yazıcı, A., Mırsal, N. ve Beyazyürek, M. (2001). Alkol bağımlılığında nüks nedenleri: kesitsel bir alışma. *Bağımlılık Dergisi*, 2(2), 61-63.
- Kaplanhan, T. (2015). Alkol ve madde bağımlılarında bağımlılık türü ile tedavi motivasyonu, algılanan sosyal destek ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karasar, N. (2009). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kılıç, F. S. (2016). Bağımlılık ve Uyarıcı Maddeler. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(Özel Sayı 1), 55-60.
- Küçükşen, K., Tekin, H., Demirel, B. ve şener, M. M. (2016). Madde bağımlısı bireylerde aile işlevselliği ve sosyal destek algısı. *International Journal of Social Science*, 53, 199-212.
- Lazarus, R. S. (1976). *Patterns of adjustment*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationship: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9-46.

- Lee, C., Daniel A. D., Colleen S. C. ve Grayson N. H. (2014). A closer look at self-esteem, perceived social support, and coping strategy: a prospective study of depressive symptomatology across the transition to college. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(6), 560-585.
- Maden, A. (1991). Alkolizm Psikomatığı ve Kültürel Nitelikleri. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 35(2), 196-205.
- Öncü, F., Ögel, K. ve Çakmak, D. (2002). Alkol kültürü-2: içki kültürü ve edebiyatta içki. *Bağımlılık Dergisi*, 3(1), 31-36.
- Özkan, V. (2016). *Alkol ve madde bağımlılarının algıladıkları sosyal destek sistemleri ve hastalıkla başa çıkma tutumları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Rohde, P., Mark T., Lewinson, P. M. ve Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 449-511.
- Satan, A. (2011). Ergenlerde akran baskısı, benlik saygısı ve alkol kullanımı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 34, 183-194.
- Sevin, Ç. ve Erbay, E. (2008). Madde bağımlılarının tedavi sonrası sosyal yaşamdaki sorunları ve sosyal hizmet uygulamaları. *Bağımlılık Dergisi*, 9, 36-40.
- Siddharth, D., Chauhan, V. ve Azad, S. (2015). Social support and treatment outcome in alcohol dependence syndrome in armed forces. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 1-5.
- Şahin, B. (2011). *Alkol bağımlıları ve eşlerinde evlilik uyumu, bağlanma biçimi ve mizaç karakter özellikleri arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Şirin, A. ve Turan, R. (2007). Alkol bağımlılarının benlik bilinçleri ile sosyal uyum düzeyleri arasındaki ilişki. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 26(26), 133-154.
- Tuna, M. E. (2003). Cross-cultural differences in coping strategies as the predictors of university adjustment of Turkish and U.S. students (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Turan, N. ve Tufan, B. (1987). Coopersmith benlik saygısı envanteri üzerinde geçerlik, güvenilirlik çalışması. *XIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*, İstanbul, 14-18 Eylül.
- Uzbay, T. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 5-15.
- Walter, M., Gerhard, U., Duersteler-MacFarland, K., Weijers, H. G., Boening, J. & Wiesbeck, G. (2006). Social Factors but not stress-coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology*, 100-106.
- Yaman, Ö. M. (2014). Uyuşturucu madde bağımlısı gençlerin aile içi ilişkilere yönelik görüşleri: Esenler-Bağcılar örneği. *The Turkish Journal on Addictions*, 1(1), 99-132.
- Yılmaz Çubuk, Ç. (2011). *Madde kullanımı deneyimi yaşamış kişilerde benlik saygısı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi* (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yılmaz, N. (2015). *Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel ve Toplumsal Sonuçları*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. ve Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

SOSYAL HİZMET VE İLAHİYAT LİSANS PROGRAMI ÖĞRENCİLERİNİN ENGELLİ BİREYLERE İLİŞKİN TUTUMLARI

Dr. Öğr. Üyesi Zeki Karataş⁹
ORCID: 0000-0002-5822-2904

Öz

Bu araştırmanın amacı sosyal hizmet ve ilahiyat lisans programı öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi ve bu tutumlarının çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesidir. Araştırma, nicel araştırma yöntemine dayalı genel tarama modeli çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini bir devlet üniversitesinin sosyal hizmet ve ilahiyat programlarında öğrenim gören ve seçkisiz olarak belirlenen 324 gönüllü öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği ve Sosyodemografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda; sosyal hizmet ve ilahiyat öğrencilerinin engellilere yönelik tutum düzeylerinin ortalaması 4,42±0,33 bulunmuştur. Katılımcıların engellilere yönelik tutumlarıyla cinsiyet ve engelli bir arkadaşı olma durumu arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kadın öğrencilerin ve engelli bir arkadaşına sahip olanların engellilere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin engellilere yönelik tutumlarına etki eden faktörler ulusal ve uluslararası düzeyde gerçekleştirilen çalışmalarla ilişkilendirilerek tartışılmıştır. Sonuç bölümünde genel bir değerlendirme yapılarak, üniversite öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarını olumlu yönde geliştirebilecek önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Engellilik, engellilere yönelik tutumlar, üniversite öğrencisi.

SOCIAL WORK AND DIVINITY STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS PERSONS WITH DISABILITIES

Abstract

The aim of this study is to determine the attitudes of social work and divinity program students towards the disability and to examine the relationship between these attitudes and various sociodemographic variables. The research was carried out within the framework of the general screening model based on the quantitative research approach. The sample of the study consists of randomly selected 324 volunteer students studying in the social work and divinity programs of a public university. In the research, Attitude Scale for Disabled People and Sociodemographic Information Form were used as data collection tools. In the analysis of the data obtained, t test and ANOVA test were used. As a result of the research, the average level of social work and divinity students' attitudes towards the disabled is 4.42 ± 0.33. It was determined that there is a significant relationship between the attitudes of the participants towards the disabled and gender and having a disabled friend. Accordingly, it was determined that female students and those having a disabled friend have more positive attitudes towards disabled people. Factors affecting students' attitudes towards disabled people were discussed by associating them with national and international studies. In the conclusion part, a general evaluation was made and suggestions that can positively improve the attitudes of university students towards the disabled were included.

Key Words: Disability, attitudes towards the disabled people, university student.

1. Giriş

Tarihin her döneminde var olan engelliler, normal insan doğasının dışında fiziksel özelliklere sahip olmaları nedeniyle sakat, yetersiz ve hasta bireyler olarak nitelendirilmişlerdir. Ne yazık ki bireyin kendi iradesi dışında oluşan engelliliğin tarihsel süreçte bir soruna dönüşmesi mekânsal ve toplumsal yapıya ilişkin ayrımcılık içeren tutum ve uygulamalardan kaynaklanmıştır (Arıkan, 2002; Karataş, 2017). Vücut işlevlerinde oluşan zedelenmeyi ya da bozukluğu tanımlamak için kullanılan özür, engel, sakat, hasta,

⁹ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, zeki.karatas@erdogan.edu.tr

sağır, kör, topal, aksak gibi kavramlar tarihsel süreç içinde değişime uğrayarak günümüze kadar gelmiştir. Özürlü, sakat, hasta gibi kavramlar yetersizliğin bireyden kaynaklandığı ön yargısına ve damgalanmaya yol açması nedeniyle günümüzde daha az kullanılmaya özen gösterilmektedir (Werner vd., 2012).

Fonksiyon kaybı olan bireyleri tanımlamak amacıyla İngilizce’de kullanılan ve bir şey yapma yetisinden mahrum olma anlamına gelen “disability” kelimesi “ability” köküne dayanmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getiremeyen bireyleri tanımlamak için DSÖ tarafından 1980 yılında yayınlanan *ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)* sınıflandırmasında üç farklı kavram kullanılmıştır. Bunlar; özürlülük/yeti yitimi (disability) bozukluk/sakatlık (impairment) ve engellilik/maluliyet (handicap) kavramlarıdır (Palmer & Harley, 2012). DSÖ’nün özürlülüğü ve yeti yitimini tanımlamak ve sınıflandırmak için belirlediği bu ölçütler medikal modele dayalı olarak hazırlandığı gerekçesiyle sivil toplum kuruluşları tarafından eleştirilmiş ve engelliliğin sosyal model esas alınarak yeniden tanımlanması gerektiği vurgulanmıştır (Burcu, 2015).

Sosyal modele dayalı engelli tanımı yapılmasıyla ilgili ilk girişimin, 1976 yılında İngiltere’de Ayrımcılığa Karşı Fiziksel Engelliler Birliği tarafından başlatıldığı görülmektedir. Birliğe göre; bedensel engellilerinin dışlanması toplumsal ön yargılardan kaynaklanmaktadır. Engelliler fiziksel ve zihinsel yetersizliklerinden çok toplumsal yetersizlikler nedeniyle sosyal yaşama katılım sağlayamadıklarından, engellilik toplumsal baskının belirli bir biçimi olarak kabul edilmelidir (UPIAS, 1976; Loewen & Pollard, 2010). Bu nedenle günümüzde DSÖ tarafından, biyopsikososyal model olarak adlandırılan ve daha esnek olan *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)* ölçütlerini kullanılmaktadır. Bu ölçütler doğrultusunda Türk Sağlık Sistemi’nde engelli bireylerin tanınması ve sınıflandırılmasıyla ilgili esasları belirleyen Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik 30 Mart 2013 tarihinde yeniden düzenlenmiştir. Türkçe’ye *İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması* olarak çevrilen ICF’de engellilik dört bileşen üzerinden ele alınmaktadır: Vücut yapıları (structure), vücut işlevleri (body), etkinlikler ve katılım (domain), çevresel etmenler (environment). Vücut yapıları, organ, kollar ve bacaklar ve bunların bileşenleri gibi vücudun anatomik kısımlarıdır. Vücut işlevleri, vücut sistemlerinin fizyolojik işlevleridir (psikolojik işlevler de dâhildir). Etkinlik, kişi tarafından bir eylem ya da bir görevin yerine getirilmesidir. Katılım, yaşamın içinde olmaktır. Etkinlik sınırlılıkları, aktiviteleri yerine getirirken kişinin karşılaşabileceği zorluklardır. Katılım kısıtlılıkları, yaşam durumlarının içinde kişinin karşılaşabileceği sorunlardır (WHO, 2004).

Genel anlamda özürlülük olarak ifade edilen durum bireyin vücut fonksiyonlarında meydana gelen yeti yitimini tanımlamakta, engellilik ise olumsuz tutumlar ve yetersiz çevre koşulları nedeniyle topluma diğer bireylerle birlikte eşit koşullarda, tam ve etkin katılım sağlanamadığında ortaya çıkmaktadır (Burcu, 2015). Bu nedenle sosyal yaşamdaki eşitsizliğe ve fiziksel koşullardaki yetersizliğe vurgu yapması nedeniyle artık yasal düzenlemelerde, resmi belgelerde, bilimsel kaynaklarda engelli kavramı tercih edilmektedir. Bu çerçevede engelli kavramı; “fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyuşsal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey” olarak tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre; küresel ölçekte bir milyardan fazla insanın farklı özelliklerde engeli bulunmaktadır. Yıllara ve coğrafi bölgelere göre değişmekle birlikte dünya nüfusunun yaklaşık %15’inin

herhangi bir şekilde engelli olduğu tahmin edilmektedir. Ülke nüfuslarının giderek yaşlanması nedeniyle kronik hastalıklarda meydana gelen artışın, bu oranı daha da yükselteceği öngörülmektedir. Engelli insanların yaklaşık %80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta ve yoksulluk nedeniyle eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri de dahil olmak üzere temel sağlık hizmetlerine erişimde güçlük çekmektedirler. Bu noktada günümüzde engellilerin yaklaşık 200 milyonu yaşamlarını devam ettirme konusunda ciddi zorluklar yaşamaktadırlar. (WHO, 2011; Uysal vd., 2014). Ülkemizde 2002 yılında gerçekleştirilen *Türkiye Özürlüler Araştırması*'na göre; engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,29 olarak belirlenmiştir. Engel türlerine göre dağılıma bakıldığında; ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engellilerin oranı %2,58; kronik hastalığı olan engellilerin oranı ise %9,7'dir. Yaşlanma sonucu artan riskler nedeniyle 65 yaş ve üstü bireylerde kronik hastalığa bağlı engellilik de artmaktadır (TÜİK, 2009).

Engelli bireylerin yaşamlarını sürdürmek için bir başkasına bağımlı olması uzun yıllar yük olarak algılanmalarına neden olmuş, yeterince üretken olmadıkları için de aktif sosyal yaşama dâhil edilmemişler, ayrımcılığa ve dışlanmaya maruz kalmışlardır. Toplumların engellilere yönelik olumsuz tutum ve yaklaşımları onlara sunulan bakım, sağlık ve eğitim gibi temel hizmetleri de etkilemiştir (Kuntz vd., 2010). Dezavantajlı olmaları nedeniyle engelli olmayan insanlara sunulan hizmetlerden yararlanamamaları, içinde buldukları durumu daha da kötüleştirmiş ve var olan yeteneklerinin körelmesine neden olmuştur (Goreczny vd., 2011).

Engelli bireyin yaşamı biyolojik, psikolojik, sosyal, çevresel, ekonomik, hukuki ve politik faktörler tarafından şekillenmektedir. Engellilerin içinde buldukları durumu ya da yaşadıkları sorunları açıklarken sergilenen tutum ve yaklaşım, kullanılan dil ve üslup hangi faktörlerin esas alındığına göre değişmektedir (Meşe, 2014). Engellilik uzun yıllar bireyden kaynaklanan fizyolojik yetersizlik olarak görülmüş ve medikal (tıbbi) model olarak adlandırılan yaklaşımla ele alınmıştır. Engelin bireyden kaynaklandığı ön yargısıyla oluşan mağdurlaştırma ve kahramanlaştırma ikilemine dayalı yaygın söylem toplumda ve medyada sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Ancak günümüzde engellilerin hakları konusunda yapılan çalışmalar sonucu engelliliğin toplum aracılığıyla engelli olan insanlar üzerine yerleştirilen sosyal sınırlama olduğu anlayışını vurgulayan sosyal model ön plana çıkmaya başlamıştır (Oliver, 1996). Toplumun hak temelli bir şekilde eşit fırsat ve imkânları sunma konusunda başarısız olması, engellilerin pek çok alanda sorun yaşamasına neden olmaktadır. Sosyal modelde engelli bireylerin toplumun normal bir üyesi gibi günlük yaşama katılamaması ayrımcılık ve dışlanmaya dayalı sosyal davranışın sonucu olarak görülmekte ve değişmesi gerekenin toplumsal yapı olduğu vurgulanmaktadır (Erkan, 2004; Burcu, 2015).

Engellilerin yaşadığı birçok sorun toplumsal tutumlardan kaynaklanır (Findler vd., 2007). Engelli bireylere yönelik toplumsal tutumlar incelendiğinde; engellilerin acınan, dışlanan, alay edilen, ikinci sınıf görülen, güvenilmeyen kişiler olarak algılanması toplumdaki ön yargının sürdüğünü göstermektedir (Aksoy, 2012; Shelton-Hunt & Hunt, 2004; Burcu, 2011). Engelli bireyler arasında sosyal olarak en az kabul gören grubun zihinsel ve ruhsal engelliler olduğu da belirtilmektedir (Karnilowicz vd., 1994). UNICEF tarafından engelli çocuklara yönelik tutumların incelendiği bir araştırmada; engeli olan bir çocukla karşılaştıklarında katılımcıların %59,8'i üzüldüğünü, %38,5'i yardımcı olmaya çalıştığını, %25,4'ü acıdığını, %25,3'ü kendini düşünerek şükrettiğini ve %16,8'i normal karşıladığını, %6,1'i gözünü kaçırdığını belirtmiştir (UNICEF, 2015). Yetişkin bireyler üzerine yapılan başka bir araştırmada da; katılımcıların %43,4'ü engellilerin toplumun dışına itildiğini ve dışlandıklarını, %39,4'ü engellilerin acınacak halde, devamlı ilgi ve yardıma ihtiyaçları olduğunu, %2,3'ü toplumda işe yaramayan, birçok

konuda yetersiz ve başarısız olduklarını ifade etmişlerdir (Burcu, 2011). Araştırma sonuçları göstermektedir ki toplumdaki bazı olumsuz tutumlar nedeniyle engelliler sosyal dışlanma ve ayrımcılık, sosyal izolasyon ve yalnızlık, damgalanma ve eşitsiz muameleye maruz kalma gibi sosyal risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Olumsuz sosyoekonomik koşullar nedeniyle yaşamsal fırsat ve kaynaklardan yeterince yararlanamayan engelliler, anatominin kader olduğu gerçeğini kabullenmek durumunda kalmaktadırlar (Morris, 2001). Engellilere uygun hizmet ve istihdam olanakları sunulmadığında sosyal hayatın içine girmeleri ve sosyal aktivitelerini sürdürmeleri mümkün olamamakta ve sosyal dışlanma yaşamaktadırlar.

Bir nesneye ilişkin olumlu ya da olumsuz duygu, düşünce ve davranışsal eğilimlerin öğrenme sonucunda zihinde tortulaşmış hali olarak tanımlanan tutumlar genellikle inançlar, duygular ve harekete geçme niyeti gibi üç temel öğenin birleşiminden meydana gelmektedir (Sakallı-Uğurlu, 2018). Bu doğrultuda engellilerin üretken bir şekilde toplumun üyesi olabileceği, kendi kararlarını verme özgürlüklerinin olduğu ve normal bir yaşam sürmeyi hak ettiklerine dair görüşler engelli bireylere yönelik olumlu tutumlar olarak kabul edilmektedirler (Tervo vd., 2004). Engellilerin yaşadığı birçok sorun, toplumun onları yeterince içselleştirememesi sonucu ortaya çıkan ayrımcı tutumlardan kaynaklanmaktadır. Engellilerin sorunları üzerine yapılan araştırmalarda ise sadece engelli birey ve ailesine odaklanması, sorunun toplumsal boyutunun görmezden gelinmesine neden olmaktadır. Gelecekte engellilerle ilgili bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinde görev alacak olan sosyal hizmet öğrencilerinin ve eğitim, din hizmetleri gibi alanlarda engellilerle karşılaşacak olan ilahiyat öğrencilerinin engellilere yönelik olumlu tutum geliştirmeleri, ayrımcılıkla mücadele açısından son derece önemlidir. Literatüre bakıldığında; Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik programı (Yıldırım-Sarı vd., 2010; Sahin & Akyol, 2010), özel eğitim programı (Alptekin & Vural-Batık, 2013) ve sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin (Icagasioglu-Coban vd., 2017; Şahin & Bekir, 2016) engellilere yönelik tutumlarının ölçüldüğü araştırmalara rastlamak mümkündür (İldız & Tezel, 2018).

Sosyal modele göre engellilerin ulaşım, eğitim, bakım, rehabilitasyon, istihdam, sağlık gibi alanlarda fiziksel çevre ve donanım yetersizliği nedeniyle sorunlar yaşamaması için yapısal değişiklikler yapılması gerekmektedir. Bu yapısal değişikliklerin hızlı ve etkin bir şekilde yerine getirilmesi tutum ve anlayış değişikliğiyle mümkündür. Bu nedenle sosyal hizmet ve ilahiyat öğrencilerinin mevcut tutumlarının ve bu tutumlarını etkileyen faktörlerin bilinmesinin yapılacak farkındalık çalışmalarına katkı sunması beklenmektedir. Sosyal hizmet mezunu öğrencilerin engelliler gibi risk grubu bireylerin hak savunuculuğunu yapma konusunda bilgi ve beceri sahibi olmaları önemlidir. İlahiyat mezunu öğrencilerin ise risk grubu bireylere yönelik eğitim verirken ya da din hizmeti sunarken onların özel durumlarını dikkate alacak şekilde duyarlı olmaları gerekmektedir. Dolayısıyla üniversite yıllarından başlayarak öğrencilerin tutum ve algı düzeyleri olumlu bir şekilde arttıkça engellilere yönelik ayrımcılık, dışlanma ve damgalama azalacak, sosyal içerme kolaylaşacaktır (Yuker, 1988). Bu açıklamalar doğrultusunda gerçekleştirilen araştırmanın amacı; sosyal hizmet ve ilahiyat lisans programı öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi ve bu tutumlarının çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesidir. Bu amaç kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- Sosyal hizmet ve ilahiyat lisans programı öğrencilerinin engellilere yönelik tutumları ne düzeydedir?
- Sosyal hizmet ve ilahiyat öğrencilerinin engellilere yönelik tutumları çeşitli değişkenler (cinsiyet, öğrenim görülen birim, sınıf düzeyi, algılanan gelir düzeyi, engellilikle ilgili eğitim alma durumu, üniversiteye gelmeden önce yaşanan yerleşim yeri) tarafından anlamlı şekilde açıklanmakta mıdır?

2. Araştırmanın Yöntemi

Nicel yöntemin kullanıldığı bu çalışma, genel tarama modeline dayalı betimsel bir araştırmadır. Bu araştırmada temel olarak sosyal hizmet ve ilahiyat öğrencilerinin engellilere yönelik tutumları ile çeşitli sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiler belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmanın bilimsel uygunluğu için Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi'nin Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 13.04.2020 tarih ve 2020/14 sayılı Etik Onay alınmıştır.

2.1. Çalışma Grubu

Bu araştırmanın evrenini 2019-2020 eğitim-öğretim yılında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi'nin İlahiyat ve Sosyal Hizmet Lisans Programlarında öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Sosyal hizmet programı mezunlarının sosyal çalışmacı olarak engellilere yönelik bakım ve rehabilitasyon gibi sosyal hizmet alanında uygulama yapacak olmaları, ilahiyat programı mezunlarının da öğretmen ve din görevlisi olarak engellilere yönelik din hizmeti sunacak olmaları nedeniyle her iki program öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının nasıl olduğunun ve herhangi bir faktörden etkilenip etkilenmediğinin belirlenmesi önemlidir. Dolayısıyla araştırmanın örnekleme adı geçen programlarda öğrenim gören ve seçkisiz olarak belirlenen 324 öğrenciden oluşmaktadır. Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	254	78,4
Erkek	70	21,6
Yaş		
18-24	287	88,6
25+	37	11,4
Sınıf düzeyi		
1. Sınıf	41	12,7
2. Sınıf	191	59,0
3. Sınıf	55	17,0
4. Sınıf	37	11,4
Öğrenim görülen program		
İlahiyat	212	65,4
Sosyal Hizmet	112	34,6
Ailenin algılanan gelir düzeyi		
Düşük	34	10,5
Orta	280	86,4
Yüksek	10	3,1
Engellilerle ilgili eğitim alma durumu		
Evet	143	42,6
Hayır	181	57,4
Engelli bir yakını olma durumu		
Evet	155	47,8
Hayır	169	52,2
Engelli bir arkadaşı olma durumu		
Evet	138	42,6
Hayır	186	57,4
Toplam	324	100

2.2. Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik bilgi formu; katılımcılara ait yaş, cinsiyet, öğrenim görülen program, sınıf düzeyi, algılanan gelir düzeyi, engelliler konusunda eğitim alma durumu, engelli bir arkadaşına ve engelli bir yakına sahip olma durumu ile ilgili soruların yer aldığı, araştırmacı tarafından hazırlanan formdur.

2. Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği (EYTÖ)

Bu araştırmada, katılımcıların engelli bireylere ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla “Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği (EYTÖ)” kullanılmıştır (ÖZİDA, 2008). Söz konusu ölçme aracı Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nca gerçekleştirilen *Toplum Özürlülüğü Nasıl Algılıyor* adlı çalışma kapsamında geliştirilmiştir. Ölçek 6 alt boyutlu, 43 maddeden oluşan, 5'li likert tipi (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) derecelendirmeye sahip bir ölçme aracıdır. Ölçekteki olumsuz maddeler (1, 5, 7, 8, 9, 11, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 28, 33, 37, 39, 40, 42, 43) ters çevrilerek puanlanmaktadır. Ölçeğin tümünden elde edilebilecek en düşük ve en yüksek puanlar 43 ve 215 arasında değişmekte olup, ölçekten alınan puanlar arttıkça kişilerin engellilere yönelik olumlu tutumlarının da arttığı kabul edilmektedir. Ölçekte katılımcıların engellilerin nasıl eğitilmeleri gerektiğine ilişkin Eğitim Ortamları (1, 5, 39), engellilerle ilişki kurmaya ilişkin Kişilerarası İlişkiler (2, 10, 14, 25, 29, 32, 35, 38, 41), engellilerin çalışma hayatına katılımlarına ilişkin Çalışma Yaşamı (4, 6, 8, 28, 33, 34, 40, 42, 43), engelliliğin aile üzerindeki etkisine ilişkin Aile Yaşamı (7, 16, 18), engellilerin sahip olduğu özelliklere ilişkin Kişisel Özellikler (9, 11, 17, 20, 22, 23, 37) ve engelli bireylerin yetkinliklerine ve yaşamlarını bağımsız şekilde sürdürmelerine ilişkin Yetkinlik- Bağımsız Yaşam (3, 12, 13, 15, 19, 21, 24, 26, 27, 30, 31, 36) şeklinde 6 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin geçerliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının $GFI>0.85$, $AGFI>0.80$, $RMR<0.10$, $RMSEA<0.10$ olması sınanan modelin veri uyumunun bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesi için hesaplanan Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarının .56 ile .83 arasında değiştiği görülmektedir. Faktör bazında hesaplanan düzeltilmiş madde toplam katsayıları ise .30 ile .58 arasında değişmektedir. Bu sonuçlar birlikte dikkate alındığında ölçeğin yeterli düzeyde güvenilir olduğu söylenebilir. Ölçeğin bu araştırma için güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla hesaplanan Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .88 olarak bulunmuş ve ölçme aracının güvenilir olduğu kabul edilmiştir (Tavşancıl, 2002).

2.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan bilgi formu ve ölçek çevrimiçi ortama aktarılmıştır. Verilerin toplanması için çevrimiçi ortamın linki öğrencilerle paylaşılmış ve öğrencilerin onamları alındıktan sonra gönüllülük esasına göre katılımları sağlanmıştır. Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmış olup, öncelikle katılımcıların engellilere yönelik algı ve tutumları betimlenmiş, daha sonra katılımcıların engellilere yönelik tutumlarıyla çeşitli sosyodemografik özelliklerin ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tek örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır.

3. Bulgular

Araştırmanın amacı doğrultusunda sosyal hizmet ve ilahiyat öğrencilerinin engellilere yönelik genel tutum düzeyleri ve alt boyutlara göre dağılımı ve tutum düzeylerinin çeşitli sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisi incelenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Engellilere Yönelik Genel Tutum Düzeyleri

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği	324	3,19	5,00	4,42	,330	-,794	,500

Tablo 2 incelendiğinde; katılımcıların engellilere yönelik tutum puanları 3,19 ile 5,00 arasında değişmekte olup, ortalamasının 4,42±0,33 olduğu görülmüştür. Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği puanından elde edilen çarpıklık ve basıklık değeri -1,5 ile +1,5 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup analizlerde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır (Tabachnick & Fidell, 2012).

Tablo 4. Engellilere Yönelik Tutum Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ortalaması

EYTÖ Alt Boyutları	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	ss
Eğitim Ortamı	324	3,33	5,00	4,86	,291
Kişiler Arası İlişkiler	324	2,89	5,00	4,57	,439
Çalışma Yaşamı	324	3,22	5,00	4,49	,410
Aile Yaşamı	324	1,00	5,00	3,63	,800
Kişisel Özellikler	324	2,86	5,00	4,39	,450
Yetkinlik-Bağımsız Yaşama	324	2,67	5,00	4,36	,443

Tablo 3’de katılımcıların Engellilere Yönelik Tutum Ölçeğinin alt boyutlarından engellilerin eğitim ortamına katılımı ile ilgili tutum düzeylerinin 4,86±0,29 ortalamayla en yüksek, aile yaşamı ile ilgili tutum düzeylerinin 3,63±0,8 ortalamayla en düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Engellilere Yönelik Tutum Düzeyinin Cinsiyet, Yaş, Öğrenim Görülen Program Açısından İncelenmesi

Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği		n	Ortalama	ss	t	p
Cinsiyet	Kadın	254	4,44	,323	2,255	,025*
	Erkek	70	4,34	,345		
Yaş Aralığı	18-24	287	4,43	,325	,823	,411
	25+	37	4,38	,368		
Öğrenim Görülen Program	Sosyal Hizmet	112	4,45	,309	1,370	,172
	İlahiyat	212	4,40	,340		

*p<0,05

Tablo 4’de engellilere yönelik tutumlar ile cinsiyet, yaş ve öğrenim görülen program arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan t testi sonuçlarına göre; engellilere yönelik tutumlarla cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta, yaş ve öğrenim görülen program arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Kadınların engellilere yönelik tutumları, erkeklere göre daha olumludur.

Tablo 6. Cinsiyetin Engellilere Yönelik Tutum Ölçeğinin Alt Boyutları Üzerindeki Etkisi

EYTÖ Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	ss	t	p
---------------------------	----------	---	----------	----	---	---

Eğitim Ortamı	Kadın	254	4,89	,244	4,253	,000*
	Erkek	70	4,73	,395		
Kişiler Arası İlişkiler	Kadın	254	4,57	,423	,324	,746
	Erkek	70	4,55	,495		
Çalışma Yaşamı	Kadın	254	4,52	,404	2,456	,015*
	Erkek	70	4,38	,416		
Aile Yaşamı	Kadın	254	3,69	,819	2,536	,012*
	Erkek	70	3,42	,692		
Kişisel Özellikler	Kadın	254	4,39	,451	-,020	,984
	Erkek	70	4,40	,450		
Yetkinlik-Bağımsız Yaşama	Kadın	254	4,39	,431	2,267	,024*
	Erkek	70	4,26	,470		

*p<0,05

Tablo 5’de cinsiyetin EYTÖ alt boyutları üzerindeki etkisinin belirlenebilmesi için gerçekleştirilen t testi sonuçlarına göre; Eğitim Ortamı, Çalışma Yaşamı, Aile Yaşamı ve Yetkinlik-Bağımsız Yaşama alt boyutlarında kadın ve erkek öğrencilerin ortalama puanları arasında az da olsa farklılık bulunmaktadır. Buna göre, Eğitim Ortamı, Çalışma Yaşamı, Aile Yaşamı, Yetkinlik-Bağımsız Yaşama alt boyutlarında kadınların tutumları, erkeklere göre daha olumludur.

Tablo 7. Engellilere Yönelik Tutumların Öğrenim Görülen Sınıf ve Ailenin Ekonomik Durumu Açısından İncelenmesi

Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği		n	Ortalama	ss	F	p
Sınıf Düzeyi	1. Sınıf	41	4,48	,349	,640	,589
	2. Sınıf	191	4,41	,327		
	3. Sınıf	55	4,41	,321		
	4. Sınıf	37	4,44	,344		
Ailenin Algılanan Ekonomik Durumu	Düşük	34	4,43	,377	,144	,866
	Orta	280	4,42	,327		
	Yüksek	10	4,47	,281		

Tablo 6’da engellilere yönelik tutumların öğrenim görülen sınıf düzeyi ve ailenin algılanan ekonomik durumu açısından değerlendirilmiş olup tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; sınıf düzeyi ve ailesinin ekonomik durumu farklı olan gruplar arasında engellilere yönelik tutum düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 8. Engellilere Yönelik Tutumların Engelli Bir Yakına Sahip Olma, Engelli Bir Arkadaşa Sahip Olma ve Engellilerle İlgili Ders Alma Durumu Açısından İncelenmesi

Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği		n	Ortalama	ss	t	p
Engelli Bir Yakına Sahip Olma Durumu	Evet	155	4,40	,354	-,892	,373
	Hayır	169	4,44	,307		
Engelli Bir Arkadaşa Sahip Olma Durumu	Evet	138	4,46	,337	2,069	,039*
	Hayır	186	4,39	,322		
Engellilerle İlgili Ders Alma Durumu	Evet	143	4,41	,346	-,580	,562

Hayır 181 4,43 ,318

*p<0,05

Tablo 7’te engellilere yönelik tutumlar ile engelli bir yakına sahip olma, engelli bir arkadaşına sahip olma ve engelliler ile ilgili ders alma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan t testi sonuçlarına göre; engellilere yönelik tutumlar ile engelli bir arkadaşına sahip olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmakta, engelli bir yakına sahip olma ve engelliler ile ilgili ders alma durumu arasında ise anlamlı bir fark görülmemektedir.

Tablo 9. Engelli Bir Arkadaşa Sahip Olma Durumunun Engellilere Yönelik Tutum Ölçeğinin Alt Boyutları Üzerindeki Etkisi

EYTÖ Ölçeği Alt Boyutları	Engelli Bir Arkadaşı Olması	n	Ortalama	ss	t	p
Eğitim Ortamı	Evet	138	4,84	,296	-,946	,336
	Hayır	186	4,87	,287		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	138	4,64	,415	2,644	,009*
	Hayır	186	4,51	,450		
Çalışma Yaşamı	Evet	138	4,51	,409	,654	,514
	Hayır	186	4,48	,411		
Aile Yaşamı	Evet	138	3,69	,777	1,046	,296
	Hayır	186	3,59	,816		
Kişisel Özellikler	Evet	138	4,47	,408	2,719	,007*
	Hayır	186	4,34	,471		
Yetkinlik-Bağımsız Yaşama	Evet	138	4,40	,471	1,191	,234
	Hayır	186	4,34	,420		

*p<0,05

Tablo 8’de engelli bir arkadaşına sahip olma durumunun EYTÖ alt boyutları üzerindeki etkisinin belirlenebilmesi için gerçekleştirilen t testi sonuçlarına göre; Kişiler Arası İlişkiler, Kişisel Özellikler alt boyutlarında elde edilen ortalama puanlar ile engelli bir arkadaşına sahip olma durumu arasında az da olsa farklılık bulunmaktadır. Buna göre, Kişilerarası İlişkiler ve Kişisel Özellikler alt boyutlarında engelli bir arkadaşına sahip olanların olmayanlara göre daha olumlu tutum gösterdikleri saptanmıştır.

4. Tartışma

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi’nin Sosyal Hizmet ve İlahiyat programlarında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin engelli bireylere yönelik tutumlarının çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelendiği bu çalışmada; katılımcıların engellilere yönelik genel tutumlarının yüksek düzeyde olumlu (%88,4) olduğu görülmüştür. Benzer şekilde üniversite öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının incelendiği çalışmalarda genellikle öğrencilerin olumlu tutumlara sahip oldukları bulunmuştur (Yıldırım-Sarı vd., 2010; İcağasıoğlu-Coban vd., 2017; Gedik & Toker, 2018). Doktor ve hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada, katılımcıların engelli bireylere yönelik tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu belirlenmiştir (Kılıç & Çıtıl, 2019). Öğretmenler üzerine yapılan başka bir çalışmada da, katılımcıların engelliliğe ilişkin tutumları olumlu bulunmuştur (Çolak & Çetin, 2014).

Sosyal hizmet ve ilahiyat programı öğrencilerinin Engellilere Yönelik Tutum Ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde; engellilerin eğitime katılımlarıyla ilgili tutumların %97,2 oranında,

engellilerin aileye etkisiyle ilgili tutumların %72,6 oranında olumlu olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun nedeni incelendiğinde; araştırmaya katılan öğrencilerin Engellilere Yönelik Tutum Ölçeğinde yer alan “engellilerin eğitim ortamına katılması” ve “onlara yönelik düzenlemeler yapılması” ile ilgili görüşe tamamen katıldıkları ancak “maddi durumu iyi olsa bile engelli birinin varlığının ailenin sosyal yaşamını sınırlandıracağı” ile ilgili görüşe ise kararsız katıldıkları görülmüştür. Üniversite öğrencilerinin engellilerin eğitime eşit katılımı konusunda yüksek düzeyde olumlu tutuma sahip olması önemlidir. Türkiye’de 2005 yılında yürürlüğe giren Engelliler Kanunu’nun engellilerle ilgili iyileştirmelerde önemli etkisinin olduğu ancak toplumun genelinde anlayış değişikliğinin daha yavaş geliştiği görülmektedir. Üniversite öğrencileri üzerine yapılan başka bir araştırmada; öğrencilerin %62,6’sı Türkiye’de engelli bireylerin toplumun diğer üyelerinden daha fazla ayrımcılığa maruz kaldığını; %60,4’ü eğitim, %44,1’i sağlık, %53’ü kültürel faaliyetler, %61,6’sı sosyal yaşama katılım alanında ayrımcılık yapıldığını düşünmektedir (Girli vd., 2016). Toplumdaki bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe engellilere yönelik olumsuz tutumların ve ayrımcı yaklaşımların azaldığı görülmektedir (ÖZİDA, 2008).

Bu araştırmada sosyal hizmet ve ilahiyat öğrencilerinin cinsiyeti ile engellilere yönelik tutumları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Kadın öğrencilerin tutumları göreceli olarak erkek öğrencilerden daha olumludur. Benzer şekilde birçok araştırmada engellilere yönelik tutumlarda cinsiyet açısından farklılık olduğu tespit edilmiştir (Şahin & Bekir, 2016; Tervo vd., 2002; Yıldırım-Sarı vd., 2010; Gedik & Toker, 2018). Bazı araştırmalarda ise cinsiyetin engellilere yönelik tutumları etkilemediği belirtilmektedir (Icagasıoğlu-Coban vd., 2017; Ünal & Yıldız, 2017). Kadınların erkeklere göre daha olumlu tutuma sahip olması toplumsal cinsiyet anlayışı nedeniyle kadına yüklenen bakım verme rolüyle açıklanabilir.

Öğrencilerin yaşı, sınıf düzeyi, ailenin ekonomik durumu, öğrenim görülen program ve engellilerle ilgili ders alma durumu gibi değişkenlerle engellilere yönelik tutumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bazı araştırmalarda öğrenim görülen program açısından engellilere yönelik tutumlarda farklılık olduğu belirtilmiştir (Ünal & Yıldız, 2017). Sarı ve Bozgeyikli (2003) tarafından yapılan araştırmada; engellilerle ilgili hiç ders almamış öğretmen adaylarının özel eğitime muhtaç bireylerin eğitimine karşı daha az olumlu görüş ve düşüncelere sahip oldukları bulunmuştur. Bu araştırmaya katılan öğrencilerin %42,6’sı engellilerle ilgili herhangi bir ders aldıklarını belirtmiştir. Araştırmanın yapıldığı üniversitede sosyal hizmet öğrencileri engellilerle ilgili 4. sınıfta Evde Bakım Hizmetleri adlı ders almakta ve pek çok derste engelli haklarıyla ilgili bilgilerle karşılaşmaktadırlar. İlahiyat öğrencileri ise yeni müfredata göre 2. sınıfta Özel Eğitim adlı derste engellilerle ilgili farkındalık kazanmaktadırlar. Öğrencilere yönelik düzenlenen farkındalık eğitimlerinin engelli bireylere karşı tutumları olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (Lawson vd., 2017). Bu nedenle her iki programda öğrenim gören öğrencilerin engellilerle ilgili benzer düzeyde olumlu tutuma sahip olmalarında aldıkları derslerin katkısı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin engelli bir arkadaşına sahip olma ile engelli bir yakına sahip olma durumunun engellilere yönelik tutumları etkileyip etkilemediği incelenmiştir. Engelli bir yakına sahip olanların tutumlarında bir fark olmazken, engelli bir arkadaşına sahip olma durumu olumlu tutum geliştirmede önemli bir etkidir. Engelli bir arkadaşına sahip olmanın sosyal yaşamda engellilerin yaşadıkları sorunları yakından görmeyi sağladığı ve engelli hakları konusunda duyarlılığı arttırdığı düşünülmektedir. Benzer şekilde hemşirelik öğrencileri üzerine yapılan bir araştırmada; engelli bir arkadaşına sahip olanların, engellilere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğunu bulunmuştur (Ten-Klooster vd., 2009). Engellilerle yakından tanışma fırsatı olanların, olmayanlara göre tutumları daha

olumlu olmaktadır (Stachura & Garven, 2007; Sahin & Akyol, 2010; Au & Man, 2006). Özel eğitime gereksinimi olan çocuklarla doğrudan bir yaşantı içine giren (eğitim alanları gözlemleyen) üniversite öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Bek vd., 2009). Zihinsel engellilerle nitelikli temasın açık ve örtük ön yargıyı azalttığı vurgulanmıştır (Keith vd., 2015). Okulda veya toplumda engelli bireylerle ilişki içinde olan ve hanelerinde engelli bir aile üyesi bulunan öğrencilerin daha fazla olumlu tutuma sahip olduğu ifade edilmektedir (Rojahn vd., 2008). Allport (1954) belli koşullar altında gerçekleşen gruplar arası temasın, ötekine yönelik ön yargı ve ayrımcılığı azalttığına dikkat çekmiştir. Türkiye’de özel eğitimde gerçekleştirilen iyileştirmeler, engelli öğrencilerin yükseköğrenime erişimlerine önemli katkılar sağlamaktadır. Engelli öğrencilerin eğitimin her kademesinde ve üniversitelerde görünür olması, diğer öğrencilerin onları daha yakından tanınmasına ve bu sayede ayrımcı tutumların azalmasına aracı olmaktadır.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada genel olarak öğrencilerin engelli bireylere yönelik tutumları yüksek düzeyde olumlu olarak tespit edilmiş; eğitim ortamına ve çalışma yaşamına katılım, bağımsız yaşama gibi alt boyutlarda da tutumların yüksek olması üniversite öğrencilerinin engellilerle ilgili farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermesi açısından önemli bir bulgu olarak kabul edilmiştir. Engelli bireylere yönelik tutumların çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisine bakıldığında; katılımcıların yaşı, öğrenim görülen program, sınıf düzeyi, ailenin algılanan gelir düzeyi, engellilerle ilgili eğitim alma durumu, engelli bir akrabası olma durumu ile ilgili anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Buna karşın katılımcıların cinsiyeti ve engelli bir arkadaşına sahip olma durumu ile tutumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Engelli arkadaşına sahip olmanın tutumları etkilemesi engelli bireyle temasın ve yakından tanışmanın etkisini göstermesi açısından önemlidir. Tutum düzeyinde olan bu olumlu farkındalığın engellilerle kaynaşma açısından daha fazla eyleme dönüşebilmesi için üniversitelerin engelli öğrenci birimleri koordinatörlüğünde ortak kültürel, sanatsal ve sportif etkinliklerin düzenlenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Sosyal hizmet ve ilahiyat lisans programı öğrencilerinin mezuniyet sonrasında engelli bireylere hizmet verilen eğitim, bakım ve rehabilitasyon kurumlarında görev almaları söz konusudur. Bu nedenle; sosyal çalışmacı adayı olan sosyal hizmet öğrencilerinin üniversite yıllarından itibaren engellilerle ilgili duyarlılıklarını ve hak savunuculuğu becerilerini geliştirmek için derslerin yanında sosyokültürel etkinliklere katılmaları önemlidir. Öğretmen ya da din görevlisi adayı ilahiyat öğrencilerinin de özel gereksinimi olan engelli bireylerle ilgili olumlu tutumlara sahip olmaları ve empati becerileri kazanmaları için pedagoji derslerinin yanında gönüllü çalışmalarda yer almaları gerekmektedir. Bu kapsamda üniversite yıllarından itibaren gerek uygulama derslerinde, gerek öğrenci topluluklarının yapmış oldukları gönüllü faaliyetlerde engellilere yönelik çalışmalara ağırlık verilmesinin öğrencilere pek çok açıdan olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Engelli bireylerin yaşadığı sorunlar biyolojik farklılıklarından daha çok bu farklılığı bahane eden toplumun sahip olduğu ayrımcı tutumlardan kaynaklanmaktadır. Engellilerin bağımsız yaşamayı öğrenmeleri, meslek edinmeleri, istihdama, sportif ve sanatsal faaliyetlere katılmaları çok erken yaşlardan itibaren eğitim almalarına bağlıdır. Eğitimin ise normal gelişim gösteren bireylerle bir arada oldukları en az kısıtlayıcı ortamlarda yapılması, engellilerle engelli olmayanlar arasında sağlıklı sosyal bağlar kurulması açısından önemlidir. Engellilere toplumsal kaynak ve olanaklara erişimde eşit fırsat verildiğinde, farklılıklarına rağmen başarılı ve üretken bireylere dönüşebildikleri görülmektedir.

Farklılıklara saygının içselleştirileceği en önemli eğitim ortamlarından birisi de yükseköğretim kurumlarıdır. Üniversiteler, gençleri iş ve sosyal yaşama hazırlamanın yanında topluma yön veren öncü kurumlardır. Bu doğrultuda; üniversitelerin hem örgün eğitim programlarında, hem de sürekli eğitim merkezlerindeki kurslarda engelli öğrencilerin daha fazla yer almasıyla ilgili çalışmalar yapılmalıdır. Bu sayede üniversite öğrencilerinin ve öğretim elemanlarının farklılıklarla birlikte yaşama deneyimlerinin zenginleşerek artacağı düşünülmektedir.

Her araştırmada olduğu gibi, bu çalışmada da bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Araştırmada yer alan örneklemin sadece Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal Hizmet ve İlahiyat Lisans Programlarında öğrenim gören gönüllü katılımcılardan oluşması temsil gücünü sınırlamıştır. Bu nedenle çalışmadan elde edilen bulguların ülkemizdeki tüm üniversite öğrencilerine genellenmesinin söz konusu olamayacağı bilinmelidir. Sonuç olarak, Türkiye genelinde tüm üniversiteleri ve farklı programları kapsayacak büyük ölçekte araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmaya İlişkin Etik Bilgiler

Bu çalışma kapsamında gerçekleştirilen araştırma, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'nun 13.04.2020 tarih ve 2020/14 sayılı Etik Kurul Değerlendirme Raporu ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

Kaynakça

1. Aksoy, V. (2012). Tutumlara etki eden faktörler. İ. H. Diken içinde, *Engellilere Yönelik Tutumlar* (s. 22-48). Ankara: Vize Yayınları.
2. Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
3. Alptekin, S., & Vural-Batık, M. (2013). Özel eğitim bölümü öğrencilerinin yetersizlikten etkilenmiş kişilere yönelik tutumlarına özel eğitim dersinin etkisi. *e-International Journal of Educational Research*, 4(4), 18-34.
4. Arıkan, Ç. (2002). Sosyal model çerçevesinde özür lülüğe yaklaşım. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 2(1), 57-66.
5. Au, K. W., & Man, D. W. (2006). Attitudes toward people with disabilities: A comparison between health care professionals and students. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(2), 155-160. doi:10.1097/01.mrr.0000210048.09668.ab
6. Bek, H., Gülveren, H., & Başer, A. (2009). Sınıf öğretmeni adaylarının kaynaştırma eğitime yönelik tutumlarının incelenmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 160-168.
7. BM. (2010). *Engellilerin haklarına ilişkin sözleşmenin izlenmesi*. New York & Cenevre: Birleşmiş Milletler.
8. Burcu, E. (2011). Türkiye'deki engelli bireylere ilişkin kültürel tanımlamalar: Ankara örneği. *Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 28, 37-54.
9. Burcu, E. (2015). *Engellilik sosyolojisi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
10. Çolak, M., & Çetin, C. (2014). Öğretmenlerin engelliliğe yönelik tutumları üzerine bir araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 29(1), 191-211.
11. Erkan, G. (2004). Özür lülüğe ilişkin modeller ve sosyal hizmet uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 15(2), 31-38.

12. Findler, L., Vilchinsky, N., & Werner, S. (2007). The multidimensional attitudes scale toward persons with disabilities (MAS): Construction and Validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50(3), 166-176. doi:10.1177/00343552070500030401
13. Gedik, Z., & Toker, H. (2018). Üniversite öğrencilerinin engelli bireylere yönelik tutumları ve sosyal beğenirlik düzeyleri. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 8(1), 111-116. doi:10.5961/jhes.2018.253
14. Girli, A., Sarı, H. Y., Kırkım, G., & Narin, S. (2016). University students' attitudes towards disability and their views on discrimination. *International Journal of Developmental Disabilities*, 62(2), 98-107. doi:10.1179/2047387715y.0000000008
15. Goreczny, A. J., Bender, E. E., Caruso, G., & Feinstein, C. S. (2011). Attitudes toward individuals with disabilities: Results of a recent survey and implications of those results. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1596-1609. doi:10.1016/j.ridd.2011.02.005
16. Icagasioglu-Coban, A., Attepe-Ozden, S., Tekindal, M. A., & Polat, G. (2017). Assessing health science students' attitudes towards persons with disabilities in Turkey. *Biomedical Research*, 28(12), 5370-5377.
17. Ildız, İ., & Tezel, D. (2018). Türkiye'de engelli bireylere yönelik tutumlara ilişkin çalışmaların incelenmesi. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(2), 599-609. doi:10.21733/ibad.428743
18. Karataş, Z. (2017). Engelliliği anlamak: Kavramlar, tanımlar, modeller. S. Turan içinde, *Engellilik ve Dinler: Farklı Kültürler, Farklı Dinler, Farklı Yaklaşımlar* (s. 7-13). İstanbul: Açılım Kitap.
19. Karnilowicz, W., Sparrow, W. A., & Shinkfield, A. J. (1994). High school students' attitudes toward performing social behaviors with mentally retarded and physically disabled peers. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9(5), 65-80.
20. Keith, J. M., Bennetto, L., & Rogge, R. D. (2015). The relationship between contact and attitudes: Reducing prejudice toward individuals with intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 14-26. doi:10.1016/j.ridd.2015.07.032
21. Kılıç, E., & Çıtıl, R. (2019). Üniversite hastanesindeki doktor ve hemşirelerin engellilere yönelik uygulamalar konusundaki farkındalıkları ve engellilere yönelik tutumları. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(2), 129-141. doi:doi.org/10.21763/tjfm.569484
22. Kuntz, H., Burge, P., Brown, H., & Arsenault, E. (2010). Public attitudes towards individuals with intellectual disabilities as measured by the concept of social distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 132-142. doi:10.1111/j.1468-3148.2009.00514.x
23. Lawson, J. E., Cruz, R. A., & Knollman, G. A. (2017). Increasing positive attitudes toward individuals with disabilities through community service learning. *Research in Developmental Disabilities*, 69, 1-7. doi:10.1016/j.ridd.2017.07.013
24. Loewen, G., & Pollard, W. (2010). The social justice perspective. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 23(1), 5-18.
25. Meşe, İ. (2014). Engelliliği açıklayan sosyal öodel nedir? *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 14(33), 79-92.
26. Morris, J. (2001). Impairment and disability: Constructing an ethics of care that promotes human rights. *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy*, 16(4), 1-16. doi:10.1111/j.1527-2001.2001.tb00750.x
27. Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. London: Macmillan Press.
28. ÖZİDA. (2008). *Özürlülük eğitimi: Toplum özürlülüğü nasıl anlıyor temel araştırması*. Ankara: Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı.

29. Palmer, M., & Harley, D. (2012). Models and measurement in disability: An international. *Health Policy and Planning*, 27, 357-364. doi:10.1093/heapol/czr047
30. Resmi Gazete. (2005). 5378 sayılı Engelliler Kanunu: 01 Temmuz 2005 tarih ve 25868 sayılı R. G.
31. Rojahn, J., Komelasky, K. G., & Man, M. (2008). Implicit attitudes and explicit ratings of romantic attraction of college students toward opposite-sex peers with physical disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20(4), 389-397. doi:10.1007/s10882-008-9108-6
32. Sahin, H., & Akyol, A. D. (2010). Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2271-2279. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03088.x.
33. Sakallı-Uğurlu, N. (2018). *Sosyal psikolojide tutumlar ve tutum değişimi*. Ankara: İmge Kitabevi.
34. Sarı, H., & Bozgeyikli, H. (2003). Öğretmen adaylarının özel eğitime yönelik tutumlarının incelenmesi: Karşılaştırmalı bir araştırma. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9, 183-203.
35. Shelton-Hunt, C., & Hunt, B. (2004). Changing attitudes toward people with disabilities: Experimenting with an educational intervention. *Journal of Managerial Issues*, 16(2), 266-280.
36. Stachura, K., & Garven, F. (2007). A national survey of occupational therapy students and physiotherapy student's attitudes to disabled persons. *Clinical Rehabilitation*, 21(5), 442-449.
37. Şahin, H., & Bekir, H. (2016). Üniversite öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 20(3), 767-779.
38. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using multivariate statistics* (6 b.). New Jersey: Pearson.
39. Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
40. Ten-Klooster, P. M., Dannenberg, J.-W., Taal, E., Burger, G., & Rasker, J. J. (2009). Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: Nursing students and non-nursing peers. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2562-2573. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05146.x
41. Tervo, R. C., Palmer, G., & Redinius, P. (2004). Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, 18(8), 908-915. doi:10.1191/0269215504cr820oa
42. Tervo, R., Azuma, S., Palmer, G., & Redinius, P. (2002). Medical students' attitudes toward persons with disability: A comparative study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(11), 1537-1542. doi:10.1053/apmr.2002.34620
43. TÜİK. (2009). *Türkiye özürlüler araştırması-2002*. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.
44. UNICEF. (2015). *Türkiye'de engelli olan çocuklara yönelik bilgi, tutum ve davranış raporu*. Ankara: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu.
45. UPIAS. (1976). *Fundamental principles of disability*. London: Union of the Physically Impaired Against Segregation.
46. Uysal, A., Albayrak, B., Koçulu, B., Kan, F., & Aydın, T. (2014). Attitudes of nursing students toward people with disabilities. *Nurse Education Today*, 34(5), 878-884. doi:10.1016/j.nedt.2013.09.001
47. Ünal, V., & Yıldız, M. (2017). Üniversite gençliğinin engellilere yönelik tutumlarının incelenmesi: Sivas örneği. *International Journal of Social Science*, 57, 341-358. doi:10.9761/JASSS7010
48. Werner, S., Corrigan, P., Ditchman, N., & Sokol, K. (2012). Stigma and intellectual disability: A review of related measures and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 748-765. doi:10.1016/j.ridd.2011.10.009

49. WHO. (2004). *İslevsellik, yetiyitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırması*. (Çev. E. Kabakçı, & A. Göğüş) Ankara: Özürlüler İdaresi Başkanlığı.
50. WHO. (2011). *World report on disability*. Malta: World Health Organization.
51. Yıldırım-Sarı, H., Bektaş, M., & Altıparmak, S. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27, 80-83.
52. Yuker, H. E. (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*. New York: Springer.

BURDUR İLİNDE YAŞAYAN YETİŞKİN BİREYLERİN ORGAN BAĞIŞI TUTUMU VE ETKİLEYEN ETMENLER

Dr. Öğretim Üyesi Azime Arısoy¹⁰

ORCID:0000-0002-7136-558X

Dr. Öğretim Üyesi Özgür Önal¹¹

ORCID:0000-0001-6514-2120

Öz

Amaç: Bu çalışma, toplumun organ bağışına yönelik tutumunu ve etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evreni; Burdur il merkezi ve kırsalında yaşamakta olan 18 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. Rastgele örneklem yöntemiyle 872 kişiye anket uygulanarak kesitsel analitik bir çalışma yapılmıştır. Ankette; “Bedensel Yaralanma Korkusu-FBM”, “Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu- FMN” ve “Yardım severlik ve ahlaki değerler/İnançlar-HMC” alt boyutlarından oluşan Organ Bağışı Tutum Ölçeği-ODAS kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun. organ bağışı tutum puanları incelendiğinde; HMC puanı ortalaması; 96.85±20.25, FMN puanı ortalaması; 27.29±11.23 ve FBM puanı ortalaması; 28.35 ±11.93’dir. Multivariate analiz sonuçlarına göre, HMC puanını, kadın olmanın, il merkezinde yaşamının, kişide kronik hastalık bulunmasının, organ bağışını dini açıdan sevap olarak düşünme ve organ bağışında bulunma ile çalışma durumunun arttırdığı saptanmıştır. FMN puanını, eğitim seviyesinin artması, yaşın artması, il merkezinde yaşamının, kişide kronik hastalık bulunmasının, organ bağışını dini açıdan sevap olarak düşünme ve organ bağışında bulunmanın azalttığı saptanmıştır. FBM puanını, eğitim seviyesinin artması, il merkezinde yaşamının, organ bağışını dini açıdan sevap olarak düşünme ve organ bağışında bulunmanın azalttığı saptanmıştır.

Sonuç: Kişilerin organ bağışına yönelik tutumlarını geliştirmeye yönelik müdahale çalışmaları yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Organ Bağışı Tutum Ölçeği, Organ Nakli, Organ Bağışı

ORGAN DONATION ATTITUDES AND AFFECTING FACTORS OF ADULT INDIVIDUALS LIVING IN BURDUR PROVINCE

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to investigate the attitudes of the society towards organ donation and the factors affecting it.

Methods: The universe of the research consists of individuals over the age of 18 living in the city center and countryside of Burdur. A cross-sectional analytical study was conducted by applying a random sampling method to 872 people. In the survey; Organ Donation Attitude Scale-ODAS was used, consisting of “Fear of Physical Injury-FBM”, “Fear of Medical Neglect – FMN” and “Helpfulness and Moral Values / Beliefs-HMC”.

Results: When the organ donation attitude scores of the research group were examined; mean HMC score; 96.85, mean FMN score; 27.29 and mean FBM score; 28.35. According to multivariate analysis results, being a woman, living in the city center, having a chronic illness, thinking organ donation as a religious reward and donating organs and occupational status were found to increase HMC score. Increasing education level, increasing age, living in the city center, having chronic illness, thinking organ donation as a religious reward and donating organs decreased FMN score. Increasing education level, living in the city center, considering organ donation as religious reward and donating organs decreased FBM score.

Conclusion: Intervention studies are needed to improve the attitudes of individuals towards organ donation.

Keywords: Organ Donation Attitude Scale, Organ Transplantation, Organ Donation

¹⁰ Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Çavdır Meslek Yüksekokulu

¹¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1.Giriş

Organ bağış; bir kişi henüz hayatta iken; ölümünden sonra doku ve organlarının tamamının ya da doku ve organlarından bazılarının, başkalarının tedavisi için kullanılmasına izin vermesidir (www.akdenizorgannakli.net-10.04.2019). Bireylerin organ bağışında bulunabilmesi için; 18 yaşını doldurmuş olması, ayırt edebilme yetisine sahip ve akli dengesinin yerinde olması zorunludur. Bu şartlara sahip bireyler, hiçbir baskı altında kalmadan serbest iradesiyle, iki tanık huzurunda organ bağış beyanında bulunabilmektedirler (2238 sayılı kanun, Madde:6). Ülkemizde bireyler organ bağış formunda bulunan; böbrek, kalp, karaciğer, pankreas, kornea, kalp kapağı, incebağırsak, uterus, kas dokusu, deri, yüz, saçlı deri, alt ve üst ekstremiteler, kemik, kırık, tendon, üst solunum yolları ve üst sindirim yolları şıklarından bağışlamak istediklerini işaretleyebilmektedirler. Bağış beyanında bulunan kimseler istedikleri zaman bu kararlarından vazgeçme hakkına sahiptirler (<https://bagis.saglik.gov.tr-11.04.2019>).

Organ nakli ise vücutta görevini yerine getiremeyecek durumdaki organın cerrahi işlemle çıkartılarak yerine canlı ya da kadavra donörü tarafından verilen sağlam organ parçasının ya da tamamının nakledilmesi işlemidir ([siyamiersekeah.saglik.gov.tr -10.04.2019](http://siyamiersekeah.saglik.gov.tr-10.04.2019)). Organ yetmezliğı olan hasta sayısı tüm dünyada giderek artmaktadır. Organ nakli olmayı beklerken birçok hasta donör bulunamamasından dolayı yaşamlarını kaybetmektedir. Bazı hastalara uygun donör bulunması halinde kısa sürede organ nakli yapılabilmekte bazıları da yıllarca nakil için beklemek zorunda kalabilmektedirler. Organ naklindeki amaç organ yetmezliğı sebebiyle hayati risk yaşamakta olan hastaların hayatını kurtarmak, yaşam kalitesini ve süresini arttırmaktır (Özdağ, 2001,s: 46). Tıp alanında meydana gelen modern gelişmeler sayesinde yaşama olasılığı kalmamış olan hastaların doku ve organ nakli yapılarak iyileşme olanağına kavuşmasını sağlamaktadır. Birçok doku ve organın naklinin mümkün hale gelmesi, doku ve organ naklinin önemini daha fazla arttırmıştır. Bunun yanında organ nakillerinin hemodiyaliz ve benzeri tedavilere kıyasla daha ekonomik olması daha fazla tercih edilen bir yöntem olmasına sebep olmuştur (Koçak Süren,2007,s:174). Avrupa ülkelerinde yapılan organ nakillerindeki donörlerin %20'si canlı donör, %80'i kadavra donör iken ülkemizde organ nakillerinin % 75'i canlı donör, %25'i kadavra donördür (Özer vd.,2010,s:2; Yaşar vd.,2008,s:34). Ülkemizdeki organ nakillerinin nakil bekleyen hastaların talebini karşılamaşının önündeki en büyük engelin kadavra donör eksikliğı olduğu açıktır. TUIK 2018 yılı nüfus istatistiklerinde Türkiye toplam nüfusu yaklaşık olarak 82 milyon ve 18 yaş üstü nüfus 59 milyon olarak verilmiştir (www.tuik.gov.tr-26.08.2019). Türkiye genelinde 2019 yılı Temmuz ayı itibariyle toplam 489.593 organ bağışçısı bulunmaktadır (<http://www.tond.org.tr/tr.26.08.2009>). Bu rakamlar bize 18 yaş üstü her 1000 kişiden sadece 8'inin organ bağışçısı olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de yeterli sayıda ve nitelikte organ nakil merkezi bulunmasına ve başarılı nakiller yapılmasına rağmen özellikle kadavra donör sayısındaki yetersizlik, organ nakillerinin istenilen sayıya ulaşmasının önünde engel teşkil etmektedir. Organ nakillerinin talebi karşılayabilmesi için kadavra donör sayısının artırılması gerekmektedir.

Burdur İl Sağlık Müdürlüğü (BSM) organ bağış ekibi, 2012 yılından itibaren halk sağlığına katkı sağlamak amacıyla, her yıl nüfusa oranla organ bağış eğitim planı oluşturmuş ve bu plana uygun biçimde organ bağış eğitimleri yapmıştır. BSM tarafından organ bağış bekleyen hastalara kadavra bağışının artırılması amacıyla yürütülen çalışmalar, Burdur ilinde organ bağış sayısının katlanarak artmasını sağlamıştır (Arısoy ve Önal,2018:3). Burdur ilinde Sağlık Müdürlüğü tarafından son 8 yılda; etkin bir biçimde yürütülen ekip çalışması ve planlı, sürekli olarak yapılan organ bağış eğitimleriyle Türkiye ortalamasının üstünde başarı sağlanmıştır. Burdur İl Sağlık Müdürlüğü organ bağış ekibi tarafından yapılan yıllık toplam eğitim sayılarındaki artışa paralel olarak organ bağış senedi sayılarında da artış yaşanmıştır. Bunun yanında; Burdur ilindeki organ bağış senedi düzenlenmesi sıklığı, Türkiye geneli ortalamasının üstündedir ve bu başarı yıllara göre artış göstermektedir (Arısoy ve Önal,2018:5).

Literatür taramasında organ bağışıyla ilgili çok sayıda araştırma yapıldığı saptanmıştır. Parisi ve Katz,1986 yılında yaptıkları “Attitudes Toward Posthumous Organ Donation and Commitment to Donate” adlı çalışmada; 17-66 yaş arasındaki 110 yetişkinden elde ettikleri verilerden küme analizi yaparak organ bağışına yönelik olumlu ve olumsuz olmak üzere 2 boyutlu ölçmek üzere “Organ Donation Attitude Scale” –ODAS’ı (Organ Bağış Tutum Ölçeği) geliştirmişlerdir. Yazıcı Sayın (2016) tarafından yapılan “Turkish Validity and Reliability of Organ Donation Attitude Scale” adlı çalışmada; Kocaeli ili Gebze ilçesindeki Anadolu Lisesinde okuyan öğrencilerin ebeveyn ve 18 yaş üstü kardeşlerinin organ bağışına yönelik tutumları araştırılarak Organ Bağış Tutum Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği ölçülmüştür. Beyazıt Üçgün ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan “Isparta İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Bireylerin Organ Bağış Tutumu ve Etkileyen Etmenler” adlı çalışmada; Isparta il merkezinde yaşamakta olan 18 yaş üzeri vatandaşların organ bağışına yönelik tutumları ve tutumlarını etkileyen etmenler araştırılmıştır. Sarıgöl Ordin ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan “Organ Bağışına Yönelik Öğrenci Tutumları; Hemşirelik” adlı çalışmada; hemşirelik 2. Sınıf, 3.sınıf ve 4. Sınıf öğrencilerinin organ bağışına yönelik tutumları araştırılmıştır. Akpınar Söylemez ve Sarıgöl Ordin (2017) tarafından yapılan “Attitudes of the Third-Year Nursing Students Toward Organ Donation: Cross-Sectional Study. Transplantation Proceedings” adlı çalışmada; hemşirelik üçüncü sınıf öğrencilerinin organ bağışına ilişkin tutumları araştırılmıştır. Çelebi ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan “Doğu Anadolu Bölgesi İnsanı Organ Bağışına Nasıl Bakıyor?” adlı çalışmada; Doğu Anadolu Bölgesinde yaşamakta olan vatandaşların organ bağışına yönelik yaklaşımları ve bu konuyla ilgili bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Kececioğlu ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan “Attitudes of

Religious People in Turkey Regarding Organ Donation and Transplantation” adlı çalışmada; Türkiye’de din görevlilerinin organ bağıışı ve organ nakline yönelik tutumları araştırılmıştır. Alat ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan “Doku ve Organ Naklinde Hasta ve Yakınlarının Görüşleri” adlı çalışmada; hasta ve yakınlarının organ nakline yönelik görüşleri irdelenmiştir. Özkan ve Yılmaz (2009) tarafından yapılan “Hasta Yakınlarının Organ Bağıışı İle İlgili Bilgi ve Tutumları” adlı çalışmada; Kapıdağ Devlet Hastanesinde ve Bandırma Mustafa Güven Karahan Hastanesinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların yakınlarının organ bağıışına yönelik bilgi düzeyleri ve tutumları araştırılmıştır. Weiss ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan “Attitudes Towards Organ Donation and Relation to Wish to Donate Posthumously” adlı çalışmada; İsviçre’de kadavra donör sayısının yeterli olmadığına ve bu organ bağıışı konusunda farkındalık çalışmalarının önemine vurgu yapılmıştır. Nordfalk ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan “From Motivation to Acceptability: a Survey of Public Attitudes Towards Organ Donation in Denmark” adlı çalışmada; Danimarka halkının organ bağıışına yönelik tutumları araştırılmıştır. Sanner (2002) tarafından yapılan “Swedish Survey of Young People's View's on Organ Donation and Transplantation” adlı çalışmada; İsviçre’ de gençlerin organ bağıışı ve nakline yönelik görüşleri araştırılmıştır. Pierini ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan “Teenager Donation: Investigation of 848 High School Students” adlı çalışmada; lise öğrencilerinin organ bağıışına ilişkin görüşleri araştırılmıştır. Savaşer ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan “Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Organ Bağıışına Bakışları” adlı çalışmada; Hemşirelik Bölümünde eğitim görmekte olan öğrencilerin organ bağıışına yönelik görüşleri araştırılmıştır. Efil ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan “Afyon İlinde Halkın ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Çalışanlarının Organ Bağıışı Konusuna İlgilerinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmada; Afyon İli halkının ve sağlık çalışanlarının organ bağıışına ilişkin görüşleri incelenmiştir. Yazar ve Açıkgöz tarafından (2016) yapılan “Nevşehir İl Merkezinde Yaşayan Halkın Organ Bağıışı ve Nakli Konusundaki Bilgi ve Tutumları” adlı çalışmada; Nevşehir halkının organ bağıışı ve nakline yönelik bilgi ve tutumları araştırılmıştır.

Burdur İlinde organ bağıışıyla ilgili ise; Arısoy ve Önal (2018) tarafından “Halk Eğitimi ve Ekip Çalışması ile Organ Bağıışı Artışı Uyumu: Burdur İli Örneği” adlı çalışma yapılmıştır. Arısoy ve Önal, söz konusu çalışmada; Burdur İlinde İl Sağlık Müdürlüğü organ bağıışı ekibi tarafından organ bağıışı konusunda sergilenen başarıya değinmiş, organize ve iyi yönetilen bir ekip çalışmasıyla halk eğitimlerinin önemine değinmişlerdir. Aydemir (2015) tarafından yapılan “Organ Naklinde Tıbbi Sosyal Hizmet” adlı çalışmada ise; tıbbi sosyal hizmette organ naklinin önemine vurgu yapılmıştır.

Bir tarafta organ yetmezliği nedeniyle tek umutları organ nakli olan hastalar varken, diğer tarafta yoğun bakımda beyin ölümü gerçekleşmiş ve nakil için uygun olmasına rağmen kadvralar toprağa verilmektedir. Kadavra donör sayısındaki artışın sağlanması için toplumsal bilinçlenmenin önemi yadsınamaz. Organ bağıışı bekleyenlere kadavra donörün yeteri kadar bulunamaması büyük bir halk

sağlığı problemidir. Bilinçlendirme çabalarının etkili sonuç vermesi için öncelikle halkın organ bağışına yönelik tutumlarının belirlenmesi, ön yargılarının, eğilimlerinin ortaya konulması önem arz etmektedir. Tıbbi sosyal hizmet bağlamında organ bağışı konusunda üretilecek ve uygulanacak politikalarda bu konuda yapılan araştırmaların rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Burdur İli genelinde bireylerin organ bağışına yönelik tutumlarını ölçmek ve etkileyen risk faktörlerini saptamaktır.

2.Gereç ve Yöntem

01/04/2019 - 01/06/2019 tarihleri arasında yapılan bu araştırmanın evrenini Burdur İli Merkez ve Kırsalında yaşamakta olan 18 yaş ve üzeri bireylerden oluşturmaktadır. TÜİK verilerinden Burdur İlinde kayıtlı 18 yaş üstü toplam 199.090 kişinin yaşadığı görülmüştür (<https://biruni.tuik.gov.tr-31.03.2019>). %50 sıklık %5 sapma ve desen etkisi 2 olarak hesaplanan minimum örneklem sayısı ise 764 olarak hesaplanmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü personelleri aracılığıyla il genelinde organ bağışı konusunda eğitim verilen 872 kişiye eğitim öncesinde yüz yüze anket yapılmıştır. Anketin başlangıç kısmında; araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyo-demografik bilgilere yer verilmiştir. Bu kısımda araştırmanın bağımsız değişkenleri olan; bireylerin cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, yaşı, yaşamakta olduğu yer, organ nakli bekleyen bir yakınının olup olmadığı, kronik bir hastalığının olup olmadığı, organ bağışında bulunmayı dini açıdan nasıl değerlendirdiği, organ bağışında bulunup bulunmadığına dair verilere yer verilmiştir. Anketin devamında ise; “Organ Bağışı Tutum Ölçeği-ODAS (Organ Donation Attitude Scale)” kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; “Yardım severlik ve ahlaki değerler/inançlar-HMC (Humanity and Moral Conviction)”, “Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu- FMN (Fears of Medical Neglect)” ve “Bedensel Yaralanma Korkusu-FBM (Fears of Bodily Mutilation)” olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. ODAS, 40 sorudan oluşan, 6’lı Likert tipte bir ölçektir. HMC, 20 sorudan oluşmakta olup en az 20 puan, en fazla 120 puandır. FMN, 10 sorudan oluşmakta olup en az 10 puan, en fazla 60 puandır. FBM, 10 sorudan oluşmakta olup en az 10 puan, en fazla 60 puandır. Söz konusu 3 boyutun her birinden alınan puanlarının artması, ilgili boyuttaki tutumun arttığı anlamına gelmektedir. ODAS’ı Nina Parisi ve Irwin Katz,1986 yılında 17-66 yaş arasındaki 110 yetişkinden elde ettikleri verilerden küme analizi yaparak; organ bağışına yönelik olumlu ve olumsuz olmak üzere 2 boyutu ölçmek üzere geliştirmişlerdir. Parisi ve Katz’ın ODAS ölçeğinin olumlu boyutunun “bireyin organ bağışının insani faydalarına inancı ve bağışçının yaşadığı gurur duyguları”ni içerdiğini ortaya koymuştur. Olumsuz boyutunun ise; “ vücutun sakatlanması ve bireyin hayatı risk altında olduğunda yetersiz tıbbi tedavi görmenin korkularını” yansıttığını ortaya koymuşlardır (Parisi ve Katz, 1986,s:565-580). Bridie Kent, ve R. Glynn Owens 1995 yılında Hemşirelerin organ bağışı konusundaki tutumlarını incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada ODAS’ı yeniden düzenlemişlerdir

(Kent ve Owens,199,s:484-492). Yazile Yazıcı Sayın, 2015 yılında Türk halkının organa karşı tutum ve gönüllülüğünü değerlendirmek amacıyla ODAS'ı Türkçeye çevirerek güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmıştır(Yazici,2016,s:642-55). Bu çalışmada ODAS kullanabilmek için Yazıcı Sayın'ın 06.10.2018 tarihinde izin yazısı alınmıştır. 06.02.2019 tarih ve GO 2019/38 sayılı MAKÜ Etik kurul 2019/2nolu toplantı kararı ile çalışma etik olarak uygun bulunmuştur. Ayrıca anketi uygulamak için sağlık müdürlüğü 23.11.2018 tarih ve 23286918 sayılı izin yazısı alınmıştır. Ankete katılan tüm bireylere bilgi onam formu okunmuş ve katılım için gönüllü olanlara anket formları yüz yüze görüşme ile düzenlenmiştir.

SPSS 25 paket programı kullanılarak incelenen verilerde, tanımlayıcı istatistikleri ölçümsel değerler ortalama ve standart sapma, isimsel veriler n, % olarak verilmiştir. Tutum alt ölçekleri tutarlılığı için reliability analysis ile cronbach'salpha, korelasyonunu incelemek için pearson correlation analysis, alt ölçekleri etkileyen faktörlerin incelenmesi için student t test ve ANOVA (post hoc Bonferoni analysis) ve multivariate analysis için Linear Regression Analysis yapılmıştır.

3.Bulgular

Araştırmaya katılanların %62.0'ı kadın, %65.1'i evli ve yaş ortalamaları 38.69±14.17'dir. Katılımcıların %41.5'i üniversite mezunu ve %38.2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaklaşık olarak yarısı il merkezinde yaşamaktadır. Yaklaşık olarak çalışmaya katılan her beş kişiden birinde kronik hastalık olduğu saptanmıştır.

Kişilere organ bağışi hakkındaki bazı bilgiler sorulmuş ve katılımcıların %58.0'ı organ bağışını dini açıdan değerlendirdiklerinde organ bağışının sevap olduğunu ifade etmişlerdir. Organ bağışından bulunma durumu %14.8 ve organ nakli bekleyen yakını olma durumu %4.8'dir. Organ bağışi tutum puanları incelendiğinde ise HMC puanı ortalaması; 96.85±20.25 (min-max:20-120), FMN puanı ortalaması; 27.29±11.23 (min-max:10-60) ve FBM puanı ortalaması; 28.35 ±11.93 (min-max:10-60)'dir (Tablo 1-2).

Tablo 1: Kişilerin organ bağışi tutumu alt ölçeklerini (HMC, FMN, FBM) etkileyen faktörler (1) (univariate analysis).

	Toplam (872, %100.0) n (%sütun)	HMC p ort±SD	FMN p ort±SD	FBM p ort±SD
Cinsiyet		<0.001	0.417	0.184
Kadın	541 (62.0)	98.98±18.55	27.05±11.22	28.77±11.84
Erkek	331 (38.0)	93.36±22.36	27.68±11.25	27.66±12.07
Education Level*		0.008	0.003	<0.001
İlkokul mezunu ve altı	211 (24.2)	99.16±19.19	28.11±10.95	30.43±12.29
Ortaokul mezunu	88 (10.1)	90.74±24.49	29.30±11.01	31.03±12.34
Lise mezunu	211 (24.2)	95.85±19.50	28.48±11.30	28.12±11.42
Üniversite mezunu	362 (41.5)	97.56±19.91	25.63±11.22	26.61±11.65
Medeni hali		0.656	0.086	0.644
Evli	568 (65.1)	97.07±20.12	26.81±11.30	28.48±11.98
Bekar	304 (34.9)	96.43±20.52	28.18±11.06	28.09±11.85

Meslek **		<0.001	<0.001	0.002
Çiftçi	48 (5.5)	85.75±19.07	33.31±8.91	34.13±8.88
Esnaf	53 (6.1)	92.92±21.26	27.87±10.84	28.92±12.61
İşçi	100 (11.5)	93.86±19.61	29.72±11.17	29.23±12.07
Memur	185 (21.2)	94.72±22.44	23.98±10.10	25.99±11.81
Öğrenci	153 (17.5)	96.07±20.08	28.71±11.09	28.72±11.14
Çalışmıyor/ev hanımı	333 (38.2)	101.50±18.10	26.78±11.69	28.30±12.31
Yaş grubu		0.176	0.101	0.944
18-25	250 (28.7)	96.33±20.51	28.60±10.91	28.28±11.02
26-40	245 (28.1)	96.61±19.19	27.20±10.91	28.23±11.91
41-59	290 (33.3)	96.12±20.87	26.19±11.26	28.66±12.38
60 ve üzeri	87 (10.0)	101.39±20.09	27.40±12.59	27.84±13.12

HMC: Humanityand moral conviction, FMN: Fears of medicalneglect, FBM: Fears of bodily mutilation

*HMC puanı ortaokul mezunlarında ilkokul ve yüksekokul mezunlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktür. FMN puanı yüksekokul mezunlarında ortaokul ve lise mezunlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktür. FBM puanı yüksekokul mezunlarında ilkokul ve ortaokul mezunlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktür. (post hoc bonferroni)

**HMC puanı ev hanımı/çalışmıyor grubunda memur, işçi, çiftçi gruplarından, öğrenci grubunda çiftçi grubundan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir. FMN puanı memur grubunda işçi, çiftçi ve öğrenci gruplarından, ev hanımı/çalışmıyor grubu da çiftçi grubundan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktür. FBM puanı çiftçi grubu memur ve ev hanımı/çalışmıyor grubundan anlamlı derecede daha yüksektir. (post hoc bonferroni)

Tablo 2: Kişilerin organ bağışısı tutumu alt ölçeklerini (HMC, FMN, FBM) etkileyen faktörler (2) (univariate analysis).

	Toplam (872, %100.0) n (%sütun)	HMC (p) ort±SD	FMN (p) ort±SD	FBM (p) ort±SD
Yaşadığı yer *		<0.001	0.001	<0.001
İl merkezi	430 (49.3)	100.03±19.27	25.96±11.10	26.28±12.11
İlçe merkezi	325 (37.3)	94.38±20.75	28.10±11.30	30.39±11.60
Kasaba-köy	117 (13.4)	92.00±20.63	29.91±10.90	30.27±10.94
Kronik hastalık		<0.001	0.156	0.936
Var	186 (21.3)	102.30±17.88	26.25±11.28	28.29±12.49
Yok	686 (78.7)	95.37±20.61	27.57±11.20	28.36±11.78
Organ bağışısında bulunma durumu		0.003	0.001	<0.001
Evet	129 (14.8)	101.69±18.93	24.39±11.04	23.40±12.08
Hayır	743 (85.2)	96.00±20.37	27.79±11.19	29.21±11.70
Organ bağışısını dini açıdan değerlendirme**		<0.001	<0.001	<0.001
Sevap olarak değerlendiriyorum	506 (58.0)	104,22±16,01	25,52±10,97	25,04±11,00
Hiçbir fikrim yok	308 (35.3)	88,61±20,35	28,96±11,11	31,86±11,53
Sakıncalı olduğunu düşünüyorum	58 (6.7)	76,28±22,09	33,79±10,43	38,46±10,90
Organ nakli bekleyen yakının varlığı		0.854	0.694	0.737
Evet	42 (4.8)	97.40±17.83	27.95±12.16	28.95±12.54
Hayır	830 (95.2)	96.82±20.76	27.25±11.18	28.32±11.91

*HMC, FMN VVEFBM içinde İlçe ile kasaba-köy arası istatistiksel açıdan anlamsız, il merkezi ilçeden ve de kasaba- köyden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklıdır. (post hoc bonferroni)

**Organ bağışısını dini açıdan değerlendirmede bütün gruplar birbiri arasında HMC, FMN ve FBM puanları istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklıdır. (post hoc bonferroni)

Multivariate analiz sonuçlarına göre; HMC puanını, kadın olmanın, il merkezinde yaşamının, kişide kronik hastalık bulunmasının, organ bağışısını dini açıdan sevap olarak düşünme ve organ bağışısında bulunma ile çiftçi grubundan sırasıyla esnaf, işçi, memur, öğrenci, çalışmıyor gruplarına doğru arttırdığı saptanmıştır. FMN puanını, eğitim seviyesinin artması, yaşın artması, il merkezinde yaşamının, kişide

kronik hastalık bulunmasının, organ bağışını dini açıdan sevap olarak düşünme ve organ bağışında bulunmanın azalttığı saptanmıştır. **FBM puanını**, eğitim seviyesinin artması, il merkezinde yaşamanın, organ bağışını dini açıdan sevap olarak düşünme ve organ bağışında bulunmanın azalttığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Kişilerin organ bağışı tutumu alt ölçeklerini (HMC, FMN, FBM) etkileyen faktörler (multivariate analysis).

	HMC B (95% CI) pvalue	FMN B (95% CI) pvalue	FBM B (95% CI) pvalue
Cinsiyet - kadın (1)-erkek (2)	-4,47 (-7,00--1,94) 0,001	0,81 (-0,75-2,37) 0,310	-0,68 (2,27-0,90) 0,398
Education Level- 1 derece artma	-0,07 (-1,22-1,08) 0,905	-1,24 (-1,95--0,53) 0,001	-1,09 (-1,81--0,38) 0,003
Meslek (çiftçi-esnaf-işçi-memur-öğrenci-çalışmıyor/evhanımı)	1,32 (0,49-2,15) 0,002	-0,41 (-0,93-0,10) 0,115	-0,23 (-0,75-0,29) 0,389
Medeni hali evli (1)-bekar (2)	0,08 (-2,96-3,12) 0,959	0,72 (-1,16-2,60) 0,452	-0,63 (-2,53-1,27) 0,514
Yaş grubu-1 yıl artma	-0,16 (-1,85-1,53) 0,852	-1,13 (-2,17--0,09) 0,034	-0,75 (-1,80-0,31) 0,164
Yaşadığı yer (il merkezi-ilçe merkezi-köy/kasaba)	-2,45 (-4,19--0,72) 0,006	1,12 (0,05-2,18) 0,041	1,68 (0,60-2,77) 0,002
Organ nakli bekleyen yakını olma durumu-hayır (0)-evet (1)	1,75 (-3,75-7,25) 0,533	0,73 (-2,66-4,13) 0,672	0,53 (-2,91-3,97) 0,762
Kronik hastalık-yok (0)-var (1)	5,31 (2,12-8,50) 0,001	-1,56 (-2,38--0,41) 0,685	0,26 (-1,74-2,25) 0,799
Organ bağışını dini açıdan değerlendirme (sevap-hiçbir fikrim yok-sakıncalı)	-13,95 (15,86--12,04) 0,001	3,35 (2,17-4,53) 0,001	6,17 (4,97-7,36) 0,001
Organ bağışında bulunma durumu -hayır (0)-evet (1)	3,50 (0,12-6,88) 0,042	-2,13 (-4,22--0,05) 0,045	-3,89 (-6,00--1,78) 0,001

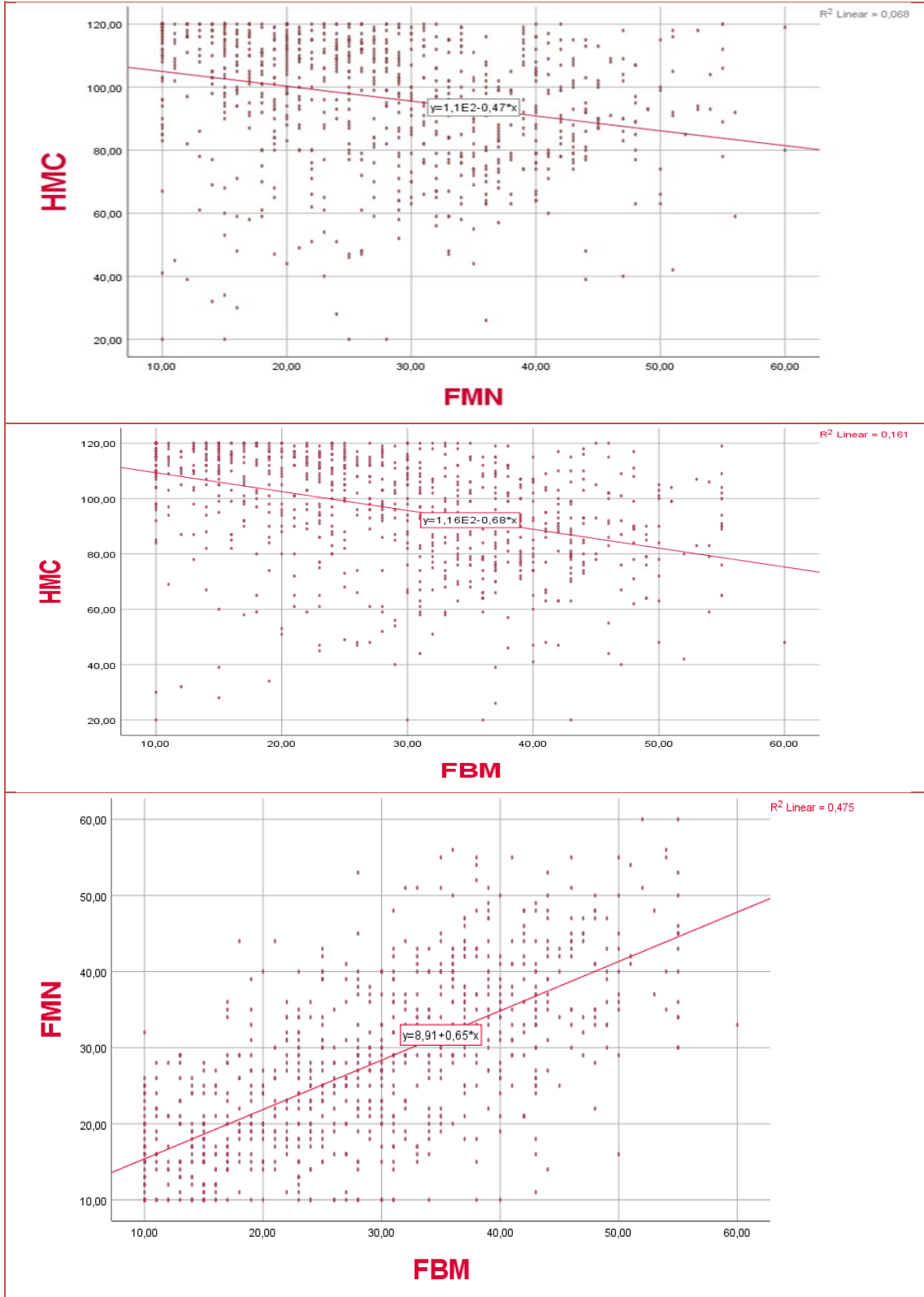
HMC- R2:0.260, Dubin Watson: 1.911 Model Anova P:<0.001

FMN- R2:0.287, Dubin Watson: 1.969 Model Anova P:<0.001

FBM- R2:0.166, Dubin Watson: 1.868 Model Anova P:<0.001

Tutum alt ölçekleri tutarlılığı incelendiğinde HMC Cronbach's Alpha:0.924, FMN Cronbach's Alpha:0.807, FBM Cronbach's Alpha:0.824 bulunmuştur. Tutum alt ölçekleri arasında korelasyon incelendiğinde HMC-FMN; r:-0.261, p<0.001, HMC-FBM; r: -0.401,p<0.001, ve FMN-FBM; r:0.689, p<0.001 bulunmuştur. Aralarındaki ilişki şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1: HMC-FMN, HMC-FBM, FMN-FBM arasındaki ilişkinin gösterilmesi (scatter plot).



4.Tartışma

Bu çalışmada, kişilerin organ bağışına yönelik olumlu ve olumsuz tutumlarına etkisi olabileceği düşünülen değişkenler incelenmiştir.

Organ bağışına yönelik tutumun “yardımseverlik ve ahlaki inançlar” alt boyutunu gösteren HMC değeri ortalaması bu çalışmada 96.85 ± 20.25 olarak saptanmıştır. 20 ile 120 arası puan arası alınabilen bu değer muhtemel alınabilecek ortalamanın (70 puan) üstünde saptanmıştır. Çalışmada saptanan HMC puanı, Beyazıt Üçgün ve arkadaşlarının (2017,s:32) Isparta İli Merkezde yaşamakta olan 18 yaş ve üstündeki bireylerin organ bağışına yönelik tutumlarını ve bu tutumları etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada saptanan HMC puan ortalaması ($95,5 \pm 20,3$)’na ve Sayın’ın (2016,s:653) Kocaeli ili Gebze ilçesindeki Anadolu Lisesinde okuyan öğrencilerin ebeveyn ve 18 yaş üstü kardeşlerinde yaptığı çalışmasında HMC puan ortalaması ($98,0 \pm 17,9$)’na da benzer olarak saptanmıştır. Ayrıca Sarıgöl Ordin ve arkadaşlarının (2018,s:28-31) hemşirelik 2. Sınıf, 3.sınıf ve 4. Sınıf öğrencilerinin organ bağışına yönelik tutumlarının araştırdığı örneklemin %80.6 kadın, yaş ortalamasının 21.20 ± 1.61 olduğu çalışmada saptanan HMC puan ortalaması ($103,85 \pm 13,83$)’ndan düşük ve yine Akpınar Söylemez’in ve Sarıgöl Ordin’in (2017,s:1698-1701) hemşirelik üçüncü sınıf öğrencilerinin organ bağışına ilişkin tutumlarının araştırdığı, örneklemin %84.83’ü kadın, yaş ortalamasının 21.63 ± 1.19 olduğu kesitsel çalışmasında saptanan HMC puan ortalaması ($105,84 \pm 12,61$)’dan da düşüktür. Bu çalışmada HMC puanının hemşirelik sınıfı öğrencilerine göre daha düşük olmasının nedeni, çalışmamızda erkeklerde HMC tutumunun daha düşük bulunması ve hemşirelerde yapılan çalışmaya göre erkek sıklığının daha fazla olması olabilir. Isparta ili ile örneklem benzerliği puan benzerliğini de ortaya çıkarmıştır. Çalışmada çiftçi, esnaf ve işçilerde, memur, öğrenci ve ev hanımlarına göre HMC puanı daha düşük saptanmıştır. Beyazıt Üçgün ve arkadaşlarının (2017,s:32-43) yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde memurlarda HMC puanı yüksektir. Öğrenci ve ev hanımlarında yüksek olmasının cinsiyet ve yaştan etkilendiği düşünülmektedir. Çalışmada köy/kasabada yaşamak HMC puanını düşürmektedir. Köy/kasabada yaşayan bireylere bu konuda verilen eğitimin yetersizliği tutum puanının da düşmesine neden olabilir. Kişide kronik hastalık bulunması HMC tutumunu arttırmaktadır. Kronik hastalık olan kişilerin diğerlerine göre daha uzun süre hastalıkla mücadele ettikleri düşünüldüğünde ve organ nakline bu hastalıklarından dolayı ihtiyacı olabileceğini düşünmeleri daha olası olduğundan HMC tutumları yüksek çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Beyazıt Üçgün ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık varlığı HMC tutumunu etkilemediği saptanmıştır. Kişilerin kronik hastalığını tespitinin iki çalışmada da kişinin beyana bağlı yapılması bu konu hakkında nedensellik bağı kurmada temkinli olmamız gerektiğini göstermektedir. Organ bağışında bulunanların HMC puanları yüksektir. Organ bağışında bulunanlardaki bu davranışın tutumla korele olması beklenen bir sonuçtur. Kişinin organ bağışını dini açıdan sakıncalı görmesi HMC puanını düşürmektedir. Çelebi ve

arkadaşlarının(2002,s:37)yapmış oldukları çalışmada organ bağışlamayı reddeden kişilerin %29.5 'i dini inanç nedeniyle reddettiklerini söylemişlerdir. Antalya ilinde görev yapan 291 din görevlisi ile yapılan çalışmada bu kişilerin %86'sı organ bağışının bir insanlık görevi olduğunu ifade etmişlerdir (Kececioğlu vd., ,2000,s: 629–630). Diyanet “Din İşleri Yüksek Kurulu Başkanlığı” hayatı veya hayati bir uzvu kurtarmak için başka çare olmadığına, bazı şartlara uyularak kan, doku ve organ nakli yolu ile de tedavinin caiz olması gerekir ve “Her kim bir hayatı kurtarırsa bütün insanları kurtarmış gibi olur.” (Mâide, 5/32) ayeti de buna ışık tutmaktadır diye açıklama yapmıştır (<https://kurul.diyaret.gov.>,26.08.2019). Bu çalışmada; dini inancın kişilerin HMC tutumuna etki ettiği saptandığından, kişilerin dini açıdan doğru bilgilendirilmesi organ bağışı konusundaki pozitif tutumun artmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Organ bağışına yönelik tutumun “tıbbi olarak ihmal edilme korkusu” alt boyutunu temsil eden FMN ortalaması çalışmada 27.29 ± 11.23 olarak saptanmıştır. 10 ile 60 arası puan arası alınabilen bu değer muhtemel alınabilecek ortalamanın (35 puan) altındadır ve puanın düşmesi kişilerin organlarını bağışlarsa tıbbi olarak ihmal edileceklerini ortalamaya göre daha az düşündüğünü göstermektedir. Çalışmada saptanan FMN puanı, Sayın'ın (2016,s:642-565) yaptığı çalışma (27.2 ± 12.1) ve Beyazıt Üçgün ve ark. (2017,s:40) yaptıkları çalışmaya ($25,5 \pm 11,4$) benzerdir. Ayrıca Sarıgöl Ordin ve arkadaşlarının (2018,s:28-36) hemşirelik 2.Sınıf, 3.sınıf ve 4.Sınıf öğrencilerinin öğrencilerde yaptığı çalışmaya ($22,37 \pm 9,12$) göre daha yüksektir. HMC puanına benzer şekilde örneklem farklılığından bu farkın olduğu düşünülmektedir. Düşük olması olumlu olan FMN tutumunu eğitim seviyesinin, yaşın artması, il merkezinde yaşama, kronik hastalık varlığı ve organ bağışında bulunma durumu azaltmakta organ bağışını dini açıdan sakıncalı görmek arttırmaktadır. Alat ve ark.(2017,s:316-317) ile Özkan ve Yılmaz'ın (2009,s:18-29) yapmış olduğu çalışmalarda eğitim seviyesinin yüksek olması organ naklini daha yüksek oranda kabul etmeye yol açmaktadır. Weiss ve arkadaşlarının (2017,s:147) yapmış olduğu çalışmada organ bağışında bulunma sıklığı en düşük eğitim seviyesine sahip katılımcılarda en düşük olarak saptanmıştır. Nordfalk ve arkadaşlarının (2016,s:5) yapmış olduğu çalışmada ise organ bağışı için olumsuz tutuma sahip bireylerdeki bu tutumun nedeni olarak en sık, ‘bedensel bütünlüğün önemli olduğunu düşünmeleri’ olarak cevaplanmıştır. Beyazıt Üçgün ve arkadaşlarının (2017,s:32-43) yapmış oldukları çalışmada da benzer şekilde eğitim düzeyi azaldıkça katılımcıların bedensel yaralanmaya dair korku puanları artmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sağlıklı bilgiye ulaşabilme olanağı artmış ve bireyler, böylelikle organ bağışı için duyulabilecek bedensel yaralanma korkusunun üstesinden gelmiş olabilir. Eğitim seviyesinin yüksek olması kişilerin konu hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasına ve böylelikle organ bağışı için duyulabilecek bedensel yaralanma korkusunun üstesinden gelmiş olabilir. Özkan ve Yılmaz'ın (2009,s:18-29) yapmış olduğu çalışmada il merkezinde yaşayanların daha fazla oranda organ bağışında bulunmak istedikleri saptanmıştır. İl merkezinde yaşama eğitim

seviyesine benzer şekilde konu hakkında bilgi sahibi olma ihtimalini arttırdığı ve organ bağışi konusundaki ihmal edilme korkusunu azalttığı düşünülmektedir.

Organ bağışına yönelik tutumun bedensel yaralanma korkusu alt boyutu olan FBM ortalaması çalışmada 27.29 ± 11.23 olarak saptanmıştır. 10 ile 60 arası puan arası alınabilen bu değer muhtemel alınabilecek ortalamanın (35 puan) altındadır ve puanın yükseldikçe kişilerin organlarını bağışlarsa bedensel yaralanma olacağından korkularının ortalamaya göre daha az olduğunu göstermektedir. Çalışmada saptanan FBM puanı, Sayın'ın (2016,s:642-655) yaptığı çalışmaya (31.6 ± 10.8) ve Beyazıt Üçgün ve arkadaşlarının (2017,s:36) yaptıkları çalışma ($29,2 \pm 12,1$) göre daha düşüktür. Ayrıca Sarıgöl Ordin ve arkadaşlarının (2018,s:28-36) hemşirelik 2.Sınıf, 3.sınıf ve 4.Sınıf öğrencilerinin öğrencilerde yaptığı çalışmaya ($23,70 \pm 9,78$) göre daha yüksektir. FBM tutumunu eğitim seviyesinin artması, il merkezinde yaşama, organ bağışında bulunma durumu azaltmakta organ bağışını dini açıdan sakıncalı görmek arttırmaktadır. Parisi ve Katz (1986,s:565-580) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin FBM'ye etkisi olmadığı saptanmıştır. Beyazıt Üçgün ve arkadaşlarının (2017,s:41) yapmış oldukları çalışmada ise çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi azaldıkça katılımcıların bedensel yaralanmaya dair korku puanları artmaktaydı. Weiss ve arkadaşlarının (2017,s:147) yapmış olduğu çalışmada organ bağışi sıklığı, en düşük eğitim seviyesine sahip katılımcılarda daha düşük saptanmıştır. Diğer bir çalışmada ise organ bağışına yönelik olumsuz tutumun nedeni olarak yüksek oranda 'bedensel bütünlüğün önemli olduğunu düşünmeleri' olarak belirlenmiştir (Nordfalk ,vd., 2016,s:5). Kişilerin eğitim düzeyi arttıkça, il merkezinde yaşama oranı arttıkça sağlıklı bilgiye ulaşma olanağı artmış ve organ bağışi için duyulabilecek bedensel yaralanma korkusunun üstesinden gelmiş olabilir. Sanner'in (2002,s:641-648) yapmış olduğu çalışmada bedensel yaralanma korkusu nedeniyle (%39), Bölükbaş ve ark. (2004,s:73-77) dinsel inançlar nedeniyle (%44,8), Pierini ve ark. (2009,s:3457) korku ve güvensizlik (%40,4) nedeniyle katılımcıların organlarını bağışlamak istemediklerini belirlemişlerdir. Savaşer ve ark. (2012,s:4) organ bağışında bulunmayı istememe nedenlerinin başında vücut bütünlüğünün bozulmasını istememe (%33,3), Efil ve ark. (2013;2:371) "Cesedime müdahale yaptırmak istemiyorum" (%36,1) düşüncesi olduğunu ifade etmişlerdir. Yazar ve Açıkgöz'ün (2016,s:251) yaptığı çalışmada da katılımcıların %22,9'u dini inançları nedeniyle, %14,6'sı cesedine müdahale yaptırmak istemedikleri için organ bağışında bulunmak istemediklerini belirtmişlerdir. Organ bağışını dini olarak sakıncalı görenlerde, bedensel olarak yaralanma korkusunun önemli bir etmen olduğu görülmektedir.

Çalışmada pozitif tutumu gösteren HMC ile negatif tutumu gösteren FMN ve FBM arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. FMN ile FBM arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatürde aynı ölçek ile çalışma yapan Sayın (2016,s:642-655) ile Beyazıt Üçgün ve arkadaşları (2017,s:42) da benzer sonuçları saptamışlardır. Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu olan kişilerde bedensel yaralanma korkusunun da olabileceği ve organ bağışi yapma konusunda negatif tutum

içerisinde olabileceği kişideki yardımseverlik düşüncesi ve ahlaki açıdan olumlu bakışı da organ bağışına yönelik tutumu pozitif yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Kişinin organ bağışında bulunmasını sağlayan veya engelleyen bu tutumları üç boyutlu olarak irdelenmesi gerekmektedir.

Arısoy ve Önal (2018:3) tarafından yapılan çalışmada; Burdur ilinde İl Sağlık Müdürlüğü(BSM) tarafından “Organ Bağışının Önemi” konulu eğitim verilen kişi sayıları; 2012 yılında 350 kişi iken 2013 yılında 1580 kişi, 2014 yılında 2100 kişi, 2015 yılında 2800 kişi, 2016 yılında 3610 kişi, 2017 yılında 3340 kişi” olmuştur. BSM’ den elde edilen verilere göre, organ bağışı eğitimi verilen kişi sayısı; 2018 yılında 3480 kişi, 2019 yılında ise 3510 kişiye ulaşmıştır. Sağlık Bakanlığı resmi verilerine göre, Burdur ilinde; 2012 yılında düzenlenen organ bağış senedi sayısı 145 iken, 2013 yılında 728, 2014 yılında 1010, 2015 yılında 1497, 2016 yılında 1597’e, 2017 yılında 1441’a,2018 yılında 1387, 2019 yılında ise 1591’e ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı Raporu).

Sonuç olarak; Kadavra organ bağışı, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli sorundur. Tıbbi sosyal hizmette organ nakli ve organ bağışı önemli bir yer almaktadır. Bir tarafta tek çaresi organ nakli olan hastalar umutla nakil beklerken diğer tarafta nakil için uygun organlar çeşitli sebeplerden dolayı bağışlanmamaktadır. Bu bir halk sağlığı sorunudur ve çözümü için gerekli çalışmalara hız verilmelidir. Tıbbi sosyal hizmet bağlamında üretilecek politikaların sürdürülebilir olması için; halkın algı ve tutumları dikkate alınarak üretilmeli ve uygulanmalıdır. Bu nedenle organ bağışı tutumunu ölçmeye yönelik çalışmaların arttırılması gerekmektedir. Kişilerin yaşadığı çekincelerin giderilmesi için eğitim müdahaleleri ve organ bağışlama aşamalarının şeffaf bir süreç olarak yürütülmesine önem verilmelidir. Bireylerde dini açıdan yanlış bilgilendirme sonucu oluşan organ bağışına yönelik olumsuz tutumun, din görevlileri tarafından uygulanacak halk tabanlı gerçek dini bilgi içeren eğitimlerle giderilmesi gerekmektedir. Ayrıca; kadavra organ bağışının ihtiyacı karşılayamayacak kadar az olması önemli bir sosyal sağlık sorunudur. Tıbbi sosyal hizmet ise; sosyal sağlığın korunması ve geliştirilmesini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo- ekonomik sorunları zamanında çözmek amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır. Organ bağışı ekibinde sosyal hizmet mesleği mensuplarının da yer alması gerektiği düşünülmektedir. Bu bağlamda Burdur İli Sağlık Müdürlüğünde; organ bağışı ekibinin etkin, verimli yönetilmesi ve halkın bu konuda duyarlılığını arttırmak için planlı eğitim çalışması sonucunda organ bağışı konusunda başarı göstermiştir. Ancak, halkın organ bağışı yapma konusunda dini ön yargılarının giderilmesi amacıyla din görevlilerinin ve sosyal hizmet mesleği mensuplarının da organ bağışı eğitim ekibine dahil edilmesinin bu başarılarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir

Kaynaklar

1. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2018. Available from:s URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30709>. Erişim Tarihi: 26/08/2019.
2. Akpınar Söylemez B., Sarıgöl Ordin Y.(2017). Attitudes of the Third-Year Nursing Students Toward Organ Donation: Cross-Sectional Study. *Transplantation Proceedings*, 49(8),1698-1701.
3. Alat İ., Akpınar MB., Eğri M. vd. (2017). Doku ve Organ Naklinde Hasta ve Yakınlarının Görüşleri. *Anadolu Kardiyol Derg* ,(7):316- 317.
4. Aydemir ,İ. (2015).Organ Naklinde Tıbbi Sosyal Hizmet. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi: 5,24 – 33.
5. ARISOY,A., ÖNAL,Ö. (2018).Halk Eğitimi ve Ekip Çalışması ile Organ Bağışı Artışı Uyumu: Burdur İli Örneği. *Smyrna Tıp Dergisi*, (3):1-6
6. Beyazıt Üçgün A., Başaran Ö. ve Uskun E. (2017).Isparta İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Bireylerin Organ Bağışı Tutumu ve Etkileyen Etmenler. *Smyrna Tıp Dergisi* ,(3):32-43.
7. Bölükbaş N., Eyüpoğlu A., Kurt P. (2004). Organ Bağışı Hakkında Üniversite Öğrencilerinin Düşünceleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* ,21(2):73-77.
8. Çelebi F, Balık AA, Yılmaz İ ve Polat KY. (2002).Doğu Anadolu Bölgesi İnsanı Organ Bağışına Nasıl Bakıyor?. *T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi* ,(10):34-38.
9. Din İşleri Yüksek Kurulu Başkanlığı. Available from:s URL: <https://kurul.diyamet.gov.tr/Cevap-Ara/993/organ-bagisi-caiz-midir>. Erişim Tarihi:26/08/2019.
10. Efil S., Sise S., Üzel H, Eser O. (2013).Afyon İlinde Halkın ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Çalışanlarının Organ Bağışı Konusuna İlgilerinin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* ,2(3):361-84.
11. Sağlık Bakanlığı Raporu, Kan, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Dairesi Başkanlığı Resmi Sayfası. URL:<https://bagis.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 31/01/2020.
12. Kececioglu N., Tuncer M., Yücecin L. Akaydin M. ve Yakupoğlu G. (2000).Attitudes of Religious People in Turkey Regarding Organ Donation and Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 32: 629–630.
13. Kent B., ve Owens RG. (1995).Conflicting attitudes to cornea land organ donation: a study of nurses' attitudes to organ donation. *Int J Nurs Stud* , 32(5):484-492.
14. Koçak Süren Ö.(2007). Organ ve Doku Naklinin Yasal ve Etik Açından İncelenmesi. *TBB Dergisi*, (73):174-195.
15. Nordfalk F., Olejaz M., Jensen AMB et al. (2016).From Motivation to Acceptability: a Survey of Public Attitudes Towards Organ Donation in Denmark. *Transplantation Research* , 5(1):5.

16. Özer N., Sarıtaş S. ve Karaman Özlü Z. (2010).Hemşirelik öğrencilerinin organ nakli ve bağıışı konusundaki bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2):21-11.
17. Özkan S., ve Yılmaz E. (2009). Hasta Yakınlarının Organ Bağıışı İle İlgili Bilgi Ve Tutumları. *Aile Ve Toplum* 5(17):18-29.
18. Parisi N., Katz I. (1986).Attitudes Toward Posthumous Organ Donation and Commitment to Donate. *Healthpsychology*, 5(6):565-580.
19. Pierini L., Valdez P. ve Pennone P. (2009).Teenager Donation: Investigation of 848 High School Students. *Transplantation Proc* , (41):3457-3459.
20. Sanner MA. (December 2002).Swedish Survey of Young People's View's on Organ Donation and Transplantation. *Transpl Int*,15(12):641-648.
21. Sarıgöl Ordin Y., Bilik Ö., Akpınar Söylemez B. vd. (2018). Organ Bağıışına Yönelik Öğrenci Tutumları; Hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,7(2):28-36.
22. Savaşer S., Mutlu B. ve Çağlar S.(2012). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Organ Bağıışına Bakışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hem Derg* ,(20): 1-9.
23. Türkiye İstatistik Kurumu Veri Giriş Ekranı. Available from:s URL: <https://biruni.tuik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 26/08/2019.
24. Weiss J., Shaw D., Schober R. et al. (2017). Attitudes Towards Organ Donation and Relation to Wish to Donate Posthumously. *Swiss Medical Weekly*,(147):w14401.
25. Yaşar M., Oğur R., Uçar M. ve ark. (2008).Bir Sağlık Meslek Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Organ Bağıışı Konusundaki Tutumları ve Tutumlarına Etki Eden Faktörler. *Genel Tıp Derg*,18(1):33-37.
26. Yazar, M.A. ve Açıkgöz, M.B. (2016). Nevşehir İl Merkezinde Yaşayan Halkın Organ Bağıışı ve Nakli Konusundaki Bilgi ve Tutumları, *Turk J Anaesthesiol Reanim*, (44): 250-257.
27. Yazici Sayın Y.(2016 Mar).Turkish Validity and Reliability of Organ Donation Attitude Scale. *J Clin Nurs*,25(5-6):642-655.

Makale geliş: 22.11.2019

Makale kabul ediliş: 16.06.2020

SAĞLIK ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ MESLEKİ BENLİK SAYGILARININ İNCELENMESİ*

Uzm . Sos. Çal. Merve TEKİN¹²
ORCID: 0000-0001-8284-8395

Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ¹³
ORCID:0000-0003-2107-0350

SAĞLIK ALANINDA ÇALIŞAN SOSYAL HİZMET UZMANLARININ MESLEKİ BENLİK SAYGILARININ İNCELENMESİ

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki motivasyon ve verimlilik açısından önemli olan mesleki benlik saygılarının incelenmesidir. **Yöntem:** Nicel araştırma deseni ile gerçekleştirilen bu çalışmanın evrenini, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği 2015 verilerine dayanılarak, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nda görev yapan 938 tıbbi sosyal hizmet uzmanı oluşturmuştur. Rasgele örneklem yöntemi ile yapılan çalışma 150 tıbbi sosyal hizmet uzmanının gönüllü katılımı ile tamamlanmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı ölçeği puanlarının $118 \pm 21,39$ olduğu ve dolayısıyla mesleki benlik saygılarının yüksek olduğu görülmüştür. Mesleki benlik saygısının eğitim düzeyi, mesleki deneyim yılı, görüşme odasına sahip olma durumu, görüşme süresi gibi değişkenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($p < 0,05$) ve bu değişkenler arttıkça mesleki benlik saygısının da arttığı saptanmıştır. Cinsiyet ve medeni durum gibi değişkenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı ($P > 0,05$) saptanmıştır. **Sonuç:** Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarını sosyo-demografik özelliklerinden öte çalışma yaşamına ait değişkenlerin etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı, mesleki benlik saygısı

INVESTIGATION OF THE PROFESSIONAL SELF-ESTEEM OF SOCIAL WORKERS EMPLOYED IN HEALTH CARE

Abstract

Objective: The aim of this study is to examine the professional self-esteem of social workers employed in the field of health, which is important in terms of professional motivation and efficiency. **Method:** The population of this study, carried out with the quantitative research design, consists of 938 medical social workers working in the Ministry of Health in Turkey, based on the 2015 data of the Social Workers Association. The study, which was carried out by random sampling method, was completed with the voluntary participation of 150 medical social workers. **Findings:** It was observed that the medical self-esteem scale scores of the medical social workers who participated in the study were 118 ± 21.39 and therefore their professional self-esteem was high. It has been determined that professional self-esteem differs statistically significantly ($p < 0.05$) according to the level of education, professional experience year, presence of an interview room, and the duration of the interview, and as these variables increase, professional self-esteem increases. There was no statistically significant difference ($P > 0.05$) according to variables such as gender and marital status. **Conclusion:** It was observed that the

*Bu çalışma ilk yazarın "Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi" başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹² Konya Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü, Uzm. Sosyal Çalışmacı, shumervetekin@gmail.com

¹³ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, , ayhanuludag@yahoo.com

professional self-esteem of the social workers working in the field of health is effected by the variables of their working environment rather than their socio-demographic characteristics.

Key Words: Medical social work, social worker, professional self-esteem

1. Giriş

Yaşamın birçok alanında olduğu gibi sosyal ve toplumsal alanlarda meydana gelen değişimler ve süratli gelişimler beraberinde yeni sorunlar ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan sorunlar ekonomi, sağlık, barınma, eğitim, istihdam gibi alanlarda sorunlardır. Var olan bu sorunların bireyler üzerindeki etkilerini en azana indirmek için çalışan mesleklerden biri de sosyal hizmet mesleğidir (Duyan, 2008). Tıbbi sosyal hizmet ise hastalık ve hastalığın tedavisi sürecinde hasta ile yakınlarını etkileyen psiko-sosyal ve duygusal sorunları çözmek için sosyal vaka çalışması ve grup çalışması yöntemlerinin kullanıldığı sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanıdır (Friedlander ve Apte, 1980). Turan (1979) ise tıbbi sosyal hizmeti sosyal hizmet metodu ve felsefesinin sağlık ve tedavi hizmetlerine uyarlanması, tıp ve halk sağlığı programları çerçevesinde uygulanması olarak tanımlamıştır (Akt. Duyan, 1996). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (2011)'e göre, tıbbi sosyal hizmet, "ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunların zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamaları" olarak tanımlanmıştır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları sadece hastalar ve ailelerine sosyal hizmet vermekle kalmaz aynı zamanda belli hastalarla grup çalışması, danışma ve diğer uzmanların eğitimi gibi hizmetlerde sunarlar (Zastrow, 2013).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı olarak adlandırılan sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı, psikolojik ve sosyal konularda edinmiş olduğu bilgi birikimi ile ekibe hastanın psiko-sosyal sorunlarının çözümlenmesi beklenen meslek elemanıdır (Tümekaya, 2001). Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları mesleki uygulamaları esnasında mesleki rolleri yerine getirerek, sağlık kuruluşu tarafından verilen hizmetlerle hastaların buluşması ve hizmet alım sürecinde hastaların karşılaştıkları psiko-sosyal ekonomik sorunların çözülmesi için görev yapan meslek elemanlarıdır (Sverker, 2017; Uludağ ve Tekin, 2017).

İş hayatı bireylerin yaşamında oldukça önemli bir yer tutar. İş hayatı; aktif çalışmaya ayrılan süreler ve bu süreler zarfında yapılan tüm faaliyetlerin dışında, bireylerin genel hayat standardı ve kalitesi üzerinde de belirleyici role sahiptir. Bu nedenle iş hayatı ve iş hayatının temelini oluşturan meslek seçiminin, bireyin yaşamı üzerinde çok boyutlu etkileri vardır (Kutlu ve Soğukpınar, 2015).

Psikoloji biliminde benlik kavramı farklı açılardan ve farklı özellikler üzerinden değerlendirilmiştir. Benlik üzerine yapılan çalışmaların, James'in (1950) yapmış olduğu sınıflandırma ve önerdiği benlik türleri üzerine temellendirildiği görülmektedir. James'in çalışmalarında "bilen ben" ve "bilinen ben" kavramları alanda yer alan diğer bilim adamları tarafından "özne ben" ve "nesne ben" olarak isimlendirilmiştir. Sonuç olarak günümüze kadar gelen çalışmalar incelendiğinde "ideal benlik" ve "olası benlik" kavramları daha çok ön plana çıkmıştır (Yılmaz, 2016).

Mesleki benlik saygısı, mesleğin birey tarafından değerli ve doyum verici olarak algılanıp algılanmadığını göstermektedir. Kişinin mesleğini isteyerek seçmesi, severek yapması ve mesleğinden doyum alması mesleki benlik saygısını etkileyen bütüncül unsurlardır. Kişilik özelliklerini tanıyan ve buna uygun bir şekilde meslek seçimini yapan bireyin mesleğe ilişkin ilgi ve algısının pozitif yönde gelişeceği söylenebilir. Bu gelişimin mesleki benlik saygısını da olumlu manada etkilemesi beklenebilir (Özkan, 1994; Arıca, 1999; Khezerlou, 2017). Mesleki benlik saygısı, bireyin kendi mesleğini ne kadar önemli ve değerli gördüğünün temsilidir. Benlik saygısı bireysel uyumun ve sorunsuz bir ruh sağlığının ön koşullarından biriyken mesleki benlik saygısı da mesleki uyum ve doyumun temel koşullarındandır (Arıca ve Dilmaç, 2003).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları mesleki kaygılarının yanında hizmet verdikleri hastalar için de kaygılanmaktadırlar. Hastaların psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarını çözüm odaklı çalışan sosyal hizmet uzmanları bu süreçte hastalar ve diğer sağlık çalışanlarından saygı ve kabul görebilmek için mesleklerini en iyi şekilde icra etme stresini taşımaktadırlar (Duyan, 2014; Işıkhana, 1993; Özbesler, 2013; Zengin, 2011). Bu durumun sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarına etki edeceği düşünülmektedir.

Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarını ele alan çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Özkan ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan “tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının işyerinde sosyal destek algısı, mesleki benlik saygısı ve yaşam doyumunu arasındaki ilişkilerin incelenmesi” çalışması dışında doğrudan tıbbi sosyal hizmet uzmanları ile yapılmış bir çalışma mevcut değildir. Bu nedenle çalışmamız literatürdeki mevcut boşluğun doldurulması açısından önemlidir.

Bu araştırmanın amacı sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı düzeylerini ve mesleki benlik saygılarının sosyo-demografik ve mesleki değişkenlere göre farklılaşma durumlarını belirlemektir. İnsanı odak alan bir meslek olan sosyal hizmetin yine insan ve hasta odaklı bir dalı olan tıbbi sosyal hizmet alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleklerini değerli ve önemli görmeleri, mesleki saygılarının olması ve mesleklerini motive ve verimli bir şekilde icra edebilmeleri için gereklidir. Bu neden bu çalışma sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mevcut mesleki benlik saygılarının incelenerek değerlendirilmesi ve gerekli değerlendirmelerin ardından uzmanların mesleki benlik saygılarını olumsuz etkileyen unsurlara çözüm üretecek ve mesleki benlik saygılarına olumlu katkı sağlayacak somut önerileri ortaya koyması açısından önemlidir.

2. Yöntem

Nicel araştırma olarak gerçekleştirilen bu çalışmada bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki derecesini belirlemek amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli iki ya da daha çok sayıda değişken arasındaki birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan modellerdir (Karasar, 2003).

2.1. Evren ve Örneklem

Araştırmada oransız eleman örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (SHUDER) 2015 verilerine dayanılarak Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nda görev yapan 938 sosyal hizmet uzmanı olduğu bilgisine ulaşılmıştır. %95 güven aralığı ve %5 sapma ile 278 kişiye ulaşılması planlanmış, tıbbi sosyal

hizmet uzmanlarına Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (SHUDER) elektronik posta grubu ve facebook aracılığıyla ulaşılmaya çalışılmış, ulaşılan uzmanlardan 150 uzman çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırma 150 tıbbi sosyal hizmet uzmanının gönüllü katılımı ile tamamlanmıştır, ulaşma oranı %54'tür.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan “Sosyal Hizmet Uzmanları İçin Kişisel Bilgi Formu” ve “Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği” kullanılmıştır.

Sosyal Hizmet Uzmanları İçin Kişisel Bilgi Formu (13 Soru)

Kişisel bilgi formu; Sosyal hizmet uzmanının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, hizmet yılı, yaşamının çoğunu geçirdiği yer, görev yaptığı kuruluş, çalıştığı birim, görev yaptığı kuruluşta görüşme odasının olup olmadığı ve bu odanın ne sıklıkla kullanıldığı, haftalık ortalama görüşme sayısı ve bu görüşmelerin ortalama süresi, müracaatçılarla ilgili meslektaşlarınızdan destek-öneri alma sıklığına dair bilgileri içermektedir.

Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği

Arıcak tarafından 1999 yılında geliştirilen Mesleki Benlik Saygısı (Professional Self Esteem) Ölçeği 30 maddeden oluşmaktadır. Arıcak'ın çalışmasında Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,93; test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0,90 bulunmuştur (n=92, p<1). Bu çalışmadan elde edilen mesleki benlik saygısı ölçeğinin güvenilirlik katsayısı olan Alfa değeri 0,90'dır. Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği; bir mesleği tercih etmiş, bir alanda mesleki eğitim gören ya da bir mesleği icra eden 17 yaş ve üstü bireylerin ilgili mesleğe olan saygı tutumlarını ölçmek amacıyla uygulanabilmektedir. Ölçek beşli likert tipinde hazırlanmıştır. Değerlendirme; Meslekî Benlik Saygısı Ölçeğinde yer alan olumlu cümlelerde; Tümüyle Katılıyorum 5, Katılıyorum 4, Kararsızım 3, Katılmıyorum 2, Hiç Katılmıyorum 1 puanlaması ile yapılmaktadır. Olumsuz cümleler ise tam tersi şekilde puanlanmıştır. Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği 30 maddeden oluşmaktadır. Olumlu maddeler: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 24, 26, 28 ve 30. maddeler; Olumsuz maddeler ise: 1, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 27 ve 29 nolu maddelerdir. Ölçekte her maddeye verilen puan toplanmakta ve bir toplam puan elde edilmektedir. Ölçek puanları 30 ile 150 arasında bir değer vermektedir. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçekten alınan puan arttıkça mesleki benlik saygısının arttığı varsayılmaktadır (Arıcak, 1999).

2.3. Verilerin İşlenmesi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizleri araştırma problemine ve alt problemlerine uygun olarak planlanmıştır. Verilerin istatistiksel çözümlemesinde tanımlayıcı istatistikler ile birlikte aritmetik ortalama (x), standart sapma (SS) ve standart hata (SH), minimum ve maksimum değer sonuçlarından yararlanılmıştır. Ayrıca, verilerin normal dağıldığının görülmesi üzerine parametrik testlerden T testi ve Anova Testi analizleri kullanılmıştır.

2.4. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı'ndan 03/05/2017 tarih ve 27 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği kullanım izni için ölçeğin sahibi Prof. Dr. Tolga ARICAK'tan 24.02.2017 tarihinde elektronik posta aracılığıyla izin alınmıştır.

Veri toplama formunun giriş kısmında katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilmiştir ve onam formu aracılığıyla çalışmaya gönüllü katılım esas alınmıştır.

3.Bulgular

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen sosyo-demografik bulguların frekans ve yüzdelik analizleri, mesleki benlik saygısına ilişkin analizlere ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıları Tanıtıcı Bulgular

Cinsiyet	N	%
Kadın	82	54,7
Erkek	68	45,3
Medeni Durum		
Evli	88	58,7
Bekar	62	41,3
Yaş	$\bar{x} : 35\pm 1,38$, Min:23, Max:59	
25 Yaş ve altı	26	17,3
26-34 Yaş	56	37,3
35-39 Yaş	24	16,0
40-49 Yaş	33	22,0
50 Yaş ve üstü	11	7,3
Eğitim Durumu		
Lisans	109	72,7
Lisans Üstü	41	27,3
Mesleki Alan Deneyimi	$\bar{x} : 11,3$, Ss:8,7	
1-5 Yıl	48	32,0
6-9 yıl	43	28,7
10-14 yıl	19	12,7
15-20 Yıl	11	7,3
20 Yılden Fazla	29	19,3
Haftalık Görüşülen Müracaatçı Sayısı	$\bar{x} : 18,1$, Ss:16,1	
0-9 Kişi	35	23,3
10-19 Kişi	43	28,7
20 Kişiden fazla	72	48,0
Görüşme Odası		
Var	93	62
Yok	57	38
Ortalama Görüşme Süresi	$\bar{x} : 25,2$, Ss:14,2	
15 dk ve daha kısa	40	26,7
16-30 dk	75	50,0
31-45 dk	22	14,7
45 dk uzun	13	8,7

Tablo 1'e göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %54,7'si kadın, %45,3'ü erkektir. Aynı tabloda sosyal hizmet uzmanlarının %58,7'sinin evli %41,3'nün bekar olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının yaş ortalamaları $35\pm 1,38$, en genç katılımcının yaşı 23, en yaşlı katılımcının yaşı ise 59 dur. Eğitim durumları incelendiğinde %72'sinin lisans düzeyinde eğitime sahip oldukları, %27,3'ünün ise lisansüstü düzeyde eğitime sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki alan deneyimlerine bakıldığında, %32'sinin 1-5 yıl, %28,7'sinin 6-9 yıl, %12,7'sinin 10-14 yıl, %7,3 15-20 yıl, %19,3'ünün 20 yıldan fazla mesleki alan deneyimine sahip oldukları görülmektedir. Çalışmaya dahil olan sosyal hizmet uzmanlarının ortalama mesleki kıdem süreleri 11,3±8,7 yıldır.

Araştırmaya katılan uzmanların %23,3'ünün haftada ortalama 0-9 müracaatçı ile, %28,7'sinin 10-19 müracaatçı ile, %48'inin 20 den fazla müracaatçı ile mesleki görüşme yaptıkları saptanmıştır. Haftalık görüşülen ortalama müracaatçı sayısının 18,1±16,1 olduğu görülmüştür.

Yapılan görüşmelerin süreleri incelendiğinde sosyal hizmet uzmanlarının %26,7'sinin 15 dk ve daha kısa, %50'sinin 16-30 dk, %14,7'sinin 31-45 dk, %8,7'sinin ise 45 dakikadan daha uzun bir süreyi mesleki görüşme için ayırdıkları görülmüştür. Uzmanların yapmış oldukları görüşmelerin ortalaması 25,2±14,2 dk'dır.

Sosyal hizmet uzmanlarından %62'sine görüşme için özel bir görüşme odasının tahsis edildiği, %38'i için ise görüşmelerini gerçekleştirmek için özel bir oda tahsis edilmediği görülmüştür. Yapılan içerik analiz sonucunda görüşme odasına sahip olmayan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki görüşmelerini hasta hakları birimi, çalışan güvenliği birimi, psikolog odası, hastanın yattığı servis gibi görüşme ilke ve tekniklerine uygun olmayan ortamlarda yaptıkları belirlenmiştir.

Tablo 2. Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği Puanları

	Ort.	Ss	Min.	Maks.	Alfa
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	118,24	21,39	72	148	0,90

Tablo 2'ye göre çalışmaya dahil olan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı ölçeği puan ortalamalarının 118,24, aldıkları en düşük puanın 72, en yüksek puanın 148 ve standart sapmanın 21,39 olup bu yönüyle sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarının yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmada kullanılan mesleki benlik saygısı ölçeğinin güvenilirlik katsayısı olan Alfa değeri 0,90'dır.

Tablo 3. Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanlarının Cinsiyet, Eğitim Göre Farklılaşma Durumu

Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği								
Cinsiyet	N	%	Min.	Maks.	Ort.	Ss	t	p
Kadın	82	54,6	75	148	118,62	21,59	0,36	0,72
Erkek	68	45,4	72	148	117,35	21,28		
Eğitim Düzeyi								
Lisans	109	72,7	72	148	115,93	21,52	-1,99	0,048*
Lisans Üstü	41	27,3	79	148	123,65	20,23		
Deneyim Yılı							F	Post-Hoc
1-5 Yıl (a)	48	32	72	144	107,50	19,94		
6-9 Yıl (b)	43	28,7	76	148	121,20	19,99		
10-14 Yıl Yaş (c)	19	12,7	75	142	118,05	19,99	2,97	0,021* Tukey
14-20 Yıl (d)	11	7,3	75	148	114,09	27,72		a<b, e
20 Yıl ve üstü (e)	29	19,3	72	148	120,27	22,35		
Oda Durumu							t	
Var	93	62	75	148	120,68	18,80	2,35	0,021*
Yok	57	38	72	148	110,66	28,28		
Görüşme Süresi							F	Post-Hoc

15 dk ve kısa (a)	40	26,6	72	148	104,70	23,70			
16-30 dk (b)	75	50	72	148	119,49	21,04			Tukey
31-45 dk (c)	22	14,7	75	145	127,09	22,58	6,91	0,000*	a<b,c,d
45 dk fazla (d)	13	8,7	90	144	125,76	16,49			

Tablo 3'e göre mesleki benlik saygısı ölçeğinden elde edilen toplam puanın cinsiyete göre farklılaşma durumuna bakıldığında, kadın ve erkek katılımcılar arasında herhangi bir farkın olmadığı görülmüştür. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı ölçeği toplam puanları eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Ölçek puan ortalamaları incelendiğinde lisansüstü eğitime sahip sosyal hizmet uzmanlarının daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir.

Aynı tabloya bakıldığında mesleki benlik saygısı ölçeği toplam puanlarının mesleki deneyim yılına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$). Söz konusu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc analizi sonucunda farkın 1-5 yıllık mesleki deneyime sahip sosyal hizmet uzmanlarından kaynaklandığı, bu grupta yer alan uzmanların mesleki benlik saygısı ölçeği ortalama puanlarının 6-9 yıl ve 20 yıl üzeri mesleki deneyime sahip sosyal hizmet uzmanlarının puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklı olduğu saptanmıştır. Deneyimsiz sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı puanları deneyimli meslek elemanlarına kıyasla daha düşüktür.

Araştırmaya dahil olan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı ölçeği toplam puanlarının görev yaptıkları kurumda kendilerine tahsis edilmiş mesleki görüşme odasının mevcut olma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Ölçek puan ortalamalarına bakıldığında görüşme odasına sahip sosyal hizmet uzmanlarının daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 3 incelendiğinde araştırmaya dahil olan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygı ölçeği puanlarının mesleki görüşme süresine göre istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0,05$) bir şekilde farklılaştığı görülmektedir. Yapılan Tukey testi analizi sonucuna göre farkın 15 dk ve daha kısa süre görüşme yapan sosyal hizmet uzmanlarından kaynaklandığı, bu grupta yer alanların diğer gruplarda yer alanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşük puan aldıkları görülmüştür.

4. Tartışma

Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı ölçeği puan ortalamasının 118, aldıkları en düşük puanın 72, en yüksek puanın 148 ve standart sapmanın 21,39 olduğu görülmüş ve çalışmamıza dahil olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı puanlarının yüksek olduğu ortaya konmuştur. Çalışmaya dahil olan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarının yüksek olduğu söylenebilir. Mesleki benlik saygısı üzerine yapılan diğer çalışmalara incelendiğinde, Özkan (2018) çalışmasına dahil olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı ölçek puan ortalamalarını $71,8\pm 14,8$ olarak saptamış ve çalışmaya dahil olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarının orta düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Farklı meslek elemanları ile yapılan çalışmalardan

incelendiğinde ise Kutlu ve Soğukpınar (2015) rehber öğretmenlerin benlik saygıları üzerine yaptıkları çalışmalarında katılımcıların mesleki benlik saygısı ölçeği ortalama puanını 122 olarak saptamış ve katılımcıların mesleki benlik saygılarının yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Şener ve ark. (2011) çalışmalarında, hemşirelerin mesleki benlik saygısı ölçeği ortalama puanını 117 olarak saptamışlardır. Kadioğlu (2014) çalışmasına dahil olan psikolojik danışmanların mesleki benlik saygısı ölçeği toplam puan ortalamasını 119 olarak saptamış ve katılımcıların mesleki benlik saygılarının yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamızdan elde edilen puan ortalamaları ile benlik saygısı üzerine yapılmış diğer çalışmaların puan ortalamaları birbirlerine yakın olmakla beraber birbirlerinden minimal düzeyde farklıdır. Çalışmamıza katılan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarının yüksek olduğu söylenebilir.

Mesleki benlik saygısı ölçeğinden elde edilen toplam puanın cinsiyete göre farklılaşma durumuna bakıldığında, kadın ve erkek katılımcılar arasında herhangi bir farkın olmadığı görülmüştür. Literatürde yer alan benzer çalışmalarda da cinsiyetin benlik saygısını etkileyen bir faktör olarak ele alındığı görülmektedir (Twenge ve Campell, 2001). Kutlu ve Soğukpınar (2015) çalışmalarında, mesleki benlik saygısı puanının cinsiyete göre herhangi bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Bilge ve ark. (2009) çalışmalarında, adliyede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki doyum puanları arasında cinsiyete göre herhangi bir farkın olmadığını saptamıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygıları üzerine yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olması nedeniyle mesleki benlik saygısı ile mesleki doyumun ilişkili olduğu düşünüldüğünden mesleki doyum çalışmasına atıf verilmiştir. Bu çalışma ve bizim çalışma verilerimiz değerlendirildiğinde sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik algılarının artmasında cinsiyetin etkisinin olmadığı söylenebilir. Hem erkek hem de kadın sosyal hizmet uzmanları mesleki benlik saygılarını kazanma ve geliştirme açısından eşittir (Clearfield, 1977). Literatürde yer alan bilgiler ve yapılan çalışmalar araştırmamızdan elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Cinsiyet değişkeninin tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı düzeyine bir etkisinin olmadığı söylenebilir.

Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı ölçeği toplam puanları eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı ve farkın lisansüstü eğitime sahip sosyal hizmet uzmanlarından kaynaklandığı görülmüştür. Bu çalışmanın bulgularından farklı olarak Büroğlu (2015) çalışmasında eğitim düzeyinin mesleki benlik saygısı puanını etkilemediğini, lisans ve yüksek lisans mezunlarının mesleki benlik saygısı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır. Benzer şekilde Toprak (2007), Soğukpınar (2014), Yerebakan (2007) de çalışmalarında katılımcıların mesleki benlik saygısı puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşmadığını tespit etmişlerdir. Ulucan-Özkan (2018) çalışmasında eğitim durumunun tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarını etkilemediğini saptamıştır. Ayrıca, Arıca ve Dilmaç (2003) çalışmalarında, çalışmamızın bulguları ile benzer şekilde, yüksek lisans mezunu katılımcıların mesleki benlik saygısı puanlarının, lisans mezunlarının puanlarından anlamlı derecede farklı olduğunu ortaya koymuşlardır. Eğitimin verilmesi profesyonellikte bir artışa ve mesleki yöntemlerinin daha fazla kullanılmasına yardımcı olurken, eğitim eksikliği hayal kırıklığına ve iş tatmininin eksikliğine neden olabilir (Wright ve Davis, 2003). İş tatmini ve eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki vardır (Gürbüz, 2007). İş

tatmini ile mesleki doyum arasında bir ilişkinin var olduğu düşünölebileceğinden çalışmamızdan elde edilen bulguların literatür tarafından da desteklendiğı söylenebilir. Eğitimi düzeyi yüksek olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygıları da yüksektir.

Mesleki benlik saygısı ölçeği toplam puanlarının mesleki deneyim yılına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı ve farkın 6-9 yıllık mesleki deneyime sahip sosyal hizmet uzmanlarından kaynaklandığı görölmüştür. Perez ve Aguilar (2014) çalışmalarında 4-8 yıllık meslek deneyimine sahip olan çalışanlarının mesleki benlik saygılarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Tekirgöl (2011) çalışmasında mesleki benlik saygısı ile mesleki kıdem arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde Serin (2006) ve Kiriş (2016) çalışmalarında meslek deneyim yılına göre mesleki benlik puanının istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığını saptamıştır. Biroğlu (2015) çalışmasında kıdem yılı ile mesleki benlik saygısı arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını ortaya koymuştur. Yıldırım ve arkadaşları (2010) da çalışmalarında mesleki benlik saygısının mesleki kıdem yılından etkilenmediğini belirlemiştir. Mesleğe yeni başlayan sosyal hizmet uzmanları mesleğe dair daha çok idealist düşünönelere sahiptirler ve bu nedenle sahada teorik ile pratik arasındaki uyuşmazlıklara şahit olan tecrübesiz meslek elemanlarının mesleki benlik saygılarının düşük olması beklenen bir durumdur (Alhajjar ve ark., 2010). Bir meslek üzerinde deneyim kazandıkça sorunların daha pratik ve verimli çözülebileceği, geöen zamanla kişinin öz güven kazanacağı bu durumda mesleki benlik saygısına olumlu katkı sağlayacağı düşünölebilir.

Ölçek puan ortalamalarına bakıldığında görüşme odasına sahip sosyal hizmet uzmanlarının daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görölmüştür. Literatürde görüşme odasına sahip olma değişkeni üzerinden yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Tıbbi Sosyal Hizmet Uyguluma Yönergesi (2011) Madde 10, 2. Bendine göre; *“Sosyal hizmet birim odası, yeterli havalandırma, ısıtma ve donanımına sahip, hasta görüşmelerinin yapılabileceği genişlikte iki bölümlü olarak oluşturulur.”* Sağlık Bakanlığı tarafından mesleki çalışmalarını yapabilmek için gerekli olan birim odasının tanımı detaylı bir şekilde yapılmıştır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere tıbbi sosyal hizmet alanında sosyal hizmet birim ve görüşme odasının varlığı meslek elemanları için önemlidir. Ulucan-Özkan ve arkadaşları (2019) çalışmalarında katılımcıların çoğunluğunun mesleki çalışmalarını birim odalarında yürüttüklerini (%70,4), sadece %13,7’sinin görüşme odası kullanabildiğini ortaya koymuşlardır. Aydemir (2003) çalışmasında, sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki çalışmalarını genellikle sosyal servisler ve hasta odalarında çok azının (%1,9) ise görüşme odalarında sürdürdüklerini ortaya koymuştur. Görüşme odasına sahip olmayan sosyal hizmet uzmanlarının mesleklerini icra edecek en temel gereölerden birinden yoksun oldukları ve bu nedenle de mesleki benlik saygılarında düşüş olduğu düşünölebilir. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki doyum alabilmeleri ve mesleki benlik saygılarının yüksek olabilmesi için mesleki uygulamalarını geröekleştirebilecekleri, görüşmeler yapabilecekleri bir odalarının olması gerektiği söylenebilir. Görüşme odasına sahip tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygıları yüksektir.

Araştırmaya dahil olan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygı ölçeği puanlarının mesleki görüşme süresine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığı, söz konusu farkın 15 dk ve daha kısa süre görüşme yapan sosyal hizmet uzmanlarından kaynaklandığı, bu grupta yer alanların diğer gruplarda yer alanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşük puan aldıkları ve mesleki benlik saygılarının düşük olduğu görülmüştür. Mesleki görüşmeler ile günlük sohbetler arasındaki en önemli farklardan biri görüşmenin belirli bir zaman dilimi içerisinde amaca uygun olarak sürdürülmesidir. Görüşmeler amaca ulaşmayı mümkün kalacak kadar uzun olmalıdır, çok kısa ya da çok uzun süren görüşmeler hem sosyal hizmet uzmanı hem de müracaatçı için yararsız olacaktır (Kadushin ve Kadushin, 2013). Mesleki görüşmelerde ideal süre 30-50 dakikadır. 30 dakikanın altında süren görüşmelere mesleki görüşmeden çok bilgilendirme görüşmesi demek daha doğru olacaktır (Levounis, 2017). Kısa süreli yapılan mesleki görüşmelerde sorunun özüne yeterince inilemeyeceği, müracaatçının yaşamış olduğunu soruna dair gerçekçi ve etkili bir paylaşım yapamayacağı göz önünde bulundurulursa kısa süreli mesleki görüşmeler yapan sosyal hizmet uzmanlarının düşük mesleki benlik saygısına sahip olmalarının nedeni anlaşılabilir. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygılarını yüksek tutabilmeleri için yeterli ve verimli mesleki görüşmeler yapabilmelerinin önemli olduğu söylenebilir.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı düzeyleri ve mesleki benlik saygılarının sosyo-ekonomik ve mesleki değişkenlere göre farklılaşma durumlarına bakılmıştır. Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı puanlarının cinsiyete göre farklılaşmazken, eğitim düzeyi, mesleki deneyim yılı, görüşme odasının mevcudiyeti, görüşme süreleri gibi unsurlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarıyla ilgili şu önerilerde bulunulabilir:

- Hastane yönetimlerinin mevcut hizmetlerin en iyi şekilde yürütülmesini sağlamak için gereken koşulları sağlamaları ve böylece tüm çalışanlarla birlikte sosyal hizmet uzmanlarının da mesleki benlik saygıları arttırılabilir,
- Lisansüstü eğitim mesleki benlik saygısını arttırmaktadır. Ayrıca daha üst bir eğitim seviyesine çıkardığı gibi kişilerin mesleğine ve hizmetine olan olumlu bir yansıması da mutlak surette meydana gelmektedir. Bu nedenle hem lisans üstü eğitimin desteklenmesi, hem de ilgili alanda uzmanlık kazandıracak mezuniyet sonrası eğitimlerin arttırılması önemli bir sonuç olarak görülmektedir. Bunun için hizmet içi eğitimleri yoluyla kişisel ve mesleki gelişim sağlanabilir, gerekli durumda lisans üstü programlar tezli ve tezsiz biçimleri ile arttırılabilir.
- Genç sosyal hizmet uzmanlarının alan akademisyenlerinden ve deneyimli sosyal hizmet uzmanlarından danışmanlık ve süpervizörlük almaları erken dönemde yaşanabilecek tükenmişlik ile mesleki değersizleşmeyi önleyeceği ve mesleki benlik saygısını arttıracığı için önemlidir.

- Sosyal hizmet uzmanlarının görüşme sürelerini artırmak için görüşme becerilerini geliştirmeleri, görüşme süresine etki edebilecek klinik becerileri kazanmaları önerilmektedir.
- Hastane yöneticilerinin Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (2011) usul ve esaslarını uygulamaları ve tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının ihtiyaç duydukları görüşme odalarını oluşturmaları meslek elemanlarının benlik saygıları açısından önemlidir.

Kaynakça

1. Alhajjar, B., Alhajjar, M., & Alhajjar, E. (2012). Burnout and self-esteem among social workers in Gaza-Palestine. *Journal of AlAzhar University (Humanities)*, 14(1), 21-34.
2. Arıca, O.T. (1999). *Grupla psikolojik danışma yoluyla benlik ve meslekî benlik saygısının geliştirilmesi*. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
3. Arıca, T., & Dilmaç, B. (2003). Psikolojik danışma ve rehberlik öğrencilerinin bir takım değişkenler açısından benlik saygısı ile mesleki benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 1-7.
4. Aydemir, İ. (2003). *Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
5. Bilge, F., Sayan, A., & Kabakçı, F.Ö. (2009). Aile mahkemesi uzmanlarının meslek doyumları, yaşam doyumları ve ilişkilere yönelik inançlarının incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (32), 20-31.
6. Biroğlu, K.B. (2015). *Farklı branş öğretmenlerinin akademik iyimserlikleri ile mesleki benlik saygıları arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine bir araştırma*. Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
7. Clearfield, S. (1977). Professional Self-Image of the Social Worker: Implications for Social Work Education. *Journal of Education for Social Work*, 13(1), 23-30
8. Duyan, V., Özbulut, M., & Sayar, Ö., Ö. (2008). Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak. *Sosyal Çalışma Yayınları*. 2008. Ankara.
9. Duyan, V. (2014). Sosyal Hizmet "Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri". *Sosyal Çalışma Yayınları*, Ankara.
10. Friedlander, W. A., & Apte, R. Z. (1980). *Introduction to Social Welfare*. Prentice Hall.
11. Gürbüz, A. (2007). An assesment on the effect of education level on the job satisfaction from the toursim sector point of view.
12. Işıkhan, V. (1993). *Sosyal hizmet uzmanlarının iş doyumları*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
13. Kadioğlu, F. (2014). *Psikolojik danışmanların mesleki doyum ile kendi saygıları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
14. Kadushin, A., & Kadushin, G. (2013). *The Social Work Interview*. 5th edition, Columbia University Press New York.
15. Karasar, N. (2003). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. (Scientific Research Methods). Nobel Yayınları, Ankara.
16. Khezerlou, E. (2017) Professional self-esteem as a predictor of teacher burnout across Iranian and Turkish EFL teachers. *Iranian Journal of Language Teaching Research*, 5(1), 113-130.
17. Kiriş, B. (2016). *Öğretmen algılarına göre okul müdürlerinin dönüştürücü liderlik özellikleri ile öğretmenlerin mesleki benlik saygıları arasındaki ilişki*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
18. Kutlu, M., & Soğukpınar, E. (2015). Rehber öğretmenlerin benlik saygısı ile mesleki benlik saygısı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *e-International Journal of Educational Research*. 6 (1), 84-101.

19. Levounis, P., Arnaut, B., & Marienfeld, C. (2017). Motivational Interviewing For Clinical Practice. American Psychiatric Association Publishing.
20. Özbesler, C. (2013). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(2), 6-12.
21. Özkan, İ. (1994). Benlik saygısını etkileyen etkenler. *Düşünen Adam Dergisi*, 7(3), 4-9.
22. Perez, A., & Aguilar, D. (2014). Professional Self-Esteem And Professional Development Of Unemployed People. *The Past, the Present and the Future of Educational Research J.* <http://www.eera-ecer.de/ecer-programmes/conference/19/contribution/32009/> 23.12.2017
23. Serin, H. (2006). *İlköğretim okulu yöneticilerinin mesleki benlik saygısı*. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
24. Soğukpınar, E. (2014). *Rehber öğretmenlerin benlik saygısı ile mesleki benlik saygısı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
25. Sverker., A, Östlund, G., Börjeson, M., Hagerström, M., & Gafvels, C. (2007). The Importance of Social Work in Healthcare for Individuals with Rheumatoid Arthritis. *Quality in Primary Care*, 25 (3), 138-147.
26. Şener, K.D., Karaca, A., Açıkgöz, F., & Süzer, F. (2011). Hemşirelik eğitimi mesleki benlik saygısını değiştirir mi?, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 12-16.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı. (16 Şubat 2011. Sayı:7465) Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/bc20014fff8047eaa8bbf68bdd4762f6.pdf>
28. Tekirgöl, D.Y.(2011). *Çalışanlarda mesleki benlik saygısı iş tatmini ve yaşam mutluluğu ile ilişkisi*. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
29. Toprak, Ş. (2007). *İlköğretim okulu yöneticilerinin yaşam değeri ile mesleki benlik saygıları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yedi Tepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi.
30. Turan, N. (1979). Tıbbi sosyal hizmet (Yayınlanmamış bir makale). Ankara: SHA. Akt. Duyan (1996).
31. Tümkaya, S. (2001). Hastalık yönetimi ve sosyal çalışmacılar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 12(3), 59-63.
32. Twenge, M.J., & Campell, K.W. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: a cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 321-344.
33. Ulucan-Özkan, E. (2018). Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının işyerinde sosyal destek algısı, mesleki benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi.
34. Ulucan-Özkan, U.E., Uçan, G., & Baydur, H. (2019). Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının işyerinde sosyal destek algısı, mesleki benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 13, 10-29.
35. Uludağ, A., & Tekin, H.H.(2017). Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmet. İçinde: Tıbbi ve Psiko-Sosyal Hizmet, Anadolu Üniversitesi.
36. Wright, B. E., & Davis, B. S. (2003). Job satisfaction in the public sector: The role of the work environment. *The American review of public administration*, 33(1), 70-90.
37. Yerebakan, H.B. (2007). *Resmi ilköğretim okullarında görev yapan eğitim yöneticilerinin benlik saygısı ve denetim odağı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
38. Yıldırım, Y., Kırmoğlu, H., & Temiz, A.(2010). Beden eğitimi ve spor öğretmenlerinin mesleki benlik saygısı düzeylerinin. incelenmesi (Hatay ili örneği). *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*, 12, 29-35.
39. Yılmaz, A.H. (2016). Bir derleme: benlik kavramına ilişkin bazı yaklaşımlar ve tanımlamalar. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 48, 79-89.
40. Zastrow, C. (2013). Sosyal Hizmete Giriş. Nika Yayınevi, 1. Baskı 2013, Ankara.
41. Zengin, O. (2011). Sosyal hizmetin sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3), 29-



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr