

TOPLUM VE SOSYAL HİZMET

Society and Social Work

ISSN: 1302-7867

Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü Yayını

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

CLT/Volume: 15

SAYI/Issue: 2

AY/Month: Ekim

YIL/Year: 2004

TOPLUM ve SOSYAL HİZMET
Society and Social Work

ISSN 1302-7867



TOPLUM ve SOSYAL HİZMET



Society and Social Work

Hakemli Dergidir.
Blind Peer Reviewed Journal

Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü Yayını
Publication of Social Work Department Faculty of Economics and
Administrative Sciences, Hacettepe University

CİLT/Volume:15 SAYI/Number: 2 AY/Month: EKİM YIL/Year: 2004

H.Ü.İ.İ.B.F. Fakültesi Adına
On Behalf of H.U.
Economics and Administrative Sciences Faculty

SAHİBİ/PUBLISHER

Prof.Dr. Orhan MORGİL

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ/EDITING AUTHORITY

Prof.Dr. Orhan MORGİL

YAYIN KURULU BAŞKANI/CHIEF EDITOR

Prof.Dr. Orhan MORGİL

YAYIN KURULU BŞK. YRD./ASSOCIATE EDITOR

Prof.Dr. Sevil ATAUZ

YAYIN KURULU/EDITORIAL BOARD

Prof.Dr. İlhan TOMANBAY
Doç.Dr. Nilgün KÜÇÜKKARACA
Yrd.Doç.Dr. Özlen ÇELEBİ

YAYIN KURULU SEKRETERİ/EDITORIAL SECRETARY

Arş. Gör. Ercüment ERBAY

İNGİLİZCE EDITÖR/ENGLISH EDITOR

Yrd.Doç.Dr. M. Sibel DİNÇEL

YAYIN TÜRÜ/TYPE OF PUBLICATION

YEREL SÜRELİ YAYIN

YAYIN DİLİ: Türkçe

YAYINLANMA BİÇİMİ: 6 ayda bir

BASIM TARİHİ/PUBLICATION DATE

17.01.2007

BASIMCININ TİCARİ ÜNVANI/TRADE TITLE OF PUBLISHER

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ BASIMEVİ

06100, Sıhhiye-Ankara Tel: (0312) 310 97 90

YAYIN YÖNETİM YERİ/ADMINISTRATION OFFICE OF PUBLICATION

Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Beytepe/Ankara Tel: 0312 297 68 30

HAKEM KURULU/ADVISORY BOARD

AKŞİT, Prof. Dr. Belma (Manas Üniversitesi İletişim Fakültesi); AKYÜZ, Prof. Dr. Emine (Ankara Ü. Eğitim Bilimleri F.); ARIKAN, Doç. Dr. Çiğdem (Hacettepe Ü. Sosyal Hizmetler Y.O. Emekli Öğretim Üyesi); ARTAN, Prof. Dr. İsmihan (Hacettepe Ü. Ev Ekonomisi Y.O.Çocuk Gelişimi Bölümü); ASLAN, Prof. Dr. Perihan (Hacettepe Ü. Sağlık Teknolojisi Y.O.); ATAÜZ, Prof. Dr. Sevil (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı.); BABAĞOĞLU, Prof. Dr. Müberra (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü); BERTAN, Prof. Dr. Münevver (Uluslararası Çocuk Merkezi Derneği Genel Müdürü) BEYAZOVA, Prof. Dr. Üfuk (Gazi Ü. Tıp F.); BİLİR, Prof. Dr. Nazmi (Hacettepe Ü. Tıp F.); BOZCUK, Prof. Dr. A. Nihat (Hacettepe Ü. Fen F.); BULUT, Prof. Dr. Işıl (Başkent Ü. Sağlık Bilimleri F. Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı); CILGA, Doç. Dr. İbrahim (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); ÇAKMAKLI, Prof. Dr. Kemal (İstanbul Ü. Çapa Tıp F.); ÇETİNGÖK, Prof. Dr. Muammer (Tennessee Ü. A.B.D.); ÇOK, Prof. Dr. Figen (Ankara Ü. Eğitim F.); ÇOTUKSÖKEN, Prof. Dr. Betül (Maltepe Ü. Fen Edebiyat F.); DEMİRÖZ, Yrd. Doç. Dr. Filiz (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); DÖKMEN, Prof. Dr. Üstün (Ankara Ü. Eğitim Bilimleri F.); DUYAN, Doç. Dr. Veli (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); EMİROĞLU, Prof. Dr. Vedia (Hacettepe Ü. Sosyal Hizmetler Y.O. Emekli Öğretim Üyesi); ERDİL, Prof. Dr. Fethiye (Hacettepe Ü. Hemşirelik Y.O.); ERKAN, Prof. Dr. Gönül (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); GELBAL, Doç. Dr. Selahattin (Hacettepe Ü.); GÖKÇE, Prof. Dr. Birsan (Hacettepe Ü. İktisadi ve İdari Bilimler F. Emekli Öğretim Üyesi); GÖKLER, Prof. Dr. Bahar (Hacettepe Ü. Tıp F.); GÖNEN, Prof. Dr. Emine (Ankara Ü. Ev Ekonomisi Y.O.); GÜLER, Prof. Dr. Çağatay (Hacettepe Ü. Tıp F.); GÜVENÇ, Prof. Dr. Bozkurt (Hacettepe Ü. Edebiyat F. Emekli Öğretim Üyesi); İŞIKHAN, Doç. Dr. Vedat (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); İL, Doç. Dr. Sunay (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); KAHRAMANOĞLU, Doç. Dr. Ertan (Başkent Ü. Sağlık Bilimleri F. Sosyal Hizmet Bölümü); KARATAŞ, Doç. Dr. Kasım (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); KARTAL, Prof. Dr. Kemal (İnönü Ü. İktisadi ve İdari Bilimler F.); KAYIHAN, Prof. Dr. Hülya (Hacettepe Ü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Y.O.); KELEŞ, Prof. Dr. Ruşen (Doğu Akdeniz Ü. Hukuk F. K.K.T.C.); KOÇYILDIRIM, Doç. Dr. Şener (Hacettepe Ü. Sosyal Hizmetler Y.O. Emekli Öğretim Üyesi); KONANÇ, Prof. Dr. Esin (Doğu Akdeniz Ü. Hukuk F. K.K.T.C.); KONGAR, Prof. Dr. Emre (Yıldız Ü. İktisadi ve İdari Bilimler F.); KUÇURADI, Prof. Dr. İoanna (Hacettepe Ü. Edebiyat F.); KUMBASAR, Prof. Dr. Hakan (Ankara Ü. Tıp F.); KUT, Prof. Dr. Sema (Hacettepe Ü. Sosyal Hizmetler Y.O. Emekli Öğretim Üyesi); KUTLUK, Prof. Dr. Tezer (Hacettepe Ü. Tıp F.); KÜÇÜKKARACA, Doç. Dr. Nilgün (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); MAVİLİ AKTAŞ, Doç. Dr. Aliye (Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü); ONAT, Yrd. Doç. Dr. Ümit (Hacettepe Ü. Sosyal Hizmetler Y.O. Emekli Öğretim Üyesi); ORTAYLI, Prof. Dr. İlber (Bilkent Ü.); OTO, Prof. Dr. Remzi (Dicle Ü. Tıp F.); ÖKTEM, Prof. Dr. Ferhunde (Hacettepe Ü. Tıp F.); ÖNGEL, Prof. Dr. Erkan (Uygulamalı İstatistik Emekli Öğretim Üyesi); ÖZBAY, Prof. Dr. Ferhunde (Boğaziçi Ü. Fen Edebiyat F.); ÖZTEK, Prof. Dr. Zafer (Hacettepe Ü. Tıp F.); PEKCAN, Prof. Dr. Hikmet (Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi); SAYIL, Prof. Dr. Işık (Ankara Ü. Tıp F.); ŞAHİN, Doç. Dr. Fatih (Başkent Ü. Sağlık Bilimleri F.); ŞİMŞEK, Doç. Dr. Zeynep (Harran Ü. Tıp F.); TERAKYE, Prof. Dr. Gülşen (Dokuz Eylül Ü. Hemşirelik Y.O.); TOMANBAY, Prof. Dr. İhan (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); TOROS, Prof. Dr. Aykut (Hacettepe Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü Emekli Öğretim Üyesi); TUFAN, Prof. Dr. A. Beril (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); TUFAN, Doç. Dr. İsmail (Akdeniz Ü. Fen Edebiyat F.); TUNÇBILEK, Prof. Dr. Ergül (Hacettepe Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü); TURAN, Prof. Dr. Nihal (Hacettepe Ü. Sosyal Hizmetler Y.O. Emekli Öğretim Üyesi.); TÜMKAYA, Yrd. Doç. Dr. Songül (Çukurova Ü. Eğitim F.); ULUĞTEKİN, Prof. Dr. Sevdâ (Hacettepe Ü. Sosyal Hizmetler Y.O. Emekli Öğretim Üyesi); ÜNAL, Prof. Dr. Serhat (Hacettepe Ü. Tıp F.); ÜNER, Prof. Dr. Sunday (Hacettepe Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü Emekli Öğretim Üyesi); ÜNLÜ, Doç. Dr. Erden (Hacettepe Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü); VOLTAN ACAR, Prof. Dr. Nilüfer (Hacettepe Ü. Eğitim F.); YILDIRAK, Prof. Dr. Nurettin (Ankara Ü. Ziraat F. Tarım Ekonomisi Emekli Öğretim Üyesi); ZEYTİNOĞLU, Prof. Dr. Sezen (Ege Ü. Edebiyat F.)

İLETİŞİM ADRESİ/CONTACT ADDRESS

Arş. Gör. Ercüment ERBAY

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Sosyal Hizmet Bölümü

Fatih cad. 195, Çiftasfalt-Keçiören

06290 Ankara TÜRKİYE

Tel: +90 312 355 21 30/176

Faks: +90 312 355 57 71

<http://www.tsh.hacettepe.edu.tr>

E-Posta: tsh@hacettepe.edu.tr

İÇİNDEKİLER

- 7-16 *Ankara'da Bulunan İki Lise ve Bir Üniversitede Okuyan Öğrencilerle Yapılan Dört Araştırmanın Silah Taşıma Ve Şiddet Davranışları Yönünden İncelenmesi*
The Examination of Violence And Weapon-Carrying in Four Different Studies Conducted in Two High-School and One University in Ankara Güledal BOZTAŞ
Hilal ÖZCEBE
Sarp ÜNER
Nesrin ÇİLİNGİROĞLU
Mecit GÖKÇİMEN
Derya ÇAMUR
- 17-30 *Geniş Ailede ve Çekirdek Ailede Yaşayan Çocukların Aile Ortamını Algulamalarının İncelenmesi*
The Study of The Perception of Family Life Among Children Living in Extended and Nucleus Families Figen GÜRİSOY
Tuğba COŞKUN
- 31-38 *Özürlülüğe İlişkin Modeller ve Sosyal Hizmet Uygulamaları*
Models of Disability and Social Work Practices Gönül ERKAN
- 39-50 *Yaşlı Eysizler ve Sosyal Hizmet Müdahaleleri*
The Homeless Elderly and Social Work Interventions Vedat IŞIKHAN
- 51-66 *Hemşirelerin Hastaların Problem Özelliklerine Yönelik Algıları*
Nurses' Perception of Problem Characteristics of the Patients Veli DUYAN
Semra SARUÇ
- 67-72 *Çocukların Cinsiyet Rol Kazanımında Televizyonun Etkisi*
The Effects of Television On Childrens' Acquisition of Sex Role Zeynep ÇETİN
- 73-82 *Yoksulluk ve Çocuklarda Büyüme-gelişme*
Poverty and Growth-Development in Children Zeynep ŞİMŞEK
Mehmet Ali KURÇER
Miyaser KAYAHAN
Fatma ERSİN
Fatma GÖZÜKARA
- 83-93 *The Effects of Gender Differences On Social Work Student's Locus of Control And Ways of Coping In Turkey*
Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Denetim Odağı ve Başetme Yolları Üzerinde Toplumsal Cinsiyet Farklılıklarının Etkileri Sunay İL
Veli DUYAN

ANKARA'DA BULUNAN İKİ LİSE VE BİR ÜNİVERSİTEDE OKUYAN ÖĞRENCİLERLE YAPILAN DÖRT ARAŞTIRMANIN SİLAH TAŞIMA VE ŞİDDET DAVRANIŞLARI YÖNÜNDEN İNCELENMESİ

The Examination of Violence And Weapon- Carrying in Four Different Studies Conducted in Two High-Schools and One University in Ankara

Güledal BOZTAŞ*, Hilal ÖZCEBE**,
Sarp ÜNER*, Nesrin ÇİLİNGİROĞ-
LU**, Mecit GÖKÇİMEN*,
Derya ÇAMUR*

*Araştırma Görevlisi Dr., Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Ankara'da bulunan iki lise ve bir üniversite-
de yapılan araştırmalardaki silah taşıma ve
şiddet davranışları incelenmiştir. Araştırma-
lar kesitsel tiptedir. Toplam 723 erkek ve 800
kız öğrenciye ulaşılmıştır. Lise I ve üniversite
I çalışmalarında şiddet uygulayan erkek öğ-
rencilerin üçte ikisi, lise II çalışmasında ya-
rısı ve üniversite II çalışmalarında üçte biri
silah taşıdıklarını belirtmişlerdir ($p < 0,05$).
Şiddete maruz kalan öğrencilerin daha fazla
silah taşıdıkları saptanmıştır. Araştırmadaki
öğrencilerin silah taşıma yüzdesi birçok ül-
kedeki adolesanların silah taşıma yüzdesine
göre yüksektir. Sınıf düzeyi yükseldikçe öğ-
rencilerin ateşli silah taşımaları artmakta-
dır. Silah taşıyan öğrenciler silah taşımayan
öğrencilere göre daha fazla şiddet uygula-
makta ve şiddete maruz kalmaktadırlar.

Anahtar Sözcükler: Silah taşıma, şiddet,
adolesan

ABSTRACT

Weapon-carrying and violence are examined
in two high-schools and one university in
Ankara. These examinations are made cross-
sectional. 723 boys and 800 girls (students)
have participated. Two third of the boys in
High-school I and University I, half of the
boys in High-school II and one third of the
boys in University II practising violence
carried weapons ($p < 0,05$). The number
of students subjected to violence carrying
weapons was more. Weapon carrying
percentage in adolescents found in this study
is higher when compared to other countries.
Gun carrying was discovered to be higher
in higher grades. Weapon carrying students
practised and are subjected to violence more
than the other students.

Keywords: Weapon-carrying, violence,
adolescent

GİRİŞ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde adolesanların ölümlerine ve hastalıklarına çoğunlukla önlenemez nitelikteki risk davranışları neden olmaktadır (Anteghini ve diğ.,2001:295-302). Adolesan dönemde risk alma davranışları aynı zamanda erişkin dönem sağlığını etkileyen önemli etmenler arasındadır (Dowdell ve Santucci, 2003:187-194). Adolesan dönemde sıklıkla görülen risk davranışları madde ve alkol kullanımı, güvensiz cinsellik, şiddete maruz kalma veya şiddet uygulama, silah taşıma, yeme davranışı bozuklukları, riskli araba kullanımı vb. olarak sıralanmaktadır (Feijo ve Oliveira, 2001:125-134). Adolesan dönemde bir risk davranışı ikinci bir risk davranışına sahip olma olasılığını arttırmaktadır (Anteghini ve diğ., 2001:295-302; Williams ve diğ., 2002:551-567; Simon ve diğ., 1999:340-348).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde adolesan dönem ölüm nedenlerinin başında kendine yönelik ya da başkası tarafından uygulanan şiddet gelmektedir. Adolesan dönemde psikososyal gelişimin hızlı olması sosyal çevre ile iletişim eksiklikleri kendini güvende hissetmeme ya da saldırgan davranışları olması şiddet olaylarının görülme sıklığını arttırmaktadır (Feijo ve Oliveira, 2001:125-134). Son yıllarda yapılan çalışmalar adolesan dönemde şiddet olaylarının arttığını göstermektedir (Malek ve diğ., 1998:94-102). Adolesan şiddeti arkadaş arasında ya da aile içinde gözlenmektedir. Şiddet davranışlarının artmasıyla birlikte adolesan dönemde silah taşıma davranışının da arttığına ilişkin araştırma bulguları mevcuttur (Malek ve diğ., 1998: 94-102).

Gelişmiş ülkelerde silah taşıma ve şiddet arasındaki ilişkileri ele alan araştırmalara karşılık Türkiye'de bu konu henüz gündemde olan halk sağlığı konuları arasında yer almamaktadır. Bu çalışmada Ankara'da bulunan iki lise ve iki yüksekokulda okuyan öğrencilerle yapılan araştırmalardaki silah taşıma ve şiddet davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL – METOD

Bu çalışmada Ankara'da bulunan iki lisede ve bir üniversitede okuyan öğrencilerle yapılan dört ayrı çalışma, öğrencilerin silah taşıma ve şiddet davranışları açısından incelenmiştir. Çalışmada kullanılan araştırmaların özellikleri Çizelge 1'de özetlenmektedir. Çalışmanın evrenini 1 nolu çalışmada, bir lisede 2003-2004 eğitim yılında okuyan lise bir, iki ve üçüncü sınıf öğrencileri (Bayram ve diğ.,2004), 2 nolu çalışmada, bir başka lisede 2003-2004 eğitim yılında okuyan lise bir ve üçüncü sınıf öğrencileri (Aydın ve diğ.,2003), 3 nolu çalışmada bir üniversitenin üç yüksek okul ve bir fakültesinde okuyan üçüncü sınıf öğrencileri (Eren ve diğ.,2003), 4 nolu çalışmada ise aynı üniversitenin bir başka fakültesinde okuyan son sınıf öğrencileri oluşturmaktadır (İşleten ve diğ.,2003). Liselerde yapılan çalışmalarda örneklem büyüklüğü hesaplanmamış, üniversitede yapılan çalışmalarda ise örneklem seçilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmalarda veri toplamak için anket formu kullanılmıştır. Her dört çalışmadaki anket formlarının şiddet uygulama/maruz kalma ve silah taşıma ile ilgili ortak soruları bu çalışmada kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan değişkenler yaş,

Çizelge 1. Araştırmalarda Yer Alan Okullar ve Araştırmaların Özellikleri

No	Kaynak	Yıl	Semt	Okul tipi	N	Örneklem büyüklüğü	Araştırma tipi	Veri toplama yöntemi
1	BAYRAM ve diğ.	2004	Eryaman	Klasik lise	1313	515	Kesitsel	GAA*
2	AYDIN ve diğ.	2003	Keçiören	Klasik lise	1634	523	Kesitsel	GAA
3	EREN ve diğ.	2003	Sıhhiye	Üç Yüksek Okul ve bir fakülte	263	236	Kesitsel	GAA
4	İŞLETEN ve diğ.	2003	Sıhhiye	Bir fakülte	294	249	Kesitsel	GAA

*GAA: Gözlem altında anket

cinsiyet, okul tipi, şiddet uygulama, şiddete maruz kalma ve silah taşıma durumudur. İstatistiksel analizlerde kıkare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmada yer alan araştırmalarda 723'ü erkek (%47,5) ve 800'ü kız (%52,5) toplam 1523 öğrenciye ulaşılmıştır (Çizelge 2).

Bir no'lu çalışmada öğrencilerin yaş ortalamaları $16,3 \pm 1,1$ yıl, iki no'lu

çalışmada öğrencilerin yaş ortalamaları $16,3 \pm 1,2$ yıl ve üniversite yapılan çalışmalarda ise öğrencilerinin yaş ortalamaları sırasıyla $22,3 \pm 1,5$ yıl ve $24,6 \pm 1,1$ yıldır. Araştırmalarda genel olarak öğrenciler, duygusal şiddeti daha çok uyguladıklarını veya arkadaşları tarafından duygusal şiddete daha fazla maruz kaldıklarını belirtmektedirler. Öğrencilerin uğradıkları şiddette ikinci sırada fiziksel şiddet yer almaktadır. Lisede okuyan erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha fazla fiziksel ve cinsel şiddet uyguladıklarını belirtmektedirler.

Çizelge 2. Araştırmalarda Yer Alan Öğrencilerin Okullara ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

	Erkek		Kız		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Lise I	269	52,2	246	47,8	515	33,8
Lise II	259	49,5	264	50,5	523	34,3
Üniversite I	68	28,8	168	71,2	236	15,5
Üniversite II	127	51,0	122	49,0	249	16,4
Toplam	723	47,5	800	52,5	1523	100,0

Çizelge 3. Araştırmalarda Yer Alan Öğrencilerin Arkadaşlarına Şiddet Uygulama ve Arkadaşları Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Yüzde Dağılımı

		Şiddet		n
	Fiziksel	Cinsel	Duygusal	
Şiddet Uygulama				
Erkek				
Lise I	15,2	10,0	14,1	269
Lise II	7,3	6,6	14,7	259
Üniversite I	2,9	1,5	7,4	68
Üniversite II	1,6	1,6	8,7	127
Kız				
Lise I	4,4	1,2	9,3	246
Lise II	4,9	1,1	16,3	264
Üniversite I	3,6	-	5,4	168
Üniversite II	3,3	0,8	13,1	122
Şiddete Maruz kalma				
Erkek				
Lise I	8,1	4,8	8,5	269
Lise II	2,7	5,8	11,6	259
Üniversite I	1,5	2,9	10,3	68
Üniversite II	2,4	0,8	9,4	127
Kız				
Lise I	2,4	0,4	8,1	246
Lise II	1,1	1,5	11,7	264
Üniversite I	3,0	1,2	11,3	168
Üniversite II	2,5	0,8	9,8	122

Üniversitede okuyan erkek öğrenciler kız öğrencilere göre cinsel şiddeti, kız öğrenciler de erkek öğrencilere göre fiziksel şiddeti daha fazla uyguladıklarını ifade etmektedirler. Lisede okuyan erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha fazla fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Üniversitede okuyan öğrencilerde ise kızların

fiziksel şiddete daha çok maruz kaldıkları görülmektedir (Çizelge 3).

Araştırmalarda erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre yanlarında daha fazla silah taşıdıkları görülmektedir. Lisedeki öğrencilerin üniversitedeki öğrencilere göre yanlarında daha fazla silah taşıdıkları bulunmuştur (Çizelge 4).

Çizelge 4. Araştırmalarda Yer Alan Öğrencilerin Son Bir Yıl İçinde Yanlarında Silah Taşıma Durumlarının Dağılımları

Silah Taşıma Durumu						
	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Lise I	269	40,1	246	4,1	515	22,9
Lise II	259	22,8	264	5,3	523	14,0
Üniversite I	68	23,5	167	4,8	235	10,2
Üniversite II	18	14,2	122	11,5	249	12,9

Araştırmalarda yer alan öğrencilerin yanlarında daha çok çakı taşıdıkları görülmektedir. Tabancayı lise öğrencilerinin (Lise I %6,2 ve Lise II %4,2) üniversite öğrencilerine (Üniversite I %1,2 ve Üniversite II %2,0) göre daha fazla taşıdıkları görülmektedir (Çizelge 5).

Her dört araştırmada da şiddet uygulayan ve şiddet uygulamayan erkek öğrencilerdeki silah taşıma ve taşımama arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Lise I ve üniversite I de okuyan şiddet uygulayan erkek öğrencilerin üçte ikisi yanlarında silah taşıdıklarını belirtmektedirler. Lise II'de şiddet uygulayan erkek öğrencilerin yarısı ve üniversite II'de şiddet uygulayan

erkek öğrencilerin ise üçte biri yanlarında silah taşıdıklarını belirtmişlerdir. Şiddet uygulamayan erkek öğrencilerin yanlarında daha az silah taşıdıkları görülmektedir (Lise I %27,7, Lise II %14,3, Üniversite I %19,4 ve Üniversite II %11,5). İstatistiksel olarak sadece bir okulda fark bulmakla beraber şiddet uygulayan kızların şiddet uygulamayan kızlara göre yanlarında daha fazla silah taşıdıkları görülmektedir (Çizelge 6).

Şiddete maruz kalan ve kalmayan gruplarda silah taşıma ve taşımamanın ki-kare analizi sonucunda ise lise de okuyan şiddete maruz kalan erkek öğrencilerin yanlarında daha fazla silah taşıdıkları istatistiksel olarak anlamlı

Çizelge 5. Araştırmada Yer Alan Öğrencilerin Son Bir Yıl İçinde Yanlarında Buldukları Silahların Dağılımı

	Lise I (n = 531)	Lise II (n = 523)	Üniversite I (n = 236)	Üniversite II (n = 249)
Çakı	12,0	6,5	7,2	8,4
Kelebek	10,9	6,8	0,8	1,2
Sallama	7,3	8,0	0,4	0,8
Sustalı	8,8	4,9	2,5	0,4
Tabanca	6,2	4,2	1,2	2,0
Muşta	4,3	1,3	-	0,4
Avcı bıçağı	4,1	0,9	0,8	0,8

Çizelge 6. Okullarda Cinsiyete ve Şiddet Uygulama Davranışına Göre Silah Taşıma Davranışının Dağılımı

Cinsiyet	Okul	Şiddet uygulayan			Şiddet uygulamayan			p**
		Silah			Silah			
		Taşıyan	Taşımayan	Toplam*	Taşıyan	Taşımayan	Toplam*	
Erkek	Lise I	66,7	33,3	84	27,7	72,3	177	0,000
	Lise II	49,2	50,8	49	14,3	85,7	215	0,000
	Üniversite I	66,7	33,3	6	19,4	80,6	62	0,024
	Üniversite II	35,7	64,3	14	11,5	88,5	113	0,029
Kız	Lise I	9,1	90,9	33	3,4	96,6	208	0,143
	Lise II	12,2	87,8	63	3,7	96,3	196	0,028
	Üniversite I	14,3	85,7	14	3,9	96,1	153	0,137
	Üniversite II	25,0	75,0	20	8,8	91,2	102	0,053

*Yüzdeler toplam üzerinden alınmıştır.

**Erkek ve kız için silah taşıyan ve taşımayan gruplarda şiddete maruz kalma (Evet ve Hayır) grupları arasında ki-kare analizi yapılmıştır.

bulunmuştur. Şiddete maruz kalan erkek öğrencilerinden Lise I okulunda okuyanların üçte ikisinin ve Lise II okulunda okuyanların yarısının yanlarında silah taşıdıkları görülmektedir. Üniversite düzeyindeki erkek öğrencilerde ise silah taşıma ve şiddete maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Sadece üniversitede okuyan kız öğrencilerde istatistiksel olarak anlamlı çıkmasına rağmen şiddete maruz kalan kız öğrencilerde silah taşımanın (Lise I %9,1, Lise II %11,1, Üniversite I %17,4 ve Üniversite II %29,4) şiddet maruz kalmayan kız öğrencilerdeki silah taşımaya (Lise I %3,7, Lise II %4,4, Üniversite I %2,8 ve Üniversite II %8,6) göre daha fazla olduğu görülmektedir (Çizelge 7).

TARTIŞMA

DSÖ, şiddeti, bireyin yaralanma ve ölümüne neden olan ya da gelişmesini

engelleyen fiziksel, psikososyal ve cinsel olarak uygulanan kasıtlı davranışlar olarak tanımlamaktadır. Şiddet bir grup ya da topluma yönelik de uygulanmaktadır. Adolesan dönem şiddet davranışlarının sık görüldüğü bir dönemdir. (Krug ve diğ., 2002). Bu çalışmada şiddetin fiziksel, cinsel ve duygusal boyutunu sorgulanmış olup öğrenciler duygusal şiddeti daha çok uyguladıklarını ve maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Burada duygusal şiddet tanımı verilmeyeceği için öğrencilerin duygusal şiddet diye algıladıkları oldukça geniş bir kavram olmaktadır. Duygusal şiddete göre fiziksel ve cinsel şiddet göreceli olarak kolay tanımlanabilen şiddet şekilleridir. Fiziksel şiddet uygulamanın liselerde (erkeklerde %15,2 ve %7,3; kızlarda %4,4 ve %4,9) üniversitelere (erkeklerde %2,9 ve %1,6; kızlarda %3,6 ve %3,3) göre daha fazla olduğu görülmektedir. Hayes yaş arttıkça fiziksel

Çizelge 7. Okullarda Cinsiyete ve Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Silah Taşıma Davranışının Dağılımı

Cinsiyet	Okul	Şiddete maruz kalan			Şiddete maruz kalmayan			p**
		Silah			Silah			
		Taşıyan	Taşımayan	Toplam*	Taşıyan	Taşımayan	Toplam*	
Erkek	Lise I	64,4	32,6	43	34,2	65,8	219	0,000
	Lise II	44,9	55,1	49	17,6	82,4	210	0,000
	Üniversite I	33,3	66,7	9	22,0	78,0	59	0,430
	Üniversite II	23,1	76,9	13	13,2	86,8	114	0,395
Kız	Lise I	9,1	90,9	22	3,7	96,3	216	0,233
	Lise II	11,1	88,9	36	4,4	95,6	228	0,107
	Üniversite I	17,4	82,6	23	2,8	97,2	144	0,013
	Üniversite II	29,4	70,6	17	8,6	91,4	105	0,026

*Yüzdeler toplam üzerinden alınmıştır.

**Erkek ve kız için silah taşıyan ve taşımayan gruplarda şiddete maruz kalma (Evet ve Hayır) grupları arasında ki-kare analizi yapılmıştır.

şiddet uygulamanın düştüğünü bulmuştur (Hayes, Hemenway, 1999, No.5). Üniversitede okuyan kız öğrenciler (%3,0 ve %2,5) üniversitede okuyan erkek öğrencilere (%1,5 ve %2,4) göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kalmaktadırlar. Oysa şiddet maruziyeti liselerde erkeklerde daha fazladır. Erkeklerin şiddet olayları içinde daha fazla yer almaları literatür bulgusuna paraleldir (Krug ve diğ.,2002; Bailey ve diğ.,1997:261-270; Steinman ve Zimmerman, 2003:256-364).

Şiddet davranışları yanı sıra silah taşımada adolesan dönemde sık olarak görülen risk davranışları arasındadır (Feijo ve Oliveira, 2001:125-134). Son bir yıl içinde silah taşıma erkeklerde %14,2-40,1 arasında değişirken, kızlarda %4,1-11,5 arasındadır. Adolesan ve gençlik dönemi silah taşıma yüzdesi birçok ülkedeki adolesanların silah taşıma yüzdesine göre yüksektir. ABD'de 9-12 sınıflarda ulusal bir çalışmada

son 30 gün içinde silah taşıma %17,3, Hollanda'da orta öğrenimde %21, İskoçya'da 11-16 yaş gurubu erkeklerde %34,1 ve kızlarda %8,6 en az bir defa silah taşıdıklarını ve Cope Down'da son dört hafta içinde erkeklerin %9,8'i ve kızların %1,3'ü okula bıçak getirdikleri saptanmıştır (Krug ve diğ.,2002). Araştırmada öğrencilerin liselerde üniversiteye göre yanlarında daha fazla silah bulundurdıkları dikkat çekmektedir. Bu bulgu diğer çalışma sonuçları ile uyumludur. Hayes ve Hemenway, yaptıkları bir çalışmada sınıf düzeyi yükseldikçe öğrencilerin yanlarında daha az silah taşıdıklarını göstermişler ve bunu silah taşıyan öğrencilerin daha alt sınıflarda sınıfta kalmasına bağlamışlardır (Hayes ve Hemenway, 1999: No.5). Türkiye'de de üniversite sınavının olması silah taşıyan ve diğer riskli davranışları gösteren adolesanların daha az olarak üniversite düzeyine yükselmesine neden oluyor olabilir. Yine Hayes ve

Hemenway, daha yüksek sınıflardaki silah taşıma ve şiddete bağlı yaralanma arasındaki ilişkiyi incelediklerinde öğrencinin yaşı arttıkça fiziksel kavga oranı düşmesine rağmen şiddete bağlı yaralanmaların prevalansının azalmadığını göstermişler ve bu durumu öğrencilerin yaşının artmasıyla yanlarında daha çok ateşli silah taşımalarına bağlamışlar (Hayes ve Hemenway, 1999: No.5). Bu çalışmada da öğrencilerin yanlarında silah olarak daha çok çakı bulundurdıkları görülmektedir. Liselerde öğrencilerin çakı, kelebek, sallama, sustalı gibi silahlardan sonra beşinci sıklıkta tabanca taşıdıkları, buna karşılık üniversitedeki öğrenciler yanlarında daha az silah taşımalarına rağmen tabanca taşıma sıklıkları üçüncü sıraya yükselmektedir.

Silah taşımanın şiddet davranışı içinde olmayı arttırdığına ilişkin literatür bulguları vardır. ABD'de erken 1990'larda 15-24 yaş arası gençlerde trafik kazasına bağlı ölüm hızı %15 azalmışken aynı grupta silahlı yaralanmalara bağlı ölüm hızı %40 artmıştır (Malek ve diğ., 1998:94-102). Silahlı yaralanmaların en önemli belirleyeni öğrencilerin yanlarında silah bulundurmalarıdır. Silah taşıyan erkek ve kız öğrencilerin silah taşımayan erkek ve kızlara göre daha fazla şiddet uyguladıkları görülmektedir. Diğer taraftan şiddete maruz kalanların arasında silah taşıyanların daha fazla oldukları görülmektedir. Bu bulgu literatür bulgusuna paraleldir (Lowry ve diğ., 1998:122-129). Şiddete maruz kalmak adolesanın korunma amaçlı olarak yanında silah taşıma ihtimalini arttırmaktadır. Malek'in 576 lise öğrencisi ile yaptığı bir çalışmada adolesanlar eğer kavgaya bir silahla girerlerse daha az incinebileceklerine olan inançlarını belirtmişlerdir (Malek ve diğ., 1998:94-102).

Ancak literatürde korunma amaçlı yanında silah taşıyan adolesanların daha fazla fiziksel şiddet uyguladıkları veya fiziksel şiddete maruz kaldıkları yönünde çalışmalar mevcuttur. Adolesanların silahı yanlarında daha çok korunma amaçlı taşıdıkları ancak silahın varlığı onların daha çok şiddet içerikli kavgaların içine girmesine neden olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Dowdell ve Santucci, 2003:187-194). Lowry yaptığı çalışmada fiziksel kavgaya bağlı yaralanmaların prevalansının kavgada silah bulunmasıyla arttığını göstermiştir (Lowry ve diğ., 1998:122-129).

Gelişmiş ülkelerde adolesanların silah taşıma ve şiddet davranışı içinde olmalarına ilişkin araştırmalar yapılmakta ve şiddetin ve silah taşımanın azaltılması için müdahale programları uygulanmaktadır. Türkiye'de adolesan şiddeti son yıllarda sıklıkla tartışılan konulardan birisi olmakla beraber silah taşımanın da önemli bir sorun olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Silah taşıma ve şiddet davranışları içinde olmaya yönelik halk sağlığı çalışanlarının, sosyal hizmet uzmanlarının, psikologların daha kapsamlı çalışmalar yapmalarına ve müdahale programları geliştirmelerine ivedilikle gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., Blum, R.W. (2001) "Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil", *Journal of Adolescent Health*, 28 (4) 295-302.

Aydın G., Aydın, Ö., Bahadır, E., Bahadır, E., T. Bağlan, Danışmanlar: Özcebe, H., Üner, S. (2003) "Fatih Sultan Mehmet Lisesi 2003-2004 öğrenim yılı Öğrencilerinin Beck Depresyon Envanteri ile Değerlendirilmesi", İntern çalışması, HÜTF Halk Sağlığı AD, Ankara.

- Bailey, S. L., Flewelling, R.L., Rosenbaum, D.P. (1997) "Characteristics of students who bring weapons to school", *Journal of Adolescent Health*, 20 (4) 261-270.
- Bayram, J., Dikilitaş, M.Ç., Eken, G., Kor, İ., Öz, F.N., Özyapı, A.G., Danışmanlar: Özcebe, H., Gökçimen, M. (2004) "Eryaman Lisesi 2003-2004 Yılı Öğrencilerinin Sf-36 Genel Sağlık Anketi İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", İntern çalışması, HÜTF Halk Sağlığı AD, Ankara.
- Dowdell, E.B., Santucci, M.E. (2003) "The relationship between health risk behaviors and fear in one urban seventh grade class", *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (3) 187-194.
- Eren, C., Ersoy, U.S., Hatiloğlu, U., İsmi, O., Kılıç, İ.D., Kılınçalp, S., Minareci, E. Danışmanlar: Çilingiroğlu, N., Özcebe, H., Çamur, D., Üner, S. (2003) "Hacettepe Üniversitesi Merkez Yerleşkesi'nde Sağlıkla İlgili Bazı Bölümlerinde Okuyan Öğrencilerin Risk Davranışlarının Değerlendirilmesi", İntern çalışması, HÜTF Halk Sağlığı AD, Ankara.
- Feijo, R. B., Oliveira, E.A. (2001) "Risk behavior in adolescence", *Jornal de Pediatria*, 77 (2) 125-134.
- Hayes, D. N., Hemenway, D. (1999) "Age-within-school-class and adolescent gun carrying", *Pediatrics*, 103 (5).
- İşleten, B., Kır, E., Küçükkelçi, İ., Madran, F.S., Özbostancı, B., Özkan, Ş.S., Danışmanlar: Özcebe, H., Çilingiroğlu, N., Çamur, D., Üner, S. (2003) "Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Bazı Risk Davranışlarının Saptanması", İntern çalışması, HÜTF Halk Sağlığı AD, Ankara.
- Lowry R., Powell, K.E., Kann, L., Collins, J.L., Kolbe, L.J. (1998) "Weapon-carrying, physical fighting, and fight related injury among U.S. adolescents", *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (2) 122-129.
- Malek, M.K., Chang, B.H., Davis, T.C. (1998) "Fighting and weapon-carrying among seventh-grade students in Massachusetts and Louisiana", *Journal of Adolescent Health*, 23 (2) 94-102.
- Simon, T.R., Crosby, A.E., Dahlberg, L.L. (1999) "Students who carry weapons to high school comparison with other weapon-carriers", *Journal of Adolescent Health*, 24 (5) 340-348.
- Steinman K.J., Zimmerman, M.A. (2003) "Episodic and persistent gun-carrying among urban African-American adolescents", *Journal of Adolescent Health*, 32 (5) 256-364.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002) "World Report On Violence And Health". Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (ed), Geneva.
- Williams, S. S., Mulhall, P.F., Reis, J.S., De-Ville, J.O. (2002) "Adolescents carrying handguns and taking them to school: Psychosocial correlates among public school students in Illinois", *Journal of Adolescence*, 25 551-567.

GENİŞ AİLEDE VE ÇEKİRDEK AİLEDE YAŞAYAN ÇOCUKLARIN AİLE ORTAMINI ALGILAMALARININ İNCELENMESİ

The Study of The Perception of Family Life Among Children Living in Extended and Nucleus Families

Figen GÜRSOY*
Tuğba COŞKUN**

* Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi
Yüksekokulu Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabi-
lim Dalı Öğretim Üyesi

** Bilim Uzmanı; Ev Ekonomisi (Çocuk Gelişimi
ve Eğitimi) Anabilim Dalı

ÖZET

*Bu araştırma büyük anne ve babası ile birlik-
te yaşayan 12-13 yaş grubu çocukların aile
ortamını algulamalarını belirlemek, etkili
olabilecek etmenleri ortaya koymak, aileleri
algulamalarının bazı değişkenlere göre fark-
lılık yaratıp yaratmadığını saptamak amacı-
yla planlanmıştır. Araştırmada, geniş ailede*

*ve çekirdek ailede yaşayan çocuklarda cinsi-
yet, doğum sırası, kardeş sayısı, geniş ailede
yaşayan çocuklarda ise; çocuğun birlikte
yaşadığı büyük ebeveynin kim olduğu, bü-
yük ebeveynle yaşama süresi gibi değişken-
lerin çocukların ailelerini algulamalarında
farklılık yaratıp yaratmadığının incelenmesi
amaçlanmıştır. Araştırma, Ankara il mer-
kezinde bulunan alt sosyo-ekonomik düzeyi
temsil eden semtlerden seçilen ilköğretim
okullarına devam eden 12-13 yaş grubu ço-
cuklar üzerinde yürütülmüştür. Araştırma
sonucunda geniş ve çekirdek ailede yaşı-
yan çocuklar arasında aile değerlendirme
ölçeği alt boyutları ve toplam puan açısin-
dan önemli farklılıklar olduğu belirlenmiştir.
Çocukların cinsiyeti, doğum sırası, kardeş
sayısı değişkenleriyle, aile değerlendirme
ölçeği alt boyutları açısından önemli fark-
lıklar saptanmıştır. Kardeş sayısı değişkeni
açısından aile değerlendirme toplam puanı
üzerinde önemli fark yarattığı belirlenmiştir.
Geniş ailede yaşayan çocuklarda ise, bir-
likte yaşadığı büyük ebeveynin kim olduğu
değişkeni ile aile değerlendirme ölçeği alt
puanları açısından önemli farklılık yarattığı
sonucuna varılmıştır.*

Anahtar Sözcükler: Geniş aile, çekirdek
aile, aile ortamını algılama

ABSTRACT

*This study is planned to examine the
perception of family environment of 12-
13 year-old children who live with their
grandparents; to identify the effectual factors
on these children, to determine whether
family perception of children differed in some
variables. The study is aimed at finding out
whether there are any significant differences
among several variables like gender, order
of birth, number of siblings living in extended
and nucleus families, and the period of living
with grandparent in the extended families.
This research is conducted through the
12-13 year-old primary school children
chosen as representatives of the low socio-*

economic slum areas of Ankara. By looking at the results of this research, it is concluded that there are significant differences in the perception of family environment between children living in extended and nucleus families when considered with respect to the sub-dimension of family evaluation scale and the total number of scores. It is also concluded that there are a considerable number of differences of perception with regard to the variables of different genders of children, order of birth, number of siblings as well as with regards to the sub-dimension of family evaluation scale. Furthermore, the results show that the number of siblings have a meaningful impact on the total score of family evaluation system. Finally, among the children living in the extended families, a significant difference is detected between the variable of the oldest member of the family and the family evaluation scale's sub-scores.

Key Words: *Extended family, nucleus family, perception of family*

GİRİŞ

Çocuğun doğumuyla birlikte ilk karşılaştığı ve sosyal ilişkilerini kurduğu toplumsal kurum ailesidir. Aile çocuğun beslenme, bakım, korunma ve sevilme ihtiyaçlarını karşılamasının yanı sıra, çocuğu gelişimi ve davranışları açısından da yönlendirerek onun toplumsal bir birey haline gelmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle yapı olarak ailenin ve aile içindeki ilişkilerin çocuklar üzerinde çok önemli etkileri bulunmaktadır (Dizman, 2003):1

Ana-baba, çocuğun en uzun süre ve en yakın etkileşimde bulunduğu kişilerdir. Çocuk, kültürel değerlerini, temel alışkanlıklarını, gelişim görevlerine karşı yaklaşımlarını aile ortamında kazanmaktadır. Çocuğun olumlu bir benlik tasarımı oluşturmasında, yeterlik duygusu kazanmasında ana-babası

ile etkileşimi sırasında aldığı geri bildirimler çok önemli rol oynamaktadır. Ana-babalar, çocuklar için en yakın özdeşim modelleridir. Özellikle kişiliğin oluşumunun ilk yıllarında ana-babaların tutumları çocuklarda temel özelliklerin oluşmasında önemli rol oynamaktadır (yayım.meb.gov 2005).

Toplumsal değişmelerle birlikte aile yapıları da çeşitli değişikliklerden geçmiştir. Bu değişimlerin ortaya çıkardığı en önemli aile tipleri, geniş ve çekirdek aile tipleri olarak sayılmaktadır. Çekirdek aile, anne-baba ve çocuktan oluşmaktadır. Geniş aile ise, içinde birden fazla kuşağı barındıran kalabalık bir aile tipidir.

Çocuğun ilk toplumsallaşma sürecinin başladığı yer olarak bilinen aile kurumu içindeki ilişkiler aynı zamanda çocuğun kişilik temellerinin de atıldığı ilk yerdir. Çocuğun içinde yaşadığı aile ortamını olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesinde ebeveyne ait özellikler, ebeveynleriyle olan ilişkileri ve aile tipi gibi faktörler etkili olmaktadır. (Bıçakçı ve Gürsoy, 2004:23)

Aile bireyleriyle birlikte büyük ebeveynlerden birinin ya da her ikisinin yaşaması, kuşak çatışması ve tutum farklılıkları nedeniyle aile ortamında gerginlik yaşanmasının yanı sıra bazen de ortamı sakinleştirici ve yumuşatıcı rol oynayabilmektedir. Büyük ebeveynlerin aile bireyleri ile olan ilişkileri ve onlara davranışları o ailenin sağlıklı veya sağlıklı-sız olduğunun belirlenmesi için temel oluşturabilmektedir. (Çoşkun, 2005:32)

Bu düşünceden hareketle çalışmada, geniş ve çekirdek aileye sahip olan çocukların aile ortamını algılamalarının incelenmesi ve aile ortamını algılamalarında çeşitli değişkenlerin farklılık yaratıp yaratmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Büyük aile; kırsal alanda yaşayan akrabalık ilişkileri kuvvetli, geçimini tarımla sağlayan aile tipidir. Bu ailede kararlar erkekler tarafından alınır. Bu aile formu, geleneksel aile olarak da adlandırılır. (Cengiz, Gökçe 2004:190-191)

Geniş aile bir çok kuşağı barındıran, aynı geliri, aynı sofrayı paylaşan kalabalık aile biçimidir. Geniş aile büyük ölçüde baba soyuna dayanmakta, ataerki bir özellik göstermektedir. Yaşayan üyelerin özelliğine bağlı olarak bu aile tipi; dikey geniş aile ve yatay geniş aile tipi olarak ikiye ayrılmaktadır. Dikey geniş aile; baba-oğul-torun gibi üç kuşağın bir arada yaşadığı bir aile modelidir. Yatay geniş aile ise; bütün akrabalık ilişkilerinin yer aldığı ve ana-baba ve çocukların yanı sıra büyükanne, büyükbaba, hala, teyze, amca, dayı gibi akrabaların bir arada yaşadığı aile tipidir. (Gönen ve Hamlemitoğlu 1993:25; Çoşkun, 2005:291; Topçuoğlu, 2001).

Bu araştırmanın evrenini, Ankara il merkezi sınırları içinde bulunan, alt sosyo-ekonomik düzeydeki semtlerden seçilen ilköğretim okullarının altıncı ve yedinci sınıflarına devam eden, geniş aileye ve çekirdek aileye sahip çocuklar oluşturmıştır.

Seçilen ilköğretim okullarında öğrenim gören geniş ailede yaşayan çocukların tamamı ile çekirdek ailede yaşayan aynı sayıda ve cinsiyetteki çocuklar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya geniş ailede yaşayan 150, çekirdek ailede yaşayan 150 çocuk olmak üzere toplam 300 çocuk dahil edilmiştir.

Araştırmada örneklemin seçiminde geniş ailede yaşayan çocukların en az üç aydır büyük ebeveynleri ya da büyük ebeveynlerinden biriyle yaşıyor olması, çekirdek ailede yaşayan çocuklar için

ise her iki biyolojik ebeveyniyle birlikte yaşıyor olması şartları aranmıştır.

Araştırmada geniş ailede ve çekirdek ailede yaşayan çocukların kendileri ve aileleri hakkındaki bazı bilgileri edinmek amacıyla "Genel Bilgi Formu" kullanılmıştır. Çocukların ailelerini algılamalarını ölçmek amacıyla Amerika Birleşik Devletlerinde Epstein, Bishop, Baldwin ve Keitner tarafından Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi işbirliği ile Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilen (1983), Bulut (1990) tarafından Türkçe'ye çevrilen ve uyarlaması yapılan, "Aile Değerlendirme Ölçeği (Family Assessment Device)" kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlik çalışması, 1983'te Epstein ve Bishop tarafından yapılmıştır.

Aile değerlendirme ölçeği yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar aile işlevlerindeki sorun alanlarını tek tek ele almaktadır. Bu alt ölçekler; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, ilgi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir. Toplam puan ise genel olarak ailenin sağlıklı-sağlıksız olup olmadığını göstermektedir. Ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar 1-4 arasında değişmektedir. Ölçeklerden alınan yüksek puan sağlıksız aile yapısını ifade etmektedir. Her bir alt ölçek için toplam puan, o ölçeğe ait maddelerden alınan puanların toplamı olarak belirlenmektedir. Aile değerlendirme ölçeği 60 maddeden oluşmaktadır. Her madde aile yaşamına ilişkin olumlu ve olumsuz ifadelerin yer aldığı bir cümleden meydana gelmiştir ve her biri yedi alt ölçekten bir tanesine aittir.

Araştırmaya alınan çocukların cinsiyeti ve kardeş sayısının aile puanlarında farklılık yaratıp yaratmadığını belirlemek amacıyla "Çift Yönlü Varyans Analizi" yapılmıştır. Çocuğun büyük

ebeveynlerinden hangisiyle yaşadığı ve birlikte yaşama süresinin aile puanlarında farklılık yaratıp yaratmadığını belirlemek için "Tek Yönlü Varyans Analizi" uygulanmıştır. Farklılığın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Duncan Testi yapılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Geniş ailede ve çekirdek ailede yaşayan çocukların cinsiyetlerine göre aile değerlendirme ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları çizelge 1'de verilmiştir.

Çizelge incelendiğinde, çekirdek ailede yaşayan kız (1.90 ± 0.28) ve erkek (2.00 ± 0.29) çocukların aile değerlendirme ölçeği toplam puanlarının, geniş ailede yaşayan kız (2.32 ± 0.46) ve erkek (2.31 ± 0.44) çocukların puanlarına göre daha düşük olması, geniş ailede yaşayan çocukların aile ortamlarını çekirdek ailede yaşayan çocuklara göre daha olumsuz algıladıklarını göstermektedir.

Yapılan varyans analizi sonucunda aile tipi ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, ilgi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler ve aile değerlendirme toplam puanı arasındaki farklılığın ($p < 0.01$) önemli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca cinsiyet ile problem çözme ($p < 0.05$) ve ilgi gösterme puanları ($p < 0.01$) arasındaki farklılığın anlamlı olduğu belirlenirken, iletişim, roller, duygusal tepki verme, davranış kontrolü, genel işlevler ve aile değerlendirme toplam puanı ($p > 0.05$) ve aile tipi x cinsiyet etkileşimi arasındaki farkın önemsiz olduğu ($p > 0.01$) saptanmıştır.

Geniş aile tipinde, ailelerin geleneklere olan bağlılıkları ve evde bulunan kişi

sayısının fazla olması nedeniyle ailede stres ve yoğunluk daha fazla yaşanabilmekte, dolayısıyla da çocuklara yeterince ilgi ve sevgi gösterilmeyebilmektedir. Ayrıca geniş aile tipinde anne-babanın çocuğa ayıracak fazla zamanlarının olmaması, büyük ebeveynler ve ebeveynler arasında yaşanan çatışmalar ve ailede sergilenen tutum farklılıkları geniş ailede yaşayan çocukların aile ortamını olumsuz değerlendirmelerine neden olabilmektedir.

İçli (1994), sosyal sorunlar çerçevesinde aile içi ilişkileri incelediği çalışmasında, geniş ailedeki çocukların aileleri için daha olumsuz duygulara sahip olduğu ve çekirdek aileye göre aileleri ile iletişim kurmada zorlandıklarını belirtmiştir.

Çizelge 2'de geniş ailede ve çekirdek ailede yaşayan çocukların doğum sırasına göre aile değerlendirme ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde geniş ailede yaşayan çocuklarda ilk çocuk olanların aile değerlendirme toplam puanının en düşük olduğu (2.29 ± 0.46) bunu, ortanca çocuk olanların (2.32 ± 0.41) ve sonuncu çocukların puan ortalamasının (2.34 ± 0.49) izlediği saptanmıştır. Çekirdek ailede yaşayan çocuklarda ise ilk çocukların toplam aile değerlendirme puanlarının 1.94 ± 0.28 olduğu, ortanca çocukların puanının 1.95 ± 0.30 ve son çocukların puanının 1.95 ± 0.30 olduğu belirlenmiştir.

Yapılan varyans analizi sonucunda aile tipi ile problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, ilgi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler ve toplam puan arasındaki farklılığın ($p < 0.01$) önemli olduğu belirlenmiştir. Doğum sırası ile duygusal tepki verme puanı arasındaki farkın önemli ($p < 0.05$) ol-

Çizelge 1. Geniş Ailede Ve Çekirdek Ailede Yaşayan Çocukların Cinsiyetlerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Ortalamalar, Standart Sapmalar Ve Varyans Analizi Sonuçları

Aile tipi ve cinsiyet		N		Problem çözme		İletişim		Roller		Duygusal tepki		İlgi gösterme		Davranış kontrolü		Genel işlevler		Toplam				
		-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s
GEN.	K	75	2,43	0,60	2,39	0,56	2,30	0,60	2,41	0,58	2,23	0,59	2,17	0,52	2,15	0,61	2,32	0,46				
	E	75	2,17	0,62	2,39	0,54	2,31	0,66	2,43	0,51	2,40	0,63	2,22	0,54	2,16	0,63	2,31	0,44				
	T	150	2,30	0,62	2,39	0,55	2,30	0,63	2,42	0,55	2,31	0,61	2,19	0,53	2,15	0,62	2,31	0,45				
ÇEK. AİLE	K	75	2,04	0,48	2,16	0,42	1,95	0,39	2,08	0,54	1,96	0,55	1,96	0,41	1,84	0,37	1,90	0,28				
	E	75	1,98	0,51	2,16	0,42	2,06	0,36	2,18	0,51	2,18	0,49	1,99	0,46	1,89	0,40	2,00	0,29				
	T	150	2,01	0,49	2,16	0,42	2,01	0,38	2,13	0,52	2,07	0,53	1,97	0,44	1,87	0,38	1,95	0,29				
GENEL	K	150	2,23	0,57	2,27	0,51	2,12	0,53	2,24	0,58	2,09	0,59	2,06	0,48	2,00	0,52	2,11	0,43				
	E	150	2,08	0,57	2,27	0,49	2,19	0,55	2,31	0,52	2,29	0,57	2,10	0,52	2,02	0,54	2,15	0,40				
	T	300	2,15	0,58	2,27	0,50	2,15	0,54	2,28	0,55	2,19	0,59	2,08	0,50	2,01	0,53	2,13	0,42				
Vary. Anali. son.	sd		KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F
Aile Tipi	1	6.313	20,293*	3,931	16,040*	6,660	24,173*	6,456	21,096*	4,363	13,314*	3,607	15,021**	6,158	22,828*	10,05	68,588*					
Cins.	1	1,797	5,777**	5,333	0,002	0,291	1,055	0,318	1,090	3,004	9,167*	0,113	0,471	5,227	0,194	0,157	1,073					
A.t.xc	1	0,703	2,259	5,333	0,000	0,161	0,583	0,106	0,362	5,227	0,160	6,311	0,26	2,303	0,104	0,183	1,248					
Hata	296	0,311		0,245		0,276		0,292		0,328		0,240		0,207		0,147						
Toplam	300																					

* p<.01 ** p<.05

Çizelge 2. Geniş ailede ve çekirdek ailede yaşayan çocukların doğum sırasına göre aile değerlendirme ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve varyans sonuçları

Aile tipi ve Doğum sırası		N		Problem çözme		İletişim		Roller		Duygusal tepki		İlgili gösterme		Davranış kontrolü		Genel İşlevler		Toplam					
		-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	
GEN. AİLE	İlk	58	2,26	0,61	2,33	0,58	2,29	0,66	2,29	0,66	0,51	2,31	0,64	2,20	0,52	2,11	0,66	2,29	0,46				
	Ort.	52	2,26	0,65	2,43	0,49	2,35	0,59	2,35	0,59	0,62	2,31	0,61	2,18	0,50	2,18	0,57	2,32	0,41				
	Son	40	2,42	0,59	2,40	0,58	2,26	0,65	2,26	0,65	0,49	2,32	0,60	2,19	0,53	2,19	0,63	2,34	0,49				
ÇEK. AİLE	İlk	150	2,30	0,62	2,39	0,55	2,30	0,63	2,30	0,63	0,55	2,31	0,61	2,19	0,53	2,15	0,62	2,31	0,45				
	Ort.	56	1,95	0,45	2,12	0,38	2,09	0,36	2,09	0,36	0,50	2,06	0,48	1,94	0,52	1,83	0,40	1,95	0,28				
	Son	63	2,06	0,49	2,23	0,37	2,02	0,33	2,02	0,33	0,53	2,17	0,56	2,01	0,33	1,90	0,39	1,95	0,30				
GEN EL	İlk	31	2,03	0,55	2,08	0,56	1,83	0,45	1,96	0,49	1,89	0,54	1,96	0,33	1,84	0,33	1,84	0,33	1,94	0,30			
	Ort.	150	2,01	0,49	2,16	0,42	2,01	0,38	2,13	0,52	2,07	0,53	1,97	0,44	1,87	0,38	1,95	0,29					
	Son	114	2,11	0,56	2,23	0,50	2,19	0,54	2,22	0,53	2,19	0,58	2,07	0,53	1,98	0,56	2,12	0,42					
GEN EL	İlk	115	2,15	0,58	2,32	0,44	2,17	0,49	2,36	0,58	2,23	0,58	2,09	0,44	2,03	0,50	2,12	0,40					
	Ort.	71	2,25	0,60	2,26	0,59	2,08	0,61	2,23	0,54	2,13	0,61	2,08	0,51	2,03	0,54	2,17	0,46					
	Son	300	2,15	0,58	2,27	0,50	2,15	0,54	2,28	0,55	2,19	0,59	2,08	0,50	2,01	0,53	2,13	0,42					
Vary. Analif. Sonu.	sd		KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	
Aile Tipi	1	6,355	19,988*	4,294	17,615*	7,316	26,718*	7,311	25,590*	5,265	15,737*	3,494	14,461*	6,210	22,942*	9,685	65,226*						
Cins.	1	0,306	0,963	0,348	1,427	0,516	1,885	0,986	3,452**	0,398	1,190	3,612	0,149	0,121	0,446	1,486	0,100						
A.t.xc	1	0,211	0,664	8,352	0,343	0,296	1,082	0,410	1,435	0,478	1,429	4,123	0,171	4,245	0,157	2,781	0,187						
Hata	296	0,318		0,244		0,274		0,286		0,242				0,271									
Toplam	300																						

* p<.01 ** p<.05

duğu belirlenirken, aile tipi x doğum sırası interaksiyonuna göre problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, ilgi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler ve toplam puan arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla yapılan Duncan testi sonucunda duygusal tepki verebilme puan ortalamaları arasındaki farklılığı son çocukların puan ortalamalarının yarattığı ortaya konulmuştur.

Çizelge incelendiğinde doğum sırası ile duygusal tepki verme puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu, dolayısıyla son çocukların, aile üyelerinin her türlü uyarıları karşısında en uygun tepkiyi göstermedikleri ve sevgi, mutluluk, neşe, gibi duygularını yeterince ortaya koyamadıkları görülmektedir. Bu durum ailedeki büyük çocuğa atfedilen yetişkin rolü ve diğer çocuklara oranla daha fazla sorumluluk verilmesi, gerek büyük ebeveynler gerekse ebeveynler tarafından büyük çocuklara ailenin ilk mürüvveti gözüyle bakılması ve değer verilmesi, ilk doğan çocuklarla daha fazla iletişime girilmesi dolayısıyla son çocukların ihmal edilmesine ve son çocukların duygularını ifade etmelerinin engellenmesine neden olabilmektedir.

Başar (1992)'a göre ailedeki büyük çocuklar ortanca ve son çocuklara göre daha az davranış bozukluğu göstermekte, duygusal anlamda son çocuklar daha fazla sorun yaşamaktadır.

Çizelge 3'de hem geniş hem de çekirdek ailede en yüksek toplam aile değerlendirme puan ortalamasına  ve daha fazla kardeşi olan çocukların sahip olduğu yani bu çocukların aile ortamını diğer çocuklara göre daha sağlıksız algıladıkları dikkati çekmektedir.

Çizelge 3'de yapılan varyans analizi sonucunda aile tipi ile problem çözme ($p<0.01$), duygusal tepki verme ($p<0.05$), genel işlevler ($p<0.01$) ve toplam puanları ($p<0.01$) arasındaki farklılığın önemli olduğu belirlenirken, iletişim, roller, ilgi gösterme, davranış kontrolü puanları arasındaki farklılığın önemli olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir. Kardeş sayısı ile ise problem çözme ($p<0.05$), iletişim ($p<0.01$), roller (0.05), ve toplam puan ($p<0.01$) arasındaki farklılığın önemli olduğu saptanırken, duygusal tepki gösterme, ilgi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler arasındaki farkın önemli olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir. Aile tipi x kardeş sayısı interaksiyonunda ise iletişim ($p<0.01$), roller ($p<0.05$) ve genel işlevler ($p<0.01$) arasındaki puanların önemli olduğu ortaya konulmuştur.

Yapılan Duncan testi sonucunda kardeş sayısı ile, problem çözme, iletişim, roller ve toplam aile değerlendirme puanları açısından farklılığın  ve daha fazla kardeşe sahip olan çocukların puanlarının yarattığı dolayısıyla bu çocukların aile ortamını daha olumsuz değerlendirdikleri ortaya konulmuştur.

Akcan (2001), ailenin ilköğretimde ğrenci başarisını incelediği çalışmasında, kardeşi olmayan öğrenciler ile dört veya daha fazla kardeşi olan öğrencilerin daha başarisız olduğunu bulmuştur.

Çizelge 4'de geniş ailede yaşayan çocukların birlikte yaşadığı büyük ebeveynin kim göre aile değerlendirme leği alt boyutlarına ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Yapılan varyans analizi sonucunda ise çocuğun birlikte yaşadığı büyük ebeveynin kim olduğuyla, roller puanı arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$)

Çizelge 3. Geniş ailede ve çekirdek ailede yaşayan çocukların kardeş sayılarına göre aile değerlendirme ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları

Aile tipi ve Kardeş sayısı		N	Problem çözme		İletişim		Roller		Duygusal tepki		İlgili gösterme		Davranış kontrolü		Genel işlevler		Toplam	
			-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-
GEN. AİLE	Tek	3	3,10	1,25	2,29	0,25	1,54	0,47	2,49	0,57	2,14	0,00	2,10	0,38	2,88	1,06	2,36	0,43
	1-2	49	2,23	0,62	2,14	0,58	2,14	0,61	2,31	0,47	2,13	0,52	2,09	0,47	1,97	0,58	2,17	0,43
	3 ve üstü	98	2,31	0,59	2,51	0,50	2,41	0,61	2,47	0,57	2,41	0,64	2,24	0,55	2,22	0,60	2,39	0,45
	Topl	150	2,30	0,62	2,39	0,55	2,30	0,63	2,42	0,55	2,31	0,61	2,19	0,53	2,15	0,62	2,31	0,45
ÇEK. AİLE	Tek	10	2,08	0,58	2,15	0,31	1,97	0,37	2,06	0,45	2,05	0,45	1,90	0,21	1,70	0,35	1,99	0,23
	1-2	78	1,99	0,44	2,16	0,43	2,01	0,39	2,17	0,57	2,06	0,55	1,96	0,43	1,93	0,38	1,88	0,30
	3 ve üstü	62	2,03	0,54	2,16	0,43	2,00	0,37	2,10	0,48	2,10	0,53	2,00	0,48	1,81	0,38	2,02	0,27
	Topl	150	2,01	0,49	2,16	0,42	2,01	0,38	2,13	0,52	2,07	0,53	1,97	0,44	1,87	0,38	1,95	0,29
GEN EL	Tek	13	2,31	0,85	2,18	0,30	1,87	0,42	2,16	0,49	2,07	0,39	1,95	0,25	1,97	0,74	2,07	0,31
	1-2	127	2,08	0,53	2,15	0,49	2,06	0,49	2,22	0,54	2,08	0,54	2,01	0,45	1,95	0,46	1,99	0,38
	3 ve üstü	160	2,20	0,58	2,37	0,50	2,25	0,57	2,33	0,57	2,29	0,62	2,15	0,54	2,06	0,56	2,25	0,43
	Topl	300	2,15	0,58	2,27	0,50	2,15	0,54	2,28	0,55	2,19	0,59	2,08	0,50	2,01	0,53	2,13	0,42
Vary. Analiz. son.	sd		KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F
Aile Tipi	1	4,891	15,577*	0,467	2,018	2,158	0,081	1,811	6,212**	0,459	1,388	0,673	2,818	5,404	21,035*	2,210	15,047*	
Cins.	1	1,1012	3,223**	1,134	4,901*	1,241	4,685**	6,939	0,238	0,922	2,786	0,351	1,470	0,557	2,167	1,118	7,937*	
A.t.xc.	1	0,656	2,089	1,160	5,010*	1,211	4,573**	0,481	1,651	0,510	1,542	0,113	0,471	2,086	8,120*	5,804	0,412	
Hata	296	0,314		0,231		0,265		0,291		0,331		0,239		0,257		0,141		
Toplam	300																	

* p<.01
** p<.05

belirlenmiştir. Duncan testinin sonucunda çocuğun birlikte yaşadığı büyük ebeveynin kim olduğuyla, roller arasındaki farklılığın büyükbabam diyen çocuklardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Büyükbabasıyla yaşayan çocukların aile değerlendirme toplam puan ortalamaları ve roller puan ortalamalarının düşük olması, çocukların büyükbabalarıyla yaşadıklarında ailelerini daha olumlu algıladıklarını göstermektedir. Çoğu büyükbaba torunlarıyla sıcak ilişkiler kurabilmekte, onlarla fazla zaman geçirmekte, iyi huyları ile örnek olmakta ve torunlarına insan sevgisi, doğa sevgisini verebilmektedir. Aile içerisinde büyükbabaların çocuğun ebeveyniyle çatışmaya girmemesi dolayısıyla ailede çatışma yaşanmaması da çocuğun aile ortamını daha olumlu değerlendirmesine neden olabilmektedir.

Çizelge 5'de geniş ailede yaşayan çocukların büyük ebeveyniyle yaşama süresine göre aile değerlendirme ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Çizelge 5 incelendiğinde, 3-6 aydır büyük ebeveyniyle yaşayan çocukların toplam puan ortalamalarının 2.31 ± 0.47 , 6 ay- 1 yıldır büyük ebeveynleriyle yaşayan çocukların puanının 2.42 ± 0.55 , 1 yıl ve daha fazladır büyük ebeveynleriyle yaşayan çocukların puanının ise 2.29 ± 0.42 olduğu görülmektedir.

Yapılan varyans analizi sunucunda büyük ebeveynlerle yaşama süresi ile alt puanlar arasındaki farkın önemli olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir.

Çizelgede de görüldüğü gibi 6 ay-1 yıldır büyük ebeveynleriyle yaşayan çocukların toplam puanları diğerlerine göre daha yüksektir. Bu durum 6 ay-1 yıldır büyük ebeveynleriyle yaşayan

çocukların ailelerini daha sağlıklı olarak algıladıklarını göstermektedir. Bu sonuç büyük ebeveynlerle yaşamaya alışmanın başlangıcı olmasından, yeni bir düzene geçilmesinin zorluğu gibi nedenlerden kaynaklanabilmektedir.

Sohtorikoğlu (2001), aile kavramının gelişimini etkileyen faktörleri incelediği çalışmada, aile kavramının kazanılma düzeyinde aile büyükleriyle aynı evde yaşama süresinin önemli olduğunu, süre uzadıkça çocukların aile ortamını sağlıklı olarak değerlendirdiklerini ortaya koymuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, geniş ve çekirdek ailede yaşayan 12-13 yaş grubu çocukların aile ortamlarını algılamalarını incelemek, etkili olabilecek etmenleri ortaya koymak, aileleri algılamalarının bazı değişkenlere göre farklılık yaratıp yaratmadığını tespit etmek ve aileyi algılama ile aile tipi arasında ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucunda geniş ve çekirdek ailede yaşayan çocuklar arasında aile değerlendirme ölçeği alt boyutları ve toplam puan açısından önemli farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Çocukların cinsiyeti, doğum sırası ile değerlendirme ölçeğinin alt boyutları açısından önemli farklılıklar saptanmıştır ($p < 0.01$, $p < 0.05$). Kardeş sayısı değişkeni açısından aile değerlendirme toplam puanı üzerinde önemli fark yarattığı belirlenmiştir ($p < 0.01$). Cinsiyet, doğum sırası değişkenlerinde aile değerlendirme toplam puanına ait bir farklılık saptanamazken ($p > 0.05$), aile tipi x kardeş sayısı etkileşimlerinde aile değerlendirme ölçeği alt boyutlarına ilişkin önemli farklılıkların olduğu saptanmıştır

Çizelge 4. Geniş ailede yaşayan çocukların birlikte yaşadığı büyük ebeveynin kim olduğuna göre aile değerlendirme ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ ALT PUANLARI																	
Birlikte yaşadığı büyük ebeveynin kim olduğu	N	Problem çözme		İletişim		Roller		Duygusal tepki		İlgi gösterme		Davranış kontrolü		Genel işlevler		Toplam	
		- x	s	- x	s	- x	s	- x	s	- x	s	- x	s	- x	s	- x	s
B. anne	80	2,23	0,63	0,37	0,55	2,25	0,67	2,37	0,58	2,27	0,60	2,18	0,50	2,14	0,63	2,29	0,45
B. baba	19	2,22	0,48	0,25	0,56	2,20	0,31	2,49	0,44	2,14	0,45	1,99	0,51	1,87	0,33	2,17	0,22
Her ikisi de	51	2,30	0,65	0,47	0,54	2,49	0,63	2,47	0,52	2,44	0,66	2,29	0,56	2,27	0,65	2,41	0,50
Toplam	150	2,30	0,62	2,39	0,55	2,30	0,63	2,42	0,55	2,31	0,61	2,19	0,53	2,15	0,62	2,31	0,45
Varyans Analiz Sonuçları	Sd	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F
Grupları için	2	7,523	0,191	0,377	1,243	1,371	3,524**	0,210	0,692	0,783	2,078	0,654	2,347	1,120	2,979	0,460	2,261
Gruplararası	147	0,394		0,304		0,389		0,30		0,37		0,27		0,376		0,20	
Toplam	149																

** p<.05

Çizelge 5. Geniş ailede yaşayan çocukların büyük ebeveyniyle yaşama süresine göre aile değerlendirme ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalamalar, standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları

Büyük ebeveynlerle yaşama süresi		N	Problem çözme		İletişim		Roller		Duygusal tepki		İlgi gösterme		Davranış kontrolü		Genel işlevler		Toplam	
			-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-	x	s	-
GENİŞ AİLE	3-6 ay	42	2,32	0,57	2,41	0,54	2,29	0,64	2,49	0,55	2,20	0,66	2,20	0,55	2,17	0,59	2,31	0,47
	6ay-1yıl	20	2,29	0,57	2,47	0,61	2,51	0,73	2,49	0,47	2,37	0,64	2,24	0,62	2,33	0,66	2,42	0,55
	1yıl ve üstü	88	2,29	0,66	2,36	0,54	2,26	0,60	2,37	0,56	2,35	0,59	2,17	0,50	2,10	0,62	2,29	0,42
	Toplam	150	2,30	0,62	2,39	0,55	2,30	0,63	2,42	0,55	2,31	0,61	2,19	0,53	2,15	0,62	2,31	0,45
Varyans Analiz Sonuçları		Sd	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F	KO	F
Gruplararası		2	6,650	0,017	0,115	0,378	0,517	1,291	0,241	0,796	0,347	0,908	3,958	0,138	0,411	1,067	0,126	0,605
Gruplararası		147	0,395		0,307		0,401		0,30		0,38		0,287		0,385		0,20	
Toplam		149																

($p<0.01$, $p<0.05$). Geniş ailede yaşayan çocuklarda ise, birlikte yaşadığı büyük ebeveynin kim olduğu değişkenlerinin aile değerlendirme ölçeği alt puanları açısından önemli farklar yarattığı sonucuna varılmıştır ($p<0.01$, $p<0.05$).

Bir toplumun istenilen refah düzeyine ulaşması, onu meydana getiren bireylerin iyi yetiştirilmesine bağlıdır. Bu nedenle gelecekte toplumda üretken bireyler olarak görev alacak çocukların, gelişimini ve eğitimini sağlayacak ortamın hazırlanması o toplumun geleceği açısından büyük önem taşımaktadır.

Günümüz aile yapısı, işlevleri ve aile içindeki bireyler arasındaki ilişkiler büyük ölçüde değişmiş olmakla beraber, çocukların bakım, gelişim ve eğitiminde hala en önemli, en etkili kurum ailedir.

Araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi aile tipleri, çocuğun aileyi sağlıklı veya sağlıklı olarak algılamalarında önemli bir etkidir. Geniş aile yapısı çocuğun ailesini sağlıklı olarak algılamasına neden olabilmektedir.

Geniş ailede yaşayan çocukların ailelerini daha olumlu algılayabilmeleri için ailelere ve devlete çeşitli öneriler verilebilir. Ailelere şu öneriler sunulabilir: Anne-baba ve büyük ebeveynler çocuğun gelişim dönemlerini ve dönemlere göre özelliklerini iyi bilmeli, gereksinimlerine karşı duyarlı olmalıdırlar. Aile büyükleri çocuk için en önemli besinin 'sevgi' olduğunu kavramalı, çocuklarına yeterince sevgi ve ilgi göstermeli, ancak aşırıya kaçmamaya özen göstermelidir. Aile büyükleri çocukla ilgilenip, onunla iletişim kurmalı, çocuğa belli sınırlar içinde özgürlük verilerek rehberlik etmeli, yaşantısındaki başarılı davranışları ödüllendirmelidirler. Aile büyükleri kendi içinde yaşadıkları uyumsuzluk ve

sorunları çocuğa aktarmamaya özen göstererek, çocuk yetiştirme yöntemleri konusunda birlik ve beraberlik içinde olmalı, tutarlı davranmalıdır.

Bu konuda devlete düşen sorumluluklar şu şekilde sıralanabilir: Anne-babalara yönelik eğitim programları hazırlanmalı, bu programlarda çocukla iletişim ve büyük ebeveyn ilişkileri ele alınmalıdır. Anne-baba okulu açılmalıdır. Bu kurumlarda anne-babalara ve aile büyüklerine verilecek kurslarda çocuk ve gençlerin gelişim özellikleriyle onlara iletişimin nasıl kurulacağı anlatılmalı, böylelikle anne ve babaların çocuklarına karşı olumlu tutum geliştirmeleri sağlanmalıdır. Aile danışmanlığı merkezleri yaygınlaştırılarak tanıtılmalı ve aileler gereksinme duyduklarında bu tür kurumlara başvurmaları sağlanmalıdır. Toplumların gelişiminin bugünün sağlıklı kişilik özelliğine sahip çocuklarla gerçekleştirilebileceği unutulmamalı çocuklara her koşulda önem verilmelidir.

KAYNAKÇA

Başar, F. (1992) "Ankara Kalaba Çocuk İslahevinde kalan 15-18 yaş grubu ergenlerin suçta yönelmelerinde ailenin etkisi üzerine bir araştırma", Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Bıçakçı, M. ve Gürsoy, F. (2004). Annesi Çalışan ve Çalışmayan Çocukların Tutumlarını Algılamalarının ve Benlik İmajlarının İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu Yayını No:8 S1,S1 Ankara.

Bulut, I. (1990) "Aile değerlendirme ölçeği el kitabı", Özgüzel matbaası, Ankara.

Çoşkun, T. (2005). Geniş ve Çekirdek Ailede Yaşayan Çocukların Aile Ortamını Algılamalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Cengiz, R. (1993) "Kasabada aile yapısı", Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Gökçe, B (2004). Türkiye'nin Toplumsal Yapısı ve Toplumsal Kurumlar, Savaş Yayınları, Ankara.

Gönen, E. ve Hablemitoğlu, Ş. (1993) "Toplumsal değişme sürecinde aile: Yapı, etkileşim ve işlevleri", Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Yayınları, Ankara.

<http://yayim.meb.gov.tr/yayimlar/eylul/18.htm>, Erişim Tarihi: 15.05.2005.

Dizman, H. (2003) "Anne-babası ile yaşayan ve anne yoksunu olan çocukların saldırganlık eğilimlerinin incelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

İçli, G. (1994) "Sosyal sorunlar çerçevesinde kentsel ailede aile içi ilişkiler", Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Sohtorikoğlu, Ş. (2000) "5-7 yaş çocuklarında aile kavramının gelişimini etkileyen faktörlerin incelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Topçuoğlu, S. (2001) "Çekirdek ailede ve geniş ailelerde aile fonksiyonlarının çeşitli değişkenlere göre incelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

ÖZÜRLÜLÜĞE İLİŞKİN MODELLER VE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Models of Disability and Social Work Practices

Gönül ERKAN*

*Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu

ÖZET

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

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

ABSTRACT

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

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

GİRİŞ

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

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

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

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

MORAL MODEL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDİKAL MODEL

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

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

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

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

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

Medikal modelde başlıca "değerlendirme amaçları (assessment targets)"

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

Medikal Model ve Sosyal Hizmet Uygulamaları

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

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

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

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

Medikal Modele Yönelik Eleştiriler

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

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

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

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

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

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

SOSYAL MODEL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sosyal Model ve Sosyal Hizmet Uygulamaları

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

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

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

- Özürlü bireylerin içinde yaşadıkları toplumsal ve çevresel koşulların, toplumsal tutumların, eşitlik temelinde günlük yaşama girmelerini önlemesi durumunda özürlü kılındıklarını kabul eder.

- Özürlülüğü "sindirilmişlik, bastırılmışlık ve engellenmişlik" boyutunda ele alır.

- Özürlü bireylerin savunuculuğunu yaptığı kadar, onları da kendilerinin savunuculuğunu yapmaları için destekler; savunuculuk rolünün daha fazlasını onların yapması için çalışır.

- Özürlü bireylerin karşılaştığı engellerin büyük bir bölümünün kendi durumlarından kaynaklanmadığını vurgular. Buna karşılık, kısıtlayıcı toplumsal ve çevresel koşulların, insanların olumsuz tutumlarının ve önyargılarının engelleyici olduğunu kabul eder.

- Özürlülük alanındaki tüm çalışmalarda "sosyal eylem" in önemi üzerinde durur.

- Toplumda varolan potansiyel kaynakları değerlendirir ve gerektiğinde bu kaynakları harekete geçirir.

- Özürlülükle ilgili ulusal ve uluslararası temel yasal ve yönetsel düzenlemeler hakkında bilgi sahibidir.

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

Sosyal Modele Yönelik Eleştiriler

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

Sosyal model, medikal açıdan uygun olan müdahalelerin başlatılmasını sınırlandırabilir.

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

Bu model, ağrı ve rahatsızlık gerçeğini yadsıyan bir modeldir.

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

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

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

SONUÇ

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

Sosyal model özür- lülüğü toplumsal so- rumluluk boyutunda ele almakta ve top- lumda özür- lülere sunulan ve sunulama- yan hizmetlerin onların yaşam biçimini belirlediğine inanmaktadır.

Sosyal model, sosyal hizmet uygulama- larında giderek benimsenen bir model

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

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

Özür- lülüğü bireysel değil, sosyal yön- den ele alan bu model özür- lülere yeni bir kimlik kazandırmıştır ancak bu modelin kabulü, medikal modelin red- dedilmesini gerektirmez. Zaten Oli- ver (1996:35)'ın da değindiği gibi, bu model özür- n beden ile ilişkisini inkar etmemektedir.

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

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

KAYNAKLAR

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

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

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

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

Bernal, J. (2005) Medical Model. http://www.sgu.ac.uk/depts/psychdis/education/powerpoint/Intro_to_Disability_2003/sld008.htm, 25 Temmuz 2005.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

YAŞLI EVSİZLER VE SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİ

The Homeless Elderly and Social Work Interventions

Vedat IŞIKHAN*

*Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet-
ler Yüksekokulu

ÖZET

Geceleri yatacak uygun ve düzenli yeri olmayan, terminal, metro, gar, köprü altları, park ve sokaklarda yaşayan evsiz sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Çoğu ruh hastası olan kadın, çocuk ve gençler arasında yaşlı evsizler ayrı bir önem taşımaktadır. Yaşlı evsizlerin oranı son yıllarda, aile ilişkilerinin değişmesi, sağlık ve psikolojik sorunlar, evsizlere yönelik hizmetlerin kurumsallaşamaması, yoksulluk ve ev sahibi olamama gibi nedenlerle artış göstermektedir. Tüm bu sorunlar, yaşlı nüfusun evsiz kalış sürecini hızlandırmaktadır. Yaşlı evsizlerin yoğun bir izolasyon, yabancılaşma, korku ve güvensizlik içinde yaşamaları, evsizlerin ihtiyacına yönelik mikro, mezzo ve makro düzeydeki sosyal hizmet müdahalelerini zorunlu hale getirmektedir.

Anahtar Sözcükler: *Evsizlik, yaşlılık, sosyal hizmet, sosyal hizmet müdahaleleri.*

ABSTRACT

Lacking a proper and regular place to sleep at night, and living in terminals, metros, gars, underbridges, parks, and streets, the number of the homeless increases day by day. Ratio of the elderly homeless has increased due to reasons such as changing family relations, health and psychological problems, impossibility to institutionalise, poverty, lack of home, etc. All of these problems fasten the process of the elderly remaining without a home. The fact that the elderly homeless live in isolation, fear, distrust, and alienation makes it obligatory to realize social work interventions towards the needs of the homeless at both micro, mezzo and macro levels.

Key Words: *Homeless, elderly, social work, social work interventions.*

GİRİŞ

Bugün, evsizlik A.B.D., İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda gibi gelişmiş ülkelerdeki kamuoyunun, uzmanların, politikacı ve medyanın ilgi odağı durumundadır. Genelde "geceleleri yatacak uygun ve düzenli yeri olmayan, terminal, metro, gar, köprü altları ve parklarda, toplumun marjinal bölgelerinde yaşayan kişi ve gruplar" evsiz olarak tanımlanabilir. Evsizlik, 1980'lerde gittikçe artan bir sorun olarak kendisini hissettiren, bu olguyu özellikle ruh hastası ve madde bağımlısı çocuk ve kadınlar yoğun bir şekilde yaşamaktadır.

Evsizlik sorunu başlamadan önce bu bireylerin çoğunun oldukça yoksul durumda olduğu görülmektedir. Evden çıkarılma, işsizlik, beraberinde göç ve eşle ilişkilerde yaşanan zorluklar, bireylerin evsizlik öykülerinde yaşadığı ve evsizliği hızlandıran etmenlerdir. Evsizler, yardım almak için terk ettikleri ailelerine tekrar geri dönemez. Çünkü,

akrabaları kentlerin dışındadır ve/veya bunlar da giderek topluma karşı yabancılaşmaktadır (Ziefert ve Brown, 1991:215).

Son yıllarda evsizler ile ilgili yapılan çalışmaların kadınlar, gençler ve ergenler üzerinde odaklandığı görülmektedir (Tully ve Jacobson, 1994:62-63). Ancak, yaşlı evsizlerle ilgili çok az literatür bulunmaktadır. Yaşlı evsizlerle ilgili yapılan son araştırmalarda, bu gruplarda üst düzeyde sosyal izolasyon, yabancılaşma, korku ve güvensizlik yaşandığı görülmüştür. Bu koşullar altında yaşlı evsizler ile iletişime girmek, tedavi veya yardım programlarının kapsamlı sonuçlarına ulaşmak oldukça güçtür. Çünkü evsizler arasında yoğun olarak görülen ruh hastalığı önemli bir engeldir. Gelecekte bu topluluğun gereksinimlerine yönelik daha fazla çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Aşağıdaki çalışmada, evsiz ve evsizliğin tanımı, yaşlıların evsiz kalış nedenleri, yaşlı evsiz sayısının artışında aile ilişkilerinin değişmesi, sağlık ve psikolojik sorunlar, evsizlere yönelik hizmetlerin kurumsallaşamaması, yoksulluk ve ev sahibi olamamanın etkisi ve yaşlı evsizlere yönelik ne tür sosyal hizmet müdahalelerinin uygulanabileceği tartışılmaktadır.

1. EVSİZ ve EVSİZLİĞİN TANIMI

ABD'de 250,000'den fazla insan evsiz grubu içinde yer almaktadır (Tully ve Jacobson, 1994:64). Yine A.B.D.'de liberal görüşü savunanların tahminlerine göre yaklaşık 3 milyon insan barınacak bir yere sahip değildir. Bu evsiz nüfusa 55 yaş üzeri insanlar dahil edilmiştir. Şimdiye kadar A.B.D.'de yaşlı evsizlerle ilgili kesin bir sayı bilinmemektedir

(Cohen ve Sokolovsky, 1983:81-89; French, 1987:502-505; Cohen ve diğ., 1988: 121-128; Kutza ve Keigher, 1991 288-293; Rife ve diğ., 1991:58-67).

İşsiz ve yeterli yiyecek alacak kaynaklara sahip olamayan evsizler için geçici konutların olması ve temel sağlık hizmetlerinin sunulması onlar için hayati öneme sahiptir. Onlar, toplumda küçük düşme ve aşağılanma deneyimini çok sık yaşar. Zayıf-narin ve hasta olan yaşlı evsizler, hayatta kalma mücadelesinde dezavantajlı konuma sahiptir. Yaşlı evsizler için gerekli olan kaynaklar, refah hizmetini sunanlar tarafından sağlanabilmektedir. Tüm bunlara rağmen, hizmeti sunanların ve kamu kuruluşlarının, problemi hafifletmek için hazırlık yapması ve yaşlılar arasında evsizliğin varlığını kabul etmesi gerekir (Lipman, 2003:23-30).

Ruh hastası evsiz kişiler arasındaki şizofren hasta sayısının, manik depresif davranış gösteren kişilerden 38 kat, genel popülasyon içerisinde ise 25 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Onların bu durumları sokak yaşamı ve yoksulluğun getirdiği zararlarla birleştiğinde yüksek riskli bir durum teşkil etmektedir. Bunların, kendilerine yardımı reddeden, ailelerinden kopmuş, sağlık ve fiziksel görünümleri gittikçe kötüleşen evsizler olduğu saptanmıştır. Bu durumlar, yeni bir kronik evsiz insan topluluğunun oluşmasına neden olmaktadır. Bu yeni alt kültürde, ciddi oranda ruh hastalığı en önemli sorundur (Dail ve Koshes, 1992:27-44, Drury, 2003:194-207; Işıkhan, 2005:15-29). Araştırmalar, daha genç, daha az eğitim fırsatı görmüş ve uzun süre evsiz konutlarında kalan evsizlerin ciddi anlamda ruh hastalıklarına sahip olduğunu göstermiştir (Min ve diğ., 2004:284-289). Bu durum çok özel ilgi gerektiren ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyacı arttırmaktadır.

Evsiz denildiğinde, terminal, gar, metro, bankamatik, köprü altları, park ve toplumun marjinal kesimlerinde yaşayan kişi ve gruplar akla gelmektedir. Bunlara bazen evsiz kişilerin yakınlarının da eklenmesi olasıdır. Evsizler şöyle tanımlanmaktadır (Bostanoğlu, 1993:154):

"Kişiler, geleneksel konutların dışında, yani, ya evsiz barınaklarında yada konut olarak tasarlanmamış yerlerde-sokaklar, terkedilmiş evler, otobüs durakları ve hastanelerin bekleme odalarında-gecelelerini geçirip yaşıyorlarsa, onlara evsiz denir".

Evsizliğin tanımlanmasıyla ilgili bazı çalışmalarda belirgin bazı farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin; A.B.D.'de federal politikalarda, evsiz kişi, aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

Evsiz kişi;

- "Özellikle geceleri yatacak uygun yeri olmayan,
- Geçici yaşam koşullarını sağlayan yerlerde kalan (sosyal refah hotelleri, toplu konutlar ve akıl hastalarına ait geçici yerler) ve denetim altındaki sosyal konutlarda yaşayan;
- Bireylere geçici kalma olanağı sağlayan kurumlarda kalan, ve
- İnsanların rahat ve sürekli uyuyacağı, sıradan kullanımlar için dizayn edilmemiş kamu yada özel yerlerde yaşayan" kişi olarak tanımlanmıştır.

Evsiz kişi bu şekilde tanımlanırken, bu sürecin yaşanmasıyla ortaya çıkan olgu ise "evsizlik" olarak tanımlanmaktadır (James, 1992:11).

Evsizlerin tanımlanmasıyla ilgili tartışmalar sürüp gitmektedir. Bu tartışmaların bir kısmı ise yaşlı evsizlerin yaş

limitleriyle ilgilidir (Cohen ve Sokolovsky, 1983:81-89; French, 1987:502-505; Cohen ve diğ., 1988: 121-128; Kutza ve Keigher, 1991: 288-293; Rife ve diğ., 1991:58-67). Kutza ve Keigher (1991:288-293) çalışmalarında minimum 55 yaşını kullanırken; Cohen ve Diğerleri (1988) yaşlı evsiz erkeklerle ilgili çalışmalarında 60 ve üzeri yaş grubunu evsizleri tanımlamak için kullanmışlardır.

Bunun yanında evsizlikle ilgili cinsiyet farklılıkları, literatürde fazlasıyla görülmeye başlanmıştır. Kadınlar, erkeklere oranla daha çok evsiz kalmaktadır. Çünkü ailenin stresleri özellikle ev içi (domestic) şiddetle ilgilidir. Görüşülen evsiz kadınların üçte biri bir istismarla karşılaştığı için evden ayrılıp evsiz kaldığını ifade etmiştir. Erkeklerden daha çok kadınların kurumsal tedaviye ihtiyaçlarının arttığı, çocukların cinsel veya fiziksel istismara uğradığı saptanmıştır (Ziefert ve Brown, 1991:215).

Evsiz sayısının artmasında, düşük fiyata ev bulma olanaklarının az olması da önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Bu düşünce A.B.D'deki Ulusal Evsizler Koalisyonunun raporunda daha güçlü bir şekilde dile getirilmiştir. Koalisyonun 23 şehirde değişik nüfus grupları üzerinde yaptığı anketlere göre, tek başına evsizliğe neden olan en önemli sebep "uygun konuta sahip olamamadan" kaynaklanmaktadır (Tully ve Jacobson, 1994:61-81).

2. YAŞLILARIN EVSİZ KALIŞ NEDENLERİ

İnsanlar yaşlandıkça yaşamın anlamı, özellikleri ve biçimleri de değişmektedir. Yaşlanmanın içerdiği fiziksel, psikolojik ve toplumsal değişimler, bir yandan da onlarla başa çıkabilmek için birtakım

stratejilerin geliştirilmesini, uygulanmasını ve hatta değiştirilmesini gerektirir. Yaşlı kişilerin bireysel yaşamı için önemli olan değişimler aynı zamanda onların aile ve toplum yaşamını da etkilemektedir (Onur, 1995:230).

Aşağıda yaşlıların yaşamış olduğu bazı sorunlar kısaca incelenmektedir (Emiroğlu, 1995:37-43). Bu sorunlar yaşlıların evsiz kalışını hızlandıran nedenler olarak dikkati çekmektedir:

2.1. Aile İlişkilerinin Değişmesi

İlerleyen yaşlarda ana-babalar, birçok kayıp karşısında (eş, akraba, akran, dost, arkadaş) yaşlılığa uyum sağlama da güçlük çekmekte, toplumsal beklentilerinde değişimler yaşamaktadır. Bu dönemde boşanma, kuşaklararası çatışmalar yanında barınma ve mekansal sorunlar, kent yaşamına uyum sağlayamama, yalnızlık, rol ve statü kaybı, ağır işlerle uğraşma gibi sorunlar ön plana çıkmaktadır.

Ruh hastalığı, şiddetli geçimsizlik, şiddet, evi terk ve işsizlik gibi nedenler boşanmalara yol açarken, boşanma özellikle kadınların evsiz kalma sürecini hızlandıran bir faktör olarak dikkati çekmektedir. Yaşlılık döneminde gerçekleşen boşanmaların her iki taraf için yıkıcı etkileri olabilmektedir. Bu boşanma isteyerek veya istemeyerek gerçekleşmiş olsun, bireylerde çeşitli düzeylerde strese neden olmaktadır. Evlilik döneminde üstlenilmiş olan rol ve sorumluluklar, boşandıktan sonra ya nitelik değiştirmekte yada tamamen ortadan kalkmaktadır. Örneğin; evliken "eş" rolünü üstlenen bir yaşlı, boşandıktan sonra bu rolünü yitirmektedir. Ayrıca ekonomik güçlükler, yalnızlık, çevrenin bakışındaki değişiklikler, akraba ve arkadaşların tutum ve

davranışlarındaki farklılaşma genelde toplumda boşanmış bireylere yönelik ayrımcı tutumlar, çocukların sorunları, eski eşe yönelik duygular da boşanmış bireylerin karşı karşıya kaldığı önemli sorunlardır (Arıkan, 1992:26-29).

2.2. Sağlık ve Psikolojik Sorunlar

Güçsüzlük, ruhsal ve bedensel yorgunluk, beslenme bozuklukları, kalp-damar sistemi değişiklikleri, böbrek ve idrar sistemi değişiklikleri, sinir sistemi değişiklikleri, kas ve iskelet sistemi değişiklikleri, sindirim sistemi değişiklikleri, duyu sistemindeki değişiklikler, endokrin sistem değişiklikleri ve üreme sistemi ve hormonal sistem değişiklikleri yaşlılıkta çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Sağlıkta yaşanan bu sorunlar, özellikle sosyal güvencesi olmayan işsiz yada asgari koşullarda yaşamını sürdüren yaşlılar için daha önemli hale gelir.

Yaşlılıkta ortaya çıkan bazı psikolojik değişiklikler; eskiye bağlılık, yeniliklere uyum sağlayamama, yeniliklerden korkma, egoizm, bilinçte bulanıklık, alzheimer hastalığı, depresyon, intihar, hastalık hastalığı, narsistik kişilik bozukluğu, nevroz, stres, uyku bozuklukları, yönelim bozuklukları, ölüm korkusu gibi sorunlar yaşlıların uyum sürecini ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

Yaşlı evsizlerin sağlık sorunları üzerinde yapılan bir çalışmada; Boston caddelerinde ölen evsizlerin %25'inin 60 yaşın üzerinde olduğunu göstermiştir. Çalışmada, 30 yaşlı evsizde 39 ayrı sağlık sorunu olduğu saptanmıştır. Başlıca üç sağlık sorunu, bu grup üzerinde görülmektedir. Bu rahatsızlıklar, kronik alkolizm, psikiyatrik rahatsızlıklar ve akciğer hastalıklarıdır (Swigart ve Kolb, 2004: 162-70). Çalışma, evsizlerin sahip ol-

duğu hastalıkların çok çeşitli olduğunu göstermiştir. Işıkhan (2002), evsizlerle ilgili yaptığı araştırma sonunda, evsizlerin, sağlık sorunları arasında şizofren, tüberküloz ve romatizma hastalığı olanların diğerlerine göre daha fazla olduğunu saptamıştır.

Yaşlılarda ilerleyen fiziksel gerilemeyle birlikte özellikle psikolojik bakımdan sosyal rollerine ve kendilerine olan güvenlerini ve otoritelerini kaybetme, yetersizlik, faydasızlık ve çaresizlik duyguları, başkalarına muhtaç olma, yalnız kalma korkusu ve ölüm korkuları belirlemektedir. Tüm bu sorunlar yaşlıların evsiz kalış sürecini hızlandırmaktadır.

2.3. Evsizlere Yönelik Hizmetlerin Kurumsallaşamaması

Literatür, yaşlı evsizlere yönelik hizmetlerin kurumsallaşamamasıyla ilgili zıt görüşler ortaya koymaktadır. Doolin (1986) 'e göre kurumsallaşamama, Amerika'daki yaşlı evsizlerin sayısına çok az etki yapmaktadır. Kurumsallaşamama "yaşlıların evsiz kalmasında" çok önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda nispeten uzlaşılan nokta, evsiz oranının artmasında kurumsallaşamamanın önemli bir faktör olduğudur (Tully ve Jacobson, 1994:61-81). Evsizlerin yeniden caddelere dönmelerinde veya konutlarda kalmalarında evsizler için ayrılmış konutlarda kalınan sürenin önemli bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Warnes ve Crane, 2000:618-26).

Çeşitli kurum ve kuruluşlarca evsizlere sunulan hizmetler, bir organizasyon çatısı altında örgütlenemediği taktirde bu hizmetlerin kurumsallaşamama tehlikesinden söz edilebilir. Hizmetlerin işlerlik kazanabilmesi için örgütün giridi, çıktı ve sonuç süreçlerini başarıyla

yerine getirmesi gerekir. Bunun için bu örgütte organizasyon sisteminin oluşması şarttır. Bu kurumda (fiziki mekan), mal ve hizmetler, personel, finansman, organizasyon, iletişim gibi her örgütün olmazsa olmaz koşullarının kalıcı olması gerekir. Böylece evsizler günün hangi saatinde hangi kurumdan hangi hizmetleri alabileceğini ancak toplumda bu şekilde kurumsallaşmış örgütler aracılığıyla öğrenebilir.

Evsizliğe yönelik hizmetlerin oluşturulmasında ve kurumsallaşmasında ülkelerin sahip olduğu sosyal refah veya sosyal hizmet politikaları çok önemli bir yere sahiptir. Bu sorun gruplarına yönelik hizmet sunan kurumların bulunmadığı ülkelerde ne yazık ki çok problemlili sorun özelliği gösteren evsizlerin geleneksel kurumlara yerleştirildiği görülmektedir. Örneğin evsiz kişi, yaşlı ise huzurevine, eşinden şiddet görmüş bir kadın ise kadın misafirhanesine yerleştirilebilmektedir (Işıkhan, 2002).

Yaşlı evsizlerin ihtiyaçlarına yönelik durum açıkça ortaya konmuştur. Örneğin, yaşlıların durumunu etkileyen yasalarından biri, "Yaşlı Amerikalılar Yasası"dır (1964). Yaşlı Amerikan vatandaşlarının olası ihtiyaçlarının karşılanmasının, özel ihtiyaçlarını yerine getirmenin, standart bir eve sahip olmanın, bütün Amerikan yaşlılarının doğuştan sahip olduğu haklar olarak dile getirilmiştir. Bu kanun özellikle, yaşlı bireyler için yapılan hizmetlere finans desteği sağlamaktadır. Örneğin, bu hizmetler içinde haftada beş veya daha fazla gün sıcak yemek verilmesi önemli bir yer tutmaktadır (Tully ve Jacobson, 1994:61-81).

2.4. Yoksulluk

Araştırmalar yaşlı kadınların, yaşlı erkeklere oranla daha incinebilir, hassas olduğunu ortaya koymuştur.

Araştırmalara göre, birçok yaşlı kadın, evin finans yönetiminde söz sahibi değildir. Bu ise mali deneyimlerde yetersizliğe bağlı olarak gerekli harcamaların yapılmasını önlemekte ve kadınların kısmen evden ayrılmasına neden olmaktadır. Bunlarla birlikte yaşlı evsizlerin durumunun genç evsizlere göre daha iyi olduğu gözükmemektedir. Bunun nedeni yaşlıların düzenli bir gelir kaynağına sahip olmalarından kaynaklanmaktadır. Ancak bulgular bu düzenli gelirin, standart bir hayatı sürdürme ve konforlu bir yaşam sağlamaktan oldukça uzak olduğunu göstermektedir (Kutza ve Keigher, 1991:288-293).

Yoksulluk, yaşlıların evsiz kalışını hızlandıran önemli bir etmendir. Bazı örneklerdeki bulgular bu yaşlıların büyük çoğunluğunun yoksulluk içinde yaşadığını göstermektedir. Community for Creative Non-Violence'nin raporuna göre 1978'de %13,9 olan yaşlı yoksulların nüfusu 1980'de %15,7 olmuştur ve bunların %56'sı 65 yaşın üzerindedir. Bunun nedeni gelirin düşmesiyle birlikte artan ev harcamaları karşısında yiyecek ihtiyacının karşılanması veya kiranın ödenmesi konusunda sıkıntılıların yaşanmasıdır. Bu ikilem, yaşlı bireylerin kaçınılmaz olarak stres yaşamasına neden olmaktadır (Tully ve Jacobson, 1994:61-81).

Ekonomik yetersizlik ve emeklilik, yaşlanan bireyin emekli olması veya yaşlanmasından kaynaklanan iş kaybı nedeniyle gelirinde belirgin bir azalma görülmekte aynı zamanda yaşlılığa bağlı olarak da gider artışları, üretimden tüketime geçme nedeniyle ortaya çeşitli sorunlar çıkmaktadır.

2.5. Ev Sahibi Olamama

Bilindiği gibi bir ev; kadın, erkek ve çocuga günlük yaşamın ihtiyaçlarını en

iyi şekilde yerine getirecek olanlar sağlar. Bu temel yapı olmadığı zaman, aileler sık sık dağılma tehlikesiyle karşı karşıya kalır. Ailede, roller kaybolmaya başlar. Ailenin birçok özel işlevi sık sık aile dışındaki kişi ve kuruluşlar tarafından yerine getirilmeye başlanır.

Yaşlı bireylerin konut sorunu, kentleşmenin hızlanıp yaygınlaşması ve yaşlılıkta gelir azalmasının ortaya çıkardığı ciddi bir konudur. Yaşlılıkla birlikte birey, fizyolojik, psikolojik, toplumsal yönden pek çok kayba uğrar ve bağımlı duruma gelir.

İngiltere'de konut stokunun dörtte birini yerel yönetimlerin yaptırdığı sosyal konutlar oluşturmaktadır. Almanya'da konut üretiminin %50'den fazlası sosyal konut olup, bu konutların büyük bir kısmı kar amacı gütmeyen düşük faizli konut kredilerince desteklenerek yapılmaktadır (Temel, 1994:374-375). Konut sorunu, daha çok alt ve orta gelir grubunu oluşturan dar gelirli kişi ve ailelerin önemli sorunudur.

Özetle, evsizlerin sayısı artmaktadır. Basitçe "kalacak bir yer bulmak" evsizlerin sorununu çözecek bir formül değildir. Literatür yaşlı bireylerin evsiz kalmasında; aile ilişkilerinin değişmesi, sağlık ve psikolojik sorunlar, evsizlere yönelik hizmetlerin kurumsallaşmaması, diğer bir neden olan yoksullukla birlikte yaşlı evsizlerin artmasında dramatik bir rol oynadığını göstermektedir. Konut sahibi olamama ise temel faktör olmaktadır.

3. YAŞLI EVSİZLERE YÖNELİK SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ

Yoksulluk, işsizlik, yabancılaşıma, evsizlik, uyuşturucu madde ve alkol kullanan kişi sayısındaki artışlar, sağlık koşullarının yetersizliği, çarpık kentleşme,

eğitimsizlik, aile bağlarının ve komşuluk ilişkilerinin zayıflaması, suç işleme oranlarının artması gibi sanayileşme ve kentleşme ile ortaya çıkan sosyal, kültürel ve ekonomik sorunların bir yönüyle de sosyal hizmet mesleği ilgilidir. Koruyucu önleyici, tedavi edici ve geliştirici-destekleyici işlevleri bulunan sosyal hizmet; kişi, grup ve toplumların ruhsal, fiziksel ve toplumsal yönlerden mümkün olan en yüksek refah düzeyine erişebilmelerini amaçlar. Bu amaçlar çerçevesinde toplumsal kaynakları işlevsel hale getirerek yardım yolları arar (Kut, 1988).

Literatürde yaşlı evsizlerin ihtiyaçlarıyla ilgili Kaufman (1984. Akt: Tully ve Jacobson, 1994:61-81)'in kullandığı üç kategorili bir model bulunmaktadır. Bu hizmetler, acil yardım hizmetleri, geçiş hizmetleri ve dengeleme hizmetleridir. Aşağıda bu hizmetler hakkında bilgi sunulmuştur.

3.1. Acil Yardım Hizmetleri

Acil yardım hizmetleri; barınma, yemek, giysi ve parasal yardımlardan oluşmaktadır. Bu birim, yaşlı evsizlerin özel ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Acil yardım hizmetleri, evsizlerin kötü durumuna karşın geçici bir dinlenme, barınma ve korunma sağlamaktadır. Ancak, birçok acil yardım hizmeti, akşam yemeğiyle birlikte açılmakta, kahvaltıdan sonra kapanmaktadır. Yaşlı evsizlere herhangi bir soru sorulmadan bu hizmetlerin sağlanması gerekmektedir.

Bulgular, bazı yaşlı evsizlerin yardımı sağlayan meslek elemanlarına daha az güvendiğini göstermektedir (Swigart ve Kolb, 2004:162-70). Bu yüzden sağlığın korunması, psikolojik ve medikal izlemenin önemi artan bir şekilde ortaya çıkmaktadır (Kutza ve Keigher, 1991:288-293).

Hudson ve Diğerleri (1990) yaşlı evsizlerin "kurban olma" durumunu basit bir suç eylemi olarak değerlendirmemektedir. Bilindiğinin aksine "kurbanların damgalanması" söz konusudur. Doolin (1986)'in bulguları, yaşlı evsizlerin sıklıkla şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Yaşlı evsizlerin, azalan fiziksel hareketliliği, kendine saygıda düşüklüğü ve kendini savunmadaki zayıflığı, onların genç evsizler ve diğer bireyler tarafından kolayca hedef olmalarına neden olmaktadır. Doolin (1986. Akt: Tully ve Jacobson, 1994:61-81) yaşlı evsizlerin bu tür kurban olma ve yaşamları için gerekli olan fiziksel kontrol için destekleyici vaka yönetiminin önemli olduğunu eklemektedir.

Ülkemizde, acil yardım hizmeti ve ilerleyen bölümde yer alan geçiş ve dengeleyici hizmetler başlığı altında değerlendirilebilecek uygulamalara rastlamak mümkündür. Evsizler, çok önemli bir sorun olarak algılanmadığı ve mevsimsel (özellikle kışın) bir sorun olarak ortaya çıktığı için, evsizlerin sürekli yararlanabileceği bir kurum bulunmamaktadır. Mevcut uygulamalar kışın, dondurucu soğuk sırasında sokakta yaşayan talihsiz evsizlerin donarak bulunması, bu konunun medyada yer alması, kapalı spor salonlarının evsizlerin kullanımına sunulması ve havalar ısındığında buraların boşaltılması şeklindedir. Bu hizmetler gününbirlik, gelişigüzel, profesyonel olmayan ve geçici hizmetler niteliğindedir. Evsizlerle çalışıldığında, evsiz grupların buzdağının görünen kısımları --yalnızlık, içe kapanma, yabancılaşma, yaşanan toplumsal adaletsizlik- olduğu görülecektir.

Ancak bazı kurumlara evsizlerin yerleştirildiği ve profesyonel anlamda mesleki müdahalelerin yapıldığı uygulamalar da

bulunmaktadır. Örneğin, 3 Ocak – 3 Nisan 2002 tarihleri arasında Ankara’da evsizlere ait bir kurum olmadığı için Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Behice Eren Çocuk ve Gençlik Merkezi’ne geçici olarak yerleştirilen 95 evsizle ilgili yapılan araştırma sonunda; evsizlerin %74,7 (n = 71)’sinin erkek, %55,7 (n = 53)’sinin 32 yaş üstü olduğu, evsizler arasında en düşük yaştan 12 ve en yüksek yaştan 83 olduğu saptanmıştır.

Bu kurumda, kamu kurum ve kuruluşlarından, özel kişilerden bağış yöntemi ile alınan yatak ve yorganlar parkenin üzerine serilme yoluyla evsizlerin barınma ihtiyacı karşılanmıştır. Kurumda 24 saat sıcak su mevcut olup, evsizler bu kurumu “yıldızı olmayan turistik otel” olarak tanımlamışlardır. Evsizlere sunulan bu hizmetler “gece barınağı” şeklinde düzenlenmiştir. Üç aylık sürede bu kurumdan geçici-günlük hizmet alan evsiz sayısı toplam 500’e ulaşmıştır. Bu kuruluşlar tampon kurumların görevlerini yerine getirmektedir. Görevli Sosyal Hizmet Uzmanı (SHU) tarafından çeşitli mesleki müdahaleler yapılmıştır (sosyal yardımcı ihtiyacı olanlara gerekli yardım sağlanması, iş arayan evsizlere iş bulunması gibi).

Bu kurumda, sabah-öğle-akşam yemeği verilmekte, evsizlerin banyo, öz bakım hizmetlerine yardımcı olunmakta, giysisi olmayanlara giysi yardımı yapılmaktadır (Işıkkhan, 2002). Evsizlerin ihtiyacına yönelik müdahalelerin anında yapılması ve sorunun çözümü bu aşamada çok önemlidir.

Yaşlı evsizlerin ihtiyaçlarının karşılanması çabasında acil yardım hizmetleri değişik yaş grupları için çeşitli kaynak ve hizmetler sağlamaktadır. Örneğin, yeterli derecede parasal yardım, giyinme ve yiyecek sağlama. Acil yardım

hizmetleri sadece ilk adım olan evden ayrılma kısmına müdahale edebilmektedir. Diğer hizmetler ise geçici hizmetler yada geçici yerleşmeler başlığı altında evsizlere verilmektedir.

3.2. Geçiş Hizmetleri / Geçici Yerleşmeler

Geçiş hizmetleri, yaşlı evsizlere iş yardımı, sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri ve eve geçiş yardımlarını kapsamaktadır. Geçici yerleşmeler, evsizlik sorununun çözümünde önemli bir yer tutmaktadır. Acil yardım hizmetleri sadece krize müdahalede bulunmakta probleme sürekli çözümler bulamamaktadır. Geçici yerleşmeler birçok evsiz için bağımsızlığa ilk adım olmaktadır (Kaufman, 1984; Akt: Tully ve Jacobson, 1994:61-81).

3.3. Dengeleyici Hizmetler

Dengeleyici hizmetler; ev hazırlık programı, iş ve destekleme hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu hizmetlerin ana hedefi, bireyleri, yaşam döngüsü çerçevesinde dengeye ulaşıncaya kadar desteklemektir. Kaufman (1984. Akt: Tully ve Jacobson, 1994:61-81) raporunda, evsizler için hazırlanan evlerin sürekliliğini ele alıp altı kurum tanımlamıştır. Bunlar, yurtlar, geçici evler (3 aylık), aile bakım evleri, süpervizör denetimindeki evler, bakım evleri ve bağımsız yaşam apartmanlarıdır.

“Ev yaşamına hazırlık”, evsizlere yönelik dengeleyici hizmetlerin sadece birisini oluşturmaktadır. Vaka yönetimine ihtiyaç, dağıtım hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması ve diğer yardımlar bu dönemde gerçekleştirilen diğer hizmetlerdir. Rife ve Diğerleri (1991:58-67)’nin 176 evsiz üzerinde yaptığı araştırmada, vaka yönetimi servislerinde, vaka yö-

netimi sıklığının kişiler üzerinde anlamlı etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Bir işe sahip olma veya sosyal aktivite programlarına katılmanın bireyin hayatı algılamasını etkilediği belirtilmiştir.

Kutza ve Keigher (1991:288-293)'in bulguları, değişik düzeylerdeki örneklerle farklı bakımın gerekli olduğunu desteklemektedir. Yeniden yerleşim; birlikte yaşamı, aile ve arkadaşlarla birlikte olmayı ve süpervizör denetimli bir yaşamı içermektedir. Sürekli bakıma ek olarak, vaka yönetiminin yaşlı evsizlerin artan ihtiyaçlarından dolayı giderek önem kazandığı belirtilmektedir. Bazı hizmetler bunu karşılayabilmektedir. Ancak sadece bakım hizmetleriyle sınırlama yapılmamalıdır. Bunlara sağlık kontrolü, eve yardım, ev sağlığının değerlendirilmesi ve ev tamir hizmetleri de eklenebilmelidir.

4. SOSYAL HİZMET UZMANININ MÜDAHALE DÜZEYLERİ

Evsizlere yönelik oluşturulacak merkezlerde görevli SHU, sorun gruplarına yönelik çalışmalarını mikro, mezo ve makro düzeyde çalışarak, kişi, grup veya toplumun sorunlarını çözme yeteneğini artırma, kendine yeterli duruma getirme ve toplum yaşamına aktif olarak katılmalarına yardımcı olur.

Ülkemiz koşulları göz önüne alınarak, yaşlı evsizlere yönelik yapılabilecek müdahalelerin başında geçici konut veya merkezlerin oluşturulması öncelikli bir yer tutmaktadır. Araştırmalarla özellikleri saptanan bu evsizlerin temel ihtiyaçlarını karşılayabileceği "geçici merkezler" in oluşturulması gerekmektedir. Bunun için, yerel yönetimlerin her türlü kaynağından (personel, finans) yararlanılması, desteğinin alınması ve aralarında eşgüdümünün sağlanmasına çalışılmalıdır.

Yaşlı evsizlerin, korunma, bakım ve temel ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla bu kurumlarda görev yapan meslek elemanlarının (SHU, psikolog, psikiyatrist, doktor, avukat vb.) ekip çalışması anlayışı içinde, yaşlı evsizlerin ne tür hizmet ve tedaviye ihtiyacı olduğunu saptaması gerekir. Kuruma gelen ve kuruma yatışı kabul edilen yaşlı evsizle yapılan ilk mülakatla, evsiz kişinin sosyo-demografik, ekonomik, kültürel özellikleri, evsiz kalış nedenleri ve psikiyatrik özgeçmişe sahip olup olmadığı saptanır. Elde edilen bulgular doğrultusunda evsiz bireye teşhis konur. Evsizin "evsiz kalış öyküsü" alınırken kendisine değer verildiğinin hissettirilmesi gerekir. İlk mülakat süreci evsiz kişiyi kazanıp kaybetmemizi belirleyen kritik bir aşamadır. Bu yüzden ilk mülakatın kurumdaki SHU tarafından yapılması gerekir. Ayrıca SHU, evsiz kişiye, kurum, toplumda kendilerine tanınan haklar ve yararlanabileceği hizmetlerin neler olduğunu da anlatmalıdır. SHU'nun bu çalışmaları, yurtlar, geçici evler, aile bakımevleri, süpervizör denetimindeki evler, bakım evleri ve bağımsız yaşam apartmanlarında gerçekleştirmesi olasıdır.

SHU'nun yaşlı evsizlerle ilgili yapabileceği çalışmalar aşağıdaki başlıklar altında ele alınabilir. Bunlar mikro, mezo ve makro düzeyde yaklaşımları içermektedir (Tully ve Jacobson, 1994:61-81):

4.1. Mikro ve Mezo Düzeydeki Müdahaleler

Sosyal hizmet, yaşlı gruplar ve evsizlerle çalışmasına rağmen, SHU tarafından diğer nüfus gruplarına harcanan mesleki ilgi ve duyarlılığa bu alanda ulaşamamıştır (Tully ve Jacobson,

1994:61-81). Yaşlı evsizlerle SHU'nın direkt ilişkisi giderek artan bir seyir izlemektedir. SHU, en uygun müdahale yöntemi ile bu yeni küçük grubun ihtiyaçlarını karşılamayı arzulamaktadır.

Müracaatçı tanındıktan sonra, müracaatçının ihtiyaçları doğrultusunda en uygun müdahale yönteminin belirlenmesi gerekmektedir. Kriz durumlarında evsiz yaşlılar için yapılabilecek ilk yöntem krize müdahale etmektir. Evsiz bireylerin yaşadığı değişik kronik ve ruh sağlığı sorunları sıklıkla tıbbi bakımı gerektirmektedir. Burada önemli olan erken biyopsikososyal tanı ve değerlendirilmelerinin yapılmasıdır. Uygun yemek yeme olanağı ve konutlarının bulunması da diğer önemli iki unsur olarak ortaya çıkmaktadır. İlk krizin önlenmesi sonucunda SHU, uzun bir müdahale programının gerekip gerekmediğini değerlendirmelidir.

Ev içi ortamın ve ailedeki bireylerin birbirleriyle olan ilişkilerinin iyileştirebilmesi ve çatışmalarının azaltılması, birey ve ailelerin evsizlik olgusuyla karşılaşmalarını önleme ve/veya geciktirmeye yönelik olarak SHU'nun çeşitli çalışmalar yapması gerekmektedir. SHU'nun bu süreçte, ev ziyaretlerini gerçekleştirme yanında, sorun çözme sürecine tüm aileyi katmayı amaçlayan "aile tedavisi" yaklaşımını da kullanması beklenir.

SHU, evsiz kişiyle gerçekleştirdiği psikososyal incelemeden sonra gerek duyduğu taktirde ve ulaşılabilir durumda ise evsiz kişinin arkadaş, yakın akrabası gibi çevresindeki diğer kişilerle de görüşebilmelidir. Evsizlik sürecini yaşayan bireylerin, evlerine geri döndürülmeleri sürecinde kendilerine destek verecek aile ve yakın akrabaların varlığı onlar için önemli bir kaynaktır. SHU bu kaynağı müracaatçısının yararı için harekete geçirebilmelidir.

4.2. Makro Düzeydeki Müdahaleler

SHU'nun toplum ve örgütler üzerinde de etkisi bulunmaktadır. SHU'nun yaşlı evsizlere sağlıklı bir yaşam için doğrudan hizmet sağlamasının yanında, ihtiyaçların karşılanması için kurumsal alanda da yeterli kaynakların ayrılması konularında da çalışması gerekir.

Makro düzeyde SHU tarafından yapılan müdahalelerle, acil yardım hizmetlerinin, geçiş hizmetleri ve dengeleyici hizmetlerin, yaşlı evsizlerin ihtiyaçlarının karşılanması gerekir. SHU için en uygun yöntem toplum organizasyonu ile birlikte yaşlı evsizlerin özel ihtiyaçlarının da değerlendirilmesidir. SHU, örgütler ile evsiz konutlarında, krize müdahale hizmetlerinde, geçici ev programlarının sağlanmasında ve evsiz bireylerin toplumla bütünleşmesi konusunda aktif bir şekilde çalışmalıdır.

Makro müdahaleler, yerel, devlet ve sivil toplum örgütleri, politikalar ve yasalar bağlamında ele alınmalıdır. Bu geniş bağlam, SHU'nu yaşlı evsizlerin durumunun iyileştirilmesinde önemli derece etkilemektedir. Durum, politika düzeyinde gerek kanunların geliştirilmesinde ve uygulamalarda sosyal hizmet uygulayıcılarının etkin olarak yer almasını gerektirmektedir.

5. SONUÇ

Kent merkezlerinde, sokaklarda, yemek, para ve uyuyacak yer ararken gördüğümüz evsizlere yönelik hizmet modellerini ivedilikle hayata geçirmek sosyal hizmet kurumlarının en önemli görevleri arasındadır. Yaşlılık ve beraberinde getirdiği birçok sorun, bu bireylerin ailelerinden, arkadaş ve akrabalarından dolayısıyla toplumdan soyutlanmalarına neden olabilmektedir. Aile ilişkilerinin değişmesi, sağlık

ve psikolojik sorunlar, evsizlere yönelik hizmetlerin kurumsallaşamaması, yoksulluk ve ev sahibi olamama gibi bir çok sorun yaşlıların evsiz kalış sürecini hızlandırmaktadır.

Evsizlerin büyük bir kısmı psikiyatrik bir özgeçmişe sahiptir. Bu durum ve bulgular evsizlik olayına disiplinlerarası bir yaklaşımla müdahale etmemizi gerektirmektedir. Ruhî ve akli yönden güçlükleri nedeniyle sosyal ve mental işlevlerini tam olarak yerine getiremeyen kişilere hizmet veren hastaneler, ruh ve akıl sağlığı klinikleri, toplum ruh sağlığı programları, çocuk rehberlik büroları gibi psikiyatrik ortamlarda uygulanacak sosyal hizmetlerde SHU aktif rol üstlenebilmelidir.

Araştırmalar, 50 yaşın üzerindeki evsizlerin %50'sinden fazlasının kronik ruh hastalığına sahip olduğunu göstermektedir. Bu bireyler, ayrıca bilişsel bozukluklara mental hastalıklara ve diğer psikiyatrik sorunlara bağlı rahatsızlıklar yaşamaktadır. Yaşlılığın yanında bu evsizler sokakta yaşamının getirmiş olduğu bir çok tehlikeyle iç içe yaşamlarını sürdürmektedir. Yaşlı evsiz sayısının artmasında kurumsallaşmaması, yoksulluk ve ev sahibi olamama var olan faktörlerin yalnızca bir kısmını oluşturmaktadır. Bu alanda etkin olan başka faktörlerin varlığını ortaya koymak amacıyla araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Hizmeti sunanlar ve kamu kuruluşlarının, problemi hafifletmek için hazırlık yapması ve yaşlılar arasında evsizliğin varlığını kabul etmesi gerekir. Sosyal hizmet örgütlerinin kuruluş amacı olan, müracaatçıların bakım, koruma ve tedavi etme amaçlarını dolayısıyla onların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi görevlerini yerine

getirebilmelidir. Sorunun çözümü için sosyal politikalara, somut düzeyde program ve projelere ihtiyaç vardır. Çoğu ruh sağlığını yitirmiş durumda olan yaşlı evsizlere yönelik [kış mevsimini yada soğuk havaları beklemeden] geçici konutlar oluşturulmalıdır. Bunun için organizasyon yeteneği gelişmiş ve toplumsal kaynakları maksimum düzeyde kullanabilecek SHU'na büyük ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- Arıkan, Ç. (1992) *Yoksulluk Evlilikte Geçimsizlik ve Boşanma*. Şafak Matbaacılık, Ankara.
- Bostanoğlu, Ö. (1993) "Amerika Birleşik Devletlerinde Evsizlik", *Amme İdaresi Dergisi*, 26 (3) 154-156.
- Cohen, C.I. ve Sokolovsky, J. (1983) "Toward a Concept of Homelessness Among Aged Men", *Journal of Gerontology*, 38, (1) 81-89.
- Cohen, C.I., Teresi, J.A., ve Holmes, D. (1988) "The Physical Well-being Old Homeless Men", *Journal of Gerontology*, 43, (4) 121-128.
- Dail, P.W ve Koshes, R.J. (1992) "Treatment Issues and Treatment Configurations for Mentally ill Homeless Women", *Social Work in Health Care*, 17, 27-44.
- Doolin, J. (1986). "Planning for the Special Needs of the Homeless Elderly". *The Gerontologist*, 25 (3), 229-231. Aktaran: Tully, C.T ve Jacobson, S. (1994) "The Homeless Elderly: America's Forgotten Population", *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 3/4 61-81.
- Drury, L.J. (2003) "Community Care for People who are Homeless and Mentally ill" *J Health Care* 14 (2) 194-207.
- Emiroğlu, V. (1995) *Yaşlılık ve Yaşlıların Sosyal Uyumu*, Ankara.
- French, L. (1987) "Victimization of the Mentally ill: An Unintended Consequence of Deinstitutionation", *Social Work*, (6) 502-505.

İşıkhan, V. (2002) "Behice Eren Çocuk ve Gençlik Merkezinde 95 Evsizle Yapılan Araştırma", Yayınlanmamış Çalışma, Ankara.

İşıkhan, V. (2005) "Zihinsel Özürlü Evsiz Kadınların Sorunları", *Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Hizmetlerine İhtiyaç Duyan Bireyler ve Aileleri*, (Yayına Hazırlayanlar: Said Demirel ve Kamil Alptekin), Zihinsel ve Bedensel Engelli Çocuklar ve Aileleri Araştırma Eğitim Dayanışma ve Yardımlaşma Derneği Yayını No: 001, Ankara.

James, J.F. (1992) "New Methods for Measuring Homelessness and Population at Risk: Exploratory Research in Colorado", *Social Work Abstracts*, 28, (11).

Kaufman, N.K. (1984) "Homelessness: A Comprehensive Policy Approach. *The Urban & Social Change Review*", 17 (1), 21-26. Aktaran: Tully, C.T ve Jacobson, S. (1994) "The Homeless Elderly: America's Forgotten Population", *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 3/4 61-81.

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

Kutza, E.A. ve Keigher, S.M. (1991) "The elderly "new homeless": An Emerging Population at Risk. *Social Work*, 36 (4) 288-293.

Lipman, B. (2003) "Providing housing and care to elderly homeless men and women in Australia", *Care Manag J*, 4 (1) 23-30.

Min, S.Y., Wong, Y.L., Rothbard, A.B. (2004) "Outcomes of shelter use among homeless persons with serious mental illness", *Psychiatr Serv*. 55 (3) 284-9.

Onur, B. (1995) *Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik, Yaşlılık ve Ölüm*, Üçüncü Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.

Rife, J.C., First, R.J., Greenlee, R.W., Miller, L.D. ve Feichter, M.A. (1991) "Case Management with Homeless Mentally Ill People", *Health and Social Work*, 16 (1) 58-67.

Swigart, V. Kolb, R. (2004) "Homeless Persons' Decisions to Accept or Reject Public Health Disease-detection Services." *Public Health Nurs*, 21 (2) 162-70.

Temel, S. (1994) "Konut, Sosyal Konut ve Sosyal Hizmet", *Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi*. (Yayına Hazırlayan, Yard. Doç. Dr. Kasım Karataş), 4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı, SHU Derneği Yayınları No: 3.

Tully, C.T ve Jacobson, S. (1994) "The Homeless Elderly: America's Forgotten Population", *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 3/4 61-81.

Warnes, A.M. ve Crane, M.A. (2000) "The Achievements of a Multiservice Project for Older Homeless People", *Gerontologist*, 40 (5) 618-26.

Ziefert, M ve Brown, K.S. (1991) "Skill Building for Effective Intervention with Homeless Families". *Families in Society*, April, 214-216.

HEMŞİRELERİN HASTALARIN PROBLEM ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK ALGILARI

Nurses' Perception of Problem Characteristics of the Patients

Veli DUYAN*
Semra SARUÇ**

* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu,

** Sosyal Hizmet Uzmanı, T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Etilik Doğum Evi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi

ÖZET

Hastalığın yarattığı yeni duruma hastalar farklı tepkiler gösterir ve hastaların gösterdikleri tepkilere bağlı olarak sağlık personelinin algısı değişir. Bu araştırma sağlık alanının önemli bir çalışanı olan hemşirelerin hastalarda problem olarak gördükleri alanları belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırma sonucunda iletişim ve etkileşim sorunlarının hemşireler tarafından en önemli sorun alanı olarak görüldüğü belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ile iş yaşamına ilişkin özelliklerinin sorun algılarını değiştirdiği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hasta, problem özellikler, hemşire

ABSTRACT

Patients give different responses to each of the new conditions that are the results of the illness, and the perceptions of the health personnel changes in relation to these patient responses. This study aims to determine the patients' problem areas from the view point of the nurses. Research results indicate that communication and interaction problems are the most important problem areas according to the nurses. In addition, however, the nurses' socio-demographic characteristics and characteristics in relation to the working life have different effects on problem perception.

Key Words: Patients, problematic characteristics, nurse

GİRİŞ

Hastalığın yarattığı yeni durum ve bu durumdan kaynaklanan sorunlar nedeniyle her bir hasta farklı tepkiler gösterir. Bazıları hastalık durumuna iyi bir uyum yaparak tedavi ekibinin çalışmalarını kolaylaştırıp, hem verilen bakım ve tedavide aktif bir rol alır, hem de tedaviden kısa zamanda ve etkin olarak yararlanma imkanını kazanır. Hastalığa iyi uyum yapamayan hastalar için hastalıkları onların toplumdaki uzaklaşmalarına, kendi iç dünyalarına kapanmalarına neden olarak tedaviden yararlanamama veya tedavinin uzaması gibi sonuçlar doğurur (Yurt, 1983:17). Hastalığa uyumda ve tedavinin hızlı ve etkili bir biçimde gerçekleştirilmesinde hastanın çeşitli yönlerden anlaşılmasının ve problem özelliklerinin fark edilmesinin önemi çok açıktır. Bu bağlamda hastalığa ve hastaneye uyumda zorluk yaşayan hastalar "problem hasta" olarak

tanımlamış ve bu hastalarda problem olarak görülen konuları iletişim, yakınmalar, istekler, dışarıdan gelen karışmalar, açık duygusal davranışlar, fiziki bakım, etkileşim ve ilişki kurulamaması şeklinde gruplamıştır (Newsom ve diğ., 1963:257-270). Bu çalışmanın temelini de bu gruplama oluşturmaktadır.

Hastaların karşılaştıkları sorunlar genel olarak; sağlık hizmetlerine ulaşmada engeller, sağlık hizmetlerine ve hastaneye uyum problemleri, tıbbi tedavi planına uyum problemleri, karar verebilmek için bilgi eksikliği, gereksinimleri karşılayacak kaynak eksikliği, hizmetten taburcu olabilmek konusunda engeller olmak üzere altı grupta ele alınabilir (Duyan, 2003:42).

Hastaların karşılaştıkları sorunlar; günlük yaşam aktiviteleri ve bakım ile ilgili sorunlar, çevresel sorunlar, hastalık sonucunda fonksiyon dengelerindeki değişimler ve hastalıktan kaynaklanan reaksiyonlar, duygusal, cinsel ve fiziksel fena muameleler ile ilgili sorunlar, iletişim (ilişki) sorunları, zihinsel karışıklıklar, bilişsel ve davranışsal sorunlar, mesleki ve eğitim sorunları ve yasal sorunlar başlıkları altında toplanabilir (Cowles, 1999:38-139). Sağlık problemlerinin tümü gerçekte hasta problemleridir ve işbirliğine dayalı olarak hastanın bakış açısını tanımlamaya gereksinimi vardır (Beyea, 1999:32).

Hastadan gelen şikayetler sıklıkla tıbbi bakım sistemine uyum sağlama güçlüğü'nün bir göstergesidir. Hemşirenin bu şikayetleri anlaması ve hastanın problemi çözmesine yardımcı olması gerekmektedir. Bu şikayetleri hastalar ve aileleriyle sürdürdükleri diyalogun bir parçası olarak görmek zorundadırlar. Ayrıca bu şikayetleri, hastanın gereksinimlerini değerlendirmek, ba-

kımını ve hizmetlerin sunumunu değerlendirmek için kullanılmalıdır (Luther, Pais, ve Silberblatt, 1997:39).

YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI

SSK Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi'nde hastalarla birebir iletişimde bulunarak çalışan hemşirelerin hastalarda problem olarak gördükleri özelliklerin ve bu problemleri çözüm yollarının incelenmesi araştırmanın amacını oluşturmaktadır. Problem özellikler hastalarla direkt olarak ilişkide bulunan, özellikle hastaların yattığı tüm servislerde çalışan hemşirelerde araştırılmıştır.

Araştırmanın bir başka bölümünde ise hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ile iş yaşamına ilişkin özellikleri, belirtilen problemleri sorun olarak görme derecelerine etki edip etmediği de araştırılmıştır.

ÇALIŞMA GRUBU

Araştırma, SSK Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi'nde, yatan hasta servislerinde ve polikliniklerde çalışan hastalarla iletişim halinde olan hemşirelerle yapılmıştır. Hastalarla bire bir ilişkide bulunmadıkları için ameliyathane ve bebek servislerinde çalışan hemşireler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Soru kağıtları hemşirelere 17 Mart 2003'te araştırmacı tarafından dağıtılmış ve 28 Mart 2003'te araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde servislerde ve polikliniklerde çalışan toplam hemşire sayısı 117'dir. Ancak hemşirelerin izinde olması ya da başka nedenler gösterip araştırmaya dahil olmaması nedeniyle toplam 102 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırma tanımlayıcı bir araştırmadır ve hazırlanan soru kağıdı ile yapılmıştır. Hasta-hemşire ilişkilerinde problem olarak görülen özellikler belirlenerek sıralandırılmış ve sınıflandırılarak bir şema şekline dönüştürülmüştür. Problem özellikler iletişim (communication), yakınmalar (complaint), istekler (demand), dışarıdan gelen karışmalar (interference from outside), açık duygusal davranışlar (overt emotional behavior), fizik bakım (physical care), etkileşim (interaction) ve ilişki kurulamaması (lack of cooperation) olmak üzere sekiz ana grupta toplanmış ve her grubun içindeki diğer alt problem özellikler açıklanmıştır (Newsom ve diğ., 1963:257-270). Yapılan bu çalışmanın ülkemiz koşullarına uyarlanması Hacettepe Hastaneleri Yetişkin Servislerinde çalışan hemşirelerle yapılmıştır (Yurt, 1983:29-30).

Bu çalışmada şemada yer alan problem durumları tek tek incelenmiş, analiz edilmiş ve ülkemiz koşulları göz önüne alınarak belirlendikten sonra ön çalışma için servis hemşirelerinden, kendilerine liste gösterilmeksizin hasta-hemşire ilişkilerinde görülen problemleri belirtmeleri istenmiştir. Ön çalışma sonucu elde edilen yeni problem durumlar ilave edilerek şema yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada soru kağıdına yeni bir bölüm eklenmiş ve araştırma kapsamına alınan hemşirelerin belirttikleri problem durumlarını nasıl ve hangi yollarla çözümlenmeye çalıştıklarını veya çözümlediklerini yazarak belirtmeleri istenmiştir. Eklenen bu bölüm yaptığımız çalışmada kullanılmamış fakat bunun yanında çalışmada belirtilen çözüm yolları 8 ana grupta

toplanarak, hemşirelerin bu çözüm yollarından hangilerini kullandıkları araştırılmıştır. Bu bölümden elde edilen veriler, problemler karşısında hemşirelerin bunları çözümlenme becerileri, yolları ve başarıları konusunda vereceği bilgiler açısından önemlidir (Yurt, 1983:29-30).

Ayrıca araştırmada hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ile iş yaşamına ilişkin özellikleri ortaya koymak amacıyla araştırmacı tarafından bir başka soru kağıdı hazırlanmıştır.

Hasta- hemşire ilişkilerinde problem olarak görülen gruplar ve her grubun içindeki diğer alt problem özellikler aşağıdaki gibidir (Yurt, 1983:31-32)

1. İletişim grubu: Hastanın Türkçe konuşmaması, zeka seviyesinin hasta-hemşire ilişkisini etkileyecek derecede düşük olması, hastanın söylenenleri yanlış anlaması, hastanın okuma-yazma bilmemesi.
2. Yakınmalar grubu: Hastanın uygulanan tedavi şekline hoşnut olmaması, hemşirelik bakımını beğenmemesi, hemşirenin çalışmasını takdir etmemesi, hemşireyi doktora ve idareye şikayet etmesi, hastanın aşırı alınganlığı ve gücenmesi.
3. İstekler grubu: Hastanın sık sık soru sorması, hemşireyi çağırdığı anda gelmesini istemesi, tedavi ve bakım düzenini engelleyici isteklerinin olması, bakım ve tedavisi için gerekli olmayan ve doktor istemi dışında isteklerinin olması, özel yatan hastaların ayrıcalık beklemeleri, hastanın tek kişilik oda istemesi.
4. Dışarıdan gelen karışmalar grubu: Hastanın ziyaretçisinin gelmemesi, hastane personelinin yakını olan

hastalarını ziyaret saati dışında görmek istemeleri, ziyaretçilerin ziyaret saati dışında gelip ısrarla hastalarını görmek istemeleri, ziyaretçilerin hastanın bakımını eleŐtirmeleri ve hemşireyi sık sık aırmaları, hastanın taburcu olacak duruma gelmesi fakat ailesinin hastayı almaması, hastanın iyileŐtiĐi halde taburcu olmak istememesi.

5. Açık duygusal davranışlar grubu: Hastanın ie kapanması, hastanın sıklıkla ağlaması, hastanın oryantasyonunun bozuk oluŐu, hastanın gece uyuyamaması, hastanın endiŐeli ve huzursuz olması, servise uyumunu bozacak derecede ruhsal bozukluğu olması, hiç konuşmaması, aşırı yaygaracı, gürültücü ve kavgacı olması, intihar riski olan hasta.
6. Fizik bakım grubu: Hastanın kişisel temizliğine dikkat etmemesi, idrar ve gaitasını tutamaması, düzensiz ve dağınık olması, hastanın yoğun hemşirelik bakımına gereksinimi olması, hastalığının bulaşıcı olması, ölüm halinde olması, yaşlı hastalar, hastanın serviste uzun süre yatması, hastanın servise birkaç kez yatması, hastanın kendi yapabileceği iÇi hemşirenin yapmasını istemesi.
7. Etkileşim grubu: Hastanın hemşirelerle tartışması, hastanın hemşirelerle zıttlaŐması, hastanın yalan söylemesi, hastanın argo konuŐması ve kfretmesi, hastaların kendi aralarında hemşire için uygunsuz konuŐmaları, hastanın hemŐireye güvenmemesi ve onu kmsememesi, hastanın diğer hastalarla tartışması ve onları rahatsız etmesi, hastaların serviste karŐıt cinsten hastalarla ve personelle duygusal iliŐkiye girmeleri.

8. İlişki kurulamaması grubu: Hastanın hastalığını reddetmesi, hastanın tedavi olmayı kabul etmemesi, hastanın tanı ve tedavi için yapılacak röntgen, tahlil vb. iŐlemlerde zorluk çıkarması, ilaç kullanmayı kabul etmemesi, dietine uymaması, hastanın sonda vb. Şeyleri çıkarması, servis kurallarına uymayarak istediği gibi davranması, hastanın hemŐireye aşırı yardımcı olması, hastanın hemŐireye uygunsuz tekliflerde bulunması, hastanın cinsel organını gösterme gibi cinsel içerikli davranıŐlarda bulunması, hastanın hastaneden kaçması.

VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilen sosyal bilimlerde istatistiksel analizler yapmaya olanak sağlayan SPSS programı ile çözümlenmiŐ ve değişkenlerin niteliğine bağlı olarak %, standart sapma, ortalama, k-kare, t, F ve r analizleri yapılmıştır.

BULGULAR ve YORUM

Çizelge 1'de araştırma kapsamına giren hemşirelerin kimi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çizelgeden anlaşılacağı üzere hemşirelerin yaklaşık üçte ikisi evli, yarıdan fazlası sağlık meslek lisesi mezunudur. Hemşirelerin yaş ortalaması 29,4 olduğu ve 22 ile 55 yaş arasında bir dağılım sergilediği görülmektedir. Son olarak hemşirelerin gelir ortalaması 840 milyon TL'dir ve gelir 650 milyon TL ile bir milyar iki yüz milyon TL arasında deĐiŐmekte olup; hemşirelerin tamamına yakını elde ettikleri aylık gelir miktarını yeterli bulmaktadırlar.

Çizelge 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	n	%
Medeni Durum		
Evli	67	65,7
Bekar	35	34,3
Eğitim Durumu		
SML	56	54,9
Ön lisans	45	44,1
Lisans	1	1,0
Yaş	Ortalama= 29,41; ss= 4,80; 22-55	
Aylık Gelir	Ortalama= 840,27; ss=87,21; 650-1200	
Aylık Geliri Yeterli Bulma Durumu		
Evet	14	13,7
Hayır	88	86,3

Çizelge 2'de hemşirelerin çalışma yaşamı ile ilgili kimi özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Hemşirelerin üçte ikisinden fazlasının servislerde (onkoloji (s=14; % 13,7), doğumhane (s=14; % 13,7), septik (s=10; % 9,8), loğusa (s=9; % 8,8), jinekoloji (s=7; % 6,9), riskli gebelik (s=7; % 6,9), sezaryen (s=6; % 5,9), infertilite (s=5; % 4,9)) ve geriye kalanların ise polikliniklerde (USG, kan alma, acil, AP, EKG ve gebe polikliniği olarak (s=30; % 19,6) çalıştığı anlaşılmaktadır. Hemşirelerin ortalama çalışma süresi on yıl olup 2 ile 35 yıl arasında değişmektedir. Aynı hastanede çalışma süresine bakıldığında ise bunun ortalama 6,2 yıl olduğu ve bir ile 21 yıl arasında değiştiği görülmektedir. Hemşirelerin ortalama işyeri değişikliği 1,3 olup hiç işyeri değiştirmeyen hemşirelerin varlığının yanı sıra dokuz farklı

Çizelge 2. Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler

Çalışma yeri	S	%
Servis	72	70,6
Poliklinik	30	29,4
Çalışma süresi	Ortalama= 10,17; ss=4,84; 2-35	
Aynı hastanede çalışma süresi	Ortalama=6,20; 4,47; 1-21	
İş yeri değişikliği	Ortalama=1,30; ss=1,43; 0-9	
Ayda tutulan nöbet sayısı	Ortalama=4,81; ss=,74; 0-5	
İlgilenilen hasta sayısı	Orta- lama= 106,05; ss=134,44; 25-750	
Hizmet içi eğitim alma durumu		
Evet	69	67,6
Hayır	33	32,4
Ekip çalışmasının bulunma Durumu		
Evet	80	78,4
Hayır	22	21,6
Mesleki uygulamaların sıklığı bulunma durumu		
Çoğu zaman	20	19,6
Ara sıra	56	54,9
Çok seyrek	18	17,6
Hiç bir zaman	8	7,8
Mesleki uygulamaların başarı duygusu verme durumu		
Her zaman	10	9,8
Çoğu zaman	35	34,3
Ara sıra	37	36,3
Çok seyrek	15	14,7
Hiç bir zaman	5	4,9

işyerinde çalışan hemşirelerin de bulunduğu göze çarpmaktadır. Ortalama 4,8 nöbet (0-5) tutan hemşireler ortalama 106 (25-750) hasta ile ilgilenmektedirler. Çizelgeden de anlaşılacağı üzere hizmet için eğitim almayanların oranı yaklaşık üçte bir düzeyinde olup, hemşirelerin beşte biri ekip çalışmasının olmadığını belirtmektedirler. Hemşirelerin yaklaşık beşte birinin mesleki uygulamalarını sıkıcı bulmaları ve % 5'inin mesleki uygulamaların başarı duygusunu vermediğini belirtmeleri dikkat çekicidir.

Çizelge 3'te hemşirelerin amirleriyle olan ilişkilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çizelgeden de anlaşılacağı üzere hemşirelerin çok az bir bölümü (% 15.7) çalışmalarının amirleri tarafından çoğu zaman övgüyle karşılandığını

Çizelge 3. Amirlerle İlişkiler

Çalışmalarının amir tarafından övgüyle karşılanma durumu	S	%
Çoğu zaman	16	15,7
Ara sıra	38	37,3
Çok seyrek	27	26,5
Hiç bir zaman	21	20,6
Amirden hoşnut olma durumu		
Her zaman	13	12,7
Çoğu zaman	55	53,9
Ara sıra	25	24,5
Çok seyrek	5	4,9
Hiç bir zaman	4	3,9
Meslek dışı iş ve görevlere yöneltilme durumu		
Evet	63	61,8
Hayır	39	38,2

belirtmektedir. Dolayısıyla amirlerden her zaman hoşnut olma durumunun çok düşük seviyede olması (% 12.7) şaşırtıcı değildir. Amirlerden hoşnut olmamanın bir diğer nedeni de meslek dışı iş ve görevlere yöneltilme olabilir. Şöyle ki meslek dışı iş ve görevlere yöneltilenlerin oranı yaklaşık üçte iki düzeyindedir.

Çizelge 4'te araştırma kapsamına giren hemşirelere göre en önemli problem grubu hastalarla ilgili olarak etkileşim ve iletişim problemidir. Bunu sürekli şikayet eden hasta ve dış etkiler izlemektedir. Hastaların fiziki bakımı ve duygusal davranışları büyük ölçüde sorun olarak algılanmamaktadır.

Çizelge 5'te sosyo-demografik özellikler ile problem grupları arasındaki ilişkilere ait bulgulara yer verilmiştir. Çizelgeden de anlaşılacağı üzere bekar olanlar evli olanlara göre iletişim, istek ve fiziki bakım konularını daha fazla düzeyde problem olarak algılamaktadırlar. Her iki grup arasındaki algısal farklılık iletişim için ($p < 0.01$), istek için ($p < 0.001$) ve fiziki bakım için ($p < 0.05$)

Çizelge 4. Problem grupları puan ortalamaları

Etkileşim	2,3370; ,5941 ; ,63-3.00
İletişim	2,2525; ,5456 ; ,75-3.00
Şikayet	2,0431; ,6131 ; ,20-3.00
Dış etkiler	2,0252; ,5429 ; ,86-3.00
İlişki kurulamaması	1,9947; ,7141 ; ,09-2.91
İstek	1,9935; ,6271 ; ,00-3.00
Fiziki bakım	1,9520; ,5206 ; ,80-3.00
Duygusal davranışlar	1,9444; ,7151 ; ,11-3.00

Çizelge 5. Sosyo-demografik özellikler ile problem grupları arasındaki ilişkiler

Medeni Durum	Problem Grupları	N	ort	ss	t	p
Evli	İletişim	67	8,6119	2,2358	t=-2,621	,010
Bekar		35	9,7714	1,8800		
Evli	İstek	67	11,0448	3,9175	t=-3,597	,001
Bekar		35	13,7143	2,7286		
Evli	Fiziki bakım	67	18,7015	5,1552	t=-2,239	,027
Bekar		35	21,0857	5,0081		
Yaş	İletişim	102	9,0098	2,1823	r= -,229	,021
Geir	İletişim	102	9,0098	2,1823	r= -,209	,035
Geliri Yeterli Bulma						
Evet	İletişim	14	7,5000	2,5038	t=-2,886	,005
Hayır		88	9,2500	2,0412		
Evet	İstek	14	9,5000	4,4506	t=-2,717	,008
Hayır		88	12,3523	3,5137		
Evet	Dış etki	14	11,0000	2,1483	t=-3,556	,001
Hayır		88	14,6818	3,7678		
Evet	Fiziki bakım	14	16,0714	5,0454	t=-2,754	,007
Hayır		88	20,0682	5,0442		

düzeyinde anlamlıdır. Yaş ile iletişim alt sorun grubu arasında negatif yönde bir ilişki bulunduğu ve bu ilişkinin de ($p < 0.05$) düzeyinde olduğu görülmektedir. Bir diğer ifadeyle yaş ilerledikçe hastalarla iletişim bir problem olarak algılanmamaktadır. Çizelgede görüldüğü gibi aylık gelirini yeterli bulmayanlar aylık gelirini yeterli bulanlara göre iletişim ($p < 0.01$), istek ($p < 0.01$), dış etki ($p < 0.001$) ve fiziki bakım ($p < 0.01$) konularını daha çok sorun olarak algılamaktadırlar.

Çizelge 6'da çalışma yaşamına ilişkin özellikler ve problem grupları arasındaki ilişkilere yer verilmiştir. Çizelgeden de anlaşılacağı üzere çalışma süresi, aynı

hastanede çalışma süresi, iş değişikliği sayısı ve ilgilenilen hasta sayısı ile kimi sorun grupları algısı arasında ilişki vardır. Buna göre çalışma süresi ile sadece iletişim problem grubu arasında ters yönlü bir ilişki ($p < 0.05$) bulunmaktadır. Bir diğer ifadeyle çalışma süresi arttıkça iletişim konusu sorun olarak algılanmamaktadır. Aynı hastanede çalışma durumu değerlendirildiğinde şikayet problem grubu hariç tüm sorun grupları ile aynı hastanede çalışma süresi arasında ters yönlü ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Bu ilişki iletişim için ($p < 0.01$), istek için ($p < 0.001$), dış etki için ($p < 0.001$), duygusal davranışlar için ($p < 0.01$), fiziki bakım için ($p < 0.05$), etki-

Çizelge 6. Çalışma yaşamına ilişkin özellikler ile problem grupları arasındaki ilişkiler

Çalışma yaşamına ilişkin zellikler		Problem Grupları	N	ort	ss	İstatistik	p
Çalışma süresi		İletişim	102	9,0098	2,1823	$r = -,192$,053
Aynı hastanede çalışma süresi		İletişim	102	9,0098	2,1823	$r = -,267$,007
		İstek	102	11,9608	3,7626	$r = -,343$,000
		Dış etki	102	14,1765	3,8005	$r = -,361$,000
		Duygusal davranışlar	102	17,5000	6,4359	$r = -,280$,004
		Fiziki bakım	102	19,5196	5,2061	$r = -,206$,038
		Etkileşim	102	18,6961	4,7529	$r = -,191$,055
		İlişki kurma	102	21,9412	7,8549	$r = -,276$,005
İş değişikliği sayısı		İstek	102	11,9608	3,7626	$r = ,201$,042
		Dış etki	102	14,1765	3,8005	$r = ,313$,001
		Duygusal davranışlar	102	17,5000	6,4359	$r = ,281$,004
		Etkileşim	102	18,6961	4,7529	$r = ,196$,048
İlgilenilen hasta sayısı		İstek	102	11,9608	3,7626	$r = ,298$,002
Mesleki uygulamaları sıkıcı bulma	çoğu zaman	şikayet	20	8,4500	3,3003	F= 3,681	,015
	Ara sıra		56	10,8393	2,5639		
	çok seyrek		18	9,7778	3,0593		
	Hiç bir zaman		8	11,2500	4,2342		
	çoğu zaman	İstek	20	12,2000	3,5924	F= 2,603	,056
	Ara sıra		56	12,5000	3,5058		
	çok seyrek		18	9,7778	4,3190		
	Hiç bir zaman		8	12,5000	3,5051		
	çoğu zaman	Duygusal Davranışlar	20	13,2000	6,2962	F= 4,313	,007
	Ara sıra		56	18,7679	6,6551		
	çok seyrek		18	17,5000	5,1019		
	Hiç bir zaman		8	19,3750	3,0208		
	çoğu zaman	Etkileşim	20	15,9000	6,3071	F= 3,871	,012
	Ara sıra		56	19,8750	4,1168		
	çok seyrek		18	18,5556	3,7451		
	Hiç bir zaman		8	17,7500	4,0267		
	çoğu zaman	İlişki kurma	20	19,5500	8,8762	F= 3,056	,032
	Ara sıra		56	22,4464	7,6012		
	çok seyrek		18	20,1111	6,0575		
	Hiç bir zaman		8	28,5000	7,5593		
Mesleki uygulama-ların başarı duygusu verme durumu	Her zaman	Duygusal davranışlar	10	20,1000	3,7845	F= 2,850	,028
	çoğu zaman		35	18,0857	6,3634		
	Ara sıra		37	17,9730	6,1214		
	çok seyrek		15	15,8667	6,9371		
	Hiç bir zaman		5	9,6000	7,3348		

Çizelge 7. Amirlerle ilişkiler ile problem grupları arasındaki ilişkiler

Amirlerle ilişkiler		Problem Grupları	N	ort	ss	İstatistik	p
Amir tarafından övgüyle karşılanma durumu	Çoğu zaman	İstek	16	13,2500	3,1728	F= 4,126	,008
	Ara sıra		38	10,4211	4,0911		
	Çok seyrek		27	13,2222	3,2972		
	Hiçbir zaman		21	12,1429	3,2907		
	Çoğu zaman	Fiziki bakım	16	17,6875	4,1588	F= 3,612	,016
	Ara sıra		38	18,2632	5,9078		
	Çok seyrek		27	20,3704	4,4128		
	Hiçbir zaman		21	22,0952	4,5156		
Amirden hoşnut olma durumu	Her zaman	İstek	13	9,8462	5,6102	F= 2,758	,032
	Çoğu zaman		55	11,5455	3,6098		
	Ara sıra		25	13,6400	2,4644		
	Çok seyrek		5	13,0000	3,3912		
	Hiç bir zaman		4	12,7500	1,8930		
Meslek dışı iş ve görevlere yöneltilme durumu	Evet	İstek	63	12,5873	3,1655	t= 2,177	,032
	Hayır		39	10,9487	4,4245		

leşim için ($p < 0.05$) ve ilişki kurma için ($p < 0.01$) düzeyinde anlamlıdır. Aynı hastanede çalışma süresi arttıkça problem algısının azalmakta olduğu açıkça anlaşılmaktadır. İş değişikliği ile bazı sorun grupları algısı arasında da pozitif yönde bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Bu ilişki istek için ($p < 0.05$), dış etki için ($p < 0.001$), duygusal davranışlar için ($p < 0.01$) ve etkileşim için ($p < 0.05$) düzeyinde anlamlıdır. Buna göre iş değişikliği sayısı arttıkça problem algısının da artmakta olduğu anlaşılmaktadır. Benzer durum ilgilenilen hasta sayısı ile istek problem grubu için de geçerlidir. Buna göre ilgilenilen hasta sayısı arttıkça istek ($p < 0.01$) sorun olarak algılanmaktadır. Mesleki

uygulamaları sıkıcı bulup bulmama ve mesleki uygulamaların başarı duygusu verip vermeme durumu da sorun algısı üzerinde etkide bulunabilecek bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Buna göre mesleki uygulamaların sıkıcı bulunma durumu çoğu zaman ile hiçbir zaman arasında değişmektedir. Bu değişikliğe göre şikayet için ($p < 0.01$), istek için ($p < 0.05$), duygusal davranışlar için ($p < 0.01$), etkileşim için ($p < 0.01$) ve ilişki kurma için ($p < 0.05$) düzeyinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Mesleki uygulamaların başarı duygusu verme düzeyi açısından duygusal davranışlar sorun grubu algısı açısından ($p < 0.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu göze çarpmaktadır.

Çizelge 8. Karşılaşılan Problem Gruplarına İlişkin Olarak Başvuruilan Çözüm Yolları

Problem Grupları	Çözüm Yolları	S	%
İletişim problem grubu	Üçüncü bir kişiden (tercüman, aile, sağlık personeli) yardım istemek	87	85,3
	Hemşirenin iletişim çabasını artırması ve hastayla daha fazla ilgilenmesi.	59	57,8
	Diğer	2	2,0
Şikayet problem grubu	Hemşirenin kendini gözden geçirip eksiklerini gidermeye çalışması.	63	61,8
	Doktor ve idareci hemşirelerden yardım istemek.	49	48,0
	Hemşirenin "zaman yetersiz, eleman az" gibi sözlerle kendini savunması.	29	28,4
	Diğer	23	22,5
İstek problem grubu	Hastanın isteklerinden uygun olanı karşılamak	85	84,2
	Hastanın fazla isteyici olmasının nereden kaynaklandığını araştırmak	37	36,6
	Hastaya doktoruyla konuşmasını söylemek	24	23,8
	Diğer	8	8
Dış etkiler problem grubu	Hasta yakınlarına bilgi vermek	63	61,8
	Belirli esnekliği de içeren sınırlamalar	44	43,1
	Başhekimlik, başhemşirelik ve sosyal servis gibi ilgili yerlerden yardım isteme	31	30,4
	Hasta yakınlarıyla ilişki kurmak	25	24,5
	Hemşirenin kesin engelleme ve sınırlamalar koyması	16	15,7
	Diğer	7	6,8
Duyusal davranışlar problem grubu	Hastanın durumunu doktoruna iletişim psikiyatrisi konsültasyonu istenmesini sağlamak	82	80,4
	Hastayı yakından izlemek	51	50,0
	Hastanın davranışını anlamaya çalışmak	45	44,1
	Hastayla konuşarak onu ikaz etmek	26	25,5
	Hastayı servis içinde meşgul etmek	19	18,6
Fiziki bakım problem grubu	Üçüncü bir kişiden (aile, refakatçi, diğer personel) yardım istemek	87	85,3
	Hasta için gerekli bakımı vermek	68	66,7
	Hastanın kendi bakımına katılımını sağlamak	58	56,9
	Hastayı ikaz etmek	16	15,7
	Diğer	2	2,0
Etkileşim problem grubu	Hastayı davranışının hoş olmadığını söyleyerek uyararak	86	84,3
	Hastanın neden öyle davrandığını anlamaya çalışmak	63	61,8
	Doktorlardan yardım istemek	26	25,5
	Hastayla ilişkiyi azaltmak	13	12,7
	Diğer	5	4,9
İlişki kurulamaması problem grubu	Doktor, başhemşire veya idareden yardım istemek	63	61,8
	Hastayı ikna etmeye çalışmak	52	51,0
	Hastaya karşı anlayışlı ve açıklayıcı olmak	49	48,0
	Hastayı, davranışının hoş olmadığını söyleyerek uyararak	44	43,1
	Diğer	5	4,9

Çizelge 7'de amirlerle kurulan ilişkilerin niteliği ile problem grupları arasındaki ilişkilere yer verilmiştir. Bu bağlamda amir tarafından övgüyle karşılanma durumu, amirden hoşnut olma durumu ve meslek dışı iş ve görevlere yöneltme durumu ele alınmıştır. Çizelgeden anlaşılacağı üzere her üç faktör için istek problem grubu açısından anlamlı düzeyde farklılığın olduğu dikkat çekmektedir. Ancak gruplar arasındaki farklılık sıralı bir dizi oluşturmamaktadır. Bir diğer ifadeyle çoğu zaman grubu ile hiçbir zaman grubu arasında doğrusal bir sıra gözlenmemektedir. Gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde amir tarafından övgüyle karşılanma durumu için "ara sıra", amirden hoşnut olma durumu için de "her zaman" diyenlerin sorun algısı daha düşük düzeydedir. Son olarak meslek dışı görevlere yöneltme durumu göz önüne alındığında meslek dışı görevlere yönettirenlerin sorun algısı meslek dışı görevlere yöneltilmeyenlere göre daha yüksek olmakla birlikte sadece istek alt sorun grubu için anlamlı düzeyde bir farklılık ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$).

Çizelge 8'de hemşirelerin karşılaştıklarını ifade ettikleri problemler konusunda belirttikleri çözüm yolları verilmiştir. Çizelgeden de anlaşılacağı üzere iletişim problem grubu için en fazla başvurulan çözüm yolu üçüncü bir kişiden (tercüman, aile, sağlık personeli) yardım istemek (87, %85,3) olarak belirtilmiştir. Şikayet problem grubu için en fazla başvurulan çözüm yolu hemşirenin kendini gözden geçirip eksiklerini gidermeye çalışması yoluna gitmesidir (63; %61,8). İstek problem grubu için en fazla başvurulan çözüm hastanın isteklerinden

uygun olanı karşılama yoluna gitmektir (85, %84,2). Dış etkiler problem grubu için en fazla başvurulan çözüm yolu ise hasta yakınlarına bilgi vermektir (63, %61,8). Duygusal davranışlar problem grubu için en fazla başvurulan çözüm yolu hastanın durumunu doktoruna iletip psikiyatri konsültasyonu istenmesini sağlamaktır (82, %80,4). Fiziki bakım problem grubu için en fazla başvurulan çözüm yolu üçüncü bir kişiden (aile, refakatçi, diğer personel) yardım istemektir (87, %85,3). Etkileşim problem grubu için en fazla başvurulan çözüm yolu hastayı davranışının hoş olmadığını söyleyerek uymaktır (86, %84,3). İlişki kurulamaması problem grubu için en fazla başvurulan çözüm yolu doktor, başhemşire veya idareden yardım istemektir (63, %61,8).

TARTIŞMA

Hastaların karşılaştığı sorunların azlığı ya da çokluğu onlarla kurulan etkileşimin niteliğini büyük ölçüde etkilemektedir. Etkileşim olumlu ise hastalar tarafından sergilenen pozitif davranışlar artmakta ve rahat iletişim, göz ilişkisini kurma, gülümseme ve dokunma düzeyi artmaktadır (Brown, 2001:145). Tersine bir durumda ajitasyon önemli bir davranış problemi olmakta (Segatore ve Adams, 2001:61), kimi durumlarda hastalar kendileri ve başkaları için tehlike oluşturan davranışlar sergileyebilmektedir. Bununla birlikte hastane personeli hastaları azarlama ve bağırma gibi davranışlarını azalttıklarında ajite hastaların sosyal ilgi ve katılımı artmaktadır (Beck, Heacock, Rapp ve diğ., 1993:335) Her aşamasında sakin, saygılı ve problemin çözümü için sürekli seçenekler önerme tarzında kalınmalıdır (Zook ve Moore, 1996:46).

Hasta-tıbbi personel ilişkisi günümüzde hastane ortamında üzerinde önemle durulan bir konudur ve bu ilişki karşılıklı etkileşimi içerir. Özellikle hemşirelerin tedavi ekibinde yer alması ve hastalarla en çok iletişimde bulunması nedeniyle olumlu bir hasta- hemşire ilişkisinin sağlanması gerekmektedir. Hastanelerde çalışan hemşirelerin gerek servislerde yatan, gerekse polikliniklerde ayaktan tedavi olan hastalarla çoğu zaman tartışması, bu konuda hastaların şikayetçi olması ve çoğu zaman olumlu hasta-hemşire ilişkisinin kurulamaması sıklıkla rastlanan bir durumdur. Bazen bu durum hemşirelerden kaynaklanabildiği gibi bazı problemlilerden de kaynaklanabilmektedir. Bu hastalar genellikle şikayetçi, çok fazla isteklerde bulunan, ilişki kurulması güç, tedavi olmayı reddeden veya fizik bakım gereksinimi fazla olan, bir anlamda hemşirenin çok fazla zamanını alan ve mesleğinde başarısız olduğu, engellendiği duygusunu yaşatan hastalardır (Yurt, 1983:1). Hemşirelerin bu durumdaki hastalara karşı tutumları genellikle olumsuzdur ve öfke, tartışma, çatışma, başarısız olma, engelleme ve kayıtsızlık duygularını içerir. Hastanın tedavisinde önemli bir yeri olan hemşire bu duygularla çalıştığı zaman hastayı önemsemeyebilir ve ayrıca hastayla ilgilenmekten kaçındığı için hastanın tedavisini olumsuz yönde etkileyebilir.

Hastaların karşılaştıkları sorunların çözümleri farklı farklı olabilir. Bilinmesi gereken şey şu olmalıdır: Soruların basit yanıtları yoktur. Her bir soru her bir hasta için bireyselleştirilerek verilmelidir. Her bir hastanın özelliğine, tanısına bağlı bireyselleştirilmiş yaklaşım hasta-

lık yönetimi ve tedavisi uygulanmalıdır. Hasta ile kurulan etkileşiminin niteliği ajitasyonu arttırabilir ya da uyarıcısı olabilir. Bu nedenle doğru formülü bulmak için çaba harcanmalıdır (Carlson, Fleming, Smith ve diğ., 1995:1108). Kimi hastalar bilişsel bozukluğa sahip olabilir; dolayısıyla bu kişiler sözel olmayan ip uçlarına aşırı duyarlıdır ve çevresindekilerin duygusal davranışlarını izlerler. Böyle bir hasta ile karşılaşıldığında sabır, sessizlik ve nezaket bulaşıcı olabilir ve bu bulaşıcılık sayesinde hasta da sakinleşebilir ve nazik hale gelebilir (Potts, Richie ve Kaas, 1996:13). Kimi durumlarda da yapılan müdahale yaşanan belirsizlik düzeyini artırabilir (Williams, Campbell, Raynor ve diğ., 1985:329-337). Böyle bir durumda uygun yaklaşımın ne olacağı konusunda öncelikle kendi kişisel davranışını incelemesi ve her hastanın kendine özgü olduğu ilkesinden hareket edilmesi gerekir. Bu anlayış doğrultusunda hastaya gerçek durum hakkında onun anlayacağı dille kısa bir açıklama yapılması uygun olabilir (Carlson, Fleming, Smith ve diğ., 1995:1108).

Hastaların tedaviden etkili bir şekilde yararlanmasını arttırmak için hastaların sürekli olarak değerlendirilmesi ve bu süreçte hastanın ve ailesinin desteğinin ortaya konulması gerekmektedir (Bader, 1988:11-17). Hasta ve aileleri hastaneye yatış sırasında bilgilendirilmiş onaylarını söyleyemez, pasif bir durumda kalır ve içinde buldukları durumla ilgili kontrollerini kaybederler. Hastaların olaylar üzerinde kontrol duygusunu sürdürmesine yardımcı olunmalı ve desteklenmelidir. Ayrıca hasta olmanın duygusal yüküyle baş-

edebilme konusunda yardımcı olunmalıdır (Goldberg, 1995:52-53). Hastayı dinleme, soru sorma, özellikle hasta için önemli olanı sorma, hastayı damgalamama, yapamayacağınız şeyleri vaat etmeme, hastanın durumuna uygun gerçekçi bir plan geliştirme, bu planı uygulama, hastaya geri bildirim verme ve öğrendiklerinizden bir sonuç çıkarma biçiminde izlenecek yol hastanın güvenini kazanmak, durumu kontrol altına almak ve yapıcı çözümlere ulaşmak için yardımcı olabilir (Luther, Pais ve Silberblatt, 1997:39).

Hastayla aynı dili konuşma, iletişim, kültürel unsurlar (Chang ve Harden, 2002:372), stereo tipten kaçınma ve bireysel değişkenlere işaret etme, hasta ailesi ve diğer yakınlarıyla etkili iletişim kurma (Chang ve Harden, 2002:372), kimi durumlarda yazılı materyal geliştirme ve bazı durumlarda da çevirmen kullanma (Pakieser ve McNamée, 1999:71-73), bilişsel katılma becerisi (Anthony ve Preuss, 2002:209) gibi konuları dikkate almak gerekir.

Tıbbi ekibin farklı değerlere, amaçlara, yöntemlere sahip olması, kontrol gereksinimi, bilgi eksikliği, rol belirsizliği ve kendini koruma gereksinimi hastaların sorunlar yaşamasına ve hastalarla kurulan iletişim ve etkileşimde kimi çatişmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Forte, 1997:119). Bu nedenle iletişimin ve hastayla kurulan ilişkilerin geliştirilmesi gerekmektedir. İletişim ve hasta ilişkilerinin geliştirilmesi doyum düzeyini artıracaktır (Curran, 1997:117). Son olarak hastanın gereksinimlerini, deneyimlerini ve amaçlarını daha kapsamlı olarak anlayabilmek için bütüncül bir yaklaşım gereklidir (Hummelvoll, 1996:12).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yukarıda sıralanan bilgiler ve araştırmadan elde edilen sonuçlar hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve çalışma yaşamına ilişkin olanlar, bunlarla problem algısı arasındaki ilişkiler ve karşılaşılan sorunlara yönelik olarak geliştirilen çözümler olmak üzere üç grupta değerlendirilebilir:

1. Hemşirelerin oldukça genç bir gruptan oluştuğu, Sağlık Meslek Lisesi çıkışlıların çoğunlukta olduğu ve elde edilen gelirin yetersiz olarak değerlendirildiği, ortalama on yıllık mesleki deneyime sahip bulunduğu, en az bir işyeri değişikliği yapıldığı, ortalama altı yılın aynı hastanede geçirildiği, ayda ortalama beş nöbet tutulduğu ve oldukça çok sayıda hasta ile ilgilendiği saptanmıştır. Ayrıca hizmet içi eğitim almayanların dikkate değer bir oran oluşturduğu ve büyük bir çoğunluğun mesleki uygulamalarını sıkıcı bulmadığı ve mesleki uygulamaların başarı duygusu verdiğine inanıldığı anlaşılmaktadır. Son olarak hemşireler çoğunlukla amirleri tarafından övgüyle karşılanmamakta olduğunu düşünmekte ve meslek dışı iş ve görevlere yönelilmekte olduklarını ifade etmektedirler.
2. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve çalışma yaşamı ile problem algısı arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde yaş ilerledikçe problem algısını azalttığı, gelirin yeterli bulunmamasının sorun algısını artırdığı, genelde çalışma özelde aynı hastanede çalışma deneyiminin artmasının problem algısını azalttığı, iş değişikliği ile ilgilenilen hasta

sayısının artması problem algısını artırdığı sonucu ortaya çıkmaktadır. Mesleki uygulamaları sıkıcı bulup bulmama ve mesleki uygulamaların başarı duygusu verip vermeme durumu da sorun algısı üzerinde etkide bulunmaktadır. Amirlerle kurulan ilişkilerin niteliği ile problem algısı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu bağlamda amir tarafından övgüyle karşılanma durumu, amirden hoşnut olma durumu sorun algısını azaltmakta ve meslek dışı iş ve görevlere yöneltilme sorun algısını artırmaktadır.

3. Karşılaşılan problemin niteliğine göre farklı çözüm yolları seçilmektedir. Üçüncü kişilerle iletişim kurma ve çözüm konusunda işbirliğine gitmenin bir çözüm yolu olarak değerlendirilmesi hemşirelerin ekip çalışması anlayışına yatkın olduklarını göstermektedir. Ayrıca eksiklerini gidermeye çalışma ve dolayısıyla kendini geliştirme yolunu seçme de bir diğer çözüm yolu olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

Anthony, M.K. ve Preuss, G. (2002). Models of care: the influence of nurse communication on patient safety. *Nursing Economics*, 20 (5), 209-216.

Bader, M.M.(1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3),11-17.

Beck,C.K., Heacock,E, & Rapp,C.G., ve diğ. (1993). Cognitive impairment in the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 28 (2), 335-347.

Beyea, S. (1999). Nursing Diagnosis or Patient Problem. *Nursing Diagnosis*, 10 (1), 32-33.

Brown, B.W. (2001). The Effects of the Presence of the Nurse on the Affective Behavior of the Patient. *Nephrology Nursing Journal*, 28 (2), 145.

Carlson, D.L., Fleming, K.C., Smith, G.E. ve diğ. (1995). Management of dementia related behavioral disturbances: A nonpharmacologic approach. *Mayo Clinic Proceedings*, 70 (11),1108-1115.

Chang, M.K. ve Harden, J.T. (2002). Meeting the challenge of the new millennium: caring for culturally diverse patients. (Continuing Education). *Urologic Nursing*, 22 (6), 372-378.

Cowles, L.A. (1999). *Social Work in the Health Field*. NewYork, London, Oxford., The Haworth Press, Inc.

Curran, C.R. (1997). Only connect. (open communication within the nursing profession). *Nursing Economics*, 15 (3), 117-119.

Duyan, V. (2003). Hastaların Sorunları ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. 8. Halk Sağlığı Günleri: 23-25 Haziran. Sivas.

Forte, P.S. (1997). The high cost of conflict. *Nursing Economics*, 15 (3), 119-123.

Goldberg,M. (1995). If we're lucky the patient will complain. *American Journal of Nursing*, 52-53.

Hummelvoll, J.K. (1996). The nurse-client alliance model. *Perspectives in Psychiatric Care*, 32 (4), 12-21.

Luther, K., Pais, M.B, Silberblatt, G. (1997). Promoting positive outcomes from patient complaints. *Orthopaedic Nursing*, 16 (5), 39-42.

Newsom, B.H. ve diğ. (1963). The problem patient. Some Clinical Approaches to Psychiatric Nursing, Ed. Burd, S. Ve Marshall, A.M., 5. Baskı, London, MacMillan Co.

Pakieser, R., ve McNamee, M. (1999). How to work with an interpreter. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30 (2), 71-73.

Potts, H.W., Richie, M.E,& Kaas, M.J. (1996). Resistance to care. *Journal of Gerontological Nursing*, 22 (11), 11-16.

- Segatore, M. ve Adams, D. (2001). Managing Delirium and Agitation in Elderly Hospitalized Orthopaedic Patients: Part 2 -- Interventions. *Orthopaedic Nursing*, 20, (1) 31-43.
- Volen, K.H. (1996). Coping with difficult resident behaviors takes time. *Journal of Gerontological Nursing*, 22 (8), 22-26.
- Williams, M.A., Camphell, E.B., Raynor, W.J. ve diğ., (1985). Reducing acute confusional states in elderly patients with hip fractures. *Research in Nursing&Health*, 8 (4), 329-337.
- Yurt, V. (1983). Hacettepe Hastaneleri Yetişkin Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Problem Olarak Gördükleri Özellikler ve Problemi Çözüm Yollarının İncelenmesi. HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Zook, R. ve Moore, A.S. (1996). Take action before anger builds. (nurses versus angry patients) *RN*, 59 (4), 46-49.

ÇOCUKLARIN CİNSİYET ROL KAZANIMINDA TELEVİZYONUN ETKİSİ

The Effects of Television On Childrens' Acquisition of Sex Role

Zeynep ÇETİN*

*Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi Çocuk
Gelişimi ve Eğitimi Bölümü

ÖZET

Anne babanın, kendi cinsiyet rollerinde sağlıklı modeller sunmaları, çocuğun cinsel gelişiminde en önemli çevresel faktördür ve doğumdan erişkinliğe kadar her yaşta etkilidir. Çocuğuna doğru model olan anne babalar, çocuğa daha yararlı olmaktadır. Çocuğun cinsel gelişiminde; çevre faktörleri dışında; akran ilişkileri, televizyon, internet vb medya, gibi pek çok faktör söz konusudur. Televizyon programlarının, çocukların cinsiyet rol kazanımları üzerinde olumlu ve olumsuz pek çok etkileri vardır. Televizyonun etkileri ile ilgili olarak pek çok çalışmalar yapılmıştır. Bu yazıda ifade edilen araştırmalarda, televizyon da hangi tip programların cinsiyet rol kazanımlarına yönelik hazırlandığı ve bu programların çocukların cinsiyet rol kazanımları üzerinde etkisinin olup olmadığı gösterilmektedir.

Tüm bu araştırmaların sonuçları göz önüne alındığında televizyon programlarının gerçekten çocukların cinsiyet rol kazanımında etkili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla televizyon programlarının da iyi bir denetimden geçirilmesi ve programların yanlış mesajlar vermemesine dikkat edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Cinsel Gelişim, Cinsiyet Roller, Televizyon ve Çocuke

ABSTRACT

Television programmes have many positive and negative effects on the sex role acquisition of children. There can be found quite a number of researches on the effect of television. By this study it is intended to provide information about the researches done on the effects of television and the different types of TV programmes belonging to some researchers about sex role acquisition. Considering the results of all such studies, it is observed that television programmes are really effective on sex role acquisition of children. Thus, television programmes must be inspected and controlled properly so as to be careful and sensitive not to let them give any improper and negative messages.

Key words: Sex Development, Sex Roles, Television and Gender

GİRİŞ

Anne babanın, kendi cinsiyet rollerinde sağlıklı model sunmaları, çocuğun cinsel gelişiminde en önemli çevresel faktördür ve doğumdan erişkinliğe kadar her yaşta etkilidir. Çocuğuna doğru model olan anne babalar, çocuklarının sağlıklı cinsiyet rol kazanımlarını sağlamaktadırlar.

Papalia ve arkadaşları (1992:23-25) Freud'un (1915) çocuğun bazı gelişim aşamalarından geçerek kişiliğini şekillendirdiğini ve cinsel gelişimin de bu sürecin temelini oluşturduğunu savun-

duğunu belirtmişlerdir. Freud'a (1915) göre bebeklik döneminde bir cinsel farkındalık yoktur. Bebeklik döneminde anne ile kurulan meme emme ilişkisi çocuğun ilk haz deneyimidir. Yaklaşık 3 aylıktan itibaren bazı çocuklarda parmak emme gözlemlenir. Üstelik bu tür davranışlar, küçük bebeğin kendi bedeninin farkında olmasının işaretleridir. Çocuk 2 yaşına girdiğinde tuvalet kontrolü gündeme geldiğinde bebeğin genital bölgenin farkına varmaya başlamaktadır. Erkek ve kız cinsiyet arasındaki farkları ayırt etmektedirler. 2-2.5 yaşından sonra cinsiyetinin farkındadır. Bu yaşlarda cinsel gelişimin en önemli özelliği ise, çocuğun anne ve babası ile kurduğu ilişki yoluyla karşı cinsle ilişki kurmayı öğrenmeye başlamasıdır ve psikanalizde 'ödüpal çatışma' olarak da adlandırılır. Bu dönemde; kız çocuk babaya daha yakın olma gayretine girer, babanın sevgisini kazanma konusunda anne ile çatışmaya düşebilir. Erkek çocuk ise anneye daha yakın olma ve babadan kıskanma eğilimindedir. Bu süreçte yaşananlar, çocuğun anne ve babası ile kurduğu sağlıklı diyalog, ebeveynlerin verdiği karşılık, ödüpal çatışmanın sağlıklı çözümünde önemlidir. 4-6 yaşlar ise, cinsiyete ilişkin roller sergilenmeye başlanır. (Bee, 2000:304-305; Berk, 1994:17-21) çocukların cinsiyet rolüne ait kavramlarını kazanmada bir seri aşamadan geçerek ilerlediklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte bu gelişim aşamalarının çocuktan çocuğa değişebildiğini ancak ardışıklığın aynı kaldığını savunarak aşağıdaki şekilde açıklamaktadırlar.

1. Aşama (0 – 18 Ay)

Çocuklar bu aşamada sürekli kendileri için yapılan tanımlamaları duymakta ve

bu tanımlamalarla cinsiyet tipi özelliklerini birleştirmektedirler. Bununla birlikte aileler kızlar ve erkekler için farklı çevreler oluşturmaya başlamaktadırlar.

Berk (1997:17-21) pek çok çalışmacının gelişimin ilk safhalarından itibaren ailelerin erkek çocuklarına keşfetme ve girişimci olma yönünde deneyimler, kız çocuklarına ise taklit etme ve bağımlılık yönünde deneyimler sağladıklarını ifade ettiğini belirtmiştir.

2. Aşama (18 Ay – 3 Yaş)

Bu aşamada çocuklar, cinsiyetle ilgili kız-erkek tanımlamalarını öğrenmektedirler ve giderek daha doğru tanımlamalarla bu tanımları kullanmaktadırlar. Çocuklar kalın sesli bir kadını erkek, uzun saçlı bir erkeği de kadın olarak tanımlayabilmektedirler. Aslında çocuklar, kişinin sahip olduğu cinsiyetten çok onun dış görünüşünü dikkate almaktadırlar. Bu şekilde çocuklar 'cinsel kimlik' kavramını algılamaya başlamaktadırlar.

3. Aşama (4 – 6 Yaş)

Bu aşamadaki temel nokta ise çocukların her zaman için erkek çocukların erkek, kız çocukların ise kız olacaklarına inanmış olmalarıdır.

4. Aşama (4 – 8 Yaş)

Cinsiyet sürekliliği bu aşamada gerçekleşmektedir. Cinsiyet sürekliliği çocukların cinsiyetin sürekli yada kalıcı olduğunu kabul etmeleri, giysilere, dış görünüşe, etkinliklere yada kişisel arzulara rağmen değişmeyeceği anlamındadır.

5. Aşama (6 – 8 Yaş)

Bu aşamadaki çocuklar aynı cinsiyetteki yetişkinleri, akranları taklit

etmeye başlamakta, cinsiyete yönelik giysileri, oyunları ve davranışları benimsemektedirler.

Çocuğun cinsel gelişiminde; çevre faktörleri dışında; akran ilişkileri, televizyon internet, medya gibi pek çok faktör de söz konusudur.

Günümüzde pek çok ülkede televizyonun olumlu ve olumsuz etkileri tartışılmaktadır. Bu etkiler ülkelerin yapıtları televizyon yayınlarının içeriğine göre değişebilmektedir. Bu televizyon yayınlarının çocukların bütün gelişim alanlarını etkilediği düşünülmektedir. Bununla birlikte çocukların cinsiyet rol kazanımında da olumlu yada olumsuz etkileri olduğu göz ardı edilmemelidir.

Televizyon ile çocuklar, yeni fikirleri ve dünyayı görmeye başlamakta bununla beraber cinsiyetlerine uygun davranışları ve deneyimleri de öğrenmektedirler. Örneğin; kadınların hemşire, erkeklerinde sadece doktor olduğuna inanan çocuk bu fikri zihninde geliştirmektedir.

Televizyon programlarında gösterilen erkek ve kız figürleri değişik şekillerde çocuklara yansıtılmaktadır. Şu bir gerçektir ki çocuklar büyürken hızlı adımlarla bilgi repertuarına sahip olmakta dolayısıyla televizyon programlarındaki değişik erkek ve kız figürlerini çok hızlı bir şekilde algılamaktadırlar.

Çocuk ve Televizyon

Yetişkinlere yönelik tüm programlarda olduğu gibi, doğru yada yanlış mesajları çocuk programlarında da görmek mümkündür.

Çocuklar boş zamanlarını çoğu zaman TV izleyerek geçirmektedirler. Artan 'ın (2001:50-54) belirttiğine göre Cornoll ve Wolpe (1996) yaptıkları bir

araştırmanın sonucunda 2-5 yaş grubu çocukların haftada 28 saat, ergenliktekilerin ise haftada 22 saat televizyon izlediklerini bulmuşlardır.

Witt (2000:322-324) televizyonda erkek ve kız figürlerinin yansıtıldığı ile ilgili olarak pekçok programlar izlendiğini ve bu bu programlarda erkek ve kızların nasıl davrandıkları, nasıl hareket ettikleri, nasıl giyindikleri vb. ile ilgili günlük yaşamdaki aktivitelerinin görüldüğünü belirtmiştir.

Pek çok çizgi filmde cinsiyet rol tanımlamaları görülmektedir. Bu tanımlamalarda tiplerin özelliklerine bakıldığında kadınların zayıf, pasif, her zaman erkekten yardım talep eden, kurtarılmayı bekleyen taraf, erkeklerin ise evin geçimini sağlayan, yarışmacı, aktif, kurtarıcı, güçlü, hizmet talep eden taraf olduğu mesajları iletilmektedir.

Beasley'in (1997) belirttiğine göre Santrock (1994) reklamlarda kadınların daha çok temizlik ürünlerinde, erkeklerin ise araba, içki, traş köpüğü gibi reklamlarda rol aldıklarını bulmuştur. Aynı şekilde Van Evra (1990) da kadınların deterjan ve temizlik malzemeleri gibi reklamlarda rol aldıklarını saptamıştır.

Bazı filmlerde reklamlarda erkek ve kız rolleri eşit gibi görünse de bazı farklılıklar olduğu görülmektedir. Erkeklerin kızlara göre daha aktif, ev hayatındaki rollerde az görüldüğü göze çarpmaktadır. Çocuklarda televizyonda verilen örnekleri gördükçe rollerini ona göre şekillendirme yapabilmektedirler. Bazı araştırmacılar TV'nin meslek tercihinde etkili olduğu üzerinde odaklanmaktadır. Gerçekten de çalışmalar TV'nin küçük çocuklarda meslek bilgisinin bir kaynağı olarak dikkate alındığını göstermektedir. Örneğin; 13-15 yaş grubu

gençlerle yapılan bir çalışmada Ingham (1997)'in belirttiğine göre Gunter (1995) 6 meslekle ilgili olarak çocukların %89- %97'sinin TV'yi bilgi kaynağı olarak gördüklerini belirtmektedir." Aynı zamanda Gunter (1990) erkek çocukların geleneksel olarak erkeklerde görülen polis, subay vb. meslekleri seçme eğilimli olduklarını vurgulamaktadır. Aynı durum kızlar içinde söz konusudur. Hatta Artan'ın (2001:50-54) belirttiğine göre O'Bryant ve Corder Bolz (1999) reklamların ilkökula devam eden kız çocuklarında kadınların mesleki rolleri ile ilgili bakış açıları üzerinde olumsuz etkileri olduğunu ve kızların reklamlarda sunulan rollere göre kendi meslek tercihlerini değiştirdiklerini savunmuştur.

Van Evra (1990) da dünyada televizyonun çocukların erkek ve kız rollerini öğrenmelerinde önemli bir rolü olduğunu belirtmiştir. Çocukların cinsiyet rol kazanımında oyuncaklar veya giyecekler gibi etkenler ne derece önemliyse televizyonun da o derece önemli olduğunu vurgulamaktadır. Thompson (1997:415-433) 4-9 yaş grubu çocukların çizgi film karakterlerindeki rolleri nasıl tanımladıkları ile ilgili araştırma yapmıştır. Bu çalışmada çocuklar çizgi filmlerdeki erkekleri şiddete başvuran ve hareketli, kızları ise evcimen olarak algılamışlardır.

Başka bir çalışmada Sobieraj (1996) 3 hafta boyunca Cumartesi sabahları yayınlanan oyuncak reklamlarını analiz etmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre;

1. Reklamların %50'sinde kızların fiziksel çekiciliği ön plandaydı.
2. Reklamların %50'sinde ise erkeklerin agresif bir şekilde hareket ettikleri, kızların ise agresif davranışlar sergilemediği ortaya çıkmıştır.

Çocuklar okulöncesi dönemdeki yıllarda televizyondaki karakterlerden önemli derecede etkilenmektedir. Beasley'in (1997) belirttiğine göre Cordua (1974) ilginç olan çalışmasında 7-8 yaş grubundaki çocuklara bir film göstermiştir. Bu filmin bir özelliği erkek ve kıza cinsiyet rolleri zıt bir şekilde verilmesiydi. Filmde hemşire erkek, doktor kadın olarak gösterilmiştir. Film bittikten sonra çocuklar, doktorun neden kadın olduğu, hemşirenin de neden erkek olduğu şeklinde sorular soruldu. Bu araştırmanın sonucunda çocukların daha erken yaşlarda izledikleri filmlerden erkeklerin doktor, kadınların hemşire olduğu fikrinin belleklerinde kalmış olduğu ortaya çıkmıştır.

Yine Beasley (1997) çalışmasında belirttiğine göre Tannis Mc. Beth Williams (1985) çocukları televizyonla tanıştırmadan önce cinsiyet rollerini nasıl algıladıklarının 2 yıl sonra bu çocukları televizyonla tanıştırdığında ne şekilde tepkide bulduklarını araştırmıştır. Araştırmanın sonucunda bu çocukların televizyon izledikleri dönemde cinsiyet rollerinde daha şekilli hareket ettiklerini görmüştür.

SONUÇ

Sonuç olarak yukarıdaki araştırmalar dikkate alındığında çocukların cinsiyet rol kazanımında çevresel faktörlerin etkili olduğu kadar TV'nin de olumlu yada olumsuz etkileri olduğu söylenebilir. Bu bağlamda televizyon programlarında çocuklara yanlış mesajlar verilmemesine dikkat edilmelidir. Bunu yanında anne-babalara yönelik çocukların cinsiyet gelişim ve eğitimleri ile ilgili televizyon programlarına yer verilmelidir. Bu programlara yer verilirken konu ile ilgili uzmanlardan yardım alınmalıdır.

Günümüzde televizyonlu bir yaşamdan kaçmak mümkün değildir. Bu durumda aileler izlenecek programları seçerlerken çocuklarının cinsiyet rollerini kazanmalarına olumsuz etki yapabilecek programları izlemelerine engel olmalıdırlar.

KAYNAKLAR

- Artan, İ. (2001) Cinsel Eğitimde Televizyonun Rolü. **Eğitim ve Bilim**, 26,120,, p.50-54. (2001).
- Beasley, E. Children, Television and Gender Roles". <http://www.aber.ac.uk>. (1997).
- Bee, Helen (2000) The developing child. Allyn & Bacon Avia Company, MA.
- Berk, L.E. **Child Development**. Allyn&Bacon Avia Company, MA. (1997).
- Ingham, H. Children, Television and Gender Roles. <http://www.aber.ac.uk> (1997).
- Papalia, E.Diane., Olds,W.Sally. Theory and Research in Child Development. **Human Development**. McGraw Hill. Fifth Edition. US. (1992).
- Sobieraj, S. B. Beauty and the Beast: Toy Commercials and The Social Construction of Gender. **American Sociological Association, Sociological Abstracts**, 044, (1996).
- Thompson,T., Zerbinos, E. Television Cartoons: Do Children Notice It's a Boy World? **Sex Roles: A Journal of Research**, 37, p.415-433. (1997).
- Witt, D. S. The Influence of Television on Children's Gender Role Socialization. **Childhood Education**, 76,5 p.322-324. (2000).

YOKSULLUK VE ÇOCUKLARDA BÜYÜME-GELİŞME

Poverty and Growth- Development in Children

Zeynep ŞİMŞEK*

Mehmet Ali KURÇER *

Miyaser KAYAHAN**

Fatma ERSİN**

Fatma GÖZÜKARA**

* Doç.Dr. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,

** Öğr.Gör.Sağlık Yüksekokulu, Şanlıurfa

ÖZET

Bu çalışma, Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı bölgesindeki 5 yaş ve altı çocuklarda büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel nitelikteki bu araştırmada Şubat 2002'de olasılıklı küme örnekleme yöntemiyle seçilen 323 çocuk çalışmanın örneğini oluşturmuştur. Çocukların büyüme durumu Dünya Sağlık Örgütü tarafından onaylanan uluslararası standart antropometrik göstergelerle, psiko-sosyal ve motor gelişimleri ise Ankara Gelişim Tarama Envanteri kullanılarak değerlendirilmiştir. Çocukların %11.9'unda psiko-motor

gelişim geriliği, %22.2'sinde kısa boyluluk (bodurluk), %8.4'ünde yaşına göre düşük ağırlık, %2.8'inde ise boyuna göre düşük ağırlık saptanmıştır. Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; bodurluk ile tek anlamlı ilişki yoksulluk arasında bulunmuştur (OR = 7.24; GA = 1.94-26.92). Psikososyal ve motor gelişim ile çocuğun yaşı, tuvaletin yanında musluk bulunmaması ve bodurluk arasında ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak, yoksulluk çocuk sağlığını etkileyen en temel faktörlerden biridir.

Anahtar sözcükler: Çocuk, büyüme, psikomotor gelişim, yoksulluk.

ABSTRACT

This study is carried out to examine the factors influencing growth and development of the children aged 0-5 years in the Şanlıurfa Tıfındır Health Centre area. This cross-sectional study is conducted through 323 children elected by cluster sampling methodology. Anthropometric indices are calculated using <-2 SD of NCHS standard z-scores to define retard development. Ankara Developmental Screening Inventory (AGTE) is used to determine psychomotor development of the children. Among the 320 participant children, 22.2% of them were stunted, 8.4% were underweight, and 2.8% were thin. This study has showed us that 11.9% of these children had a poor psychomotor development. According to the results of the Logistic regression analysis, while poverty have a significant association with low height-for age (OR = 7.24; GA = 1.94-26.92), the lack of hand cleaning system within or next to the toilette is found to have a significant association with the psychosocial age of the child and psychomotor development. As a result, it can be claimed that poverty is one of the most important factors influencing child health.

Key words: child, growth, psychomotor development, poverty.

GİRİŞ

Çocuk sağlığı, fiziksel, sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel faktörlerden etkilenen bir olgudur (Cross, 1998). Çocukluk döneminde sağlığı koruma, geliştirme ve hastalıkları önlemeye yönelik bir dizi program uygulanmakla birlikte, hala çok önemli sorunlar yaşanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde gıda yokluğuna ve hastalıklara bağlı olarak 5 yaşın altındaki çocuklar arasında 206 milyon çocuğun yaşına göre kısa boylu (bodur), 50 milyon çocuğun boyuna göre düşük ağırlıklı ve 167 milyon çocuğun yaşına göre düşük ağırlıklı olduğu bildirilmektedir (Fernandez, 2002:3). Malnütrisyonun (beslenme bozukluğu) büyüme ve gelişme geriliklerinin en önemli nedenlerinden biri olduğu, ve bu durumun yoksulluk ve hastalık arasındaki döngünün parçası olduğu, psikomotor gelişime ve gelecekteki çalışma kapasitesine etki ettiği bildirilmektedir. (Hyder 1999; Haustyas ve ark, 2000:2).

Bu çalışmada Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı bölgesindeki 5 yaş ve altı çocukların büyüme ve gelişme durumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel bir araştırma olan bu çalışma Aralık 2001-Şubat 2002 tarihleri arasında Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Sağlık ocağı bölgesi kent merkezinde, kırdan kente göçün yoğun olduğu, yaklaşık 30.000 nüfuslu bir yerleşim birimidir. Örneklem büyüklüğünü belirlemede, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının Güneydoğu Anadolu bölgesi için belirlenen yaşa göre boy

kısalığı antropometrik ölçümü (%30) temel alınmıştır $(1,96)^2 \cdot (0,30 \cdot 0,70) / (0,05)^2 = 323$). %95 güvenirlikle, %5 sapma ile 323 çocuk olasılıklı küme örnekleme yöntemiyle seçilmiştir (Toplam 22 kümenin her birinde ortalama 15'er çocuk). Araştırmada 3 çocuğa ulaşılamamış 320 (%97) çocuğun verisi analizlere dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan çocukların evlerine gidilmiş, çalışmanın amacı açıklandıktan sonra anne-baba yada çocuğa bakan kişilerin izni alınarak çocuk değerlendirilmiştir. Çocuğun herhangi bir hastalığı varsa Sağlık Ocağında muayene edilerek tedavisi verilmiştir. Sosyal hizmet desteğine ihtiyacı olan aileler İl Sosyal Hizmetler müdürlüğüne havale edilmiştir.

Çocukların psiko-sosyal ve motor gelişimlerini içeren gelişme durumları Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) kullanılarak değerlendirilmiştir. Savasir, Sezgin ve Erol tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan AGTE, gelişimsel gecikme ve düzensizlik gösterme açısından risk altındaki bebek ve çocukların erken dönemde tanınması ve gerekli önlemlerin alınabilmesine olanak sağlamaktadır. Envanter çeşitli yaş gruplarına göre düzenlenen ve annelere/çocuğa bakım veren kişilere sorularak "evet, hayır, bilmiyorum" şeklinde yanıtlanan 154 maddeden oluşmaktadır. Sorular gelişimin farklı, ancak birbiriyle ilişkili alanlarını (Dil-bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri-öz bakım) temsil edecek biçimde düzenlenmiştir. Envanterden elde edilen sonuçlar 0-6 yaş grubu bebek ve çocukların gelişimini belirtilen 4 alt test ve toplam gelişim puanı olarak yansıtmaktadır (Erol ve ark., 1994:16-22; Savasir ve ark., 1998:1).

Çocukların büyüme durumları, Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS) tarafından tanımlanan ve Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından da onaylanan uluslararası standart göstergeler kullanılarak, yaşa göre boy, yaşa göre ağırlık ve boya göre ağırlık antropometrik göstergeleri ile değerlendirilmiştir. Z skor dağılımına göre, -2 standart sapmanın altındaki çocuklar büyüme geriliği olarak tanımlanmıştır (WHO, 1995:4). Ayrıca araştırmacılar tarafından hazırlanan, demografik, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin yer aldığı bir soru formu yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

Araştırmanın saha çalışması 15 iş gününde tamamlanmıştır. Görüşmeler 08.00-12.00 saatleri arasında araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiştir. Analizler "SPSS 10.0" istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörleri be-

lirlemek için lojistik regresyon yöntemi, alt testlerle seçilmiş değişkenlerin ilişkisini saptamada ki-kare yöntemi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmada büyüme ve gelişme durumları değerlendirilen 320 çocuktan %56.3'ü erkek, %43.7'si kızdır. Çocukların %48.1'i 6-23 aylar arasında, 51.9'u 24-60 aylar arasındadır. Çizelge 1'de görüldüğü gibi, çocukların %22.2'sinin yaşına göre kısa boylu, %8.4'ünün yaşına göre düşük ağırlıklı, %2.8'inin ise boyuna göre düşük ağırlıklı olduğu saptanmıştır.

Çizelge 2'de kronik matnütrisyonla ilişkili olan yaşa göre boy kısalığına etki eden değişkenleri gösteren lojistik regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi tek anlamlı ilişki yoksullukla bulunmuş, yoksulluğun büyüme geriliğini 7.2 kat arttırdığı saptanmıştır. Büyüme durumu ile yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, doğum aralığı,

Çizelge 1. Çocuğun Cinsiyet ve Yaşına Göre Antropometrik Göstergeler

	Yaşa göre boy		Yaşa göre ağırlık		Boya göre ağırlık		Toplam							
	≤-2SD	≥-2SD	≤-2SD	≥-2SD	≤-2SD	≥-2SD	≤-2SD	≥-2SD						
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**				
Cinsiyet														
Erkek	38	21.1	142	78.9	15	8.3	165	91.7	3	1.7	177	98.3	180	56.3
Kız	33	23.6	107	76.4	12	8.6	128	91.5	6	4.3	134	95.7	140	43.7
Yaş														
0-23 ay	27	17.5	127	82.5	8	5.2	146	94.8	5	3.2	149	96.8	154	48.1
24-60 ay	44	26.5	122	73.5	19	11.4	147	88.6	4	2.4	162	97.6	166	51.9
Toplam	71	22.2	249	77.8	27	8.4	293	91.6	9	2.8	311	97.2	320	100.0

*sadır %, ** sütun %

Çizelge 2. Yaşa Göre Boy Uzunluğunu Etkileyen Sosyo-Demografik ve Çevresel Faktörlerle İlişkili Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Sosyo-demografik ve çevresel faktörler	B	P	OR	Güven aralığı %95 (GA)	
				Düşük	Yüksek
Cinsiyet (kız)	0.236	0.549	1.26	0.58	2.74
Yaş (24 ayın üzerinde)	0.020	0.140	1.02	0.99	1.04
Yoksulluk	1.980	0.003	7.24	1.94	26.92
Kardeş sayısı	-0.119	0.565	0.88	0.59	1.33
Doğum aralığı (24 aydan kısa)	0.080	0.664	1.08	0.75	1.55
Tuvalette el yıkama düzeneği yok	0.438	0.309	1.55	0.66	3.60
Annenin eğitimi (yıl)	-0.069	0.412	0.93	0.79	1.10
Babanın eğitimi (yıl)	-0.067	0.335	0.93	0.81	1.07

Hosmer-Lemeshow ($p = 0.878$)

anne-baba eğitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Çalışmada çocukların %15.9'unda ince motor, %13.1'inde dil-bilişsel gelişim, %7.8'inde sosyal beceri-öz bakım, %7.2'sinde kaba motor gelişim geriliği, %11.9'unda ise genel gelişim geriliği saptanmıştır. Çizelge 3'de genel gelişime etki eden değişkenlerin incelendiği lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Genel gelişim ile yaşa göre boy kısalığı ($P=0.010$), çocuğun yaşı ($P=0.005$) ve tuvalette el yıkama düzeneği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($P=0.003$). 24 ayın altındaki çocuklarda 6.2 kat, tuvalette el yıkama düzeneği yoksa 5 kat, çocuk malnütre ise 4 kat daha fazla genel gelişim geriliği ortaya çıktığı saptanmıştır. Çocuğun cinsiyeti ($P=0.758$), kardeş sayısı ($P=0.992$), doğum aralığı ($P=0.358$), annenin eğitimi ($P=0.732$) ve babanın eğitimi ($P=0.729$) ile genel gelişim geriliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çizelge 4'de lojistik regresyon analizinde genel gelişim ile anlamlı ilişki içinde bulunan çocuğun yaşı, yaşına göre boyu ve tuvalette el yıkama düzeneği bulunmasının alt testlerle karşılaştırması yer almaktadır. 24 ay ve üzerindeki çocukların kaba motor alanı dışındaki alt testlerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ($P \leq 0.05$). Kaba motor gelişimi açısından ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($P \geq 0.05$).

Yaşlarına göre boyları kısa olan çocukların, normal büyüme gösteren çocuklara göre ince motor, dil-bilişsel ve sosyal beceri-öz bakım alanlarında daha zayıf gelişim gösterdikleri ($P \leq 0.05$), kaba motor alanında ise anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır ($P \geq 0.05$).

Tuvalette yada yanında lavobası bulunmayan evlerde yetişen çocukların ise ince ve kaba motor gelişimlerinin anlamlı olarak farklılık gösterdiği ($P \leq 0.05$), diğer alt testlerde ise fark bulunmadığı belirlenmiştir ($P \geq 0.05$).

Çizelge 3. Genel Gelişimi Etkileyen Sosyo-Demografik ve Çevresel Faktörlerle İlişkili Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Sosyo-demografik ve çevresel faktörler	B	P	OR	Güven Aralığı %95 (GA)	
				Düşük	Yüksek
Cinsiyet (kız)	-0.161	0.758	0.85	0.30	2.37
Yaş (24 ayın üzerinde)	2.033	0.005	6.17	1.98	19.19
Yoksulluk	-0.330	0.823	0.71	0.21	2.40
Kardeş sayısı	-0.001	0.992	0.99	0.77	1.28
Doğum aralığı (24 aydan kısa)	-0.697	0.358	0.49	0.12	2.20
Bodur	1.418	0.010	4.12	1.40	12.15
Tuvalette el yıkama düzeneği yok	1.669	0.003	5.30	1.74	16.11
Annenin eğitimi (yıl)	0.040	0.732	1.05	0.82	1.31
Babanın eğitimi (yıl)	0.032	0.729	1.03	0.86	1.24

Hosmer-Lemeshow ($p=0.709$)**Çizelge 4.** Genel Gelişim ve Alt Testlerle Yaş, Yaşa Göre Boy Uzunluğu ve Tuvalette El Yıkama Düzeneği Olmasının Karşılaştırılması

	Dil-bilişsel		İnce motor		Kaba motor		Sosyal beceri-öz bakım		Genel gelişim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş										
0-23 ay	7/154	4.5	10/154	6.5	9/154	5.8	7/154	4.5	6/154	3.9
24 –60 ay	35/166	21.1	41/166	24.7	14/166	8.4	18/166	10.8	32/166	19.3
$\chi^2 P$	19.16	0.0001	19.76	0.0001	0.81	0.24	4.40	0.02	18.06	0.0001
Yaşa göre boy										
Bodur	21/71	29.6	21/71	29.6	8/71	11.3	11/71	15.5	19/71	26.8
Normal	21/249	8.4	30/249	12.0	15/249	6.0	14/249	5.6	19/249	7.6
$\chi^2 P$	21.66	0.0001	12.67	0.0001	2.28	0.131	7.47	0.006	19.32	0.0001
Tuvalette el yıkama düzeneği										
Var	19/169	11.2	17/169	10.1	7/169	4.1	10/169	5.9	12/169	7.1
Yok	23/151	15.2	34/151	22.5	16/151	10.6	15/151	9.9	38/151	25.2
$\chi^2 P$	1.11	0.29	9.23	0.002	4.98	0.026	1.78	0.181	10.83	0.001
Toplam	42/320	13.1	51/320	15.9	23/320	7.1	25/320	7.8	38/320	11.9

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ağırlık ve boy ölçümleri 5 yaş ve altındaki çocukların büyüme ve beslenme durumlarının değerlendirilmesinde en temel göstergelerden biridir (WHO, 1995:4). Bu çalışmada Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki çocukların %22.2'sinin bodur olduğu, bir başka ifadeyle büyüme geriliği içinde buldukları saptanmıştır. Bu sonuç 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, bu oranın Doğu Anadolu Bölgesinin geneli için %30 olduğu görülmektedir (Tuncbilek ve ark., 1999:129). Bodurluğun genetik faktörler yanısıra, doğrudan kronik malnütrisyon ve tekrarlayan enfeksiyon hastalıklarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Suthpen, 1985:1698; Neyzi, 1995:25). Ayrıca bazı uzmanlar tarafından gelişmekte olan ülkelerde bodurluğun çevresel faktörlerle de ilişkili içinde bulunduğu bildirilmektedir (Beaton, 1989: 863-867).

Araştırmada çocukların %13.1'inde dil-bilişsel gelişim geriliği, %15.9'unda ince motor gelişim geriliği, %7.2'sinde kaba motor gelişim geriliği ve %7.8'inde sosyal beceri-öz bakım gelişim geriliği saptanmıştır. Genel gelişim geriliği oranı ise %11.9 olarak belirlenmiştir. Psikomotor ve sosyal gelişimin sosyal, çevresel ve bireysel faktörlerle ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmada genel gelişim geriliğinde bodurluğun anlamlı etkisinin bulunduğu saptanmıştır. Bu bulgu yapılan diğer çalışmaların bulgularıyla da uyumludur (Reyes, 1990: 131-136; Colombo, 1993:146-150; Kumar ve ark., 1997:324-329; Gardner ve ark., 1998:177-179; Benefice, 1999: 443-455; Aina, Morakinyo, 2001:312-316). Psikomotor ve sosyal gelişimi etkileyen diğer bir faktörün de tuvalette el yıkamak için çeşme yada lavabonun

olmaması arasında bulunmuştur. Dolayısıyla içinde yaşanan evin niteliğinin gelişimi etkilediği görülmektedir. Ayrıca, 2 yaşın altındaki çocuklarda kaba motor dışındaki alanlarda daha büyük çocuklara göre gelişim geriliğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun çocuğa verilen uyarılarla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Analizlerde çocuğun büyüme durumunu etkileyen tek faktörün yoksulluk olduğu saptanmıştır. Birçok araştırmada da yoksulluğun bireyin sağlık durumunu olumsuz yönde etkilediği, malnütrisyonu ve hastalıkları arttırdığı vurgulanmıştır (Johnston, 1987: 501-506; Nestel ve ark., 1999: 256-265; Tabone, Vincelet, 2000:1274-1283). Bulgular, çocuk sağlığı alanında yapılacak çalışmaların malnütrisyon ve hastalıklar arasındaki döngüyü kırmaya yönelik olması gerektiğini göstermektedir. Çünkü malnütrisyon ve hastalıkların çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilediği, okulda ve iş yaşamında başarısızlıklara neden olduğu ve yoksulluğu döngüselleyen bir durum olarak karşımıza çıktığı bilinmektedir. Yoksulluğun neden ve sonuçları çoğu kez birbirini kısır bir döngü içinde izlemektedir (Koşar, 2000:33). Yoksulluğun sonuçları arasında, Bay-sal (1990) tarafından da bebek ve çocuk ölüm hızının yüksekliği, büyüme ve gelişme geriliklerinin yetersiz ve den-gesiz beslenmenin bir sonucu olduğu belirtilmiştir (aktaran: Koşar, 2000: 34). 1980 Dünya Gelişme raporunda yoksulluğun sonuçlarına değinilmekte, malnütrisyon, eğitimsizlik, ve hastalık sıklığından söz edilmektedir (Thomas, 1999). Dünya Sağlık Raporu 1998'de yoksulluğun ölümcül tehlikesi açıklan-makta, sürdürülebilir insani gelişme için öncelikle yoksulluğun ortadan kal-dirılması gerektiği belirtilmektedir.

Yoksulluğun ekonomik, siyasi ve sosyal boyutları ve karmaşıklığı nedeniyle, başta siyasetçiler ve ekonomistler olmak üzere pek çok mesleğe ve sektöre görev düşmektedir. Sosyal hizmetin sorunun çözümüne katkısının daha çok konuyla ilgili veri sağlamak, sosyal politikayı etkilemek ve yoksulların günlük yaşamlarındaki zorlukları aşabilmelerine yardımcı olmak şeklinde belirtilmektedir (Koşar, 2000:108). Yoksulluğun çözümünün sadece para vermekten geçmediğinin, yoksulların mesleki yöntemler kullanılarak günlük yaşamlarında karşılaştıkları güçlükleri çözmek, güçlendirilmeleri, yoksulluk döngüsünden çıkarmaları, toplum hayatına katılmaları yönünde yardımcı olma, hakları konusunda onları savunma sosyal hizmet uzmanlarının görevidir. Sosyal hizmetin katkısı kuşkusuz bütün ilgililere sosyal planlama ve politika belirleme sırasında elde ettiği verilere dayalı olarak görüş ve bilgi üretmek, yoksulların çizilen politikalarla nasıl etkilendiklerini anlatmak ve müdahale edebilmek için mevzuatın gelişmesine öncülük etmek, araştırmalarla gereken bilgileri derlemek ve değerlendirmeyi yapmak olarak belirtilmiştir (Koşar, 2000:193-194). Ancak yoksulluğun ortadan kaldırılmasında ve çocuklar üzerindeki fiziksel, sosyal ve psikolojik etkilerinin azaltılmasında, hastalıkların önlenmesi, çocuk sağlığı ve aile planlaması çalışmaları, ailelerin ve toplumun sağlık eğitimi açısından halk sağlığının ve halk sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamalarının etkili olacağı düşünülmektedir.

Başlangıçta bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve çevre sağlığı uygulamalarına dönük olarak gelişen halk sağlığının ilgi odağı günümüzde, tıbbi bakıma ulaşım da eşitlik, özel nüfus gruplarının sağlık ihtiyaçları, sağlık planlama-

sa, sağlık politikaları, sağlıklı yaşam biçimleri, hastalığın psikososyal yönü, ruh sağlığı, diş sağlığı, iş sağlığı gibi alanlara yönelmiştir. Halk sağlığının çalışma alanının genişlemesiyle sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler gibi birçok meslek elemanı halk sağlığı programlarında çalışmaya başlamıştır. Halk sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamaları 19.yy sonları ile 20.yy başlarında önem kazanmıştır. Başlangıçta önleyici çalışmalar alanında vaka bulma, tüberküloz hastalarının tedavisi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ana-çocuk sağlığı ve engelliler alanında çalışılmıştır. Hastalıkları önleme ve sağlık düzeyini yükseltmek halk sağlığının, sosyal sorunların önlenmesi, bireylerin yaşam standartlarının yükseltilmesi sosyal hizmet alanının birincil işlevini oluşturması nedeniyle, her iki disiplinin işbirliği içinde çalışması önem kazanmıştır (Mantell,1984:207-260).

Türkiye'de sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacını esas alan, ulaşılabilir ve kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri ve Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri tarafından, 0-6 yaşları arasındaki çocukların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için; fiziksel, sosyal ve ruhsal durumlarının düzenli olarak ev ziyaretleri yoluyla izlenmesi, sağlık durumlarının geliştirilmesi, korunması ve erken tanı, tedavi hizmetlerinin yürütülmesi hizmetleri 1961 yılında kabul edilen "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", 1964 yılında kabul edilen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönetmelik"te ve ayrıntıları Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergede tanımlanmıştır.

Yönerge'nin 63. Maddesinde çocuk sağlığı hizmetleri: "bir bebeğin anne rahminden başlayıp okula gidinceye kadar 6 yıl boyunca izlenmesi, onun bedence, ruhça ve sosyal yönden sağlıklı bir insan olması için gerekli olan koşullar maddelenmiş, risk altındaki çocuklar daha fazla olmak üzere 6 yaşına kadar en az 18 defa ev ziyareti yapılarak izlenmesi, izlemler sırasınca aşılarının yapılması, büyüme ve gelişmelerinin izlenmeleri, malnütrisyonu (beslenme bozukluğu) olanların veya gelişme bozukluğu olanların tedavilerinin yapılması, ailelerin eğitilmesi, sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan ailelere yönelik sosyal yardım ve destek çalışmalarının yürütülmesi, tarama programlarının uygulanması yer almaktadır.

Yönerge'nin 5. maddesinde sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri tanımlanmış ve bu kapsamda "c" bendinde "ekip hizmeti" ilkesi yer almış ve tanımlanmıştır. Yönergenin 3. bölümünde ise, sağlık ocağında çalışanların görevleri yer almış ve sağlık ocağı personeli kapsamında her biri ayrı maddelerde olmak üzere hekim, diş hekimi, eczacı, psikolog, sosyal çalışmacı (Madde 127), diş-protez teknisyeni, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni ve idari görevliler yer almıştır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık ekibi, sağlığı biyo-psikososyal bakış açısıyla değerlendirecek çerçevesini beklenen düzeyde geliştirmiş, ancak uygulayıcıların henüz biyo-psikososyal bakış açısını tam olarak kazanamaması nedeniyle henüz hekim, ebe, hemşire, sağlık me-

murunu dışındaki meslek elemanları fiilen görev almaya başlamamışlardır. Yukarıda açıklanmaya çalışıldığı gibi, başta ana-çocuk sağlığı olmak üzere, sağlık hizmetinin sunumunu düzenleyen bu kanun ve ilgili yönetmelikleri değiştirilerek, yerine pilot uygulamaya ilişkin kanun ve yönetmelikleri hazırlanarak aile hekimliği sistemi getirilmeye çalışılmaktadır. Öngörülen aile hekimliği sistemi, "ekip çalışması" kavramına yer vermekle birlikte, sağlığın psikososyal boyutuyla doğrudan ilgili sosyal hizmet uzmanını ekip içinde tanımlamamıştır. Bu durum, aileye yönelik önleyici sosyal hizmet müdahalelerinden ailenin güçlendirilmesi (eğitim, danışmanlık ve toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi) ve yoksulluğunun en aza indirilmesine yönelik müdahaleleri engelleyecek, sağlık hizmetleri yalnız fiziksel boyutla sınırlanacak ve tedavi ağırlıklı hizmetler olarak yürütülecektir. Sonuç olarak, yoksulluk döngüsüne paralel olarak, çocuk sağlığı düzeyi de olumsuz yönde etkilenecektir.

Çocukların büyüme, psikomotor ve sosyal gelişmelerini desteklemek için, yoksulluğun önlenmesine yönelik çabaların, koruyucu sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlere öncelik verilerek ve yeterli kaynak ayrılarak yürütülmesinin, birinci basamak sağlık hizmetlerinde öngörülen çocuk sağlığı programlarının ekip anlayışıyla sürdürülmesinin, disiplinler arası işbirliğinin ve havale sisteminin geliştirilmesinin, aile eğitimleri ve güçlendirme programları uygulanmasının sağlıklı çocuk ve gençlere sahip olmak için zorunlu olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aina, F ve Morakinyo, O. (2001) "Anthropometric assessments in Nigerian Children", *East Afr Med J*, Jun;78 (6),312-316.
- Beaton, G.H. (1989) "Small but Healthy? Are we asking the right question?" *Eur J Clin Nutr*, 43, 863-867.
- Benefice, E., Fouere, T., Malina, R.M. (1999) "Early nutritional history and motor performance of Senegalese children, 4-6 year of age", *Ann Hum Biol*, Sep-Oct;26 (5):443-455.
- Colombo, M., Lopez, I., De Andraca I. (1993) "Early severe malnutrition and psychomotor development. Effects of a rehabilitation program", *Arch Latinoam Nutr*, Jun 43 (2):146-150.
- Cross, A.W. (1998) "Maternal and child health", Wallece R.B., Doebbeling B.N, and Last J..M (eds): *Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine*, 14th edition, Appleton and Lange, Stanford-Connecticut, 1173-1175.
- Erol, N., Sezgin, N. ve Savaşır I. (1994) "Gelişim Tarama Envanteri ile ilgili geçercilik çalışmaları", *Türk Psikoloji Dergisi*, 8 (29),16-22.
- Fernandez, I.D., Himes, J.H. & Onis de M. (2002). "Prevalence of nutritional wasting in populations: building explanatory models using secondary data". *Bulletin of the World Health Organization*, 80,282-291.
- Gardner, J.M., Walker, S.P., Chang, S.M., Vutchkov, M., Lalor,G.C. (1998) "Undernutrition and elevated blood level: effects on psychomotor development among Jamaican Children", *Public Health Nutr*, Sep;1 (3),177-179.
- Haustvas, J.L., Tolboom, J.J., Kafwembe, E.M. (2000) "Severe linear growth reterdation in rural Zambian children", *Am J Clin Nutr*, Feb;714 (21),550-559.
- Hyder, A. (1999) "The poverty health interaction:old problem, new perspectives (chapter 4:section 1): poverty, health and the poor", *The 10/90 Report on Health Research, Global Forum for Health Research to,Improve the Health of Poor People*, Switzerland.
- Johnston, F.E., Low, S.M., de Baessa, Y., MacVean, R.B. (1987) "Interaction of nutritional and socioeconomic status as determinants of cognitive development in disadvantaged urban Guatemalan children", *Am J Phys Anthropol*, Aug;73 (4),501-506.
- Koşar, N. (2000) *Sosyal Hizmetlerde Sosyal Yardım Alanları (Yoksulluk ve Sosyal Hizmet)*, Şafak Matbaacılık. Ankara.
- Kumar, R., Aggarwal, A.K., Kaur, M., Iyengar, S.D. (1997) "Factors influencing psychosocial development of preschool children in a rural area of Hayrana", *India. J Trp Pediatr*, Dec;43 (6),324-329.
- Mantell, J.E., (1984) "Social Work and Public Health." (chapter 5).I R.J. Estes (Ed.) *Health Care and the Social Services*. United States of America: Warren H. Green,207-260.
- Nestel, P., Melara, A., Rosado, J., Mora, J.O. (1999) "Undernutrition among Honduran children 12-71 months old", *Rev Panam Salud Publica*, Oct:6 (4),256-265.
- Neyzi, O. (1995) "Çocukluk Çağında Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. 2000'e 5 kala Türkiye ve Dünya Çocuklarının Durumu. XXXI. Türk Pediatri Kongre Kitabı, İstanbul, 25.
- Reyes, M.R., Valdecanas, C.M., Reyes, O.L., Reyes, T.M. (1990) "The effects of malnutrition on the motor, perceptual, and cognitive functions of Filipino children" *Int Disabil Stud*, Oct-Dec;12 (4),131-136.
- Savaşır, I., Sezgin, N., Erol, N. (1992) "0-6 yaş çocukları için Gelişim Tarama Envanteri Geliştirilmesi:Ön çalışmalar", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3 (2),33.
- Savaşır, I., Sezgin, N., Erol, N. (1998) *Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı (Genişletilmiş 2. Baskı)*, Ankara.

- Suthpen, L.J. (1985) "Growth as a measure of nutritional status". *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 14,1698.
- Tabone, M.D. ve Vincelet, C. (2000) "Socioeconomic status and child health: The experience of the Paris Child Health Checkup Center", *Arch Pediatr*, Dec.7 (12),1274-1283.
- Thomas, N.C. (1999) "Initiatives in Health Research". Chapter 5, *The 10/90 Report on Health Research, Global Forum for Health Research: Promoting Research to Improve the Health of Poor People*, Switzerland.
- Tunçbilek, E., Kurtuluş, E., Hancıoğlu, A. (1999) "Nutrition" (Chapter 10). *Turkey Population and Health Survey 1998*. Hacettepe University Institute of Population Studies and Macro International Inc, 129.
- WHO (1995). *Report of a WHO Expert Committee. Physical Status: The Measurement and Interpretation of Anthropometry*; Geneva.
- WHO (1995) *Global Database on Child Growth and Malnutrition*. World Health Organization/Department of Nutrition for Health and development. CH-1211 geneva 27.
- World Health Report (1998) World Health Organization, Geneva.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2000) *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*, Ankara.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. Resmi Gazete: 12.01.1961, sayı: 10705.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönetmelik*, Resmi Gazete: 09.09.1964, sayı: 11802
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik*, 06.07.2005 Sayı:25867

THE EFFECTS OF GENDER DIFFERENCES ON SOCIAL WORK STUDENT'S LOCUS OF CONTROL AND WAYS OF COPING IN TURKEY

Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Denetim Odağı ve Başetme Yolları Üzerinde Toplumsal Cinsiyet Farklılıklarının Etkileri

Sunay İl *

Veli Duyan *

*Doç.Dr. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine the effects of gender differences on H.U.School of Social Work Students' ways of coping and locus of control in Turkey. According to the findings, male students' internal locus of control is higher than female students'. The research also reveals

that female students seek more social support and feel helpless than male students do. Additionally, male students are more optimistic than female students. Finally, research results show that there is no difference in submissive and self-confidence levels of the social work students.

Key Words: Gender differences, ways of coping, locus of control, social work students

ÖZET

Bu araştırmanın amacı Türkiye'de HÜ Sosyal Hizmetler Yüksekokulu öğrencilerinin başetme yolları ve denetim odakları üzerindeki toplumsal cinsiyet farklılıklarının etkilerini belirlemektir. Bulgulara göre, erkek öğrencilerin iç denetim odakları kız öğrencilerden daha yüksektir. Araştırma kız öğrencilerin erkeklere göre daha çok sosyal destek aradıklarını ve çaresiz hissettiklerini de ortaya koymuştur. Ayrıca erkek öğrenciler kızlara göre daha iyimserdir. Son olarak, araştırma sonuçları göstermiştir ki, sosyal hizmet öğrencilerinin başetme ve öz-güven düzeyleri arasında bir fark yoktur.

Anahtar Sözcükler: Toplumsal cinsiyet farkları, başetme yolları, denetim odağı, sosyal hizmet öğrencileri

The traditional Turkish socio-cultural context has been characterized by an emphasis on interpersonal relationships and close ties with family, relatives, and neighbors (Imamoglu, 1987:138-147; Kagıtcıbası, 1984:151-184) and a focal mother acting as mediator between the father and the children (Kagıtcıbası & Sunar, 1992:75-88). Consistent with Kagıtcıbası and Sunar's (1992:75-82) argument concerning reliance on primary groups and external control of individuals, authority structure and obedience are stressed

in Turkish schools and in the family. The traditional socialization processes emphasize family integrity, harmony in relationships, and closeness, loyalty, duties and obligations to family and in-groups. Turkish society is accepted as highly patriarchal with clear-cut gender role differences. Because of the fact that gender roles are consistent with gender stereotypes in the Turkish family, the institution of family is also highly patriarchal (Kandiyoti, 1995:306-319). According to traditional Turkish gender roles, men are dominant, independent, competitive, and capable of leadership, and are expected to control the home. Women are submissive, dependent, caring, and good at domestic tasks and child rearing, and are expected to remain dependent on their husbands to protect the family structure (Geis, 1993:9-54).

However, because of the free market economy and trends toward liberalization and globalization in the world, Turkey has been undergoing a very rapid social change since the 1980s. Today, Turkish society is now in a transition period in which there is dynamic tension between Eastern and Western attitudes, values, and lifestyles; this period is propelled by an effort to become a fully accepted member of the European community. As a result, Turkish people tend to express more Western views and show more individualism in their attitudes, values, and self-construals, especially in the 1990s and later. Two opposing views of cultures and lifestyles exist simultaneously in Turkish society today; the Western versus the Eastern, modern versus traditional, and urban versus rural. Turkish people combine spiritual, altruistic, other-centered, community-oriented, and inter-

dependent values, which are often associated with the Eastern cultures, with individualistic, rational, logical, pragmatic, and materialistic values which tend to be associated with the Western cultures (Mocan-Aydin, 2000:281; Çileli, 2000; Karakitapoglu-Aygün, 2002; Karakitapoglu-Aygün, 2004:457).

Gender and Locus of Control

Locus of control conceptualizes how individuals see their own actions affecting the events that surround their lives and is a cognitive personality construct that has been found to be related to many aspects of interpersonal functioning (Lefcourt, 1982:3). It represents the extent to which individuals believe the outcome of events in their life is attributable to their own actions and the range extends from strong personal control (internal locus of control) to weak or no personal control (external locus of control) (Rotter, 1966:609). Individuals with relatively more internal locus of control orientations believe that outcomes of life events are a function of their own relatively permanent abilities, attributes, and skills. Those individuals with an external locus of control feel that ultimate control of their life rests outside of themselves, in the hands of fate, chance, other individuals, or large social institutions (Camp & Ganong, 1997:624).

Results on gender differences in locus of control have varied. Some studies found that females are more external in their locus of control than do males (Cairns et al., 1990:937; Linder, 1986:278; Roodin et al. 1974:671) while other studies did not find differences in locus of control (Adame, Johnson, & Cole, 1989:400-402; Dellas & Jernigan, 1987:587). However, according to

Archer and Waterman (1988:65), there is not enough evidence in the research to show that there are gender differences.

Gender and Ways of Coping

According to Folkman et al. coping was defined as the person's cognitive and behavioral efforts to manage (reduce, minimize or tolerate) the internal and external demands of the person-environment transaction (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986:992). In other word, coping strategies or ways of coping are plans and actions for dealing with stressful situations to lower distress (Auerbach & Gramling, 1997:1). Various factors such as demographic, personal, socio-cultural and environmental have an influence on which coping strategies are mobilized under the specific circumstances. Mainly, it derives in part from inherent personality characteristics and in part from learning, as coping processes are developed and modified through experience (Aldwin, 1991:174-180). A number of studies indicated that women and men have differences in both quantity and quality of psychosocial problems and women are more prone to depression (Compas, Orosan, & Grant, 1993:331). According to Nolen-Hoeksema (1991:569), this latter may be explained by the gender differences of the ways of coping. In fact most studies that address the issue of male and female coping report gender as a clear predictor of coping behavior, such as findings on gender differences in coping adolescence is greater use of social support by girls than by boys (Belle, 1991:21-35; Frydenberg, & Lewis, 1991:199-133). Traditional gender role stereotypes also suggest

that men are socialized to emphasize instrumental behavior and to suppress emotions and are thus more likely to use problem-focused coping. In contrast, women are socialized to express emotion and seek social support and may therefore rely more on emotion-focused strategies (Folkman, & Lazarus, 1980:219).

Analyses of gender differences in coping have produced mixed results. Some studies have found results consistent with the socialization hypothesis (Folkman & Lazarus, 1980:219-239; Ptacek et al., 1994:421-30), still other studies have found no differences in the way in which men and women cope (Hamilton & Fagot, 1988; Porter, & Stone, 1995:184).

The purpose of the present study

In the present study we searched the gender differences on the ways of coping and locus of control. We focused on social work students because they are tomorrow's social service givers for different types of clients. In higher education process, coping skills also affect the students' academic success and help them develop increasingly more successful methods for learning academic material and for coping with interpersonal conflict (e.g., Duval & Silvia, 2002:46; Sedikides & Strube, 1997; Trope & Pomerantz, 1998:53). If students' coping skills help them construct accurate pictures of themselves and ways to overcome their weaknesses, they should have more tools for successful adaptation to college than students without such coping strategies (e.g., Aspinwall & Taylor, 1992:989-1003; Feenstra, Banyard, Rines, & Hopkins, 2001:106-113). We thought that if

we know the students ways of coping styles and locus of control, we can use this data in educational process. So, the purpose of this research is to determine the effects of gender differences on social work students' ways of coping and locus of control in Turkey. On the basis of results of earlier studies, we formed the following hypothesis:

1. Male student group will be higher in internal locus of control than the female student group.
2. Female student group will be higher in seeking of social support than the male student group.
3. Female student group will be higher in submissive than the male student group.
4. Female student group will be higher in helpless than the male student group.
5. Male student group will be higher in optimistic than the female student group.
6. Male student group will be higher in self-confident than the female student group.

Method

Participants

Participants were 194 female (53.4%) and 169 male (46.6%), ages 18 to 33 years ($M = 21.97$, $SD = 2.24$, $Md = 22$) who came from a social work program located in the Inner Anatolian Region of Turkey. During the research there were 441 students in total, who attended the social work program actively (first grade $n = 136$, second grade $n = 71$, third grade $n = 52$, and fourth grade $n = 104$). Three hundred seventeen students could be reached (71.8% of

the total), and this number was thought to be representative. Of these, 11.3% came from rural areas, 17.0% from semi rural/urban areas, and 71.6% from urban areas of Turkey. Regarding the family structure of them, 84.3% said they come from nucleic families, and 15.7% of them are the member of extended families.

Instruments

Demographic questionnaire. Five questions were asked about sex, class, age, where they lived most, family structure.

Coping Style Scale (Sahin & Durak, 1995:56-73). Coping Style Scale was derived from the Ways of Coping Inventory of Folkman and Lazarus and supposed to measure the coping styles of university students. The reliability, validity and the factor structure of the Scale studied by Sahin and Durak (1995:56) and the results showed that the Scale is a reliable and valid instrument to measure coping styles. It has five subscales: self-confident, optimistic, submissive, helpless styles and seeking of social support. Each subscale has eight items rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 (I completely disagree) to 5 (I completely agree). Higher numbers indicate the use of this kind of coping style more.

Locus of Control (Rotter, 1966:609). Although the locus of control scale is constituted by 29 pair items, 23 pair items are taken in its grading. Six items are placed as the filling up items in order to conceal the purpose of the scale. For the grading, it is obligatory to choose either A or B for every item. Of the 23 items that are chosen for evaluation

the options of externality are graded. The points in the scale range between 0 and 23, and increase in the points indicates increase in the belief of external locus of control. In the adaptation of the scale to Turkish, test-retest reliability coefficient was calculated as 0.83. In addition, the reliability coefficient that is calculated by the KR-20 technique was found 0.68 and the cronbach alfa internal consistency coefficient was found 0.70 (Dag, 1991:10-16).

Results

Six hypotheses were tested using analysis of t test. Four hypotheses were supported; two were not.

Hypothesis 1. Male student group will be higher in internal locus of control than the female student group. This hypothesis was supported ($t = 2.043, p < 0.05$).

Hypothesis 2. Female student group will be higher in seeking of social support than the male student group. This hypothesis was supported ($t = 2.496, p < 0.001$).

Hypothesis 3. Female student group will be higher in submissive than the male student group. This hypothesis was not supported ($t = .578, p > 0.05$).

Hypothesis 4. Female student group will be higher in helpless than the male student group. This hypothesis was supported ($t = 1.987, p < 0.05$).

Hypothesis 5. Male student group will be higher in optimistic than the female student group. This hypothesis was supported ($t = 2.496, p < 0.01$).

Hypothesis 6. Male student group will be higher in self-confident than the female student group. This hypothesis was not supported ($t = .037, p > 0.05$).

Table 1. Gender differences in the locus of control and ways of coping of students

Subscales	Gender	N	Mean	t
Locus of control	Female	192	11.27	2.043*
	Male	168	10.40	
Seeking of Social Support	Female	194	2.16	4.152***
	Male	168	1.93	
Submissive	Female	194	.64	-.578
	Male	168	.67	
Helpless	Female	194	1.20	1.987*
	Male	168	1.10	
Optimistic	Female	194	1.71	-2.496**
	Male	168	1.85	
Self-confident	Female	194	2.09	-.037
	Male	168	2.09	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Discussion

Results of this study showed that traditional gender role expectancies are more effective than social work education on students' locus of control and ways of coping strategies. This general view also supported by some research, such as Kandiyoti noted that even university education did not fundamentally change women's traditional perceptions of female roles (Kandiyoti 1984:101-120).

According to the research findings, scores of male students' internal locus of control are higher than those of female students in line with the supported first hypothesis. This means male students believe that the events which affect themselves and/or their lives are more under their own control. In other words, male students are more self-confident on problem solving and taking control of events. Taking a look at the issue from a gender viewpoint will reveal that such a result may be evaluated as an expected one in parallel with the country's dominant traditional culture and the meaning attached to the role patterns of masculinity and femininity, and reflections of this on child rearing practices. According to the traditional point of view in Turkey, man must always be the one who is powerful, perfect, and keeps control; and he is raised in this direction from his childhood onwards, is exposed to less control, and his entrepreneurship, creativity, and self-confidence are always strengthened (Kagitcibasi & Sunar, 1992:75-88; Kagitcibasi, 1997:1-50). Girls, on the other hand, are led towards others' leadership and the attitude of attributing primary importance to others' acceptance even at the cost

of their personal needs. In this sense, external locus of control in the early periods of life survives without much change in the spouse's home after the father's. Karakitapoglu-Aygün & İmamoğlu (2001:1) suggested that family environment shapes self-development in terms of both autonomy and relatedness in the Turkish culture. In the researches on the effects of sex differences on the locus of control in Turkey the following results have been found. For instance, females' locus of control is found higher than males' (Aydin, 1999).

An individual with internal locus of control believes that he owns the present power in solving, interpreting and controlling the problems confronted; and takes more responsibility. Individuals with external locus of control, on the contrary, attribute the source of present events to external powers, and believe that they are controlled by those powers.

The result in line with the supported second hypothesis of the research in fact seems to be similar with the first hypothesis. It is not a surprise that female students whose external locus of control is higher and who do not find the power of control on their life in themselves are more inclined towards seeking social support than male students are. Because needing too much social support may be viewed as the statement of a lack of self-confidence and not being able to feel powerful enough. On the other hand, the fact that female students are more naive and emotional, which is believed to be peculiar to their sex (Sunar, 1982:445; Kandiyoti, 1995:306-319), may bring about the fact that they need support in every case. The comparisons done

according to sex indicate that women use the mechanism of applying to social support more (Day, & Livingston, 2003:73; Guida, & Ludlow, 1989:178; Folkman, & Lazarus, 1980:219).

Amongst the positive results of seeking social support are the abilities of assessing the problems faced from various angles and of finding alternative solutions; and these may be seen as the indicator of aptitude towards teamwork. In addition, this is important in terms of demonstrating social aspects of personality. Whereas people in the Western culture seek social support only when there is a problem, in the Turkish culture seeking social support appears out to be emerging independent of whether there is a problem or not (Şahin, & Durak, 1995:56-73).

The data on the third hypothesis which was not supported and the fourth one which was supported of the research present a consistent result. The data of the third hypothesis which indicate that female students are more submissive than male students and the data of the fourth hypothesis which indicate that female students experience more helplessness than male students do seem to be consistent with each other. Gender differences do not appear in approaches of submission and helplessness in some researches in literature (Şahin, & Durak, 1995:56-73). In another research in which Turkish and American girls are compared, it is seen that Turkish girls perceive that they have the control in their hands about the solution of problems, and they escape less from the problems (Şahin, & Heppner, 1993:379). According to the results of Şahin and Durak's research, the group whose depressive symptoms are high

shows more submission and helplessness, and the group whose depressive symptoms are lower shows more confidence and optimism. Another research which focuses on the dimensions of personality found a positive relationship between the scores of "aptitude to stress" and "general optimism" and the coping styles on problem solving; and a negative relationship between the coping styles on emotions (helpless and submissive approaches). As a result, the positive correlation among the following seems consistent with the literature: high self-confidence, internal locus of control, psychological strength, A-Type personality, and (helpless) approaches toward emotions (Şahin, & Durak, 1995:56-73).

A look at the relationships between the methods of coping and situational variables will reveal that the ones who perceive the situation they are in as unchangeable use the methods towards emotions more (Şahin & Durak, 1995:56-73). In other words, the more the methods towards problems (self-confident and optimistic approaches) are used the less the perceived situational stresses emerge; and the more the methods towards emotions (submissive and helpless) are used the more the perceived situational stresses emerge. Furthermore, whereas the perception of environmental pollution, noise, traffic, work atmosphere, technological devices that are outside the person's control as stressful increases there emerges no change in optimistic approach, it was seemed that self-confident and emotional, submissive and helpless approaches increase together. This not only makes one think that the perception of environmental problems

as problems is related with the person's self-confidence and maturity, but also that it arouses feelings of helplessness in the same persons because they are problems which are out of control.

Based on the research data under examination, the data on the third and fourth hypotheses of the study show that among the reasons why female students use emotional coping methods (submissive and helpless approach) come both their personal characteristics and the fact that they find environmental factors which are out of their control unchangeable because they perceive them more stressful. Likewise, according to the research results of Şahin & Durak (1995:56-73), the individuals whose skills of coping with stress are insufficient recourse to more submissive and helpless approaches.

According to the fifth hypothesis of the research, which was supported, it was identified that the male are more optimistic. This may be originated from the fact that, as stated before, men have internal locus of control, seek less social support, are less submissive, and feel less helplessness. According to the study of Şahin & Durak (1995:56-73), it was determined that the ones who could cope with stress effectively use more self-confident and optimistic approaches. The roles attributed to men in Turkish society may be viewed as entrepreneurship, risk-taking, leadership, and self-confidence. Moreover, men are given more flexibility, roles, and opportunities, and supported more compared to women. In addition, men must always be the ones who have the power, authority, and control according to the traditional worldview. It is natu-

ral that men are more optimistic than women are since they are grown in that direction from childhood onwards. The additional factors for the fact that male students are more optimistic are the following: they are exposed to less control, their entrepreneurship and creativity are encouraged, and their self-confidence is strengthened.

According to the last hypothesis of the research, it was not supported that male students have more self-confidence than female students do. As stated before, the barriers female students encounter in social life are more than male students do. In this sense, the probabilities of equality of opportunity, reaching resources, and making use of resources for girls are so few compared to male students. Furthermore, female students' experience and struggle due to discriminative attitude and the roles attributed to them are much more meaningful. Under these circumstances, the fact that female students have reached university education means they have lots of life experiences which would improve and strengthen their self-confidence. The result is not surprising when evaluated from this angle. Moreover, that fact that female students are more successful in the social sphere, which is peculiar to their sex, and interpersonal relationships, (Il, 2003:339) and that they are taught the education of a discipline which takes these features as its bases have contributed to this result.

Although Turkey is a changing and developing country, the gender based view continues to directly affect the coping ways of students. The same reason affects the internal and external locus of control directly. The fact that

the great majority of the students have internal locus of control may be thought as positively affecting their relationship with clients.

It is understood that a part of the students of the School of Social Work have helpless and submissive styles. This has the capacity of negatively influencing the relationship with clients. Therefore, social work education has to develop strategies for this.

One of the most important limitations of this research is its style of data collection. It may help to use focus group interviews and in-depth interviews instead of paper-pencil testing in order to collect more detailed information. It is understood that the dimensions which are evaluated separately in the research are interrelated and complementary. Therefore, the studies to be done must be multi-dimensional and holistic.

REFERENCES

- Adame, D. A., Johnson, T. C., & Cole, S. P. (1989). Physical fitness, body image, and locus of control in college freshman men and women. *Perceptual and Motor Skills*, 68, 400-402.
- Aldwin, C. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology*, 46, 174-180.
- Archer, S. L., & Waterman, A. S. (1988). Psychological individuation: Gender differences or gender neutrality? *Human Development*, 31, 65-81.
- Aspiwall, L., & Taylor, S. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 989-1003.
- Auerbach, S. M., & Gramling, S. I. (1997). *Stress management: Psychological foundations*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Aydın, O. (1999). Problem solving skills of adolescents that have different type of locus of control. Unpublished master's thesis. Erzurum, Turkey: Atatürk University Institute of Social Sciences, Department of Educational Sciences. (in Turkish)
- Belle, D. (1991). Gender differences in the social moderators of stress. In A. Monat & R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (3rd ed., pp.21-35). New York: Columbia University Press.
- Cairns, E., McWhirter, L., Duffy, U., & Barry, R. (1990). The stability of self-concept in late adolescence: Gender and situational effects. *Personality and Individual Differences*, 11, 937-944.
- Camp, P.L. & Ganong, L.H. (1997). Locus of control and marital satisfaction in long-term marriages. *Families in Society*, 78, 6, 624-631.
- Compas, B. E., Orosan, P. G. & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349.
- Cileli, M. (2000). Change in value orientations of Turkish youth from 1989 to 1995. *The Journal of Psychology*, 134, 297-305.
- Dag, I. (1991). Reliability and validity study of Rotter's Internal and External Locus of Control Scale for the university students. *Psikoloji Dergisi*, 7 (26), 10-16. (in Turkish)
- Day, L. Arla & Livingstone, A. Holly. (2003). Gender differences in perceptions of stressors and utilization of social support among university students. *Canadian Journal of Behavioral Science*. Ottawa: April 35 (2), 73-92.
- Dellas, M., & Jernigan, L. P. (1987). Occupational identity status development, gender comparisons, and internal-external control in first-year Air Force cadets. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 587-600.

- Duval, T. S., & Silvia, P. J. (2002). Self-awareness, probability of improvement and the self-serving bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (1), 49-61.
- Feenstra, J. S., Banyard, V. L., Rines, E. N., & Hopkins, K. R. (2001). First-year students' adaptation to college: The role of family variables and individual coping. *Journal of College Student Development*, 42 (2), 106-113.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986) The dynamics of a stressful encounter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Geis, F. L. (1993). Self-fulfilling prophecies: A social psychological view of gender. In A. E. Beall & R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 9-54). New York: Guilford Press.
- Guida, F. & Ludlow, L. (1989). A cross-cultural study of test anxiety. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 20 (2), 178-190.
- Hamilton, S., & Fagot, B. I. (1988). Chronic stress and coping styles: A comparison of male and female undergraduates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (5), 819-823.
- Il, S. (2003, October). Social-economic conditions of the Hacettepe University School of Social Work students. Antalya, Turkey: Social Work Symposium.
- Imamoglu, E. O. (1987). An interdependence model of human development. In C. Kagıtcıbası (Ed.), *Growth and progress in cross-cultural psychology*. (pp. 138-145). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kagıtcıbası, C. (1984). Sex roles, value of children and fertility in Turkey. In Ç. Kagıtcıbası (Ed.), *Sex roles, family and community in Turkey* (pp. 151-180). Bloomington: Indiana University Press.
- Kagıtcıbası, C. & Sunar, D. (1992). Family and socialization in Turkey. In J. L. Roopnarine & D. B. Carten (Eds.), *Parent-child socialization in diverse cultures*, (pp.75-88). New Jersey: Ablex Pub. Corp.
- Kagıtcıbası, C. (1997). Individualism and collectivism. In J. W. Berry, M. H. Segall, & C. Kagıtcıbası (Eds.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology*. Volume 3: Social Behavior and Applications (pp. 1-50). Boston: Allyn and Bacon.
- Kandiyoti, D. (1984). Urban change and women's roles: An overview and evaluation. In Cigdem Kagıtcıbası (Ed.), *Sex roles, family and community in Turkey* (pp. 101-120). Bloomington: Indiana University Press.
- Kandiyoti, D. (1995). Patterns of patriarchy: Notes for an analysis of male dominance in Turkish society. In S. Tekeli (ed.) *Women in modern Turkish society* pp. 306-319. London: Zed Books.
- Karakıtapoglu-Aygün, Z. & E.O. İmamoğlu (2001). Perceived parenting, construct of self and well-being: The case of Turkish adolescents. Paper presented at annual meeting of Society for Cross-cultural Research, San Diego, CA.
- Karakıtapoglu-Aygün, Z. (2002). Self-construals, perceived parenting styles and wellbeing in different cultural and socio-economic context. Unpublished doctoral dissertation, Middle East Technical University, Ankara, Turkey.
- Karakıtapoglu-Aygün, Z. (2004). Self identity and emotional well-being among Turkish university students. *The Journal of Psychology*. 138 (5), 457-479.
- Lefcourt, H. (1982). *Locus of control: Current trends in theory and research*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Linder, F. (1986). Locus of control, values, and political perspectives. *Perceptual and Motor Skills*, 62, 278.
- Mocan-Aydin, G. (2000). Western models of counseling and psychotherapy within Turkey: Crossing cultural boundaries. *The Counseling Psychologist*, 28, 281-298.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Porter, L., & Stone, A. (1995). Are there really gender differences in coping? A reconsideration of previous data and results from a daily study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14 (2), 184-200.
- Ptacek, J.T., Smith, R. E., & Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressors and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 421-430.
- Roodin, P.A., Broughton, A., and Vaught, G. M. (1974). Effects of birth order, sex, and family size on field dependence and locus of control. *Perceptual and Motor Skills*, 39:671-676.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609.
- Şahin, N.H. & Durak, A. (1995). Coping style scale: an adaptation study for university students. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 56-73. (in Turkish)
- Şahin, N.H. & Heppner, P.P. (1993). Psychometric properties of the Problem Solving Inventory in a group of Turkish university students. *Cognitive Therapy and Research*, 17 (4) 379-396.
- Sedikies, C., & Strube, M. J. (1997). Self-evaluation: To thine own self be good, to thine own self be true, to thine own self be better. *Advances in Experimental Social Psychology*, 29, 206-269.
- Sheilds, N. (2001). Stress, active coping, and academic performance among persisting and nonpersisting college students. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 6 (2), 65-81.
- Sunar, D. G. (1982). Female stereotypes in the United States and Turkey: An application of functional theory to perception in power relationships. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 13, 445-460.
- Trope, Y., & Pomerantz, E. M. (1998). Resolving conflicts among self-evaluative motives: Positive experiences as a resource for overcoming defensiveness. *Motivation and Emotion*, 22, 53-72.

TOPLUM VE SOSYAL HİZMET DERGİSİ YAZIM KURALLARI

Genel Kurallar

- Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisinde, sosyal hizmet alanında bilimsel çalışmalar Türkçe yada bir yabancı dilde yayınlanır.
- Dergide derleme makaleler, araştırma makaleleri, bildirimler, yayın değerlendirme ve tartışma yazıları, editöre mektuplar, örnek olaylar yer alır.
- Dergiye gönderilen yazılar yayınlanmasa bile iade edilmez.
- Dergide yayınlanan yazılarda ifade edilen görüşler yazarlarına aittir.
- Bu dergide TUBA ve TÜBİTAK'ın yayım etiğine uygun yazılar yayınlanır.

Yazım ve Sunum Kuralları

- Metin, içinde şekiller ve çizelgeler varsa 20, yoksa 15 sayfayı geçmemelidir.
- Metin, kenarlardan yeterli boşluk (soldan 3,5, sağdan 3, üstten ve alttan 3'er cm.) bırakılarak, A4 boyutunda beyaz kağıdın tek yüzüne 1.5 aralıkla bilgisayarla Arial 11 punto kullanılarak yazılmalıdır.
- Metin blok (sağa sola dayalı), satırbaşı verilmeden ve paragraflar arasında satır boşluğu bırakmadan, otomatik olarak, altı nokta boşluk bırakılarak hazırlanmalıdır.
- Metin biri isimli diğer üçü isimsiz olmak üzere dört kopya halinde sunulmalıdır. Ayrıca, değişik adla alınan iki kopyası ile birlikte diskete kaydedilerek de verilmelidir. Disketin üzerine, kullanılan bilgisayar programı ve sürüm numarası yazılmalıdır. Metin, hakem kurulunun bir değişiklik önerisiyle kabul edilmişse en son durumu içeren diskette birlikte tekrar teslim edilir. Metin, PC ile yazılmalı, Microsoft Word'un Ofis 98 ve 2000 sürümleri tercih edilmelidir.
- Yazımın bölümleri şu sıraya uygun olmalıdır: Sola dayalı, altalta, Türkçe ve yabancı dilde başlık, yazar adı ve soyadı, yazarın, varsa ünvanı ve çalıştığı kurum, Türkçe özet, anahtar sözcükler, yabancı dilde özet, yabancı dilde anahtar sözcükler, metin ve kaynakça (yararlanılan kaynaklar).
- Çizelge içermeyen bütün görüntüler (fotoğraf, çizim, harita vs.) şekil olarak adlandırılmalıdır. Bütün çizelgeler ve şekiller, ayrı ayrı, Çizelge: 1 yada Şekil: 1, düzeni içinde sıralandırılmalıdır.
- Çizimler bilgisayardan çıkarılmadı ise beyaz aydınlar kağıt üzerinde çini mürekkebi ile çizilmelidir. Fotokopiler kesinlikle kabul edilmez. Fotoğraflar siyah/beyaz, net ve parlak fotoğraf kağıdına basılmış olmalıdır. Renkli fotoğraflar ve fotokopiye çekilmiş fotoğraflar kabul edilmez.

Ayrıca, her bir şeklin metin içinde gireceği yer açık bir biçimde gösterilmelidir.

- Çizelge ve şekillerin eni 14 boyu 20 cm' den büyük yada eni 8 cm' den küçük olmamalıdır.
- Yabancı dilde yazılan özetler İngilizce, Almanca yada Fransızca dillerinden birinde olmalıdır. Türkçe ve yabancı dildeki özetler ortalama 100'er sözcüğü geçmemelidir.
- Satır sonlarında sözcükler kesinlikle hecelerine bölünmemelidir.

Kaynakça Bağlacı ve Dipnot Düzeni Kuralları

- Kaynakça bağlacı, kaynağı metin içinde belirtmek için aşağıdaki örnekler çerçevesinde kullanılır:
- Tek yazarlı bir yazıdan alıntı yapılmışsa: (Korkut, 1999: 26)
- İki yazarlı bir yazıdan alıntı yapılmışsa: (Korkut ve Terim, 1999: 42)
- Üç ve daha fazla yazarı olan bir yazıdan alıntı yapılmışsa: (Korkut ve diğ., 1999: 22). Ancak atıfta bulunan kaynağın tüm yazarları yazımın kaynakça bölümünde mutlakla yer almalıdır.
- Aynı konuda birden fazla yazıdan alıntı yapılmışsa: (Korkut, 1999: 26; Korkut ve Terim, 1999: 42; Korkut ve diğ., 2000: 22)
- İçeriği genişletmek için dipnot kullanımını tavsiye edilmemektedir.
- Metinde bir açıklama yapmak gerekiyorsa ilgili yere (*) simgesi konarak, açıklama aynı sayfanın altına 10 punto Times New Roman karakteri ile yazılır.

Kaynakça Düzeni Kuralları

- Yararlanılan kaynaklar Kaynakça bölümünde yazarların soyadlarına göre abecesel düzende sıralandırılmalı ve aşağıdaki örnekler göre düzenlenmelidir:

Kitap

- Kelly, L. (1988) *Surviving Sexual Violence*, Cambridge, Polity.

Kitap Bölümü

- Fletcher, C. (1993) "An agenda for practitioner research", Broad, B. ve Fletcher, C. (ed) *Practitioner Social Work Research in Action*, London, Whiting and Birch.

Tek Yazarlı Makale

- Wilson, K. (1996) "Children and Literature", *British Journal of Social Work*, 26 (1) 17-36.

İki Yazarlı Makale

- Wilson, K. ve Ridler A. (1998) "Children and Internet", *British Journal of Social Work*, 28 (1) 13-35.

Üç ve Daha Fazla Yazarlı Makale

- Karen, K., Miller, A., Johnson, C., Jane, B., Ridley, A. (1998) "Social Work and Mental Health", *Social Work*, 28 (1) 13-35.

MANUSCRIPT GUIDELINES FOR THE JOURNAL OF SOCIETY AND SOCIAL WORK

General Rules

- The Journal of Society and Social Work publishes scientific studies in the field of social work either in Turkish or in a foreign language.
- The Journal includes review articles, research articles, PhD dissertation abstracts, paper presentations (provided that the venue of the presentation is stated), articles on publication reviews and discussions, letters to the editor, and case studies.
- The manuscripts which have been published elsewhere or which are presently under review by another journal or press will not be considered for publication.
- The manuscripts which include discrimination of any kind will not be published.
- The manuscripts submitted to the Journal are not returned, even if they are not published.
- Authors are responsible for the opinions expressed in their works.
- The manuscripts which comply with the publication ethics of TUBA and TUBITAK are published in this journal.

Manuscript Submission

- The text of the manuscript should not exceed 15 pages. The manuscripts which include figures and tables are allowed a maximum of 20 pages.
- The manuscript should be prepared in Arial 11 point type, 1.5 spaced, with margins (3.5 cm on the left, 3 cm on the right, and 3 cm at both the top and bottom of the page), and printed on one side of A4 paper only.
- The manuscript should be prepared in block style, omitting paragraph indents and blank lines between paragraphs.
- The manuscript should be sent in four copies, one having the name (s) of author (s) and the other three not carrying that identifying information, along with a floppy disk on which two copies of the manuscript, one having the name (s) of author (s) and the other not containing any name, are stored. The computer program and the version number used in the preparation of the manuscript should be written on the floppy disk. If the reviewers accept the manuscript recommending some changes in it, the manuscript is resubmitted accompanied by a floppy disk on which the latest form of the manuscript is stored. The manuscript should be preferably prepared in Microsoft Office Word 98 or 2000.
- Sections of the manuscript should be in the following order: on separate lines and aligned left, heading in Turkish and in a foreign language; author's name (s); author's title, if any, and institution; abstract in Turkish; key words in Turkish; abstract in a foreign language; key words in a foreign language; text; and references.

- All the images which do not have tables (photographs, drawings, maps, etc.) should be referred to as figures. All tables and figures should be ordered as Table 1 or Figure 1.
- If the drawings have not been printed out from a computer, they should be drawn in Indian ink on tracing paper. Photocopies are by no means accepted. Only black and white photographs printed on clear and glossy photographic paper should be used. Neither color nor photocopied photographs are accepted. In addition, where to place the figures in the text should be indicated clearly.
- Tables and figures should be between 8 and 14 cm in width; they should not exceed 20 cm in length.
- Abstracts in a foreign language should be preferably written in English, German or French. Abstracts in Turkish or in a foreign language should not contain more than 100 words.
- Words should never be broken at the end of a line.

Rules for In-Text Citations and Footnotes

- The below examples should be followed when using in-text citations:
- If a work by a single author is cited: (Korkut, 1999: 26)
- If a work by two authors is cited: (Korkut and Terim, 1999: 42)
- If a work by three or more authors is cited: (Korkut, et al., 2000: 22)
- If two or more works related to the same subject are cited: (Korkut, 1999: 26; Korkut and Terim, 1999: 42; Korkut et al., 2000: 22)
- If it is necessary to give an explanation, the point in the text where the explanation is needed is indicated by "asterisk" (*), and the explanatory note is written as a footnote in Times New Roman 10 point type.

Rules for References

- In the references section the sources used should be listed alphabetically and documented as shown in the following examples.

A Book

- Kelly, L. (1988) *Surviving Sexual Violence*, Cambridge, Polity.

A Book Chapter

- Fletcher, C. (1993) "An Agenda for Practitioner Research", Broad, B. And Fletcher, C. (ed.) *Practitioner Social Work Research in Action*, London, Whiting and Birch.

An Article by a Single Author

- Wilson, K. (1996) "Children and Literature", *British Journal of Social Work*, 26 (1) 17-36.

An Article by Two Authors

- Wilson, K. and Ridler A. (1998) "Children and Internet", *British Journal of Social Work*, 28 (1) 13-35.

An Article by Three or More Authors

- Karen, K., Miller, A., Johnson, C., Jane, B., Ridley, A. (1998) "Social Work and Mental Health", *Social Work*, 28 (1) 13-35.

