



ISSN:2149-309X.

Hasta ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı



Hakemli Dergi

TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

HAZİRAN 2019- SAYI 13

* TIBBİ SOSYAL HİZMET UZMANLARININ İŞYERİNDE SOSYAL DESTEK ALGISI, MESLEKİ BENLİK SAYGISI VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

* ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERİ DENEYİMLEYEN ERGENLERİN BAKIŞ AÇISINDAN HASTALIK VE TEDAVİ SÜRECİ: BİR NİTEL ARAŞTIRMA

* TIBBİ VE PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET ALANINDA YAZILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

* TÜRKİYE'DE MÜLTECİ VE SİĞİNMACI AĞIR RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREY OLMAK

* KÖK HÜCRE NAKLİ OLAN HEMATOLOJİ HASTALARININ SORUN VE GEREKSİNİMLERİ: KURUMSAL HİZMETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

* 112'DE GÖREV YAPAN SAĞLIK PERSONELİNİN ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİ: ANKARA ÖRNEĞİ

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

Derginin Künyesi

YAYIN SAHİBİ

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Prof. Dr. Ahmet TEKİN

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

*

*

YAYIN KURULU BAŞKANI

Doç. Dr. Mehmet GÜNDÜZ

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

*

*

YAYIN KURULU BŞK.YRD.

Avşar ASLAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanı

*

*

EDİTÖRLER

Elvan ULUCAN ÖZKAN
Sosyal Hizmet Uzmanı

Murat DERİN
Sosyal Hizmet Uzmanı

*

*

YAYIN KURULU

Avşar ASLAN

Uğur ÖZDEMİR

Elvan ULUCAN ÖZKAN

Murat DERİN

Serdar ARSLAN

Bilal KURHAN

Eren BİNGÖL

Fatma KURTOĞLU ÖZTÜRK

Selime Özlem ÇELİK KARAMANLI

Fatma ÖZTÜRK

*

*

HUKUK DANIŞMANI

Halil AY

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

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi ULAKBİM veri tabanında taranmaktadır.

*

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi altı ayda bir yayınlanır.

*

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

*

Adres

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

Bakanlık Yayın No:

963

ISSN:2149-309X.

Yayın Kuralları

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

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi Yazım Kuralları

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

• Kaynakça gösterimi:

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

- Kitap

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)
Yayının yılı (ayraç içinde)
Eser adı (başlığın ilk harfinden sonra bütünüyle küçük ve eğik harflerle yazılır)
Yayın bilgileri (ayraç içinde, 1. basımlar belirtilmez)
Yayın yeri
Yayınevi
Tek yazarlı ya da editörlü kitap:
Arslan, S. (2017). *Nadir hastalıklar*. Ankara: Sağlık Yayınevi.
Özkan, E. (Ed.).(2015). *Tıbbi sosyal hizmet ve uygulamaları*. Ankara: Gökay Yayınevi.
İki ya da daha fazla yazarlı kitap:
Öztürk, Y. ve Ulucan, O. (2014). *Onkolojik sosyal hizmet*. Ankara: Kota Yayınevi.
Kurum yazarlığı olan kitap:
Sağlık Bakanlığı. (2013). *Toplam Kalite*. Ankara: Sağlık Yayınevi.
Çeviri kitaplar:
Brown, A. (2016). *Child protection*. (A. Demir, Çev.) İstanbul: Görkem Yayınevi.

- Makaleler

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayının yılı (ayraç içinde, varsa ay)

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

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

Cilt numarası (italik şekilde)

Sayısı (ayraç içinde)

Sayfa numara aralığı

Doi:xxxxxx

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

- İnternet Kaynakları

Bulunması gereken bilgiler:

Yazar adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayın tarihi (ayraç içinde)

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

Erişim Tarihi: Gün Ay Yıl

Yazının linki

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

- Yayımlanmamış Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

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

Yazıların Dergiye Gönderilmesi

Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen yazı ile birlikte yazar(lar)ın adı-soyadı, unvanı, kurum ve e-posta adresleri ile açık iletişim adreslerini içeren bilgiler ayrı bir sayfada gönderilmelidir. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisine yazılar elektronik posta ile tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr adresine gönderilir.

İletişim Adresi:

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mahallesi Dumlupınar Bulvarı 6001 Cadde No:9

ÇANKAYA/ANKARA

Telefon: 0 – 312 – 458 50 43-44

e-posta: tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr

BU SAYININ HAKEM KURULU

Prof. Dr. Fatih ŞAHİN

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

Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Tarık TUNCAY

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

Prof. Dr. Elif GÖKÇEARSLAN ÇİFTÇİ

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Hakan BAYDUR

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

Doç. Dr. Semra SARUÇ

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Hüsnünur ASLANTÜRK

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Ergün HASGÜL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Buğra YILDIRIM

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

Dr. Öğr. Üyesi Ayten KAYA KILIÇ

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Seydikemer Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Şeyda YILDIRIM

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

Dr. Uğur ÖZDEMİR

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

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

ÖNSÖZ

Merhaba Sevgili Okurlarımız,

Öncelikle Hakemli Tıbbi Sosyal Hizmet Dergimizin 13. sayısını değerli okuyucularımıza sunmaktan sevinç duyduğumu ifade etmek isterim.

Dergimizin bu sayısında birbirinden değerli altı bilimsel çalışmaya yer verilmiştir. Bu çalışmalardan ilki, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının işyerinde sosyal destek düzeyleri ile mesleki benlik saygısının yaşam doyumları üzerindeki etkisinin incelendiği *“Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının İşyerinde Sosyal Destek Algısı, Mesleki Benlik Saygısı ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi”* adlı araştırma makalesidir. İkinci çalışma *“Çocukluk Çağı Kanseri Deneyimleyen Ergenlerin Bakış Açısından Hastalık ve Tedavi Süreci: Bir Nitel Araştırma”* adlı çalışmadır. Bu çalışmada çocukluk çağı kanserlerini deneyimleyen çocukların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin psiko-sosyal sorunlar ve bunların çözümünde özellikle pediatrik onkolojik sosyal hizmet uygulamalarına duyulan gereksinimler üzerinde durulmuştur. Üçüncü çalışma sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin içerik ve metodolojik açıdan incelendiği *“Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Yazılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi”* adlı derleme bir çalışmadır. Dördüncü çalışma yine derleme bir çalışma olup, *“Türkiye’de Mülteci ve Sığınmacı Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Birey Olmak”* olarak başlandırılmıştır. Çalışmada Türkiye’de, mülteci ve sığınmacı statüsü altında ikamet eden ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik var olan ruh sağlığı hizmetleri tartışılmış ve ihtiyaç duyulan hizmetlere dair öneriler geliştirilmiştir. Beşinci çalışma *“Kök Hücre Nakli Olan Hematoloji Hastalarının Sorun ve Gereksinimleri: Kurumsal Hizmetlerin Değerlendirilmesi”* adındaki araştırma makalesidir. Çalışmada Türkiye’deki iki onkoloji hastanesinde kök hücre nakli birimlerinde verilen hizmetlerin değerlendirilmesini amaçlamıştır. Son sırada yine bir araştırma makalesine yer verilmiştir. *“112’de Görev Yapan Sağlık Personelinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Farkındalık Düzeyleri: Ankara Örneği”* adlı çalışma ile çocuk ihmal ve istismarının tanınmasında ve ikincil önlemede önemli rolü olan 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin konuya ilişkin bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yayın hayatına başladığından beri sürekli gelişim kaydederek okuyucularla buluşan dergimizin, özverili editörlerine, bilimsel çalışmalarını için dergimizi tercih eden tüm yazarlara, çalışmalarını değerlendiren kıymetli hakemlerimize ve bizi ilgiyle takip eden okurlarımıza teşekkürü bir borç biliyor, dergimizin bilim dünyasına ve tıbbi sosyal hizmet alanına olan katkılarının artarak devam etmesini ve gelecek kuşakların da faydalandığı bir kaynak olmasını temenni ediyorum.



İÇİNDEKİLER

- **TIBBİ SOSYAL HİZMET UZMANLARININ İŞYERİNDE SOSYAL DESTEK ALGISI, MESLEKİ BENLİK SAYGISI VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**
INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PERCEPTION OF MEDICAL SOCIAL WORKERS ON SOCIAL SUPPORT IN THE WORKPLACE, PROFESSIONAL SELF-ESTEEM AND LIFE SATISFACTION
- **ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERİ DENEYİMLEYEN ERGENLERİN BAKIŞ AÇISINDAN HASTALIK VE TEDAVİ SÜRECİ: BİR NİTEL ARAŞTIRMA**
DISEASE AND TREATMENT PROCESSES FROM THE PERSPECTIVE OF ADOLESCENTS WHO HAVE EXPERIENCED CHILDHOOD CANCERS: A QUALITATIVE RESEARCH
- **TIBBİ VE PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET ALANINDA YAZILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ**
INVESTIGATION OF POSTGRADUATE THESES ON MEDICAL AND PSCHIATRIC SOCIAL WORK
- **TÜRKİYE'DE MÜLTECİ VE SİĞİNMACI AĞIR RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREY OLMAK**
SUFFERING FROM SEVERE MENTAL ILLNESS AS A REFUGEE OR ASYLUM SEEKERS IN TURKEY
- **KÖK HÜCRE NAKLİ OLAN HEMATOLOJİ HASTALARININ SORUN VE GEREKSİNİMLERİ: KURUMSAL HİZMETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**
PROBLEMS AND NEEDS OF STEM CELL TRANSPLANTATION PATIENTS: EVALUATION OF INSTITUTIONAL SERVICES
- **112'DE GÖREV YAPAN SAĞLIK PERSONELİNİN ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİ: ANKARA ÖRNEĞİ**
AWARENESS LEVELS OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES PROFESSIONALS ON CHILD NEGLECT AND ABUSE: A STUDY IN ANKARA

Araştırma Makalesi

Makale geliş: 31.01.2019

Makale kabul ediliş: 28.05.2019

TIBBİ SOSYAL HİZMET UZMANLARININ İŞYERİNDE SOSYAL DESTEK ALGISI, MESLEKİ BENLİK SAYGISI VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ*

Uzm. Sos. Çal. Elvan ULUCAN ÖZKAN**

Doç. Dr. Gülten UÇAN***

Doç. Dr. Hakan BAYDUR****

Öz

Amaç: Bu araştırma, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının (TSHU) işyerinde sosyal destek düzeyleri ile mesleki benlik saygısının yaşam doyumları üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. **Yöntem:** Araştırma ilişkisel tarama modelinde tasarlanmıştır. Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet alanında çalışanların tümü örnekleme dâhil edilmiş, 203 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni yaşam doyumu iken bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, mesleki benlik saygısı ve iş yerinde sosyal destek puanlarıdır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen bilgi formu ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği ve İsveç İş Yükü, Kontrolü Sosyal Destek Ölçeği’nin Sosyal Destek Alt Boyutu maddelerinden oluşan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcılara elektronik form aracılığıyla e-posta adresleri üzerinden ulaşılmış ve toplanan veriler sayı ve yüzde dağılımları ile korelasyon analizi, student’s t testi, ANOVA ve doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çok değişkenli analizde mesleki benlik saygısı ($\beta=0,446$, $p<0,001$) ve iş yerinde sosyal desteğin ($\beta=0,207$, $p<0,001$) tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının yaşam doyumunu anlamlı düzeyde arttırdığı görülmüştür. Evli sosyal hizmet uzmanlarının yaşam doyumu ve mesleki benlik saygısının, bekâr olanlardan daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca kurumda çalıştığı birimi isteyerek tercih eden ve hizmet içi eğitim alan TSHU’lar ile mesleği diğer sağlık çalışanları ve yöneticiler tarafından bilinenlerin mesleki benlik saygısı puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Mesleki benlik saygısı ve iş yerinde sosyal destek, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının yaşam doyumunu olumlu yönde ve anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet uzmanı, mesleki benlik saygısı, yaşam doyumu, iş yerinde sosyal destek.

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PERCEPTION OF MEDICAL SOCIAL WORKERS ON SOCIAL SUPPORT IN THE WORKPLACE, PROFESSIONAL SELF-ESTEEM AND LIFE SATISFACTION

Abstract

Objective: This study aims to examine the effect of social support level in the workplace and professional self-esteem on life satisfaction of a medical social worker. **Methods:** The research was designed in survey model. Studies were included all those working in the medical field of social services in Turkey and 203 medical social workers have been reached. The dependent variable of the study is life satisfaction, independent variables sociodemographic characteristics, professional self-esteem and social support points at work. In the study, socio-demographic characteristics information form, Professional Self-Esteem Scale, Life Satisfaction Scale and Swedish Workload, Control, Social Support Scale, Social Support Sub-dimension were used. Correlation analysis, student’s t test, ANOVA and linear regression analysis were used for data collected by electronic form. **Results:** According to the findings of univariate analysis, the life satisfaction and professional self-esteem of married social workers are higher than the single ones. Those who prefer the unit they work in and who receive in-service training seem to have higher professional self-esteem. In addition, professional self-esteem on life satisfaction and social support in the workplace is found to be significantly effective. In multivariate analysis, it was found that professional self-esteem ($\beta = 0.446$, $p < 0.001$) and social support at work ($\beta = 0.207$, $p < 0.001$) significantly increased the life satisfaction of medical social workers. **Conclusion:** The professional self-esteem and social support in the workplace increases the medical social worker at a significant level of life satisfaction positively.

Keywords: Medical social work, medical social worker, professional self-esteem, life satisfaction, social support at work.

* Bu çalışma ilk yazarın “Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının İşyerinde Sosyal Destek Algısı, Mesleki Benlik Saygısı Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi” isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

** Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı elvanulucanozkan@gmail.com

*** Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü gultenucan@gmail.com

**** Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü hakan.baydur@gmail.com

1. Giriş

Sağlık hizmeti sunulan tüm kurum ve kuruluşlarda sağlığı geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, hastalara ve ailelerine karşılaştıkları psiko-sosyal sorunları çözmeleri konusunda kişisel ve grup çalışması yöntemlerini kullanarak yardımcı olmayı amaçlayan geniş bir uygulama alanıdır (Friedlander, 1963; Barker, 1999). Ülkemizde tıbbi sosyal hizmet uygulamasıyla ilgili en önemli yasal düzenleme olan Sağlık Bakanlığı'nın Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'nde; "ayakta veya yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması" tıbbi sosyal hizmet olarak tanımlanmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu bağlamda sosyal hizmet mesleği, sağlığı ve hastalığı sadece hasta boyutunda ele alan yaklaşımlardan farklı olarak "çevresi içinde birey" yaklaşımından hareketle hastanın ailesini ve çevresini de sürece dâhil etmektedir. Aynı zamanda sadece hastalık boyutunu değil sağlığın korunması olarak pozitif sağlık anlayışını temel almaktadır.

Aydemir 2003 yılında yaptığı çalışmada ülkemizde tıbbi sosyal hizmetin temel sağlık hizmetlerinde, evde sağlık hizmetlerinde ve daha çok da hastanelerde yoğunlaştığını, genel olarak bu üç alanda uygulama yapıldığını belirtmiştir. Ancak sağlıkta dönüşüm sürecine paralel olarak sunulan hizmetlerde çeşitlilik artmış ve tıbbi sosyal hizmet uygulamaları birçok sağlık hizmetinde yer almaya başlamıştır. Mevcut durumda alanda çalışan meslek elemanları Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi (TSHB), Hasta Hakları Birimi (HHB), Alkol Madde Bağımlılığı Merkezi (AMATEM), Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Merkezi (ÇEMATEM), Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM), Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, Nöromüsküler Hastalıklar Merkezi, Krize Müdahale Birimi, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi (ÇHGB) gibi özellikli birimlerde çalışmaktadırlar. Ayrıca sağlık kurumlarının Sosyal Hizmet Birimlerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanı sayısına göre acil, fizik tedavi, onkoloji, kadın doğum, çocuk, diyaliz, kalp damar cerrahisi, nöroloji, geriatri klinikleri başta olmak üzere birçok klinik ve serviste görevlendirilmektedirler. Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 2015 yılında 1007 kişi iken (Bekiroğlu, 2016); Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılı verilerine göre alanda çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 1493'e ulaşmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye'de 2018 Yılı Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanı Dağılımı

Uygulama Alanı	Sayı
Bakanlık Merkez Teşkilatı	20
İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri	169
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)	185
Sağlık Bakanlığına Bağlı Kamu ve Üniversite Hastaneleri	1119
Toplam	1493

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı.

Sağlık alanında yaşanan gelişmelere paralel olarak sosyal hizmet uzmanlarına duyulan ihtiyaç artmaktadır; ancak ülkemizde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, dünyadaki ilk uygulamalardan yaklaşık 60 yıl sonra başlamıştır. Bu nedenle TSHU'lar alanda ciddi sorunlar yaşamaktadırlar. Saruç'a göre (2013) sağlık alanına sosyal belirleyicileri gözardı eden bio-medikal bir anlayışın hâkim olması, TSHU'ların görev tanımlarındaki belirsizlik, danışmanlık ve savunuculuk gibi sorumluluklarının diğer sağlık çalışanları tarafından üstlenilmesi ve mesleğin yeterince bilinmemesi bu sorunların başında gelmektedir. Duyan ise (2003) ülkemizde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının en önemli sorununun hastanelerin kurumsal sınırları içerisinde yürütülmeye çalışılması olduğunu ifade etmektedir. Kol tarafından 2009 yılında yürütülen nitel bir araştırmada tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında genel kuralların olmadığını tespit etmiştir. Bu uygulamaların, hastaların ihtiyaçlarına, hastanenin niteliğine, yöneticilerin sosyal hizmet mesleğine bakış açısına ve bu konudaki bilgisine bağlı olarak şekillendiğini hatta bazı sağlık kuruluşlarında sosyal hizmet uzmanlarının evrak kayıt etme gibi mesleki görev tanımlarının dışında kalan işlerde çalıştırıldıkları belirlenmiştir. Özbesler ve İçağasioğlu Çoban (2010) tarafından Ankara'daki üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan 77 sosyal hizmet uzmanı ile yapılan araştırmada uzmanların karşılaştıkları sorunlar arasında mesleki uygulama standartlarının, yetki ve sorumlulukların belirsizliği, hastane yöneticilerinin ve çalışanlarının sosyal hizmet mesleği hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması gelmektedir. Çalışmada ayrıca TSHU'ların sağlık kuruluşlarında mesleki yeterliliklerini geliştirme olanağı bulamadıkları tespit edilmiştir. Uzmanlar, çalıştıkları kurumlarda mesleğin temel yöntemlerinden olan bireyle ve aileyle çalışma ya da grup çalışması yapamamaktadırlar. Araştırmaya katılanların uygulamalarında bilimsel araştırma yöntemlerini kullanma sıklıkları düşüktür; bilgi ve becerilerinin yetersiz olduğundan ve süpervizyon alamadıklarından yakınmaktadırlar. Ayrıca çalıştıkları kurumlarda mesleki açıdan saygı görmediklerini, mevzuatta tanımlanan görevlerinin sınırlı ve yetersiz olduğunu ifade etmektedirler. Literatürde özellikle sağlık alanında yapılacak grup uygulamalarının yaygınlaştırılması açısından süpervizyon olanağının ve bu konudaki yükseköğrenim fırsatlarının geliştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Aslantürk ve Saruç, 2017). Tıbbi sosyal hizmetin sorunlarına ilişkin yapılan diğer çalışmalarda da elde edilen bulgulara göre, hastalar sosyal hizmet uzmanlarına çoğunlukla maddi sorunları nedeni ile başvururlar; uzmanların mesleki bilinirliği azdır ve mesleki sınırları belirsizdir (Duyan, 1996; Aydemir, 2003; Kol, 2009; Yanardağ, 2017; Saruç ve Aslantürk, 2018).

Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlayacak politika ve uygulamaların geliştirilmesi için, tıbbi sosyal hizmet hem yol gösterici hem de planlayıcıdır. Bu nedenle tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, sağlık bileşenlerinin vazgeçilmez bir parçası olarak dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşmakta, alanda çalışan uzman sayısı artmaktadır. Ancak alanyazını tarandığında TSHU'ların sorunlarının ve mesleğin gelişmesi için yapılması gerekenlerin az sayıda çalışmaya konu olduğu görülmektedir. Bu araştırmada Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlar ile üniversite hastanelerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının iş yerinde sosyal destek, mesleki benlik saygısı ve yaşam doyumu puanları arasındaki ilişki ve bu puanların çeşitli

sosyodemografik değişkenler açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelenmektedir. Araştırma bulgularının, TSHU'ların daha verimli çalışmasını sağlayacak yasal ve kurumsal düzenlemelere yol göstereceği düşünülmektedir.

1.1. Mesleki Benlik Saygısı

Modern toplumlarda iş hayatı, yaşamın merkezini oluşturmaktadır. İnsanlar arzu ettikleri yaşam tarzına ve sosyal statüye sahip olabilmek için meslek edinmekte, toplum içinde bu meslek ve yaptıkları iş ile tanınmaktadırlar. Bu nedenle kişinin mesleği, nerede ve nasıl çalıştığı, ne yaptığı, o kişinin kişiliğinin ve benliğinin bir parçası haline gelmektedir (Gini, 1998). Yaşamda bireyin nasıl bir insan olacağını belirleyen en önemli seçimlerden biri bu nedenle iş ve meslek seçimidir (Super, 1960).

Mesleki benlik, bireyin mesleki tercih ifadesinde meslekle ilgili kabul edilen algıların kümeleşmesidir (Super 1963). Benlik ve mesleki benlik kavramları iki ayrı terminolojide birbirlerine yeğlenerek kullanılmaktadırlar. Konuşma dilinde bireylerin benlik algısı hakkında düşünülürken daha çok psikolojik ifadelerin kullanıldığı görülmektedir. Örneğin, "ben akıllıyım, aptalım, uyumluyum, uyumsuzum, geniş görüşlüyüm, dar görüşlüyüm" gibi... Mesleki konuşma dili ise bireyin içinde bulunduğu toplumun mesleklere yönelik düşünceleri, kişinin benimsediği sıfatlar, meslek adları ve bazı mesleklerin belirleyicileri gibi mesleki konuşmadaki öğelerden oluşmaktadır. Bunlar "ben psikolog/ doktor/avukat/kaçakçı olacağım" gibi ifadelerdir. Benlik yaklaşımına göre, kişinin psikolojik dili ile mesleki konuşma dili arasında bir ilişki vardır. Örneğin; mesleki konuşma dilinde "ben doktor olmak istiyorum" ifadesi psikolojik dilde "ben zeki, çalışkan ve sabırlıyım" argümanlarını beraberinde getirir (Super, 1963).

Mesleki benlik kavramının gelişiminde üç önemli faktörden bahsedilebilmektedir: Oluşma, geçiş ve tamamlama süreci. İnsanlarda benlik algısı, bebeklik döneminden itibaren keşfetme yolu oluşur; "ben-farklılaşması" olarak ifade edilen bireylerin tepkileri ve yaklaşımlarının başkalarından farklı olduğunu anladıkları süreç ile devam eder; aile bireyleri veya yakın çevre ile özdeşleşme ile sürer. Oluşan ve sonrasında gelişen benlik, zamanla mesleki terimlere dönüştürülür. Davranışsal ya da hayali olarak rol oynama, bireyin mesleki benliğini keşfetmesinde yardımcıdır. Ancak mesleki benlik tam olarak profesyonel bir eğitim aldıktan ya da profesyonel bir işe yerleştikten sonra gelişir (Nelson Jones, 1995).

Mesleki benlik saygısı kavramı ise Super'in kuramına dayanılarak geliştirilmiş bir çıkarımdır; "mesleki bir tercihe dönüştürülmüş, birey tarafından bir meslek ile ilgili olarak kabul edilen benlik yüklemelerine ilişkin bireyin oluşturduğu değerlilik yargısıdır" (Arıca, 1999). Bireyin mesleğine yüklediği önem ve değerin yanı sıra, bireyin mesleki doyumunun ve meslekle uyumunun da ön koşuludur (Arıca, 1999). Mesleki benlik saygısının kazanılmasında, benlik saygısı önemli bir etkidir. Benlik saygısı, bireysel uyumun ve doyumun ön koşulu olarak kabul görmektedir. Benlik yapısına uyumlu bir meslek, benliği güçlendirmekte, benlik

yapısıyla uyumlu olmayan bir meslek ise olumsuz benlik algısını doğurmaktadır. Dolayısıyla benlik yapısıyla uyumlu bir mesleğe sahip olan bireylerin daha başarılı ve verimli olması, benlik yapısı ile uyumsuz bir mesleğe sahip olanların çatışma ve doyumsuzluk yaşama olasılıklarının daha yüksek olması beklenmektedir (Dilmaç ve Arıca, 2003).

Odağı insan ve insan sağlığı olan TSHU'ların çalışma yaşamında başarılı ve verimli olabilmesi, aynı zamanda sosyal hizmet mesleğinin gelişimine katkı sağlayabilmesi için mesleğini değerli ve önemli görmesi gerekmektedir. Mesleğine atfettiği değer açısından mesleki benlik saygısı önemli bir etkidir.

1.2. Yaşam Doyumu

Alanyazında insanların mutluluğu, psikolojik iyi oluş, öznel iyi oluş, yaşam kalitesi, olumlu duygulanım ve yaşam doyumu gibi kavramlar çerçevesinde incelenmektedir (Tuzgöl Dost, 2007). Doyum, insanların istek, arzu, beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanır. Yaşam doyumu kavramı ilk olarak Neugarten (1961) tarafından, bir insanın yaşamı ile ilgili gerçekleştirmek istedikleri ile yaşantısında var olanların karşılaştırılması sonucunda elde edilen durum olarak ifade edilmiştir. Doyum ise organizmanın temel biyolojik ve ruhsal ihtiyaçlarının karşılanması sonrası oluşan denge durumudur (Budak, 2000). Bir insanın doyumu, kendi belirlediği kriterlere uygun bir şekilde bütün yaşamını olumlu bir şekilde değerlendirmesi sonucunda oluşur (Recepoglu ve Ülker Tümlü, 2015). Diener ve Lucas (1999) temel doyum alanlarını, aile, sağlık, iş, para, benlik, kişinin yakın çevresi ve serbest zaman şeklinde tasnif etmiştir. Yaşam doyumundan bahsedildiğinde belli bir olaya bağlı olarak oluşan doyumdan değil, temel doyum alanlarının tümünden yani kişinin tüm yaşantısındaki doyumundan bahsedilmektedir (Özer ve Karabulut, 2003). Dolayısıyla yaşam doyumu kavramı, kişinin genel olarak yaşamının tümünden elde ettiği doyumunu nitelemektedir.

1.3. İş Yaşamında Sosyal Destek

Lewin'in Alan Kuramı'na (1954) dayanan sosyal destek kavramı, sosyal hizmet, psikoloji, tıp, yönetim, örgütsel davranış gibi farklı disiplinler tarafından kullanılmaktadır. Alan Kuramı'na göre, kişilerin davranışları, algıladıkları fiziksel ve psikolojik çevrenin yani yaşam alanlarının bir fonksiyonu olarak gelişir. Davranışı etkileyen psikolojik çevre, sosyal destek kavramı ile ifade edilmektedir (Boz Semerci, 2016).

İş hayatında insanlar maddi ve manevi desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Çünkü günümüzde işyerleri ekonomik ve psikolojik açıdan yoğun rekabetin yaşandığı, mesafeli, soğuk ve zahmetli ilişkiler ile örülmüş, bazen düşmanca duyguları tetikleyen bir çevreye dönüşmüştür. İşyerlerinin ve işlerin doğasından meydana gelen değişiklikler insanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit etmektedir. İşe bağlanma ve işe kendini adanma duyguları zayıflarken çalışanlar sinikleşmekte örgütsel faaliyetlere katılmaktan kaçınmakta ve mesafeli bir duruş sergilemektedir.

İş yaşamında sosyal destek alan bireyler, karşılaştıkları güçlüklerle daha kolay başa çıkabilirler (Maslach ve Leiter, 1997). Sosyal desteği oluşturan kaynaklar günlük hayatta aile, arkadaşlar ve özel kişiler (Zimet ve ark., 1988), iş yaşamında ise çalışma arkadaşları ve yöneticilerdir (Eisenberger ve ark., 2001). Maslach ve Leiter (1997) sevdikleri, saygı duydukları kişilerle çalışanların, mutluluğu, mizahı, rahatlığı, takdir edilmeyi paylaştıkları zaman daha iyi bir şekilde çalıştıklarını belirtmektedir. Yine aynı şekilde Wrzesniewski ve Dutton'a göre (2001) kaynaklar çalışanlar tarafından paylaşıldığında ve meslektaşlar birbirlerine destek olduğunda başarı eğilimi artmaktadır. İş yaşamında sosyal destek, yönetici-çalışan, çalışan-çalışan ve çalışan-aile arasında destek sağlayarak, bireyin olumsuz tutum ve davranışlara karşı korunmasını sağlar veya direncini artırır. Sosyal destek, bireylerarası ilişkileri geliştirdiği gibi birey örgüt arasındaki ilişkileri de geliştirir. Aynı zamanda bireyin maruz kalabileceği psikolojik saldırılara karşı da tampon görevi görür (Tutar, 2004).

Bu araştırmanın amacı, TSHU'ların işyerinde sosyal destek düzeyleri ile mesleki benlik saygılarının yaşam doyumları üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırmada ayrıca TSHU'ların meslek tanınırlığı ve meslek seçimlerine ilişkin tanımlayıcı özellikler de sorgulanmıştır.

2.Yöntem

Bu araştırma genel tarama modelinin bir türü olan betimleyici ilişkisel tarama modeli ile tasarlanmıştır. Karasar (2006), ilişkisel tarama modelini, "iki ya da daha fazla değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modeli" olarak tanımlamaktadır. Araştırmalarda kullanılan genel tarama modellerinde temel amaç, var olan durumu olduğu gibi betimlemektir.

Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın araştırma grubu (evreni) Türkiye'de tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan tüm sosyal hizmet uzmanları oluşturmaktadır. Örneklem seçilmeksizin Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlükleri ile üniversite ve kamu hastanelerinde görev yapmakta olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının tümüne erişilmesi hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı'ndan alınan bilgiye göre Türkiye genelinde bu kurumlarda çalışan tıbbi sosyal hizmet uzmanı sayısı 1342'dir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Araştırmanın en küçük örnek büyüklüğü Dilmaç ve Ekşi'nin (2008) araştırmasında yaşam doyumu ve benlik saygısı arasındaki korelasyon değeri $r=0.35$ dikkate alındığında %0.05 yanılma ve %80 güç düzeyinde yaklaşık 235 kişiden oluşmaktadır. Araştırmada toplamda değerlendirmeye alınan yanıtlayan sayısı 203 kişiye ait ankettir. Ulaşma oranı %86,3 olarak gerçekleşmiştir. Araştırmaya katılacak bireylerin seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri, Eylül 2017 – Kasım 2018 tarihleri arasında web üzerinde Google Formlar uygulaması kullanılarak hazırlanan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Evreni oluşturan tıbbi sosyal hizmet

uzmanlarının tümüne formun linki e-posta adresleri aracılığıyla iletilmiş, yanıt verenler katılımcı olarak araştırmaya dâhil edilmiştir. Her bir katılımcıya yanıtlamaları için en az iki kez hatırlatma yapılmıştır. Katılımcıların e-posta ve iletişim adreslerine Sağlık Bakanlığı aracılığıyla ulaşılmıştır. Katılım gönüllülüğe dayalıdır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının yaşam doyumu, bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği ve İş Yerinde Sosyal Destek Ölçeği puanlarıdır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla “Kişisel Bilgi Formu”, “Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği”, “Yaşam Doyumu Ölçeği” ve “İş Yerinde Sosyal Destek Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Çalışmaya katılım sağlayan TSHU'nun cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitimi, iş yaşamına ilişkin bilgileri içeren sosyodemografik verilere ulaşmak amacıyla hazırlanmış formdur. Toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği

Arıcak tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olup 30 maddeden oluşmaktadır. Arıcak'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,93; test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0,90 bulunmuştur. Arıcak'ın Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği; bir mesleği tercih etmiş, bir alanda mesleki eğitim gören ya da bir mesleği icra eden 17 yaş ve üstü bireylerin ilgili mesleğe olan saygı tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek beşli likert tipinde olumlu (2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 24, 26, 28 ve 30) ve olumsuz (1, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 27 ve 29) maddelerden oluşmaktadır. Olumlu cümleler “Tümüyle Katılıyorum”-5, “Katılıyorum”-4, “Kararsızım”-3, “Katılmıyorum”-2 ve “Hiç Katılmıyorum”-1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Olumsuz cümleler ise ters puanlanarak hesaplamaya dâhil edilmektedir. Ölçek 30 ile 150 arasında değişen puan üretmektedir (Arıcak 2001). Ölçeğin puanının yükselmesi mesleki benlik saygısının yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Yaşam Doyumu Ölçeği

Genel yaşam doyumunu ölçmek amacıyla Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5 maddeden oluşmaktadır ve ölçek maddeleri “Kesinlikle katılıyorum”- 7, ile “Kesinlikle Katılmıyorum”- 1 aralığında değişen şekilde 7’li Likert kullanılarak puanlanmaktadır. Ölçek Türkçe’ye Durak, Şenol-Durak ve Gençöz (2010) tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin üç farklı katılımcı grubu için güvenirlik katsayısı 0.81 ile 0.89 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 5 ile 35 arasında değişebilmekte ve yüksek puan daha yüksek yaşam doyumunu göstermektedir.

İsveç İş Yükü, Kontrol, Sosyal Destek Ölçeği'nin "Sosyal Destek" Alt Boyutu

Karasek'in üç boyutlu İş Yükü-Kontrol-Sosyal Destek Modeli esas alınarak Sanne ve arkadaşları (Sanne, Mykletun, & Dahl, 2005) tarafından oluşturulan "İsveç İş Yükü, Kontrol, Sosyal Destek Ölçeği" Demiral ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Demiral ve ark., 2007). Ölçek, 17 soru ve üç ana bölümden oluşmaktadır. İş yükü ve karar serbestisi boyutları ile birlikte yer alan Sosyal destek alt boyutunda 6 soru bulunmaktadır. Yanıtlar "Tamamen katılıyorum"- 4, "Kısmen katılıyorum"- 3, "Kısmen katılmıyorum"- 2, "Tamamen katılmıyorum"- 1 şeklinde 1 ile 4 puan aralığında değerlendirilmekte ve toplam skor elde edilmektedir. Yüksek puan, işyerinde sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada üç boyutlu ölçeğin yalnızca işyerinde sosyal desteği ölçen boyutu kullanılmıştır.

Verilerin İşlenmesi ve Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 Programı aracılığıyla çözümlenmiştir. Çözümlemede sayımla elde edilen bulgular için sayı ve yüzde dağılımları, ölçümle elde edilen bulgular için ortalama±standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer dağılımları sunulmuştur. Ölçekler ve sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Diğer değişkenler ile olan ilişkinin test edilmesinde student's t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Çok değişkenli çözümlemede doğrusal regresyon analizi ile çözümleme yapılmıştır. Uygulanan testler için kabul edilen yanılma düzeyi $\alpha < 0.05$ 'tir.

Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırma evrenini Türkiye'de sağlık alanında çalışan TSHU'lar oluşturmaktadır. Araştırmada veriler sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının e-posta adreslerine gönderilen anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Ancak Türkiye'de çalışan tüm TSHU'ların e-posta adreslerine ulaşılabilmiştir. Bu nedenle veri toplama formu ayrıca Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği'nin web üzerindeki iletişim grubundan da paylaşılmıştır. TSHU'ların e-posta adreslerine -yani evrenin tümüne- ulaşılabilmesi, başka bir ifade ile örneklemin evreni temsil niteliği taşıyabilmesi bu çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Örneklem 240 kişi olarak hesaplanmış olmasına rağmen 203 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Katılımcıların farklı illerde ikamet etmesi nedeni ile veriler, yüz yüze görüşme tekniği yerine, web üzerinden katılımcılara iletilerek toplanmıştır. Katılımcıların veri toplama aracındaki maddeleri doğru ve ne düzeyde algıladığının anlaşılabilmesi, araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

Sağlık Bakanlığı'nda TSHU istihdamının azlığı ve alanyazında MBS, İYSD ve YD arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma yapılmış olması da çalışmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılanların % 46,3'ü erkek, %62,2'si evlidir. Katılımcıların % 54,2'si 23-35 yaş aralığında olup, yaş ortalaması $35,7 \pm 7,7$, ortanca yaş 34, en düşük 23 ve en yüksek 61 yaşındadır. Katılımcıların % 67'sinin lisans, % 29,6'sının yüksek lisans ve % 3,4'ünün doktora eğitimlerini tamamladıkları görülmektedir. Yaşadıkları il "illerin ve bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması"na (SEGE-2011) göre gruplandırılmış olup, buna göre, katılımcıların % 49,8'i birinci kademe gelişmiş illerde, % 17,5'i ikinci, % 10,3'ü üçüncü, % 14,3'ü dördüncü, % 5,4'ü beşinci ve % 3,0'ı altıncı kademe gelişmiş illerde ikamet etmektedir.

Araştırmaya katılanların çalıştıkları birim/kliniğe ilişkin özellikler incelendiğinde, TSHU'ların en yüksek % 45,3 oranında TSHB'de çalıştıkları anlaşılmaktadır. Daha sonra sırasıyla % 7,4 Hasta Hakları Birimi, % 6,9 idari birimler, % 6,4 ÇİM, % 5,9 TRSM, % 4,4 klinikler, % 4,4 ruh sağlığı birimleri, % 3,9 AMATEM, % 2,5 ÇHB, % 2 SHM, % 0,5 Organ Doku Nakli Merkezi yer almaktadır. Katılımcıların bir kısmı birden fazla birimde görev yapmakta olup % 5,4 oranında TSHB-HHB'de ve % 4,9 oranında TSHB-ÇHB'de görev yaptıkları görülmüştür. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının çoğunluğu (% 45,8) birim sorumlusu ve (% 45,3) sosyal hizmet uzmanı olarak görev yapmaktadır. Birimdeki çalışma süresi, ortalamaları $4,6 \pm 4,4$, ortanca 3, en düşük 0 yıl ve en yüksek 27 yıldır. Katılımcıların % 80,3'ü bulunduğu birimde kendi isteği ile % 19,7'si ise isteği dışında çalışmaktadır. TSHU'ların seçme şansı olsa çalışmak için tercih edecekleri birim olarak % 43,8 oranında TSHB'nin ilk sırada tercih edildiği, % 26,6 oranında AMATEM, ÇAMATEM, ÇİM, TRSM, SHM gibi özellikli birimlerin ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Katılımcıların % 7,9'u ise sağlık dışı bir alanda çalışmayı tercih etmektedir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Sosyo-demografik Özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde	Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet			Çalışmakta olduğu birim/klinik		
Erkek	94	46,3	Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi	92	45,3
Kadın	109	53,7	Hasta Hakları Birimi	15	7,4
Medeni Durum			İdari Birimler	14	6,9
Evli	127	62,6	ÇİM	13	6,4
Bekar	73	36,0	TRSM	12	5,9
Diğer	3	1,5	TSHB/HHB	11	5,4
Yaş			TSHB/ÇHB	10	4,9
23-35	110	54,2	Ruh Sağlığı	9	4,4
36-45	67	33,0	Klinik	9	4,4
46-61	26	12,8	AMATEM	8	3,9
Yaş ort.±stand.sap.	35,7±7,7		Çalışan Hakları Birimi	5	2,5
Ortanca yaş	34		Sağlıklı Hayat Merkezi	4	2,0
En düşük – En yüksek yaş	23-61		Organ Doku Nakli Merkezi	1	0,5
Eğitim			Çalıştığı birimde görev süresi		
Lisans	136	67,0	Ortalama±standç sapma	4,6±4,4	
Yüksek Lisans	60	29,6	Ortanca	3,0	
Doktora	7	3,4	En düşük – En yüksek	0,0–27	
Yaşadığı İlin gelişmişlik düzeyi			Bulunduğu birimde çalışmayı kendi mi istedi?		
Birinci Kademe	101	49,8	Evet	163	80,3
İkinci Kademe	35	17,5	Hayır	40	19,7
Üçüncü Kademe	21	10,3	Seçme şansı olsa hangi birim/klinikte çalışmak ister?		
Dördüncü Kademe	29	14,3	TSHB	89	43,8
Beşinci Kademe	11	5,4	Özellikli Birimler	54	26,6
Altıncı Kademe	6	3,0	(TRSM/ÇİM/AMATEM/ÇAMATEM)		
Çalıştığı kurumda üstlendiği görev			Sağlık Dışı Alan	16	7,9
Sosyal çalışmacı	92	45,3	TSM/SHM	10	4,9
Birim Sorumlusu	93	45,8	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	9	4,4
Adli görüşmeci	9	4,4	İl Sağlık Müdürlüğü	8	3,9
Yönetici	4	2,0	ÇHB	4	2,0
Aile Danışmanı	2	1,0	Klinik (Acil Servis/Onkoloji)	3	1,5
Organ Nakli Koordinatörü	2	1,0	Yönetici	1	0,5
Kalite Direktörü	1	0,5	Belirtmeyen	9	4,4

Araştırmaya katılanların yaşam doyumu ile bazı sosyodemografik özellikleri, mesleki benlik saygısı ve iş yerinde sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği bulgular tablo 3 ve 4'te sunulmuştur. Elde edilen bire bir ilişkilerde medeni durum ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Evli olanların bekâr olanlara göre yaşam doyumu puanı daha yüksektir ($p<0,01$). Katılımcıların cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı il, çalıştığı kurum, üstlendiği görev, kurumun kendi tercihi olma durumu, hizmet içi eğitim alma ve eğitime ihtiyaç duyma ile mesleğin amirler ve diğer sağlık çalışanları tarafından bilinirliği ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 3. Sosyodemografik Özellikler ile Yaşam Doyumunu Arasındaki İlişki

Değişkenler	N	Ort±SS	t	p
Cinsiyet				
Erkek	94	50,5±19,4	-0,933	0,352
Kadın	109	53,2±21,2		
Medeni durum				
Evli	127	55,1±20,9	2,894	0,004
Bekar	76	46,7±18,3		
Eğitim durumu				
Lisans	136	51,5±20,8	-0,46	0,646
Lisansüstü	67	52,9±19,6		
Yaşadığı il				
Büyük şehir	84	50,8±19,7	0,715	0,475
Diğer	117	52,9±20,9		
Çalışılan kurum				
Hizmet	166	52,5±20,6	0,738	0,461
Destek	37	49,7±19,6		
Çalışılan kurumda üstlenilen görev SH ile bağlantılı mıdır?				
Bağlantılı	173	52,5±20,6	0,961	0,338
Değil	30	48,7±19,4		
Bu birimde çalışmayı siz mi istediniz?				
Evet	163	53,1±19,8	1,641	0,102
Hayır	40	47,3±22,1		
TSH ile ilgili hiç hizmet içi eğitim aldınız mı?				
Evet	93	54,6±21,2	1,677	0,095
Hayır	110	49,8±19,6		
Çalışma hayatınızda mesleğinizle ilgili eğitim almaya ihtiyaç duyuyor musunuz?				
Evet	150	52,10±20,0	0,191	0,849
Hayır	53	51,5±21,7		
Sosyal hizmet uzmanı/görevinin sağlık çalışanları tarafından bilinmesi durumu				
Evet	42	56,0±18,6	1,072	0,344
Kısmen	129	50,9±19,6		
Hayır	32	50,7±25,2		
Sosyal hizmet uzmanı/görevinin yöneticiler tarafından bilinmesi durumu				
Evet	49	56,7±18,7	1,918	0,150
Kısmen	110	49,9±18,7		
Hayır	44	51,8±25,3		

Araştırmaya katılanların yaşam doyumu ile mesleki benlik saygısı arasında orta düzeyde ($r=0,509$), işyerinde sosyal destek düzeyi ile ($r=0,271$) düşük düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Yaş ve deneyim süresi ile yaşam doyumu arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Yaşam Doyumunu ile Mesleki Benlik Saygısı, İşyerinde Sosyal Destek, Yaş ve Deneyim Süresi Arasındaki İlişki

	Yaşam Doyumu	Mesleki Benlik Saygısı	İşyerinde Sosyal Destek
Mesleki Benlik Saygısı	0,509**		
İşyerinde Sosyal Destek	0,271**	0,196**	
Yaş	0,087	0,090	0,046
Mesleki deneyim süresi	0,052	0,009	0,035
Kurum deneyim süresi	-0,030	-0,029	0,043
Birim deneyim süresi	0,007	0,050	0,023

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

Araştırmaya alınan bireylerden elde edilen tek değişkenli analiz sonuçlarında anlamlı bulunan değişkenler ile iki farklı modelde çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Birinci modelde yalnızca mesleki benlik saygısı ve işlerinde sosyal destek analize alınırken, ikinci modelde bu iki değişkene ek olarak tek değişkenli analizde anlamlı bulunan medeni durum da analiz modeline eklenmiştir. Sonuçlar Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi

MODEL 1			
Değişkenler	β	t	p
Mesleki Benlik Saygısı	0,446	7,233	0,000
İşyerinde Sosyal Destek	0,207	3,353	0,001
MODEL 2			
Değişkenler	β	t	p
Mesleki Benlik Saygısı	0,425	6,772	0,000
İşyerinde Sosyal Destek	0,211	3,423	0,001
Medeni durum (evli/bekar)	-0,098	-1,595	0,112

Model 1’de analize alınan mesleki benlik saygısı ve işlerinde sosyal desteğin birbirinden bağımsız bir şekilde anlamlı sonuç verdiği görülmektedir. Diğer bir deyiş ile mesleki benlik saygısı daha yüksek düzeyde olmak üzere işyerinde sosyal destek ile anlamlı sonuç vermiştir (p<0,001). Modelde mesleki benlik saygısı 0,446, işyerinde sosyal destek ise 0,207 düzeyinde standartlaştırılmış beta değerine sahiptir.

Model 2’de analize mesleki benlik saygısı ve işlerinde sosyal desteğe ek olarak medeni durum değişkeni de katılarak çözümlene yinelenmiştir. Elde edilen sonuçlarda medeni durumun yaşam doyumunu ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı, buna karşın mesleki benlik saygısı ve işyerinde sosyal desteğin anlamlı ilişkiyi koruduğu görülmektedir (p<0,001). Mesleki benlik saygısının standartlaştırılmış beta değeri 0,425 iken, işyerinde sosyal desteğin 0,211 düzeyindedir.

4. Tartışma

Sağlık Bakanlığının 2018 yılı verilerine göre Bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşlarda çalışan 1493 tıbbi sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır. Bunların 730'u erkek, 763'ü kadındır. Bakanlığın 2017 verilerine göre ise tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan 1342 sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır. Araştırmaya başlarken 2017 yılı verilerine dayanılarak yapılan hesaplama sonucunda araştırmanın örneklem büyüklüğü 240 olarak saptanmış ve örneklemin % 85'ine ulaşılarak 203 sosyal hizmet uzmanı araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının 94'ü erkek 109'u kadın olup çoğu 35 yaş altındadır(% 54,2). Katılımcıların 127'si evli 73'ü bekâr olup, yaş ortalaması 35,7±7,7 olduğu ve % 54,2'sinin 35 yaş ve altı bireylerden oluştuğu görülmektedir. Eğitim durumları incelendiğinde % 30'unun lisans sonrası eğitimlerine devam ederek yüksek lisans veya doktora programlarını tamamladıkları anlaşılmaktadır. Aydın Aslan (2015) tarafından 117 tıbbi sosyal hizmet uzmanı ile yapılan araştırmada da katılımcıların % 12,8'inin yüksek lisans yaptığı tespit edilmiştir. Bulgulara dayanılarak son üç yılda lisansüstü eğitim alanların sayısında büyük oranda artış olduğu söylenebilir. Sosyal hizmet eğitimi veren fakültelerin sayısının artması ile birlikte yüksek lisans eğitimi ve doktora programlarının da sayısı artmıştır. Bu nedenle TSHU'ların yüksek lisans ve doktora eğitimi alma olanağına daha kolay ulaştığı düşünülebilir. Amerika'da çalışan sosyal hizmet uzmanlarının eğitim durumlarına bakıldığında eyaletler arasında büyük farklılıklar vardır. Bazı eyaletlerde çalışan uzmanların % 60'ından fazlası yüksek lisans derecesine veya daha yüksek dereceye sahiptir.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının en fazla çalışmakta oldukları kurum hastanelerdir (159 kişi). Halen görev yaptıkları kurumda çalışma süresi ortalaması 6,5 yıldır. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının yarıya yakını hastane bünyesinde bulunan Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi'nde görev yapmakta, ancak % 10,3'ü aynı anda iki birimde birden hizmet vermektedir. Aydın Aslan'ın 2015 yılında TSHU'ların sosyal sorun çözme becerilerinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, uzmanların % 33'ünün birden fazla birimde görev yaptığı tespit edilmiştir (Aydın Aslan, 2015). Katılımcıların çoğunluğu birim sorumlusu ya da sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacı olarak görev yapmaktadır. Çalıştıkları birimdeki görev sürelerinin ortalaması 5 yıldır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının büyük bir oranı görevlendirildiği birimde kendi isteğiyle çalışmakta olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların yarıya yakını seçme şansı olsa TSHB'yi, ikinci sırada ise TRSM, ÇİM, AMATEM/ÇAMATEM, SHM gibi özellikli birimlerde çalışmayı seçeceklerini belirtmiştir. TSHU'ların mesleki açıdan birey ve grupla çalışmalarını mümkün kılan daha çok mikro düzeyde uygulama yapma olanağı sunan kurumları seçtiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan TSHU'ların yarıya yakını hizmet içi eğitimlere katıldığını ifade etmiştir. Eğitime katılanların neredeyse hepsi Sağlık Bakanlığının düzenlediği eğitimlere, yaklaşık yarısı ise Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları Eğitimi'ne katılmıştır. Araştırmaya katılanlar % 73,9 oranında hizmet içi eğitim almaya ihtiyaç duyduklarını, en çok iletişim ve görüşme teknikleri, tıbbi sosyal hizmet, mevzuat, terapi yöntem ve

teknikleri, psikiyatrik sosyal hizmet, acil serviste tıbbi sosyal hizmet gibi eğitimleri almayı istediklerini belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı, 2011 yılında hizmet içi eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada TSHU'ların en çok tıbbi sosyal hizmetle ilgili bilgi ve beceri ile mevzuat eğitimine, farklı hasta gruplarına yönelik (acil ve kriz durumları, kronik hastalıklar, onkoloji, psikiyatri, diyaliz, psikiyatri vb.) uygulama eğitimleri ile proje konusunda eğitim almaya ihtiyaç duyduklarını belirlemiştir. Bakanlığın 2012 yılında gerçekleştirdiği Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları Eğitim Projesi Sonuç Raporu'nda da TSHU'ların mesleki metodolojideki yeni gelişmeleri takip etmelerinde, mesleki müdahale ve uygulamaya yönelik bilgilerini yenilemelerinde, geliştirmelerinde hizmet içi eğitimlerin yararlı olduğu ifade edilmiştir (Özdemir 2013).

Araştırmada sosyodemografik özellikler ile yaşam doyumu arasındaki ilişki tek değişkenli analizler ile test edilmiştir. Cinsiyet ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç İngiltere'de "cinsiyet ve yaşam doyumu ilişkisi"nin incelendiği araştırmanın sonuçları ile benzerdir (Giusta, Jewell ve Kambhampati, 2011). Yaşam doyumu ve cinsiyet arasında ilişki olmadığı bir diğer araştırma da Chui ve Wong tarafından Hong Kong'da yapılan ergenler arasında yaşam doyumu ve mutluluk üzerinde cinsiyet farklılıklarının, ilişkilerin ve benlik algısının incelendiği çalışmadır (Chui ve Wong, 2016). Yılmaz ve arkadaşlarının konaklama işletmelerinde çalışan sendika üyeleri ile yaptıkları çalışmada da yaşam doyumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Her iki araştırma da bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir (Yılmaz ve ark., 2010).

TSHU'ların medeni durumları ile YDÖ puanı arasındaki ilişki test edildiğinde evlilerin YDÖ ortalamasının bekarlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$). Buna karşın çok değişkenli analizde medeni durumun YDÖ puanı üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. Gümüşsoy'un (2018) Manisa İlinde kamu ve özel kuruluşlarda çalışanlarla yaptığı çalışmada medeni durumun YDÖ üzerinde bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde yaşam doyumu ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar vardır (Recepoglu ve Tümlü Ülke, 2015; Büber, 2017). Bu çalışmaların aksine evli olmanın yaşam doyumu üzerinde pozitif yönde etkide bulunduğunu belirleyen çalışmalar da mevcuttur (Yetim, 2001). Diener (2000) evliliği, stresten uzak, toplumsal bütünleşmeyi sağlayan, sosyal ilişkilerin yoğun yaşandığı bir ortam olarak tanımlamakta ve evli kişilerin bekâr kişilere göre yaşam doyumlarının daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Ancak bu çalışmanın bulgularına dayanılarak TSHU'ların yaşam doyumu düzeyine medeni durumlarının etkili olmadığı söylenebilir.

Araştırmaya katılanların eğitim durumları ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Alanyazın incelendiğinde bu çalışmanın bulgularıyla çelişen eğitim ile birlikte yaşam doyumunun arttığını gösteren birçok araştırmaya rastlanmaktadır (Gümüşsoy, 2018; Çevik ve Korkmaz, 2014; Şimşek, 2011).

Eğitim durumu ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmayışının nedeni, araştırmaya katılan çalışma grubunun eğitim seviyesinin birbirlerine benzer olması olabilir.

Çalışmaya katılanların yaşadığı il ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ayrıca TSHU'ların çalıştıkları kurum, kurumda üstlendikleri görev, bu görevin sosyal hizmet ile bağlantılı olma durumu, birimde çalışmayı isteme, TSH ile ilgili hizmet içi eğitim alma ve çalışma hayatında mesleğiyle ilgili eğitim almaya ihtiyaç duyma ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Büyükşehir ile diğer il veya ilçelerdeki yaşam koşulları arasındaki farkın azalması, bu durumun nedeni olabilir. Diğer taraftan çalışılan kurumun niteliğinin ya da kurumda yapılan işin sosyal hizmet ile bağlantılı olup olmamasının, TSHU'larının yaşam doyumunu etkilemediği görülmektedir. Bu durum, mesleki açıdan gelişme arzusunun, yapılan işin niteliği ile ilişkili olmamasına bağlanabilir. Ayrıca iş yaşamında mesleki yeterlilik algısının yüksek olduğu durumlarda hizmet içi eğitim almaya ihtiyaç duyulmadığı, dolayısıyla yaşam doyumunun da etkilenmediği söylenebilir.

Yaşam doyumu, mesleki benlik saygısı, işyerinde sosyal destek, yaş ve deneyim süresi arasındaki ilişki ikili korelasyon analizi ile test edilmiştir. Analiz bulgularına göre MBSÖ ile YDÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu; mesleki benlik saygısı arttıkça yaşam doyumunun da yükseldiği görülmektedir. Er'in (2018) rehber öğretmenlerde mesleki benlik saygısının, duygusal zekâ ve yaşam doyumlarının çeşitli değişkenler açısından incelendiği çalışmasında, mesleki benlik saygısı ve yaşam doyumu arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur. Tekirgöl'ün (2011) İstanbul'da özel işletmelerde görevli beyaz yaka çalışanlarda mesleki benlik saygısının iş tatmini ve yaşam mutluluğu ile ilişkisini inceleyen çalışmasında, bu çalışmayı destekler şekilde mesleki benlik saygısı arttığında yaşam mutluluğunun da arttığı tespit edilmiştir. Carmel'in (1997) araştırmasında da MBSÖ puanları ile YDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. Bu bağlamda, araştırmanın bulguları literatürü destekler niteliktedir.

Araştırmada YDÖ ile İYSDÖ arasında anlamlı bir korelasyon olduğu görülmektedir. İş yerinde sosyal destek bireyin yaşam doyumunu etkileyen önemli bir bileşendir. Gümüşsoy (2018) çalışanlarda sosyal desteğin iş-aile çatışması, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen çalışmasında iş yerinde sosyal destek ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, iş yerinde sosyal desteğin yaşam doyumunu arttırdığını ifade etmektedir. Michel ve arkadaşları (2009) ise dört araştırmaya dayanan çalışmalarında iş temelli sosyal destek ile yaşam doyumu arasında bir korelasyon olduğunu bildirmiştir. Diğer bir deyişle destekleyici iş ortamı çalışanların yaşam doyumunu arttırmaktadır. İşteki strese sosyal desteğin rolünün incelendiği bir çalışmada da işyerinde amir ve arkadaşın sağladığı destek ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur (Ganster ve ark. 1986). İş yerindeki sosyal destek iş doyumunu arttıran önemli bir bileşendir. Çalışanlar, yaşamlarının önemli bir zamanını iş yerinde geçirdikleri için iş ve iş dışı

yaşamdaki doyumun birleşiminden oluşan yaşam doyumunun da iş yerinde sosyal destekten etkilendiği söylenebilir.

Yaş ve deneyim süresi ile yaşam doymu arasındaki ilişki tek değişkenli analizlerle test edilmiştir. Test sonucunda TSHU'ların yaşı ve mesleki deneyim süresi ile yaşam doymaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Gümüşsoy, Receptoğlu ve Tümlü ile Avşaroğlu ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ve çalışma süresinin bu çalışmayı destekler şekilde yaşam doymunu etkilemediği tespit edilmiştir (Gümüşsoy, 2018; Receptoğlu ve Tümlü, 2015; Avşaroğlu ve ark., 2005). Buna karşın yaş ile yaşam doymu arasında anlamlı ilişki olduğunu, yaş arttıkça yaşam doymunun azaldığını gösteren çalışmalar da yapılmıştır (Yılmaz ve ark., 2010; Çevik ve Korkmaz, 2014). Bu çalışmada yaş ve yaşam doymu arasında anlamlı bir farklılığın olmamasının sebebi, katılımcıların çoğunluğunu genç ve yetişkin popülasyonun oluşturması olabilir.

Tek değişkenli analizde yaşam doymu ile anlamlı sonuç veren değişkenler Model 1 ve Model 2 olarak ele alınmıştır. Tek değişkenli analizde YDÖ puanları ile MBSÖ ve İYSDÖ puanları arasındaki ilişki anlamlı sonuç vermiştir. Bunun üzerine çok değişkenli analizler yapılmıştır. Model 1'de uygulanan çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde mesleki benlik saygısı ve iş yerinde sosyal destek anlamlı bir değer üretmiştir.

Analizin bir diğer anlamlı değişkeni ise medeni durumdur. Önce iki değişken bir arada alınmıştır. Daha sonra Model 2'de etkileyen faktörlere medeni durum eklenerek yeniden analiz yapılmış ancak analiz sonucunda medeni durumun diğer değişkenler ile birlikte bakıldığında YDÖ puanını etkilemediği görülmüştür. İYSDÖ ve MBSÖ puanları birbirinden bağımsız olarak da ele alındığında YDÖ üzerindeki anlamlılıklarını korudukları tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuç işyerinde sosyal desteğin mesleki benlik saygısı ile bir arada TSH alanında çalışanların yaşam doymunu olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Diğer bir deyiş ile bireylerin meslekleri ile olan ilişkileri ve işyerinde elde ettikleri sosyal destek yaşam doymularında olumlu yönde etki oluşturmaktadır. Çalışanların mesleki yaşamına ilişkin algıları yanı sıra işyerinde elde ettikleri olumlu sosyal destekleri yaşam doymularına olumlu yönde etki eden önemli çalışma yaşamı bileşenleridir. Çalışanlar işlerinden yeterince memnun ise, kendi arzu ettikleri işleri yapıyor ise, iş arkadaşları ve yöneticileri ile olan ilişkileri iyi ise daha fazla yaşamdan doym elde etmeleri beklenen bir durumdur. Bunu destekleyen ve geliştiren önemli bir unsur da çalışma yaşamında desteklenmeleri olacaktır. İşyerindeki sosyal destek varlığı çalışanların daha mutlu ve doymulu bir yaşam sürdürmelerinde etkili olduğu görülmektedir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleklerinden gurur duymaları, mesleklerini kişiliklerine uygun görmeleri, yeteneklerini kullanabiliyor olmaları ve mesleklerinde üretken ve verimli olduklarını düşünmeleri yaşam doymularını olumlu yönde etkilemektedir.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının işyerinde sosyal destek düzeyleri, mesleki benlik saygısı ve bazı sosyodemografik değişkenlerin yaşam doyumları üzerindeki etkisine ve tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki benlik saygısı, iş yerinde sosyal destek ve yaşam doyum puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırma sonucunda tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının yaşam doyumunu, mesleki benlik saygısı ve iş yerinde sosyal destek algısı arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda yaşam doyumunu ile medeni durum arasında da ilişki olduğu bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen bir diğer önemli sonuç ise yaşam doyumunu üzerinde etkili olduğu tespit edilen değişkenlerin çok değişkenli analiz sonuçlarıdır. Buna göre, yaşam doyumunu üzerinde etkili olduğu bulunan mesleki benlik saygısı, iş yerinde sosyal destek ve medeni durumdur. Mesleki benlik saygısı ve iş yerinde sosyal destek anlamlı bir değer verirken medeni durumun çok değişkenli analizde anlamlılığı ortadan kalkmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında tıbbi sosyal hizmet alanında yapılması gerekenlere ilişkin öneriler şu şekilde sıralabilir:

- İş yerinde sosyal destek, TSHU'ların yaşam doyumunu üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. İş yerinde TSHU'lar ile sağlık kurumları yöneticileri ve sağlık çalışanları arasında kurumsal bir sosyal destek mekanizması oluşturulabilir. Örgüt içi halkla ilişkiler faaliyetlerinde sağlık çalışanları arasındaki desteği ve işbirliğini arttırmayı amaçlayan çalışmalara öncelik verilebilir.
- Alanyazında TSHU'ların mesleki benlik saygısı ile ilgili daha ayrıntılı çalışmalar yapılması ve etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi TSHU'ların yaşam doyumunun arttırılması ve bu sayede sunulan hizmetinin kalitesinin arttırılması açasından yararlı olacaktır.
- Ayrıca işyerlerinde sosyal desteğin geliştirilmesi, mesleğe ilişkin bilincin arttırılması, mesleğin değerinin arttırılması için çabalar bireylerin daha fazla yaşam doyumunu elde etmeleri için önemli noktalardır. Bu alanda yapılacak yeni tanımlayıcı ve girişimsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça

1. Aslanturk, H. Ve Saruç, S. (2017). *Group work in social work practices in health care*. (Eds) B. Ozdemir N. L. Shapekova, B. Ak, H. Yıldız, F. Ozcanarlan, L. Ivanova In *Developments In Health Care* (pp. 663-674). Sofia: St. Kliment Ohridski University Press.
2. Arıca, O., T. (1999). *Grupla psikolojik danışma yoluyla benlik ve meslekî benlik saygısının geliştirilmesi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
3. Arıca, O., T. (2001). Mesleki benlik saygısı ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. 6. ulusal psikolojik danışma ve rehberlik kongresi (s. 5-7). Ankara: ODTÜ.
4. Avşaroğlu, S., Deniz, M., ve Kahraman, A. (2005). Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14, 115-129.
5. Aydemir, İ. (2003). *Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları*. Ankara: H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
6. Aydın Aslan, İ. (2015). *Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının sosyal sorun çözme becerilerinin incelenmesi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
7. Barker, R. L. (1999). *The social work dictionary*. USA: National Association of Social Workers.
8. Bekiroğlu, S. (2016). *Türkiye'de sağlık hizmetleri kapsamında tıbbi sosyal hizmet uygulamaları*. İ. Cılgı, E. Erkul, B. Yıldırım, İ. B. Adıgüzel içinde, *sosyal çalışma ve sosyal politika* (s. 137-164). Ankara: Bellek Yayınları.
9. Boz Semerci, A. (2016). *Sosyal destek ve cinsiyete yönelik kalıp yargıların stres ve iş aile arasındaki çatışmalara etkisi: kadın ve erkek arasındaki farklılıklar*. Ankara: H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
10. Büber, M. (2017). *Çalışanların tükenmişlik düzeylerinin iş doyumu ve yaşam doyumu üzerine etkisi: balıkçı sınıfı gemiadamları üzerine bir araştırma*. İzmir: D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
11. Carmel, S. (1997). *The professional self-esteem of physicians scale, structure, properties, and the relationship to work outcomes and life satisfaction*. Negev: Psychological Reports.
12. Chui, K., & Wong, M. (2016). Gender differences in happiness and life satisfaction among adolescents in Hong Kong: RELATIONSHIPS and self concept. *Social Indicators Research*, 1035-1051.
13. Cowles, L. A. (1999). *Social work in the health field: a care perspective*. New York: The Haworth Press.
14. Diener, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
15. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
16. Dilmaç, B., & Arıca, O. (2003). Psikolojik danışma ve rehberlik öğrencilerinin birtakım değişkenler açısından benlik saygısı ile mesleki benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3 (1), 1-7.
17. Dilmaç, B., & Ekşi, H. (2008). Meslek yüksek okullarında öğrenim gören öğrencilerin yaşam doyumları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20, 257-278.
18. Durak, M., Durak, E., & Gençöz, T. (2001). Psychometric properties of the satisfaction with life scale among Turkish university students, correctional officers, and elderly adults. *Social Indicators Research*, 99 (3), 413-429.
19. Duyan, V. (1996). Sağlıkta psikososyal boyut. *H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 7-16.
20. Duyan, V. (2003). Hastaların karşılaştıkları sorunlar ve çözümleri odağında tıbbi sosyal hizmet. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 39-43.
21. Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P., & Rhoades, L. (2001). Reciprocation of perceived organizational. *Journal of Applied Psychology*, 86 (1), 42-51.

22. Friedlander, W. (1963). *Sosyal refah hizmetlerine başlangıç*. (R. Taşçıoğlu, Çev.) Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.
23. Ganster, D., Fusillier, M., & Mayes, B. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology, 71* (1), 102.
24. Gini, A. (1998). Identity and self. How we are formed by the work we do. *Journal of Business Ethics, 17* (7), 707-714.
25. Giusta, M., Jewell, S., & Kambhampati, U. (2011). Gender and life satisfaction in the UK. *Feminist Economics, 17* (3), 1-34.
26. Gümüşsoy, U. (2018). *Çalışanlarda sosyal desteğin iş-aile çatışması, yaşam doyumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi*. Manisa: C.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
27. Gürbüz, S., & Şahin, F. (2014). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
28. Kalkınma Bakanlığı (2013). *İllerin ve bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması (SEGE-2011)*, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Ankara.
29. Karasar, N. (2006). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
30. Kırıcı Çevik, N., & Korkmaz, O. (2014). Türkiye’de yaşam doyumu ve iş doyumu arasındaki ilişkinin iki değişkenli sıralı probit model analizi. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7* (1), 126.
31. Kol, E. (2009). Türkiye’de sağlık işletmelerinde sosyal hizmet uygulamaları. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
32. Maslach, C., & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout. how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
33. Michel, J., Mitchelson, J., Kotrba, L., LeBreton, J., & Baltes, B. (2009). A comparative test of work-family conflict models and critical examination of work-family linkages. *Journal of Vocational Behavior, 74* (2), 199-218.
34. Nelson Jones, R. (2012). Danışma Psikolojisi Kuramlar. (F. Akkoyun, Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
35. Özbesler, C., & İçağasıoğlu Çocan, A. (2010). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 21*-32.
36. Özdemir, U. (2013). Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları eğitim projesi 2012. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 1*-8.
37. Özer, M., & Karabulut, Ö. (2003). Yaşlılarda yaşam doyumu. *Geriatry, 6* (2), 72-74.
38. Receptoğlu, E., & Ülker Tümlü, G. (2015). Üniversite akademik personelinin mesleki ve yaşam doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *K.Ü. Kastamonu Eğitim Dergisi, 23* (4), 1851-1868.
39. Salsberg, E., Quigley, L., Mehfood, N., Acquaviva, K., Wyche, K., & Sliwa, S. (2017). Profile of the social work workforce. Washington: The George Washington University Health Workforce Institute.
40. Saruç, S. (2013). Tıbbi sosyal hizmet hizmet içi eğitim gerekliliği. *Sağlık ve Toplum, 3*-11.
41. Saruç, S., & Aslantürk, H. (2018). Examination of professional commitment level of social. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 12* (1), 24-34.
42. Super, D. (1960). The critical ninth grade. vocational choice or vocational exploration. *The Personnel and Guidance Journal, 39* (2), 107-109.
43. Super, D. (1963). *Career development; self-concept theory*. Columbia: Teacher College. Columbia University.
44. Şimşek, E. (2011). *Örgütsel iletişim ve kişilik özelliklerinin yaşam doyumuna etkileri*. Eskişehir: A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı . (2011). *Tıbbi sosyal hizmet eğitim çalıştay raporu*. Ankara.

46. T.C. Sağlık Bakanlığı. (16 Şubat 2011. Sayı:7465). *Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*.
47. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı.
48. Tutar, H. (2004). İşyerinde psikolojik şiddet sarmalı: nedenleri ve sonuçları. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 101-128.
49. Tuzgöl Dost, M. (2007). Üniversite öğrencilerinin yaşam doyumunun bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (22), 132-143.
50. Uçan, G., Çalim, S., & Yıldırım, Ş. (2015). Sosyal hizmet uzmanlarının sağlık iletişimi alanındaki rol ve fonksiyonları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (4), 91-100.
51. Wrzesniewski, A., & Dutton, J. (2001). *Crafting a job: revisioning employees as active crafters of their work. academy of management review*, 26 (2), 179-201.
52. Yanardağ, U. (2017). *Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının gözünden tıbbi sosyal hizmet alanı*. S. Attepe Özden, & E. Özcan içinde, *Tıbbi Sosyal Hizmet* (s. 91-96). Ankara: Nobel Yayınevi.
53. Yılmaz , G., Keser, A., & Yorgun, S. (2010). Konaklama işletmelerinde çalışan sendika üyelerinin iş ve yaşam doyumunu belirlemeye yönelik bir alan araştırması. *paradoks ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*, 6 (1), 87-107.
54. Yılmaz Tekirgöl, D. (2011). *Çalışanlarda mesleki benlik saygısının iş tatmini ve yaşam mutluluğu ile ilişkisi*. İstanbul: M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Araştırma Makalesi

Makale geliş: 19.12.2018

Makale kabul edilmiş: 23.03.2019

**ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERİ DENEYİMLEYEN ERGENLERİN BAKIŞ AÇISINDAN HASTALIK VE TEDAVİ SÜRECİ:
BİR NİTEL ARAŞTIRMA**

Dr. Sos. Çal. Hacer TAŞKIRAN TEPE*

Öz

Bu nitel tanımlayıcı çalışmanın amacı, çocukluk çağında lösemi ve lenfoma deneyimleyen ergenlerin hastalık ve tedavi süreçlerini kendi bakış açılarıyla tanımlamaktır. Yaşları 12-16 arasında değişen toplam 7 ergenlik çağındaki çocuk çalışmaya dâhil edilmiştir. Çocuklar tedaviyi bitirmiş ya da en azından tedavinin hastanede uzun süreli yatışı gerektiren fazını tamamlamışlardır. Altı yarı yapılandırılmış görüşme sorusu görüşmelere kılavuzluk yapma açısından kullanılmıştır. Algı ve anlamlandırma, deneyimler ve psikososyal etkiler şeklindeki üç farklı kategoride toplam 9 tema tanımlanmıştır. Bu temalar: 1) hastalığı tanımlama/yorumlama, 2) başkalarına tavsiyede bulunma 3) gelecek planı, 4) hastanede olmak, 5) tedavi ve yan etkileri, 6) sosyal izolasyon ve ilişkilerdeki değişiklikler, 7) tepki ve etkileşimler, 8) baş etme biçimleri ve 9) psikososyal gelişmedir. Çocukluk çağı kanserlerini deneyimleyen çocukların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bazı psikososyal sorunlar yaşadıkları sonucuna ulaşılmış olup; bu sorunların çözümünde özellikle pediatrik onkolojik sosyal hizmet uygulamalarına duyulan gereksinime vurgu yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Çocukluk çağı kanserleri, sağlıkta psiko-sosyal boyut, pediatrik onkolojik sosyal hizmet.*

**DISEASE AND TREATMENT PROCESSES FROM THE PERSPECTIVE OF ADOLESCENTS WHO HAVE
EXPERIENCED CHILDHOOD CANCERS: A QUALITATIVE RESEARCH**

Abstract

The purpose of this qualitative descriptive study was to allow childhood leukemia and lymphoma patients to describe their disease and treatment processes from their own perspectives. A total of 7 children participated. They ranged in age from 12 to 16 years and were either off therapy or had completed at least long-term hospitalization of treatment. Six semistructured interview questions were used to guide the interviews. A total of 9 themes have been defined in three different categories: perception and interpretation, experiences and psychosocial effects. These themes are: 1) identification / interpretation of disease, 2) advice to others 3) future plan, 4) being in hospital, 5) treatment and side effects, 6) social isolation and changes in relationships, 7) reactions and interactions, 8) coping and 9) psychosocial development. It has been concluded that children who experience childhood cancers, have some psychosocial problems related to the disease and treatment process. Especially the need for pediatric oncological social work practices has been emphasized in solving these problems.

Keywords: *Childhood cancers, psychosocial dimension in health, pediatric oncological social work.*

1. Giriş

Çocukluk çağı kanserleri çocuk ve adölesan ölümlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır, bu kanser grubu içinde lösemi ve lenfoma gibi hematolojik kanserler büyük yer tutmaktadır. Günümüzde lösemi ve lenfoma insidansında belirgin bir değişiklik söz konusu olmamakla birlikte kanserde erken tanının önem kazanması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki yeni gelişmelerle birlikte özellikle gelişmiş ülkelerde sağ kalım oranlarının arttığı rapor edilmektedir (Linnet ve ark., 1999; Smith ve ark., 2014). Kanser tanısı alan çocukların

* Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Prof. Dr. Servet Bilir Onkoloji Merkezi Zemin Kat. Sosyal Hizmet Birimi/ESKİŞEHİR taskiranhacer@gmail.com

5 yıllık sağ kalım oranlarının 1970'li yıllarda % 30'ların altında olduğu rapor edilirken, günümüzde sağ kalım oranlarının % 80'lere kadar yükseldiği bildirilmektedir. 2014 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre Türkiye'de çocukluk çağı akut lenfoblastik lösemi (ALL) tanısı konulan hastalarda genel sağ kalım oranı % 79.9 olarak bildirilmiştir (Güneş ve ark., 2014).

Sağ kalım oranlarındaki bu büyük artışlar umut verici olmakla birlikte, çocuklarda görülen hastalık ve tedaviye bağlı komplikasyonlar da artmaktadır. Medikal tedavinin etkinliği ve yoğunluğu arttıkça, fiziksel yan etkilerin sıklığı ve ciddiyeti de paralel olarak artış göstermektedir. Günümüzde lösemi ve lenfoma hastalarında fiziksel yan etkiler oldukça iyi bilinir bir hal almışken, hastalığın psikososyal etkileri ve bunların doğurabileceği uzun dönem etkiler iyi bilinmemektedir. Örneğin hastalısız sağ kalım süreleri gibi tedavinin etkinliğini araştıran geleneksel ölçümlerin artık tedavinin hasta üzerindeki psikososyal ve uzun dönem etkilerini araştıran verilerle desteklenmesi gerektiği genel kabul gören bir görüş halini almıştır.

Hastalık ve tedavi sürecine ilişkin deneyimler ve bu sürecin hastalar üzerindeki psikososyal etkileri incelenirken nitel metodlar oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada hastalık ve tedavi sürecinin psikososyal etkileri çocukların gözünden kendi deneyimleri ile ortaya konmak istenmiş, sağlık hizmeti sunumunda çocuklardan elde edilen bilgilerin sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracakđı düşünölmüştür.

1.1.Literatür

Kanser, yetişkinlik döneminde daha sık olmakla birlikte, hemen her yaşta ve her gelişim döneminde görölebilen bir hastalıktır. İnsan ömrünün hangi döneminde yaşanırsa yaşansın hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bazı faktörlerin hem kanseri deneyimleyen bireyin kendisi hem de diğer aile bireyleri için önemli etkileri vardır. Hastanın ilk teşhis ve tedavi sürecinin tamamında psikososyal destek mekanizmalarına ihtiyacı vardır (Yıldırım ve ark., 2013). Çünkü kanser gibi yaşamı tehdit eden kronik bir hastalığın varlığı sadece fiziksel boyutta değil, aynı zamanda psiko-sosyal ve ekonomik boyutlarda da pek çok açıdan önemli değişimleri beraberinde getirmektedir.

Özellikle çocukluk çağı kanserleri açısından bakıldığında, bir çocuğa kanser tanısının konulması aile için son derece yıkıcı psikososyal etkiler yaratabilmekte ve günlük rutinde pek çok değişimi beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla çocukluk çağı kanserleri aileyi bir bütün olarak ve çok boyutlu şekilde etkileyebilmektedir. Sağlıkta psikososyal boyutun dikkate alınması ve multidisipliner ekiplerle sağlığı biyopsikososyal açılardan bir bütün olarak ele almak, günümüz koşullarında sağlık hizmetlerinde kalite standartları açısından mutlak bir zorunluluktur. Bu nedenle, kansere yaklaşımda psiko-sosyal boyut güçlü biçimde yer edinmektedir. Kanserinin psiko-sosyal boyutunu ele alan interdisipliner çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmakta, kanserle bağlantılı yaşam kalitesi (Beser ve Öz, 2003; Gültekin ve diğer., 2008; Pınar ve diğer., 2008), bašetme (Gilbar ve Zusman, 2007) ve sosyal destek (Işıkkhan, 2007) ve alternatif tedavi yöntemleri

(Işıkhan ve diğ., 2005; Erci, 2007) gibi konuları inceleyen çalışmalar kanserle ilgili bilimsel birikime anlamlı ölçüde katkı sağlamaktadır (Tuncay, 2009).

Çocukluk çağı kanserlerinin psikososyal yönüne ilişkin ilk araştırmaların 1990'lı yıllarda başladığı, bu yıllarda Ulusal Kanserden Sağ Kalanlar Birliği tarafından yapılan önceki çalışmalarda kanserden kurtulup gelişmekte olan çocukların ihtiyaçlarını anlamak açısından yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yine bu yıllarda tıbbi bakımdaki gelişmelerle birlikte ölüm oranlarının artık tedavinin etkinliğini değerlendirmedeki tek ölçüm olmaktan çıkması gerektiği; hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel iyilik hali gibi tedavinin uzun dönem etkilerini de değerlendiren parametrelerin kullanımının ortaya atıldığı görülmektedir (Hicks ve ark., 2003).

Çocukluk çağı kanserlerinin medikal yönü dışında yapılan nitel araştırmalara ilişkin gerçekleştirilen literatür taramasında genellikle konunun hastalar, ebeveynler, kardeşler ve sağlık personeli açısından ele alındığı görülmüştür (Murray, 2002; Patterson ve ark., 2004; Wilkins ve Woodgate, 2005). Konunun hastalar açısından ele alındığı çalışmalarda ise daha çok yaşam kalitesi, geçiş ve acı deneyimleri, duygu ve düşünceler, psikososyal gelişme ve büyüme, sosyal yeterlilik, başa çıkma ve uyum gibi kavramlar üzerinden incelendiği dikkat çekmiştir (Eiser, 2000; Hicks ve ark., 2003; Gibson ve ark., 2010; Lopez, 2011).

Araştırmalarda üzerinde önemle durulan konulardan biri çocukluk çağı kanseri deneyimleyenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir (Shankar ve ark., 2005; Hicks ve ark., 2003). Shankar ve arkadaşları 2005 yılında yayınladıkları çalışmalarında 8-12 yaş grubunda halen kanser tedavisi gören hastalara, en az 1 yıldır remisyonda olan çocuklara ve kontrol grubuna yaşam kalitesi ölçeği uygulamıştır. Sonuçlara göre, halen tedavi gören hastaların yaşam kalitesinin diğer gruplara göre anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesiyle ilgili olarak yapılan bir başka çalışma Julie Hicks ve arkadaşları tarafından 2003 yılında gerçekleştirilmiştir. Üç odak grup çalışması şeklinde, yaşları 5-9 arasında değişen toplam 13 lösemi hastası çocukla gerçekleştirdikleri nitel çalışmada lösemi ve tedavinin hastanın yaşam kalitesini etkilemesine rağmen hastaların hiçbirinin lösemisinin hayatlarında kalıcı etkiler bırakacağını düşünmedikleri ve bir çocuğun lösemi tanısı almış olmasının onun yaşam kalitesine etki eden birçok fiziksel ve psikolojik değişikliğe yol açtığı sonucuna varılmıştır.

Eiser ve arkadaşlarının (2000) çocukluk çağında kanser deneyimleyen hastalarda uzun dönem psikososyal etkiler ile ilgili yayınladıkları sistematik derlemeye dahil ettikleri araştırmaların sonuçlarına göre bu alanda yapılan çalışmalarda bulgular farklılık göstermektedir. Buna göre Anhotl ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında çocukluk çağında kanser deneyimleyen hastalar kontrol grubuna göre daha az negatif semptom gösterirken 5 çalışmada (Gray ve ark., 1992; Stern ve ark., 1993; Sloper ve ark., 1994; Madan-Swain ve ark., 1994; Pendley ve ark., 1997) ise kontrol grubu ve katılımcılar arasında anlamlı farklılık

saptanmadığı bulunmuştur. Dolayısıyla bu konuda yapılan çalışmalara genel olarak bakıldığında çocukluk çağı kanseri deneyimleyenlerde uzun dönem etkilerin açıkça ortaya konmadığı ve ileri araştırmalara gereksinim duyulduğu söylenebilmektedir (Britt, 1992; Eiser ve ark., 2000; Hicks ve ark., 2003).

Eisner ve Morse'nin 2000 yılında yaptığı çalışmada direkt çocuktan bilgi toplayan sadece birkaç çalışmanın mevcut olduğu bilgisine yer verilmiştir. Ayrıca Docherty ve Sandelowski 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada çocuklarla yapılan çalışmalarda en iyi yöntemin nitel görüşmeler olduğunu ortaya koymuşlardır (Docherty ve Sandelowski, 1999; Eisner ve Morse, 2000). Dolayısıyla bu çalışma da, doğrudan çocuktan bilgi toplamayı amaçlayan nitel görüşmeler yoluyla gerçekleştirilmiştir.

2.Yöntem

Bu çalışma için fenomenolojik bir nitel tasarım kullanılmıştır. Fenomenolojik çalışmalar gündelik açıklamaları dikkate almadan doğrudan bir deneyimi tanımlar (Merleau-Ponty, 1965). Amacı, üzerinde çalışılan olguyu, bu olguyu birinci dereceden deneyimleyen kişilerin gözünden anlamaktır. Bu bağlamda, tamamen bireysel algı ve anlatılar üzerine odaklanmakta, deneyimi "içerdekinin" perspektifinden araştırmaya çalışmaktadır. Analizin bireyden çok deneyime odaklanması, olgunun, deneyimleyenin gözünden çok detaylı anlaşılmasını gerektirir. Bu nedenle de örneklem çok küçük (5-6 kişi gibi) ve mümkün olduğu kadar homojendir (Tanyas, 2014). Munhill (1993) veri doygunluğu elde etmek için 2-10 katılımcının genellikle yeterli olduğunu belirtmiştir (Munhill, 1993).

Bir onkoloji merkezinde tedavisi ayaktan devam eden veya tedavisi tamamlanmış olup belli periyotlarda rutin kontroller için başvuran lösemi ve lenfoma hastası çocuklarla yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler yapılmıştır. Çocukluk çağı kanserlerini yaşayanların deneyimlerine ve sürecin psikososyal etkilerine ilişkin literatür taranmış, araştırmacının bu grupta olan sosyal çalışma deneyiminden faydalanılmış ve bu bilgilere dayalı bir rehber olarak yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ses kaydına alınmış ve kelimesi kelimesine deşifre edilmiş, araştırmacı tarafından betimleme ve içerik analizine tabii tutulmuştur. Çalışma süreci, araştırmacının doktora programı eğitiminde yer alan nitel araştırma dersi kapsamında başlatıldığından ve literatüre sağlayabileceği katkı düşünüldüğünde yayın haline getirilmesine sonradan karar verildiğinden çalışmanın etik kurul kararı bulunmamaktadır. Ancak sürecin her aşamasında etik hassasiyetler gözetilmiş, görüşme formu merkez çalışanlarına gösterilmiş ve kendilerinden olumlu geri bildirimler alınmış ve katılımcılar gerekli şekilde bilgilendirilmişlerdir.

2.1.Örneklem

Bu çalışmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden kolay ulaşılabilir durum örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu amaçla bir onkoloji merkezi polikliniğinde takip edilen hastalardan 2014 yılı Mart-Nisan aylarında kontrole gelen ve sosyal çalışma amacıyla yönlendirilen 12 yaş ve üzerinde tanısını bilen çocuklara ve ailelerine çalışmanın amacı kısaca özetlenmiş ve kendilerinden ne istendiği açıklanmıştır. Farklı zaman

dilimlerinde çalışmaya katılmayı kabul eden 7 çocuk ve birlikte bulunan ebeveynine çalışmanın amacı ve içeriği açıklanmış, görüşmelerin ses kaydına alınacağı ve gizlilik ilkesine uygun davranılacağı belirtilmiş ve sözel olarak onamları alınmıştır.

Genelde aileler çalışmaya katılıp katılmama kararını çocuklara bırakmış, bazı aileler çocuklarının olumsuz etkilenebileceğini düşünerek çalışmaya katılımlarına onay vermemiştir. Çocuklardan pek çoğu hastanede daha fazla kalmamak, bazıları da hastalık ve tedavi sürecini tekrar hatırlayıp kötü hissetmek istemedikleri için çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Çocuklar ve aileler tamamen gönüllülük esasına dayalı olan bu çalışmaya katılıp katılmama kararlarının tedavi süreçlerini olumlu ya da olumsuz hiçbir biçimde etkilemeyeceğine yönelik olarak araştırmacı tarafından gerekli şekilde bilgilendirilmişlerdir.

2.2.Süreç

Katılımcılarla gerçekleştirilen bireysel görüşmeler poliklinik kontrolüne geldikleri günlerde, muayene olup kan sonuçlarını bekledikleri sırada, sadece katılımcı ve araştırmacının bulunduğu araştırmacının hastanede bulunan odasında özel olarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların teşhislerini bilme ve yaş sınırına uygunluğu ile ilgili olarak ailelerinden bilgi alınmış, çalışmanın amacı ve süreç detaylı olarak anlatılmış ve ses kaydı için izinleri alınmıştır. Katılımcılardan hastalık ve tedavi sürecine ilişkin yarı yapılandırılmış bazı sorular için (Ek 1) yanıtlar istenmiştir.

2.3.Verilerin Analizi

Gerçekleştirilen bireysel görüşmelerin uzunluğu 15 ile 25 dakika arasında değişmekte olup, tamamı birebir deşifre edilmiştir. Deşifre edilen görüşme kayıtları araştırmacı tarafından toplam içeriğin duygusunun anlaşılması için defalarca kez okunmuş; önemli sözcük, ifade ya da cümleler çıkarılmıştır. Çıkarılan önemli ifadeler kodlanmış ve literatürde yapılan benzer çalışmalarla karşılaştırmalar yapılarak temalar belirlenmiştir. Temalar ise kapsadıkları alanlara göre üç kategori altında değerlendirilmiş ve çalışma içerisinde gruplar halinde sunulmuştur.

3.Bulgular

Yedi katılımcının yaşları 12 ile 16 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 14'tür. Tanı konulmasından bu yana geçen süre 4 ay ile 5 yıl arasında değişmektedir. Katılımcılardan 4 tanesinin teşhisi lösemi, üç tanesinin ise lenfomadır. Katılımcıların tamamı ilk teşhis ve tüm tedavilerini aynı merkezde almışlardır. Katılımcılardan bazılarının tedavi sırasında hastanede birbirleriyle tanışıp arkadaş oldukları ortaya çıkmış ancak katılımcılar hastane dışında birbirleriyle görüşmemektedir. Katılımcılardan hiç birinin soruları cevaplama da bir zorluğu olmamış ve hepsi görüşmeleri tamamlamıştır.

Bu çalışmada elde edilen veriler yapılan literatür taraması ışığında algı ve anlamlandırma, deneyimler ve bunlarla bağlantılı olarak da psikososyal etkiler bağlamında üç kategori altında gruplandırılarak

değerlendirilmiş ve 9 tema tanımlanmıştır. Bu temalar: 1) hastalığı tanımlama/yorumlama, 2) başkalarına tavsiyede bulunma 3) gelecek planı, 4) hastanede olmak, 5) tedavi ve yan etkileri, 6) sosyal izolasyon ve ilişkilerdeki değişiklikler, 7) tepki ve etkileşimler, 8) baş etme biçimleri ve 9) psikososyal gelişmedir (Çizelge 1). Her bir tema hastalığın ya da tedavinin hayatlarını nasıl etkilediği ve sürece ilişkin deneyimleri ile ilgili olmuştur. Bu başlangıç çalışmasında ortaya çıkan temaların gelecekteki çalışmalara yön verebileceği ve geliştirilebileceği düşünülmüştür.

Çizelge 1: Algı, Deneyim ve Psikososyal Etkilere İlişkin Temalar

Kategori/Tema	Algı ve Anlamlandırma	Deneyimler	Psikososyal Etkiler
1.Tema	Hastalığı tanımlama ve yorumlama	Hastanede olmak	Tepki ve etkileşimler
2.Tema	Başkalarına tavsiyede bulunma	Tedavi ve yan etkileri	Baş etme biçimleri
3.Tema	Gelecek planı	Sosyal izolasyon ve ilişkilerdeki değişiklikler	Psikososyal gelişme

3.1.Algı ve Anlamlandırmaya İlişkin Temalar

Katılımcıların hastalık ve tedavi süreciyle ilgili algı ve anlamlandırmalarına yönelik cevapları hastalığı tanımlama ve yorumlama, başkalarına tavsiyede bulunma ve gelecek planı şeklinde gruplandırılarak ele alınmıştır.

3.1.1. Tema: Hastalığı Tanımlama ve Yorumlama

Katılımcılara teşhisle ilgili kimlerden ne tür bilgiler aldığı sorulmuş ve hastalığı tanımlamaları istenmiştir. Katılımcıların tamamı teşhislerini lösemi veya lenfoma olarak söyleyebilmiş, hastalıkları ile ilgili doktorları ve aileleri tarafından bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılardan bazıları (4K-16, 7E-12) ilk zamanlarda ailelerinin durumu kendilerinden saklamak istedikleri ve daha basit hastalıklar söyleyerek hastaneye yatışlarını gerçekleştirdiklerini söylemişlerdir. Bir başka katılımcı (2K-16) durumu ile ilgili kendisi önceden araştırma yaptığını, teşhisini aslında tahmin ettiğini fakat ailesinin ilk başlarda kendisine söyleyemeyip durumunu doktorundan öğrendiğini ifade etmiştir.

Katılımcılara hastalıkları ile ilgili olarak bilgi verilirken ne tür bilgiler verildiği sorulduğunda tanı, tedavi süreci ve dikkat edilmesi gereken konularda uyarılarda bulunulduğuna ilişkin bilgiler edinilmiştir. Süreçle ilgili olarak *“saçların dökülmesi, maske kullanımı, dışarı çıkamama, yemeklerle ilgili konular ve hijyen”* konusunda bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılardan bir tanesi (5E-12) doktorun bilgi vermek için kendisiyle konuştuğunu fakat o zamanlar hiç dinlemek istemediği için duymadığını dile getirmiştir.

Katılımcılara hastalıklarını nasıl tanımladıkları sorulduğunda genel olarak *“kötü bir şey”* ve *“zor bir hastalık”* olarak tanımlamışlardır. Katılımcılardan iki tanesi (2K-16, 5E-12) süreci yaşadıkça düşündüklerinden daha

zor bir hastalık olduğunu anladıklarını ifade etmişlerdir. Zorluk olarak görülen durum daha çok ağırlı ve sıkıntılı tedavi süreciyle bağdaştırılmıştır.

3.1.2.Tema: Başkalarına tavsiyede bulunma

Katılımcılara kendileriyle aynı hastalığa yakalanmış olan kişilere neler söyleyebilecekleri sorulduğunda neredeyse tamamından tavsiyeler üzerine kurulu ifadeler alınmıştır. Tavsiye ifadeleri arasında “moral”, “çaba”, “yemek yeme”, “dışarı çıkmama” ve “temizlik” katılımcıların çoğu tarafından dile getirilen önemli kavramlar olmuştur. Katılımcılardan birinin (2K-16) moral ve çabanın önemine dair ifadesi aşağıdaki gibidir: *“Kesinlikle pes etmemesini söylerim. Çünkü bizim bölümde birisini duymuştum artık çocuk pes etmiş yılmış hiçbir şey yapmadığı için hayatını kaybetmiş öyle duydum. Kesinlikle pes etmesin yani bu hastalığa yakalananlar. Bir hayal kursunlar ve o hayali ilerde gerçekleştirebilirim diye devam ederlerse hayatlarına hastalığı daha kolay atlatabileceklerini düşünüyorum. Kendilerine bir emel bir hayal kursunlar ondan sonra inşallah kimse yakalanmaz ama yakalanan olursa da inşallah rahatlıkla atlatır. Atlatılmayacak bir hastalık değil, her şey çaba yani...”*.

Bir başka katılımcı (4K-16) ise yine benzer şekilde tavsiyelerde bulunmuş ve aşağıdaki şekilde bir ifadesi olmuştur:

“Korkulacak bir şey olmadığını söylerim. Galiba bu hastalıkta moral de önemliymiş, moralinin iyi olmasını söylerim. Saçı falan dökülüyor onlara üzülmemesini söylerim. Bize şeyler yasak mesela kabuksuz yiyecekler onları yememesini söylerim. Dışarıya çıkmamasını, ziyaretçi yasak onları söylerim. Ziyaretçi kabul etmesin ailen derim. Başka da aklıma bir şey gelmedi ama temizliğe dikkat etmesini söylerim en önemlisi de zaten o”.

Katılımcılardan bir tanesi (5E-12) ise moral konusunda dolaylı bir ifade kullanıp *“yemeğini ye kendine iyi bak sonra iyileştiğinde okula gel seninle çok güzel oynayalım derim”* diyerek yine moral ve sosyal/duygusal desteğin önemine dolaylı olarak vurgu yapmıştır.

3.1.3.Tema: Gelecek Planı

Katılımcılara gelecekte nasıl bir hayatları olacağını düşündükleri, hayalleri ya da planlarının var olup olmadığı sorulmuştur. Bu şekilde hastalıkla ilgili ölüm korkusu veya hastalığın gelecekteki yaşamlarını etkileyebileceğini düşünüp düşünmediklerini ortaya koymak amaçlanmıştır. Katılımcıların tamamı gelecekte okullarını bitirip bir meslek sahibi olmak istediklerini ifade etmişlerdir.

Gelecekte mutlaka iyi bir meslek sahibi olmak istediğini belirten bir katılımcı (2K-16) için hastalık ve tedavi sürecinin duygusal yükü şu ifadeleri ile anlam kazanmaktadır:

“Meslek olarak düşünmedim ama kesinlikle liseyi bitirip çok çabalayıp üniversite hayatına mutlaka atılmak ve bir meslek sahibi olmak istiyorum. Annem hep kızım iyileşsin tek umudum o diyor. Bir meslek sahibi olup annemle beraber kardeşlerim zaten hani bir yerden sonra gidecekler ben de gideceğim ama şöyle bir şey var annemin bana yaptığı bu emekleri boşa çıkarmayacağım. Ondan sonra zaten önünde sonunda evlilik olacağı için büyüyünce tabii annemle biraz hayatımı yaşadıkten sonra o şekilde yani. Ama tek hayalim iyi bir meslek sahibi olup annemi gururlandırmak”.

Katılımcılardan iki tanesi (1K-14, 5E-12) meslek seçiminde hastalık sürecinin etkili olduğunu belirtmiştir. Gelecekte hemşire olmak isteyen bir katılımcı (1K-14) tedavi sırasında kendine yardım eden hemşireleri gözlemleyip o bölümde çalışmanın zor olduğunu düşünmüş ve bunu şu ifadelerle dile getirmiştir:

“Hemşire olacağım büyüyünce. İşte mesela bizim oradakiler çok dışarı çıkamıyorlardı hani hemşireler yanımızdan. Sürekli işte bir şeyler tak çıkar, çocuklar ağlıyorlar üzülüyorsunuz. Bu bölüm biraz şey dedim, hemşire olursam bu bölümde olmaz yani. O biraz etkiledi”.

Katılımcılardan sadece bir tanesi (7E-12) hastalığın gelecekteki yansımalarına ilişkin ifadeler kullanmış ve bunu yapılan düzenli kontroller üzerinden ifade etmiştir: *“Beni hiç bırakmayacak mı diye düşünüyorum, bıraksın diyorum yani beni olmasın bir daha yıldan yıla da gitmeyim üç aydan üç aya da gitmeyim diyorum. Hemen iyileşsin istiyorum”.*

3.2. Deneyimlere İlişkin Temalar

Katılımcılara hastalık ve tedavi sürecine ilişkin yaşamış oldukları somut deneyimler sorulduğunda alınan cevaplar hastanede olmak, tedavi ve yan etkileri, sosyal izolasyon ve ilişkilerdeki değişiklikler temaları altında gruplandırılarak değerlendirilmiştir.

3.2.1. Tema: Hastanede Olmak

Hastanede olma durumu ağrılı işlem ve prosedürler, tedavinin yan etkileri ve sosyal izolasyon durumundan soyutlanarak tek başına ele alındığında *“fiziki koşullar”, “uzun süreli yatış ve kısıtlanmış faaliyetler”, “gönüllü etkinlikleri ve hediyeler”* öne çıkan ifadeler olmuştur.

Katılımcılardan birinin (2K-16) uzun süreli yatış, kısıtlanmış faaliyetler ve fiziksel koşullara ilişkin ifadesi şu şekilde olmuştur:

“Çünkü öyle bir şey ki bir odanın içindesin annen ve sen başka zaten kimse gelip gidemiyor odaya. O iki ay boyunca çektiğin öyle acılar var ki... Kalkıp hareket edemiyorsun etsen bile zaten gidecek bir yer yok sadece küçücük bir koridor var. Belki biliyorsunuzdur bizim bölümümüzü. O koridorda gezsek bile bir tur falan atıp geri içeri girmek zorundayız. Böyle eğlenebileceğimiz tek şey kitaplar ya da televizyon, internet. O şekilde oldu yani”.

Katılımcıların hastanede karşılaştıkları özel ilgi ve alakadan memnuniyetleri, ağırlı ve kısıtlanmış süreçler dışında hastanede olmaya ilişkin güzel anıları bir katılımcının (7E-12) şu sözleriyle ifade edilmiştir:

“Burada her gün ablalar geliyordu bir oyuncak ya da hediye veriyorlardı bir de el becerisi kâğıttan tasarım şeyler yaptırıyorlardı. Çok eğleniyordum hatta ben de öğrendim şimdi kardeşime kâğıttan kaplumbağa yapıyorum. Ama eski günlerimi de unutmadım yani eskisi gibi çok hastalığım olmasa ama yine yatsam diye düşünüyordum yani. Böyle çok güzel anlarım geçti burada. Çok güzeldi onları unutmuyorum”.

3.2.2.Tema: Tedavi ve Yan Etkileri

Katılımcılara hastalık ve tedavi sürecine ilişkin yaşadıkları somut deneyimler sorulduğunda özellikle ağırlı işlem ve prosedürler, ilaçlar ve yan etkilerine yönelik ifadelerin anlam kazandığı görülmektedir. *“Damar yolu açılması”, “bel iğneleri”, “mide bulantısı”, “halsizlik”, “maske” ve “saçların dökülmesi”* gibi kavramlar katılımcıların ifadelerinde sıkça yer almıştır.

Katılımcılardan birisi (3K-12) hastalığı tanımlaması istendiğinde doğrudan tedavi sürecinden bahsetmiş ve şu ifadeleri kullanmıştır: *“Çok kötü bir şey, zor yani. Böyle iğne yaparken, bel iğnesiyle sıvı alırken çok zorlanıyorduk. Damar yolu bulurken ağlıyorduk, zorlanıyorduk”.* Başka bir katılımcı (1K-14) yine şu sözlerle tedavi ve yan etkilere vurgu yapmıştır: *“Hep damar yolu falan açıyorlardı böyle onlar çok acıyordu. İlaçlar bazen gitmiyor. Sürekli mide bulantısı, zaten zor yürüyordum çok kilo aldım. Tedavi süresince çok kilo aldım”.* Saçların dökülmesi ile ilgili yan etkilerin erkek katılımcılar için önemli bir sorun teşkil etmediği, kız katılımcılar için üzüntü veren bir deneyim olduğu görülmüş olup bu durumu bir katılımcının (1K-14) şu ifadesi desteklemektedir: *“İlk başta bir ay boyunca hiç dökülmedi. İlaçlarım da benim çok ağır değildi, ağırdı da kısa sürecekti onu da biliyorduk dökülmez diye düşündük. Lösemililerin daha ağırdı onların hemen dökülmüş. Çok uzundu benim saçlarım belime kadardı. Ona işte birazcık üzüldüm. En çok saçlarıma üzüldüm zaten”.*

Katılımcıların maske kullanımına ilişkin ifadeleri incelendiğinde maske kullanımının yarattığı fiziksel rahatsızlıktan ziyade sosyal çevreden gelen tepkilerin ve okula maske ile dönüşün kaygı uyandırdığı görülmüştür. Okula yeniden başlayan katılımcıların maske ile okula gidişlerine ilişkin kaygı duydukları fakat bu kaygılarının yersiz olduğunu anladıkları, öğretmenleri ve arkadaşlarından herhangi bir olumsuz geri bildirim almadıkları bilgisi edinilmiştir.

3.2.3. Tema: Sosyal İzolasyon ve İlişkilerdeki Değişiklikler

Katılımcılara hastalık ve tedavi süreciyle ilgili yaşadıkları deneyimler, bu süreçte yaşamlarında nelerin değiştiği sorulduğunda sosyal izolasyon ve ilişkilerindeki değişimlere yönelik önemli ifadelerde bulunmuşlardır. *“Eviden çıkamama”, “okula gidememe”, “arkadaşlarla iletişimin kesilmesi”* sosyal izolasyonla ilgili kavramlar olarak yer alırken; *“anne-baba arasındaki ilişkiler ve aile değişimi”, “kardeşlerle*

olan ilişkiler”, “akrabaların sosyal ve ekonomik desteği” ise ilişkilerdeki değişimler başlığı altında değerlendirilmiştir.

Katılımcılardan biri (1K-14) hastalıktan sonra hayatında neler değiştiğine dair soruya şu şekilde yanıt vermiştir:

“Mesela tedavi süresince okula gidemedim. Hep maske taktım. O yüzden dışarı çok çıkmak istemedim maskeli olunca. Yani bayağı bir 4 ay hiç evden çıkmadım. Sadece hastaneye kontrole geliyorduk. Arkadaşlarımla görüşemiyordum görüşmek yasak olduğu için”.

Bir başka katılımcı (2K-16) okula gidememe ve arkadaşlarıyla iletişiminin kesilmesiyle ilgili duyduğu üzüntüyü şu ifadelerle dile getirmiştir:

“Bayağı üzüldüm yani arkadaşlarımla iletişimim kesildi. Okula gittim mesela ilk öğrendiğim zaman kimseye temas olmayacak dedikleri için sarılamadım bile son veda bile edemedim. Kötüydü o yüzden benim için. Okul hayatım bir sene geride kaldı. Bu sene gidemedim mesela o yüzden bayağı üzüldüm yani”.

Katılımcıların tamamının kendisinden büyük ve küçük kardeşleri bulunmaktaydı. Kardeşlerle olan ilişkilerdeki değişimler sorgulandığında küçük kardeşlerle olan ilişkilerde herhangi bir değişimden söz edilmezken büyük kardeşlerle olan ilişkilerde olumlu ve olumsuz değişiklikler olduğu görülmüştür. Hastaneye yatış zamanlarında büyük kardeşlerin evde daha çok sorumluluk aldığı ve özellikle aile büyüklerinden destek alındığı, akrabaların bir süreliğine birlikte yaşadığı ya da refakatçi olarak destek verdiği bilgisi edinilmiştir. Tedavi sürecinde ailenin ekonomik olarak da akrabalar tarafından desteklendiği bulgular arasında yer almıştır. Katılımcılardan birinin (2K-16) çevre tarafından verilen sosyo-ekonomik desteğe ilişkin ifadesi şu şekildedir:

“Babamız ayrı, annem çalışıyor. Annemin teyzesi, eniştem, anneannem falan yardım ediyor. Anneannem bize geldi ben hasta olduğumdan beri bizde kalıyor annem işe gittiği için o bakıyor bana. Öyle yani. Teyzemler, anneanneler falan onların desteği ile ayakta durmaya çalışıyoruz. Eniştem haplarda falan çok yardım etti parası konusunda”.

Katılımcıların okula dönüş, öğretmen ve okul arkadaşları ile yeniden kurulan ilişkilerine yönelik deneyimleri sorgulandığında katılımcılardan bazılarının okula maske ile gitme, derslerden geri kalma ile ilgili bir takım kaygılar yaşamış oldukları fakat bu kaygılarının yersiz olduğunu gördükleri bulunmuştur. Okula yeniden başlayan katılımcıların tamamı okula dönüşle ilgili olumlu ifadeler kullanmışlardır. Katılımcılar için okula yeniden başlamak güzel bir deneyim olarak ifade edilmiş ve okula duyulan özlem bir katılımcının (1K-14) ifadesinde şu şekilde yer bulmuştur:

“Evet okulu çok özlemiştim. Bugün bile okul vardı sabah gittim müdüre söylemeye hastaneye gideceğiz okula gelemeyeceğim diye o zaman bile iyi oldu yani. Gitmeyince böyle ne bileyim eksik hissediyorum. Daha şey

oluyor çok özlemişim arkadaşlarımı da. Mesela önceden okuldan şey yapıyordum gitmesem işte anne bugün gitmesem gitmeyim diyordum şimdi de gitsem diye bakıyorum”.

3.3.Psikososyal Etkilere İlişkin Temalar

Hastalık ve tedavi sürecinin katılımcılar üzerindeki psikososyal etkileri sorulduğunda elde edilen veriler tepki ve etkileşimler, baş etme biçimleri ve psikososyal gelişme olarak üç tema altında değerlendirilmiştir.

3.3.1.Tema: Tepki ve Etkileşimler

Katılımcıların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin gösterdikleri tepki ve etkileşimler ilk teşhis, tedavi ve sonlanma olarak üç farklı aşamada ayrı ayrı sorgulanmış ve bu aşamalarda farklı tepki ve etkileşimlerin olduğu görülmüştür.

Katılımcılara teşhislerini ilk öğrendiklerinde neler düşündükleri ve hissettikleri sorulduğunda verilen cevapların *“korku”, “üzüntü”, “bilinmezlik ve merak”* üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Katılımcılardan biri (3K-12) teşhisi ilk öğrendiğinde *“ben herhalde bu hastalıktan ölüp gideceğim dedim”* dediğini ifade ederken bir başka katılımcı (5E-12) *“hiç bir şey hissetmedim sadece çok uzun süreceğini hissettim”* şeklinde duygularını ifade etmiştir.

Katılımcılara hastalığın nedenine ilişkin düşünüp düşünmedikleri sorulduğunda bazı katılımcıların (1K-14, 2K-16) ilk zamanlar *“temizlikten”* ya da *“üzüntüden”* olabileceğini düşündüklerini fakat daha sonra *“Allah tarafından gelen bir şey”* olarak düşündüklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların hiç biri *“neden benim başıma böyle bir şey geldi, neden ben?”* diye bir sorgulama içine girmemiş olup, konuya ilişkin bir katılımcının (2K-16) ifadesi şu şekilde olmuştur:

“Çok üzüldüm çünkü hiç düşünmezdim ben çok sağlıklıydım gerçekten hastaneye nerdeyse hiç uğramazdım. Üzüldüm yani neden benim başıma geldi demedim hiç çünkü Allah’ın bir şeyi sonuçta o derdi verdi çekeceğiz ama üzülmedim değil. Çünkü hayatımda bir sürü değişiklik olacağını biliyordum”.

Tedavi sürecinde ise bazı katılımcıların daha uyumlu oldukları, bazılarının ise sürecin zorluklarını gördükten sonra daha çok üzüldükleri ve sinirli oldukları bulunmuştur. Süreç içerisinde duygu ve düşüncelerin olumlu yönde değişmesinde aile ve sağlık personelinin duygusal ve sosyal desteğinin önemli bir rolü olduğuna ilişkin ifadeler elde edilen veriler arasında yer almıştır. Bir katılımcı (4K-16) bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir: *“Korkuyordum o korku geçti. Ondan sonra başka ne bileyim annemler falan konuştu yani kötü bir şey olmadığını anlayınca geçti hemen zaten bir hafta bile sürmedi”.*

Hastanede yatışın ve kemoterapinin sonlanmasından sonra görüşmelerin yapıldığı dönemde katılımcılara hisleri ve düşünceleri, nüks kaygılarının olup olmadığı sorulduğunda *“nüks korkusu ve tekrar eden diğerleri”*

önemli ifadeler olmuştur. Katılımcılardan bazıları burada tanıdıkları ve hastalığı nüks etmiş olan arkadaşlarının olduğundan bahsetmiş, bu durumdan duydukları üzüntüyü dile getirmişlerdir. Nüks korkusunun genellikle hastaneye kontroller için geliş sırasında ya da başka hastalık durumları yaşandığında yoğunlaştığı, diğer zamanlarda katılımcıları rahatsız edecek düzeyde bir kaygı yaratmadığı görülmüştür. Katılımcılardan biri (7E-12) bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir:

“Tekrarlar diye korkuyorum. Hastaneye gelince ve kardeşim hastalandığında daha çok aklıma geliyor. Şimdi kanlarımı verirken bile şu kanım mı bozuk, beyaz kürem mi düşük yatıracaklar mı acaba diye düşünüyorum”.

Bir başka katılımcı da (3K-12) nüks kaygılarının en çok kan verirken yoğunlaştığını şu sözleriyle anlatmıştır:

“Buraya gelirken içim zangır zangır böyle kan verirken mesela zor alıyorlar kanı. Ben çok korkuyorum nasıl çıkacak niye. Biraz öksürüyorum nasıl çıkacak diye çok merak ediyorum. Herhalde yatırırlar hastanede diye dün çok korktum. Gene herhalde tekrar ederim diye çok korktum. Her gün geliyor yani aklıma böyle hasta olduğum zaman çok geliyor yani. İyiyken gelmiyor”.

3.3.2.Tema: Baş etme Biçimleri

Katılımcılara hastalık ve tedavi sürecindeki duygu, düşünce ve deneyimleriyle baş edebilmek için neler yaptıkları sorulduğunda cevaplar bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarda birlikte verilmiştir. Hastalığı ve tedavi sürecini özellikle anne ve diğer aile üyelerinden ve sağlık personelinin alınan sosyal ve duygusal destek eşliğinde teslimiyetle kabul etme, sağlık personelinin verdiği tavsiyelere uyma ve zamanı daha kaliteli geçirebilmek için davranışsal olarak faaliyetleri yeniden düzenleme baş etme biçimleri arasında sayılmıştır. Katılımcılardan biri (2K-16) süreçle nasıl baş edebildiğine dair soruya tüm bu boyutları birlikte ele alan şu ifadeleri kullanarak yanıt vermiştir:

“Annemin desteği çok o yüzden hiç bir sıkıntım yok. Onun desteği olmasa zaten belki de pes etmiştim çoktan. Ama sürekli diyorum ki iyileşeceğim, okuyacağım ve annemin yüzünü kara çıkarmayacağım. Yani o şekilde gidiyorum pes etmiyorum hiç o yüzden. Annemi düşünüyorum yani sürekli. Onun dışında kitap okuyorum, kendimi sanal oyunlara çok verdim o şekilde zamanı çok geçiriyorum. Neredeyse sabah bir başlıyorum akşama kadar sanal oyunlar bayağı oynuyorum. Televizyon o kadar izlemezdim mesela hatta hemen hemen hiç izlemezdim diyebilirim ama şimdi televizyonu da çok izliyorum. Magazin falan çok takip etmeye başladım. Eskiden çok ilgilenmezdim kendi hayatıma bakardım ama şimdi boş kaldığım için mecbur bir şeylerle ilgilenmek zorundayım o yüzden öyle yani”.

Bir başka katılımcı (1K-14) yaşamındaki değişikliklerle baş etmek için neler yaptığıyla ilgili soruya sağlık çalışanlarının tavsiyeleri ve dikkat edilmesi gereken şeyler üzerinden cevap vermiş ve şöyle demiştir:

“Mesela hep hemşireleri dinledik. Şunu yedirmeyin diyorlardı mesela bazıları yediriyorlardı biliyordum yani çok canları istiyordu çocukların anneleri evde yediriyordu ateşlenip geliyorlardı. Ben hiç ateşlenip de

hastaneye gelmedim. Annem hep dikkat etti, hep her şeyi düdüklüde pişirdi. Yani yeşillik hiç yemiyordum ıspanak da yemiyordum artık onları yiyorum. Temizliğe çok dikkat ettik hep ellerimi yıkıyorum”.

Katılımcıların vermiş olduğu cevaplar hastalık ve tedavi sürecine “uyum” ile özdeşleştirilmiş olup, bu uyum duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak baş etme biçimleri arasında yer almıştır. Çoğu katılımcı eskiden yaptıkları faaliyetleri artık yapamadıklarını fakat tedavi sırasındaki durumlarına uygun olarak kitap okuma, televizyon izleme, internete girme gibi daha pasif faaliyetlerle yaşamlarını yeniden organize ettiklerini, süreçle baş edebilmek için zamanlarını bu şekilde geçirdiklerini ifade etmişlerdir.

3.3.3.Tema: Psikososyal Gelişme

Katılımcılara hastalık ve tedavi sürecinin olumlu katkıları sağlayan yanları olup olmadığı sorulduğunda hastanede yatış sürecindeki kurdukları arkadaşlık ilişkileri ve sağlık personeliyle olan olumlu ilişkileri dışında psikososyal gelişimlerine vurgu yapmışlardır. Bu gelişmelerin “yeni değer ve öncelikler”, “olgunluk” ve “empati” boyutlarında olduğu katılımcılar tarafından dile getirilmiştir.

Katılımcılardan birisi (2K-16) hastalıkla birlikte duygu ve düşüncelerinde olan değişimi ve yeni değer ve öncelikler oluşturma eğilimini şu cümlelerle ifade etmiştir: “Kesinlikle çok değişiklik oldu mesela önceden her şeye üzülen biriydim ama şimdi galiba hastalığın etkisiyle olduğunu düşünüyorum o kadar çok üzülüyorum. Çünkü belki de bu hastalığa üzüntülerimden dolayı yakalanmış olabilirim biraz aile yaşantım sorunlu olduğu için. O yüzden takmamaya çalışıyorum böyle umursamamaya çalışıyorum”.

Bir başka katılımcı (5E-12) hastalık ve tedavi sürecinin kendisine sağlamış olduğu katkıları büyüme ve olgunluk kavramlarını vurgulayarak şöyle ifade etmiştir: “Olacak, çünkü daha olgun düşüneneğim yaşlılarıma göre. Yaşlılarımdan bir yaş daha olgun düşüneneğime inanıyorum. Yani daha çok acıya dayanıklı mesela yani sabırlı olabilirim onlardan. Daha yani sakin düşünebilirim. Başka şeyler yapabilirim. Sinirliyken kendimi kontrol bile edebilirim”.

Katılımcılardan bir tanesinin (1K-14) olumlu katkıları ilgili cevabı empati kavramı üzerinden olmuş ve şu şekilde ifade edilmiştir: “Ondan sonra evde duranları anladım. Yani şey ne bileyim başkalarını yani. Hani böyle felç olup da hiç dışarı çıkamayanlar var ya mesela onları anladım”.

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sırasında, hemen hepsinin verdikleri cevapların niteliği ve kendilerini ifade etme biçimlerindeki tavrın, yaşlarına oranla daha gelişmiş bir düzeyde olduklarına ilişkin bir kanıya varılmasını sağlamış olup; bu duruma ilişkin öz farkındalıkları da kendi cümlelerindeki ifadelerinde yer bulmuştur.

4. Tartışma

Nitel araştırma deseninde ve fenomenolojik yaklaşım ile gerçekleştirilen bu çalışmada, çocukluk çağı kanserlerini deneyimleyen çocuklarda hastalık ve tedavi sürecinin psikososyal etkileri kendi deneyimleri ile ortaya konmak istenmiştir. Bulgulara genel olarak bakıldığında çocukluk çağı kanserleri ve tedavi süreci hastaları pek çok yönden etkilemektedir. Bir çocuğun kanser tanısı almış olması ve devam eden tedavi süreci onun yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok fiziksel ve psikososyal değişikliğe yol açmakta olup; tedavinin yan etkileri, hastanede uzun süreli yatış, okula gidememe, ilişkilerdeki ve ailedeki değişimler, sosyal izolasyon ve faaliyetlerin kısıtlanması bu değişikliklere yol açan önemli etkenler olarak nitelendirilmiştir. Hastanede gerçekleştirilen gönüllü etkinlikleri ve hediyeler, aile üyelerinden, sosyal çevreden ve sağlık personelinin görülen özel ilgi ve duygusal/sosyal desteğin baş etme sürecine olumlu katkı sağlayan yönleri ve bu konunun önemi bu çalışmanın sonuçları arasında önemle vurgulanmaktadır. Ayrıca çoğunlukla kanser deneyiminin negatif psikososyal etkilerine değinilmiş olmasına karşın, bu çalışmanın bulguları arasında psikososyal gelişme de önemli bir yer tutmaktadır.

Bir çocuğa kanser gibi yaşamı tehdit edici ve kronik bir hastalık teşhisinin konması, ebeveynler, hasta çocuğun kendisi, varsa kardeşleri ve diğer yakın çevresi açısından sağlıklı yaşama ve gelişmeyi olumsuz yönde etkileyebilecek, aile içinde ayrı ayrı her bir bireyin içinde bulunduğu yaşam dönemini sağlıklı bir şekilde yaşamasını engelleyebilecek bir kriz durumu yaratmaktadır. Bu kriz durumu sonucunda karşılaşılabilecek olan psikososyal ve ekonomik sorunların çözümünde ve onların yeni yaşam durumlarına uyum süreçlerinde pek çok disiplinin sorumluluğu bulunmaktadır. Bu disiplinlerden biri de hiç kuşkusuz sosyal hizmet mesleğidir (Özbesler, 2001). Bu nedenle çalışmanın bu bölümünde öncelikle onkolojik sosyal hizmet ve özellikle pediatrik onkolojik sosyal hizmet odağında bazı genel tespitlere yer verilmiş ve ardından yukarıda genel hatlarıyla açıklanan araştırma bulguları literatürde yer alan diğer çalışma bulguları ışığında tartışılmıştır.

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları çerçevesinde özelleştirilmiş alanlardan biri de onkolojidir. Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının kanser hastaları ve hastaların yakınları özelinde yeniden yapılandırıldığı onkolojik sosyal hizmet alanı içerisinde biraz daha özellikli bir grup olan çocuk kanser hastalarına yönelik gerçekleştirilen tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ise pediatrik onkolojik sosyal hizmet olarak adlandırılmaktadır.

Onkoloji sosyal hizmet uzmanının müracaatçılarına yardımcı olabilmesi için öncelikle kanser hakkında sonrasında da kanserin tanısı, tedavisi ve psikososyal boyutu konularında yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Ayrıca sürecin baş aktörü kanseri deneyimleyen hasta olduğu için sosyal hizmet uzmanı kolaylaştırıcı bir tavır takınmalıdır. Kolaylaştırıcı rolünü kullanırken uzman bireye karşı eşitlikçi olmalı, onun destek mekanizmalarına katılımını sağlamalı ve verdiği kararlara saygı duymalıdır (Yıldırım ve ark., 2013).

Söz konusu çocuk olduğunda hem hastalıktan etkilenen bireylerin sayısı artmakta hem de aile bir bütün olarak psiko-sosyal ve ekonomik açılardan daha fazla etkilenmektedir. Ayrıca kanseri deneyimleyen bireyin çocukluk çağında olması da birey özelinde pek çok psiko-sosyal sorunu gündeme getirmektedir. Dolayısıyla özellikle çocukluk çağı kanserlerini deneyimleyen bu özel grupta çalışan pediatrik onkolojik sosyal hizmet uzmanlarının çocukluk çağı kanserlerinin psikososyal boyutuyla ilgili gerekli donanıma sahip olmaları gerekmektedir. Ancak bu sayede sosyal hizmet uzmanları, çocuklar ve ailelerinin hastalık ve ilgili ihtiyaçlar konusunda taleplerini dengeli bir biçimde ele alarak uygun öneriler sunabilirler. Mümkün olduğu kadar talepleri karşılamaya, çocukları ve ailelerini desteklemeye yardımcı olabilirler. Uygun müdahalelerle çocukların ve ailelerin duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasını, rollerinin gerekliliğinin karşılanmasını, beden ve psikolojik sağlıklarının devam ettirilmesini mümkün kılacak gerekli yöntemleri geliştirebilirler (Acar, 2013).

Literatüre bakıldığında kanser tedavisi gören erişkin hastalarla ilgili birçok çalışma (Beser ve Öz, 2003; Işıkhani ve diğ., 2005; Gilbar ve Zusman, 2007; Işıkhani, 2007; Erci, 2007; Gültekin ve diğ., 2008; Pinar ve diğ., 2008) bulunmakla birlikte pediatrik hastaların bakış açısı ile hastalık ve tedavi sürecini değerlendiren çok az veri mevcuttur (Britt, 1992; Eiser, 2000; Hicks ve ark., 2003; Gibson ve ark., 2010; Lopez, 2011). Çocukluk çağı kanserlerinin psikososyal etkileri ve sürece ilişkin deneyimlerin araştırıldığı çalışmalarda ise çoğunlukla ebeveynler ve profesyonel meslek elemanlarının bakış açıları üzerinden araştırmalar yapılandırılmıştır (Murray, 2002; Patterson ve ark., 2004; Wilkins ve Woodgate, 2005). Kanserinin uzun dönem etkilerini araştıran bazı çalışmalarda ise çocukluk çağı kanserini deneyimleyen ancak yetişkin durumuna gelmiş hastalarla retrospektif çalışmalar yapılmıştır (Özbaran ve Eremiş, 2006; Alvarez ve ark., 2007; Elçigil ve Tuna, 2011). Hastalık ve tedavinin yakın dönem etkilerini, çocuk ve adölesanların bakış açısından tanımlama eğiliminin görece az olması, araştırmacıların çocukların kendisini yeterli derecede ifade edemeyeceğine ilişkin önyargılar geliştirmiş olmalarıyla açıklanabilmektedir. Oysa, herhangi bir olay ya da duruma ilişkin yaşanan duygu ve deneyimler kişinin kendi bakış açısından ele alındığında en değerli anlamı vermektedir. Feeney ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptıkları bir çalışmada yedi yaşındaki çocukların bile kendi yaşam kaliteleriyle ilgili olarak diğer kaynaklardan elde edilemeyecek kadar fazla bilgi sağlayabildiklerini ortaya koymuşlardır (Feeney ve ark., 1998). Ek olarak, Ronen ve arkadaşları tarafından 1999'da yapılan bir nitel araştırmada 6-10 yaşlarındaki epilepsi hastası çocukların, yaşam kalitelerini kendi perspektiflerinden değerlendirebilmiş oldukları ifade edilmektedir (Ronen ve ark., 1999).

Kanserli çocuklarda görülen psikososyal sorunları belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların çoğunda kontrol kaybı, geleceğin belirsiz olması, nüks korkusu, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma gibi çocuğun yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen psikososyal sorunların farklı düzeylerde yaşandığı görülmektedir (Pendley ve ark., 1997; Kazak ve Ark., 2004; Elçigil ve Tuna, 2011). Bu çalışmanın sonuçları da çocukluk çağı kanserini deneyimleyenlerde sürece ilişkin bir takım spesifik yaşam deneyimleri ve psikososyal

etkilerin gözlemlendiğini göstermektedir. Hastanede olmak başlı başına bir yaşam deneyimi olarak görülürken tedavi ve yan etkileri, sosyal izolasyon ve ilişkilerdeki değişimler de diğer spesifik yaşam deneyimleri olarak görülmüştür. Hastalığa verilen duygusal tepkiler, baş etme biçimleri ve psikososyal gelişme de diğer psikososyal etkiler arasında yer almıştır.

Britt 1992 tarihinde nitel metodla gerçekleştirmiş olduğu doktora tezinde pediatrik kanser hastalarının ve ailelerinin tecrübelerini incelemiş; tepki ve etkileşimler, ağrı/hastalık, hastaneye yatma, kelliik, ölüm korkusu, gerçek ölüm ve belleği diri tutma şeklinde 6 tema tanımlanmıştır (Britt, 1992). Bu çalışma ile karşılaştırıldığında tepki ve etkileşimler ve hastaneye yatma temaları benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da tepki ve etkileşimler teşhis, tedavi ve bitirme aşamalarında ayrı ayrı ele alınmış, bu aşamalarda tepki ve etkileşimlerin seyri benzer bulunmuştur. Kayba verilen tepkilerin, yeni duruma uyum sağlamaya kadar aşamalar halinde ilerlediğini belirleyen Kübler-Ross'a (1997) göre yas sürecinin içerdiği beş temel aşama inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir. Çocuklarda tepkiler tam olarak yetişkinlerde olduğu gibi berrak ve sıralı şekilde gerçekleşmese de en başta korku, belirsizlik ve inkarın belirgin olduğu bir süreçten uyum ve kabullenmenin belirginleştiği bir sürece doğru bir yönelim söz konusu olduğu görülmektedir. Fakat sürecin bazı aşamalarında depresyon, yorgunluk ve çökkünlüğün hakim tepkiler olduğu da dikkat çekmektedir. Genel gözlem hastalığının tanısını bilen ve doktorları ve aileleri tarafından yeterince bilgilendirilmiş olan çocukların kabullenme ve uyum konusunda daha başarılı oldukları yönündedir. Aileleri ve doktorları tarafından yeterince bilgilendirilmiş olan kanser hastalarının hem yaşamları üzerinde daha az kontrol kaybı yaşadıkları hem de algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Taşkıran, 2010). Huijsmans'ın 2012 tarihli sistematik derleme şeklinde kurguladığı tezinde çocukluk çağında kanser deneyimleyenlerin uyum sürecini değerlendirmiş ve uyum sürecinde kullanılan farklı mekanizmaların hastaların psikososyal iyilik halini etkileyebileceğini belirtmiştir. Ayrıca çocukluk çağında kansere yakalanan hastalara hastalığını anlatmanın yanında hastalıkla nasıl yaşayabileceğinin anlatılmasının da önemine dikkat çekilmiştir (Huijsmans, 2012). Bu nedenle sürecin her aşamasında çocuğun algılayabilme kapasitesi göz önünde bulundurularak hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgilendirilmesi pediatrik onkolojik sosyal hizmet uzmanının önemseddiği konuların başında gelmelidir.

Ayrıca hastanede olma durumu ile ilgili olarak da Britt'in (1992) yapmış olduğu çalışmada hastalık ve ağrılı süreçler dışarıda tutulduğunda hastaneye karşı duyulan özlem, gelen hediyeler ve kendilerine gösterilen spesifik ilgiden duyulan memnuniyet bu çalışmanın sonuçlarıyla son derece benzerlik göstermektedir. Düzenlenen etkinliklerin ve gönüllülerden gelen hediyelerin sayesinde kanserli çocukların hastaneyi, sağlık personelinin ve en önemlisi hastalıklarını algılama biçimlerinde ve beklentilerinde olumlu katkıları olması nedeniyle bu faaliyetler sosyal hizmet açısından oldukça önemli olmaktadır. Aynı zamanda bu sayede diğer çocuklar ve sağlık personeli ile de destekleyici ilişkiler kurabilmektedirler. Tetkik ve tedavi amacıyla hastanede yatan kanserli çocuk hastaların serbest zaman etkinliği sayesinde rahatlamış, ajite olmayan, daha

az agresif, sosyal yönden daha işlevsel, aileleriyle, sağlık personeliyle ilişkileri olumlu ve tedaviye uyumlu bir birey olmaları sağlanabilmektedir (Acar, 2013).

Julie Hicks ve arkadaşları tarafından 2003 yılında gerçekleştirilen bir nitel çalışmada, çocukluk çağı lösemi hastalarındaki yaşam kalitesi hastaların kendi perspektiflerinden incelenmiş ve beş tema tanımlanmıştır. Bunlar; a) yorgunluk, b) aktiviteler üzerindeki etkisi, c) ilaç ve tedavilerin etkileri, d) ilişkilerdeki değişimler ve e) saç dökülmesi şeklinde gruplanmıştır. Sonuç olarak lösemi ve tedavisinin hastanın yaşam kalitesini etkilemesine rağmen hastaların hiçbirinin lösemisinin hayatlarında kalıcı etkiler bırakacağını düşünmedikleri ve bir çocuğun lösemi tanısı almış olmasının onun yaşam kalitesinde etkileri olan birçok fiziksel ve psikolojik değişikliklere yol açtığı bulunmuştur (Hicks ve ark., 2003). Bu çalışma ile karşılaştırıldığında tedavi ve yan etkileri ve ilişkilerdeki değişimler temaları birebir benzerlik göstermektedir. Ayrıca aktiviteler üzerindeki etkisi ve saç dökülmesi temaları ise başka temalar altında gruplandırılan önemli kavramlar olarak ele alınmıştır. Bu çalışmanın sonuçları açısından bakıldığında da çocukların gelecekle ilgili ciddi kaygılar duymadıkları ve hastalığın hayatlarında kalıcı etkiler bırakacağını düşünmedikleri görülmektedir. Geleceğe yönelik planları ve hayalleri bulunmasına rağmen özellikle süreci çagıştıran herhangi bir olay karşısında hastalığın nüksetmesine yönelik duyulan korku da çocuklar arasında paylaşılan ortak duygulardandır.

Çocukluk çağı kanserleri hastalığı yaşayan bireyi ve yakın aile dinamiklerini sayısız biçimde etkilemektedir. Çocuklar hastanelere korkuyla, hastanedeki yaşam, teşhis ve tedavi süreci hakkındaki belirsizliklerle girmektedirler. Uzun ve zahmetli tedavilerini yaptırma sürecinde ailelerinden, arkadaşlarından ve tanıdık çevrelerinden ayrılmak ya da uzaklaşmak zorunda kalabilmektedirler. Kanser tanısı yüzünden kendilerini izole olmuş ve yalnız hissedebilmektedirler. Hastalığın ve tedavinin yan etkilerine bağlı olarak günlük yaşam için gerekli olan olanaklardan ve arkadaşlarıyla ilişkilerinden yoksun kalmaktadırlar (Acar, 2013). Sosyal hizmet uzmanlarının çocukların yaşamlarındaki bu değişikliklerin farkında olma, bu değişikliklerin çocuklar ve aileler üzerindeki etkisini anlayabilme ve uygun baş etme yöntemleri geliştirebilmelerinde destek olmaları gerekmektedir. Özellikle aile işlevlerindeki değişiklikler ve ihtiyaç duyulan sosyal desteğin sağlanmasında sosyal hizmet uzmanlarına büyük görevler düşmektedir. Hastalığı öncelikli olarak deneyimleyen birey başta olmak üzere tüm aile bireyleri, sağlık bakım ekibi ve tümü arasındaki iletişim ve etkileşimler bütünü sosyal hizmetin odağındaki temel unsurlar arasındadır.

5.Sonuç

Bu çalışmanın sonucunda çocukluk çağı kanserlerini deneyimleyen çocukların kendi bakış açılarıyla bu süreci son derece açık bir şekilde ifade edebildikleri, sürecin kendine özgü pek çok psikososyal, ailevi ve ekonomik sorunu birlikte içerdiği ve çocukların bu sürece yönelik farkındalıklarının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı kanserlerinin çocuk ve ailelerin hayatındaki etkileri göz önünde bulundurulduğunda formal ve informal destek mekanizmalarının devreye girmesi, ailenin sosyal ve

ekonomik yönlerden desteklenmesi gerektiği oldukça açık olmakla birlikte, bu çalışma sonucunda özellikle ihmal edilmemesi gereken bazı hususlara da dikkat çekilmektedir. Bu süreç içerisindeki destek gereksiniminin sadece araçsal desteği değil, aynı zamanda çocuklar için sosyal-duygusal ve bilgi desteği konularını da içermesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu yüzden çocukların gelişim dönemlerine özgü algılama kapasiteleri ölçüsünde tanı ve süreçle ilgili bilgilendirilmeleri, ailelere çocuklarına karşı nasıl davranacakları ile ilgili gerekli danışmanlığın verilmesi ve normal hayata yeniden dönüş sürecinde okul ve sosyal çevre ile gerekli çalışmaların yapılması özellikle önem arz etmektedir. Pediatrik onkolojik sosyal hizmet uygulamaları çerçevesinde bu çalışmaların yapılması sayesinde çocukların yaşamları üzerindeki kontrol hislerinin güçleneceği, bilgisizlik ve belirsizliğin yarattığı kaygının azalacağı, sağlığı ile ilgili yapılması gerekenler konusunda tedavi ekibi ile iş birliğine daha açık olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle konuya ilişkin daha ileri çalışmaların planlanması hem literatürde bu alandaki bilgi eksikliklerinin giderilmesini sağlayacak hem de bu zorlu süreci deneyimleyen hasta popülasyonuna daha bütüncül ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunun yolunu açabilecektir.

Kaynakça

1. Alvarez, A.J., Scully, R.E., Miller, T.L., Armstrong, D.F., Constined, L.S., Friedman, D.L., Lipshultz, S.E. (2007). Çocukluk çağı kanserlerinde tedavinin uzun dönemdeki etkileri. *Current Opinion in Pediatrics*, 19, 23-31.
2. Anholt, U.V., Fritz, G.K., Keener, M. (1993). Self-concept in survivors of childhood and adolescent cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11, 1-16.
3. Beser, N. ve Öz, F. (2003) Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 47-58.
4. Britt, D.C. (1992). *Thoughts, feelings, and actions: A retrospective study of the coping efforts of pediatric cancer patients in the context of the home, institution, and community*. Dissertation submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Family and Child Development.
5. Docherty, S. & Sandelowski, M. (1999). Focus on qualitative methods: Interviewing children. *Research in Nursing & Health*, 22 (2), 177-185.
6. Eiser, C., Hill, J.J., & Vance, Y.H. (2000). Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: Systematic review as a research method in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (6), 449-460.
7. Elçigil, A. ve Tuna, S. (2011). Kanser tedavisi biten çocukların yaşadıkları sorunlar ve bakımlarında hemşirenin rolü. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26 (3):134-141.
8. Erci, B. (2007). Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: A sample of healthy people in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 761-768.
9. Feeney, D., Juniper, E.F., Ferrie, P. J., Griffith, L. E. (1998). *Why not just as the kids?* In D. Drotar (Ed.) Measuring health-related quality of life in children and adolescent (1330-1334). London: Lawrence Erlbaum.
10. Gibson, F., Aldiss, S., Horstman, M., Kumpunen, S., Richardson, A. (2010). Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods. *International Journal of Nursing Studies* 47,1397-1407.
11. Gilbar, O. ve Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 16 (11), 1010-1018.
12. Gray, R.E., Doan, B.D., Shermer, P., Vatter-Fitzgerald, A., Berry, M.P., Jenkin, R.D.T., Doherty, M.A. (1992). Psychologic adaptation of survivors of childhood cancer. *Cancer*, 70, 2713-2721.
13. Gunes, A.M., Oren, H., Baytan, B., Bengoa, S.Y., Evim, M.S., Gozmen, S., Tufekci, O., Karapinar, T.H., Irken, G. (2014). The long-term results of childhood acute lymphoblastic leukemia at two centers from Turkey: 15 years of experience with the ALL-BFM 95 protocol. *Annals of Hematology*, 93 (10):1677-1684.
14. Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, F., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L. ve Diğ. . (2008) Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 18 (2), 99-106.
15. Hicks, J., Bartholomew, J., Ward-Smith, P., Hutto, C.J. (2003). Quality of life among childhood leukemia patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20 (4), 192-200.
16. Huijsmans, M. (2012). *Coping in childhood cancer survivors*. Bachelor thesis Psychology and Health Department Psychology and Health, Medical Psychology, Tilburg University.
17. Işıkkhan, V., Kömürçü, Ş., Özet, A. ve diğ. (2005). The status of alternative treatment in cancer patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 28, 355-362.
18. Işıkkhan, V. (2007). Kanser Ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18 (1), 15-29.
19. Kazak, A.E., Alderfer, M., Rourke, M.T., Simms, S., Streisand, R., Grossman, J.R. (2004). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *J Pediatr Psychol*, 29 (3):211-9.

20. Kübler-Ross, E. (1997). *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. İstanbul: Boyner Holding Yayınları.
21. Linet, M.S., Ries, L.A.G., Smith, M.A., Tarone, R.E., Devesa, S.S. (1999). Cancer surveillance series: Recent trends in childhood cancer incidence and mortality in the United States. *Journal of the National Cancer Institute*, 91 (12), 1051-1058.
22. Lopez, D.A. (2011). *Transition experiences of adolescent survivors of childhood cancer: A qualitative investigation*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Psychological and Social Foundations College of Education University of South Florida.
23. Madan-Swain, A., Brown, R.T., Sexson, S.B., Baldwin, K. (1994). Adolescent cancer survivors: Psychosocial and familial adaptation. *Psychosomatics*, 35, 453-459.
24. Merleau-Ponty, M. (1965). What is Phenomenology? *Cross Currents*. 6 (1), 59-70.
25. Munhill, P.L. (1993). *Nursing research: A qualitative prespective*. New York: National League for Nursing Press.
26. Murray, J. S . (2002). A qualitative exploration of psychosocial support for siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 17, 327-337.
27. Pendley, J.S., Dahlquist, L.M., Dreyer, Z.A. (1997). Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 29-43.
28. Özbaran, B. ve Eremiş, S. (2006). Kanser tedavisi gören çocuk ve gençlerde uzun süreli izlem sürecinde psikososyal özelliklerin tanımlanması ve genel yaklaşım ilkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 9:185-190.
29. Patterson, J.M., Holm, K.E., Gurney, J.G. (2004). The impact of childhood cancer on the family: a qualitative analysis of strains, resources, and coping behaviors. *Psychooncology*. 13 (6):390-407.
30. Pendley, J.S., Dahlquist, L.M., Dreyer, Z. (1997). Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. *J Pediatr Psychol*, 22 (1):29-43.
31. Pınar, G., Algier, L., Çolak, M. ve Ayhan, A. (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18 (3), 141-149.
32. Ronen, G. M., Rosenbaum, P., Law, M., Streiner, D. L. (1999). Health-related quality of life in childhood epilepsy: The results of children's participation in identifying the components. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41 (8), 554-559.
33. Shankar, S., Robison, L., Jenney, M.E., Rockwood, T.H., Wu, E., Feusner, J., Bhatia, S. (2005). Health-related quality of life in young survivors of childhood cancer using the Minneapolis-Manchester Quality of Life-Youth Form. *Pediatrics*, 115 (2), 435-442.
34. Sloper, P., Larcombe, I., Charlton, A. (1994). Psychosocial adjustment of five-year survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Education*, 9, 581-588.
35. Smith, M.A., Altekruze, S.F., Adamson, P.C., Reaman, G.H., Seibel, N.L. (2014). Declining childhood and adolescent cancer mortality. *Cancer*, 120 (16), 2497-2506.
36. Stern, M., Norman, S.L., Zevon, M.A. (1993). Adolescents with cancer: Self-image and perceived social support as indexes of adaptation. *Journal of Adolescent Research*, 8, 124-142.
37. Tanyas, B. (2014). Nitel Araştırma Yöntemlerine Giriş: Genel İlkeler ve Psikolojideki Uygulamaları. *Eleştirel Psikoloji Bülteni*. 5, 25-38.
38. Taşkiran, H. (2010). *Kanserli bireylerde algılanan sosyal desteği etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Örneği* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
39. Tuncay, T. (2009). Genç kanser hastalarının hastalık anlatılarının güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 69-87.

40. Yıldırım, B., Acar, M. ve Tuncay, T. (2013). Onkoloji alanında sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve kanıta dayalı değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1), 169-190.
41. Wilkins, K.L., Woodgate, R.L.(2005). A review of qualitative research on the childhood cancer experience from the perspective of siblings: a need to give them a voice. *J Pediatr Oncol Nurs*. 22(6):305-19.

EK-1:

**Çocukluk Çağı Kanseri Deneyimleyen Ergenlerin Bakış Açısından Hastalık Ve Tedavi Süreci: Bir Nitel Araştırma
Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

Görüşme No:

Görüşme süresi:

Tarih:

1. TANITICI BİLGİLER

Yaşı:

Cinsiyeti:

Hastalığın Tanısı:

2. HASTALIK VE TEDAVİ SÜRECİNE YÖNELİK BİLGİLER

-Hastalığın İlk Teşhis Sürecine Yönelik Bilgiler

Hastalığınız ilk olarak ne zaman başladı? Ne tür belirtiler vardı? Süreç nasıl devam etti? Size hastalığınızla ilgili bilgi verenler oldu mu? Kimlerden ne tür bilgiler aldınız?

- Hastalığı Algılama ve Tanımlamaya Yönelik Bilgiler

Bu hastalığı nasıl tanımlarsınız? Bilmeyen birisi size sorarsa hastalığınızı nasıl anlatırsınız?

- Teşhisten Takibe Duygu ve Düşünce Değişimine Yönelik Bilgiler

Hastalığınızı ilk öğrendiğinizde neler hissettiniz? Nasıl tepkiler verdiniz? Süreç içerisinde duygu ve düşüncelerinizde değişiklikler oldu mu? Şu anda neler hissettiğinizi paylaşabilir misiniz?

- Hastalık ve Tedavi Sürecinin Olumlu ve Olumsuz Yanlarına Yönelik Bilgiler

Hastalık ve tedavi sürecinin en zor yanları nelerdi? Bu sürecin olumlu ya da olumsuz yanlarından kısaca bahsedebilir misiniz? Eskiden yapabildiğiniz fakat artık yapamadığınız ya da bu süreçte yapmaya başladığınız şeyler var mı? Sürece ilişkin hatırladığınız güzel anlar var mı?

- Hastalık ve Tedavi Süreciyle Baş Etmek İçin Yapılanlara Yönelik Bilgiler

Bu hastalıkla birlikte hayatınızda neler değişti? Hastanede ve evde zamanınızı nasıl geçirdiniz? Hastalık ve tedavi sürecini atlatmak için özellikle yaptığınız şeyler var mı? Size güç veren ya da destek aldığınız herhangi bir şey ya da birileri var mı?

- Gelecekle İlgili Duygu ve Düşüncelere Yönelik Bilgiler

Gelecekle ilgili hayalleriniz ya da planlarınız var mı? Gelecekle ilgili düşünceleriniz üzerinde hastalığın herhangi bir etkisi var mı?

TIBBİ VE PSİKİYATRİK SOSYAL HİZMET ALANINDA YAZILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

Dr. Öğrt. Üyesi Hüsünur ASLANTÜRK*

Öz

Sağlık alanında paradigmanın değişimi, tedavinin ruhsal, sosyal ve ekonomik boyutunu da gündeme taşımıştır. Bu değişimle birlikte tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet, sağlığın bütüncül bir bakış açısıyla ele alındığı multidisipliner yaklaşımda önemli bir unsur haline gelmiştir. Bu çerçevede tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan akademik çalışmaların sayısı artmış ve içeriği çeşitlenmiştir. Bu çalışmada sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin içerik ve metodolojik açıdan incelenmesine çalışılmıştır. Doküman incelemesi yönteminin kullanıldığı bu çalışmada Yükseköğretim Kurulu'nun Ulusal Tez Merkezi'nden akıllı arama motoru ile yapılan aramada Sosyal Hizmet Anabilim Dalında yazılan tüm lisansüstü tezler incelenerek tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanına giren 72 lisansüstü tez seçilmiş ve bu tezler üzerinden bir değerlendirme yapılmıştır. Yapılan değerlendirme yıllara göre Sosyal hizmet Anabilim Dalı'nda yazılan tüm tezlerin içinde tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan tezlerin oranı, tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan tezlerin içerik açısından değerlendirilmesi ve metodolojik açıdan değerlendirilmesi olmak üzere üç alanda gerçekleştirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin sosyal hizmet alanında yazılan tüm tezlerin yaklaşık % 14'ünü oluşturduğu; çoğunlukla Hacettepe Üniversitesi'ne bağlı sosyal hizmet yüksek lisans ve doktora programları kapsamında yazıldığı görülmüştür. Tezlerin büyük bir bölümünün yüksek lisans tezi olduğu ve genellikle nicel araştırma yöntemi kullanılarak tasarlandığı anlaşılmıştır. Konularına göre ise hastalara/hasta gruplarına yönelik yazılan tezleri, psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan tezler ve personele yönelik yazılan tezler izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi sosyal hizmet, lisansüstü tezler, sosyal hizmet araştırması

INVESTIGATION OF POSTGRADUATE THESES ON MEDICAL AND PSCHIATRIC SOCIAL WORK

Abstract

The change of the paradigm in the field of health has brought the psychological, social and economic dimension of the treatment to the agenda. With this change, medical and psychiatric social work has become an important element in the multidisciplinary approach in which health is handled from a holistic perspective. In this context, the number of academic studies in the field of medical and psychiatric social work has increased and the content has varied. In this study, the content and methodological aspects of the postgraduate theses written in the field of social work were examined. In this study where document analysis method is used, all the postgraduate theses written in the Social Work Department were searched from the National Thesis Center of the Council of Higher Education and 72 postgraduate theses in the field of medical and psychiatric social work were selected and an evaluation was made on these theses. The evaluation was carried out in three areas, namely the ratio of theses written in the field of medical and psychiatric social work, the content of the theses written in the field of medical social work and the methodological evaluation of all theses written in the Social Work Department. As a result of the evaluation, it is stated that the postgraduate theses written in the field of medical and psychiatric social work constitute approximately 14% of all theses written in the field of social work; It is seen that it is mostly written within the scope of post-graduate and doctoral programs of social work of Hacettepe University. It is understood that most of the theses are master's theses and generally designed by using quantitative research method. According to their subjects, theses written for patients / patient groups, theses written in the field of psychiatric social work and theses written for staff are followed.

Keywords: Medical social work, graduate theses, social work research

1. Giriş

Sosyal hizmet disiplininin bilgi temelini en önemli kaynaklardan biri sosyal hizmet araştırmasıdır (Duyan, 2014, s. 37). Her alanda olduğu gibi sosyal hizmet alanında da bilimsel bilginin üretimi uygulamalara yön

* Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü naslanturk@hotmail.com

vermesi ve bu uygulamaların temellendiği kuram ve teorik bakış açısının oluşumuna verdiği doğrudan katkı açısından önem taşımaktadır. Özellikle “bilimsel kanıta dayalı müracaatçı çıktılarıyla ilgili olarak ortaya çıkan müdahaleler” (Krysik ve Finn, 2015, s. 49) şeklinde kabaca tanımlanabilen kanıta dayalı uygulamaların gelişmesiyle birlikte, sadece akademik alanla sınırlanmış bir araştırma yaklaşımının yerini, sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcıları olan çalışan sosyal hizmet uzmanlarının da araştırma sürecinde aktif rol aldığı bir yaklaşıma bırakmıştır.

Sosyal hizmet çocuk ve aile refahı, engellilik, yaşlılık ve sağlık gibi birçok alanı kapsayan ve bu alanlarda ürettiği bilimsel bilgi ile ön plana çıkan bir disiplindir. Sosyal hizmetin temel uygulama alanlarından biri olan sağlık alanında, toplumsal düzeyde yaşanan değişim ve dönüşüme paralel olarak hasta hakları, çalışan güvenliği, evde sağlık, palyatif bakım gibi yeni uygulama alanları oluşmakta, istihdam edilen sosyal hizmet uzmanı sayısı giderek artmakta ve uygulamalar çeşitlenmektedir. Sosyal hizmet açısından değerlendirildiğinde bu durum sağlık alanında yapılan bilimsel çalışmaların niceliğinde ve niteliğinde gerçekleşen değişimi beraberinde getirmekte ve sonuç olarak sağlık alanında sosyal hizmet uygulamaları mikro, mezo ve makro düzeyde çıktıları ile giderek daha fazla sayıda ve daha geniş etki alanına sahip bilimsel çalışmaya konu olmaktadır. Bu alanda yapılan bilimsel çalışmalar sadece sosyal hizmet alanına değil, sağlık alanında doğrudan ya da dolaylı olarak yer alan tüm disiplinler için ciddi bir bilgi kaynağı oluşturmaktadır. Ülkemizde lisans düzeyinde temel araştırma bilgisine sahip alan sosyal hizmet uzmanları ileri düzey sosyal hizmet araştırma eğitimi ve uygulamasını sosyal hizmet alanında eğitim veren lisansüstü programlar kapsamında almaktadırlar.

Türkiye’de lisansüstü eğitimin de temeli olarak değerlendirilmesi açısından 1800’lü yılların sonlarında Avrupa öncülüğünde başlayan sosyal hizmet eğitiminin (Campanini, 2010) tarihine bakıldığında, 1961’de Sosyal Hizmetler Akademisi’nin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde kurulması ile başladığı (Altındağ ve Aykara, 2018) ve 2016 yılı itibarıyla 49 bölümde aktif olarak devam ettiği görülmektedir. Lisansüstü düzeyde ise 1969 yılında Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü’nde başlayan eğitim süreci, 2009 yılına kadar Hacettepe Üniversitesi tarafından tek bir bölüm olarak verilmiş, daha sonra diğer üniversitelerde de sosyal hizmet alanında lisansüstü eğitim programları açılmıştır. Günümüzde 14 üniversitede yüksek lisans, 6 üniversitede ise doktora programı bulunmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde yüksek lisans ve doktora programları ile ilgili en önemli yapısal sorunun sosyal hizmet kökenli akademisyen sayısındaki yetersizlik olduğu görülmektedir. Bu yetersizlik nedeniyle lisansüstü programlarda uzmanlaşma henüz tam olarak gerçekleştirilememiş, dolayısıyla suçluluk, engellilik, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet gibi alanlara özgü lisansüstü eğitim yapılanması henüz sağlanamamıştır (Alptekin, Topuz ve Zengin, 2017).

Bu genel çerçeve doğrultusunda bu çalışmada, sosyal hizmet araştırma eğitiminin verildiği ve uygulamasının yapıldığı lisansüstü programların çıktılarının olması nedeniyle lisansüstü tezler konu alınmıştır. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanına özgü olarak lisansüstü tezlerin incelenmesi ile sosyal hizmet araştırması içinde bu alanın yerinin ve gelişiminin izlenmesi hedeflenmektedir.

2. Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Sağlık, insanlık tarihi boyunca toplumların gündeminde önemli bir konu olarak yer almış, tarihsel süreçte farklı şekillerde tanımlanmış, farklı yaklaşımlarla ele alınmıştır. Tarihsel olarak bakıldığında sağlık alanında yaşanan dönüşüm temel olarak, sağlık kavramının ölüm ya da hastalık gibi çeşitli negatif göstergelerin var olmayışı gibi dar bir bakış açısı yerine daha geniş bir perspektiften ele alınması olarak değerlendirilmektedir (Belek, 1998). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1947 yılında *“sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali”* olarak resmileşen sağlık tanımı ile birlikte bütüncül bir bakış açısının kabul edildiği ve bu bütüncül bakış açısının uygulamalara yansımaya sürecinin hızlandığı görülmektedir. Özellikle sağlık tanımı içinde var olan *“sosyal iyilik hali”*ne yapılan vurgu önemli bir yenilik olarak değerlendirilmiştir (Fişek, 1983; Velicangil, 1980). Sağlık alanındaki uygulamalar çerçevesinde sağlığın sosyal ve ruhsal boyutuna doğrudan odaklanan bir disiplin olarak sosyal hizmet bu çerçevede öne çıkmıştır. Modernleşme süreci ile birlikte bedenin incelenebilir bir özellik taşıması ile birlikte gelişen sağlık anlayışı, postmodern dönemde ruhun da bedenle birlikte merkeze alındığı bir yaklaşıma evrilmiştir (Cirhinlioğlu ve Cirhinlioğlu, 2011).

Sağlık hizmetinin sadece tıbbi tedaviden ibaret olmadığına ilişkin düşüncenin en önemli çıktılarından biri tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarıdır. Sağlığın toplumsal boyutunun ön plana çıktığı ve hastalıkların sosyal, ruhsal, hatta ekonomik boyutunu kapsayacak bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması gerektiği fikri tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının felsefesini oluşturmaktadır. Genel olarak tıbbi alanda gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları olarak ele alınabilecek tıbbi sosyal hizmet *“tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde bireyin, ailenin, grupların ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarını hedefleyen, sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle yürütülen sosyal, psikolojik, eğitsel ve ekonomik boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin bütünü”* olarak tanımlanmaktadır (Duyan, 1996). Psikiyatrik sosyal hizmet ise *“akıl ve ruh sağlığının korunmasına, ruhi ve akli yönlerden birçok güçlükleri olan kişilerin güçlüklerinin saptanmasında ve onların toplum içinde daha sağlıklı, daha yeterli ve sosyal işlevlerinin daha etkili bir biçimde yerine getiren bireyler haline dönüşmelerine yardımcı olan meslek”* (Bulut, 1993, s. 23) olarak ele alınmaktadır.

Genel olarak sağlık alanında 1900'lerin başlarında Amerika'da hastaların tedavi süreçlerinde yaşam koşullarının öneminin fark edilmesiyle birlikte başlayan tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, 1905 yılında ABD'de Boston Massachusetts General Hospital başta olmak üzere birçok hastanede resmen uygulanmaya

başlamıştır (Bracht, 1978; Cowles, 2000; Gehlert ve Brown, 2006). 20. yüzyılın ilk yıllarında ruh sağlığı alanında bir halk sağlığı hareketinin sonucu olarak başlayan (Stuart, 1997) psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki uygulamalar ise ilk sosyal hizmet uzmanının 1906'da Manhattan Devlet Hastanesi Nöroloji kliniğinde göreve başlamasıyla resmi olarak uygulamaya geçmiştir (Zastrow, 2014). Ardından ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi ile süreç devam etmiş, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları ruhsal hastalığı olan bireyin ve ailesinin taburculuk sonrasına hazırlanmasına katkıda bulunmuşlardır. 1913'te ise "Boston Psychopathic Hospital" de ilk sosyal hizmet bölümü 1913 yılında kurulmuştur (Duyan, 1996).

Türkiye'de tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki uygulamaların dünyadan yaklaşık 60-70 yıl sonra başladığı görülmektedir. Sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamalarının tarihsel izi sürüldüğünde 1966 yılında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde sosyal servisin kurulması ve bir sosyal hizmet uzmanının görevlendirilmesi ile resmileşen tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını, 1967 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde bir sosyal hizmet uzmanının istihdam edilmesiyle birlikte resmileşen (Kahramanoğlu, 1973) psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının takip ettiği görülmektedir. Sağlık alanında giderek yaygınlaşan sosyal hizmet uygulamaları tıbbi ve psikiyatrik alanda birçok farklı uygulama içinde yer alarak yaygınlaşmış ve günümüzde sağlığın önemli bir bileşeni olmayı başarmıştır. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının günümüzdeki durumuna bakıldığında özellikle sağlık alanında gerçekleştirilen reformlar sonucunda sağlığın sosyal boyutunun öneminin daha iyi anlaşılmasına başlandığı görülmektedir. Bu çerçevede sağlık alanında sosyal hizmet uzmanlarının istihdamına yönelik ihtiyacın da arttığı anlaşılmaktadır (Özbesler ve İcağasıoğlu Çoban 2010). Sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcıları olarak sosyal hizmet uzmanları Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatı başta olmak üzere, hastanelere bağlı olarak hizmet veren Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, Hasta Hakları Birimi, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi, Hemodiyaliz Merkezleri, Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, Acil ve Krize Müdahale Birimi, Alkol Madde Bağımlılığı Merkezi, Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Merkezi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Çocuk İzlem Merkezi, Nöromusküler Hastalıklar Merkezi gibi birçok farklı birimde ve psikiyatri, onkoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, ortopedi, pediatri gibi farklı kliniklerde hizmet vermektedirler.

Sağlık alanında sosyal hizmet uzmanı istihdamıyla ilgili mevcut duruma bakıldığında Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği verilerine göre ülkemizde 2015 yılı itibariyle 6150 sosyal hizmet uzmanı olduğu ve bu uzmanların yaklaşık 1/6'lık bölümünün ise (1007 kişi) sağlık alanında istihdam edildiği (Bekiroğlu, 2016); 2018 yılına gelindiğinde ise bu sayının 1493'e ulaştığı sosyal hizmet uzmanı olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye'de 2018 Yılı Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanı Dağılımı

Uygulama Alanı	Sayı
Bakanlık Merkez Teşkilatı	20
İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri	169
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)	185
Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kamu ve Üniversite Hastaneleri	1119
Toplam	1493

Kaynak: Özkan, 2018

Tablo 1’de yer alan veriler ayrıntılı olarak incelendiğinde tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin ayrı değerlendirmelerin yapılabileceği verilerin bulunmadığı görülmektedir. Tablo 1’e bakıldığında, Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı’nda 20, İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri’nde 169, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu ve üniversite hastanelerinde ise 1119 sosyal hizmet uzmanının aktif olarak görev yaptığı anlaşılmaktadır. Halk sağlığı hizmetleri kapsamında yer alan Toplum Sağlığı Merkezleri’nde ise 185 sosyal hizmet uzmanının çalıştığı dikkat çekmektedir. Görüldüğü gibi 1965 yılında ilk sosyal hizmet uzmanının istihdam edildiği tarihten bu yana tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet koruyucu, önleyici, tedavi ve rehabilite edici tüm sağlık hizmetlerinde önemli bir unsur olarak yer almaktadır.

3. Yöntem

3.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada tıbbi sosyal hizmet alanında Türkiye’de yapılmış tezlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu genel amaç kapsamında bu alanda yazılan tezlerle ilgili aşağıdaki alt amaçlara ulaşılmaya çalışılmıştır:

- Yıllara göre tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezler içindeki oranının belirlenmesi,
- Tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin hazırlandığı Üniversitelere göre dağılımının belirlenmesi,
- Tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin konularına göre dağılımlarının belirlenmesi,
- Tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin kullanılan metodolojik yönetime göre dağılımlarının belirlenmesi.

3.2. Çalışmanın Tasarımı

Tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, nitel araştırma yöntemlerinden *“araştırılması hedeflenen olgu veya olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizi”* (Yıldırım ve Şimşek, 2011, s. 187) olarak tanımlanan doküman analizi yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında analiz edilen lisansüstü tezlerin sayısallaştırılarak değerlendirildiği bu çalışmada analiz yöntemi olarak içerik analizi kullanılmıştır.

3.3. Çalışmanın Örnekleme

Çalışma kapsamında incelenen lisansüstü tezlere Yükseköğretim Kurumu tarafından lisansüstü tezlerin online yayınlandığı YÖK Tez Tarama Merkezi aracılığı ile ulaşılmıştır. Tez Tarama Merkezi’nin Detaylı Arama sekmesinden *“Sosyal Hizmet Anabilim Dalı”*nda yazılan tüm tezler başka herhangi bir sınırlama belirlenmeden seçilmiş ve 512 lisansüstü teze ulaşılmıştır. Ardından tüm tezler konularına göre tek tek incelenerek *“tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet”* alanına giren 72 teze ulaşılmıştır. Tam sayım yöntemi ile tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan tüm tezlerin dâhil edildiği çalışmada alan ayrımı yapılırken araştırmacı dışında tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan bir akademisyenin daha değerlendirme yapması istenmiş ve sonuçta 72

lisansüstü tezin çalışma kapsamında analiz edilmesine karar verilmiştir. Hangi tezlerin tıbbi sosyal hizmet kapsamına girmesi gerektiği ile ilgili üç kriter belirlenmiştir:

- Tez konusunun hastalara ve/veya hasta gruplarına yönelik olması,
- Tez konusunun hastane personeline (tıbbi alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, yöneticiler vs) yönelik olması,
- Tez konusunun tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına yönelik olması.
-

3.4. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışma kapsamında tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan tezler sadece Sosyal Hizmet Anabilim dalında gerçekleştirilen lisansüstü tezlerle sınırlandırılmış, başka anabilim dallarında sosyal hizmet bakış açısıyla sosyal hizmet akademisyenleri ya da alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları tarafından yazılan tezler çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi aşamasında tezlerin yıllara göre, üniversitelere göre, yöntemlerine göre incelenmesinde veriler sayısallaştırılarak düz tablolar şeklinde yüzde ve sayı cinsinden analiz edilmiştir. Tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan tezlerin konularına göre analizinde ise kodlama yönergesine hastalık isimleri, personel grupları, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını içeren bir kodlama yönergesi oluşturularak bu yönerge üzerinden analiz edilmiştir.

4. Bulgular ve Tartışma

Çalışmada elde edilen verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular üç başlık çerçevesinde ele alınmıştır. Öncelikle tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin sosyal hizmet alanında yazılan tezler içindeki oranı yıllara göre incelenmiş, daha sonra tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan tezlerin üniversitelere göre dağılımı ele alınmış ve son olarak tezlerde, kullanılan yöntemlere ve konularına göre dağılımları ele alınmıştır.

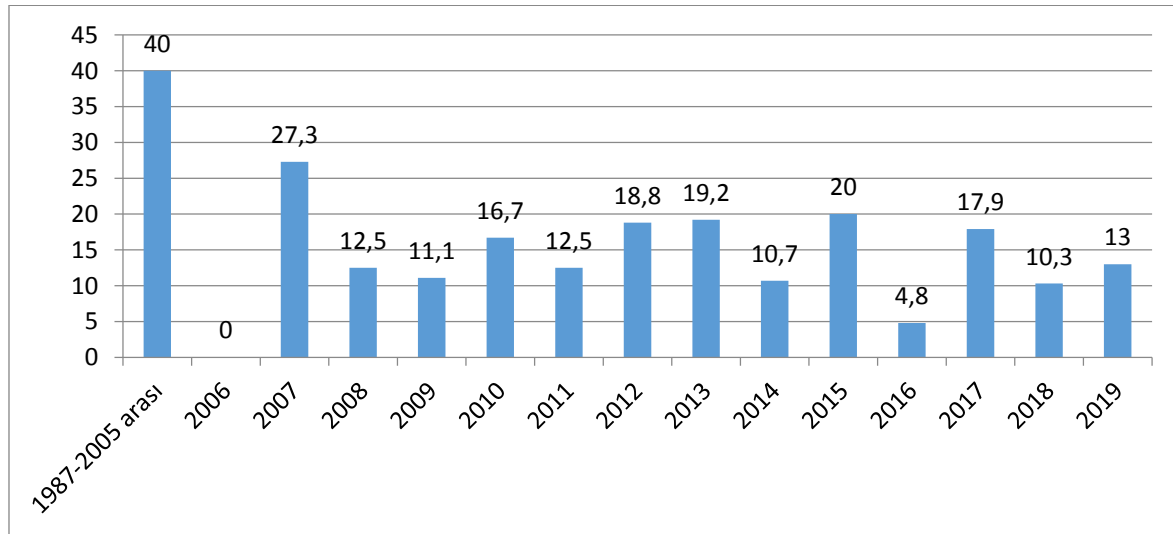
Sosyal Hizmet Anabilim Dalında gerçekleştirilen ve tıbbi sosyal hizmet lisansüstü tez çalışmalarının yıllara göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Tablo 2’de yer alan bulgular incelendiğinde, 1987-2005 yılları arasında 20 lisansüstü tez yazıldığı, bu sayının da sosyal hizmet alanında tüm tezlerin % 4’ünü oluşturduğu görülmektedir. Yıllara göre bakıldığında en yüksek sayıda lisansüstü tezin 2018 yılında yazıldığı, bu sayının da sosyal hizmet alanında yazılan tüm tezlerin % 24,8’ini oluşturduğu, bunu ise % 18,6 ile 2017 ve % 12,5 ile 2016 yılının izlediği görülmektedir.

Tablo 2. Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Yapılan Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Tüm Tez Sayısı		Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Yazılan Tezler	
	Sayı (%)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
1987-2005 arası	20	4,0	8	11,2
2006	16	3,2	-	-
2007	11	2,1	3	4,2
2008	8	1,6	1	1,4
2009	9	1,8	1	1,4
2010	18	3,5	3	4,2
2011	8	1,6	1	1,4
2012	16	3,2	3	4,2
2013	26	5,0	5	7,0
2014	28	5,6	3	4,2
2015	40	7,9	8	11,2
2016	63	12,5	3	4,2
2017	95	18,6	17	12,8
2018	126	24,8	13	18,2
2019	23	4,6	3	4,2
Toplam	512	100	72	100

Yine Tablo 2’de tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde de, sosyal hizmet alanına paralel bir tablo dikkat çekmektedir. 2018 yılında % 18,2 ile en yüksek oranı %12,8 ile 2017 yılı takip etmektedir. Bu durum sosyal hizmet alanında lisansüstü eğitim veren programların artışıyla ilişkili olarak tartışılabilir. Yaklaşık 2009 yılına kadar sadece Hacettepe Üniversitesi’ne bağlı olarak verilen lisans ve lisansüstü eğitimin (Alptekin, Topuz ve Zengin, 2014), sosyal hizmetin çalışma alanına giren konularda yeni uygulama modellerinin uygulanması ve bu bağlamda alanda çalışacak sosyal hizmet uzmanı ihtiyacının artması ile birlikte birçok farklı üniversiteye ve farklı programa yayıldığı bilinmektedir.

Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin sosyal hizmet alanında yazılan tüm lisansüstü tezlere oranına ilişkin bulgular Şekil 1’de yer almaktadır.

**Şekil 1. Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Yazılan Tezlerin Sosyal Hizmet Alanında Yazılan Tüm Tezlere Oranı (%)**

Şekil 1’de yer alan bulgulara bakıldığında 1987-2005 yılları arasında yer alan yaklaşık 18 yıllık bir dönem hariç tutulduğunda en yüksek oranın 2007 yılında olduğu görülmektedir. Bu yılda sosyal hizmet alanında yazılan tüm tezlerin % 27,3’lük bölümünün tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazıldığı görülmektedir. Tarihsel olarak değerlendirildiğinde özellikle 2003 yılından itibaren başlayan ve önemli değişim ve dönüşümlere neden olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlığın sosyal boyutuna olan ilginin resmi politika belgelerinde yer almaya başladığı görülmektedir. Hizmet sunumunda ve finansmanında reform yapılmasını içeren bu yeni yaklaşımda “herkese sağlık” anlayışı ile temellendirilen yeni bir süreç başlamış ve yeni uygulamalara gidilmesi kararı alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Hasta Hakları Yönetmeliği’nin ve ardından Hasta Hakları Uygulama Yönergesi’nin çıkarılmasıyla birlikte Hasta Hakları Birimleri’nin açılması ile birlikte bu alanda istihdam edilecek sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin ihtiyacı gündeme taşımış ve 2006 yılında Sağlık Bakanlığı sosyal hizmet uzmanı istihdamını arttırmıştır. Ayrıca sağlığın bütüncül olarak ele alındığı yeni hizmet modelleri gündeme gelmesiyle birlikte, Evde Sağlık Birimleri, Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezleri, Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Merkezleri, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi, Çocuk İzlem Merkezleri, Krize Müdahale Birimi gibi birçok yeni hizmet modeli uygulamaya geçmiştir. Dolayısıyla bir taraftan alandaki sosyal hizmet uzmanı istihdamının artışı diğer taraftan bu alanlarda sosyal hizmet uygulamasına ilişkin araştırma ihtiyacının duyulması bu dönemde lisansüstü tezlerde tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmete olan ilginin artmasına neden olduğu ile ilişkilendirilebilir.

Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan lisansüstü çalışmaların üniversitelere göre dağılımı Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo 3. Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Yazılan Tezlerin Üniversitelere Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hacettepe Üniversitesi	33	46,2
Selçuk Üniversitesi	10	14,0
Ankara Üniversitesi	9	12,6
Yalova Üniversitesi	5	7,0
Kocaeli Üniversitesi	3	4,2
Üsküdar Üniversitesi	3	4,2
Celal Bayar Üniversitesi	3	4,2
Başkent Üniversitesi	2	2,8
Cumhuriyet Üniversitesi	2	2,8
Sakarya Üniversitesi	2	2,8
Toplam	72	100

Tablo 3’de yer alan veriler incelendiğinde bu alanda yazılan tezlerin yarıya yakın bir bölümünün (% 46,2) Hacettepe Üniversitesi’ne bağlı lisansüstü programlara bağlı olarak yazıldığı görülmektedir. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezleri Hacettepe Üniversitesi’nden sonra % 14 ile Selçuk Üniversitesi ve % 12,6 ile Ankara Üniversitesi’nin takip ettiği, toplamda ise 10 üniversitede tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında lisansüstü tez çalışmalarının yapıldığı anlaşılmaktadır. Sosyal hizmet lisans

ve lisansüstü eğitiminde en köklü ve uzun süreli deneyime sahip üniversite olması, Hacettepe Üniversitesi'ni tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan lisansüstü çalışmalar anlamında da ön plana çıkarmaktadır. Lisansüstü program açılması ve sürdürülmesi için öğretim üyesi sayısı gibi asgari standartların sağlanması konusunda yeni kurulan üniversitelerin ve yeni açılan sosyal hizmet programlarının dezavantajlı olduğu bilinmektedir. Özellikle sosyal hizmet alanında lisans eğitimi veren bölümlerin 2011 yılından itibaren hızla çoğalarak günümüzde 14 üniversitede yüksek lisans ve/veya doktora programı açılması (Alptekin, Topuz ve Zengin, 2017) bu alanda yetişmiş akademik personel ihtiyacının karşılanmasını güçleştirmektedir. Ancak bu tabloya rağmen Alptekin, Topuz ve Zengin (2017) tarafından üniversitelerin web sayfalarının incelenmesi ile yaptıkları çalışmanın sonucunda elde edilen bulgulara göre günümüzde 14 üniversite yüksek lisans 6 üniversite ise doktora programı açarak lisansüstü eğitim vermeye devam ettiği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla Hacettepe Üniversitesi dışındaki üniversitelerde gerçekleştirilen lisansüstü tezler kapsamındaki lisansüstü düzeydeki araştırma faaliyetlerinin de küçümsenmeyecek düzeyde olduğu görülmektedir. Yapılan tez çalışmalarının lisansüstü düzeyine ve bu çalışmalarda kullanılan yöntemle ilişkin bulgulara Tablo 4'de yer verilmiştir.

Tablo 4. Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Yazılan Tezlerin Lisansüstü Düzeye ve Kullanılan Yönteme Göre Dağılımı

Lisansüstü Düzey	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yüksek Lisans	54	75,6
Doktora	18	24,4
Toplam	72	100
Kullanılan Yöntem		
Nicel yöntem	53	74,2
Nitel yöntem	17	23,0
Karma yöntem	2	2,8
Toplam	72	100

Tablo 4'de yer alan bulgular incelendiğinde tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan lisansüstü tezlerin büyük bir bölümünün (% 75,6) yüksek lisans tezlerinden oluştuğu görülmektedir. Türkiye genelinde sosyal hizmet alanında yüksek lisans programlarının sayıca fazla olması ile ilişkilendirilebilecek bu bulgu, aynı zamanda yüksek lisans ve doktora programlarının amaçları ve işlevleri çerçevesinde de tartışılabilir. Lisansüstü eğitim, genel olarak bilim ve teknoloji alanındaki gelişme ve ilerlemeyi sağlayacak akademisyenlerin ve bilim insanlarının yetişmesi için önemli bir eğitim basamağı olarak değerlendirilmektedir (Özmen ve Aydın Güç, 2013). Yüksek lisans eğitiminin genel amacı lisans eğitimi temelinde alınan eğitim, öğretim ve araştırmanın sonuçlarını ortaya koymak iken (Sevinç, 2001) doktora programında ve doktora tezinde ise kendi bilim alanı için gerekli araştırma becerilerini kazandırmak ve nitelikli insanı yetiştirmektir (Akbulut, Şahin ve Çepni, 2013). Bu çerçevede doktora eğitiminde daha ileri düzey araştırma tekniklerinin uygulanması, alana ilişkin bilimsel bilgi üretiminde daha birincil sorumluluğun üstlenildiği görülmektedir. Bu çerçevede doktora düzeyinde yüksek lisansa kıyasla hem içerik hem metodolojik açıdan alana daha çok katkı sunan tez çalışmalarının yapılması beklenmektedir.

Kullanılan yöntemlere göre lisansüstü tezlerin dağılımına bakıldığında ise yüksek oranda nicel araştırma yönteminin kullanıldığı görülmektedir. Bu bulgu çalışmaların lisansüstü düzeyiyle ilgili sonuçlarla birlikte ele alınabilir. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan tezlerin çoğunluğunun yüksek lisans tezlerinden oluşması, nitel ve özellikle karma yöntem araştırmasının daha ileri düzey araştırma bilgisine ve becerisine sahip olma gerekliliği ile ilişkilendirilebilir. Rothwell ve ark. (2015) tarafından Kanada’da sosyal hizmet alanında yazılan doktora tezlerinin incelendiği bir araştırma sonuçlarına göre, nicel yöntemin % 65,3 oranında tercih edildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu oranın İngiltere’de %40 (Scourfield ve Maxwell, 2010), İsveç’te ise % 50 (Dellgran ve Hojer, 2001) olduğu görülmektedir. Ülkemizde sosyal hizmet araştırması konusunda nicel araştırma yöntemlerinin kullanılması konusundaki eğilimin dünyadaki ile benzer olduğu söylenebilir.

Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin içeriklerine göre dağılımına ilişkin bulgular Tablo 5’te yer almaktadır. Lisansüstü tezler içeriklerine göre tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan tezler, psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan tezler, sağlık alanında sosyal hizmet uygulamalarının konu edildiği tezler, sağlık alanında çalışan personele yönelik tezler olmak üzere dört temel başlık altında incelenmiştir. Bu sınıflandırmada tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yapılan tezler başlıkları altında hastalık gruplarına göre bir sınıflandırma yapılmış, sağlık alanında sosyal hizmet uygulamalarının konu edildiği tezler ve personele yönelik tezler başlığı altında ise tıbbi ve psikiyatrik alan ayrımı gözetmeksizin sağlık alanında sosyal hizmet uygulamalarının konu edilmesine ya da personele yönelik olarak yapılandırılmasına göre bir ayırım yapılması yoluna gidilmiştir.

Tablo 5. Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Yazılan Lisansüstü Tezlerin İçeriklerine Göre İncelenmesi

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıbbi Sosyal Hizmet Alanında Yapılan Tezler	30	41,6
Kanser Hastalığı/Hastaları	10	14,0
Hemodiyaliz Hastaları	4	5,6
Kadın Doğum/Üreme Sağlığı	4	5,6
Diğer Hastalıklar (Kas hastalıkları, lepra, inme vs.)	12	16,8
Psikiyatrik Sosyal Hizmet Alanında Yapılan Tezler	21	29,1
Ruh Sağlığı/Ruhsal Hastalıklar	13	18,2
Madde Bağımlılığı	8	11,2
Sağlık Alanında Sosyal Hizmet Uygulamalarının Konu Edildiği Tezler	8	11,2
Personele Yönelik Yapılan Tezler	13	18,2
Toplam	72	100

Tablo 5’de yer alan bulgulara bakıldığında tıbbi sosyal hizmet alanında özellikle hasta ve hasta gruplarına göre yapılan tezlerin oransal olarak ilk sırada yer aldığı görülmektedir (% 41,6). Bu alandaki hasta grupları tek tek değerlendirildiğinde en fazla lisansüstü tezin kanser hastalığı, kanser hastaları/hasta yakınları ile gerçekleştirildiği görülmektedir. Birçok farklı türü olan ve çoğunlukla uzun bir tedavi süreci gerektiren ve

hastayı ve ailesini sosyal, psikolojik ve ekonomik açıdan etkileyen bir hastalık olması bu alanda sosyal hizmet uygulamalarının önemini ve dolayısıyla bu alanla ilgili araştırma yapma isteğini arttırıcı bir etken olarak değerlendirilebilir. Aynı zamanda onkoloji kliniklerinde tam zamanlı çalışan sosyal hizmet uzmanlarının varlığı da bu alanda sosyal hizmet araştırmalarını teşvik edici bir unsur olarak değerlendirilebilir. Ardından ruh sağlığı ve ruhsal hastalıkların konu edildiği tezlerin geldiği anlaşılmaktadır. Yine toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş süreci ile birlikte açılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde sosyal hizmet uzmanı istihdamının artışı, ruh sağlığı alanında tekrarlayan yatışlarla ilgili hassasiyetin artışı ve psikiyatri kliniklerinde sosyal hizmet uzmanının uzun yıllardır psikiyatrik ekibin önemli bir üyesi olarak yer alması bu alana olan ilginin sebepleri olarak düşünülebilir. Diğer yandan yeni yönetim anlayışlarıyla birlikte personele yönelik yapılan uygulamaların ve dolayısıyla araştırmaların da çoğaldığı görülmektedir. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarında da diğer alanlarda olduğu gibi sadece müracaatçıya odaklanan bir bakış açısı yerine sağlık sistemini bir bütün olarak konu alan ve personelin görüşlerinin, düşüncelerinin, değerlendirmelerinin ve en önemlisi ihtiyaçlarının araştırıldığı lisansüstü çalışmaların yapılması önemli bir çıktı olarak değerlendirilebilir.

5. Sonuç ve Öneriler

Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü çalışmaların değerlendirildiği bu çalışma sonucunda, bu alanda yazılan tez çalışmalarının sosyal hizmet alanında yazılan tezlerin yaklaşık % 14'ünü oluşturduğu, yıllara göre en yüksek oranın ise 2006 yılında çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu alanda yazılan tezlerin çoğunlukla Hacettepe Üniversitesi'ne bağlı sosyal hizmet yüksek lisans ve doktora programları kapsamında yazıldığı ve yüksek lisans tezi olduğu, genellikle nicel araştırma yöntemi ile tasarlandığı anlaşılmıştır. Konuları açısından ise tıbbi sosyal hizmet alanında hastalara/hasta gruplarına yönelik yazılan tezleri psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan tezler ve personele yönelik yazılan tezler izlediği görülmüştür. Bu genel sonuçlar ışığında tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanının gelişimine ve sağlık alanında yaşanan dönüşümle birlikte sağlığın sosyal boyutuna yapılan vurgunun sosyal hizmet araştırmaları çerçevesinde tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanına ilgiyi arttırdığı görülmektedir. Ancak lisansüstü programların Türkiye geneline yayılması ve gerekli insan kaynağının sağlanması gibi sorunların uzun vadeli çözümlerle başarılabilmesi bilinmektedir. Bu alanda yapılan araştırmaların nicelik ve nitelik yönünden artmasının sosyal hizmet uygulama alanına önemli bir katkı sunacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında araştırmaların desteklenmesi, sadece bu alanda ilişkin bir müfredatın bulunduğu tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet lisansüstü programlarının açılması önerilmektedir. Özellikle klinik odaklı lisansüstü programlarının açılmasıyla sağlık alanında klinik sosyal hizmet uygulamalarının hayata geçirilebileceği (Saruç, 2015) ve bu alanda yapılan araştırma faaliyetlerinin, dolayısıyla üretilen bilimsel bilginin nitelik yönünden geliştirilebileceği düşünülmektedir. Bu programlarda eğitim ve öğretim faaliyetlerini yürütecek ve tez çalışmasında danışmanlık yapacak öğretim elemanlarının özellikle yurt dışında benzer lisansüstü programlardan eğitim almalarına ilişkin olanakların geliştirilmesi ve sosyal hizmet eğitimine ilişkin geliştirilecek politikalarla desteklenmesi önem arz etmektedir.

6. Kaynaklar

1. Akbulut, H. İ., Şahin, Ç., Çepni, S. (2013). Doktora tez sürecinde karşılaşılan problemlerin belirlenmesi: Eğitim fakültesi örneği. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 50-69.
2. Alptekin, K., Topuz, S. ve Zengin, O. (2014). Türkiye’de sosyal hizmet eğitiminde mevcut durum: Tespitler, analizler ve öneriler. (İçinde) E. Atamtürk ve E. Yaman (yayına hazırlayanlar). Sosyal hizmet sempozyumu 2013: Türkiye’de çocuğun refahı ve korunması: kapsayıcı bir yaklaşım arayışı (ss.353-366). Sempozyum Bildirileri (elektronik basım). Kocaeli.
3. Alptekin, K., Topuz, S. ve Zengin, O. (2017). Sosyal hizmet eğitiminde neler oluyor? *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28 (2), 50-69.
4. Altındağ, Ö., Aykara, A. (2018). *Sosyal hizmet eğitimi*. Ankara: Gece Kitaplığı.
5. Bekiroğlu, S. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetleri kapsamında tıbbi sosyal hizmet uygulamaları. İ. Cılga, E. Erkul, B. Yıldırım, İ. B. Adıgüzel içinde, *Sosyal Çalışma ve Sosyal Politika* (s. 137-164). Ankara: Bellek Yayınları.
6. Bracht, N. F. (1978). *Social work practice in hospitals: Changing directions and new opportunities*, Neil F. Bracht, (Ed.), *Social Work in Health Care: A Guide to Professional Action*, In (165-183). The New York: Haworth Pres.
7. Bulut, I. (1993). *Ruh sağlığının aile işlevlerine etkisi*. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. Yayın No: 74. Ankara: Kılıçarslan Matbaası.
8. Campanini, A. (2010). The challenges of social work education in Europe. *Psychologica*, 52 (2), 687-700.
9. Cirhinlioğlu, Z. (2012). *Sağlık sosyolojisi*, (3. Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.
10. Cirhinlioğlu, Z., Cirhinlioğlu, F.G. (2011). *Postmodern sağlığın yükselişi ve düşüşü*, K. Canatan (Ed.), *Beden Sosyolojisi* (1. Baskı) içinde (395-412). İstanbul: Açılım Kitap.
11. Cowles, L. A. (2012). *Social work in the health field: A care perspective*. L. A.: Routledge.
12. Dellgran, P., & Höjer, S. (2001). Mainstream is contextual: Swedish social work research dissertations and theses. *Social Work Research*, 25, 243–252.
13. Duyan, V. (1996). *Sağlıkta psiko-sosyal boyut (Tıbbi sosyal hizmet)*. Ankara: 72 TDFO.
14. Duyan, V. (2014). *Sosyal hizmet: Temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri*. Ankara: Sosyal Çalışma Yayınları.
15. Fişek, N. (1983). *Halk sağlığına giriş*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2
16. Gehlert, S., Browne, T. (2006). *Handbook of health social work*. New Jersey: John Wiley&Sons Publishing.
17. Kahramanoğlu, E. (1973). Psikiyatrik sosyal hizmet. *Sosyal Hizmet Dergisi*, 5, Kasım-Aralık-Ocak.
18. Krysik, J. L., Finn, J. (2015). *Etkili uygulama için sosyal hizmet araştırması*. Ankara, Nika Yayınevi.
19. Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 23 (2), 93-114.
20. Özbesler, C., İçağasioğlu Çocan, A. (2010). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21-32.
21. Özmen, Z. M., Güç, F. A. (2013). Doktora eğitimi ile ilgili yaşanan zorluklar ve baş etme stratejileri: Durum çalışması. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3 (3), 214-219.
22. Özdemir, U. (2000). *Türkiye’de psikiyatrik sosyal hizmet*. Ankara: Aydınlar Matbaası.

23. Özkan, E. (2018). *Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının işyerinde sosyal destek algısı, mesleki benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
24. Rothwell, D. W., Lach, L., Blumentha, A. I., Akesson, B. (2015). Patterns and Trends of Canadian Social Work Doctoral Dissertations, *Journal of Teaching in Social Work*, 35: 1-2, 46-64,
25. Scourfield, J., & Maxwell, N. (2010). Social work doctoral students in the UK: A web-based survey and search of the index to theses. *British Journal of Social Work*, 40, 548–566.
26. Saruç, S. (2015).Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet alanına yönelik genel bir değerlendirme, *Turkish Journal of Family & Primary Care*, 9 (3), 112-120.
27. Sevinç, B. (2001), Türkiye’ de lisansüstü eğitim uygulamaları, sorunlar ve uygulamalar, *DEÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34 (1), 25-40.
28. Stuart, P. H. (1997). Community care and the origins of psychiatric social work. *Social Work in Health Care*, 25 (3), 25-36.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011), *Sağlık dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2013)*, Ankara.
30. Yıldırım A, Şimşek H, (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. 8. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
31. Zastrow, C. (2014). *Sosyal hizmete giriş*. Ankara: Nika Yayınevi

Derleme

Makale geliş: 20.03.2019

Makale kabul ediliş: 29.05.2019

TÜRKİYE'DE MÜLTECİ VE SİĞINMACI AĞIR RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREY OLMAK*

Öğr. Gör. Dr. Seval BEKİROĞLU**

Öz

Sığınmacı ve mültecilerin ruhsal sağlık gereksinimleri genel nüfusa oranla beş kat daha fazladır. Öte yandan, genel nüfusa oranla daha az sağlık hizmetine başvurdukları, dolayısıyla da daha az destek alabildikleri bilinmektedir. Bu durum ise, ilerleyen dönemde insanların hayatlarında çok daha görünür ve ciddi ruhsal sorunlara yol açmaktadır. Özellikle sığınmacı ve mülteciler, göç öncesi ve sonrası deneyimler ve sahip olunan koşullar ile bağlantılı, hem ağır ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında, hem de hastalığın alevlenmesinde önemli risk grubunu oluşturmaktadır. Öte yandan, ağır ruhsal hastalıklardan birine sahip mülteci ve sığınmacı bireyler göç süreci ile birlikte daha büyük sorunlar yaşamaktadır. Buradan hareketle bu çalışmada, 2011 yılından bu yana, Suriye'deki savaş nedeni ile yoğun bir göç dalgasına ev sahipliği yapan Türkiye'de, mülteci ve sığınmacı statüsü altında ikamet eden ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik var olan ruh sağlığı hizmetleri tartışılarak, eksikler çerçevesinde ihtiyaç duyulan hizmetlere dair öneriler geliştirilmeye çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sosyal hizmet, Türkiye, mülteci, sığınmacı, ağır ruhsal hastalığa sahip birey.

SUFFERING FROM SEVERE MENTAL ILLNESS AS A REFUGEE OR ASYLUM SEEKERS IN TURKEY

Abstract

The mental health needs of asylum-seekers and refugees are five times higher than the general population. On the other hand, it is known that they apply less often for health services compared to the general population and thus get less support. This situation is likely to lead to more visible and serious mental problems in people's lives. Asylum-seekers and refugees in particular constitute an important risk group in both the emergence and the exacerbation of severe mental illness, in relation with pre-migration and post-migration experiences and conditions. In addition, refugees and asylum-seekers with severe mental illnesses experience greater problems during the migration process. Thus, this study will discuss the mental health services available and try to develop suggestions with regard to the shortcomings in the necessary services, for individuals with severe mental illnesses who have been afforded the status of refugee and asylum seekers in Turkey, a country home to an intense wave of immigration due to the war in Syria.

Keywords: Social work, Turkey, refugees, asylum seekers, individuals with severe mental illness.

Giriş

Dünyada uluslararası göçmen sayısı her geçen gün artmaktadır. Öyle ki, Uluslararası Göç Örgütü'nün (IOM) yayınladığı 2018 dünya göç raporuna göre, uluslararası göçmen sayısı son 45 yılda önemli derecede artış göstermiştir. Her geçen gün sayısı artış gösteren göçmenlerin büyük çoğunluğunu ise, savaş veya felaket nedeni ile evlerinden, ülkelerinden ayrılmak/kaçmak zorunda kalan kişiler oluşturmaktadır (Birleşmiş

* Bu çalışma 11-12 Mayıs 2019 tarihleri arasında Ankara'da gerçekleştirilen II. Sığınmacı ve Mültecilerde Psikolojik Sağlık Sempozyumunda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

** Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, sevalbekiroglu@gmail.com.

Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği [UNHCR/BMMYK], 2019). Çatışma ve şiddetten dolayı her yıl 5,3 milyon insan yerinden edilmektedir (IOM, 2018). Dünyada, 2017 yılsonu itibari ile 25,4 milyon mülteci, 3.1 milyon sığınmacı ve 40 milyon kendi ülkelerinde yerinden edilenler olmak üzere toplam 68,5 milyon insan zulüm, çatışma, yaygın şiddet ya da insan hakları ihlalleri sebebiyle yerlerinden edilmiş durumdadır (UNHCR, 2019).

Türkiye ise, özellikle 2011 yılının Nisan ayından itibaren, Suriye'deki savaş nedeni ile yerlerinden edilenlerin oluşturduğu yoğun bir göç dalgasına ev sahipliği yaparak, dünyada en büyük mülteci nüfusuna sahip ülke konumundadır (UNHCR, 2019). Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün (2019) yayınladığı verilere göre, savaş nedeni ile ülkesinden ayrılmaya zorlanmış bugüne kadar (2 Mayıs itibari ile) 3.603.088 geçici koruma statüsünde Suriye vatandaşı ülkemizde yaşamaktadır. Suriyeli mültecilerin yanı sıra 365.000'den fazla diğer uyruklardan (büyük çoğunluğu Iraklı, Afgan ve İranlı olmak üzere) uluslararası koruma kapsamında mülteci ve sığınmacıya da ülkemiz ev sahipliği yapmaktadır.

Ancak IOM'un (2009) da belirttiği üzere, tüm dünyayı etkileyen ve bu yönüyle benzer olması gereken göç süreci ile ilgili terimlerin ve göçmenlere verilen statülerin tanımının ve kullanımının ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği görülmektedir. Nitekim dünyada Suriye'de yaşanan iç savaş nedeni ile ülkelerini terk etmek zorunda kalan Suriye vatandaşları mülteci olarak tanımlanırken Türkiye'de, 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) ve bu kanunun 91. Maddesine dayandırılarak hazırlanıp yayınlanan Geçici Koruma Yönetmeliği çerçevesinde geçici koruma statüsünde tanımlanmaktadır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2013; 2014). Bu farklılığın, Türkiye'nin 1951 tarihinde imzaladığı ve 1961 yılında ihtirazi kayıtla onayladığı Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Cenevre Sözleşmesinde tanımlanan mülteci statüsünün, Avrupa ülkelerinden gelen kişileri sadece kapsayacak şekilde coğrafi bölge sınırlaması getirerek tanımlanmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bununla birlikte geçici korumanın, mültecilik statüsünün başvurularının bireysel olarak yapılması ve araştırılma sürecinin ya da kabulünün uzun zamanlar almasının aksine, kalabalık grupların toplu sığınma başvurularında hızlı kararların alınmasına olanak sağlaması ile de tercih edildiği söylenebilir.

Öte yandan YUKK ile birlikte, 1961 Cenevre sözleşmesi temel alınarak, uluslararası standartlar ve Avrupa Birliği normlarıyla uyum gösterecek şekilde mülteci ve geçici koruma terimlerinin yasal düzeyde en genel şekilde tanımlanmaya çalışıldığı da göz ardı edilmemelidir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2013). Bu yönüyle 6458 sayılı kanun, Türkiye'nin göç ve sığınma konularını düzenleyen ilk kanun olması, bu kanuna dayanarak hazırlanan 29153 sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2014) ise, kitlesel olarak göç eden mülteci ya da vatansız kişilerin statülerini, haklarını ve yükümlülüklerini belirleyen ana mevzuat olması ile oldukça önemlidir.

6458 sayılı YUKK kanunu kapsamında mülteci ve sığınmacılara; mülteci, şartlı mülteci ve ikincil koruma olmak üzere üç farklı statüde uluslararası koruma sağlanmaktadır. Kanuna göre mülteci statüsü; "*Avrupa*

ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişilere statü belirleme işlemleri sonrasında” verilmektedir (madde 61). Avrupa ülkeleri dışından yapılan sığınma talepleri ise, “şartlı mülteci” statüsünde değerlendirilmekte ve üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar şartlı mültecinin Türkiye’de kalmasına izin verilmektedir (madde 62). Son olarak ikincil koruma statüsü ise; mülteci veya şartlı mülteci olarak nitelendirilemeyen, menşe ülkesine veya ikamet ülkesine geri gönderildiği takdirde, ölüm cezası, işkence, insanlık dışı ya da onur kırıcı muameleye maruz kalma gibi şahsına yönelik ciddi tehditle karşılaşacak olması nedeniyle, menşe ülkesinin veya ikamet ülkesinin korumasından yararlanamayan veya söz konusu tehdit nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancı ya da vatansız kişiye, statü belirleme işlemleri sonrasında verilen uluslararası koruma statüsünü ifade etmektedir (Madde 63).

Uluslararası koruma statülerinden ayrı olarak Türkiye’de geçici koruma statüsü ise, “ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen ve uluslararası koruma talebi bireysel olarak değerlendirmeye alınamayan yabancılara sağlanan korumayı” ifade etmektedir (Madde 3; T.C. İçişleri Bakanlığı, 2014). Bu yönüyle Türkiye’de Suriyeliler, Geçici Koruma Yönetmeliği çerçevesinde, tanımlanan üç temel unsuru yerine getirmek şartıyla geçici koruma statüsünde tanımlanmaktadır. Yönetmelikte bu üç temel unsur; açık sınır politikası ile ülke topraklarına koşulsuz kabulü, geri göndermeme ilkesinin istisnasız uygulanması ve gelen kişilerin temel ihtiyaçlarının karşılanması şeklinde düzenlenmiştir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2014).

Geçici koruma statüsünün en büyük dezavantajları arasında, kararın geçici olarak alınmış olması ve Bakanlar Kurulu kararıyla her an bu statünün geri alınıp kişilerin ülkelerine geri dönmelerinin istenebileceğinin olduğu söylenebilir. Yine geçici koruma statüsünün, evrensel hukukun mültecilik süreçlerinde sağladığı yardımlardan faydalanamama durumuna da neden olduğu bilinmektedir. Yine Suriye örneğinde olduğu gibi uluslararası düzeyde mülteci olarak tanımlanan kesimlerin Türkiye’de geçici koruma kapsamında değerlendirilmesi kavram karışıklığına da neden olmaktadır. Buradan hareketle bu çalışmada, kavram karmasına neden olmamak adına, mülteci, şartlı mülteci, ikincil koruma, geçici koruma statüleri yerine daha genel bir kavram olan ve uluslararası arenada aynı grubu tarif eden mülteci ve sığınmacı kavramlarının kullanılması tercih edilmiştir. YUKK’ta tanımlanmamasına rağmen uluslararası arenada tanımlanan haliyle sığınmacı statüsü ise, ilgili ulusal ya da uluslararası belgeler çerçevesinde bir ülkeye mülteci olarak kabul edilmek isteye ve mültecilik statüsüne ilişkin yaptıkları başvurunun sonucunu bekleyen kişileri içerecek şekilde ele alınmıştır (IOM, 2009).

Türkiye’de mülteci ve sığınmacılar; dil, din, ırk, kültür, gelenek ve sosyoekonomik durumlarındaki farklılıklarından ötürü birçok sorun yaşamaktadır. Özellikle beslenme ve barınma gibi en temel ihtiyaçlarını

karşılımda ve eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşımda önemli güçlükler yaşamaktadırlar. Çalışma hayatında, bir iş bulmadaki zorluğun yanı sıra, düşük ücretle ve sosyal güvencesiz çalıştırılma gibi birçok güçlük yaşamaktadırlar. Yine yerleşilen bölge halkının sosyal dışlamasına maruz kalma ile birlikte artan sosyal uyum problemleri yaşamaktadırlar. ([World Health Organization], WHO, 2018a). Yaşanılan bu güçlüklerle birlikte Türkiye’de sığınmacı ve mültecilerin, başta psikotik bozukluk, depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere birçok ruh sağlığı sorunu yaşadığı bilinmektedir (Üçkardeş ve diğ., 2015).

Ağır ruhsal hastalığa sahip (ARHS) bireylerin sağlık hizmetine olan gereksinimini ele aldığımızda ise, Türkiye’de sığınmacı ve mülteci olmanın bu bireyler için çok daha büyük sorunlara neden olacağını söylemek yanlış olmayacaktır. Öyle ki araştırmalar, göçün süreç itibari ile hem ağır ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında, hem de var olan hastalığın alevlenmesinde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Cantor Graae & Selten, 2005; Eaton et al., 2011; Fazel et al., 2005).

Öte yandan Türkiye’de, mülteci ve sığınmacılar arasında hangi oranda ARHS bireyin bulunduğuna dair bir çıkarımda bulunmaya yönelik kapsamlı istatistiksel veriye ve bu bireyler özelinde yapılan araştırmalara rastlanmamıştır. Bununla birlikte, Suriyeli mülteciler örneğinde gerçekleştirilen WHO çalışmasında, en çok görülen kronik hastalıklarda ikinci sırada ağır ruhsal hastalıkların gelmesinin görünmesi, ARHS bireylerin azımsanmayacak orana sahip olduğunu düşündürmektedir (Mipatrini, Balcılar, Dembech, Ergüderve Ursu, 2019). Buradan hareketle bu çalışmada; özellikle 2011 yılından itibaren yoğun göç dalgasına ev sahipliği yapan ve bu yönüyle dünyada en büyük mülteci ve sığınmacı nüfusunu barındıran Türkiye’de, mülteci ve sığınmacı ARHS birey olmanın ne anlam ifade ettiği, ülkemizde bu bireylere yönelik var olan ruh sağlığı hizmetlerinin neler olduğu ortaya konmaya ve ARHS bireylerin ihtiyaç duydukları hizmetlere dair öneriler geliştirilmeye çalışılmıştır.

1. Göç ve ruh sağlığı

Göç süreci, öncesi ve sonrası deneyimler (savaş travması, aileden ayrılma gibi) ve sahip olunan koşullar (sığınma prosedürleriyle ilgili zorluklar, farklı bir kültür ve dille karşı karşıya kalma, yetersiz barınma imkânı gibi) ile bağlantılı olarak kişiler üzerinde birçok olumsuz etkiye sahip olmaktadır (Steel et al., 2009). Göçün, mülteci ve sığınmacıların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin (depresyon, post-travmatik stres bozukluğu ve anksiyete bozuklukları gibi) bulunduğu birçok araştırma bulgusu ile ortaya konmuştur (Alpak et al., 2015; Crumlish ve O'Rourke, 2010; Fazel, Wheeler, ve Danesh, 2005). Araştırmalara göre, sığınmacı ve mültecilerin ruhsal sağlık gereksinimleri genel nüfusa oranla beş kat daha fazladır (Eaton, Ward, Womack ve Taylor, 2011). Öte yandan, genel nüfusa oranla daha az sağlık hizmetine başvurmakta, dolayısıyla daha az destek alabilmektedirler (Aspinall & Watters, 2010).

Mültecilerin daha az sağlık desteği almasında; dil engeli, ev sahibi ülkenin sağlık sistemi hakkındaki bilgi eksikliği, ücretsiz hizmet alma noktasındaki sınırlı haklar, farklı ruhsal hastalıklar ve tıbbi ve psikolojik

tedavilere yönelik farklı tutumlar (kültürel farklılıklar) gibi faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (WHO, 2018a). Kişilerin eğitim seviyesine ve geçmişine bağlı olarak, dil engelleri, sağlık profesyonelleriyle etkileşime girme ve ruhsal sağlık sorunlarını ifade etme becerileri büyük ölçüde değişebilmektedir (Giacco & Priebe, 2018). Ancak, bu faktörlerle birlikte kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ve desteğe erişememesi, ilerleyen dönemde insanların hayatlarında çok daha görünür ve ciddi ruhsal sorunlara yol açmaktadır. Öyle ki, yapılan çalışmalar sığınmacı ve mültecilerde ileride ağır ruhsal hastalıklardan (şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları) birinin görülme ihtimalinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Eaton et al., 2011).

Sığınmacı ve mülteciler, geldikleri ülkede yeni bir dile, farklı bir kültüre ve yeni bir çevreye adapte olma zorunluluğuyla baş etmek zorundadırlar. Özellikle sığınmacılar, statüleri belirlenene kadar ev sahibi ülkede ne kadar kalabilecekleri veya kalabilmek için gerekli izni alabilmelerinde bürokratik gereklilikleri yerine getirip getiremeyecekleri, sınır dışı edilme veya gözaltına alınma tehlikesi gibi konularda daha çok belirsizlik yaşamaktadır. Bu durumun ise, sığınmacıların mültecilere göre daha çok stres yaşamalarına neden olduğu bilinmektedir (WHO, 2018a).

Uzun süre geçici barınma merkezlerinde tutulmanın sığınmacıların ruh sağlığı üzerinde uzun vadede ciddi olumsuz etkileri bulunmaktadır (Louise Newman, 2013; Louise Newman et al., 2010). Bununla birlikte, özellikle sosyal entegrasyonun sağlanamaması ve işsizlikle ilişkili, beş yıldan fazla ev sahibi ülkede mülteci olarak ikamet eden bireylerin, kaldıkları ülkedeki diğer insanlara göre daha yüksek oranda depresif belirtiler ve anksiyete bozuklukları gösterme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (WHO, 2018). Hocking, Kennedy ve Sundram çalışmalarında (2015), iş ve sağlık güvenliğinin sağlanmasının sığınmacıların post-travmatik stres bozukluğu semptomlarının zaman içinde azalmasına neden olduğunu bildirmiştir. Başka bir çalışmada (Hocking et al., 2015) ise, sığınmacı ve mültecilerde görünen ruhsal hastalık belirtilerinin, psikiyatrik müdahaleden çok, sosyodemografik özellikler ve psikososyal faktörlerle azaldığı belirtilmektedir.

Ağır ruhsal hastalığa sahip (ARHS) bireylerin sağlık hizmetine olan gereksinimini ele aldığımızda ise, sığınmacı ve mülteci olmanın bu bireyler için çok daha büyük sorunlara neden olacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

2. Göç Sürecinde ağır ruhsal hastalığa sahip birey olmak

Göç, süreç itibari ile hem ağır ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında, hem de hem de var olan hastalığın alevlenmesinde önemli bir risk faktörüdür (Cantor Graae & Selten, 2005; Eaton et al., 2011; Fazel et al., 2005). İsveç'te mülteci ve sığınmacılarla diğer göçmenlerin psikotik bozukluğa sahip olma riskinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, mültecilerin ve sığınmacıların diğer göçmenlere kıyasla daha yüksek oranda risk altında olduğu bildirilmiştir (Heeren et al., 2014). Yine Danimarka'da gerçekleştirilen bir çalışmada,

mültecilerin yerli halka kıyasla daha fazla psikoz riskine sahip olduğu bildirilmiştir (Norredam, Garcia-Lopez, Keiding ve Krasnik, 2009).

Benzer şekilde WHO tarafından Türkiye'deki geçici barınma merkezleri dışında yaşayan 10.019 Suriyeli mülteci ile gerçekleştirilen çalışmada, mültecilerin sahip oldukları kronik hastalıklarda, yetişkinlerde (15-69 yaş, N= 7212) hipertansiyondan sonra en çok rastlanan hastalığın ağır ruhsal hastalıklar (% 2,8, yaklaşık 200 kişi) olduğu ve en çok 60-69 yaş aralığındaki erkeklerde görüldüğü bildirilmiştir. Yine 18-29 yaş aralığında ve çocuklarda (0-14 yaş, N=2807) da en sık rastlanan hastalıkların başında ağır ruhsal hastalıklar gelmektedir (Mipatrini, Balcılar, Dembech, Ergüder ve Ursu, 2019).

Suriye örneğinde olduğu gibi savaş nedeni ile ülkelerinden ayrılmak zorunda kalma, yani zorunlu göç, öncesinde yaşanan travmatik deneyimlerle de birleşerek ağır ruhsal hastalıkların görülme riskini önemli oranda arttırmaktadır. Bu durum, savaş ortamından kaçarak başka ülkelere gelen sığınmacı ve mültecilerin yaşadıkları veya tanık oldukları çatışma, zulüm, şiddet, tecavüz vb. olumsuz deneyimlerin ağır ruhsal hastalıklara karşı onları daha savunmasız yapması ile açıklanmaktadır (Steel et al., 2009). Öte yandan yapılan çalışmalar, mültecilerde ağır ruhsal hastalığın görülme oranının fazlalığının veya riskinin doğrudan mülteci olmakla açıklanamayacağına altını çizmektedir (Hollander et al., 2016).

Öte yandan düzenli ilaç kullanmanın oldukça önemli olduğu bu hastalıklarda ARHS bireyler, savaş nedeni ile ilaçlara erişim sağlamada sorun yaşamaktadırlar. Öyle ki, Suriye örneğinde savaşın sağlık hizmetlerine yansımaları değerlendiren uluslararası düzeydeki araştırma raporları (Uluslararası Tıbbi ve İnsani Yardım Organizasyonları Birliği (UOSSM, 2017; WHO, 2018a, 2018b), savaşla birlikte insan kaynağı başta olmak üzere tıbbi teçhizat ve donanımının, WHO standartlarının çok çok altına düştüğünü ve oldukça yetersiz olduğunu, sağlık hizmetlerine erişimde halkın birçok sorun yaşadığını, sağlık tesislerinin % 46'sının işlevsel olmadığını belirtmektedir. Bu durumun en büyük nedenleri arasında ise, uluslararası düzeyde kınamalara rağmen, Suriye hükümetince sağlık tesislerine ve sağlık personeline yönelik saldırıların gerçekleştirilmesi yer almaktadır. Bu yönüyle savaş ortamlarının, savaştan önce ağır bir ruhsal hastalığa sahip kişilerin gereksinim duydukları sağlık hizmetine erişimini engellemesiyle de onları daha savunmasız yaptığı söylenebilir.

ARHS bireyler için göç öncesinden başlayan zorlu sürecin, göç süreci ve sonrasında yaşanan travmatik deneyimlerle birleşerek hastalıklarının nüksüne ve kişilerde önemli yeti yitimlerine neden olacağı söylenebilir. Özellikle, göç süreci ile birlikte hayatlarındaki ani değişimlerin, ARHS bireylerin yaşadıkları stresi daha da tetikleyerek, hastalığın nüksünde önemli risk faktörü oluşturduğu söylenebilir. Yine gelinen ülkede başta dil problemleri olmak üzere birçok uyum sorunu yaşamalarının da hastalığın alevlenme şiddetini arttırdığı söylenebilir. ARHS bireylerin hastalık sürecinin ailelerini ve toplumu etkileme gücü ele alındığında ise, bu durum daha ciddi sorunlara yol açacaktır. Bu nedenle, sığınmacı ve mülteciler içerisinde ARHS bireylere ayrıca önem verilmelidir. Sağlık durumuna uygun bu kişilere yönelik hizmetlerin geliştirilmesi ve

yararlanmalarının sağlanması ayrıca önemlidir. Bu doğrultuda, Türkiye’de mülteci ve sığınmacı ARHS bireylere yönelik verilen ruh sağlığı hizmetlerinin incelenmesinde fayda vardır.

3. Türkiye’de mülteci ve sığınmacı ARHS bireylere yönelik verilen ruh sağlığı hizmetleri

Mülteci ve sığınmacı ARHS bireylere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinden bahsedebilmek için öncelikle, sağlık hizmetlerine erişim meselesinin incelenmesi gereklidir. Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi, mültecilerin haklarını ve ev sahibi ülkelerin sorumluluklarını belirten en temel yasal belge olan 1951 Cenevre Sözleşmesi’nde her ne kadar bir hak olarak eklenmemiş olsa da sağlık hizmetlerine erişim hakkı, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere, uluslararası düzeyde yapılan antlaşmalarla güvence altına alınan, kişinin göçmen statüsünden bağımsız temel bir insan hakkıdır. Bu çerçevede, Türkiye’deki mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminin, 6458 sayılı YUKK kanunu (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2013) ve bu kanuna dayanarak hazırlanan 29153 sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2014) ile güvence altına alındığı görülmektedir.

YUKK kapsamında uluslararası koruma statüsündeki mülteci ve sığınmacılardan herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ödeme gücü bulunmayanlar, 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında genel sağlık sigortalı olarak ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2013). Geçici Koruma Yönetmeliği (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2014) uyarınca, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GİGM) tarafından kayıt altına alınarak kendisine geçici koruma statüsü verilen mülteciler ise; acil, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinden Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslara Ait Yönerge (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014) doğrultusunda ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Geçici kimlik numarası almamış olanlar ise, yine yönetmelik ve yönerge çerçevesinde, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama ve acil sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir.

Türkiye’de mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetine erişim meselesi, söz konusu bu mevzuatlar çerçevesinde ele alındığında, mülteci ve sığınmacı ARHS bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin önünde engel olmadığı ve tedavileri için gerekli ruh sağlığı hizmetine erişebildikleri söylenebilir. Öyle ki, kanunda ve yönergede geçici korunanlar arasında ARHS bireylerin tespit edilmesi halinde, sağlık kurumuna naklide içeren gerekli tedbirlerin alınmasına ilişkin hususlar belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013, s. 2014).

Öte yandan ulusal ve uluslararası düzeyde Suriye örneğinde mültecilerin sağlık hizmetine erişimini değerlendiren çalışmalar, sağlık hizmetlerine erişimin fiziksel olarak mümkün olmakla birlikte dil sorunu (tercümanların azlığı), kayıt prosedürleri, sevk prosedürlerinin karmaşıklığı ya da bilinmemesi, sağlık sisteminin karmaşıklığı ve sürekli değişimi, sunulan hizmetler hakkındaki bilgi yetersizliği, sağlık personelinin rollerinin karıştırılması ile birlikte sağlık personellerinin gösterdikleri ayrımcılık veya ihmalkârlık gibi birçok sorunla karşılaştığını göstermektedir (Bilecen & Yurtseven, 2018; Diker, 2018; Kara & Akgün, 2015; Uyanık,

2018). Özellikle ARHS bireylerin dil problemi ve kültürel özellikleri nedeniyle, hastalık semptomlarını tanımlayamamaları veya tedavi için kendilerine söylenen talimatları anlayamamalarının ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerini önemli ölçüde sınırlandırdığı bilinmektedir (WHO, 2018a). Bununla birlikte, çoğu hastanede tercüman eksikliğinin olmasının yanı sıra, etkili ruh sağlığı tedavisinde etkili hasta-hekim ilişkisinin kurulmasında tercümanın varlığından öte hasta-hekimin aynı dili bilmesi ve konuşması çok daha önemlidir.

Türkiye'deki yoğun mülteci nüfusu, politikaları biçimlendirme, hizmetleri organize etme ve kaynakları harekete geçirme konularında sağlık sistemi için birçok zorluğa neden olmaktadır (WHO, 2018b). Bu nedenle, Dünyada mülteci nüfusunun en yoğun olduğu ülkelerle (Lübnan, Ürdün, Irak, Mısır) benzer şekilde Türkiye'de de, özellikle mültecilere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin uluslararası yardım kuruluşları (WHO, UNHCR, Birleşmiş Milletler İnsani İşler Eşgüdüm Ofisi [OCHA], Uluslararası Tıp Birliği [IMG], Uluslararası Tıbbi ve İnsani Yardım Organizasyonları Birliği [UOSSM] gibi) işbirliğinde çoğunlukla verildiği görülmektedir. Bu kuruluşların, mülteci nüfusunun yoğun olduğu illerde açtıkları psikososyal destek merkezleri ve ruh sağlığı merkezleri aracılığıyla önemli ruh sağlığı hizmetleri verdikleri görülmektedir. Verilen ruh sağlığı hizmetleri arasında ise; psikiyatrik tedavinin sağlanması, bireysel ve grup psikoterapilerinin gerçekleştirilmesi, ruh sağlığı çalışanları başta olmak üzere mültecilerle çalışan diğer personellerin eğitimi ve kapasitelerinin geliştirilmesi, gezici ekiplerle psikolojik ilk yardımın verilmesi faaliyetleri yer almaktadır (UNHCR, 2019; UOSSM, 2019; WHO, 2018a).

Türkiye'de verilen sağlık hizmetleri genel olarak değerlendirildiğinde ise, 2016 yılına kadar ruh sağlığı hizmetlerinin ARHS bireyler özneline verilmekten öte mülteci popülasyonunun tümünü kapsayacak şekilde verildiği görülmektedir. Ancak 2016 yılından itibaren, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile Avrupa Birliği (AB) Komisyonu Türkiye Delegasyonu arasında imzalanan Doğrudan Hibe Sözleşmesi çerçevesinde (IPA 2016/378-641), kısa adı SIHHAT olan ve çoğu yerde bu ad ile anılan, "Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi" kapsamında ARHS bireylere yönelik ayrıca hizmetlerin verilmeye başlandığı görülmektedir (SIHHAT, 2019).

SIHHAT projesi kapsamında, geçici koruma statüsü verilen mültecilere, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan I. ve II. basamak sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi amacıyla, 1 Aralık 2016'dan 1 Aralık 2019 tarihine kadar, toplamda 36 aylık bir eylem planını hazırlanmıştır. Proje kapsamında, mülteci nüfusunun yoğun olduğu illerde (28 il) sağlık hizmetlerinin kapsamının ve kalitesinin geliştirilerek 2019 yılı sonuna kadar bu kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminin artırılması hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerine erişiminin artırılmasına yönelik belirlenen 12 proje ana faaliyetlerinden birinin ise "Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Desteklenmesi" olduğu görülmektedir (SIHHAT, 2019).

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Desteklenmesi çerçevesinde, mülteci nüfusunun en yoğun olduğu illerde (Adana, İstanbul, İzmir, Mardin, Gaziantep, Hatay, Şanlıurfa, Kilis, Bursa) ARHS bireylere yönelik ruh sağlığı hizmetlerini vermek üzere 10 adet toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM) açılması ön görülmüştür. Açılması planlanan bu merkezlerde istihdam edilen personel giderleri de dahil olmak üzere TRSM'lerin tüm giderlerinin, 300 milyon Avro değerindeki AB'nin FRIT fonundan karşılandığı görülmektedir (SIHHAT, 2019).

Projenin başlangıç tarihinden bitiş tarihine yaklaştığı (1 Aralık 2019) bugüne kadar olan süreç incelendiğinde ise, açılması planlanan 10 TRSM'den çoğunun (7 TRSM: Adana Meydan TRSM, İzmir Bornova, Mardin Kızıltepe TRSM, Gaziantep İslâhiye TRSM, Hatay Reyhanlı TRSM, Şanlıurfa TRSM, Bursa Hürriyet TRSM) açılmakla birlikte hala hedeflenen sayıda (10) TRSM'nin açılmadığı görülmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Mevcut durumda hizmet veren TRSM'lerin, ülkemiz vatandaşları ile birlikte Suriye vatandaşı ARHS bireylere de hizmet verdiği bilinmektedir. Öte yandan bu merkezlerde bugüne kadar kaç ARHS bireye hizmet verildiğine dair herhangi bir Bakanlık verisine rastlanamamıştır. Yine verilen hizmetlerin kapsamına dair hazırlanan ve yayınlanan herhangi bir mevzuat çalışmasına rastlanmamasının yanı sıra, mevcut "Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge" kapsamında hizmetlerin yürütüldüğü bilgisine erişilmiştir. Bu yönüyle, Türkiye'de 2011 yılından itibaren açılmaya başlanan TRSM'ler ile aynı işleyişe sahip olduğu, dolayısıyla da benzer hizmetleri verdiği söylenebilir. Farklı olarak bu merkezlerde dil sorunun aşılmasına yönelik, tercümanların yanı sıra özellikle Suriyeli hekim ve hemşirelerin istihdam edilerek hastalıkların anlaşılmasında ve tedavisinin gerçekleştirilmesinde etkili olan kültürel farklılıkların aşımaya çalışıldığı görülmektedir (SIHHAT, 2019).

Proje kapsamında açılan TRSM'ler dışında, geçici koruma statüsü aldığı illerde eğer TRSM var ise, mülteci ARHS bireylerin bu TRSM'lerden de ruh sağlığı hizmeti almasının önünde herhangi bir hukuki engelin olmadığı söylenebilir. Bununla birlikte, proje kapsamı dışındaki TRSM'lerde tercüman istihdamının olmadığı gerçeği göz önünde bulundurulduğunda, kişilerin buralardan hizmet almalarının oldukça sınırlı olacağı söylenebilir.

Literatürde belirtildiği üzere sağlık hizmeti sağlayıcılarının ARHS bireyler özneline sadece değil, tüm mültecilerle ilk temaslarında; sırasıyla (1) mevcut sağlık durumlarını değerlendirmek; (2) sağlık riski değerlendirmesini yapmak; (3) ev sahibi ülkenin sağlık sistemi hakkında bilgi sağlamak ve (4) sağlık eğitimi olmak üzere dört ana meseleyi ele almaları gerekmektedir (Suurmond, Rupp, Seeleman, Goosen ve Stronks, 2013). Ancak Türk Tabipler Birliğinin (TTB) yayınladığı raporda da belirtildiği üzere, ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığa rağmen hem kamplarda, hem de kamp dışında yaşıyan mülteciler arasında, ARHS bireylerin de bulunduğu ruh sağlığı açısından riskli grupların tespiti ve takibinin yapılmadığı görülmektedir. Bu sayılan uygulamaların yapılmamasının, ARHS bireyler de dâhil olmak üzere tüm mültecilere yönelik, hem tedavi edici, hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşıyan sorunların temelini oluşturduğu söylenebilir (Zencir & Davas, 2014). Sağlık hizmetleri sunumunda bu sıralı uygulamaların gerçekleştirilmesi,

özellikle mülteciler arasında ARHS bireylerin tespit edilmesine, daha sonra ise sağlık durumlarına uygun hizmetlerden yararlanmalarına olanak sağlayacak olması ile oldukça önemlidir.

Bilinmektedir ki, Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda, 2011 yılından itibaren, Ulusal Ruh Sağlığı Politikası (URSP, 2006) ve Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP, 2011) çerçevesinde, dünyada 1968 yılından beri hâkim olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, ARHS bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sisteminin kurulmasını gerektirmesi ile oldukça önemlidir. Ancak hizmetlerin sunumunda, ARHS bireylere ve ailelerine yönelik destek mekanizmalarının oluşturulması ayrıca önemli bir gerekliliktir. Bu yönüyle toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri çerçevesinde, savaş nedeni ile ailesini veya yakınları kaybeden ve tek başına yaşamını sürdürmek durumunda kalan ARHS bireylerin olduğu veya olacağı düşünüldüğünde, bu bireylere yönelik başta bakım hizmetleri olmak üzere destek hizmetlerinin varlığı oldukça önemlidir. Çünkü mültecilerin, göç ettiği ülkelerde aile, komşu, akraba ve arkadaş gibi sosyal destek sistemlerini oluşturan ilişki ağlarından yoksun olması ruh sağlığı etkileyen önemli sorunlardan birisidir. Savaş koşulları, yerinden edilme gibi dinamikler nedeniyle bu sosyal destek yapıları zarar görmektedir (Pérez-Sales, 2012). Bu yönüyle mülteci ve sığınmacı ARHS bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin yanı sıra destek hizmetlerinin de verilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de bu bireylere yönelik destek hizmetleri (barınma, istihdam gibi) değerlendirildiğinde ise, mülteci ARHS bireylerden öte, Türk ARHS bireylerin de yararlanabileceği destek hizmetlerinin yok denecek kadar az olduğu söylenebilir. Bu durumdaki bireylere yönelik açılması URSEP’te planlanan yarı yol evlerinin hiç olmadığı, korumalı evlerin ise Umut Evleri altında, tüm engellilerin yararlanabileceği biçimde ve oldukça sınırlı kapasitede hizmet verdiği görülmektedir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2018). Benzer şekilde hayatını devam ettirmek için çalışması gereken ARHS bireylerin istihdamına yönelik planlanan korumalı iş yerlerinin yok denecek kadar az olduğu da bilinmektedir. Bu yönüyle, Aslantürk’ün (2016) de belirttiği üzere, politikalar doğrultusunda yasal mevzuatta yapılan düzenlemelerin, uygulamada dikkate alınmadığı ve var olan uygulamaların ARHS bireylerin hayatında değişim yaratmaktan oldukça uzak olduğu söylenebilir.

Tüm bu bilgiler ışığında, Türkiye’de mülteci ve sığınmacı ARHS bireylere yönelik verilen ruh sağlığı hizmetlerinin ayaktan tedavi hizmetini daha çok kapsadığı söylenebilir. Öyle ki, mülteciler ve sığınmacılar arasında bugüne kadar veya mevcut durumda yatarak tedavi gören kaç ARHS bireyin olduğuna dair herhangi bir istatistiki bilgiye rastlanmamıştır. Bununla birlikte Türk vatandaşı ARHS bireylerin bile ihtiyacını karşılamaktan çok uzak olan psikiyatri yatak sayılarının, mültecilerden ve sığınmacılardan gelecek böylesine bir talep karşısında, ihtiyacı karşılamaktan oldukça uzak olduğu gerçeği de göz ardı edilmemelidir.

4. Sonuç ve Öneriler

Suriye'deki savaş dokuzuncu yılına doğru hızla ilerlerken ve savaşın biteceğine dair umutlar tükenirken, Türkiye'deki mülteci ve sığınmacı ARHS bireylere yönelik verilen ruh sağlığı hizmetlerinin mevzuatlarla güvence altına alındığı, ancak uygulamada beklenen etkiyi göstermediği söylenebilir. Bu yönüyle, mülteci ve sığınmacılara yönelik ruh sağlığı hizmeti sunumunda ARHS bireylerin yaşadıkları sorunlar; 1) kayıt eksikliği, (2) dil engeli ve (3) mevcut sağlık hizmetleri ve bunlara nasıl erişileceği konusunda bilgi eksikliği olmak üzere üç bölümde toparlanabilir.

Yaşanan bu sorunların çözümüne ilişkin ise, sosyal hizmet uzmanlarının (SHU) da dâhil olduğu multidisipliner bir ekip tarafından, çok boyutlu toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi çok önemli ve gereklidir. Bu doğrultuda öncelikle Türkiye'deki kamplarda ve kamp dışında yaşayan mülteci ve sığınmacı nüfusunun ağır ruhsal hastalıklar haritasının çizilmesi gereklidir. Bunu yaparken mülteciler arasında mevcut durumda ARHS bireylerin tespit edilmesinin yanı sıra, ilerde ağır ruhsal hastalıklardan birinin görülme riskinin yüksek olacağı tahmin edilen nüfus gruplarının da belirlenmesi önemlidir. ARHS bireyler belirlendikten sonra, sağlık durumuna uygun yararlanabileceği mevcut sağlık hizmetleri ve bunlara nasıl erişileceği konusunda bilgilendirme yapılarak tedavi hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalıdır. Yine mülteci ve sığınmacı ARHS bireylerin sağlık durumlarına uygun hizmetlerden yararlanmalarını sağlamak üzere, özellikle birinci basamak ve acil servisllerdeki sağlık çalışanlarına ağır ruhsal hastalıklar ve bu hastalığa sahip bireyler hakkında farkındalık eğitimleri verilmelidir.

Dil engelini aşılmasına yönelik, SIHHAT projesi kapsamında açılan TRSM'ler hakkında bilgi verilerek bu merkezlerde hizmet alınması ve burada bulunan tercümanlardan destek alınması sağlanmalıdır. Bunu yaparken merkezlerdeki tercümanların ARHS bireylerle etkili iletişim kurmasında düzenli aralıklarla eğitilmesi gerektiği de unutulmamalıdır. Öte yandan, yaşadıkları şehir itibari ile proje kapsamı dışındaki TRSM'lerden hizmet almak durumunda kalan mülteci ARHS bireylerin olacağı göz önünde bulundurulduğunda, bu kişilerin tercüman desteğinden yararlanmasını sağlamak üzere, Suriyeli hekim ve tercümanların bulunduğu merkezlerle telefon veya tele-psikiyatri gibi teknolojinin kullanımı ile iletişime geçmeleri sağlanarak dil engeli aşılmaya çalışılmalıdır.

SHU'lar, mülteci ARHS bireylerin sosyal işlevselliklerini arttırmaya ve toplumsal entegrasyonlarını sağlamaya yönelik; eğitim, barınma, istihdam ve sosyal yardım hizmetleri ile bağlantılandırarak onların sosyal hizmetlerden yararlanmalarını sağlamalıdır. Özellikle refakatsiz ARHS bireylerin tespit edilmesine öncülük ederek bu bireylerin uygun barınma imkânlarından yararlanmasını sağlamalıdır. SHU'lar savunuculuk rolünü kullanarak, mülteci ARHS bireylerin güvenli sığınma hakkına erişimini güvence altına almalıdır.

Son olarak mülteci ARHS bireylere yönelik hizmetleri sunarken, Türkiye'de ARHS bireylere yönelik var olan yüksek damgalama oranlarının, mülteci ve sığınmacılara yönelik damgalama oranlarının yüksek olması ile birleştiğinde, çok daha fazla olacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle bu bireylerle çalışırken

sadece SHU değil, tüm ruh sağlığı ekibi damga karşısı uygulama yapmanın öneminin farkında olmalıdır. Bu bireylere yönelik barınma ve istihdam hizmetlerinin yok denecek kadar az olduğu gerçeği göz önünde bulundurulduğunda, bu bireylerle çalışırken Türkiye’de mülteci ve sığınmacı olmanın ötesinde, tek başına ARHS birey olmanın oldukça zor olduğu gerçeği ile yüzleşerek bu gerçek göz ardı edilmemelidir.

Bu çalışmada, Türkiye’de mülteci ve sığınmacı ARHS birey olmaya yönelik söylemde bulunabilmek için, bu bireylere yönelik verilen ulusal ve uluslararası hizmetler, yapılan çalışmalar, hazırlanan raporlar, planlanan projeler ve çıktılarından yararlanılmıştır. Türkiye’deki mülteci ve sığınmacı ARHS bireyler özneline kişilerden yaşadıkları deneyimleri araştıran çalışmaların da bulunmaması ile birlikte bu durum, bu çalışmanın sınırlılığını ifade etmektedir. Bu yönüyle, Türkiye’de mülteci ve sığınmacı ARHS birey olmanın ne anlam ifade ettiğini ve yaşadıkları sorunları keşfeden, bu bireyler özneline nitel ve nicel yöntemlerle gerçekleştirilecek çalışmalara ihtiyacın oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Kaynakça

1. Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., Dalkılıç, A. ve Savas, H. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19 (1), 45-50.
2. Aslantürk, H. (2016). Ruh Sağlığı Alanında Toplumsal Entegrasyon ve Sosyal Haklar. *Turkish Journal of Family Medicine Primary Care*, 10 (4), 259-270.
- 3.
4. Aspinall, P. J., ve Watters, C. (2010). *Refugees and asylum seekers: a review from an equality and human rights perspective*. Research Report 52: Equality and Human Rights Commission.
5. Bilecen, B., ve Yurtseven, D. (2018). Temporarily protected Syrians' access to the healthcare system in Turkey: Changing policies and remaining challenges. *Migration Letters*, 15 (1), 113-124.
6. Cantor Graae, E., ve Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 12-24.
- 7.
8. Crumlish, N., ve O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of nervous mental disease*, 198 (4), 237-251.
- 9.
10. Diker, E. (2018). *Türkiye'deki Suriyeli Mültecilerle İlgili Kaynakçalar: Sağlık*. Koç Üniversitesi Göç Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (MiReKoc), Erişim: 15.05.2019, https://mirekoc.ku.edu.tr/wpcontent/uploads/2018/10/T%C3%BCrkiyedeki_Suriyelilerle_ilgili_Kaynak%C3%A7alar_Sa%C4%9Fl%C4%B1k.pdf
11. Eaton, V., Ward, C., Womack, J., ve Taylor, A. (2011). Mental Health and Wellbeing in Leeds: An Assessment of Need in the Adult Population. Erişim: 01.05.2019, <https://www.leeds.gov.uk/docs/Mental%20Health%20Needs%20Assessment%202011.pdf>
12. Fazel, M., Wheeler, J., ve Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365 (9467), 1309-1314.
13. Giacco, D., ve Priebe, S. (2018). Mental health care for adult refugees in high-income countries. *Epidemiology psychiatric sciences*, 27 (2), 109-116.
14. Hocking, D. C., Kennedy, G. A., ve Sundram, S. (2015). Social factors ameliorate psychiatric disorders in community-based asylum seekers independent of visa status. *Psychiatry Research*, 230 (2), 628-636.
15. Hollander, A.-C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., ve Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *Bmj*, 352, i1030.
16. IOM. (2009). *Göç terimleri sözlüğü*. Bülent Çiçekli (edt.). Cenevre: Uluslararası Göç Örgütü Yayınları, Erişim: 01.05.2019 http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_terimleri_sozlugu (1). pdf.
17. IOM. (2018). World Migration Report 2018. Erişim tarihi, 04.05.2019, <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>.
18. Kara, F., ve Akgün, N. (2015). *Konya'ya Yerleşen Suriyeli Mültecilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmalarının Önündeki Engeller*. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Konya.
19. Mipatrini, D., Balcılar, M., Dembech, M., Ergüder, T., ve Ursu, P. (2019). Survey on the health status, services utilization and determinants of health of the Syrian refugee population in Turkey (2019). In. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/400581/who-health-survey-report_-25.04.19_with-cover.pdf?ua=1: WHO Regional Office for Europe.
20. Newman, L. (2013). Seeking asylum—trauma, mental health, and human rights: An Australian perspective. *Journal of Trauma Dissociation*, 14 (2), 213-223.
21. Newman, L., Lightfoot, T., Singleton, G., Aroche, J., Yong, C.-S., Eagar, S., . . . Whittaker, M. (2010). Mental illness in Australian immigration detention centres. *The Lancet*, 375 (9723), 1344-1345.

22. Norredam, M., Garcia-Lopez, A., Keiding, N., ve Krasnik, A. (2009). Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Social psychiatry psychiatric epidemiology*, 44 (12), 1023.
23. SIHHAT. (2019). Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Erişim: 01.05.2019, http://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657
24. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., ve Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302 (5), 537-549.
25. Suurmond, J., Rupp, I., Seeleman, C., Goosen, S., ve Stronks, K. (2013). The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. *Public Health*, 127 (7), 668-673.
26. T.C. İçişleri Bakanlığı. (2013). Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Erişim: 01.05.2019, http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_kanun.pdf
27. T.C. İçişleri Bakanlığı. (2014). Geçici Koruma Yönetmeliği. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Erişim: 01.05.2019, http://www.goc.gov.tr/files/files/03052014_6883.pdf
28. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Hakkında 22.10.2014 tarihli ve 29153 sayılı Yönerge, Erişim: 01.05.2019, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11288/gecici-koruma-altina-alinanlara-verilecek-saglik-hizmetlerine-dair-esaslar-hakkinda-22102014-tarihli-ve-29153-sayili-yonerge.html>
29. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri. Erişim: 01.05.2019, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>
30. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)*. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
31. UNHCR. (2019). Türkiye'deki Mülteciler ve Sığınmacılar. *Syria Regional Refugee Response Select location*. Erişim: 05.05.2019, <https://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar>
32. UOSSM. (2017). *Syrian hospitals surveillance study*. Erişim Tarihi: 04.05.2019, <https://drive.google.com/file/d/0B1olZsVkfBsxQjlsdWtWcmJUeXM/view>
33. UOSSM. (2019). *Ruh Sağlığı*. Erişim Tarihi: 04.05.2019, https://www.uossm-turkey.org/mental_health
34. Uyanık, A. (2018). Geçici koruma sağlanan yabancıların sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerine erişimleri. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 37 (2), 35-63.
35. Üçkardeş, E. A., Işık, E. ve Aker, A. T. (2015). *Göç, Yerinden Edilme ve Ruh Sağlığı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
36. WHO. (2018a). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants: Technical guidance*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
37. WHO. (2018b). *New report released on WHO's response to the Syrian humanitarian crisis within and from Turkey*, Erişim: 09.05.2019, <http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2019/4/new-report-released-on-whos-response-to-the-syrian-humanitarian-crisis-within-and-from-turkey>
38. Zencir, M., ve Davas, A. (2014). *Suriyeli sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporu*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Araştırma Makalesi

Makale geliş: 14.01.2018

Makale kabul ediliş: 28.05.2019

KÖK HÜCRE NAKLİ OLAN HEMATOLOJİ HASTALARININ SORUN VE GEREKSİNİMLERİ: KURUMSAL HİZMETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ*

Dr. Melih Sever**
Prof. Dr. Sunay İl***

Öz

Bu çalışmanın ana amacı Türkiye’deki iki onkoloji hastanesinde kök hücre nakli birimlerinde verilen hizmetlerin (psiko-sosyal, finansal, yaşamsal) değerlendirilmesidir. Lösemi ve lenfoma gibi kanser türlerinde hastalıkla mücadele eden ve allojenik kök hücre nakli olan bireylere ve ailelere sunulan hizmetler, bu hizmetleri sunan uzmanların görüşleri eşliğinde değerlendirilmiştir. Bu çalışma nitel yöntem betimleyici desende yürütülmüştür. Kök hücre nakli sürecinde hangi hizmetlerin sunulduğu ve verilmesi gerektiğine ilişkin bir değerlendirme içeren bu çalışmada, kök hücre nakli alanında profesyonel olarak çalışmış (en az 2 yıl) uzmanların görüşleri ele alınmıştır. 1 uzman doktor, 2 uzman hemşire, 1 başhemşire, 1 kemik iliği ünitesi koordinatörü uzman biyolog ve 3 sosyal hizmet uzmanı ile yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular kök hücre nakli olan birey ve ailelerinin sorunları ışığında tartışılmıştır. Uzman görüşleri, dört farklı başlık ve öneri alanı etrafında incelenmiştir. Buna göre; ekonomik sorunların bu hastalığın ve ailenin sağaltımında rol oynadığı, ulaşım ve ikamet sorunlarının çözülmesinin önemi, hastanede refakatçi sisteminin geliştirilmesi gerektiği, son olarak da hasta ve ailesine psiko-sosyal desteğin verilmesi gerektiği tartışılmıştır. Bu gereksinimlerin ele alınmasının hasta birey ve ailesinin psiko-sosyal bütünlüğünün korunmasında ve tedavilerin etkinliğinin artmasında rol oynayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lösemi, lenfoma, kök hücre nakli, psiko-sosyal destek, onkolojik sosyal hizmet, kurumsal hizmetler

PROBLEMS AND NEEDS OF STEM CELL TRANSPLANTATION PATIENTS: EVALUATION OF INSTITUTIONAL SERVICES

Abstract

The main aim of this study is to evaluate the services (psychosocial, financial and practical) provided in stem cell transplantation units in two oncology hospitals in Turkey. The services provided to individuals and families who undergone allogeneic stem cell transplantation due to malignancies such as leukemia and lymphoma are evaluated with the opinions of the experts who offer these services. This study was conducted in qualitative descriptive design. In this study, which aims to evaluate the services offered and the services should be provided in the stem cell transplantation process, views of experts who worked in the field of stem cell transplantation were analysed. Findings from semi-structured interviews with one expert biologist, three social workers, one oncology doctor, two specialist nurses, one head nurse and one stem cell unit coordinator, who have worked for a long time (at least 2 years) in stem cell transplant units were evaluated. The interviews were analysed using thematic analysis and discussed under the headings of economic problems, accommodation problems, companionship system and psychosocial support. According to the findings, it was discussed that the economic support given to the individuals and their families who have gone through stem cell transplantation should be regulated according to the increasing needs of the families due to the illness and treatment. Accommodation facilities under professional care should be established inside or nearby the hospital campuses. Hospital companionship program should be developed to meet the needs of the families. Last but not least, it was argued that family centered psychosocial support should be provided for the patients and their families. It is argued that addressing these needs will play a role in maintaining the psycho-social integrity of the patient and his /her family and increasing the effectiveness of the treatments.

Keywords: Leukemia, lymphoma, stem cell transplantation, psychosocial support, oncology social work, institutional services.

Giriş

* Bu çalışma ilk yazarın “Kök Hücre Nakli Olan Hasta ve Ailelerinin Hastalık Anlatıları” isimli doktora tezinden üretilmiştir.

** Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Araştırma Görevlisi melihsever@sdu.edu.tr

*** Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi suil@hacettepe.edu.tr

Lösemi ve lenfoma gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan bir yöntem olan kök hücre nakli (KHN), stresli ve çoğu zaman hayati tehlike içeren bir tedavidir. Yaklaşık 50 yıldır dünyada yoğun olarak tedavi amaçlı kullanılan ve Türkiye’de gittikçe artan sayıda yapılan nakiller umut vermekte, tedaviye bağlı sorunlar azalmaktadır.

Tüm gelişmelere rağmen kök hücre nakillerinin yıllar sürebilen iyileşme süreci, kalıcı rahatsızlıkları ve sınırlılıkları beraberinde getirmesi, finansal yükün ağır ve ölüm riskinin yüksek olabilmesi, refakat eden yakınlarda psiko-sosyal sorunlara yol açabilmesi ebeveynlerinden biri (anne ya da baba) bu tedaviye ihtiyaç duyan aile için ciddi bir bakım yükü, kaygı ve çökkünlük oluşturabilmektedir (Siston vd, 2001; Bevans ve Stenberg, 2012; Beattie ve Lebel, 2011). Tedavinin yan etkileri, iyileşme sürecinin uzun ve bakım yükünün ağır olduğu bu tedavide, ailenin de bakım sürecinde aktif rol aldığı görülmektedir. Çocuklu ailelerde, geniş ailelerin bile süreçte aktif rol oynaması gibi sebeplerle kök hücre nakli sürecinin aile üzerindeki yansımalarının anlaşılıp, ihtiyaçların tespit edilmesi önem taşımaktadır.

Kök hücrenin tedavilerde kullanılma sıklığının artması ve gelecekte de artan bir şekilde kullanılacak olmasından dolayı bu tedaviyi gören insan sayısı artmaktadır (TÜBA, 2014; EBMT, 2018 s.37). Bu süreci hastanın yanı başında deneyimleyen ailelerin yaşadıklarının anlaşılması, muhtemel ihtiyaç ve sorunlarının belirlenmesi önemlidir. Kanser hastalarına bakım vermek çoğu zaman yıpratıcı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir süreçtir (Boyle ve ark., 2000; Okçin, 2007; Karabuğa-Yakar ve Pınar, 2013; Erdoğan ve Yavuz, 2014). Akraba dışı gönüllülerden yapılan kök hücre tedavisinin daha riskli olması ve yan etkilerinin fazla olabilmesi nedeniyle uzun dönemli psikolojik etkilerinin daha ağır olabileceği tartışılmıştır (Molassiotis ve Morris, 1998).

Genelde bakım veren bireylerin % 70-90'ni eşlerin, % 10-30'u çocukların ve % 5-10'unu diğer yakınların oluşturduğu belirtilmektedir (Keefe vd, 2003). Yalnızlık, korku, ümitsizlik, depresyon, belirsizlik eşlerin bu dönemde yaşayabileceği sorunlar olup sosyal alanlarda da çocuk bakımı, hastada oluşacak muhtemel yan etkilerden dolayı aile hayatındaki değişimler (kısırlık, hareket kısıtlılığı vb.) ev ile ilgili günlük işlerde, mesleki ve ekonomik konularda sorunlar yaşayabilmektedirler. Kanser hastalığının aileyi de etkileyen bir süreci içinde getirmesi nedeniyle kurumsal hizmetlerin sadece bireyi değil aileyi de içine alması gerektiği belirtilmektedir (Möller vd. 2014).

Türkiye’de onkolojik sosyal hizmet birimlerinin henüz kurulmamış olması, kanser hastalığının spesifik etkilerine ve gereksinimlerine dönük olarak sosyal politikaların yapılandırılmamış olması, tüm hastalıklara dönük olarak ortak hizmetlerin verilmesi ve hastalık grubunun özel gereksinimlerinin dikkate alınamaması kanser hastası birey ve ailelerini olumsuz etkilemekte ve kök hücre nakli gibi oldukça örseleyici bir sürecin içinde kalan birey ve ailesini derinden etkilemektedir.

Bu kapsamda kök hücre nakli olan hasta ve ailelerinin ihtiyaçlarının anlaşılması, verilen hizmetlerin bu ihtiyaçlara göre şekillendirilmesi, hasta ve ailesinin iyilik hali, verilen hizmetlerin etkililiği ve kurumsal açıdan bütünsel hizmetlerin sağlanabilmesi gerekli görülmektedir. Türkiye’de onkoloji hastanelerinde verilen hizmetlerin değerlendirildiği bu çalışmada, biyo-psiko-sosyal açıdan hasta ve ailelerinin gereksinimleri tartışılmıştır. Bütüncül bir kurumsal hizmetin sağlanabilmesi için onkoloji hastanelerinin hasta ve ailelerinin ekonomik sorunları başta olmak üzere, refakat sistemi işleyişi, konaklama sorunu ve psiko-sosyal sorunlar ile ilgili ihtiyaçlarının öne çıktığı görülmüştür. Bu çalışma bu bakımdan hematolojik rahatsızlıklarla mücadele eden hasta ve ailelerin ihtiyaçlarını ve uzmanların bu ihtiyaçlara yönelik kurumsal hizmet önerilerini değerlendirmektedir.

Yöntem

Bu çalışmada nitel yaklaşım ve betimleyici desen kullanılmıştır. Nitel yaklaşım, derinlemesine bilginin katılımcı veya gözlenen tarafından aktarılmasına ve araştırmacının bu aktarılan bilgidan özümlediklerini ve çıkarımlarını ortaya koymasına dayanır. Nitel yaklaşım daha çok gerçeğin veya deneyimin bireyin gözünde olduğunu ve araştırmacının, bireyin gözünde nasıl oluştuğunu anlamak olduğunu iddia etmektedir (Thyer, 2010). Katılımcı uzmanların görüşleri tematik analiz yolu ile irdelenmiş ve dört ana bölümde sınıflandırılmıştır. Bu yaklaşımın tercih edilmesinin sebebi, yaşanan fenomenin bir de bu fenomeni gözlemleyenler tarafından nasıl algılandığını daha nesnel gözle kurgulamak ve anlamaktır.

Alanda uzun yıllar KHN olmuş hastalar ile çalışan ve hasta yakınları ile doğrudan işbirliği kuran ve hizmet sağlayan sosyal hizmet uzmanları, kök hücre nakli kliniği hemşireleri, kök hücre nakli doktorlarının görüşleri, yapılan gözlemler ve alanyazın tartışmaları eşliğinde incelenmiştir. Araştırma için ilgili hastaneden gereken izin ve çalışmanın yürütüldüğü üniversiteden etik kurul izni alınmıştır. Uzmanlarla yapılan nitel yarı yapılandırılmış görüşmeler, tematik analiz yoluyla tartışılmıştır. Görüşme yapılan uzmanların bilgileri aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. Görüşme Yapılan Uzmanların Tanıtıcı Bilgileri

Uzman Doktor	Hemşire	Sosyal Hizmet Uzmanı	Uzman Biyolog
R.N.	A.R.	K.N.	A.D.
	Z.S.	L.B.	
	H.C.	P.R.	

Bu çalışmanın gerçekleştirilebilmesinde klinik sekreterlerinden bölüm başkanlarına kadar birçok uzman çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onlardan destek alınmıştır. Ayrıca bir ay boyunca hastanede hematoloji

kliniğinde gözlem yapılmış ve hastalar ile temasa geçilmiş, bölüm doktorları ile görüş alış veriş gerçekleştirilmiştir. Birçok hasta ile irtibat kurulmuş, hastalığın doğası ve yaşananlar üzerine kimi zaman biraz zorlayıcı da olsa saatler süren görüşmeler yapılmıştır. Görüşme ve gözlemler sonucunda hastalığa, hasta ve yakınlarına ilişkin iç görü kazanılmış, bu da çalışmanın şekillenmesinde rol oynamıştır. Gizlilik gereği ve uzmanların talebi üzerine sadece isimlerinin (anonim) baş harfleri ve meslekleri verilmiştir.

Araştırmaya katılan uzmanlara “Kök hücre nakli olan lösemi ve lenfoma hasta ve yakınlarının ne gibi sorun ve ihtiyaçları ön plana çıkmaktadır? Bu sorunlara ne gibi çözümler üretilmelidir?” soruları yöneltilmiştir. Alınan cevaplar temalarına göre ayrılmış ve sorun alanları ile çözüm önerileri başlıklar halinde tartışılmıştır.

Sorunlar ve Gereksinimler

Uzmanlar ve araştırmalar genel olarak lösemi ve lenfoma hastalıklarının tedavisinde kullanılan kök hücre naklinin oldukça ağır bir tedavi biçimi olduğunu, hasta ve ailesini tamamen etkilediğini belirtmektedir (Gratwohl vd. 2015). Diğer kanser türleri ve tedavileri arasında kalıcı etkileri olan ve sürecin yoğunluğu bakımından en hassas süreçlerden biri kabul edilen bu tedavi yaklaşımında, KHN olan birey ve ailesinin psiko-sosyal bakım ve destek ihtiyacı artmakta ve hastaneden taburcu olduktan sonra bile izlenmesi gerekmektedir.

Sürekli hastane ile temas halinde yaşayan aileler bir süre sonra artık hastalık ile bütünleşmeye başlamaktadır. KHN olan birey ve ailesindeki uyum problemleri, gelecek planlarının değişmesi veya tamamen belirsizliğe dönüşmesi, aileleri bir kaosa ve belirsizliğin getirdiği kaygı ve tedirginlik ile başa çıkmaya sürüklemektedir. Bu nedenle uzmanlar, bu hasta grubunun sorunlarının çalışılması ve uzman bir ekip tarafından izlenmesi gerektiğinin altını çizmektedir. Uzmanlar, yalnızca kök hücre nakli olan birey ve ailelerine yönelik atılacak adımların bile çok anlamlı katkıları ve sonuçları olacağını belirtmektedir. Henüz, sadece gelen hastalara boş yatak ayarlamak seviyesinde kalan çabaların, hasta ve ailesini de içine alan bir psiko-sosyal yaklaşımı öngörmesi kısa vadede ihtimal dışı görünmektedir. Bu durum, sadece tıbbi bakımın verilmesi ve hastaların hayatta tutulması ile belirlenen bir başarı kıstasını gündeme getirmekte, KHN olan birey ve ailesinin yaşam kalitesi, psiko-sosyal sıkıntıları konu dışı, hastalığın görünmeyen ve görülmemek istenmeyen yüzü olarak kalmaktadır.

Araştırmalara göre kök hücre nakli olan bireylerde, hastalık sürecine ve hastalığın ilerleyişi ve derecesine göre özgüven eksikliği, stres, yetersizlik, benlik saygısında azalma, kaygı, çökkünlük, içe kapanma görülebilir (Mosher vd. 2009; Lee vd, 2005). Aynı şekilde hastaya bağımlı olarak yaşamak durumunda kalan bakım veren yakınları da çevresinden yalıtılmış şekilde yaşamak durumunda kalabilir, çökkünlük, stres ve kaygı yaşayabilir (Cooke vd. 2009). Çocuklar da süreç içerisinde ebeveynlerin sağlık durumu hakkında bilgilendirilmediklerini hissettiklerinde kendilerini güçsüz, değersiz, anlamsız ve yararsız

hissedebilir, çöökkünlük ve içe kapanma belirtileri gösterebilir (Huizinga vd. 2005). Tüm aile süreçte gelecek planlarını askıya almak durumunda kalabilir ve aile sistemindeki değişimlere uyum için kaygı, belirsizlik ve stres belirtileri gösterebilir (Spath vd. 2013). Yaşanan psiko-sosyal sorunların ötesinde bu çalışmada, kök hücre nakli olan birey ve ailelerinin ekonomik sorunlar, refakat sistemi sorunları, ulaşım ve konaklama sorunları olarak belirlenen alanlarda yaşadıkları sıkıntılar ve çözüm önerileri değerlendirilmiştir.

Ekonomik Sorunlar

R.N. yaklaşık 10 yıldır kök hücre nakli alanında çalışan onkoloji uzmanı bir doktor olarak devlet ve üniversite hastanelerindeki hasta profilinin sosyoekonomik seviyesinin düşük olduğunu ve bu durumun hastalık ile ilişkili olduğu izlenimi edindiğini belirtmektedir.

R.N.: "Hematolojik hastalıklar genellikle sosyo ekonomik koşulları daha kötü olan kişilerde görülen hastalıklar. Toplumda her grubu etkiliyor ama devlet hastanesine gelen hastaların sosyo ekonomik koşulları daha kötü. Eğitim düzeyleri, onun ile ilgili ben bir çalışma yapmıştım, gelen hastalar, hematoloji hastalarının gelirleri ile ilgili, genellikle asgari ücretin altında, çok az eğitim düzeyi iyi olan hastalar var. Özel sektöre giren hastalara baktığımız zaman onlar birazcık daha okumuş, üniversite mezunu kişiler. Şimdi üniversite hastanelerine baktığımızda da arada lise mezunu da ortaokul mezunu olan hastalar var. Bunun sebebi nedir diye değerlendirdiğimizde, yeşil karne diye bir şey ortaya çıkıyor. Yeşil karnesi olan yani sosyal güvencesi tamamen devlet tarafından sağlanan hastalar devlet hastanesine gidiyorlar ve onların sosyo ekonomik koşulları çok daha kötü. Hem maddi hem de manevi açıdan daha farklı değerlendirilmesi lazım o hastaların.... "Biz et ye, dediğimiz zaman et yiyebilen, protein tüketebilen hastalar oluyor. Maddi durumu iyi olan hastalar oluyor."

Hastaların yeme rejimlerinde özel düzenlemelere gidilmesi gerekirken protein ağırlıklı beslenmenin gerektiği dönemlerde, hastaların maddi durumlarının gereken besinleri bulmakta ve hijyeni sağlamakta önemli rol oynadığı görülmektedir.

R.N.: "..Hastaların beslenmesi çok önemli. Protein, taze sebze meyve. Bunları da kısıtladığımız dönemler de oluyor, taze sebze meyveyi, ama yemelerini istiyoruz. Hastaların iyi beslenmeleri gerekli. Ama hastaların ete ulaşmaları sınırlı. Protein olarak, süt yumurta, bunları tüketmeleri, kırmızı et tüketmelerini istiyoruz ama sosyo ekonomik koşulları düşükse hastaların bunları tüketmeleri gerçekten zor oluyor. Bu da bizim tedavimizi olumsuz yönde etkiliyor diye düşünüyorum ben. İspatlayamadık henüz ama kesinlikle öyle olduğunu düşünüyorum..."

Hastanede yatış süresince hastanın ve refakatçinin dışarı ile temasının oldukça az olması ve özellikle dışarıdan gelen gıdaların dikkatli kullanılması, mümkünse bir defada tüketilmesi önerilmektedir. Ancak bu durumun da getireceği ayrı bir maddi yük tüm aileler için karşılanması güç bir yüküdür.

R.N.: "...Diyoruz ki biz, kapalı şişede su olsun. Küçük suları bir defada tüketin. Çünkü en nötropenik oldukları, yani bağışıklık sistemlerinin en zayıf olduğu nokta. Dışarıdan bir şey yeme diyoruz. Ama kapalı meyve suyu alabiliyor hasta. Kapalı su alabiliyor ve burada hastaların ortalama 1,5 ay yattıklarını düşünürsek, 1,5 ay her gün bir tane su alsa suyunun tanesinin 1,00 TL olduğunu düşünürsek hastane koşullarında, düşünün, hastaya ne kadar maliyeti yüksek oluyor böyle bir hastada..."

Enfeksiyon riskine karşı aşırı derecede tetikte olunması gereken bu dönemde hasta ve refakatçinin kendi kişisel temizliğine ve kıyafetlerinin temizliğine ayrıca önem vermesi gerekmektedir. Hastanede kalan ve hastanenin olduğu ilde yaşamayan ailelerin bu kıyafetlerini sürekli yıkamaları ve kişisel temizliklerini gerçekleştirmeleri oldukça zor olmaktadır. Bu konuda yerel yönetimlerin farklı uygulamaları olabilse de ailenin sosyal destek almadan temizlik ihtiyacını hastane içerisinde gidermesine yönelik hizmetler henüz yaygınlaşmamıştır. Bu durum hastayı ve refakatçisini maddi açıdan zorlamakta ve tedavinin başarı şansını azaltmaktadır.

R.N.: "...Ayrıca bu hastaların diyoruz ki kıyafetlerini her gün değiştir ünitedeysen. Evdeysen de söylüyoruz bunu. Her gün duş al, kıyafetini değiştir, yeni kıyafet giy. İç çamaşırından tut da üzerine giydiği çorabına kadar her şeyini düşünmek lazım. Bunlar nerede yıkanacak örneğin. Bu imkan da yok. Maalesef hastanemizde yok. Ankara'da olan hastalar, topluyorlar kıyafetlerini yakınlarına götürüp yıkayıp getiriyorlar. Ama Ankara'da olmayanlar yıkıyorlar kendilerini, kendi olanaklarında kurutmaya çalışıyorlar bazıları çok kötü olunca atıyorlar herhalde. Ama böyle bir sistem de yok. Burada gerçekten hastalara ya kıyafet verilmesi lazım, iç çamaşırılarını kendileri alabilirler ama üzerlerine giyecekleri kıyafetleri hastane verebilir. Bu da böyle bir sistem de yok..."

Sonuç olarak ekonomik refah seviyesi hastalığın seyrini, tedavi sürecindeki gelişimi doğrudan etkilemektedir. Ailelerin ekonomik yönden hastalığı ve tedaviyi kaldıracak kadar güçlü olması, elzem gözükmektedir. Yeterli ekonomik şartlara sahip olamayan bir çok aile hastalığa tekrar yakalanmakta, tam olarak remisyona girememekte veya yeterli steril şartlarda yaşayamayan bireyler enfeksiyon nedeniyle hayatını kısa sürede kaybetmektedir. Tüm medikal müdahaleler ve oldukça masraflı tetkikler hasta ve ailesinin gelir seviyesi düşük olduğu için anlamsızlaşmakta, hastalar hali hazırda hastalığın ve tedavi seyrinin başlıca sebeplerinden olan yaşam şartlarına geri gönderilmektedir. Bu durum şüphesiz büyük bir çelişkidir.

Aileler için yapılan yardımların artırılması ve ailelerin durumuna göre verilmesi tek çözüm gibi durmaktadır. Aksi halde tıbbi müdahaleler yaşamın gerçeklerine karşı duramayarak kısır döngü içinde hasta bakmakta ve sağlıklı bir çevreye hastaları geri göndermek zorunda kalmaktadır. Gratwohl vd. (2015)'nin yaptığı, 1996-2006 yılları arasında 25 Avrupa ülkesi ve 404 nakil merkezinde yapılan kök hücre nakillerin nüks etme, ölüm ve iyileşme oranlarının ekonomik şartlar, nakil merkezinin akreditasyonu ve makro ülke ekonomisi ile ilişkisini inceleyen geriye dönük grup araştırmasında (retrospective cohort study), ülke ekonomisinin ve nakil yapılan birimin ekonomik şartlarının özellikle allojenik nakillerle ilişkili olduğu ve iyi ekonomik şartların başarılı nakil olma (nüks etmeden iyileşme) olasılığını artırdığı bulunmuştur. Bu anlamda hasta ve ailesinin yaşadığı çevrenin ve gelirin hastalığın ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi hastalığın seyrine ve iyileşme sürecine etki eden etmenlerden birisidir.

Hastane Yakınında Konaklama

Kök hücre nakli gibi çok büyük harcamalar, insan emeği, uzman bilgisi ve malzeme (ilaç, teknik donanım gibi) gerektiren bir tedavinin ardından hastaların maddi imkânsızlıktan dolayı sağlıklarına kavuşmadan tekrar rahatsızlanmaları, relapse yaşamaları ve yaşamlarını kaybetmeleri bir tezat oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalarda yetişkin bir AML hastasının nakil öncesi işlemler, nakil ve sonrası izlem çalışmalarının ortalama toplamda 100 bin USD harcamayı içerdiği ve bunun ekstra giderleri kapsamadığı belirtilmiştir (Groot, vd. 2001). Bu rakam ABD'de allojenik nakil için 800 bin USD, otolog nakil için 350 bin USD gibi rakamlara çıkarken, diğer gelişmiş ülkeler için bu rakamın 80 bin ve 150 bin USD olarak hesaplanabileceği belirtilmiştir ki bu rakama Türkiye de dahildir (Philip, vd., 2015). Türkiye'de hastalığın aileye ve kurumlara maliyeti hakkında bilimsel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak sürecin tüm Dünya'da benzer işlemesi nedeniyle ailelerin konaklama, ulaşım, beslenme ve hijyen gereksinimlerinin aile üzerinde finansal yük oluşturacağı ortadadır. Durum böyle iken KHN olan birey ve ailesine uygun koşullarda barınma imkanı için oluşturulacak bir sistem, hastalığın tedavisi ve enfeksiyon riskinin önlenmesinde büyük bir rol oynayacak, maddi olarak giderlerin azalmasında, psiko-sosyal olarak da ailelerin üstünden büyük bir yükün ve stresin azaltılmasında rol oynayacaktır.

Hastaların nakil öncesi ve sonrasında acil durumları ortaya çıkabildiği için hastaneye hemen ulaşmaları büyük önem taşımaktadır. Bunun içinde KHN olan birey ve ailesinin hastaneye ve doktoruna acilen ulaşabileceği bir uzaklıkta yaşaması gerekli görülmektedir.

R.N.: "...biz hastalara diyoruz ki allojenik nakil yapacaksınız, mutlaka sizin Ankara'da bize yakın bir yerde olmanız gerekir. Bu şu anlama geliyor, haftada 2 kere biz poliklinik kontrolü istiyoruz. Bu kontrollere gidip gelmelerini sağlamak, ikincisi de acil bir durum olduğu zaman bize hemen ulaşmaları gerekiyor. Çünkü kök hücre nakli sonrası nötropenik oldukları immunsupresif bağışıklık sistemlerinin çok zayıf olduğu dönemlerde bu hastalar gerçekten enfeksiyonlara çok

açık hale geliyorlar ve saatler içinde hastayı kaybedebiliyoruz. Ankara'da ev tutturuyoruz hastalara. Üniversitede değişik yerlerden gelen hastalarımız var.

...Ayrıca bu hastalarımızın mutlaka tek kişilik odalarda izole kalmaları lazım, yakınları ile beraber. İzolasyon gerekli enfeksiyon kapmamaları için. Ortak tuvalet banyo kullanmamaları lazım...

Bu hastalardan, bir maddi kısmı çok önemli. Maneviyat çok önemli ama maddi kısmını çözemedikten sonra hastaların Ankara'da kalacak evini sağlayamazsak eğer nakil yapmamız çok sıkıntılı oluyor.”

Kök hücre nakli kliniğinde uzun yıllardır çalışan uzman biyolog A.D., kalacak yeri olmayan ve hastanın yanından da ayrılmak istemeyen veya başka bir yerde kalacak maddi durumu olmayan KHN olan birey ve yakınlarının, hastanede koridorlarda sabahladıklarına, bazılarının sandalyelerin üstünde yattığına üzüntüyle şahit olduklarını belirtmektedir. Yerel yönetimlerin veya çeşitli dernek ve vakıfların sağladığı konaklama hizmetlerinin erişilebilir olmadığını belirten uzman hemşire H.C., aynı zamanda kök hücre nakli olmuş veya olacak hastalar için verilen hizmetlerin sağlıklı olmadığını ve enfeksiyon riski taşıdığını belirtmiştir. Uzman A.D. nakil işlemlerinin oldukça masraflı olduğunu ve bu kapsamda yapılacak bir yönetmelik ile bütüncül bir hizmetin verilmesinin hasta kayıplarının ve nükslerin önüne geçeceğinden finansal olarak da daha az kayıp yaşanacağını söylemektedir.

M: Bu konuda yönetmelik, gerçekten kapsayıcı, spesifik-

A.D. Yok, yönetmelik yok-

Hiç bir şey yok, ama yapılması şart bence. Çünkü nakil gerçekten çok masraflı bir olay. Yurt içi yurt dışı hasta için gerçekten çok ciddi masraflar yapılıyor. Biz hastaya nakil sonrası, bu tip enfeksiyonlar, problemler yüzünden kaybediyoruz. Eğer kârlılık düşünülüyorsa bu açıdan bir yönetmelik oluşturulması zaten şart. Çünkü bu bir bütün.

Abel vd. (2016)'nin ABD'de üç farklı nakil merkezinde naklin 6 ay ardından yaptıkları araştırmada, kök hücre nakli olan hasta ve yakınlarını en zorlayıcı maddi yükün nakil olunan merkeze ulaşımın oluşturduğu bulunmuştur. Bunun özellikle allojenik nakil olan ve daha sık hastaneye kontrol ziyaretleri yapmak durumunda kalan hasta ve yakınları için sorun olarak belirtildiğini saptamıştır. Aynı araştırmada katılımcıların yaklaşık olarak %20'si nakil merkezine yakın bir lokasyona geçici olarak taşınmak zorunda kaldığını ve maddi olarak zorlandığını belirtmiştir.

Dünyada farklı uygulamalar olmakla birlikte özellikle Avustralya'da Lösemi Vakfının bağışçıların yardımları ve devlet desteği ile hasta ve yakınları için çeşitli lokasyonlarda hasta barınma ve destek merkezleri kurduğu ve ücretsiz olarak hasta bireylere ve ailelere profesyonel hizmet verdiği görülmektedir (Leukemia

Foundation, 2018). Bu merkezlerde sağlık personeli de çalışmakta hastanelere ücretsiz servis hizmeti verilmektedir. Ayrıca devletin kanser tedavisi gören ve tedavi merkezine belirli bir uzaklıkta (örn. 100 km ve daha fazla) yaşayan hasta ve yakınları için hastanenin tesislerinde konaklama desteği vermesi gibi çözümler uygulamada görölmektedir (Peter Mac, 2018). Ülkemizde kamu hastanelerinde tedavi ücretsiz olarak yapılırsa da yoksul ailelerin konaklama hizmeti için ayrıca maddi yardıma, yönlendirmeye ihtiyacı olabilmektedir. Bu bakımdan hasta bireyin tedavisi için harcanan maddi kaynakların çok daha azının hasta birey ve bakım vereninin konaklaması için ayrılması durumunda bütüncül bir hizmetin verilmesi mümkün olabilir.

Bu konuda H.C. hastane yanına yerleştirilen tesisler sayesinde nakil öncesi ve sonrası kritik aşamada burada uzman doktor ve hemşireler eşliğinde yatılı sağlanan hasta ve yakının acil bir durumda doğrudan hastaneye yatışının sağlandığını ve hastanın bu sayede kaybedilme riskinin çok azaldığını belirtmektedir. Hasta ve ailesinin maddi imkânlarının fazla olduğu durumlarda bile uzmanlarca gözetim altında tutulduğu ve anında müdahaleye uygun şartlarda bakıldığı bir sistemin bu tedaviyi alan bireyler için oldukça gerekli olduğu görölmektedir. Yaşanan sıkıntılarının ve işi yükünün azalmasında, KHN olan birey ve ailesine harcanan finansmanın etkili kullanılmasında bu adımın atılması gerekmektedir. Bu sayede olumsuz konaklama şartları dolayısıyla hastalığa tekrar yakalanan, enfeksiyon nedeniyle yaşamını yitirme tehlikesi ile oldukça zor ve pahalı tedavi gören hasta sayısı azalacak ve ailelerin bakım yükü ve maddi harcamaları da aynı oranda düşecektir. Her şartta hem hizmet verenlerin hem de hizmet alanların yararlanacağı böyle bir sistemin acilen hayata geçirilmesi ya da hasta ailesi için konaklama yardımı ve danışmanlığı desteği verilmesi gerektiği hem hastalar hem de uzmanlar tarafından öncelikli olarak dile getirilmektedir. Halihazırda ülkemizde sosyal hizmet birimleri hasta birey ve ailesinin barınma sorunları için şefkat evleri, yerel yönetimlerin ücretsiz veya kısmi ücretli olarak sunduğu imkanlar ve sivil toplum kuruluşlarının sağladığı imkanları kullanmakta ancak kısıtlı arzdan dolayı hasta ve yakınlarının talepleri karşılanamamaktadır. Bu talepler karşılansa dahi gerekli hijyen ve korunma şartlarının sağlandığını söylemek mümkün görünmemektedir.

Refakat Sistemi

Kök hücre nakli olacak hastaların yanlarında kök hücre nakline hazırlık nakil ve sonrası için ortalama bir- bir buçuk ay süresince tüm bakım işlerini ve diğer ihtiyaçlarını karşılayacak bir refakatçinin olması genellikle şart koşulmaktadır. Bazı kurumlar refakatçi dahil kimsenin servise alınmadığı ve nakil süresince hastanın izole edildiği bir yöntemi tercih ederken, bazı hastaneler ise tam zamanlı çalışan refakatçi hizmeti vermektedir. Uzman hemşire Z.S. çoğu kurumda refakatçi zorunluluğunun olduğunu, eleman yetersizliğinden dolayı hastanın kendi refakatçisini bulmasını talep ettiklerini belirtmektedir. Gönüllü refakatçilerin uzun süre bakım veremediklerini, hastalığın ve tedavinin çok ağır olduğu için hastaların ücret karşılığında bile refakatçi tutamadıklarını aktarmaktadır. Böyle durumlarda değiştirilmek durumunda kalınan refakatçiler hasta için enfeksiyon riski oluşturmakta ve uyum sorunları yaşamaktadır. Aileden

gelecek bir refakatçinin önemli olduğun dile getiren Z.S., refakatçinin de kaldığı sürede desteklenmesi gerektiğini ancak bunun yetersiz personel ve aşırı iş yükünden dolayı yapılamadığını belirtmektedir.

Aileden gelen ve hayatının bir süresini izole bir şekilde hiç alışık olmadığı bir yerde geçirmeye ve bakım vermeye adanmış refakatçiler, bu süreçten yıpranmış ve rutin hayatlarından uzaklaşmış şekilde çıkmaktadır. Tam zamanlı olarak hastanın yanında bulunulmasını gerektiren bu süreç, refakatçi için günlük hayatını tamamen geride bırakmasını talep etmekte, hatta günlük yaşamını kısıtlamaktadır. Refakatçinin hastalanmaması için dikkat etmesi, sigara kullanmaması, dışarda çok vakit geçirmemesi, sürekli ellerini yıkaması ve kişisel temizliğine azami dikkat etmesi gerekmektedir. Aynı zamanda refakatçilerin eğitim seviyesi ve bakım işlerindeki yeterliliği hastanın bakımında ve iyilik halinde önemli rol oynamaktadır. Ancak hasta grubu ve yakınlarının sosyokültürel seviyelerinin düşük olması, kent yaşamını tanımaması ve adaptasyon sorunları nedeniyle sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bu durum zamanın çok önemli olduğu bu tedavide hasta iyilik halini sıkıntıya sokabilmektedir. Refakat sisteminin profesyonel olması ve hasta yakınlarının becerilerine bırakılmaması gerektiği çok açık olmasına rağmen yetersiz uzman eleman sayısı ve bakım yükünün aileye bırakılması gibi sebeplerden dolayı hasta ve ailesinin hayatları alt üst olabilmektedir.

R.N.: "Refakatçilerin psiko-sosyal durumları sıkıntılı oluyor. Mesela sigara içen refakatçi çok istemiyoruz. Çünkü bun alıyor bir daha sigara içmek istiyor, çıkıyor. Her giriş çıkışlar, kemik iliği nakil ünitesinde enfeksiyon kaynağı demek. Tekrar geliyor, bir daha bun alıyor bir daha çıkıyor. Bir de bizim burada ünitemizde kan ürünü mesela istediğimiz zaman personel sıkıntımız var, bazen hasta yakınları gidip getiriyor kanları, kan merkezinden getiriyorlar. Bu da onlar için ekstra yük oluyor. Buraya gelen refakatçinin de akıllı, akli başında gerçekten, ne yaptığını bilen, ne istediğini bilen, söylediğimizi anlayan kişi olması gerekiyor. İşimiz kolaylaşsın. Çünkü zamanla yarışıyoruz. Hastanın nötropenik olduğu süre boyunca hızlı hareket etmemiz lazım. Bazen eczacılar birliğinden ilaç getirtilmesi lazım, hasta yakını uyanık olması lazım, getirebilmesi lazım. Ama bize gelen hastalar, mesela yukarıda var bir tane, eşinin yanında kalıyor, Karadeniz'den gelmiş, hayatında köyünden hiç çıkmamış. Ben diyorum ki ona Çankaya'daki yerden git, Eczacılar Birliği'nden ilacı getir. Taksiye binse başına her türlü şey gelebilir. Büyük şehirdeyiz ne olursa olsun. Ne yapıyoruz, yanına bir hasta yakınına takıp, sen ona yardım et, hadi sen götür diyoruz, böyle."

Aile içindeki refakatçiliğin gerçekleşmesi için refakatçinin ya çalışmaması ya da çalıştığı kurumdan izin alması gerekmektedir. Bu durumda kişinin çalıştığı kurumun şartları oldukça önemlidir. Kamuda çalışan kişilerin refakat ve hastalık izinleri 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 105. Maddesinin son hastalık ve refakat izni fıkrası (1976) ile düzenlenmiştir. Buna göre;

“Memura, aylık ve özlük hakları korunarak, verilecek raporda gösterilecek lüzum üzerine, kanser, verem ve akıl hastalığı gibi uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç gösteren hastalığı hâlinde onsekiz aya kadar, diğer hastalık hâllerinde ise oniki aya kadar izin verilir.”

...

“Ayrıca, memurun bakmakla yükümlü olduğu veya memur refakat etmediği takdirde hayatı tehlikeye girecek ana, baba, eş ve çocukları ile kardeşlerinden birinin ağır bir kaza geçirmesi veya tedavisi uzun süren bir hastalığının bulunması hâllerinde, bu hâllerin sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla, aylık ve özlük hakları korunarak, üç aya kadar izin verilir. Gerekliğinde bu süre bir katına kadar uzatılır.”

Bu maddelere ek olarak aynı kanunun 108. maddesinde “Memura, 105 inci maddenin son fıkrası uyarınca verilen iznin bitiminden itibaren, sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla, istekleri üzerine onsekiz aya kadar aylıksız izin verilebilir.” ifadesi yer almaktadır. Buna göre kamuda çalışan hasta ve yakınlarının gereken sağlık kurulu raporlarını aldıktan sonra 6 ay ücretli 18 ay ücretsiz izin alabildikleri görülmektedir. Ancak özel sektörde çalışan hasta ve yakınlarının durumu ile ilgili olarak bir düzenleme bulunmamaktadır. Özel kurumlarda çalışan birey ve aileler bu süreçte işveren ile yapılan sözleşmeye bağlı olarak ekonomik açıdan sıkıntı yaşayabilir, işten çıkartılabilir. Buna ilişkin örnekler yaşandığını açıklayan uzmanlar, hasta ve ailelerinin iş kaybından dolayı büyük sıkıntı yaşadıklarını aktarmaktadır.

...

M: Ondan sonra 1 ay daha kalıyorlar burada. O süreçte ne gibi sıkıntılar gözlemliyorsunuz, ne gibi sorunlar var? Psiko-sosyal açıdan nasıl yaklaşabiliriz hastalara? Ne gibi bir şey yapılabilir? Yani çok depresif refakatçi durumu gözleniyor, araştırmalar öyle söylüyor. Refakatçilerin daha büyük yük altında olduğu, tek başına kaldıysa eğer özellikle, çalışmakta olduğu işten ayrıldığı... Bu duruma ilişkin nasıl yönetmelik, nasıl bir yardımcı hizmet verilebilir acaba?

Z.S. Refakatçi açısından mı?

M: Refakatçi ve aile açısından, yani tamamen düşünürsek. Hasta diyelim, ebeveyn çalışıyor, işinden ayrıldı, refakatçi eşi oluyor çoğu zaman %75 oranında, eşi de çalışıyorsa işinden ayrılıyor, eğer devlet kurumu değilse izin alamıyor...

Z.S. Çalışıyorsa zaten büyük sıkıntı. Çünkü yönetmelikte şöyle bir şey varmış, ben çok detayını bilmiyorum ama hani hastalardan duyduğumuz şeyler, 1 refakatçiye sadece 3 ay refakatçi olma hakkını tanıyor. Ve aynı hastalık için siz ikinci kez alamıyorsunuz bu, yani kurumda çalışıyorsanız. Sadece bir kez o hakkı veriyor size. Yatan hasta için. Ayakta hastalar için vermiyor.

H.C. Ayakta hastalar için refakatçi alamazsınız zaten.

M: Ayakta tedavi olsa bile refakatçiye ihtiyacı var ama?

Z.S. Tabi ki tabi ki yanında mutlaka gerekiyor. Ama bu hasta nakil aşamasında sadece 3 ay yattığını düşünün. Sonraki komplikasyonda da biz çok fazla yatırıyoruz.

A.D. 2 yıl sürüyor.

Z.S. O refakatçi iznini sadece bir kere... O çok saçma gerçekten. O da hastalar ve yakınları gerçekten çok ciddi sıkıntı yaşıyorlar. İkinci kez o raporu kullanamıyor yani ve izin de alamıyor. Böyle bir sıkıntı var yani. Çalışıyorsa tabi büyük sıkıntı.

A.D. Yani konsey kararı gibi bir şey var sonuçta. Gayet ciddi bir karar. Belli konsey kararı alınmış hastaların refakatçileri için de o izin sürelerinin uzatılması çok gerekli ve çok da zor değildir aslında.

H.C. Bir de bundan yararlanan kişiler devlet kurumunda çalışan. Onun dışında özel sektör refakatçi raporu diye bir şey yok. İnsanların çoğu işlerinden ayrılıyorlar. Tabi işi varsa. Tek çalışan kişi hasta olan ebeveyn ise o durumda ailenin maddi değeri de kalmamış oluyor. Eğer devlet sektöründe çalışmıyorsa. Devlet sektöründe genel bir yattı sürece gelen bir şey var ama özel de çalışıyorsa özeller, hani SGK'sını yatırıyor ise belli bir gün izin veriyor. Ama özel kurum, kurumsal bir kurum değilse hiç bir şekilde, hasta bile işten çıkmak zorunda kalıyor. Şey diyorlar çoğuna, bir kaç hastaya olmuş, biz seni işten çıkarıp tazminatını verelim. Tazminatla da en fazla ne kadar idare edebilir ki!

Bu görevin altında ezilen ve çoğu zaman kendi psiko-sosyal halinin farkında olmadan yaşayan refakatçi yakınlar, izole edilmiş klinik odasında psiko-sosyal destek alma imkânı bulamadan, ailesi ile de görüşmeden yaşamak zorunda kalmaktadır. Bakım yükünün aileye bırakılması, aile yakınlarının görevi gibi bir geleneksel ön kabulün tüm aileler için geçerli sayılması şüphesiz refakatçide suçluluk ve utanç, aynı zamanda yetersizlik hislerine neden olmakta ve çökkünlük başta olmak üzere intihar düşüncelerine varana kadar belirtilere neden olmaktadır. Dahası evde erkek ebeveynin hasta olduğu durumlarda kadının toplumsal rollerden beklenen bakım veren olma baskısı, evin geçimini ve çocuklarının bakımını üstlenen anne için üstesinden gelinmesi zor bir sosyal baskıya dönüşmektedir.

Hastanelerde kök hücre nakli tedavisi alan hasta ve yakınlarına hizmet veren hemşire, doktor ve sosyal hizmet uzmanı sayısının acilen artırılması, hastaların yanında kalan refakatçiler için rekreasyon alanları oluşturulması ve uzman desteği sağlanması, bakım bilgisi verilmesi ve bakım yükünün profesyonellerce paylaşılması, refakatçi sistemi içinde uygulanabilecek en gerçekçi ve etkili yöntem olarak ortaya çıkmaktadır. Bakım aylığı desteğinin yanında refakatçilere bakım ile ilgili eğitimler verilmesi ve psiko-sosyal olarak desteklenmesi ayrıca gereklidir. ABD'de KHN yapılan kurumlarda yaygın olarak bu eğitimler verilmekte, aileler arasında dayanışma ve destek hatları kurulmakta, grup çalışmaları ve online destek hizmeti verilmektedir. (BetheMatch, 2018)

Kök Hücre Nakli Olan Birey Ve Ailesine Psiko-sosyal Destek

Alanda hastalar ile en yakından çalışan ve en fazla zaman geçiren uzmanların klinik hemşireleri olduğu görülmektedir. 10 yıldan fazla süre kanser hastaları ve lösemi hastaları ile çalışan uzman hemşire A. R. özellikle hastalığı tedavi sonrası tekrarlayan hastaların psiko-sosyal desteğe ihtiyacı olduğunu çünkü bu grubun artık yaşamından ümidi kesmeyi daha çok tercih ettiğini belirtmektedir. Bu durumda ölüm ve sonrası için hazırlanan ve kendini bu hayattan izole eden hasta, büyük bir çökkünlük içine girmiş olmaktadır. Bu durum hastayı olduğu kadar aileyi de etkilemekte ve yanında refakatçi kalan hasta yakınları da ruhsal sıkıntılar yaşamaktadır. Yalnız başlarına bırakılan ve hastalığın insani yönünden mahrum kalan izole edilmiş halde yaşayan KHN olan birey ve yakını için eski işlevselliğini hatırlayacağı, insani vasıflarını tekrar kazanacağı bir yaklaşım gerekmektedir. Bu durumda KHN olan birey ve ailesinin normalleşeceği ve hastalığı haricinde bir bağlamda konuşabileceği ve anlatabileceği müdahalelere ihtiyaç vardır.

Hastaların yaşadıklarının anlaşılması için verilen çaba aynı zamanda hastaların gerçekleşecek süreçlerle ilgili bilgilendirilmesi, güçlendirilmesi ve gerekli kaynaklara ulaşımını gerektirmektedir. Bu anlamda hasta ve yakınlarının sosyo kültürel seviyelerinin düşük olmasının beraberinde dezavantajlar getirdiğini belirten uzman A.R., yaşananlardan dolayı çalışan sağlık ekibinin de ruhsal açıdan sıkıntı yaşadıklarını, ailelerin kanser ve lösemi hakkındaki çok olumsuz tutumlarından dolayı KHN olan birey ve yakınları ile çalışmakta zorlandıklarını belirtmektedir. Bu anlamda toplumsal olarak bilinçlendirme çalışmaları yapılması ve hasta ve ailelerine yönelik bilgilendirme toplantısının yapılması çok önemli gözükmektedir. Çünkü ilik naklinin nasıl bir işlem olduğunun bilincinde olmayan hasta ve yakınları için bu süreç oldukça stresli geçmekte ümitsizlik, korku, kaygı, hastaya, yakınlara ve uzmanlara kadar herkesin sürecini etkilemektedir. Hastaların ve ailelerin yaşamsal tehdit içeren rahatsızlıkla uğraşırken psiko-sosyal yardımı gereksiz, anlamsız ve belki de bir lüks olarak gördüğünü belirten K.N., bu nedenle hasta ve ailesinin kendi sorunlarını dile getirmekten çekindiğini, damgalanmaktan korktuğunu, kendini güçsüz olarak algıladığını belirtmektedir. Hasta ve yakınlarının psiko-sosyal desteğe olumlu bakmadığını belirten uzmanlar, bilinçsizliğin hasta ve yakınları için olumsuz deneyimleri beslediğini belirtmektedir.

Uzman hemşireler genel olarak süreç boyunca ölümü hisseden hastaların öfkeli olduğunu ve bu öfkeyi en yakınındakilere yansıttıklarını belirtmektedir. Alanda çalışırken tanık olduklarını aktaran ancak görüşmenin kayıt altına alınmasını istemeyen uzman hemşire Z.M., refakatçilerin çöküntü ve tükenmişlik ile mücadele ettiklerini, hareketlerinin ve yaşam sevinçlerinin azaldığını belirtmiştir. Ayrıca hastaların tıbbi terimleri anlamakta zorlandıklarını ve hastalara bu süreci ayrıntılı şekilde anlatacak zaman bulunmadığı için hasta ve ailesinin süreçten habersiz yanlış uygulamalar yapabildiklerini belirtmektedir. Çoğu hasta ve yakınının nakil yapılırca herşeyin düzeleceği gibi bir algıya sahip olduğunu ancak dikkat edilmesi gereken sürecin nakil sonrası olduğunu anlamadıklarını belirtmektedir.

19.yy ikinci yarısından bu yana tıbbi sosyal hizmet alanında medikal modelden sosyal modele geçmenin gerekli olduğu tartışılmaktadır (Oral ve Tuncay, 2012). Biyo-psiko-sosyal model olarak da açıklanan sosyal model bireyin tüm yönleri ile sistem yaklaşımına benzer şekilde ele alınmadan hastalığın anlaşılamayacağını ve hastalığın çevresi içinde tüm yönleri ile ele alınması gerektiğini savunur (Engel, 1977). Medikal model ise hasta uzman ilişkisinde biyolojik ve patolojik belirtilerin tedavisine odaklanır. Aile, sosyal çevre, sosyal destek mekanizması, toplum gibi etmenleri göz önüne almaz. Bu anlamda Türkiye'deki uygulamada sosyal modele nasıl ve ne ölçüde geçildiği tartışılmalıdır (Özbesler ve Çoban, 2010).

Medikal modelin hasta ve yakınları için ne ifade ettiğini bir vaka örneği ile açıklayan uzman L.B., psiko-sosyal alanın yani insana bütüncül bakmanın önemini vurgulamaktadır.

L.B. Geçenlerde bir hasta gelmişti, tamamen iyileşmiş aslında bir kanser hastası...

Tamamen iyileşmiş ama hasta beyninde hala hasta. Ciddi ölüm korkuları olan bir hasta. Bu noktada benim aklıma hep şey geliyor, yani medikal model ile müdahale edilmiş bir hasta, her şeyi çözümlenmiş aslında medikal modelde, ama sosyal tarafları, psiko-sosyal tarafı eksik kalmış ve hasta iyileşse de iyi hissetmiyor. Bizim için önemli olan hastanın kendini nasıl hissettiği. Bunun için aslında iki modelin birlikte gitmesi, yürümesi gerekiyor.

Alanda eğitim almış ve psiko-sosyal yaklaşımın farkında olan sosyal hizmet uzmanları bile iş yükü ve hastane politikaları nedeniyle hastaların sadece ekonomik problemlerini çözmeye ve kalacak yer konusunda onlara yardımcı olmaya çalışmaktadır. Hastaların da sosyal hizmet uzmanına ulaşması ya da ulaştırılması gerekmektedir. Bu süreçte yeterince bilgilendirilmeyen hasta ve yakını, sosyal hizmet uzmanının varlığından bile haberdar olmadan sıkıntıları ile baş başa, tedaviyi atlatmaya çalışmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının hastalara ve ailelerine ulaşabilmesi ve onların yaşamlarına müdahale edebilmesi elzemdir. Sosyal hizmet uzmanı L.B., bu durumun sebebini mesleğin yanlış tanınması olarak göstermektedir.

...

L.B. Bence sosyal hizmetin olması gereken yerde olmaması! Biraz daha yardım odaklı, biraz daha sosyal sigorta odaklı. Nasıl emekli olurum, ne yaparım, engelli hakları odaklı gidiyor. Bence birçok tıp alanındaki diğer meslek grupları da sosyal hizmetin sınırlarını bilmiyor. Neler yapabileceğini bilmiyor. Burada bize rol düşüyor. Örnek çalışmaları gösterip ya da örnek çalışmaları yapıp, biz buyuz bu olmalı denmesi gerekiyor bence. Biraz da mevcut tıbbi sosyal hizmet alanına bakacak olursak, yapılan hizmet için yeterli görünüyor şey. Çünkü bir oda veriliyor, orada gelen hastalara konuk evi belgeleri veriliyor, maddi yardım varsa formları doldurulup SYDV'ye gönderiliyor ama bunun için maksimum bizim hastane gibi hastanede iki tane uzman kâfi. Ne var hasta hakları var, 1-2 kişi oraya, ama asıl her bir katta sorumlu bir

sosyal hizmet uzmanı olursa bir nevi şu anda açıkta olan diğer meslektaşlarımız için hem bir kadro imkanı da doğacak, hastalar açısından da daha kaliteli hizmet almış olacaklar. Bütünüyle her şeyi ile ilgilenilen bir hizmet sunulmuş olacak aslında.

Sosyal hizmet uzmanlarının iş yükünün azaltılması, sosyal hizmet uzmanlarının sosyal güvenlik görevlisi konumundan çıkıp psiko-sosyal müdahale yetkinliğine ve hasta ve yakınları ile doğrudan temas kurabileceği çalışma şartlarına ulaşması gerektiği düşünülmektedir.

Deneyimli sosyal hizmet uzmanı P.R. müracaatçı grubu ile hâlihazırda yapılan çalışmaları şöyle özetlemektedir:

“Şimdi bizim hastanemize gelen hastalar genel itibarı ile ekonomik olarak düşük seviyede insanlar, aileler. Psiko-sosyaldan önce ekonomik sorunlarını çözmeye çalışıyoruz onların. Temel ihtiyaçlar daha önemli, bizim hastanemizdeki hastalar için. Psikolojik olarak zaten çok bir şey yapmıyoruz. Psikiyatri bölümü ilgileniyor. Kimsesiz hastaysa ya da aile ilgilenmiyorsa bu konuda çalışmalar yapıyoruz. Onun yakınlarını araştırıp bulup, refakat etmeleri konusunda ikna etmeye çalışıyoruz, değilse bir bakımevi ayarlamaya çalışıyoruz. Çünkü nakil sonrası sıkıntılı onlar için. Yardımcı olabilecek bir kurum bulmaya, hastaları yerleştirmeye çalışıyoruz. Dediğim gibi öncelikle çözmeye çalıştığımız şey ekonomik anlamda ne yapabiliriz, nasıl rahatlatabiliriz, çünkü ailede tek çalışırsa, aile hem ekonomik anlamda, hem sosyal anlamda, her anlamda çöküyor.

Yapabileceğimiz şeyler çok sınırlı. Bakım aylığı, engelli aylığı, sosyal yardımlaşmadan alabileceği düzenli yardımlar, tek ebeveyn ise çocuklara ASP'den yapılan eğitim yardımı, ekonomik destek gibi şeyler ile onları desteklemeye çalışıyoruz. İl dışından geliyor çoğu hastamız, kalacak yer konusunda sıkıntı yaşıyorlar, nakilden önce de uzun bir süre tetkikler için buradalar, nakilden sonra da en az 6 ay buradalar, haftada iki gün hastaneye gelip gidiyorlar, yakın olmaları gerekiyor. Misafirhaneler ile görüşüp onlara yer ayarlamaya çalışıyoruz. Daha çok yaptığımız bunlar.”

Psiko-sosyal çalışmaların iş yükünden dolayı neredeyse imkânsız olduğunu söyleyen sosyal hizmet uzmanı P.R. sadece ekonomik yardım ve konaklama için bile yeterli zamanı ve imkânı bulamadıklarını belirtmektedir.

Sorunun sosyal hizmet uzmanlarının mesleki tanınırlıklarının olmaması, görev rol ve sorumluluklarının bilincinde olan yönetici ve uzman sayısının az olmasıyla da ilgili olduğunu vurgulayan sosyal hizmet uzman L.B., özeleştiride bulunarak bu durumun uzmanlar için de kolaylık olarak algılandığını ve çoğu sosyal hizmet

uzmanının odasından çıkmadan, hasta ve yakınlarını görmeden çalıştığını belirtmiştir. Ek olarak sosyal hizmet uzmanlarının hasta ve yakınları ile bireysel ve grupla çalışmalar yapması gerektiğini, taburcu edilmeden önce ve kontrol aşamasında ev ziyaretlerinin yapılması gerektiğini, belirtmektedir.

L.B. Kök hücre nakli, hastalar için gerçekten zorlu bir süreç. Bu sürecin her aşamasında mutlaka bir sosyal hizmetin destek olması gerekiyor, benim düşünceme göre. Çünkü zaten tanı almak vs. ayrı bir sıkıntıyken bir de ilik nakli sürecine girecek vs. uyum sağlayacak sağlamayacak, hep kaygılarla dolu.

Aynı zamanda nakil sonrasında da ev ortamında bir takım düzenlemeler yapılması gerekiyor. İşte bu noktada tam sosyal hizmetlere ihtiyaç var. Çünkü bizim bakış açımız, çevresi içerisinde birey olduğu için, çevrenin de mevcut konuma göre düzenlenebilmesi gerekiyor. Bir taraftan aile hasta yakınlarının desteklenmesi güçlendirilmesi gerekiyor. Çünkü uzun süren süreler. Minimum 7 ay ile başlayıp, belki seneye, daha uzun süren, bir kaç sene sonra nöksleri olan, tekrar nakil yapılması gereken süreçlere girilebiliyor.

Mevcut olarak bizim hastanemize şu anda daimi olarak çalışan bir sosyal hizmet uzmanı yok o klinikte. Haftada bir gün, bildiğim kadarıyla eğitime gidiliyor. O eğitimlerde de genelde, bu hastaların sosyal hakları nelerdir, nasıl yardımlar alabilirler, bilgilendirme, soru cevap şeklinde olursa o şekilde oluyor. Bana göre olması gereken, orada daimi bir sosyal hizmet uzmanının görevlendirilmeli, gerektiği zaman vizitlere katılmalı, başlangıç aşamasından tanının hastaya söylenmesinden, sürecin sonlanma aşamasına kadar. Gerek iyileşme, gerekse X durumunda. Hasta X sonrasında yas danışmanlığı noktasında, hasta yakınları ile çalışması gerekiyor sosyal hizmet uzmanının. Ev ziyaretleri yapması gerekiyor.

Kurum yöneticilerinin sosyal hizmet uzmanlarına verdiği görev, rol ve sorumlulukların değişmesi gerektiği çok net olmakla birlikte, yetersiz uzman sayısının vaka takibi için önemli bir sorun olduğu da ortadadır.

Genel olarak KHN olan birey ve ailesine yönelik psiko-sosyal bir destek mekanizmasının oluşturulmasının hem uzmanlar hem de bu süreci yaşayanlar için uzak bir ihtimal olarak görülmesi endişe vericidir. Harcanan kaynakların KHN olan birey ve çevresine yönelik bütüncül bir hizmet verilmemesi nedeniyle anlamsızlaşması çok çarpıcıdır. Klinik sosyal hizmet çalışmalarının ve uygulamalarının nicel ve nitel olarak yetersizliği bu alanın yaygınlaşmasını ve görünür kılınmasını engellemektedir. KHN olan ailelerin psiko-sosyal sorun ve ihtiyaçlarının üzerinde çalışılması gerektiği, bu ailelere yönelik doğrudan psiko-sosyal müdahalelerin uygulanması hem bireyin hem de ailenin işlevselliği ve iyilik hali için gerekli görülmektedir.

Sonuç

Bu çalışmada Türkiye’de iki onkoloji hastanesinde kök hücre nakli birimlerinde deneyimli sağlık personelinin görüşleri eşliğinde verilen hizmetler tartışılmıştır. Sadece nakil olan bireyi değil tüm aile sistemini etkileyen ve ailenin yaşamsal rutinini değiştirmesini gerekli kılabilen bu süreçte, bütüncül hizmet anlayışının yerleşip, aile üyelerinin ihtiyaçlarını gözetilen bir anlayışa gereksinim duyulduğu gösterilmiştir. Kök hücre nakli olan birey ve ailelerinin ihtiyaç ve sorunları kurumsal hizmetlerin yapılandırılmasında göz önüne alınmalıdır. Bu çalışmada kök hücre nakli olan birey ve ailelerinin sorun ve ihtiyaçları dört ana başlık altında değerlendirilmiştir: Ekonomik sorunlar, hastane yakınında konaklama, refakat sistemi ve psiko-sosyal destek.

Öncelikle kök hücre naklinin tedavisinin hasta birey ve ailesi için ek harcamalar gerektirdiği, ulaşım ve beslenme konularında ailelerin zorlandıkları ve ek maddi yüklerin oluştuğu belirtilmiştir. Bu hastalıkların beslenme rejimlerinin ve kısıtlamaların ayrıntılı olması aileleri zorlamaktadır. Hâlihazırda engelli ve evde bakım ücretlerinin hasta birey ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamakta olduğunu söylemek güçtür. Ailelere verilen ekonomik desteğin hastalığın ve tedavinin durumuna göre esnek şekilde verilmesi ve ailenin ihtiyaçlarının gözetilmesi önerilmektedir.

Ailelerin nakil olduktan sonra en az 6 ay kadar hastaneye ulaşımın hemen sağlanabildiği alanlarda ikamet etmesinin istenmesi aileleri ayrıca bir maddi ve psiko-sosyal sıkıntılara yol açmaktadır. Hastane tesisleri içerisinde kök hücre nakli olan birey ve ailelerin konaklayabileceği alanların yaratılması ya da ailelere konaklama yardımı ve danışmanlığı verilmesi önerilmektedir. Bu anlamda Dünya’daki farklı uygulamaların göz önüne alınması önerilmiştir.

Kök hücre nakli sürecinin başından sonuna kadar bir refakatçi çoğunlukla hasta bireylerden talep edilmektedir. Ancak refakatçi bireyin bu süreçte yalnız bırakılması, bakım eğitimi ve desteği verilmemesi refakatçileri de psiko-sosyal sorunlara yol açmaktadır. Refakatçi sisteminin profesyonel şekilde bakım elemanları tarafından verilmesi ya da aile bakım üyelerine bakım eğitimi ve desteği verilmesi önerilmektedir.

Tüm kök hücre nakli sürecinde hasta bireyin ve ailesinin çıktığı yolculuğun hem nakil olan bireyin hem de ailesinin yaşamsal rutinlerini bozduğu ve aileyi belirsizliklerle dolu kaygılı bir yolculuğa çıkardığı tartışılmıştır. Aile merkezli olarak hizmet veren onkolojik sosyal hizmet birimlerinin hastanelerde kurulması gerektiği, kök hücre nakli birimlerinde vaka odaklı bir hizmet sunumuna geçilmesi ve her ailenin bir vaka olarak sosyal hizmet uzmanı tarafından ele alınması ve izlenmesi önerilmektedir.

Gelecek çalışmaların daha geniş örneklem üzerinde, farklı kurumlarda çalışan uzmanların görüşleri alınarak kurumsal hizmetlerin değerlendirilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak sağlık alanında bütüncül bir hizmet sunumunun kök hücre nakli tedavilerinde başarı oranını artıracığı, bu süreci deneyimleyen birey ve ailesinin psiko-sosyal sorunlarını ve sağlık personelinin iş yükünü azaltacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

1. Beattie, S. ve Lebel, S. (2011). The experience of caregivers of hematological cancer patients undergoing a hematopoietic stem cell transplant: a comprehensive literature review. *Psycho-Oncology*, 20, 1137–1150.
2. Bethematch. (2018). *Caregiver resources*, Erişim tarihi (02.11.2018). <https://bethematch.org/patients-and-families/caregivers-and-transplant/caregiver-resources/>.
3. Bevans, M.F., Sternberg, E.M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Journal of American Medical Association*. 307 (4),398–403.
4. Boyle, D., Blodgett, L., Gnesdiloff, S., White, J., Bamford, A., et al., (2000). Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*, 23 (3), 193-203.
5. Cooke, L., Gemmill, R., Kravits, K., & Grant, M. (2009, May). Psychological issues of stem cell transplant. *In Seminars in oncology nursing (Vol. 25, No. 2, pp. 139-150)*. WB Saunders.
6. EBMT (European Society for Blood and Marrow Transplantation, (2018). Annual report /17, European Society for Blood and Marrow Transplantation. Erişim tarihi: 03.04.2019 https://www.ebmt.org/sites/default/files/2018-03/EBMT%20Annual%20Report%202017_0.pdf.
7. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196,129–136.
8. Erdoğan, Z. ve Yavuz, D. E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23 (4),726-736.
9. Gratwohl, A., Sureda, A., Baldomero, H., Gratwohl, M., Dreger, P., Kröger, N., ... & Rambaldi, A. (2015). Economics and outcome after hematopoietic stem cell transplantation: a retrospective cohort study. *EBioMedicine*, 2 (12), 2101-2109.
10. Groot, C. A., Gelderblom-den Hartog, J., Huijgens, P. C., Willemze, R., & Van Ineveld, B. M. (2001). Costs of diagnosis, treatment, and follow up of patients with acute myeloid leukemia in the Netherlands. *Journal of Hematotherapy & Stem Cell Research*, 10 (1), 187-192.
11. Huizinga, G. A., Visser, A., Van der Graaf, W. T. A., Hoekstra, H. J., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2005). The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer. *Annals of Oncology*, 16(12), 1956-1961.
12. Karabuğa-Yakar H, Pınar R. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*,15 (2),1-16.
13. Keefe, F.J., Ahles T.A., Porter L.S., Sutton L.M., McBride C.M., Pope M.S., McKinstry E.T., Furstenberg C.P., Dalton J., Baucom D.H. (2003). The self-efficacy of family caregivers for helping cancer patients manage pain at end-of-life. *Pain*, 1-2, 157–162.
14. Lee, S. J., Loberiza, F. R., Antin, J. H., Kirkpatrick, T., Prokop, L., Alyea, E. P., ... & Fisher, D. C. (2005). Routine screening for psychosocial distress following hematopoietic stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, 35(1), 77.
15. Leukemia Foundation. (2018). Accommodation services. Erişim Tarihi: 5.12.2018. <https://www.leukaemia.org.au/our-services/accommodation-services/>.
16. Molassiotis, A., & Morris, P.J. (1998). The meaning of quality of life and the effects of unrelated donor bone marrow transplants for chronic myeloid leukemia in adult long-term survivors. *Cancer Nursing*, 21, 205-211.
17. Mosher, C. E., Redd, W. H., Rini, C. M., Burkhalter, J. E., & DuHamel, K. N. (2009). Physical, psychological, and social sequelae following hematopoietic stem cell transplantation: a review of the literature. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18 (2), 113-127.
18. Möller, B., Barkmann, C., Krattenmacher, T., vd. (2014). Children of cancer patients: prevalence and predictors of emotional and behavioural problems. *Cancer*; 120 (12), 2361–2370.

19. Okçin, F. (2007). *Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması*.(Doktora Tezi). T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
20. Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23 (2), 93-114.
21. Özbesler, C. ve Çoban. A. İ. (2010). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-46.
22. Peter Mac. (2018). Patient Accommodation. Peter MacCallum Cancer Centre Victoria Australia, Erişim tarihi (05.12.2018). <https://www.petermac.org/location/melbourne/accommodation-around-peter-mac/patient-accommodation>.
23. Philip, C., George, B., Ganapule, A., Korula, A., Jain, P., Alex, A. A., Lakshmi, K. M., Sitaram, U., Abubacker, F. N., Abraham, A., Viswabandya, A., Srivastava, V. M., Srivastava, A., Balasubramanian, P. and Mathews, V. (2015). Acute myeloid leukaemia: challenges and real world data from India. *British Journal of Haematology*, 170, 110–117.
24. Siston, A. K., List, M. A., Daugherty, C. K., Banik, D. M., Menke, C., Cornetta, K., & Larson, R. A. (2001). Psychosocial adjustment of patients and caregivers prior to allogeneic bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 27, 1181–1188.
25. Spath, M.L, Fife, B.L, Monahan, P.O, Decker, C.L, Austin, J.K, Abonour, R. vd. (2013). Children's emotional adaptation to parental BMT. *Bone Marrow Transplant*; 48, 135–140. Thyer, B. (2010). *The handbook of social work research methods*. Los Angeles: Sage Publications.
26. TÜBA (Türkiye Bilimler Akademisi), (2014). Ulusal kök hücre politikaları çalıştay raporu, erişim tarihi: 03.04.2019. <http://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/T%C3%9CBA-Ulusal%20K%C3%B6k%20H%C3%BCre%20Politikalar%C4%B1%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Ftay%C4%B1%20Raporu.pdf>.
27. T.C. Resmi Gazete, *Devlet Memurları Kanunu*. 657, 1965, 4179- 4290-7.

Araştırma Makalesi

Makale geliş: 22.03.2019

Makale kabul ediliş: 30.05.2019

112'DE GÖREV YAPAN SAĞLIK PERSONELİNİN ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİ: ANKARA ÖRNEĞİ

Dr. Öğretim Üyesi İshak ŞAN*

Uzm. Dr. Burak BEKGÖZ**

Uzm. Sos. Çal. Elvan ULUCAN ÖZKAN***

Öz

Amaç: Bu çalışma, çocuk ihmal ve istismarının tanılanmasında ve ikincil önlemede önemli rolü olan 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin konuya ilişkin bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. **Yöntem:** araştırma nicel yöntem ve tarama modelinde tasarlanmıştır. Araştırmaya Ankara 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğinde çalışan sağlık personelinin tümü dahil edilmiş, 74 ATT, 41 Paramedik, 11 Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru ve 8 Doktor olmak üzere toplam 135 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada sosyo-demografik veri formu ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması"na yönelik geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Elektronik form ile toplanan verilerde Shapiro Wilks, ki-kare, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Evli olanların çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtileri tanılama, lise ve ön lisans eğitimini tamamlamış olanların çocuk istismarına ilişkin çocuktaki fiziksel belirtileri tanılama ve Komuta Kontrol Merkezinde çalışanlarının ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerini tanılamaya dair puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda 112 çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı ve ihmali, 112 il ambulans servisi, hastane öncesi acil sağlık, acil yardım ambulansı.

AWARENESS LEVELS OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES PROFESSIONALS ON CHILD NEGLECT AND ABUSE: A STUDY IN ANKARA

Abstract

Aim and Objectives: The aim of this study is to evaluate the knowledge and awareness of Emergency Medical Services (EMS) professionals on child neglect and abuse since such professionals have an important role in diagnosis and prevention. **Methodology:** The study was designed as a quantitative method and screening model. All of the EMS professionals in Ankara were included in the study, but 135 of them (74 Emergency Medical Technicians, 41 Paramedics, 11 Nurses / Midwives / Public Health Technicians, and 8 Physicians) were available during the study. The sociodemographic data form and the questionnaire form developed for diagnosing the Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect were used in the study. Shapiro Wilks, Chi-Square, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used for statistical analysis of data collected via electronic forms. **Findings:** While married professionals have high scores for diagnosing behavioral symptoms of children, professionals who have high school and associate degree have high scores for diagnosing physical symptoms of children, and EMS Call Center professionals have high scores for diagnosing the symptoms of neglect on children. **Conclusion:** As a result of this study, it has been observed that the awareness of EMS professionals on child abuse and neglect is not sufficient.

Keywords: Child abuse, child neglect, emergency medical services, emergency medical services administration, ambulance

* Sağlık Bilimleri Üniversitesi Numune EAH Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ishaksan02@gmail.com

** Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği drburakbekgoz@gmail.com

*** Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı elvanulucanozkan@gmail.com

1.Giriş

İnsanlık tarihi boyunca süregelen çocuğa yönelik olan tutum ve davranışlar bilim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte şekil değiştirmiştir. Tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ve bulaşıcı hastalıklara karşı alınan önlemler çocuk ölüm oranlarını azaltmıştır. Zamanla çocuğa verilen değer artmasına, çocuk sağlığı, eğitimi, beslenmesi ve çevresel koşullarla ilgili olumlu yönde gelişmeler sağlanmasına rağmen çocuğa yönelik kötü muamelenin önüne geçilememiştir. Suça sürüklenen, madde kullanan, küçük yaşta çalışan, sokakta yaşayan, afete maruz kalan ve ihmal ve istismar edilen çocuk sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Kara, 2010).

Çocuklara yönelik ihmal ve istismar konusu tıbbi, hukuki ve ahlaki yönleri olan ciddi bir toplumsal sorundur (Kaya, 2010). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre çocuk ihmali ve istismarı; bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini veya ilişkilerdeki güven duygusunu olumsuz yönde etkileyen, fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan kötü muameleler olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2016).

İstismar türleri içinde tanımlanması en kolay olan fiziksel istismardır. Fiziksel istismar; çocuğun vücut bütünlüğünün zedelenecek fiziksel bir zarara uğratılması, kaza dışı nedenlerle yaralanması veya tüm bunların oluşumu riskine neden olunmasıdır (Taner ve Gökler, 2004). Cinsel istismar, erişkin bir kişinin cinsel doyum amacı ile çocuğa yaklaşması ve onu cinsel olarak kullanmasıdır (Yiğit, 2004). Duygusal istismar ise, en sık rastlanan istismar türleri arasında olmasına rağmen, en zor tanınanıdır. UNICEF duygusal ihmal ve istismarı çocuğun özelliklerinin, yapabildiklerinin ve isteklerinin sürekli olarak kötülenmesi, toplumsal etkileşim ve kaynaklara erişimden yoksun bırakılması, sosyal açıdan ciddi zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun, toplumsal kurallara aykırı düşen çocuk yetiştirme yöntemleri ile büyütülmesi olarak tanımlamıştır (Kars, 1994).

Uluslararası çalışmalar tüm yetişkinlerin %25'inin fiziksel olarak istismar edildiğini, kadınların %20'sinin ve erkeklerin %8'inin çocukluk dönemlerinde cinsel istismara maruz kaldıklarını rapor etmektedir. Bununla birlikte dünyada her yıl 15 yaş altı 41.000 çocuğun istismar nedeniyle kaybedildiği tahmin edilmektedir (WHO, 2016). Çocuğun fiziksel ve cinsel istismarına yönelik, kesin olmamakla birlikte, tahmini veriler veriliyor olmasına karşın kaç çocuğun duygusal olarak istismar edildiği ya da ihmal edildiğine yönelik herhangi bir tahmini veri bulunmamaktadır. UNICEF'in 2010 yılında yaptığı çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırmasına göre, son bir yıl içinde Türkiye'de yaşayan 7-18 yaş arasındaki çocukların % 51'inin duygusal istismara, % 43'ünün fiziksel istismara, % 3'ünün cinsel istismara maruz kaldıkları ve % 25 oranında da ihmal edildikleri saptanmıştır.

Ülkemizdeki çocuk ihmal ve istismarının yaygınlığına ilişkin toplumsal tarama çalışmalarının sayısının az olmasının nedeninin olayın tanılanmasının zorluğu ve raporlanmasındaki eksikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Bahar vd., 2009). Konunun yeteri kadar bildiriminin yapılmaması, tanılanma sürecindeki handikaplar, olayın olmamış sayılması ve gizlenmesi, fiziksel istismarın bir disiplin aracı olarak kullanılıyor olması olguların ciddiyetini daha da artırmaktadır (Turhan vd., 2006; Bilge vd., 2013). Bildirimi yapılan vakaların ise, genellikle ağır yaralanma veya ölüm sebebiyle hastaneye getirilmeleri sonucu raporlanan olgular olduğu bilinmektedir (Yalçın, 2011). Travma nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran çocuğun ebeveynleri ve yakınlarının istismarı açığa çıkarmamak için çaba gösterdikleri bilinmektedir. İstismar nedeniyle meydana gelen çocuk ölümlerinin resmi kayıtlardan çok daha fazla olduğu bilinmektedir. En önemli ölüm nedenleri içerisinde ise başa ve karın bölgesine yapılan darbeler ön sırada yer almaktadır (Topbaş, 2004; Polat, 2000).

Çocukların istismarı ve ihmalinin önlenmesinde 3 basamaktan söz edilmektedir. Birincil önleme tüm çocukları ve topluma yönelik koruma programlarını içermektedir. Birincil önleme meydana gelmeden önce çocuk istismarını önlemeye yönelik müdahalelerdir. İkincil önleme istismar ve ihmale uğrayan çocukların erken tanısı, tedavisi ve izlenmesini içermektedir ve sağlık personelinin etken olarak rol almasını gerektirmesi nedeniyle önemlidir. Çünkü çocuk istismarının tespit edilmemiş olması vakaların tekrar olasılığını % 35-50 oranında arttırmakta, önlenmemesi durumunda ise % 5-10 oranında ölüm olasılığını artırmaktadır (Kara vd., 2004). Risk gruplarının belirlenmesi, belirlenen risk gruplarının var olan toplum kaynaklarını ve hizmetlerini kullanmasının sağlanması ve bu çocuklara ve ailelerine gerekli hizmetlerin, eğitim ve danışmanlığın verilmesi önemlidir. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarla karşılaşma olasılığı yüksek olan 112 acil yardım ambulansında görevli sağlık personelinin istismar ve ihmal için risk taşıyan durumları fark edebilmesi, tanılanmayı yapabilmemesi, çocuğun örselenmesini engelleyerek sağlık kuruluşuna sevkini sağlaması ve gerekli bildirimleri yapabiliyor olması ikincil önleme için çok önemlidir. Üçüncül önlemede ise, çocuk ihmal ve istismarın tekrarının ve istismara bağlı oluşabilecek ölüm durumlarının önlenmesi amaçlanmaktadır. İstismar mağduru çocuk ve ailelerine yönelik olarak tıbbi müdahale ve psiko-sosyal destek hizmetlerini içeren rehabilitasyon ve topluma entegrasyonu amaçlayan hizmetler bütünüdür (Ziyalar, 1999).

Çocuk istismarı ve ihmalinin tespit edilmesinde “şüpheli” çok önemlidir. Sağlık personeli anne babanın çocuğuna zarar verebileceğini kabul etmeyebilir ve şüphesinin yersiz olduğunu düşünebilir. Bu gibi durumlarda vakalarla ilk karşılaşan sağlık ekibinin bilgi ve farkındalıkları çok önemlidir. Sağlık kurumuna başvurmada gecikme, öykünün çelişkili olması, şüpheli travma öyküsü sağlık personelinde şüpheli uyandırması gereken konulardır (Önal vd., 2013; Şener vd., 2014).

Tüm bunların yanı sıra çocuk ihmal ve istismarının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve yasal sorumlulukları olan sağlık personelinin, istismarı tanılamada bulgu ve semptomları çok iyi bilmeleri gerekir. Sağlık personelinin bakım ve tedavi görevlerinin yanı sıra, istismar mağduru vakanın yasal birimlere bildirilmesi yükümlülükleri de unutulmamalıdır (Kara vd., 2004).

Bu araştırma çocuk ihmal ve istismarının tanınmasında, önlenmesinde ve gerekli yasal bildirimlerin yapılmasında kilit role sahip 112 acil yardım hizmetlerinde görev yapan doktor, paramedik, ATT ve hemşire/ebe/sağlık memurlarının konuya ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma ile elde edilen veriler hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili kurumsal düzenlemelerde yol gösterici olabilir.

2. Yöntem

Bu araştırma tanımlayıcı analitik tipte ilişkisel tarama modelinde bir çalışmadır. Çalışma 21 Kasım 2018 ile 23 Ocak 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini; Ankara ilindeki 112 Acil Sağlık Hizmetlerini İstasyonlarında ve Komuta Kontrol Merkezi'nde (KKM) aktif olarak çalışan doktor (% 7.0, n=108), paramedik (% 23.5, n= 361), ATT (% 63.2, n=972) ve hemşire/sağlık memuru/ ebe (%6.2, n=95) olmak üzere toplam 1536 sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Bu çalışmada evreni oluşturan tüm 112 çalışanlarına anket formu linki Google Formlar uygulaması kullanılarak e-posta olarak iletilmiş, gönüllü olarak yanıt veren çalışanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Toplamda değerlendirmeye alınan yanıtlayan sayısı 135 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmada araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyo-demografik verilerine ulaşmak için araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan soru seti ile Uysal (1998) tarafından "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınması"na yönelik geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Ölçek, istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde), çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (15 madde), İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde), istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (13 madde), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde), çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (8 madde) olmak üzere 6 alt grup ve 67 maddeden oluşmaktadır.

Likert tipi olan ölçekte her madde için "çok doğru", "oldukça doğru", "kararsızım", "pek doğru değil", "hiç doğru değil" seçeneklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Olumlu doğrultuda düzenlenen 46 maddeye verilen "çok doğru" cevabına 5 puan, olumsuz doğrultuda düzenlenen 21 maddeye verilen "çok doğru" cevabına ise 1 puan verilerek alt ölçek ve toplam puanlar hesaplanmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0,904 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın cronbach alfa değeri ise 0,934'tür.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 21.0 programı ile çözümlenmiştir. Çözümlemede verilerin normal dağılım uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelenmiştir. İncelenen değişkenlerin sayımla elde edilen bulgular için sayı ve yüzde dağılımları, ölçümle elde edilen bulgular için ortalama±standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer dağılımları verilmiştir. Bağımsız iki grupta ölçek skorlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve bağımsız ikiden çok grupta ölçek skorlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik kurul onayı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan alınmıştır.

2.1.Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırmanın evrenini Ankara İli 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında ve KKM'de çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada veriler 112 çalışanlarının e-posta adreslerine gönderilen anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı 135 kişi kabul etmiştir. Dolayısıyla tüm Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne bağlı olarak çalışan 1536 kişi olmasına rağmen, araştırmaya katılan sayısının az olması araştırmanın bir kısıtlılığıdır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılanların % 72,4'ü kadın, % 82,1'i 20-35 yaş aralığındadır. Katılımcıların %76,9'u evli, % 68,7'si çocuk sahibidir. Katılımcıların % 53,7'si lise ve ön lisans, % 46,3'ü lisans ve yüksek lisans eğitimi almıştır. Meslek dağılımlarına ilişkin özellikler incelendiğinde katılımcıların % 55,2'sinin ATT, % 30,6'sının paramedik, % 8,2'sinin hemşire/ebe/sağlık memuru ve % 6'sının doktor olduğu görülmektedir. Mesleki deneyim süresi % 52,5 oranında on yıl ve altı, % 44,8 oranında 11 yıl ve üzeridir. Ankete cevap verenlerin % 82,1'i 112 Acil Yardım İstasyonlarında, % 17,9'u KKM'de görev yapmaktadır.

Tablo 1. Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	37	27,6
Kadın	97	72,4
Yaş		
20-35	110	82,1
36 ve üstü	24	17,9
Medeni Durum		
Evli	103	76,9
Bekar	31	23,1
Çocuk Durumu		
Evet	92	68,7
Hayır	42	31,3
Eğitim		
Lise ve Ön Lisans	72	53,7
Lisans ve Yüksek Lisans	62	46,3
Meslek		
Acil Tıp Teknisyeni	74	55,2
Paramedik	41	30,6
Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru	11	8,2
Doktor	8	6,0
Mesleki Deneyim Süresi		
10 yıl ve altı	74	52,2
11 yıl ve üstü	60	44,8
Görev yeri		
İstasyon	110	82,1
KKM	24	17,9

Araştırmaya katılanların çocuk istismar, ihmal konusundaki görüş ve yaklaşımlarına ilişkin özellikler incelendiğinde, 112 çalışanlarının istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini %33.6 oranında yeterli, %53 oranında kısmen yeterli ve %13,4 oranında yetersiz gördükleri anlaşılmaktadır. Katılımcıların %41.8'inin öğrenim hayatı sırasında çocuk istismarı/ihmal konusunda eğitim/bilgi aldıkları, %26.9'unun ise çalışma hayatı sırasında çocuk istismarı/ihmal konusunda eğitim/bilgi aldıkları anlaşılmaktadır. Katılımcıların %86,6'sının ise çocuk istismar/ihmal konusunda eğitim/bilgi almak istedikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılanların % 47,0'ı ambulansta çalıştığı süreçte çocuk istismar/ihmal vakası ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Çalışanların % 88.1'i travma, aile içi şiddet, adli vakalar vb. durumlarda vaka değerlendirmesi yaparken ortamda bulunan çocukları da istismar açısından değerlendirdiklerini belirtmiştir. Katılımcıların % 91.8'i gittikleri vakada çocuk istismar/ihmal şüphesi durumunda bildirim yapma zorunlulukları olduğunu ifade etmiştir. Bunların % 89,6'sı bildirim Cumhuriyet Başsavcılığı (CBS)/Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB)/polis/jandarma/hastanedeki doktor ya da sosyal çalışmacılardan birine yapmak zorunda olduklarını düşünmektedir. Katılımcıların % 10,4'ü bildirim nereye yapacakları konusunda fikirlerinin olmadığını ifade etmiştir. 112 çalışanlarının % 20,1'i çalıştıkları kurumda istismar vakası bildirim ile ilgili prosedürün olduğunu, % 56,7'si prosedürün olup olmadığını bilmedikleri, % 23,1 de prosedürün olmadığını belirtmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılanların çocuk istismar, ihmali konusundaki görüş ve yaklaşımlarına ilişkin özellikler

Değişkenler	Sayı	Yüzde
İstismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulma durumu		
Yeterli	45	33,6
Kısmen Yeterli	71	53,0
Yeterli değil	18	13,4
Öğrenim hayatınız sırasında çocuk istismarı/ ihmali konusunda eğitim/bilgi alma durumu		
Evet	56	41,8
Hayır	78	58,2
Çalışma hayatınız sırasında çocuk istismarı/ihmal konusunda eğitim/bilgi alma durumu		
Evet	36	26,9
Hayır	98	73,1
Çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim/bilgi almayı isteme durumu		
Evet	116	86,6
Hayır	18	13,4
112’de çalıştığınız süreçte çocuk istismar/ihmal vakası ile karşılaşma durumu		
Evet	63	47,0
Hayır	71	53,0
Travma, aile içi şiddet, adli vakalar vb. durumlarda vaka değerlendirmesi yaparken ortamda bulunan çocukları da istismar açısından değerlendirir misiniz?		
Evet	118	88,1
Hayır	16	11,9
Çocuk İstismarı/ İhmali şüphesini bildirmek zorunda mısınız?		
Evet	123	91,8
Hayır	11	8,2
(Cevabınız EVET ise) 15.(a) nereye bildirim yapmak zorundasınız?		
CBS/ASPB/Polis/Jandarma/hastanedeki doktora	120	89,6
da Sosyal çalışmacıdan birine		
Fikrim Yok hayır	14	10,4
Çalıştığınız kurumda istismar vakası bildirimi ile ilgili prosedür var mı?		
Evet	27	20,1
Hayır	31	23,1
Bilmiyorum	76	56,7

Katılımcıların çocuk istismar ve ihmali konusundaki görüş ve yaklaşımlarına ilişkin özelliklerden bazıları ile katılımcıların eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla ki-kare testleri yapılmıştır.

Bu testlerin sonucunda katılımcıların eğitim düzeyleri ile istismar ve ihmali tespit etme yeterlilikleri ($\chi^2(2, N=134)=1.64, p=0.44$) ve vakalarda ortamdaki çocukları istismar/ihmal açısından değerlendirme oranları ($\chi^2(1, N=134)=.56, p=0.60$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

Fakat katılımcıların eğitim düzeyleri ile öğrenim hayatında istismar/ihmal konusunda eğitim almış olma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve Tablo 3’te gösterilmiştir. Elde edilen sonuca göre lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitim alanların lise ve önlisans eğitimlilere göre daha fazla oranda öğrenim hayatlarında istismar/ihmal konusunda eğitim aldıkları görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile öğrenim hayatında istismar/ihmal konusunda eğitim almış olma durumları

		Öğrenim Hayatında Eğitim			χ^2	<i>p</i>
		Sayı	Alanlar	Almayanlar		
Eğitim düzeyi	Lise ve önlisans	72			12.56	.000
	Lisans ve yüksek lisans	62	%27,8 %58,1	%72,2 %41,9		

Katılımcıları öğrenim hayatlarında istismar/ihmal konusunda eğitim alıp almaları ile meslekleri arasında istatistiksel olarak bir ilişki olup olmadığı da incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4'te sunulmuştur. Elde edilen sonuca göre doktorların daha fazla oranda öğrenim hayatlarında çocuk istismarı/ihmal konusunda eğitim aldıkları görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların meslekleri ile öğrenim hayatında istismar/ihmal konusunda eğitim almış olma durumları

		Öğrenim Hayatında Eğitim			χ^2	<i>p</i>
		Sayı	Alanlar	Almayanlar		
Meslek	ATT	74	%28,4	%71,6	13.79	.002
	Paramedik	41	%58,5	41,5		
	Hemşire	11	%45,5	%54,5		
	Doktor	8	%75,0	%25,0		

Tablo.5 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocuk İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek/Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Değişkenler		Fiziksel belirtileri	İhmalin belirtileri	Davranışsal belirtiler	Ebeveyn özellikleri	Çocukların özellikleri	Ailesel özellikler	Genel Ölçek Puanı
Cinsiyet								
Kadın	Ortanca-Min-max	4-(3,1-5,0)	4-(2,7-5,0)	3,8-(2,9-4,7)	3,4-(2,3-4,4)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2,0-4,6)	3,8-(2,9-4,5)
	X \pm SS	4 \pm 0,4	4 \pm 0,5	3,8 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,2 \pm 0,5	3,4 \pm 0,4	3,8 \pm 0,3
Erkek	Ortanca-Min-max	4,1-(3-4,8)	4-(3-5)	3,9-(3-4,7)	3,5-(2,6-4,6)	3,3-(2,5-4,3)	3,4-(2,8-4,6)	3,8-(3-4,6)
	X \pm SS	4,1 \pm 0,5	4,1 \pm 0,5	3,8 \pm 0,4	3,5 \pm 0,5	3,3 \pm 0,4	3,5 \pm 0,4	3,8 \pm 0,4
P değeri		0,905	0,762	0,923	0,654	0,220	0,353	0,726
Yaş								
20-35 yaş	Ortanca-Min-max	4-(3-5)	4-(2,7-5)	3,8-(2,9-4,7)	3,4(2,5-4,6)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2,6-4,5)	3,8-(2,9-4,6)
	X \pm SS	4,1 \pm 0,4	4 \pm 0,5	3,8 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,3 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,8 \pm 0,3
36 ve üstü yaş	Ortanca-Min-max	4-(3,3-4,8)	4,3-(3-5)	3,9-(3,3-4,5)	3,5-(2,3-4,5)	3,3-(2,3-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,8-(3,1-4,5)
	X \pm SS	4 \pm 0,4	4,2 \pm 0,5	3,9 \pm 0,3	3,5 \pm 0,4	3,3 \pm 0,4	3,5 \pm 0,5	3,8 \pm 0,4
P değeri		0,669	0,120	0,450	0,411	0,387	0,560	0,612
Medeni Durum								
Evli	Ortanca-Min-max	4-(3-5)	4-(2,7-5)	3,9-(2,9-4,7)	3,5-(2,3-4,6)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,8-(3,1-4,5)
	X \pm SS	4,1 \pm 0,4	4,1 \pm 0,5	3,8 \pm 0,4	3,5 \pm 0,4	3,3 \pm 0,4	3,5 \pm 0,4	3,8 \pm 0,3
Bekar	Ortanca-Min-max	4-(3,4-4,8)	3,8-(3-5)	3,7-(3,1-4,5)	3,4-(2,8-4,5)	3,3-(2,5-4,7)	3,3-(2,6-4,6)	3,6-(3,1-4,5)
	X \pm SS	4 \pm 0,4	4 \pm 0,5	3,7 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,3 \pm 0,5	3,4 \pm 0,4	3,7 \pm 0,4
P değeri		0,513	0,252	0,046	0,283	0,832	0,316	0,194
Çocuk Sahibi Olma Durumu								
Evet	Ortanca-Min-max	4,1-(3-5)	4-(3-5)	3,3-(2,9-4,7)	3,5-(2,3-4,5)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,8-(2,9-4,6)
	X \pm SS	4,1 \pm 0,4	4,1 \pm 0,5	3,8 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,3 \pm 0,4	3,5 \pm 0,4	3,8 \pm 0,3
Hayır	Ortanca-Min-max	4-(3,2-4,8)	3,8-(2,7-5)	3,7-(3-4,5)	3,4-(2,8-4,6)	3,1-(2,2-4,7)	3,3-(2,6-4,6)	3,6-(3-4,6)
	X \pm SS	4 \pm 0,4	4 \pm 0,5	3,7 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,3 \pm 0,5	3,4 \pm 0,4	3,7 \pm 0,4
P değeri		0,470	0,197	0,194	0,513	0,582	0,375	0,352
Eğitim								
Lise ve Ön Lisans	Ortanca-Min-max	4,1-(3,1-4,8)	4-(3-5)	3,9-(3-4,7)	3,5-(2,5-4,6)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2,6-4,6)	3,8-(3-4,6)
	X \pm SS	4,1 \pm 0,4	4,1 \pm 0,5	3,8 \pm 0,3	3,4 \pm 0,4	3,3 \pm 0,4	3,5 \pm 0,4	3,8 \pm 0,3
Lisans ve Yüksek Lisans	Ortanca-Min-max	4-(3-5)	4-(2,7-5)	3,8-(2,9-4,7)	3,4-(2,3-4,5)	3,3-(2,3-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,7-(2,9-4,6)
	X \pm SS	4 \pm 0,4	4 \pm 0,6	3,8 \pm 0,4	3,4 \pm 0,5	3,3 \pm 0,4	3,5 \pm 0,5	3,7 \pm 0,4
P değeri		0,040	0,473	0,865	0,828	0,605	0,706	0,427

Tablo.5 Devamı

Meslek								
ATT	Ortanca-Min-max	4,1-(3,1-5	4-(3-5)	3,9-(2,9-4,7)	3,5-(2,5-4,5)	3,1-(2,2-4,7)	3,5-(2,6-4,6)	3,8-(2,9-4,6)
	X \pm SS	4,1 \pm 0,4	4,1 \pm 0,5	3,8 \pm 0,4	3,5 \pm 0,4	3,2 \pm 0,5	3,5 \pm 0,4	3,8 \pm 0,3
Paramedik	Ortanca-Min-max	4-(3-4,8)	4-(2,7-5)	3,9-(3-4,7)	3,4-(2,8-4,6)	3,3-(2,3-4,2)	3,4-(2,6-4,4)	3,8-(3-4,6)
	X \pm SS	4 \pm 0,4	4 \pm 0,6	3,8 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,3 \pm 0,3	3,4 \pm 0,3	3,7 \pm 0,3
Hemş./Ebe/Sağl.Me m.	Ortanca-Min-max	3,9-(3,3-4,7)	4-(3-5)	3,8-(3,2-4,5)	3,3-(2,6-4,5)	3,3-(3-4,7)	3,4-(3-4,6)	3,6-(3,2-4,5)
	X \pm SS	3,9 \pm 0,4	3,8 \pm 0,5	3,7 \pm 0,3	3,3 \pm 0,6	3,6 \pm 0,4	3,6 \pm 0,4	3,7 \pm 0,4
Doktor	Ortanca-Min-max	3,8-(3,4-4,7)	3,9-(3,7-5)	3,7-(3,3-4,5)	3,1-(2,3-4,3)	3,1-(2,3-4)	3,2-(2-4,4)	3,5-(3,1-4,5)
	X \pm SS	3,9 \pm 0,3	4 \pm 0,4	3,7 \pm 0,3	3,2 \pm 0,6	3,1 \pm 0,5	3,3 \pm 0,7	3,6 \pm 0,4
P değeri		0,206	0,680	0,639	0,242	0,103	0,737	0,324
Mesleki Deneyim								
0-10 yıl	Ortanca-Min-max	4-(3,1-4,8)	4-(2,7-5)	3,8-(3-4,7)	3,4-(2,5-4,4)	3,1-(2,2-4,7)	3,3-(2,6-4,5)	3,8-(3-4,5)
	X \pm SS	4 \pm 0,3	4 \pm 0,5	3,7 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,2 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,7 \pm 0,3
11 yıl ve üstü	Ortanca-Min-max	4-(3-5)	4-(3-5)	3,9-(2,9-4,7)	3,5-(2,3-4,6)	3,4-(2,3-4,7)	3,5-(2-4,6)	3,8-(2,9-4,6)
	X \pm SS	4,1 \pm 0,4	4,1 \pm 0,5	3,9 \pm 0,4	3,5 \pm 0,5	3,3 \pm 0,5	3,5 \pm 0,5	3,8 \pm 0,3
P değeri		0,284	0,687	0,076	0,355	0,134	0,139	0,231
Görev Yeri								
KKM	Ortanca-Min-max	4,1-(3,3-5)	4,2-(3-5)	4-(3,2-4,5)	3,5-(2,6-4,3)	3,5-(2,5-4,7)	3,6-(2,6-4,4)	3,9-(3,2-4,5)
	X \pm SS	4,1 \pm 0,4	4,3 \pm 0,5	3,9 \pm 0,3	3,5 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,6 \pm 0,4	3,9 \pm 0,3
İstasyon	Ortanca-Min-max	4-(3-4,8)	4-(2,7-5)	3,8-(2,9-4,7)	3,4-(2,3-4,6)	3,2-(2,2-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,7-(2,9-4,6)
	X \pm SS	4 \pm 0,4	4 \pm 0,5	3,8 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,2 \pm 0,4	3,4 \pm 0,4	3,7 \pm 0,4
P değeri		0,559	0,023	0,159	0,478	0,080	0,095	0,208

Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalıklarını belirlemek amacıyla uygulanan “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği”nin sonuçları, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, meslek grubu, mesleki deneyim süresi ve görev yerleri açısından değerlendirilmiş ve bu değişkenler arasındaki ilişki “Mann Whitney U” ve “Kruskal Wallis” testi ile analiz edilmiştir. Cinsiyete göre ölçek genel ve alt ölçek puanlarının sıra ortalamaları incelendiğinde kadın ve erkeklerin benzer puan ortalamalarına sahip oldukları görülmektedir. Aynı şekilde katılımcıların yaş gruplarına göre de ölçek genel ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. Medeni durum ile ölçek genel ve alt ölçek puanlarının sıra ortalamaları karşılaştırıldığında “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtilere” ilişkin alt ölçek puan ortalamasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Evli olanların çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtileri tanılamaya dair puan ortalamaları, bekarlardan daha yüksek bulunmuştur. Çocuğu olan katılımcılar ile olmayanlar arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Katılımcıların eğitim durumuna göre ölçek genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Fiziksel Belirtiler”e ilişkin alt ölçek puanlarının sıra ortalamasında farklılık olduğu bulunmuştur. Lise ve ön lisans eğitimi tamamlamış olanların lisans ve yüksek lisans eğitimi tamamlamış olanlara göre çocuk istismarına ilişkin çocuktaki fiziksel belirtileri tanılamaya ilişkin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. 112 çalışanlarının meslek grupları arasında çocuk istismarını tanılamaya ilişkin puanlarının sıra ortalamalarında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde mesleki deneyim süresi ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanıma ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların görev yerleri ile “Çocuk İstismarına İlişkin İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. KKM’de çalışanlarının ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerini tanılamaya dair puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

4. Tartışma

112 çalışanlarının çocuk ihmal ve istismara uğrayan çocuk vakaları ile karşılaşma olasılığının yüksek olmasından dolayı çocuk istismarı ve ihmalinin tespiti ve önlenmesinde bilinçli ve bilgili olmasının önemi büyüktür.

Çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyini ve farkındalıklarını inceleyen bu çalışma 135 çalışan ile yapılmıştır. Bunların % 55,2’si ATT, % 30,6’sı paramedik, % 8,2’si hemşire/ebe/sağlık memuru ve % 6,0’ı doktorlardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların % 33,6’sı istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli olarak görmektedir. Türker (2017)’in yapmış olduğu çalışmada, aile hekimlerinin % 52,4’ü, hemşire ve ebelerin % 38,7’si kendisini çocuk istismarı ve ihmalini tanılama konusunda yeterli olarak görmektedir. Bu çalışma ile 112 çalışanlarının istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmeye ilişkin yeterli bilgi düzeylerinin olmadığı söylenebilir.

Çalışmaya katılan 112 çalışanlarının % 41,8'i öğrenim hayatı sırasında, % 26,9'u çalışma hayatı sırasında çocuk istismar/ihmal konusunda eğitim/bilgi aldıklarını belirtmiştir. Türker (2017)'in yaptığı çalışmada aile hekimlerinin % 80'i, hemşire ve ebelerin % 61'i mezuniyet öncesi, yine aile hekimlerinin % 80'i, hemşirelerin % 70'i mezuniyet sonrası istismar/ihmal konusunda eğitim bilgi aldıklarını belirtmiştir. Gölge ve ark. (2012) yaptığı çalışmada ise hekimlerin % 54'ü, hemşire ve ebelerin % 62,3'ü öğrenimleri sırasında, hekimlerin % 14,7'si ve hemşire/ebelerin % 29,7'si mezuniyet sonrası eğitimlere katıldıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada 112 çalışanlarının geçmişte yapılan diğer çalışmalara göre hem öğrenim hayatları hem de çalışma hayatları sırasında daha az eğitim/bilgi aldıkları görülmektedir. Son yıllarda ülkemizde sağlık çalışanlarının öğretim programlarında istismar/ihmal konusu müfredat programlarında olmasına ve eğitim sonrası hizmet içi eğitimlerde artış olmasına rağmen 112 çalışanlarının konuya ilişkin eğitim/bilgi alma oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmada konuya ilişkin bilgi gereksinimin yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Bu durumu doğrular biçimde katılımcıların 86,6'sı istismar/ihmal konusunda eğitim/bilgi almaya gereksinim duyduklarını belirtmiştir. Dolayısıyla 112 çalışanlarının konuya ilişkin eğitim ihtiyacı ve verilen eğitimlerin içeriğinin yeterli bulunmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların % 47,0'si 112'de çalıştıkları süreçte çocuk istismarı/ihmal vakası ile karşılaştıklarını, % 91,8'i gittikleri vakalarda çocuk istismarı/ihmalinden şüphelenmeleri durumunda bildirimde bulunmak zorunda olduklarını belirtmiştir. Ancak bunların 10,4'ünün nereye bildirim yapmaları gerektiği konusunda fikirlerinin olmadığı görülmektedir. Katılımcıların % 23,1'i çalıştığı kurumda istismar vakası bildirim ile ilgili prosedürün olmadığını, % 56,7'sinin ise prosedürün olup olmadığını bilmediklerini belirtmiştir. Dolayısıyla 112 çalışanlarının yarıya yakını istismar/ihmal vakasıyla karşılaşmalarına rağmen yürütecekleri prosedürü bilmedikleri anlaşılmaktadır. Türker (2017) yaptığı çalışmada aile hekimlerinin % 67'si, hemşire ve ebelerin % 18,8'i istismar vakası ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Gölge ve ark (2012) yaptığı çalışmada ise hekimlerin % 43,8'inin, hemşire-ebelerin % 36,2'sinin meslekleri süresince istismar/ihmal vakasıyla karşılaştıkları bulunmuştur. Bu çalışmada 112 çalışanlarının çalışma sistemlerinden dolayı gittikleri vakaya ilk müdahaleyi yaptıktan sonra hızlıca hastaneye naklinin sağlanması gerektiği için semptomlara yönelik girişimlere öncelik verdikleri düşünülebilir.

Bu çalışmaya katılanların % 88,1'i travma, aile içi şiddet, adli vakalar vb. durumlarda vaka değerlendirmesi yaparken ortamda bulunan çocukları da istismar açısından değerlendirdiklerini belirtmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği sonuçları cinsiyete göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmaması Türker ve Kocaer'in çalışmasıyla paralellik göstermektedir (Türker, 2017; Kocaer, 2007). Ancak Gölge ve ark. (2012) yaptığı çalışmada genel ölçek puan ortalamasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri ve ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçek puanları kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Sağlık

alışanlarının ocuk istismarına ilişkin bazı çalışmalarda da kadınların erkeklere oranla bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kamiloğlu, 2018; Marshall ve Locke, 1997; Al-Moosa, 2003).

Çalışmanın sonuçları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hemşire ve ebelerle yapılan diğer çalışmalara bakıldığında sonuçlar araştırmamızla benzerlik göstermektedir (Kabakoğlu 2018; Bilgi 2015, Burç 2014).

Araştırmaya katılanların medeni durumu ile ölçek puanları değerlendirildiğinde, genel ölçek puanında fark yokken, istismarın ocuk üzerindeki davranışsal belirtileri alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli olan katılımcıların istismarın ocuk üzerindeki davranışsal belirtileri alt ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Konuya ilişkin diğer çalışma sonuçlarına bakıldığında medeni durumun ocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kabakoğlu, 2018; Türker, 2017; Cirit, 2015). Bu çalışmaya göre evli olan katılımcıların çocuğun istismarına yönelik davranışsal belirtilere karşı daha duyarlı olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların ocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanıma ölçek puanı ocuk sahibi olma durumlarına göre değerlendirildiğinde ölçek genel ve alt ölçek ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Konuya ilişkin yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde ocuk sahibi olma durumu ile ölçek genel ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kabakoğlu. 2018; Türker, 2017; Kocaer 2007). Bu alışmalar ocuk sahibi olma durumu yönünden yaptığımız araştırma ile benzerlik göstermektedir. Çocuğa yönelik kötü muamele tüm toplum tarafından onaylanan bir davranış değildir. Dolayısıyla ocuk sahibi olanlar ve olmayanlar arasında bir farklılık yoktur.

Araştırmada 112 alışanlarının eğitim durumlarına bakıldığında ölçek genel puanında anlamlı bir fark bulunmazken, istismarın ocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Lise ve ön lisans mezunu olan katılımcıların İstismarın ocuk üzerindeki fiziksel belirtilerini tanılama konusundaki alt ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Ebe ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile ölçek genel ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak bir fark bildirilmemiştir (Kabakoğlu, 2018; Bilgi, 2015). Bu çalışmaya katılanların çoğunluğunun ATT ve Paramediklerin oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. ATT'lerin lise mezunu, paramediklerin de ön lisans mezunu olmaları, sonrasında eğitimlerini lisans tamamlama programları ile tamamlamaları bu sonucu değiştirebilir. 112 ambulansında alışan ATT ve paramediklerin işleri gereği daha çok fiziksel istismar vakalarına müdahale etmeleri istismarın ocuk üzerindeki fiziksel belirtilerini tanılama konusunda daha duyarlı olmalarını sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde, ölçek genel ve alt ölçek puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların mesleki deneyim süreleri incelendiğinde ölçek genel ve alt ölçek puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Ancak 11 yıl ve üstü mesleki deneyimi olan katılımcıların istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri tanılama alt ölçek puanı 10 yıl ve altı mesleki deneyim süresi olanlara göre daha yüksektir. Aynı konuya ilişkin yapılan diğer çalışmalarda da meslekte çalışma süresi ile ölçek toplam ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın tespit edilmediği bildirmiştir (Kabakoğlu, 2018; Demir, 2012; Kocaer, 2006) Bu sonuçlar araştırmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada 112 çalışanlarının görev yeri ve ölçek genel puan ortalamasında fark bulunmazken, istismarın çocuk üzerindeki ihmal belirtileri alt ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. KKM'de çalışan katılımcıların istasyonda çalışanlara göre istismarın çocuk üzerindeki ihmal belirtilerini tanılamada puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum KKM çalışanlarının % 66,7'sinin 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olmaları ile açıklanabilir.

5. Sonuç

Günümüzde çocuklardaki istismar ve ihmalin boyutları göz önüne alınarak, gerek istismar ve ihmale uğramış çocukların tespiti ve korunması, gerekse istismar ve ihmal olaylarının önlenmesi için acil müdahale stratejilerinin harekete geçirilmesi gerekmektedir. Tekrarlayan istismarın erken evrede önlenmesi ve uzun vadede istismar ve ihmal olaylarının artışının önlenmesi için ilk başvuru yerlerinden biri olan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu yüzden sağlık personelinin öğrenim sürecinde müfredatlarına çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin eğitimlere daha ayrıntılı yer verilmesi, çalışma hayatlarında farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi, seminer vb. programlar planlanarak bilgi eksikliklerinin giderilmesi gereklidir.

Ambulans hizmeti verilen tüm çocukların istismar ve ihmal açısından değerlendirilmesi, şüphe olması durumunda KKM ve hastayı teslim ettiği hastanedeki ekiple şüphenin paylaşılması ve bu durumun hastanede bulunan tıbbi sosyal hizmet birimlerine bildirmesi gerekmektedir. İstismar ve ihmalin kesin olduğu durumlarda çocuğun en az zarar görebilecek şekilde desteklenmesi ve korunması, durumun KKM ile paylaşılarak, KKM tarafından ilgili kurumlara (Polis/Jandarma/ASPB/Hastane vb.) bildirim yapılmasının sağlanması ve çocuğun hastaneye tesliminde hastanenin tıbbi sosyal hizmet birimine bildirim yapılması gerekir. Eğer cinsel istismar vakası ise, ambulans ekibinin çocuğun ikincil örselenmesini önlemek için duyarlı olması ve çocuğun devlet hastanelerinde bulunan Çocuk İzlem Merkezine ya da Üniversitelerde bulunan Çocuk Koruma Merkezine naklinin sağlanması gerekir.

Çocuk istismarı ve ihmali tanı ve tedavisinde kurumlar arası işbirliği ve disiplinler arası bir yaklaşım esas olup, istismarı önlemek için toplumun, kurumların, öğretmenlerin, çocukların, sağlık personellerinin bilinç seviyesinin ve duyarlılığının arttırılmasına yönelik farkındalık programlarının planlanması ve uygulanması gereklidir.

112 ambulans ekibinin aile içi şiddet, travma, adli vaka vb. sebeplerden dolayı gittikleri vakalarda ortamda bulunan çocukların da risk altında olabileceklerini göz önünde bulundurmalı ve şüphe duymaları durumunda KKM ile bağlantıya geçerek durumu iletmeleri ve KKM'nin ilgili kurumlarla iletişime geçmesini talep etmelidir.

Toplumsal duyarlılığı arttırmaya yönelik kitle iletişim araçlarının kullanılması, televizyon programlarında konuya kapsamlı bir şekilde yer verilmesi, özellikle şiddet içerikli program ve internet oyunların önlenmesine yönelik müdahalelerin yapılması önerilebilir. Ayrıca, caydırıcı bir faktör olarak istismarcıya yönelik yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilmesi ve uygulamada konuya ilişkin daha hassas yaklaşılması önemlidir.

Kaynakça

1. Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed K, Adib SM. Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. *Child Abuse & Negl.* 2003; 27 (10): 1161–1178
2. Bahar, G., Savaş, HA., Bahar, A. (2009) Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (12).
3. Bilge, YD., Taşar, MA., Kılınçoğlu, B., Özmen, S., Tıraş, Ü. (2013). Alt sosyoekonomik düzeye sahip anne-babaların çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyleri, deneyimleri ve kullandıkları disiplin yöntemleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 14, 27-35.
4. Bilgiç H. (2015) *Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri*, Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.
5. Burç A. (2014) *Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
6. Gölge ZB, Hamzaoğlu N, Türk B. (2012). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi* 26 (2), 86-96.
7. Kabakoğlu, H. (2018) *Aile sağlığı merkezinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay.
8. Kamiloğlu, M. (2018). Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
9. Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S., (2004) Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.
10. Kara, Ö. (2010). *Ankara ilinde görev yapan pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
11. Kars, Ö. (1994). Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenleri ve okul başarısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
12. Kaya, E. (2010). Çocuk istismarı ve ihmalinin saptanmasında nükleer tıp yöntemlerinin kullanımı. *Güncel Pediatri*, 8, 30-5.
13. Kocaer Ü. (2006) *Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalık düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
14. Marshall WN, Locke C. (1997) Statewide survey of physician attitudes to controversies about child abuse. *Child Abuse Negl.* 21, 71-179.
15. Önal, SÇ., Celbiş, O., Özdemir, B., Özdemir, MY. (2013). Çocuk istismarı. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 23(2): 124-127.
16. Polat, O. (2000). *Çocuk istismarı*. İstanbul: Adli Tıp Der Yayınevi, 207- 231.
17. Sener, MT.,Anci, Y., Dursun, OB. (2014) Significance of healthy family structure in preventing child sexual abuse: Aprospective controlled study. *Medicine Science International Medical Journal*,3 (1):1046-53.
18. Taner, Y., Gökler, B. (2004) Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82.
19. Topbaş, M. (2004) İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3 (4):76-80.
20. Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15 (9), 153-7.

21. Türker G. (2017) *Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
22. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması (2010). <http://atud.org.tr/kutuphane/unisefrapor.pdf>. Erişim Tarihi: 25.09.2018.
23. Uysal A. (1998) *Çocuk İstismar ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
24. Yalçın, N. (2011). *Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
25. Yiğit, R. (2004). Çocukların cinsel istismarı ve ensest. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8, 90-100.
26. Ziyalar, N. (1999). Çocuk istismar ve ihmalinin önlemesi. *Çocuk Forumu*, 2 (1), 31-33.
27. World Health Organization. *Child Maltreatment*.
28. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>. Erişim Tarihi: 3 Ekim 2018

