



ISSN: 2149-309X

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı



Hakemli Dergi
TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

6 Aylık Dergi/Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

- CİNSEL SAĞLIK ÖLÇEĞİ'NİN SOSYAL HİZMET ÖĞRENCİLERİ ÖRNEKLEMİNDE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ: GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI (Araştırma Makalesi)
- RUH SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIM TİDAL MODELİNİN SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ (Araştırma Makalesi)
- SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMU VE EMPATİK İLETİŞİM DÜZEYLERİNİN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)
- SOSYAL HİZMET ÖĞRENCİLERİNİN ETİK PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ: KONYA ÖRNEĞİ (Araştırma Makalesi)
- TÜRKİYE'DE COVID-19 İLE ENFEKTE OLAN SOLİD ORGAN NAKİLLİ HASTALARIN ACİL SERVİS VE HASTANE BAŞVURULARININ İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)
- ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ (Araştırma Makalesi)
- YAŞLILARA EVDE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞADIKLARI ZORLUKLAR VE ETKİLEYEN UNSURLAR (Araştırma Makalesi)
- ADLİ PSİKİYATRİK ALANDA SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROL VE İŞLEVLERİ (Derleme Makale)
- GAZİLER VE ORDUDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI (Derleme Makale)
- JAPONYA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ ve TÜRKİYE İÇİN ÖNERİLER (Derleme Makale)
- KLİNİK SOSYAL HİZMET (KSH) VE EĞİTİMİNE İLİŞKİN BİR DEĞERLENDİRME (Derleme Makale)
- OTİZMLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERDE SOSYAL DESTEK SİSTEMİNİN ÖNEMİ (Derleme Makale)
- PERİNATAL SOSYAL HİZMET UZMANI (Derleme Makale)
- TÜRKİYE'DEKİ SURİYELİ GÖÇMENLERE VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, SORUN VE ÖNERİLER (Derleme Makale)

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI

BAKANLIK YAYIN NO:

963

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Yayınıdır.



Derginin Künyesi

YAYIN SAHİBİ

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

YAYIN KURULU BAŞKANI

Sevil SERİN
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
*

YAYIN KURULU BŞK.YRD.

Avşar ASLAN
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanı
*

EDİTÖRLER

Avşar ASLAN
Daire Başkanı
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
*

Murat DERİN

Sosyal Hizmet Uzmanı
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
*

YAYIN KURULU

Avşar ASLAN
Murat DERİN
Bilal KURHAN
Eren BİNGÖL
Özlem ÇELİK KARAMANLI
Seher ÖZTURHAN
Feriha Elif EROĞLU
*

HUKUK DANIŞMANI

Ömer SEVERCAN



ULAKBİM TR Dizinde taranmaktadır.

*

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

*

Dergide yayınlanan yazılardaki görüşler yazarlarına aittir.

SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bilkent Yerleşkesi, Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No:9 Çankaya/ANKARA
Tel:+90 (312) 458 50 44,
E-Posta: murat.derin@saglik.gov.tr
DERGİPARK: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
WEB: <https://edergi.saglik.gov.tr/>

Bakanlık Yayın No:
963
ISSN:2149-309X

DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Arzu İAĞASIOĞLU ÇOBAN

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Nurdan DUMAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN

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

Prof. Dr. AyŐe Sezen SERPEN

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. İŐhak AYDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Gonca POLAT

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Semra SARUÇ

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç.Dr. Taner ARTAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Üyesi Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. OĞuzhan ZENGİN

Karabük Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. ÖĞr. Üyesi Hüsnünur ASLANTÜRK

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. ÖĞr. Üyesi Figen PASLI

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. ÖĞr. Üyesi Ergün HASGÜL

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

Dr. ÖĞr. Üyesi Buğra YILDIRIM

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

Dr. ÖĞr. Üyesi Beyza ERKOÇ

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. ÖĞr. Üyesi Zeki Karataş

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

BU SAYININ HAKEMLERİ

Prof. Dr. Emine ÖZMETE

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Nurdan DUMAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Rıza GÖKLER

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Onur Burak Dursun

Sağlık Bakanlığı

Doç. Dr. Doğa BAŞER

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Serap DAŞBAŞ

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Semra SARUÇ

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Üyesi Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Mehmet KIRLIOĞLU

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nezahat Keleşoğlu SBF, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç.Dr. Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÜL

Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü

Doç. Dr. Hüsamettin Çetin

Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç.Dr. Seda TOPGÜL

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

Doç.Dr. Etem ACAR

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Hüsnünur ASLANTÜRK

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğretim Üyesi Meliha Funda AFYONOĞLU

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Beyza ERKOÇ

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Seval BEKİROĞLU

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Merve Deniz PAK GÜRE

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Zeki Karataş

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Emre BİRİNCİ

Anadolu Üniversitesi, Yunus Emre MYO, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

Dr. Öğretim Üyesi Azime ARISOY

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Çavdır MYO, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN

Düzce Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Şirin ÖZKAN

Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Serhat TEK

Bitlis Eren Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Sami KALAYCI

Şırnak Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Gör. Mehtap PEKESEN

Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri M.Y.O, Sağlık Bakım Hizmetleri, Yaşlı Bakımı Programı

Dr. Arş. Gör. Huriye İrem KALAYCI KIRLIOĞLU

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Bahadır TURAN

Sağlık Bakanlığı

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

ÖNSÖZ

Merhaba Sevgili Okurlarımız,

2021 yılını geride bırakıp yeni yıla girmeye hazırlandığımız bu günlerde Tıbbi Sosyal Hizmet Dergimizin yeni sayısı ile sizlerle tekrar birlikte olmanın sevincini yaşadığımızı belirterek sözlerime başlamak isterim.

Yayım hayatına kesintisiz devam eden ve gün geçtikçe daha fazla okuyucuya ulaşan dergimize bu sayıda da yazarlarımız büyük ilgi göstermiş ve çalışmalarının yayımlanmasında dergimizi tercih etmiştir.

18. sayımız olan bu sayıda 7'si araştırma olmak üzere 14 bilimsel çalışmaya yer verilmiştir. Dergimizde yer verilen araştırma makalelerinden ilki "Cinsel Sağlık Ölçeği'nin sosyal hizmet öğrencileri örnekleminde psikometrik özelliklerinin incelenmesi: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması" adlı çalışmadır. Diğer araştırmalar sırasıyla "Ruh sağlığı uygulamalarında iyileşme odaklı yaklaşım Tidal Modelinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi", "Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve empatik iletişim düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi", "Sosyal hizmet öğrencilerinin etik problem çözme becerileri: Konya Örneği", "Türkiye'de covid-19 ile enfekte olan solid organ nakilli hastaların acil servis ve hastane başvurularının incelenmesi", "Üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi", "Yaşlılara evde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorluklar ve etkileyen unsurlar" adlı çalışmalardır. Bu çalışmalarla birlikte yine önemli konularda derleme çalışmalara da yer verilmiştir. Bunlardan ilki "Adli psikiyatrik alanda sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevleri"dir. Daha sonra sırayla "japonya evde bakım hizmetlerinin incelenmesi ve Türkiye için öneriler", "Gaziler ve orduda sosyal hizmet uygulamaları", "Klinik sosyal hizmet (KSH) ve eğitimine ilişkin bir değerlendirme", "Otizmli çocuğa sahip ailelerde sosyal destek sisteminin önemi", "Perinatal sosyal hizmet uzmanı" ve son olarak da "Türkiye'deki Suriyeli göçmenlere verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sorun ve öneriler" adlı çalışmalar yer almıştır.

Birbirinden kıymetli tüm bu çalışmaların okuyucu ile buluşmasında verdikleri emeklerden dolayı editörlerimize, bilimsel çalışmalarını için dergimizi tercih eden tüm yazarlarımıza, çalışmalarını değerlendiren kıymetli hakemlerimize ve bizi ilgiyle takip eden okurlarımıza teşekkür eder; sağlıklı günler dilerim.



İÇİNDEKİLER

- **CİNSEL SAĞLIK ÖLÇEĞİ'NİN SOSYAL HİZMET ÖĞRENCİLERİ ÖRNEKLEMİNDE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ: GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI (Araştırma Makalesi)**
AN INVESTIGATION OF PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE SEXUAL HEALTH SCALE IN A SAMPLE OF SOCIAL WORK STUDENTES: A VALIDITY AND RELIABILITY STUDY (Research Article)
 - Murat ÇAY
 - Huriye İrem KALAYCI KIRLIOĞLU
- **RUH SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIM TİDAL MODELİNİN SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ (Araştırma Makalesi)**
THE EVALUATION OF THE TIDAL MODEL OF IMPROVEMENT FOCUSED APPROACH IN MENTAL HEALTH PRACTICES FROM SOCIAL WORK PERSPECTIVE (Research Article)
 - Seda TOPGÜL
 - Emre KOL
- **SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMU VE EMPATİK İLETİŞİM DÜZEYLERİNİN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)**
INVESTIGATION OF JOB SATISFACTION AND EMPATHIC COMMUNICATION LEVELS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN TERMS OF SOME VARIABLES (Research Article)
 - Atikullah GHİASEE
- **SOSYAL HİZMET ÖĞRENCİLERİNİN ETİK PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ: KONYA ÖRNEĞİ (Araştırma Makalesi)**
ETHICAL PROBLEM SOLVING SKILLS OF SOCIAL WORK STUDENTS: KONYA SAMPLE (Research Article)
 - Meliha Funda AFYONOĞLU
 - Serap DAŞBAŞ
- **TÜRKİYE'DE COVID-19 İLE ENFEKTE OLAN SOLİD ORGAN NAKİLLİ HASTALARIN ACİL SERVİS VE HASTANE BAŞVURULARININ İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)**
INVESTIGATION OF EMERGENCY SERVICE AND HOSPITAL APPLICATIONS OF SOLID ORGAN TRANSPLANT PATIENTS INFECTED WITH COVID-19 IN TURKEY (Research Article)
 - Uzm Dr. Hayri CANBAZ
 - Uzm Dr. Attila BEŞTEMİR
 - Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SUREL
 - Prof. Dr. Bülent AYDINLI
 - Prof. Dr. Erdal YEKELER
 - Prof. Dr. Uluğ ELDEGEZ
 - Prof. Dr. Serap AYKUT AKA
- **ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ (Araştırma Makalesi)**
DETERMINING THE ATTITUDES OF UNIVERSITY STUDENTS ABOUT ELDER DISCRIMINATION (Research Article)
 - Öğr. Gör. Dr. Mehtap PEKESEN
 - Dr. Öğretim Üyesi Şengül AKDENİZ
 - Doç. Dr. Alper SİNAN
- **YAŞLILARA EVDE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞADIKLARI ZORLUKLAR VE ETKİLEYEN UNSURLAR (Araştırma Makalesi)**

CHALLENGES AND AFFECTING ELEMENTS OF FAMILY MEMBERS CARING AT HOME TO ELDERLY CARE (Research Article)

- Gamze ÇAKIR
- Ömer Miraç YAMAN

• **ADLİ PSİKIYATRİK ALANDA SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROL VE İŞLEVLERİ (Derleme Makale)**

ROLES AND FUNCTIONS OF SOCIAL WORKERS IN THE FORENSIC PSYCHIATRIC FIELD (Review Article)

- Hakan KARAAĞAÇ
- Esra ÇALIK VAR

• **GAZİLER VE ORDUDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI (Derleme Makale)**

MILITARY SOCIAL WORK PRACTICE AND VETERANS (Review Article)

- Fatma PEKER
- Cengiz ÖZBESLER

• **JAPONYA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ ve TÜRKİYE İÇİN ÖNERİLER (Derleme Makale)**

EXAMINATION of HOME CARE SERVICES in JAPAN and RECOMMENDATIONS FOR TURKEY (Review Article)

- Şirin ÖZKAN
- Zeynep ACA

• **KLİNİK SOSYAL HİZMET (KSH) VE EĞİTİMİNE İLİŞKİN BİR DEĞERLENDİRME (Derleme Makale)**

AN EVALUATION OF CLINICAL SOCIAL WORK (CSW) AND EDUCATION (Review Article)

- Tuğba TOPTAŞ BÖCÜ
- Huriye İrem KALAYCI KIRLIOĞLU

• **OTİZMLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERDE SOSYAL DESTEK SİSTEMİNİN ÖNEMİ (Derleme Makale)**

THE IMPORTANCE OF SOCIAL SUPPORT SYSTEM IN FAMILIES WITH A CHILD WITH AUTISM (Review Article)

- İpen İlknur ÜNLÜ
- Rıza GÖKLER

• **PERİNATAL SOSYAL HİZMET UZMANI (Derleme Makale)**

PERINATAL SOCIAL WORKER (Review Article)

- Beyza ERKOÇ
- Avşar ASLAN

• **TÜRKİYE'DEKİ SURİYELİ GÖÇMENLERE VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, SORUN VE ÖNERİLER (Derleme Makale)**

EVALUATION OF HEALTH SERVICES PROVIDED TO SYRIAN MIGRANTS IN TURKEY, PROBLEMS AND RECOMMENDATIONS (Review Article)

- Yusuf AYDIN

“Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisinde TÜBA ve TÜBİTAK’ın yayın etiğine uygun yazılar yayınlanır”

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) Dergiye gönderilecek araştırma çalışmalarının hakem değerlendirilmesine alınabilmesi için mutlaka etik kurul onayının alınmış olması ve çalışma ile birlikte dergi editörlüğüne sunulması gerekmektedir.
 - 6) Dergi, sağlığın sosyal hizmet boyutunu ele alan (Aile, Çocuk, Gençlik, Kadın, Yaşlılık, Engellilik, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Psiko-onkoloji, AIDS, Sığınmacı ve Mülteciler, kimsesizler, göç, insan ticareti mağdurları, şiddet mağdurları, ihmal ve istismar vakaları, yoksulluk vb.) tüm yazılara açıktır.
 - 7) Dergide, tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer profesyonellerin alana ilişkin bilgi ve becerilerinin arttırılması, bilimsel araştırma yaparak literatüre katkı vermelerinin desteklenmesi ve tıbbi sosyal hizmet alanında bilimsel bilgi üretiminin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
- Dergi "hakemli" bir yayındır. Dergiye gönderilen yazı, yayın kurulu tarafından incelendikten sonra çalışmalar anonim halde ve yazarın kimliğini belli edebilecek herhangi bir bilgi yada ibareye vermeyecek biçimde uzman hakemlere yönlendirilir ve hakemlerce değerlendirmeye alınır. (Bu nedenle dergiye yayımlanmak üzere gönderilen yazılarda, çalışmanın yayınlanmasına ilişkin olumlu karar yazar(lar)a bildirilene kadar geçen süreçte, metin içinde, yazar(lar)ın isim, kurum, çalışmanın yapıldığı kuruluş ismi vb. yazar(lar)ı belli eden hiçbir bilgiye yer verilmemeli ve karar sonrası gerekli bilgileri makale şablonuna uygun olarak vermelidir).
 - Dergiye gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Derginin yayın ilkelerine, Dergipark alanında bulunan Tıbbi Sosyal Hizmet Makale Şablonuna ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.
 - Hakem inceleme sürecinin başlatılmasına Editör ve Yayın Kurulu karar verir. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayına kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Hakemlerden olumlu rapor alamayan makaleler yayınlanmaz ve yazarına iade edilmez; bu konuda idari ve adli sorumluluk kabul edilmez.
 - Hakem değerlendirme raporları saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlara geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazıların değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştiri, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler.
 - Yazar(lar)la hakemler arasındaki iletişimi yalnızca editör sağlar.
 - Makale değerlendirme sürecinde yazar ve hakem isimleri gizli tutulur.
 - 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.
 - Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
 - Değerlendirme sürecinde olan ve yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lar)a aittir. Dergide yayımlanan yazılar Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü yansıtmaz.

-
- Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, yayımlanmak üzere kabul edilen ve yayımlanan yazıların, başka bir işleme gerek kalmaksızın, bütün yayın haklarına sahip olur.
 - Gönderilen yazıların yayımlanma zorunluluğu yoktur.
 - Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.

Yazıların Dergiye Gönderilmesi

- Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış makaleler DERGİPARK makale yönetim sistemi <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd> üzerinden gönderilmelidir.
- Soru, görüş ve önerilerle ilgili olarak murat.derin@saglik.gov.tr adresine mail gönderilebilirsiniz.

İletişim Adresleri

Murat DERİN

Sosyal Hizmet Uzmanı

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı, Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mahallesi Dumlupınar Bulvarı 6001 Cadde No:9 Çankaya/ANKARA, Telefon: (0312) 458 50 44, e-mail: murat.derin@saglik.gov.tr

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi Yazım Kuralları

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

-
-
- Aynı yazara ait iki ya da daha fazla esere gönderme yapılıyorsa yayın yılına alfabetik sırayı izleyen harfler eklenir: örneğin (Derin Murat, 2010a);(Derin Murat, 2010b).
 - Eserin yazarı belirtilmemişse alıntı yaparken eserin adının ilk birkaç sözcüğü kullanılır. Bu tür bir yapıta gönderme yapılırken kitabın adı eğik (italik) olarak yazılır ve ardından tarih belirtilir:
 - Diğer bir kaynakta (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014) belirtildiği gibi... Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda (2014) belirtildiği gibi...
 - Çalışmalarda birincil kaynaklara ulaşmak esastır, ama bazı güçlükler nedeniyle ulaşılamamışsa, göndermede alıntılanan ya da aktarılan kaynak belirtilir;
 - (Smith, 2001'den aktaran Öztürk, 2010, s. 320). Alıntılanan ya da aktarılan yapıttaki kaynak bilgilerine yer verilmez.

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 ve 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.



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi
TSHD
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually
<https://edergi.saglik.gov.tr/>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2021 Aralık/December
Sayı/Issue: 18

CİNSEL SAĞLIK ÖLÇEĞİ'NİN SOSYAL HİZMET ÖĞRENCİLERİ ÖRNEKLEMİNDE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ: GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Murat ÇAY¹
Huriye İrem KALAYCI KIRLIOĞLU²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 20.08.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised: 08.10.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 25.10.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.985524

Makale Künyesi/To cite this article:

Çay, M. ve Kalaycı Kırlioğlu, H. İ. (2021, Aralık). Cinsel Sağlık Ölçeği'nin sosyal hizmet öğrencileri örnekleminde psikometrik özelliklerinin incelenmesi: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18, 1-14. Doi: 10.46218/tshd.985524

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Huriye İrem KALAYCI KIRLIOĞLU, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, hurirkal@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8352-8868

Öz

Sağlığın önemli bir parçası olan cinsel sağlık, cinselliğe ilişkin fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halidir. Cinsel sağlıkla ilgili çeşitli problemler psikososyal ve ruhsal sağlığı da olumsuz etkilemektedir. Bireyin iyilik halini gözeten bir meslek ve disiplin olan sosyal hizmet açısından da cinsel sağlıkla ilişkili pek çok farklı konu bulunmaktadır. Tüm bu konular ve sosyal hizmet öğrencileri için gelecekte ortaya koyacakları mesleki uygulamalarda cinsel sağlığın önemli bir konu olması ölçeğin Türkçeye uyarlanması için önemli gerekçeler oluşturmaktadır. Çalışma, Cinsel Sağlığa Yönelik Tutum Ölçeği'ni Türkçeye uyarlayarak geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı elde amacı taşımaktadır. Bu amaç doğrultusunda kaynak kültürden/dilden Türkçeye çevrilen ölçek bağımsız uzmanlar tarafından değerlendirildikten sonra ölçeğin taslak formu elde edilmiştir. 441 sosyal hizmet bölümü öğrencisinin katıldığı çalışmada veriler çevrimiçi formlar aracılığıyla toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS ve LISREL programlarıyla analiz edilmiştir. Gerçekleştirilen birinci ve ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre 4 alt boyut ve 21 maddeden oluşan Cinsel Sağlık Ölçeği'nin uyum indekslerinin kabul edilebilir aralıklarda olduğu saptanmıştır. Güvenilirliğe ilişkin elde edilen bulgularda ise ölçeğin bütününe ve alt boyutlara ait iç tutarlılığının yüksek olduğu anlaşılmıştır. Sonuç olarak 21 madde ve 4 alt boyuttan oluşan, 5'li likert tipindeki Cinsel Sağlık Ölçeği sosyal hizmet öğrencileri örnekleminde Türkçe'ye uyarlanmıştır. Uyarlanan ölçeğin cinsel sağlıkla ilişkili yürütülecek çalışmalar açısından önemli bir araç olduğu değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel sağlık, Cinsel Sağlığa Yönelik Tutum Ölçeği, Sosyal hizmet.

AN INVESTIGATION OF PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE SEXUAL HEALTH SCALE IN A SAMPLE OF SOCIAL WORK STUDENTES: A VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

Abstract

Sexual health, which is an important part of health, is physical, emotional and social well-being related to sexuality. Various problems related to sexual health also negatively affect psychosocial and mental health. There are many different issues related to sexual health in terms of social work, which is a profession and discipline that takes care of the well-being of the individual. All these issues and the fact that sexual health is an important issue for social work students in their future professional practices constitute important reasons for adapting the scale to Turkish. The aim of the study is to adapt the Attitudes Towards Sexual Health Scale into Turkish and obtain a valid and reliable scale. For this the draft form of the scale was obtained after the scale translated from the source culture/language into Turkish was evaluated by independent experts. In the study, in which a total of 441 students in the social work department in Turkey participated, the data were collected through internet forms. The collected data were analyzed with SPSS and LISREL programs. According to the results of the first

¹ Dr., Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, muratcay@akdeniz.edu.tr, ORCID: 0000-0003-4659-4687

² Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, hurirkal@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8352-8868

and second level confirmatory factor analyzes performed, the fit indexes of the Sexual Health Scale, which consists of 4 sub-dimensions and 21 items, were found to be within acceptable ranges. In the findings related to reliability, it was understood that the internal consistency of the total scale and sub-dimensions was high. As a result, the 5-point Likert-type Sexual Health Scale, consisting of 21 items and 4 sub-dimensions, was adapted into Turkish with the sample of social work students. It has been evaluated that the adapted scale is an important tool in terms of studies to be carried out related to sexual health.

Keywords: *Sexual health, Attitudes Towards Sexual Health Scale, Social work.*

Giriş

Cinsellik, seks, cinsiyet, cinsel kimlik ve yönelim, erotizm, bağlanma ve üremeyi içeren ve düşünceler, fanteziler, arzular, inançlar, tutumlar, değerler, uygulamalar, roller ve ilişkilerde deneyimlenen veya ifade edilen temel bir insani boyutu içermektedir (Wellings, 2012). Cinsellik bireylerin hayatını etkileyen fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halinin önemli bir parçasıdır (Tandoğan ve Oskay, 2019). Cinsel gelişimle ilişkili biyofizyolojik, duygusal, bilişsel, davranışsal ve kişilerarası değişiklikler araştırmacılar tarafından uzun zamandır odak konumdadır (Leung, 2019; Diamond, 2015; Kar vd., 2015; Kontula, 2010; Russell, 2005). Cinsellik ve gelişim arasındaki bağlantı genellikle iyi anlaşılmamaktadır (Vaast ve Mills, 2018; Gross, 2009; Chapman ve Werner-Wilson, 2008; Hartman vd., 2004; Reid, 1996). Genellikle cinselliğin önemli ihtiyaçlar karşılandıktan sonra ele alınması gereken anlamsız bir konu olduğu düşünülmektedir (Bant ve Girard, 2008). Cinsellik sadece üreme organlarını değil, aynı zamanda bireyin bir insan olarak sahip olduğu tüm özellikleri de yansıtır. Bu nedenle cinsellik, doğumdan ölüme kadar, tüm bireylerin hayatlarının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (Gölbashi, 2003). İnsan cinselliğinin, birçok farklı davranış ve ifade biçimini içerdiği, cinsel davranış ve ifadenin çeşitliliğinin tanınmasının insanların genel refah ve sağlık duygusuna katkıda bulunduğu netleşmiştir (WHO, 2015). Kişinin biyolojik varlığını sürdürmesi için hayati bir işleve sahip olmasa da, cinsellik, yaşam kalitesini oluşturan unsurlar arasında önemli bir yere sahiptir (Özsoy ve Bulut, 2017). Cinsel sağlık, sadece cinsellikle ilgili değil bireyin genel sağlığının da önemli bir bileşenidir. Tanımlarda ve algılarda farklılıklar olsa da cinselliğin insanlığın varlığından beri var olan ve çağlar boyunca önemini kaybetmeyen bir olgu olduğu söylenebilir (Bozdemir ve Özcan, 2011).

Cinsel sağlık, genel sağlık ve refahın önemli bir parçasıdır, ancak fenomenin biyopsikososyal doğası nedeniyle tanımlanması karmaşıktır (Areskoug-Josefsson ve ark., 2019). WHO (2006)'ya göre cinsel sağlık, cinsellikle ilişkili olarak fiziksel, duygusal ve sosyal bir iyilik halidir; bu, sadece hastalığın, işlev bozukluğunun veya kısırlığın olmaması değildir. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşımın yanı sıra, zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen, zevkli ve güvenli cinsel deneyimler yaşama olasılığını gerektirir. Cinsel sağlığın sağlanması ve sürdürülmesi için tüm kişilerin cinsel haklarına saygı gösterilmeli, hakları korunmalı ve haklar yerine getirilmelidir. Cinsel sağlık, cinsel işlev fizyolojisine uygun olumlu deneyimler yaşamayı içermektedir. Nitelikli bir cinsellik için cinsel sağlığın korunması ve bu korumanın sürdürülmesi gereklidir (Gürsoy ve Gençalp, 2010).

Farklı kaynaklar, cinsel sağlığın sağlanamamasının yoksulluk ve dışlanmışlık açısından farklı gruplar için önemli bir tehdit olduğunu belirtmekte ve cinsel sağlığın önemini vurgulamaktadır (Abrahams ve ark., 2004; Alzate, 2009; Lambert ve Wood, 2005; Mkhize ve Maharaj, 2021; Wasserman, 2006). Cinsellik ve cinsel sağlık hakkı farklı gruplar açısından sıklıkla ele alınan bir kavramdır. Özellikle toplumda dezavantajlı konumda bulunan, dışlanan gruplar için cinsel sağlık ve cinsellik hakkına erişim diğer sorunlarla ilişkili olarak sıklıkla karşımızda durmaktadır. Son otuz yıldaki gelişmeler, ayrımcılığın ve eşitsizliğin, insanların cinsel sağlığa ulaşım ulaşılamayacakları ve cinsel sağlığı sürdürebilecekleri konusunda da önemli bir rol oynadığına dair bir anlayış getirmiştir. Örneğin, sosyal olarak kabul edilemez cinsel deneyimlere sahip olarak algılananlar hem marjinalleşmeye hem de damgalanmaya maruz kalır ve bu da insanların sağlığı üzerinde çok büyük bir zarar oluşturabilir. Bu nedenle de cinsellik ve cinsel sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetlerden yoksun bırakılan veya cinsel sağlığa erişemeyenler de cinsel sağlık sorunlarına karşı savunmasızdır. (WHO, 2015).

Cinsellik ve cinsel sağlık, insan hakları ve cinsel haklarının da önemli bir konusudur. Cinsel sağlık, cinsel haklar ve insan hakları tarafından desteklenmektedir. İnsan hakları yaklaşımları, etkili cinsel sağlığı geliştirmenin teorik ve metodolojik temellerinden birini sunar. Cinsel haklar, "tüm kişilerin zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen, mümkün olan en yüksek" cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim dâhil olmak üzere cinsel sağlık standardına ulaşma hakkını içerir. Cinsel haklar ayrıca cinsellik ve cinsellik eğitimi hakkı hakkında bilgi isteme, alma ve aktarma hakkını da içermektedir (Parker, 2007).

Cinsel sağlığa ilişkin yeterlilik sosyal hizmet uzmanları açısından büyük bir öneme sahiptir (Alzate, 2009; Areskoug-Josefsson vd., 2019). Cinsel iyilik hali, küresel bir sorundur. Özellikle cinsel iyilik halinin zihinsel ve fiziksel sağlık üzerindeki etkisine olan uluslararası ilgi dikkate alındığında cinsel iyilik halinin önemi daha da artmaktadır. Cinsel ve üreme haklarının anlaşılması ve geliştirilmesi, sosyal hizmet mesleğinde, yalnızca cinsel sağlıktan etkilenen nüfusların sağlık durumunu iyileştirmek için değil aynı zamanda sosyal adaleti etkili bir şekilde savunmak ve küreselleşmiş gerçeklere yanıt vermek için de gereklidir. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları cinsel sağlıkla ilgili hakları bilmeli ve anlamalıdır (Alzate, 2009; Strawgate-Kanefsky, 2000). Sosyal hizmet uzmanları cinsellikten ve cinsel sağlıktan etkilenen bireylerle sürekli olarak çalışmaktadır. Sosyal hizmet mesleği, cinsel istismar, cinsel eğitim, HIV / AIDS hastaları ve ensest mağdurları ile çalışma konusunda uzun bir tarihe sahiptir (Strawgate-Kanefsky, 2000). Sosyal hizmet uzmanları genellikle cinsel ifade fırsatlarının sınırlı olduğu ve ayrımcı tutumlarla karşılaşan kişilerle çalışmaktadır (Lee ve ark., 2018). Tüm bunlar Cinsel Sağlık Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması için önemli gerekçeleri ifade etmektedir.

Cinsel Sağlık Ölçeği öğrencilerin gelecekteki mesleklerinde, cinsel sağlıkla çalışma becerilerini geliştirmek için müdahale ve eğitim planlanırken, temel ve kavramsal hedefler için bir rehber olarak fayda sağlamaktadır (Areskoug-Josefsson vd., 2016). Literatürde, meslek elamanlarına yönelik cinsel sağlık ile ilişkili Türkçe bir ölçek bulunmamaktadır. Siyez vd. (2018) tarafından lise öğrencilerine yönelik Cinsel Sağlık bilgi ve tutum envanteri geliştirilmiştir. Bu envanter lise öğrencilerinin cinsel sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini

ve tutumlarını ölçmeye yönelik bir ölçme aracı olması nedeniyle bu çalışmada uyarlanan Cinsel Sağlık Ölçeği'nden ayrılmaktadır. Cinsel Sağlık Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması cinsel sağlığa ilişkin meslek elamanları örneklerimde yapılacak çalışmalara yol göstermesi ve geçerli, güvenilir bir ölçme aracının literatüre kazandırılması açısından da değerlidir. Konunun sosyal hizmet açısından önemi de göz önüne tutulduğunda yapılan bu çalışmanın önemi anlaşılmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili tutumları ve bilgileri gelecekteki mesleklerinde cinsel sağlıkla ilgili çalışmaya nasıl baktıklarını anlamak için önemlidir. Sosyal hizmet öğrencilerinin cinsel sağlıkla ilgili iletişim konusunda ne kadar rahat hissettiklerini, bu konudaki yeterliliklerini değerlendirmek ve cinsel sağlıkla çalışma, iletişim kurma konularındaki tutum ve bilgilerini ölçmek için yararlı, güvenilir ve geçerli bir araca ihtiyaç duyulmaktadır (Areskoug-Josefsson vd., 2016). Yürütülen bu çalışma daha önce sosyal hizmet öğrencilerine yönelik geçerlik ve güvenilirliği sağlanan Cinsel Sağlık Ölçeği'ni Türkçeye uyarlayarak geçerli ve güvenilir bir ölçek elde etme amacı taşımaktadır.

2. Yöntem

2.1 . Araştırma Deseni

Bu çalışma Sosyal Hizmet Öğrencileri Örnekleminde Cinsel Sağlık Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlama amacı taşımaktadır. Bu bağlamda hedeflenen amaca ulaşmak için geçerlik ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir.

2.2. Süreç

Cinsel Sağlık Ölçeği'nin orijinal yapısı (Areskoug-Josefsson vd., 2016) 22 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. 5'li likert bir ölçektir. Ölçeğin 9-14 ve 16-18 maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 22 en yüksek puan ise 110'dur. Ölçekten alınan puan arttıkça cinsel sağlıkla ilgili bilgi düzeyin arttığı ifade etmektedir. Ölçek alt boyutlarını 1-8, 9-15, 16-18, 19-22 maddeleri oluşturmaktadır.

Cinsel Sağlık Ölçeği'ni Türkçeye uyarlanması için ilk olarak ölçek sahibinden izin alınmıştır. Ölçeğin çevirisi iki farklı bağımsız tercüman tarafından yapılmıştır. İngilizce maddeler üstte, Türkçe maddeler altta olacak şekilde ölçek formu hazırlanarak dokuz farklı doktorasını sosyal hizmet alanında tamamlamış akademisyenlere gönderilmiştir. Bu şekilde her iki çeviriye bakarak karar verebilecekleri, iki çeviriden birini kabul edebilecekleri, iki çevirinin de uygun olmaması durumunda yeni bir çeviri yapabilecekleri belirtilmiştir. Akademisyenlerden "bu ifade Türkçe'de ya da Türk toplumunda nasıl ifade edilir?" sorusunu kendilerine sorarak maddeleri değerlendirmeleri ve ifadeleri daha derin düşünmeleri istenmiştir. Araştırmacılar tarafından akademisyenlerden gelen öneriler her bir madde özelinde incelenmiş ve madde madde düzeltmeler yapılmıştır. Araştırmacıların madde üzerinde aynı görüşe sahip olmadığı durumlarda ölçek geçerliliği ve güvenilirliği konusunda uzman olan başka bir araştırmacıdan görüş alınmıştır. Çevirmenler,

akademisyenler ve araştırmacıların görüşleri doğrultusunda oluşturulan ölçek formu 25 sosyal hizmet öğrencisinin değerlendirmesine sunulmuştur. Öğrencilerden maddeleri anlaşılabilirlik ve okunabilirlik açısından değerlendirmeleri istenmiştir.

Araştırma verileri internette oluşturulan formlar üzerinden (google forms) 02/07/2021 ile 02/08/2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada Cinsel Sağlık Ölçeği'nin taslak formu ve katılımcıların temel demografik bilgilerini öğrenme amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan 5 temel demografik bilgi sorusu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

Toplanan veriler araştırmacılar tarafından kontrol edildikten sonra veri seti üzerinden SPSS 25 ve LISREL 8.80 programları aracılığıyla DFA ve güvenilirlik için gerekli analizler gerçekleştirilmiştir.

2.3. Çalışma Grubu

Çalışmaya Türkiye'de sosyal hizmet bölümünde öğrenci olan toplam 441 kişi katılmıştır. Katılımcıların 403'ü (%91,4) kadın, 38'i (%8,6) erkek; 91'i (%20,6) 1., 133'ü (%30,2) 2., 137'si (%31,1) 3., 80'i (%18,1) 4. sınıf; 394'ü (%89,3) devlet üniversitesi, 47'si (%10,7) özel/vakıf üniversitesi öğrencisidir. Katılımcılar 18-33 yaş aralığında yer alırken katılımcıların yaş ortalaması $21,12 \pm 1,80473$ 'tür.

Ön test – son test uygulaması üç hafta ara ve 45 sosyal hizmet öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin yaşı 21-30 arasında ve ortalaması $22,6 \pm 1,90$ olup öğrencilerin 9'u erkek ve 36'ı kadındır. 45 öğrencinin tamamı dördüncü sınıf öğrencisidir.

2.4. Çalışmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce 01.07.2021 tarih ve 261 sayılı Akdeniz Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu kararı alınmıştır.

3. Bulgular

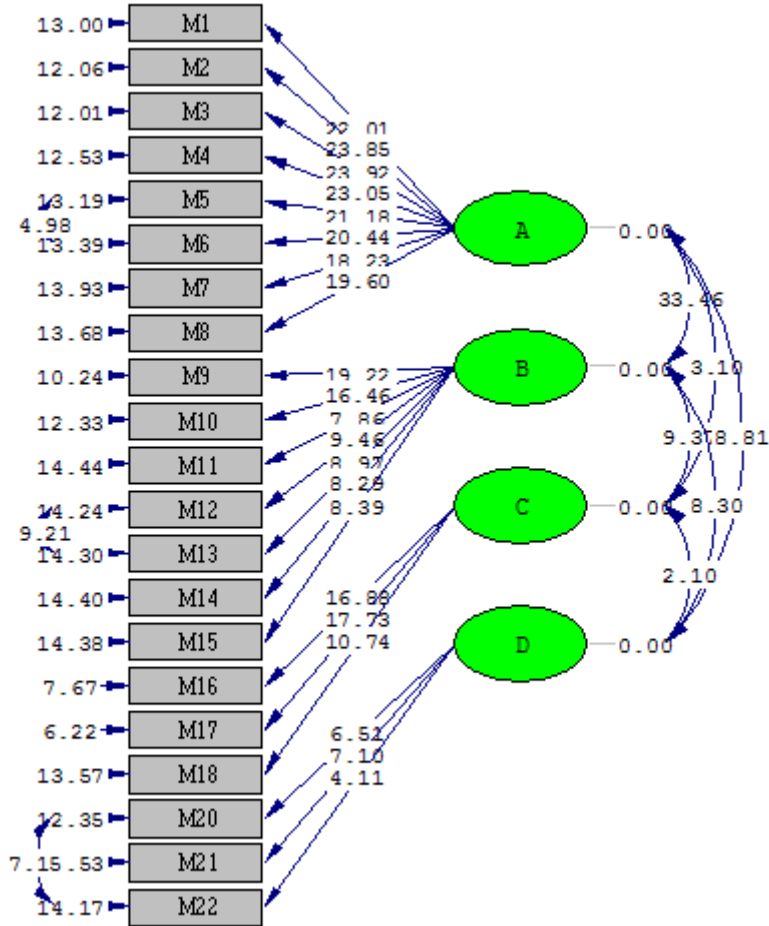
Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında öncelikle geçerlilik analizlerinin yapılmasının altı çizilmektedir (Alpar, 2016). Bunun nedeni ise bir şeyin güvenilir olabilmesi için öncelikle geçerli olması gerektiğinden kaynaklanmaktadır. Diğer bir anlatımla geçerli olmayan bir yapıya güvenilemez. Bu kapsamda çalışmanın bulgular kısmında önce geçerlilik analizlerine daha sonra ise güvenilirlik analizlerine yer verilmiştir.

3.1. Geçerlilik Analizleri

Uyarılma çalışmalarında var olan bir yapının doğrulanması söz konusu olduğundan "Doğrulayıcı Faktör Analizi"nin (DFA) kullanılmasının uygun olduğu belirtilmektedir (Kırlıoğlu ve Karakuş, 2019; Seçer, 2017; Seçer, 2015). Diğer bir ifade ile daha önce keşfedilen (keşfedici ya da açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen yapı) husus doğrulanmaktadır. Buna göre çalışmada Areskoug-Josefsson ve diğerleri (2016) tarafından ortaya konan ve dört boyuttan oluşan Cinsel Sağlık Ölçeği DFA ile doğrulanmaya çalışılmıştır.

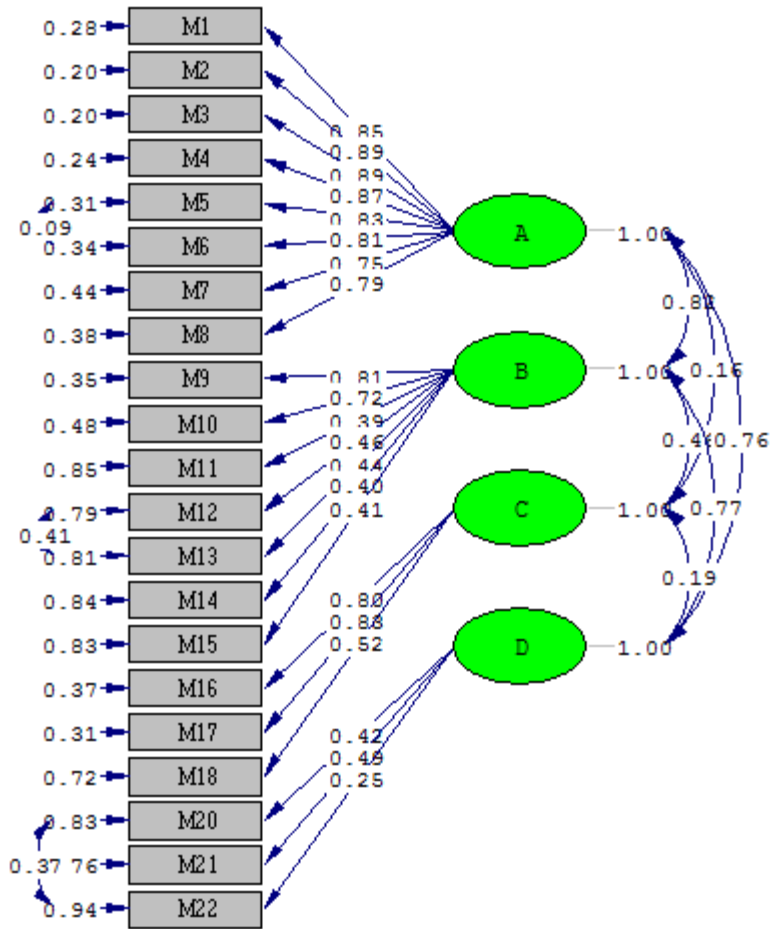
DFA birinci ve ikinci düzey olmak üzere iki aşamalı yapılmaktadır. Birinci düzey DFA ölçüm modeli olarak da anılmaktadır. Eğer bir ölçeğin tüm maddelerinden toplam puan elde ediliyorsa ikinci düzeyin yapılması gerekmektedir. Sadece alt boyutlar üzerinden bir puanlama yapılması söz konusu ise birinci düzey

DFA yeterli görülmektedir. Bu kapsamda Areskoug-Josefsson ve diğerleri (2016) tarafından oluşturulan dört alt boyutlu yapının hem alt boyutlarının hem de ölçeğin toplam puanının olması nedeniyle sırasıyla birinci ve ikinci düzey DFA yapılmıştır.



Şekil 1. Cinsel Sağlık Ölçeği'ne ait birinci düzey DFA modelinin t değerleri

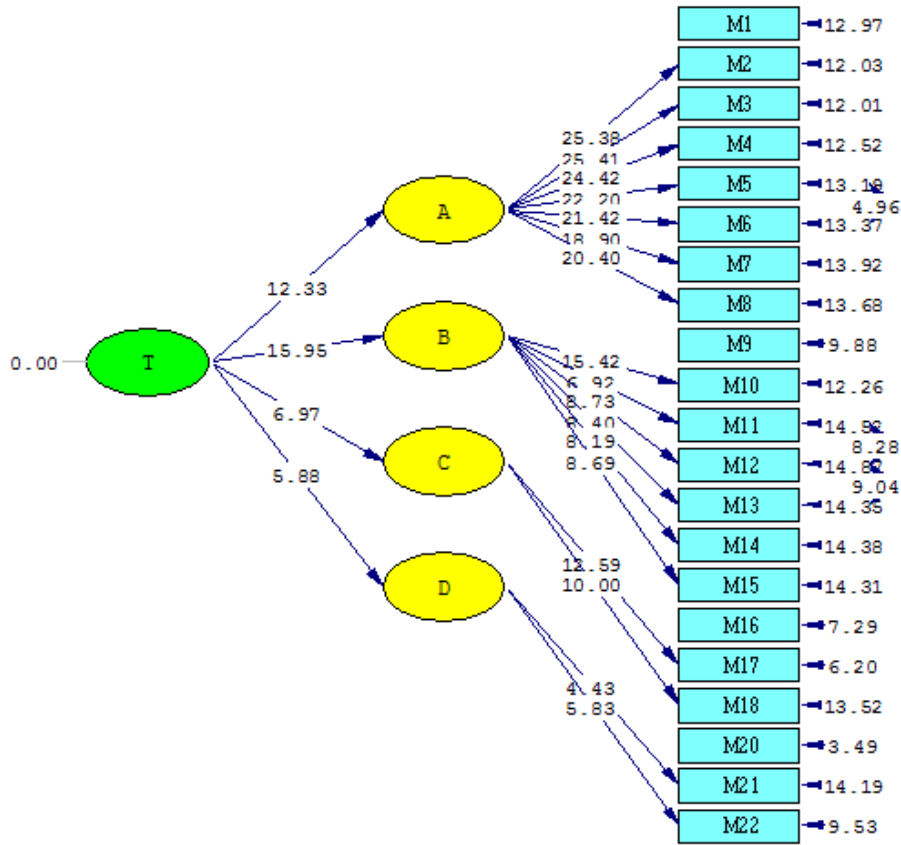
DFA modellerinde öncelikle t değerleri kontrol edilmelidir. Madde ile alt boyut arasındaki t değeri 1.96'nın altında ise Lisrel programı kırmızı ile uyarı vermekte ve bu maddenin atılması gerektiği belirtilmektedir (Jöreskog ve Sörbom, 1993). Buna göre ölçek maddelerinden M19'un t değeri 1.96'nın altında olduğundan madde DFA modelinden çıkarılarak analiz yenilenmiştir. Şekil 1'de de görüleceği üzere kalan maddelerin t değerleri 1.96'nın üzerindedir. Bu nedenle analizlere 21 madde ile devam edilmiştir.



Şekil 2. Cinsel Sağlık Ölçeği'ne ait birinci düzey DFA modeline ait standart çözümlenme değerleri

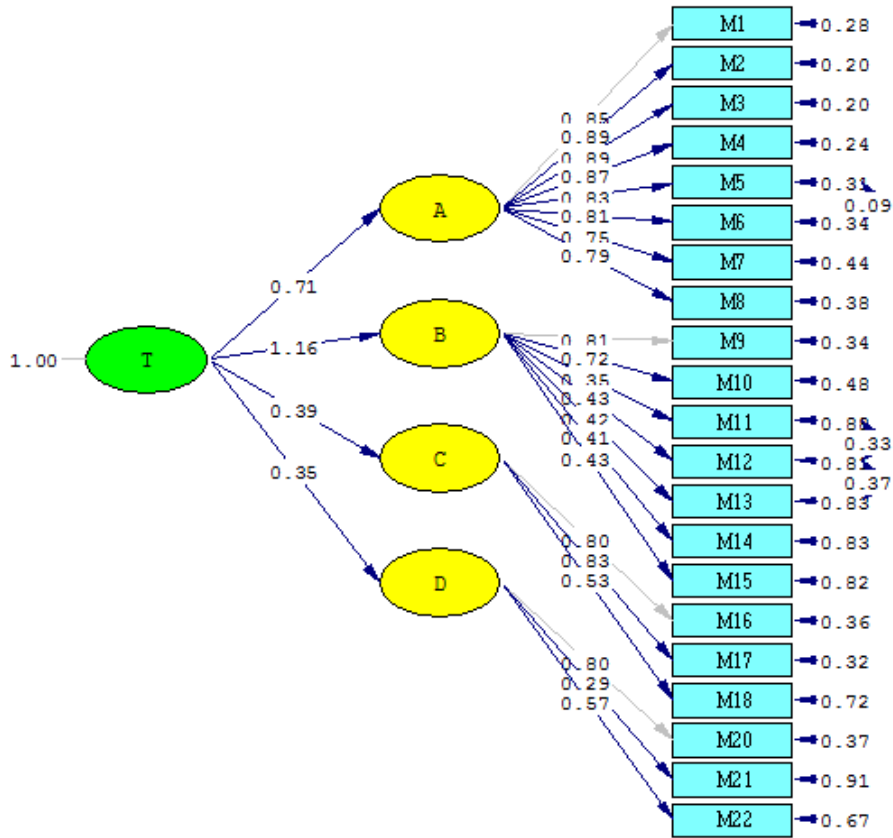
Şekil 2'de Cinsel Sağlık Ölçeği'nin birinci düzey DFA modeli veya ölçüm modeli yer almaktadır. Dört alt boyut ve 21 maddeden oluşan ölçüm modelinin reddedilip reddedilemeyeceğine uyum indeksleri incelenerek karar verilmektedir. Çalışmada yaygın olarak kullanılan (Ahmed vd., 2020; Bhat vd., 2021; Lins ve Aquino, 2020; Yeşildal vd., 2020; Kıracı, 2019; Kırloğlu ve Karakuş, 2019) χ^2/sd ; CFI; IFI; NFI, RMSEA ve SRMR gibi uyum indeksleri tercih edilmiştir. Uyum indekslerinin kabul edilebilir değerleri sırasıyla <5 ; $>0,90$; $>0,90$; $>0,90$; $<0,10$ ve $<0,10$ 'dur. Uyum indekslerinin iyi uyum değerleri ise sırasıyla <2 ; $>0,95$; $>0,95$; $>0,95$; $<0,08$ ve $<0,05$ 'dir.

Ölçüm modeline uyum indeksleri incelendiğinde $\chi^2(682,195)/sd(180)=3,79$; CFI=0,96; IFI=0,96; NFI=0,95; RMSEA=0,080; SRMR=0,080 sonuçları elde edilmiştir. Dört alt boyut ve 21 maddeden oluşan Cinsel Sağlık Ölçeği'nin uyum indeksleri incelendiğinde iyi uyum gösterdiği söylenebilir.



Şekil 3. Cinsel Sağlık Ölçeği'ne ait ikinci düzey DFA modeline ait t değerleri

DFA modellerinde öncelikle t değerleri kontrol edilmelidir. Madde ile alt boyut arasındaki t değeri 1.96'nın altında ise Lisrel programı kırmızı ile uyarı vermekte ve bu maddenin atılması gerektiği belirtilmektedir. Buna göre ikinci düzey DFA modeli incelendiğinde ölçek maddelerinin t değerinin 1.96'yı aştığı tespit edilmiştir. Bu nedenle herhangi bir madde atılmadan analizlere 21 madde ile devam edilmiştir.



Şekil 4. Cinsel Sağlık Ölçeği'ne ait ikinci düzey DFA modeline ait standart çözümlene değerleri

Şekil 4'de Cinsel Sağlık Ölçeği'nin ikinci düzey DFA modeli Dört alt boyut ve 21 maddeden oluşan ikinci düzey DFA modelinin uyum indeksleri incelendiğinde $\chi^2(684,32)/sd(182)=3,79$; CFI=0,96; IFI=0,96; NFI=0,95; RMSEA=0,079; SRMR=0,090 sonuçları elde edilmiştir. Dört alt boyut ve 21 maddeden oluşan Cinsel Sağlık Ölçeği'nin uyum indeksleri incelendiğinde iyi uyum gösterdiği söylenebilir.

Tablo 2. Cinsel Sağlık Ölçeği'nin alt boyutlarının korelasyon matrisi

	Toplam Ölçek	Gelecekteki müracaatçı ilişkilerine yönelik rahatlık hissi	Gelecekteki müracaatçı ilişkilerini olumsuz etkileme korkusu	Gelecekteki çalışma ortamı
Gelecekteki müracaatçı ilişkilerine yönelik rahatlık hissi	0,881**	1		
Gelecekteki müracaatçı ilişkilerini olumsuz etkileme korkusu	0,879**	0,628**	1	
Gelecekteki çalışma ortamı	0,509**	0,172**	0,490**	1
Eğitim ihtiyacı	0,526**	0,406**	0,366**	0,107*

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

Tablo 2 incelendiğinde Cinsel Sağlık Ölçeği ile alt boyutları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bununla birlikte Cinsel Sağlık Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki korelasyon pozitif yönde ve anlamlı olup korelasyon değerleri 0,107 ile 0,628 arasında olduğu görülmüştür. Alt boyutlar arasındaki elde edilen korelasyon sonucu alt boyutların ayırt edici geçerliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.2. Güvenirlik Analizleri

Tablo 3. Cinsel Sağlık Ölçeği ve alt boyutlarının güvenirlik katsayıları

ÖLÇEK	Cronbach Alpha	Madde Sayısı	Madde Silindiğinde Cronbach Alpha değerleri
Toplam Ölçek	0,903	21	0,892-0,903
Gelecekteki müracaatçı ilişkilerine yönelik rahatlık hissi	0,948	8	0,939-0,946
Gelecekteki müracaatçı ilişkilerini olumsuz etkileme korkusu	0,744	7	0,678-0,740
Gelecekteki çalışma ortamı	0,754	3	0,585-0,619
Eğitim ihtiyacı	0,732	3	0,643-0,712

Tablo 3'e bakıldığında 21 maddeden oluşan Cinsel Sağlık Ölçeği'nin bütünü için hesaplanan güvenirlik katsayısının 0,90 olduğu, alt boyutları için hesaplanan güvenirlik katsayılarının ise 0,73-0,95 arasında değiştiği görülmektedir. Bu bulgular, ölçeğin bütüne ve alt boyutlara ait iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Cinsel Sağlık Ölçeği'ne ilişkin ön test-son test sonuçları (n=45)

Ölçme Araçları	Ön Test	Son Test
Ort ± SS	72,44 ± 7,15	73,73 ± 6,63
r		0,725
p		0,000**

**p<0,01

Cinsel Sağlık Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek amacıyla 45 sosyal hizmet öğrencisi ile üç hafta ara ile yapılan ön test – son test ölçümleri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmanın amacı Cinsel Sağlık Ölçeği'ni Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenirliği sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda kaynak ölçek 2 farklı tercüman tarafından çevrilmiş, elde edilen 2 farklı form araştırmacılar tarafından tek bir form haline getirilerek sosyal hizmet alanından 9 farklı uzmanın görüşü alınmıştır. Bu görüşler göz önüne alınarak Cinsel Sağlık Ölçeği'nin taslak formu elde edilmiştir. Taslak formun yer aldığı

internet formlar aracılığıyla geçerlik ve güvenilirliğin yapılabilmesi amacıyla veri toplanmıştır. 441 sosyal hizmet bölümü öğrencisinin katılmıştır.

Areskoug-Josefsson ve diğerleri (2016) tarafından 22 madde ve dört alt boyut olarak oluşturulmuş olan Cinsel Sağlık Ölçeği çeşitli çalışmalarda orijinal yapısı korunarak kullanılmıştır (Gerbild vd., 2021; Areskoug-Josefsson vd., 2019b). Ancak bu çalışmalarda ölçeğin doğrulanması yapılmamıştır. Örnekleme göre doğrulanması yapılan çalışmalarda da ölçeğin orijinal yapısı korunamamış ve orijinal yapısından farklı olarak üç alt boyutlu yapı elde edilmiştir (Turan vd., 2021; Areskoug-Josefsson vd, 2019a). Söz konusu çalışmada ölçeğin 19-22 maddelerini kapsayan “Eğitim ihtiyacı” alt boyutunun kapsam dışı bırakıldığı görülmektedir. Bu çalışmada ölçeğin orijinal yapısının kapsadığı dört alt boyut da korunmuş olup sosyal hizmet öğrencileri örnekleminde doğrulanması yapılmıştır.

Çalışma sonucunda 21 madde ve “Gelecekteki müracaatçı ilişkilerine yönelik rahatlık hissi”, “Gelecekteki müracaatçı ilişkilerini olumsuz etkileme korkusu”, “Gelecekteki çalışma ortamı”, ve “Eğitim ihtiyacı” adında dört alt boyuttan oluşan, 5’li likert tipi Cinsel Sağlık Ölçeği sosyal hizmet öğrencileri örnekleminde uyarlanmıştır (ölçeğe ilişkin detaylı bilgi için ek kısmına bakınız). Ölçeğin temiz ve iyi bir faktör yapısına sahip olduğu, yapı geçerliliğinin ve iç tutarlılığının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hem alt boyutlar hem toplam ölçeğin alpha katsayısı 0.7’nin (Büyüköztürk 2017) üzerindedir. Ölçekten en düşük 21 puan, en yüksek de 105 puan alınabilmektedir. Ölçeğin tamamı ve alt boyutlarından alınan yüksek puan, cinsel sağlığa ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçekte 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17 ve 18. maddeler ters kodlanmaktadır.

Türkçeye uyarlanan Cinsel Sağlık Ölçeği cinsel sağlık ve cinsel sağlıkla ilişkili diğer konuların sosyal hizmet ve sosyal hizmet bölümü öğrencileri bağlamında ele alınabilmesi açısından önemli bir araçtır. Cinsel Sağlık Ölçeği aracılığıyla sosyal hizmetle ilişkili olarak cinsel haklar, insan hakları gibi farklı konular irdelenebilir. Uyarlanan ölçek ile güvenilirlik ve geçerliğe ilişkin bulguların farklı meslek grupları özelinde tekrar ele alınarak bu çalışmada ortaya konan yapının sınanması önerilmektedir.

Kaynakça

- Abrahams, N., Jewkes, R., Hoffman, M. ve Laubsher, R. (2004). Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 330–337.
- Ahmed, O., Faisal, R. A., Sharkar, T., Lee, S. A. ve Jobe, M. C. (2020). Adaptation of the Bangla version of the COVID-19 Anxiety Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12.
- Alpar, R. (2016). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Alzate, M. M. (2009). The role of sexual and reproductive rights in social work practice. *Affilia*, 24(2), 108–119.
- Areskoug-Josefsson, K., Juuso, P., Gard, G., Rolander, B., & Larsson, A. (2016). Health care students' attitudes toward addressing sexual health in their future profession: Validity and reliability of a questionnaire. *International Journal of Sexual Health*, 28(3), 243-250.
- Areskoug-Josefsson, K., Rolander, B. ve Bülow, P. (2019b). Swedish social work students' attitudes toward addressing sexual health issues in their future profession. *Sexuality and Disability*, 37(2), 161-173.
- Areskoug-Josefsson, K., Sjökvist, M., Bülow, P. H. ve Rolander, B. (2019). Psychometrics of the students' attitudes towards addressing sexual health scale for students in social work. *Social Work Education*, 38(7), 925–940.
- Bant, A. ve Girard, F. (2008). Sexuality, health, and human rights: self-identified priorities of indigenous women in Peru. *Gender & Development*, 16(2), 247–256.
- Bhat, N. A., Devdutt, J., Johnson, J. A. ve Roopesh, B. N. (2021). Adaptation and psychometric validation of Hindi version of the Behavioural Emotion Regulation Questionnaire. *Asian Journal of Psychiatry*, 102730.
- Bozdemir, N. ve Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(4).
- Büyüköztürk, Ş. (2017). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*: Ankara: Pegem Akademi.
- Chapman, E. N., & Werner-Wilson, R. J. (2008). Does positive youth development predict adolescent attitudes about sexuality?. *Adolescence*, 43(171), 505-523.
- Diamond, L. M., Bonner, S. B., ve Dickenson, J. (2015). The development of sexuality. M. E. Lamb ve R. M. Lerner içinde, *Handbook of child psychology and developmental science: Socioemotional processes* (pp. 888–931). John Wiley & Sons, Inc.
- Gerbild, H., Larsen, C. M., Junge, T., Laursen, B. S., & Areskoug-Josefsson, K. (2021). Danish Health Professional Students' Attitudes Toward Addressing Sexual Health: A Cross-Sectional Survey. *Sexual medicine*, 9(2), 100323.
- Gölbasi, Z. (2003). Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: cinsel sağlık eğitimi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 6(6).
- Gross, K. (2009). Does positive youth development predict adolescent attitudes about sexuality? *Youth Studies Australia*, 28(2), 61-62.
- Gürsoy, E. ve Gençalp, N. S. (2010). Cinsel sağlık eğitiminin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(23), 29–36.
- Hartmann, U., Philippsohn, S., Heiser, K., & Rüffer-Hesse, C. (2004). Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*, 11(6), 726-740.
- Jöreskog, K. G. ve Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the simplis command language*. Chicago: Scientific Software International Inc.
- Kar, S. K., Choudhury, A., ve Singh, A. P. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of human reproductive sciences*, 8(2), 70-74.
- Kıraç, R. (2019). Nomofobinin dikkat eksikliğine etkisi. *OPUS–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 14(20), 1095-1114.
- Kırloğlu, M. ve Karakuş, Ö. (2019). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Kişisel ve Mesleki Güç Algıları Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 88-120.
- Lambert, H. ve Wood, K. (2005). A comparative analysis of communication about sex, health and sexual health in India and South Africa: Implications for HIV prevention. *Culture, Health & Sexuality*, 7(6), 527–541.
- Lee, S., Fenge, L.-A. ve Collins, B. (2018). Promoting sexual well-being in social work education and practice. *Social Work Education*, 37(3), 315–327.

- Leung, H., Shek, D. T., Leung, E., ve Shek, E. Y. (2019). Development of contextually-relevant sexuality education: Lessons from a comprehensive review of adolescent sexuality education across cultures. *International journal of environmental research and public health*, 16(4), 621.
- Lins, S. ve Aquino, S. (2020). Development and initial psychometric properties of a panic buying scale during COVID-19 pandemic. *Heliyon*, 6(9), e04746.
- Mkhize, S. P. ve Maharaj, P. (2021). Meeting the sexual health needs of lgbt youth: Perceptions and experiences of university students in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Social Service Research*, 47(1), 56–72.
- Özsoy, S. ve Bulut, S. (2017). Cinsel Sağlık Bilgisi Dersinin Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Mitleri Üzerine Etkisi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 54–67.
- Parker, R. G. (2007). Sexuality, Health, and Human Rights. *American Journal of Public Health*, 97(6), 972–973.
- Reid, E. (1996). Women's dreaming: women, sexuality and development. *Venereology*, 9(1), 55-62.
- Russell, S. T. (2005). Conceptualizing positive adolescent sexuality development. *Sexuality Research and Social Policy*, 2(3), 4-12.
- Seçer, İ. (2015). Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Seçer, İ. (2017). SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi analiz ve raporlaştırma. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Strawgate-Kanefsky, L. (2000). A national survey of clinical social workers' knowledge, attitudes, and practice regarding sexuality [New York University]. In *ProQuest Dissertations and Theses*. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/national-survey-clinical-social-workers-knowledge/docview/304616192/se-2?accountid=15340>
- Tandoğan, Ö. ve Oskay, Ü. (2019). İnternet ve cinsellik. *Androloji Bülteni*, 21 (3), 119–122.
- Turan, N., Çulha, Y., Özdemir Aydın, G., & Kaya, H. (2021). Reliability and Validity of the Adapted Turkish "Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Questionnaire"(SA-SH-TR). *SAGE Open*, 11(1), 2158244021989305.
- Vaast, C., & Mills, E. (2018). Gender, sexuality and development: Avenues for action in a post-2015 development era. *Corinne L. Mason içinde (s. 57-69), Routledge handbook of queer development studies*, London: Routledge.
- Wasserman, M. (2006). HIV/AIDS: the rape of Africa's sexual health and rights. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(4), 391–392. <https://doi.org/10.1080/14681990601016099>
- Wellings, K. (2012). Sexual health: theoretical perspectives. In K. Wellings, K. Mitchell, & M. Collumbien (Eds.), *Sexual Health: A Public Health Perspective*. Open University Press.
- WHO. (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva. Retrieved from Geneva.
- WHO. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization.
- Yeşildal, M., Erişen, M. ve Kırac, R. (2020). Sağlık sistemlerine güvensizlik: Bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2) , 251-259.
- Zeren, F. ve Gürsoy, E. (2018). Neden Cinsel Sağlık Eğitimi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 29–33.

Cinsel Sağlık Ölçeği	
1.	Gelecekteki müracaatçılarımı cinsel sağlık ile ilgili bilgilendirmede kendimi rahat hissediyorum.
2.	Gelecekteki müracaatçılarımın cinsel sağlıkla ilgili bir konuşma başlatmada kendimi rahat hissediyorum.
3.	Gelecekteki müracaatçılarımın cinsel sağlık ile ilgili tartışmada kendimi rahat hissediyorum.
4.	Cinsiyetlerine bakmaksızın gelecekteki müracaatçılarımın cinsel sağlık ile ilgili konuları konuşmada kendimi rahat hissediyorum.
5.	Yaşlarına bakmaksızın gelecekteki müracaatçılarımın cinsel sağlık ile ilgili konuları konuşmada kendimi rahat hissediyorum.
6.	Kültürel farklılıklarına bakmaksızın gelecekteki müracaatçılarımın cinsel sağlık ile ilgili konuları konuşmada kendimi rahat hissediyorum.
7.	Cinsel yönelimlerine bakmaksızın gelecekteki müracaatçılarımın cinsel sağlık ile ilgili konuları konuşmada kendimi rahat hissediyorum.
8.	Gelecekteki müracaatçılarımın belirli cinsel aktiviteler ile ilgili tartışmada kendimi rahat hissediyorum.
9.	Gelecekteki müracaatçılarımın cinsel sağlık ile ilgili konuşmaya hazır değilim.
10.	Gelecekteki müracaatçılarımın cinsel konular ile ilgili konuşursa utanabileceğine inanıyorum.
11.	Cinsel konuları gündeme getirirsem gelecekteki müracaatçılarımın utanabileceğine inanıyorum.
12.	Cinsel konular ile ilgili konuşsam gelecekteki müracaatçılarımın rahatsız olmasından korkuyorum.
13.	Cinsel sağlıkla ilgili konuşmaların ben ve müracaatçılar arasında mesafe yaratmasından korkuyorum.
14.	Gelecekte mesleğimde yapmam gereken o kadar çok işim olacak ki cinsel konuları ele alacak zamanım kalmayacaktır.
15.	Gelecekte müracaatçılarımın cinsel konularıyla ilgilenmek için zaman ayıracağım
16.	Gelecekteki meslektaşlarımın, müracaatçılarımın cinsel sorunlarını gündeme getirdiğimde bundan rahatsız olmasından korkuyorum.
17.	Gelecekteki meslektaşlarımın, müracaatçılarımın cinsel sağlığı ile ilgili sorularıyla ilgilenirken kendilerini rahatsız hissetmelerinden korkuyorum.
18.	Gelecekteki meslektaşlarımın cinsel konular ile ilgili konuşmada isteksiz olmalarına inanıyorum.
19.	Bir öğrenci olarak eğitimimde cinsel sağlıkla ilgili temel bilgileri edinmem gerektiğini düşünüyorum.
20.	Gelecekteki müracaatçılarımın cinsel sağlık ile ilgili konuşabilecek yeterliliğe sahibim.
21.	Cinsel sağlık hakkında konuşabilmek için lisans eğitimi sırasında eğitim almam gerektiğini düşünüyorum.

Cinsel Sağlık Ölçeği'ne İlişkin Bilgiler	
Gelecekteki müracaatçı ilişkilerine yönelik rahatlık hissi	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Gelecekteki müracaatçı ilişkilerini olumsuz etkileme korkusu	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Gelecekteki çalışma ortamı	16, 17, 18
Eğitim ihtiyacı	19, 20, 21
Ters Maddeler	9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

RUH SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIM TİDAL MODELİNİN SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Seda TOPGÜL¹

Emre KOL²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 22.07.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised: 13.09.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 24.09.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.973810

Makale Künyesi/To cite this article:

Topgül, S. ve Kol, E. (2021, Aralık). Ruh sağlığı uygulamalarında iyileşme odaklı yaklaşım Tidal Modelinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18,15-27. DOI: 10.46218/tshd.973810

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Seda TOPGÜL, Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Manavgat Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-1649-1732, sedatopgul@akdeniz.edu.tr

Öz

Bu çalışmanın amacı bireylerin yaşamlarındaki özerkliklerini geri kazanmalarını sağlamak ve kendilerine bakabilmeleri için gerekli öz yeterliliklerini artırmayı amaçlayan iyileşme odaklı yaklaşıma sosyal hizmet perspektifinden bakmaktır. Tidal Modeli ile müracaatçının güvenliğini sağlamak için gerekli destek belirlenir ve bireyin herhangi bir nedenden dolayı kendine veya başkalarına zarar verme olasılığını ortadan kaldırmaya yönelik bir yöntem geliştirilir. Müracaatçının anlatılarından değerlendirme ve müdahalenin her boyutunda bireyin yer almasına önem verilirken, ihtiyaçlarını karşılayabilecek müdahaleleri belirlemek ve müracaatçıyı sürece tam olarak dâhil etmek önem taşır. Tidal Modeli kişinin yaşamış olduğu deneyimlerin geçici bir kısmı aktarıldığında kişinin acil bakım ihtiyacından başka bir şey geliştirmenin imkânsız olacağını kabul ederken, kişiyi "hasta birey" fenomenine indirgemekten de kaçınmayı amaçlar. Model, güçlendirme ilkelerini benimseyerek kişinin deneyimini ve ortaya çıkan yaşam anlatısını merkeze koyar ve bu sayede kişiyi süreç içerisinde güçlü kılar. Çalışmanın ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde uygulama alanı bulan Tidal Modeli'nin, sosyal hizmet alanındaki kullanımının değerlendirilerek literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tidal Modeli, Ruh Sağlığı, Sosyal Hizmet, İyileşme Odaklı Yaklaşım, Güçlendirme Yaklaşımı

THE EVALUATION OF THE TIDAL MODEL OF IMPROVEMENT FOCUSED APPROACH IN MENTAL HEALTH PRACTICES FROM SOCIAL WORK PERSPECTIVE

Abstract

The aim of this study is to look at the improvement-oriented approach from a social work perspective, which aims to increase the self-efficacy necessary for individuals to regain their autonomy in their lives and take care of themselves. A special assessment method is developed to determine the necessary support to ensure the safety of the client and to eliminate the possibility of harming the individual or others for any reason through direct action. In all aspects of assessment and intervention from the client's narratives, emphasis is placed on fully involving the person in the process of identifying interventions that can meet their needs and contributing to them whenever possible. The Tidal Model aims to avoid reducing the person to the "sick individual" phenomenon, while recognizing that it will be impossible to develop anything other than the person's urgent care needs when a temporary portion of the experiences one has lived through is conveyed. By adopting the principles of empowerment, the Tidal Model puts the person's experience and the emerging life narrative at the center,

¹ Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Manavgat Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Antalya/Türkiye, sedatopgul@akdeniz.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1649-1732

² Dr. Öğr. Üyesi, Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Eskişehir/Türkiye, ORCID: 0000-0002-3242-6925

thus making the person stronger in the process. It is thought that the study will contribute to the literature by evaluating the Tidal Model, which has an application area in mental health and psychiatric nursing, from the perspective of social work.

Keywords: *Tidal Model, Mental Health, Social Work, Healing-Focused Approach, Empowerment Approach.*

Giriş

Tidal Modeli Gelgit Modeli olarak bilinen iyileşme odaklı bir modeldir. İyileşme kavramı, hastanın iyileşme ve düzelmesini sağlayan uygulamalar ve bu uygulamalarda kullanılan yöntemlerdir. Tidal Modeli, insan tecrübesinin sürekli değişen bazen de aynı kalan doğasını yansıtmak amacı ile ruhsal sorunlarla uğraşan bireyler tarafından kullanılan dili vurgulamak amacı ile Gelgit Modeli olarak da kullanılmaktadır (Stevenson ve Fletcher, 2002). Çalışma boyunca literatürde sıklıkla kullanılan adı ile Tidal Modeli olarak kullanılacaktır. Model, Birleşik Krallık'ta bulunan Newcastle Üniversitesi'nin psikiyatri hemşireliği dalında ilk profesörü olan Phil Barker ile hem bir terapist hem de sosyal çalışmacı olan eşi Poppy Buchanan- Barker tarafından 1990'lı yıllarda geliştirilmiş orta ölçekli bir hemşirelik modeli ve felsefi bir kavramdır (Barker ve Buchanan- Barker, 2005; Kilmer ve Lane-Tillerson, 2013). 1920'lerde Japonya'da farklı bir psikoterapi türü geliştiren Morita'nın da çalışmalarından etkilenerek geliştirildiği bilinmektedir (Barker ve Buchanan-Barker, 2010).

Model, bireyi ve onun ruhsal sorunlarını, yaşadığı sıkıntıyla ilgili ifade ettiği deneyimleri bakımın merkezine alır. Bireyler ve bireylerin yaşam öyküleri hakkında anlatıları ruh sağlığı bakımından önem taşımaktadır. Bireyler anlatılarıyla kendilerini ifade ederler. Benlik algıları ve deneyimleri, yaşam öyküleri ve buradan türetilen anlamlar birbirleriyle ayrılmaz bir şekilde bağlıdır (Barker ve Buchanan-Barker, 2010). Bu yönüyle Modelin gelişimi, ruhsal hastalıktan kurtulmanın ötesinde bireylerin hastalıkla yaşama deneyimlerine odaklanmaktadır. Bu deneyimlerden yola çıkarak da öğrenmelerine yardımcı olmak temel amaçtır (Barker ve Buchanan-Barker, 2010).

Tidal Modeli, Alanen, Lehtinen ve Aaltonen'nin çalışmasında ifade edilenlere benzer bir varsayımlar dizisinden yola çıkmaktadır. Bu çalışmada onlara göre insanlara, ailelerine ve topluma, hastanın ayrı bir birey olarak geliştirdiği gizemli bir hastalığı anlatmaya çalışmaktan ziyade karşı karşıya kalınan durumu tasavvur etmelerini (kabullenme) sağlamak gibi konularda yardım edilmesi gerektiği önerilmektedir. Model, kişinin ve kişinin çevresinde yer alan, önemli kişilerin yaşanmış deneyimlerine eğilen bir yaklaşım olan "psiko-eğitimsel yaklaşımı" benimsemektedir (Fallon, McGill ve Boyd 1984, Tarrier 1991, Kavanagh 1992) Diğer yandan psikiyatrik rahatsızlığı ortaya çıkan günlük yaşamlarını devam ettiremeyecek duruma gelen bireylerin işlevsel olmalarını engelleyen ve bunu pekiştiren yaklaşımlara da taban tabana zıttır. Tidal Modeli, ciddi boyutta zihinsel sıkıntı içindeki insanların ihtiyaç duyduğu türden bir yardımın onların içinde buldukları durumla ilgili olarak farkındalıklarını arttırmaya yardımcı olmaktadır. Rowan'ın (1993) da ifade

ettiği üzere model, hiç kimsenin bir kişiyi bireyin kendi yetisiyle kazanabileceği anlayış veya bilgi düzeyine getiremeyeceğini varsaymaktadır.

Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda Ulusal Ruh Sağlığı Politikasıyla toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş çalışmaları resmi olarak 2006 yılında başlamıştır. Sağlık Bakanlığı, 2011-2023 Türkiye Ruh Sağlığı Eylem Planı’nı uygulamaya geçirmiş olup, halen toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini sürdürmektedir. Çocuk İzlem Merkezleri, Otizm ile Mücadele Hizmetleri, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı, Çocuğun Psiko-Sosyal Gelişimini Destekleme Projesi, Acil Servis’te İntihar Girişimlerine Psiko-Sosyal Destek ve Krize Müdahale Programı ve Çocuk Koruma Kanunu Kapsamında Sağlık Tedbiri Uygulamaları, Türkiye’de ruh sağlığının desteklenmesine yönelik önemli çalışmalardır (Derin, 2018). Bu çalışmaların hepsi Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı altında yürütülmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı anlayışı; hastaların işlevselliklerindeki azalmanın önüne geçilmesi, takip ve tedavilerinin sürdürülmesi amacıyla; hastanın evinde, mahallesinde veya işyerinde temel yaşam ihtiyaçlarını karşılamayı, sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi ve gerekli destek sistemlerini devreye sokmayı hedefler (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Sosyal çalışmacılar toplumun ruh sağlığının korunmasında disiplinler arası bir ekip üyesi olarak önemli görevler üstlenmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarında, hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyon olarak üç aşamada da sosyal çalışmacılar diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte aktif rol oynamaktadır. Çalışmada ruh sağlığının desteklenmesi konusunda Tidal Modeli’nin kullanımının sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada öncelikle sosyal hizmet perspektifinden iyileşme odaklı yaklaşım olan Tidal Modeli’nin açıklanması ve sosyal hizmet alanı ile bağlantısının kurulması, modelin temel metaforu olan su metaforunun açıklanmasıyla bireyin yeniden kavramsallaştırılması sürecine değinilecektir. Bu süreç sonucunda kişinin yeniden güçlendirilmesi ve ruhsal problemlerin iyileştirilmesinde model çerçevesinde sosyal çalışmacıların rolü incelenecektir.

1. Sosyal Hizmet Perspektifinden İyileşme Odaklı Yaklaşım

İyileşme genel olarak parçaları bir araya getirerek bütünlük kurma sürecini içeren bir yaşam biçimi, bir değişim sürecidir. Tidal modelinin ruh sağlığı alanında sosyal hizmet perspektifinden kullanılabilirliği değerlendirildiğinde ruhsal sıkıntısı olan bireylerin bakımına olumlu katkı sağladığı ve birey merkezli olarak bireyleri güçlendirdiği ortaya konmuştur (Freitas ve ark., 2019). Bu açıdan bakıldığında sosyal hizmet alanında şiddet gören kadınların psikolojik iyi oluşlarını arttırdığı (Turgut ve Çam, 2020), alkol bağımlılarının sosyal destek kullanımı ve benlik algısı üzerinde olumlu bir etki yarattığı belirlenmiştir (Savaşan ve Çam, 2017). Model, şizofreni hastalarının yaşamdan doyum alma, umut ve iyimserlik algılarını arttırması ve güçlü

olmasına destek olmaktadır (Resnick ve ark., 2005). İntihar girişiminde bulunan kişilerin sosyal destek sistemlerinden yardım arama, stresör ve semptomlarla baş etme, duygu, düşünce ve davranışları düzenlenme ve anlam bulma süreçlerini de desteklemektedir (Chi ve ark., 2013). Ruh sağlığı literatüründe iyileşme temelli birçok model görülmektedir. Watson İnsan Bakım Modeli, Tidal Modeli, İşbirliğine Dayalı İyileşme Modeli ve Kavramsal İyileşme Modeli gibi çeşitli modeller bulunmaktadır (Çam ve Yalçiner, 2018). Bu modellerden sosyal hizmet uygulamalarına en uygulanabilir model ise Tidal Modeli'dir. Modelin uygulamaya taşınma aşaması sosyal hizmet alanındaki güçlendirme yaklaşımı ile yakından ilişkilidir. Güçlendirme bireylere kendi hayatları ve koşulları üzerinde kontrol kazanmalarına yardım etmek olarak ifade edilebilir. Bireyin deneyimi, hastalık ve sağlıkla ilgili gelişimleri ve keşiflerini içeren deneyim okyanusunda yapılan yolculukta her deneyim özel ve kişiye özgüdür. Modelde, ruhsal sıkıntı ve hastalık yaşayan kişilerin yaşam öykülerini temel alarak; yaşamlarına uyumlarını sağlama, sorunlarının üstesinden gelebilme ve yaşamlarına anlam katarak sürdürme yolunda kişiye eşlik etmek hedeflenmektedir.

Tidal Modeli, iyileşme sürecini sağlamak için yapılması gerekenler konusunda sosyal hizmet açısından bakıldığında daha çok müracaatçı merkezli ve pragmatik bir yaklaşımdır (Barker ve Buchanan-Barker, 2010). Model (Barker 1998, 2000), Newcastle Üniversitesi'nde 5 yıl süren ve ruh sağlığı bakımında hemşirelik uygulamalarına ilişkin önemli bir teori oluşturan Need for Nursing (hemşire ihtiyacı) başlıklı çalışmadan (Barker 1996, Jackson ve Stevenson 1998) geliştirilmiştir (Barker ve diğ. 1999a, 1999b). Need for Nursing çalışması, multidisipliner bir bakım ve tedavi süreci içinde hemşirenin farklı rollerini ve işlevlerini netleştirmeye çalışmıştır. Model, hemşire ihtiyacı teorisini gündelik hayattaki uygulamaya uyarlayarak, Peplau'nun hemşirelik uygulamalarında kişiler arası ilişkilerin önemi hakkında ortaya attığı iddialarının çoğunu geliştirmiş, bunun üzerine güçlendirme (Musker ve Byrne 1997) sürecine dair bir model de ekleyerek paralel bir çalışma gerçekleştirmiştir (Barker ve diğ. 1999b). Teoriler geliştiren tüm bu paralel çalışmalar, sosyal hizmet kapsamında daha fazla neler yapılması gerektiğini açıklamaya çalışarak sosyal hizmet uygulamasında kişiler arası süreçlerin de olması gerektiğini savunan sorgulama (Peplau 1952, Altschul 1972) geleneğini sürdürmüştür. Günümüzde multidisipliner takım çalışmasının önemi daha çok vurgulanır olduğundan muhtemelen "hemşireliğin odağına" (Barker ve Reynolds, 1994) olan bu ilginin modasının geçtiği düşünülmektedir. Bununla birlikte, terapötik (sağaltıcı) müdahalede sosyal çalışmacının kilit konumu göz önüne alındığında, sosyal çalışmacıların multidisipliner ekip çalışması içinde de uygulayabilecekleri görevlerin temelini açıklamanın en azından bir değeri olmalıdır. Modelin akut psikiyatrik bakım ortamlarında uygulanabileceği ilk olarak 1997'de önerilmiştir (Barker, 1998a). Kişinin ihtiyaç duyduğu "bakım süreci" kapsamında üç farklı bakım kavramı geliştirilmiştir: "Kritik/acil müdahale", "geçiş dönemi bakımı" ve "gelişimsel bakım". Bakım süreci hem klinik hem de müracaatçının bulunduğu ortamı kapsar; bakım hizmetinin verildiği ortamdan ziyade bakıma duyulan ihtiyacın bakımın birincil odak noktası olması

gerektiğini vurgular (Barker, 2000). Kritik/acil müdahale dönemi bireyin kısa vadeli fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını ifade etmektedir. Geçiş dönemi bakımında ise bireyin Kurumdan eve dönüş sürecine ya da başka bir Kuruma geçişe hazırlanmasıdır. Ardından bakım sürecinin üçüncü aşaması gelişimsel bakım dönemi de uzun vadeli dönemi kapsamaktadır. Bu dönem bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanması için baş etme becerilerinin geliştirilmesi dönemidir. Örneğin şiddet gören bir kadın için sosyal çalışmacı kritik/acil müdahale döneminde kadının kadının fiziksel yaralarına ilişkin tedavi ve bakımının sağlanması amacı ile acil bakım altına alınması için yol gösterici olabilir. Diğer yandan acil bakım ihtiyacı karşılanan şiddet gören kadının geçişe yönelik bakımı aşamasında, sosyal çalışmacı kadını koruma ve destek birimlerine yönlendirilmesi konusunda görev alabilir. Gelişimsel bakım aşamasında ise sosyal çalışmacı, şiddet gören kadınların yetersizlik ve güçsüzlüklerini ortadan kaldırmak amacı ile iyileşme yolculuklarına önemli katkılarda bulunabilir (Olcay Çam ve Öztürk Turgut, 2019).

Tidal Modeli, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği kapsamında temel (radikal) uygulamalara odaklanmış, herhangi bir bakım ortamı ve herhangi bir psikiyatri hastası popülasyonu (muhafazakâr) için uygun bulunan bir modeldir. Hemşirelik bakımının gerekli süreçlerini belirlemeye odaklanmış olsa da bu modele özel/ münferit uygulamaların, sosyal hizmetler tarafından sunulan bakım ve tedavileri tamamlayıcı olması amaçlanmıştır. Model; insanların ihtiyaç duyduğu 'bakım hizmetinin' toplum içinde veya hastane/klinik ortamında, sosyal hizmet alanında çalışanlar tarafından, akut veya sürekli bakım şeklinde bazı 'ya/ya da' gibi keskin kurallarla sınırlandırılmayacağı, daha ziyade kişinin ihtiyaçlarına paralel olarak ve insan doğası gereği bu yapay sınırların dışında genellikle fark edilmeyecek bir şekilde değişeceğini varsayar. Bakım hizmetinin sürekliliğine yönelik bu odak, yalnızca retorik olma riski taşıyan "kusursuz" bir bakım hizmetini teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Sosyal hizmet müdahalesi şeklinde ifade edilen bakım hizmeti, kişinin değişen ihtiyaçlarına uyum olarak kişiyle birlikte uygulanmalıdır. Ne yazık ki, toplum içinde veya hastane/klinik ortamında şeklindeki keskin yapay kurallar/ayrışmalar bakım hizmetine zarar verebilmektedir. Odağımızı kişinin ihtiyaçlarına yöneltirsek, farklı ihtiyaçların karşılanması bağlamında kritik müdahale, geçiş bakımı veya gelişimsel bakım gibi farklı hizmetlerin birbirine olan bağımlılığı belirgin hale gelecektir.

Model kapsamında bir dizi münferit bütüncül (keşfetme) ve odaklanmış (risk) değerlendirme yöntemi geliştirilmiştir. Bunlar, kişi merkezli bir yaklaşımı kolaylaştırarak kişinin mevcut kaynaklarını ve çözüm bulma kapasitesini vurgulayan müdahaleler geliştirir. Önerilen farklı değerlendirme ve müdahale süreçleri, uygulamayı kısıtlamaktan ziyade desteklemeyi amaçlamaktadır. Modeli anlatan eğitim programında tanımlanan çeşitli yöntemler (Barker 2000) sosyal çalışmacıyı ve verilecek bakım hizmetinin sınırlarını daha iyi anlamasına ve kriz halindeki birinin uygulayacağı bakıma yanıt vermesi için gerekli yaratıcı alanı sağlamasına izin verir. Kişinin vereceği sürekli esnek yanıt ihtiyacını kabul ederek Tidal Modeli, ayrıca insan

davranışının ve özellikle insan hayatının kaotik doğasını da tanımış olur (Barker 1996). Yaşam deneyimlerinin sürekli bir değişim ve öncesinde kestirilebilen durumlarla karakterize olduğunu vurgulayan kaos teorisinden köklerini alan yaklaşımda Barker (1996) insan deneyiminin akışkan doğasını kabul etmiştir. Bu nedenle modelin temel metaforunu su oluşturur: Hayat, deneyimler okyanusunda bir yolculuktur. Bireyin gelişimi, hastalık ve sağlıkla ilgili deneyimler ve keşifleri de içeren deneyim okyanusunda yapılan bir yolculuk olarak tanımlanan bir kavramdır. Bu nedenle öncelikle Modelin ana metaforu “su-temel metafor” olarak açıklanacaktır.

1.1. Su – Temel Metafor

İnsan yaşamının değişkenliği nedeniyle sürekli akımı ve değişimi içeren "su" Tidal Modelin temel metaforudur. Hayat, deneyimler okyanusunda bir yolculuktur. Bireyin gelişimi, hastalık ve sağlıkla ilgili deneyimler ve keşifleri de içeren deneyim okyanusunda yapılan bir yolculuk olarak tanımlanan bir kavramdır. Hayat yolculuğunun kritik noktalarında kişi, fırtınalar hatta korsan saldırıları (kriz) ile karşı karşıya kalabilir. Diğer zamanlarda tekne su almaya başlayabilir ve kişi boğulma veya geminin batması (bozulması) ihtimaliyle karşı karşıya kalabilir. Bu durumda kişiye güvenli bir limana çıkana kadar kılavuzluk etmek, gemisini onarmak, bireyi travmadan kurtarmak gerekebilir (rehabilitasyon). Gemi tekrar onarıldıktan sonra veya kişi okyanusta tekrar yüzebilmesi için gerekli güçlü bacaklara yeniden kavuştuktan sonra, kişiyi problemleriyle başa çıkabilecek şekilde yeniden hayata döndürmek (iyileşme) amacıyla gemi tekrar yola çıkabilir. Normatif psikiyatrik modellerin aksine Tidal Modeli, bir kişinin yaşamının doğru seyri hakkında çok az varsayımına sahiptir. Bunun yerine, insanların kendilerini içinde buldukları krizden kurtarmak ya da onları sorunlarıyla baş edebilecekleri yaşam döngüsüne tekrar sokmaya yardımcı olmak (gelişim) için ihtiyaç duyabilecekleri desteğe odaklanılır.

Tidal Modeli, ruh sağlığı bozukluklarıyla ilişkili yaşam deneyimlerinin her zaman metaforik terimlerle tanımlandığını kabul eder. Yaşamsal krizlerle mücadele eden insanlar (metaforik olarak) derin sularda boğulma riskiyle karşı karşıya kalan veya kayalara doğru sürüklenmekte olan kişiler olarak tanımlanabilirler. Travma (yaralanma veya istismar gibi) veya daha kalıcı yaşamsal sorunlar yaşayanlar, bir korsan saldırısıyla ilişkili travmaya benzer şekilde, genellikle 'benlik duygusu' nun kayından yakınırlar. Bu tür insanlar, gerçek manada iyileşmelerini sağlayacak türde bir gelişim müdahalesi kapsamında, uygun aralıklarla takip edilen, sofistike bir hayat kurtarma yöntemine (psikiyatrik kurtarma) ihtiyaç duyarlar. Bu yöntem, toplum içinde veya acil durum müdahale birimi ya da yatılı bir kliniğin güvenli sığınağında acil durum/kriz müdahalesi şekli alabilir. Kurtarma müdahalesi (sosyal hizmet alanında çalışanlar) tamamlandığında, bu kez odak noktası kişiyi 'yoluna geri döndürmek' ve toplum içerisinde problemleriyle başa çıkabilecek anlamlı bir yaşama geri döndürme (sosyal hizmet alanı için) için gereken yardım türü haline gelir. Sosyal çalışmacılar

birçok farklı alanda birçok farklı bireyle karşılaşabildiği için etkili modeller sunulması önem taşımaktadır (Akçin ve Zengin, 2021). Bu noktada model kişinin bir hasta olarak yeniden kavramsallaştırma süreci başlayacaktır.

1.2. Kişiyi Bir “Hasta” Olarak Yeniden Kavramsallaştırma

Tidal Modeli, insan üzerinde araştırmalar yürüten diğer disiplinler veya akademik alanlar tarafından şimdiye kadar gizlenmiş/incelenmemiş gibi görünen sayısız terapötik kavram üzerine yapılandırılmış bir bakım yöntemi kullanır (Reynolds ve Barker ve Buchanan-Barker Scott 1999). Terapötik yapıların hepsi olmasa da çoğu, hasta olan kişinin sunumunda bir miktar değişiklik yapmayı amaçlasa da Tidal Modeli bu konuda – nihayetinde daha hırslı olabilecek –daha mütevazı hedeflere sahiptir. Ruhsal bozukluk veya hastalıkla uğraşmak yerine Model, problemleri yaşayan kişiyle iletişim kurmaya odaklanır (Barker 1997). Bu sayede kişinin hastalık ve sağlıkla olan ilişkisi de dâhil olmak üzere içinde bulunduğu mevcut durumu anlamayı hedeflemektedir. Her ne kadar sosyal çalışmacı kişi hakkında pek çok şeyi merak ettiğini ifade etse de, daha çok kişinin çevresi, benliği ve iletişim kurduğu kişiler ile ilgili deneyimlerinde neler olup bittiğine ve bu deneyimlerin kişinin temel bakımı açısından ne anlama gelebileceğine dair bilgi arayışındadır.

Model kapsamında insanlar üç boyutla temsil edilir: Benlik, çevre ve diğerleri. Çevre boyutunun odak noktasını bireyin anlaşılma ihtiyacı oluşturur. Buna bireyin yaşamakta olduğu hastalık, travma ve endişelerin diğerleri tarafından onaylanma gereksinimi de dahildir. Bireyin kendisi için anlamlı ve önemli olayları oluş şekillerine göre kendi ifadeleriyle anlatmasına izin verilen özel bir değerlendirme yöntemi (Bütüncül Bakım Değerlendirmesi) geliştirilmiştir. Birey/benlik boyutunda odak noktası olarak, bireyin duygusal ve fiziksel güvenlik gereksinimi vurgulanır. Tidal modelinde bireysel güvenliği sağlamak için gerekli desteği belirlemek ve doğrudan harekete geçme yoluyla bireyin herhangi bir nedenden dolayı kendine veya başkalarına zarar verme olasılığını ortadan kaldırmaya yönelik özel bir değerlendirme yöntemi olan Güvenlik Planı geliştirilmiştir. Bu plan kişinin fiziksel ve duygusal güvenliğini sağlama amaçlıdır. Kişinin kendini güvende hissetme düzeyi belirlenir ve daha güvende hissetmesi içinde yapması gerekenler sosyal çalışmacılarla birlikte belirlenir. Diğerleri boyutunda, kişinin günlük yaşamını sürdürebilmesi için ihtiyaç duyabileceği destek ve hizmetlere odaklanılmaktadır. Bu boyutta konut, kazanç, meslek, boş zaman gibi günlük yaşamda hayati öneme sahip tıbbi, psikolojik ve sosyal girişimlere olan gereksinimler vurgulanır. Bu boyutların her birinde sosyal çalışmacı, terapötik ittifak (Hummelvoll 1996) olarak da ifade edilen bir kavram çerçevesinde, müracaatçının anlatılarından hareketle deneyimlerini inşa eden detayları keşfetmeyi amaçlar (Holdsworth 1995, Tilley 1995, Saunders 1997). Değerlendirme ve müdahalenin her boyutunda kişiyi, ihtiyaçlarını karşılayabilecek müdahaleleri belirleme ve mümkün oldukça bunlara katkıda bulunma sürecine tam olarak dâhil etmeye önem verilir. Modelde başvurulacak anlatı yapısı, bakım planlarında açıkça geliştirilir;

değerlendirme kaydı, kişinin anlatılarını psikiyatrinin profesyonel diline çevirmek yerine kişinin ihtiyaçlarını ve sorunlarını sözlü olarak belgelemeyi amaçlar. Kişinin ihtiyaç duyduğu gerekli bakım, her zaman, kişinin onun için “önemli olan diğerleri” ile kurmuş olduğu farklı yapıdaki ilişkileri ile arasında bir denge kurmayı veya kaynaşma sağlamayı içerecektir.

Modelin anlatı temelli güçlendirme yöntemi, “yapılması gerekenlerin” büyük ölçüde kişinin “özel dünyası” çerçevesinde belirleneceğini kabul ederek (Mahoney 1974) ağırlıklı olarak kişisel problemi çözmeyi, kişisel kaynakları ortaya çıkarmayı ve kullanmayı vurgulayan sistematik ve çözüm odaklı yaklaşımlara dayanmaktadır (Bulmer 1994, Webster, Vaughn ve Martinez (1994), Webster, Vaughn ve Playter (1995). Benliği ortaya çıkarma aracı (McIntyre 1981) olarak kullanılacak anlatının merkeziliğini kabul ederek, müracaatçı ve sosyal çalışmacı arasında dikkatle kurgulanmış işbirliğine dayalı sorgulama yoluyla anlatının bütünlüğünü korumaya vurgu yapılır. Kişinin benlik duygusu ve başkalarıyla yaşamış olduğu deneyimler de dâhil olmak üzere deneyimlerinden oluşan çevre boyutu yaşam öykülerine ve bunlarla bağlantılı çeşitli anlamlara ayrılmaz bir şekilde bağlıdır. Tidal Modeli, kanıt temelli uygulama kavramından önemli ölçüde farklı olan anlatıya dayalı bir uygulama yöntemi geliştirmiştir. İkincisi her zaman belirli insandan olan örneklerle ilgiliyken ilki, öğelerinin eşdeğer olduğu varsayılan insan popülasyonlarının davranışına dayanır. Belki daha da önemlisi; Tidal Modelinde önerilen anlatı, kişinin şu anda yaşamakta olduğu sorunlarının nedensel seyrini çözmekle ilgilenmez daha çok kişinin hayatının bir sonraki evresinde atılması gereken 'bir sonraki adımı' planlamak için kişinin yaşamsal yolculuğundaki deneyimlerini ve bununla ilişkili anlamları kullanmayı amaçlar. Kişinin “deneyimlemiş olduğu dünya” sını anlattığı bu değerlendirme sonucunda oluşturulacak sonuç metninin, üçüncü şahıs anlatısı şeklinde veya profesyonel medikal dile tercüme edilmek yerine, bireyin kendi ifadeleri ile yazılır. Bu sayede kişinin “deneyimlemiş olduğu dünya” sına dair anlatılardan, işbirliği içerisinde, problemleriyle ilgili bireysel anlamlandırma ve gereksinim duyulacak tedavi ve bakım hizmetlerini belirttiği bir değerlendirme sonucuna ulaşılır (Barker ve diğ. 1999a).

Kişinin hikâyesine öncelik vermek suretiyle Tidal Modeli, anlatının kişinin yaşamı canlandırdığı boyut olduğunu kabul eder. İnsanlar, deneyimledikleri zihinsel sıkıntılar ışığında yaşamış oldukları problemler ve şu anda başlarına gelenlere dair sürekli tutarlı bir açıklama geliştirmek (yaratmak) isterler; dolayısıyla bakım süreci bu anlatılarla başlayacak ve bitecektir. Bu bağlamda, kişinin yaşamış olduğu problemlerin geçmişine inerken ve bu süre zarfında meydana gelen değişiklikler doğrultusunda ortaya çıkan hikâyeyi sorgulamak ve anlamaya çalışmak sabırlı ve titiz bir süreç ister. Bununla ilgili bir bağlamda şair Rilke şöyle demiştir: Sanatçı olmak demek... bir ağaç gibi olgunlaşmaktır; özünü zorlamayan ve baharın fırtınalarına karşı kendinden emin bir şekilde dimdik kafa tutmak, sonra yazın gelmeme ihtimalinden korkmamaktır. Elbet gelir. Ama sadece sabredenlere, önlerinde sonsuzluk varmış gibi orada öylece duranlara gelir; öyle umursamazca sessiz

ve engin... Hayatımın her gününde, acıyla öğrendiğim ama yine de minnettar olduğum bir şey var ki: sabır her şeydir (Mitchell 1998).

1.3. Kişiyi Yeniden Güçlendirme İhtiyacı

Güçlendirme sosyal hizmet müdahalelerinden birisi olup, insanların kendilerini ilgilendiren olaylara, durumlara katılmaları ve onları denetim altında tutmaları için yeterince güçlü olabilmelerinin sağlandığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Tapan ve Derin, 2019). Ruh sağlığının bozulduğunu deneyimlemek, temelde bireyi güçsüz kılar (Barker ve Stevenson 2000). Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar devam ettiğinde veya sık sık tekrarlandığında, aile veya toplum bu kişiyi engelli olarak görebilir. Kişiyi ruh sağlığı danışmanlık hizmeti sunulmasına rağmen, bu hizmet genellikle sadece mental hastalık denen yaşamsal sorunlarının neden olabileceği kişisel ve kişiler arası hasarı baskılamaya odaklanır (Barker ve Stevenson 2000). Psikiyatrik bakım ve tedavi süreçleri, 'mevcut duruma tuz biber ekerek' kişinin güçsüzleşmesine katkıda bulunabilir (Barker ve diğ. 1999a). Yasalar uyarınca tutuklama/hapis gerektirecek hak mahrumiyetlerinden klinik ortamında 'gözlem altına alınmayı' (Barker ve Cutcliffe 2000) gerektiren daha ağır sınırlamalara kadar farklı sonuçlar doğurabileceği gibi, kişi "sosyal yardım heyeti" tarafından düzenlenecek bir raporla "uyumsuz" olarak da kabul edilebilir. Yetkisizleştirme/güçsüzleştirme en yaygın biçimi, kişinin yaşamış olduğu sorunlara ilişkin deneyimini anlattığı öyküsüne uygun bir şekilde kulak verecek kimseyi bulamamasıdır. Geleneksel tıbbi model; bu eşsiz, öznel anlatımı tıp dilinin ötesine çevirmek suretiyle, dikkati kişinin yaşadığı deneyimden uzaklaştırmaya yönelik bir araç olarak hizmet etmiştir. Bu şekilde kişinin anlatılarının önem derecesi, görünüşte yaygın olarak karşılaşılan diğer benzeri olaylar düzeyine indirilir. Bu, tek başına psikiyatrik tanının cezalandırılması olarak yorumlanamasa da insanoğlunun özellikle öncelik verildiğinde yaşamış olduğu sıkıntılı tecrübenin ifade edilmesinin kısıtlandırılmasına yönelik özel bir yöntem olduğu da aşikârdır. Tidal Modelindeki üç boyut, kişinin yaşamış olduğu deneyimlerin geçici bir kısmı aktarıldığında kişinin acil bakım ihtiyacından başka bir şey geliştirmenin imkânsız olacağını kabul ederken kişiyi "hasta birey" fenomenine indirgemekten kaçınmayı amaçlar.

2. Ruhsal Problemlerin İyileştirilmesi ve Tidal Modeli

Tidal Modelinde, kişi klinikte kaldığı süre boyunca geliştirilen tüm değerlendirme ve bakım planlarının kopyalarını uygun durumlarda başvurmak, aile ve arkadaşlarla tartışmak amacıyla saklamak konusunda teşvik edilir. Taburcu edilirken, kişi bu kayıtları tüm bakım sürecinin belgesel kanıtı olarak evine götürür. Kişinin iyileşme sürecini doğal çevresinde devam ettirebilmesi için bu kayıtların bir dayanak sağlayacağı umulmaktadır. Bir Tidal Modeli hasta danışmanı bunu öz-yönetimdeki ilk adım olarak tanımlamıştır (Whitehill, 2005).

Tidal Modeli, bireyin ihtiyaç duyduğu bakım çalışmalarının mümkün olan en kısa sürede başlaması gerektiğini var sayar: Tercihen kişi hizmet almak için başvuru yapar yapmaz. Geleneksel olarak, bu hizmeti almak üzere sevk edilen hastaya referans (sevk) yazısı veya geçmiş bakım ve tedavi hikâyesini anlatan uzun vaka notları eşlik eder. Tarihsel olarak, odak genellikle kişiden ziyade hastalık üzerinde olmuştur. Model gerçekte ruhsal sorunlu bireylerin nasıl bir tedavi ve bakıma gereksinimi olduğunu gösteren imalarla doludur. Birey burada öyküsünü anlatması için cesaretlendirilir. Sosyal çalışmacı bireyin anlatısına saygı duyarak söz konusu anlatılardan elde edilen bilgileri kullanmaktadır. Bu noktada sosyal çalışmacının görevleri şu şekilde sıralanabilir:

- Sosyal çalışmacının ilk görevi, müracaatçının bu geçmiş öyküsünün ardındaki kişinin gerçekte kim olduğunu ve yaşamak zorunda kaldığı hangi sorunların onu bu duruma getirdiğini bulmaktır.
- Bir sonraki aşamada sosyal çalışmacı, hayatında karşı karşıya kaldığı bu sorunları çözmeye başlamak için ihtiyaç duyulan desteğin türü konusunda müracaatçı ile karşılıklı müzakere etmelidir.
- Sosyal çalışmacı, son olarak, kişinin kendini güvenli hissedeceği durumları geliştirecek koşulları müzakere etmelidir. Müracaatçının kendisini daha güvende hissetmesi için ne gerekecek? Müracaatçının kendine veya başkalarına zarar verme olasılığını ortadan kaldırmaya yönelik ihtiyaçlar nelerdir? Bu sorunları çözmek amacıyla başvuru alan tüm Tidal Modeli süreçleri, mümkün olduğunca kişinin özerkliğini koruyarak kişiyi kendi hayatının uzmanı olarak tutmaya çalışır. Modeli, bireylerin yaşamlarındaki otonomilerini geri kazanmaları ve klinikten çıktıktan sonra da kendine bakabilmeleri için gerekli öz yeterliliklerini artırmayı amaçlayan bir prova olarak görür.

Tidal Modeli süreci genel anlamıyla zorunlu olarak, oldukça esnektir ve kişinin mevcut durumuna bağlıdır. Tidal Modeli uygulama süreci, kişinin üç bireysel alanından herhangi birinde başlayabilir.

- Kişi çok rahatsız (veya çevresine rahatsızlık veren) bir durumdaysa, birincil odak noktası kişinin özel dünyasının (Benlik bireysel alanı) derinliklerinde yatan tehditleri keşfetmek amacıyla kişisel bir güvenlik planı geliştirmeye yönelik olması gerekebilir;
- Kişi kendisi veya başkaları için büyük bir risk teşkil etmiyorsa; bakım ekibi kişiyi bütüncül bir değerlendirme kapsamında yürütülecek günün sıcak sorunlarının ele alınabileceği özel bire bir görüşme oturumları ile hikâyesini anlatmak yönünde teşvik edebilir (Çevre bireysel alanı);
- Kişi birebir görüşmeler yoluyla işbirliği yapmaya yanaşmıyorsa, Tidal modelinin felsefesine alışmaları için grup çalışmalardan birinde bulunmaları teşvik edilebilir.

Tidal Modelindeki üç boyut, kişinin yaşamış olduğu deneyimlerin geçici bir kısmı aktarıldığında kişinin acil bakım ihtiyacından başka bir şey geliştirmenin imkânsız olacağını kabul ederken kişiyi “hasta birey” fenomenine indirgemekten kaçınmayı amaçlar. Sosyal çalışmacılar, bakım söz konusu olduğunda bireylerle

iyi bir iletişimle terapötik ortamda iyileşmeye doğru bireyleri desteklemektedirler. Böylece bireylerin kendileri için daha fazla yetki kazanma süreci olan güçlendirme yolu ile sorunlarla başa çıkmalarına destek olurlar (Barker ve Buchanan-Barker 2005, Barker ve Buchanan-Barker 2010).

3. Sonuç ve Öneriler

Sosyal hizmet uygulamalarının ortak amacı, müracaatçı sistemlerinin güçlendirilmesidir. Güçlendirme yaklaşımının temel amacı, sosyal adalettir. Tidal Modeli, Gelgit Modeli olarak da bilinmektedir. Tidal Modeli, bugün hemşireliğin ötesine geçerek sosyal hizmet alanında mesleki sağaltım ve psikiyatrik tıp dâhil olmak üzere ruh sağlığı yelpazesinde bir dizi farklı disiplinde de kullanılmaktadır. Modelde sosyal çalışmacılar bireylerin karar almalarına etkisi olabilecek yaşam koşullarını anlamalarına odaklanmaktadır. Sosyal çalışmacıların hemen kavrayamayacağı bir durumu, model uygulaması ile kişinin deneyimleri ve anlattıklarından hareketle içinde bulunduğu ruh durumunun ve güdülerinin anlamaya çalışılması söz konusudur. Tidal Modeli'nde sosyal çalışmacılar kişiye bir güvenlik planı oluşturmaya yardımcı olan cankurtaran metaforuyla tanımlanır. Modelde bakım hizmeti bir süreç olarak görülür ve acil müdahale yoluyla, şimdinin sorunlarından hareketle bir bakım ortamından diğerine sorunsuz geçiş sağlayan geçiş bakımı ve daha uzun süreli bir bakım yöntemi olan gelişimsel bakım yöntemi ile bu bireysel alanlardan birine müdahale gerektirir. 2000'li yıllarda detaylandırılan bu teori, psikiyatri ve ruh sağlığı hemşirelerinin uygulamalarını desteklemek için önemli bir teorik çerçeve çizmektedir. O zamandan beri, pek çok ülkede üzerinde çalışılmakta ve geliştirilmektedir. Bu nedenle, Tidal Modeli'ni temel alarak sosyal çalışmacıların deneyimlerini araştırmak, sosyal hizmet alanında ve ruh sağlığında uygulama alanları ve kullanım olanaklarını göstermeye çalışmak ve Modeli sosyal hizmet alanına uygulamak alana önemli katkılar sağlayacaktır.

Kaynakça

- Akçin, M. E. ve Zengin, O. (2021). Sosyal Hizmette Sanatın Kullanımı ve Müzik Terapisi. *Karabük Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (UNIKA Toplum ve Bilim) Dergisi*, 1(1), 38-47.
- Alanen, Y., Lehtinen, K., ve Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83,363-372.
- Altschul A.T. (1972) Nurse–Patient Interaction: a Study of Interactive Patterns on an Acute Psychiatric Ward. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Barker, P.J. (1996). Chaos and the way of Zen: Psychiatric nursing and the “uncertainty principle.” *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3,235-243.
- Barker, P. (1997). Assessment in psychiatric and mental health nursing: In search of the whole person. Cheltenham, UK: Stanley Thomes.
- Barker, P. (1998). It’s time to turn the tide. *Nursing Times*, 94(46), 70-72.
- Barker, P. (2000). The Tidal Model: From theory to practice. Newcastle, UK: University of Newcastle.
- Barker, P., ve Buchanan-Barker, P. (2005). The Tidal Model: A guide for mental health professionals. Brunner-Routledge.
- Barker, P., ve Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal Model of mental health recovery and reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171-180.
- Barker P. ve Cutcliffe J. (2000) Creating a hopeline for suicidal people: a new model for acute sector mental health nursing. *Mental Health Care* 3, 190–193.
- Barker, P., Jackson, S., ve Stevenson, C. (1999a). What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6,273-282.
- Barker, P., Leamy, M., ve Stevenson, C. (1999b). Nurses’ empowerment of people with enduring forms of mental illness. Newcastle, UK: Report to the Northem and Yorkshire Regional Research Committee.
- Barker, P., Leamy, M., ve Stevenson, C. (2000). The philosophy of empowerment. *Mental Health Nursing*, 20(9), 8-12.
- Barker P. ve Reynolds B. (1994) A critique: Watson’s caring ideology. The proper focus of psychiatric nursing? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service* 32, 17–22.
- Bulmer C.A. (1994) Maximum insight with minimum dependence. Brief therapy in psychiatric nursing. *Professional Nurse* 9, 621–625.
- Chi M. T, Long A, Jeang S. R, Ku Y. C. ve Sun, F. K. (2014). Healing and recovering after a suicide attempt: a grounded theory study. *J Clin Nurs* 23, 1751–1759.
- Çam, O. ve Yalçiner, N. (2018). Ruhsal Hastalık ve İyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9 (1), 55-60.
- Çiçekoğlu P, ve Duran S. (2018). Dünyada ve Türkiye’de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. Ed: Ünsal Barlas. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri
- Derin, M. (2018). Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Kapsamında Türkiye’nin Sağlık Alanına İlişkin Mevcut Durum Analizi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11 (57), 558-568.
- Falloon I., McGill C. ve Boyd J. (1984) Family Care of Schizophrenia. Guilford Press, New York.
- Freitas, R. J. M., Araujo, J. L., Moura, N. A., Oliveira, G. Y. M., Feitosa, R. M. M. ve Monteiro, A. R. M. (2019). Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2).
- Holdsworth N. (1995) From psychiatric science to folk psychology: an ordinary-language model of the mind for mental health nurses. *Journal of Advances in Nursing* 21, 476–486.
- Hummelvoll J.K. (1996) The nurse–client alliance model. *Perspectives in Psychiatric Care* 32, 12–21.
- Jackson, S., ve Stevenson, C. (1998). The gift of time from the friendly professional. *Nursing Standards*, 22,31-33.
- Kavanagh D. (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 160, 601–620.
- Kilmer, D. L., ve Lane-Tillerson, C. (2013). When still waters become a soul tsunami: Using the Tidal Model to recover from shipwreck. *Journal of Christian Nursing*, 30(2), 100-104.

- Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge MA: Ballinger.
- McIntyre A. (1981) *After Virtue*. Notre Dame University Press, Notre Dame.
- Mitchell S. (1998) *The Enlightened Mind*. Harper Collins, New York.
- Musker M. ve Byrne M. (1997) Applying empowerment in mental health practice. *Nursing Standard* 11, 45–47.
- Peplau H.E. (1952) *Interpersonal Relations in Nursing*. Putnam, New York.
- Resnick S.G, Fontana A, Lehman A. F, Rosenheck R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophr Res.* 75, 119–28.
- Reynolds, W.J., ve Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6,363-370.
- Rowan J. (1993) *The Transpersonal: Psychotherapy and Counselling*. Routledge, London.
- Savaşan, A. ve Çam, O. (2017). The Effect of the Psychiatric Nursing Approach Based on the Tidal Model on Coping and Self-esteem in People with Alcohol Dependency: A Randomized Trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), 274-281.
- Saunders, J. (1997). Walking a mile in their shoes. . . . Symbolic interactionism for families living with severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35(6), 8-13.
- Tapan, M. G. ve Derin, M. (2019). Suça Sürüklenen Refakatsiz Suriyeli Çocuk: Sosyal Hizmet Müdahalesi Olgu Sunumu. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12 (64), 855-860.
- Tarrier N. (1991) Some aspects of family interventions in schizophrenia: Adherence to treatment programmes. *British Journal of Psychiatry* 159, 475–480.
- Tilley S. (1995) Notes on narrative knowledge in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2, 217–226.
- Turgut, E., Çam, O. (2020). The effect of tidal model-based psychiatric nursing approach on the resilience of women survivors of violence. *Issues in Mental Health Nursing*. 41(5):429-437.
- Webster D.C., Vaughn K. ve Martinez R. (1994) Introducing solution-focused approaches to staff in inpatient psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing* 8, 254–261.
- Webster D.C., Vaughn K., Webb M. ve Playter A. (1995) Modeling the client’s world through brief solution-focused therapy. *Issues in Mental Health Nursing* 16, 505–518.
- Whitehill, I. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. London: Brunner-Routledge.



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMU VE EMPATİK İLETİŞİM DÜZEYLERİNİN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Atikullah GHİASEE¹

Öz

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 19.10.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised:03.12.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 27.12.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.1010481

Makale Künyesi/To cite this article: Ghiasee, A. (2021, Aralık). Sağlık çalışanlarının iş doyum ve empatik iletişim düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18: 28-47. Doi: 10.46218/tshd.1010481

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Atikullah GHİASEE, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi email: atik0093@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-2671-5533

Çalışan memnuniyetinde çok önemli bir rol üstlenen iletişim özellikle sağlık çalışanları için insan ilişkilerinin temel bir bileşenidir. Bu çalışmada, Ankara SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık hizmeti sunumunda çalışan personelin iş doyum ve empati düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada verilerin analizi için SPSS programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Katılımcıların 169'u kadın, 117'si hemşiredir. Çalışma süresi ile iş doyum ölçeği arasında anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmuş ($p=0,006$; $r=-0,185$); empatik eğilim ölçeği arasında anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,004$; $r=0,193$). Bu çalışmada sağlık hizmeti sunumunda görev alan sağlık çalışanlarının iş doyum ve empatik iletişim düzeyleri incelenmiş yapılan analizlerin sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının iş doyumuna ulaşması için sunulan sağlık hizmetinin ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İş Doyumu, Empatik iletişim, Sağlık çalışanları

INVESTIGATION OF JOB SATISFACTION AND EMPATHIC COMMUNICATION LEVELS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN TERMS OF SOME VARIABLES

Abstract

Communication, which plays a very important role in employee satisfaction, is a fundamental component of human relations, especially for healthcare professionals. This study aimed to evaluate the job satisfaction and empathy level of the personnel working in the health service delivery at Ankara SBU Dr.Sami Ulus Gynecology and Childhood Health and Diseases Training and Research Hospital. In the study, SPSS program was used for data analysis. In the analysis of the data, descriptive statistical methods, correlation analysis, independent samples t test and one-way analysis of variance were used. 169 of the participants are women and 117 are nurses. A significant negative and very weak relationship was found between working time and job

1 Dr., Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, atik0093@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-2671-5533

satisfaction scale ($p=0.006$; $r=-0.185$) and a significant positive and very weak relationship was found between the empathic tendency scale ($p=0.004$; $r=0.193$). In this study, the relationship between job satisfaction and empathic communication levels of health workers involved in health service delivery was evaluated. Suggestions have been made to improve the health service and working conditions provided for health workers to achieve job satisfaction.

Keywords: Job satisfaction, Empathic communication, Healthcare professionals

1. Giriş:

Örgütlerde meydana gelen iletişim, örgütsel etkinlikte çok önemli bir faktör olmasına rağmen, bu iletişimle ilgili çalışan memnuniyeti nadiren odak noktası olmuştur. İletişim, iki veya daha fazla kişi arasındaki bilgi alışverişidir. İnsanlar arasındaki duyguların veya kişisel ve sosyal etkileşimin aktarımı da iletişim yoluyla gerçekleşir. İletişim özellikle sağlık çalışanları için insan ilişkilerinin temel bir bileşenidir (Kozier, 2008). “Bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma süreci” olarak tanımlanan (Dökmen, 2004) iletişim, çalışan memnuniyetinde çok önemli bir rol oynamaktadır.

Hastalarla anlamlı bir şekilde bağlantı kurmak, özellikle insanlı çalışma koşulları tarafından destekleniyorsa, olumlu bir geri bildirim döngüsü sağlayarak iş doyum düzeyini artırabilir ve sağlık çalışanının tükenmişliğini azaltabilmektedir. İş doyumunu, iş stresinin etkilerini hafifletir ve sağlık çalışanlarında tükenmişliğe karşı koruma sağlayabilmektedir (Lal ve diğ. 2020).

Jackson ve meslektaşlarının (2015) öne sürdüğü gibi, hastaların ve sağlık çalışanlarının karşılaştığı bazı zorlukların empatik iletişim ile çözülebileceği konusunda güçlü bir fikir birliği vardır. Hem algılayıcı hem de duyarlı bileşenlerini geliştirmeye odaklanan empatik iletişimin, empatik endişe ve şefkati artırarak hem hastaların hem de sağlık hizmeti sunucularının deneyimlerini iyileştirdiği gösterilmiştir (Riess ve diğ. 2012).

Bu doğrultuda empati, bireyin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyması ve olaylara onun bakış açısı ile bakabilmesi, onun duyguları ve düşüncelerini hissetmesi ve bunu karşı tarafa hissettirmesi olarak tanımlanabilir (Ersoy ve Köşger, 2016).

Karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olan empati, sağlık çalışanlarının duygusal iş yüküyle baş etmelerine yardımcı olan ve işten ayrılma niyetini azaltmaya katkıda bulunan işlevsel bir stratejidir. İşe bağlılıkla pozitif bir ilişkisi olan empatinin aynı zamanda iş doyumunu ile pozitif bir ilişkisi vardır.

İş doyumunu, işteki kişisel beklentilerin sonuçlara ne kadar karşılık geldiğine dair bireysel bir tutum olarak tanımlanmıştır (Dal Santo ve diğ. 2014). Theodosius (2008), hastalarla etkileşimde duyguları yönetmeyi sağlık çalışanlarının beklentilerini karşılamanın temel unsurları olarak görmektedir. Hochschild (1983), sağlık çalışanların içsel duygularla baş edebildikleri ve hastaların duygularıyla baş edebildikleri zaman iş doyumunun arttığını bulmuştur. Bununla ilgili olarak Perry (2012), yüksek kalitede bakım sağlayan ve hastalarla duygusal bağlar kuran sağlık çalışanlarının profesyonel iş yaşamlarından çok memnun olduklarını bulmuştur.

Alan yazın incelendiğinde sağlık sektöründe hizmet veren sağlık çalışanlarının iş doyumunu durumları üzerine bir çok çalışma yapıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar iş doyumunu etkileyen faktörlerin yaş, cinsiyet, medeni durum öğrenim durumu mesleki deneyim gibi bireysel ya da işin niteliği, ücretlendirme, mesleki yükselme fırsatı ve ödüllendirmeler gibi örgütsel faktörler olduğu görülmektedir (Şakoğlu ve İlhan, 2018).

Burke ve Wilcox (1969) yapmış oldukları çalışmada ise organizasyon içinde çalışanlar ile yöneticiler arasında kurulan iletişimin olumlu yönde olmasının çalışanların kurumundan, yaptıkları işlerden, yönetim ve performans sürecinden ve en önemlisi bağlı buldukları yöneticilerine dair memnuniyetlerine katkı sağladığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla iletişimin organizasyonlarda iş doyumuna adına önemli etkileri olduğu görülmektedir. Çalışanların olumlu iletişim algısı içinde olmasının yaptıkları işlerden daha fazla doyum aldığı söylenebilir (Ünler, Kılıç ve Çıray, 2014).

Özellikle olumlu iletişimin iş doyumuna da olumlu etkileri olduğundan bahisle empatik iletişim kavramının da olumlu bir iletişim şekli olduğu söylenebilir. Empatik iletişimde bireyler arası ilişkiler esnasında karşı tarafa iletilen iletilerin içeriği ve duygusal durumu ile algılanarak anlaşılması empatik iletişimin şartlarından (Metin, 2011). Dolayısıyla sağlık çalışanlarının empatik iletişim becerisindeki artış ile kaliteli bakım hizmeti sunarak hastalarda aldıkları hizmetten memnuniyetin artacağı söylenebilir. Çünkü empati ile sağlık hizmeti sağlayıcılarından memnuniyet ve güven de dahil olmak üzere gelişmiş hasta sonuçları arasında olumlu bir ilişki olduğu bugüne kadar yapılan birçok çok çalışmada ortaya konulmuştur (Hojat ve diğ.,2011; Menendez ve diğ. 2015; Thom, 2001).

Empati, hem dinlememize hem de konuşmamıza kaliteli bir mevcudiyet, yargılayıcı olmayan şefkat ve merak getirme sürecidir. Bireyler kendilerini empatik bir şekilde ifade ederek en derin özlemleri, korkuları ve acıları paylaşabilir, ne istediğine dair bir vizyon ortaya koyabilir, taleplerde bulunabilir ve böylece farklılıklar arasında bağlantı ve güven inşa edebilirler. Ayrıca şefkat göstermek hemşireler, hastalar ve doktorlar tarafından profesyonel davranışın merkezi bir bileşeni olarak algılanmaktadır. Bu ilişkinin bir bileşeni olan empati, ilişki gücü ve hasta memnuniyetinin belirleyici bir faktörü olarak tanımlanmıştır (Mercer ve Reynolds, 2002; Norfolk ve diğ. 2007; Green ve diğ. 2009).

Empati, bir bireyin başka bir bireyin duygularını veya benzersiz deneyimini tanıma ve bunlara yanıt verme kapasitesi olarak tanımlanabilir ve iki farklı kategoriye ayrılır: duygusal ve bilişsel empati (Plat ve Keller, 1994; Neumann ve diğ. 2009). Empatinin hem bilişsel hem de duygusal alanlara sahip olduğu düşünülebilir. Başka bir kişinin içsel deneyimlerini ve duygularını anlama yeteneğini içerirken, aynı zamanda bunları kişinin bu duyguları nasıl deneyimleyebileceğiyle ilişkilendirmeyi içerir. Duygusal empati, kişinin kendi içinde bir başkasının duygusal deneyimini oluşturma yeteneği olarak tanımlanırken, bilişsel empati, bir başkasının sıkıntısını veya deneyimini

tanıma ve bunlara yanıt verme konusunda daha bilinçli ve çok aşamalı bir çabayı ifade eder. Duygusal empatiden farklı olarak, bilişsel empatinin hedefe yönelik eğitim ve sistematik uygulama ile geliştirilebileceğine inanılmaktadır (Levinson ve diğ. 2000; Suchman ve diğ. 1997; Roter ve diğ. 2006).

Çalışmalar, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti (Bertakis ve diğ. 1991; Hannah ve diğ. 2009), uyum (Squier 1990; Kim ve diğ. 2004) ve sağlık sonuçları (Kaplan ve diğ. 1989; Stewart 1995) üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Empati iletişimi, sağlık çalışanları-hasta etkileşimlerinin başarısında kilit bir unsur olarak kabul edilir. Empatik bir doktor-hasta ilişkisi, terapötik bir ittifak geliştirmede önemlidir (Hojat ve diğ. 2002) ve hastanın tedaviye aktif olarak katılma motivasyonunu artırır. Empati iletişimi, özellikle sağlık pratisyenlerinin veya diğer yardımcı profesyonellerin sigarayı bırakma, kilo verme ve alkolü bırakma gibi ilgili davranış değişikliğini etkilemek amacıyla bilgi ilettiği motivasyonel görüşme ile ilgilidir (Miller ve diğ. 2001).

Terapötik ilişkileri geliştirmenin yanı sıra, empatik olan sağlık çalışanları aynı zamanda daha yüksek iş doyumunu elde eder (Livinson 1994). Sağlık hizmetlerinde, hasta ve ailesinin kendisini ifade etmesi, tanı ve tedaviye ilişkin bilgilerin doğru aktarımının, sürece uyum sağlamalarının ve hastalıktan kaynaklanan zorlu psiko-sosyal süreçlerde sağlık ekibinden destek görebilmesi için sağlık personelinin hasta ve ailesi ile empatik iletişim kurması önem arz etmektedir.

2. Yöntem

Ankara SBÜ Dr.Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık hizmeti sunumunda çalışan personelin iş doyumunu ve empati düzeyinin değerlendirilmesi amacı ile elde edilen veriler SPSS ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. İkilili gruplara göre puanların karşılaştırılmasında normal dağılım verileri için Bağımsız iki örnek t testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplara göre puanların karşılaştırılmasında normal dağılım verileri için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama \pm s. sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde, kategorik veriler için frekans ve yüzde olarak sunulmuştur ve önem düzeyi $p < 0,050$ olarak alınmıştır.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi: Araştırma kesitsel bir araştırma olup, sağlık çalışanlarında iş doyumunu ve empatik iletişim düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, nicel yöntem kullanılmıştır. Bu sayede elde edilen veriler analizi için tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, farklılık analizi ve korelasyon analizi yapılmıştır.

2.2. Araştırma Evreni: Araştırmanın evrenini; Ankara SBÜ Dr.Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık hizmeti sunumunda çalışan 498 personel oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem seçiminde tam sayım yöntemi kullanılarak evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak küresel anlamda yaşanan pandemi sebebiyle, izin, istirahat, görevlendirme gibi sebeplerle 240 çalışana anketler yüz yüze ve gönüllülük esasına göre dağıtılmış ve 235 adeti geri dönmüştür. Bunlardan uygunsuz bulunan 8 adeti analiz dışı bırakılmış 227 adet anket değerlendirmeye alınmıştır. Bu kapsamda araştırmanın örnekleme 227 kişiden oluşmaktadır (n=227). Yazıcıoğlu ve Erdoğan'a (2014) göre 500 birimlik bir ana kütle büyüklüğüne sahip evren için 217 bireye ulaşılması yeterli görülmektedir. Bundan dolayı, çalışmanın örneklemini oluşturan 227 katılımcının örneklem için olacağı değerlendirilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında, "Bilgi Formu", "İş Doymu Ölçeği" ve "Empatik Eğilim Ölçeği" kullanılmıştır. Çalışmada, toplam 67 adet soru bulunmaktadır.

Bilgi Formu: Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum gibi 33 maddeden oluşan sosyo demografik özelliklerini ve bilgilerini içeren formdur.

İş Doymu Ölçeği: Hackman ve Oldham (1980) tarafından geliştirilen iş doymu ölçeği bireylerin çalıştıkları işlerinden aldıkları doymun düzeyinin belirlenmesi için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Güler (1990) tarafından yapılmış ve ölçek 5'li likert tipi 14 ifadeden oluşmaktadır.

Empatik Eğilim Ölçeği: Dökmen (1988) tarafından geliştirilen empatik eğilim ölçeği, bireylerin günlük yaşantılarında potansiyel olarak empati kurma düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert tipi 20 ifadeden oluşmaktadır.

2.4. Araştırmanın Etik İlkeleri: Çalışmanın yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığı'ndan uygulama izni ve Dr.Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulundan (Karar No: 2020/7-25) etik izni alınmıştır. Araştırmanın tüm aşamalarında etik ilkelere uygun davranılmıştır.

3. Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde katılımcılardan elde edilen verilerin analiz edilmesi sonucunda bulgular ve yorumlara yer verilmiştir.

Tablo 1. Kategorik Değişkenlere Ait Frekans Dağılımı

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	169	74,4
Erkek	58	25,6
Hayatınızın en uzun süresinin geçtiği yer		
ii	191	83,8

İlçe	28	12,3
Köy	6	2,6
Kasaba	2	0,9
Mezra	1	0,4
Medeni durum		
Bekar	117	51,5
Evli	108	47,6
Diğer	2	0,9
Eşinizin çalışma durumu		
Eşim çalışıyor	94	87
Eşim çalışmıyor	14	13
Eşinin işi		
Hekim	24	29,3
Hemşire	5	6,1
Memur	4	4,9
Mühendis	4	4,9
Özel sektör	4	4,9
Polis	4	4,9
Subay	3	3,7
Diğer	34	41,5
Çocuğunuz var mı		
Hayır	97	51,9
Evet	90	48,1
Eğitim durumu		
Lisans	117	51,5
Önlisans	36	15,9
Lise	32	14,1
Uzmanlık	20	8,8
Yüksek lisans	18	7,9
Doktora	4	1,8
Mesleği		
Hemşire /Ebe	126	56,8
Hekim/ Uzm. Hekim	34	15,3
Diğer Sağlık Personeli (Tekniker, Teknisyen, ATT, Laborant, Tıbbi sekreter vs.)	62	27,9
Kurum içinde çalıştığınız bölüm		
Pediyatri yoğun bakım	37	16,7
Laboratuvar	18	8,1
Acil	15	6,8
Büyük çocuk 1	13	5,9
Palyatif bakım	13	5,9
Pediyatri acil	7	3,2
Çocuk acil	6	2,7
Kan alma	6	2,7
Çocuk 1	5	2,3
Çocuk 3	5	2,3

Çocuk cerrahi	5	2,3
Pediyatri	5	2,3
Poliklinik	5	2,3
Bebek servisi	4	1,8
Çocuk psikiyatri	4	1,8
Sağlık kurulu	4	1,8
Acil servis	3	1,4
Çocuk 3	3	1,4
Çocuk sağlığı hastalıkları	3	1,4
Merkez laboratuvarı	3	1,4
Mikrobiyoloji	3	1,4
Nöroloji	3	1,4
Yoğun bakım	3	1,4
Diğer	49	21,3
Çalıştığınız bölümden memnun musunuz		
Memnunum	174	77
Kararsızım	41	18,1
Memnun değilim	11	4,9
Çalışma şekliniz		
Gündüz ve bazen nöbet	92	40,5
Vardiyalı	70	30,8
Sürekli gündüz	60	26,4
Sürekli gece	5	2,2
Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz		
Evet	193	84,6
Hayır	35	15,4
Çalıştığınız birim isteyerek mi seçtiniz		
Evet	132	58,1
Hayır	95	41,9
Çalıştığınız birimle ilgili hizmet içi bir eğitim aldınız mı		
Evet	185	81,5
Hayır	42	18,5
Empatik iletişimle ilgili herhangi bir hizmet içi eğitim aldınız mı		
Evet	118	52,4
Hayır	107	47,6
Sizce mesleğiniz size ne derece uygun		
Uygun	126	55,3
Çok uygun	57	25
Kısmen uygun	39	17,1
Uygun değil	6	2,6
Sizce mesleğinize yönelik toplumun görüşü nasıl		
Olumlu	103	45,4
Kararsızım	71	31,3

Olumsuz	53	23,3
Çalıştığınız birimdeki hasta/ iş yoğunluğu sizce nasıl		
Yoğun	155	68,6
Orta	65	28,8
Yoğun değil	6	2,7
Hastalarınızı anlayabilme konusunda ne düşünüyorsunuz		
Anlıyorum	133	58,8
Bazen anlıyorum bazen anlamıyorum	89	39,4
Anlamıyorum	4	1,8
Hastalarınız onları anlamanız konusunda ne düşünüyorlar		
Anladığımı düşünürler	127	56,2
Bir fikrim yok	91	40,3
Anlamadığımı düşünürler	8	3,5
İletişim kurmakla ilgili görüş		
Hastalar		
Kolay	104	47,5
Zor	60	27,4
Kararsızım	55	25,1
Hasta yakınları		
Zor	89	39,9
Kolay	69	30,9
Kararsızım	65	29,1
Meslektaşlar		
Kolay	151	67,7
Kararsızım	57	25,6
Zor	15	6,7
Diğer tedavi ekibi üyeleri		
Kolay	122	55,5
Kararsızım	71	32,3
Zor	27	12,3
İdareciler		
Kararsızım	77	35,2
Kolay	76	34,7
Zor	66	30,1
Diğer		
Kolay	6	40
Kararsızım	5	33,3
Zor	4	26,7
Son dönemde olumsuz bir yaşam olayıyla karşılaştınız mı?		
Hayır	189	84,4
Evet	35	15,6
Olumsuz olay		
Ölüm	15	65,2
Covid 19	3	13

Kaza	2	8,7
Boşanma	1	4,3
Mobbings	1	4,3
Zehirlenme	1	4,3
Ekonomik sorun yaşadığınızı düşünüyor musunuz		
Hayır	95	42
Evet	89	39,4
Kararsızım	42	18,6
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?		
Hayır	190	84,1
Evet	36	15,9
Hangi kronik hastalık		
Troid	4	18,2
Astım	3	13,6
Diabet tip2	2	9,1
Hipertroid	2	9,1
Diğer	11	50
Herhangi bir psikiyatrik/psikolojik rahatsızlığınız var mı		
Hayır	219	97,3
Evet	6	2,7
Hangi psikiyatrik/psikolojik sorun		
Depresyon	3	75
Panik atak	1	25
Çalışma hayatınızda bir şiddete maruz kaldınız mı		
Hayır	169	76,1
Evet	53	23,9
Şiddet türü		
Sözel	25	73,5
Sözel-fiziksel	3	8,8
Fiziksel	2	5,9
Psikolojik	2	5,9
Başka bir hastanede bölüm tarafından	1	2,9
Psikolojik şiddet	1	2,9
Çalışma hayatınızda hiç mobbinge maruz kaldınız mı		
Hayır	143	65
Evet	77	35
Kim tarafından		
Meslektaş	13	61,9
Amir (üst)	8	38,1
Çalışma hayatınızda hiç tükenmiş hissettiniz mi		
Evet	101	45,5
Hayır	91	41
Kararsızım	30	13,5

Çalışma hayatınızda hiç işten ayrılmayı düşündünüz mü		
Hayır	147	65,9
Evet	76	34,1

Katılımcıların sosyo demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre katılımcıların %74,4'ünün cinsiyeti kadın, %83,8'inin hayatında en uzun süre geçirdiği yer il, %51,5'inini medeni durumu bekar, %87'sinin eşinin çalışma durumu çalışıyor, %29,3'ünün eşinin işi hekim, %51,9'unun çocuğu var, %51,5'inin eğitim durumu lisans, %52,7'sinin mesleği hemşire, %16,7'sinin kurum içinde çalıştığı bölüm pediatri yoğun bakım olarak elde edilmiştir. Katılımcıların %77'sinin çalıştığı işten memnun olduğu, %40,5'inin çalışma şeklinin gündüz ve bazen nöbet şeklinde olduğu, %84,6'sının mesleğini isteyerek seçtiği, %58,1'inin çalıştığı birimi isteyerek seçtiği, %81,5'inin çalıştığı birimle ilgili hizmet içi eğitim aldığı, %52,4'ünün empatik iletişimle ilgili hizmet içi eğitim aldığı elde edilmiştir.

Tablo 2. Nicel değişkenler için tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama	S. sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Yaş	31,7	9,6	28,0	20,0	60,0
Evlilik süresi	11,1	9,5	7,5	0,3	32,0
Çocuk sayısı	1,6	0,7	1,0	1,0	4,0
Meslekte çalışma süreniz	9,3	9,9	6,0	0,1	37,0
Çalıştığınız bölümdeki çalışma süreniz	3,8	5,6	1,3	0,0	31,0
Haftalık ortalama çalışma süreniz	45,4	16,4	40,0	8,0	118,0
Empatik eğilim ölçeği puanı	71,8	11,0	73,0	13,0	94,0
İş doyumu ölçeği puanı	43,2	9,9	43,0	19,0	70,0

Katılımcıların nicel verilerinin analizi tablo 2'de verilmiştir. Buna göre katılımcıların yaş ortalaması 31,7, evlilik süresi ortalaması 11,1 yıl, çocuk sayısı ortalaması 1,6, meslekte çalışma süresi ortalaması 9,3 yıl, çalıştığı bölümdeki çalışma süresi ortalaması 3,8, haftalık ortalama çalışma saati 45,4, empatik eğilim ölçeği puanı ortalaması 71,8 ve iş doyumu ölçeği puanı ortalaması 43,2 olarak elde edilmiştir.

Tablo 3. Ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Empatik eğilim ölçeği puanı		İş doyumu ölçeği puanı	
	Ort. ± S.sapma	Ort. (Min.- Maks.)	Ort. ± S.sapma	Ort. (Min.- Maks.)
Cinsiyet				
Erkek	69 ± 12,8	68,5 (35 - 91)	42,9 ± 10,7	43 (20 - 65)
Kadın	72,7 ± 10,1	74 (13 - 94)	43,3 ± 9,6	43 (19 - 70)
Test istatistiği		t=-2,013		t=-0,318
p		0,047		0,751
Medeni Durum				
Eveli	74,5 ± 9,8	75 (40 - 94)	43,2 ± 10	43 (20 - 66)
Bekar	69,2 ± 11,5	70 (13 - 91)	43,3 ± 9,6	43 (19 - 70)

	Test istatistiği	t=3,723		t=-0,042
	p	<0,001		0,967
Çocuk varlığı				
Evet	73,6 ± 11,3	75 (13 - 94)	43 ± 10,3	42,5 (20 - 66)
Hayır	70,7 ± 11,5	72 (35 - 93)	43,5 ± 9,7	43 (19 - 70)
	Test istatistiği	t=1,722		t=-0,381
	p	0,087		0,703
Eğitim Durumu				
Lise	70,8 ± 8	71,5 (50 - 84)	43,3 ± 9,7 ^{ab}	44 (19 - 62)
Önlisans	67,7 ± 15	72,5 (13 - 87)	39,9 ± 11,9 ^a	40 (20 - 66)
Lisans	72,2 ± 10,3	73 (40 - 93)	44,1 ± 9,2 ^{ab}	45 (20 - 70)
Yüksek lisans ve doktora	75,2 ± 9,9	77 (60- 94)	39,9 ± 9,8 ^a	40 (25- 58)
Uzmanlık	73,9 ± 10,3	74,5 (51- 92)	47,4 ± 7,7 ^b	48,5 (32- 59)
	Test istatistiği	F=2,108		F=2,856
	p	0,081		0,025
Çalışma sekiniz				
Sürekli gündüz	72,8 ± 13,2	75 (13- 94)	46,5 ± 9,7 ^b	49 (20- 65)
Vardiyalı	71,8 ± 9,6	73 (45- 91)	42,9 ± 8,9 ^{ab}	43 (22- 70)
Gündüz ve bazen nöbet	71,2 ± 10,4	72,5 (35- 93)	41,6 ± 10,1 ^a	42 (20- 63)
	Test istatistiği	F=0,398		F=4,758
	p	0,672		0,009
Çalıştığınız birim isteyerek mi seçtiniz				
Evet	73,1 ± 10,6	74 (35 - 94)	43,5 ± 9,9	44 (20 - 66)
Hayır	69,9 ± 11,3	72 (13 - 89)	42,7 ± 9,9	43 (19 - 70)
	Test istatistiği	t=2,191		t=0,597
	p	0,029		0,551
Empatik iletişimle ilgili herhangi bir hizmet içi eğitim aldınız mı				
Evet	73,7 ± 9,2	75 (40 - 93)	43 ± 9,9	43 (20 - 70)
Hayır	69,9 ± 12,4	71 (13 - 94)	43,4 ± 10	43,5 (19 - 63)
	Test istatistiği	t=2,596		t=-0,313
	p	0,010		0,754
Ekonomik sorun yaşadığınızı düşünüyor musunuz				
Evet	70,7 ± 10,2	73 (44 - 91)	40,3 ± 10,5 ^a	41 (19 - 70)
Hayır	73,2 ± 10,9	75 (35 - 94)	45,4 ± 9 ^b	47 (22 - 66)
Kararsızım	71,2 ± 12,6	73,5 (13 - 87)	44,7 ± 8,7 ^b	43 (29 - 65)
	Test istatistiği	F=1,302		F=6,954
	p	0,274		0,001
Çalışma hayatınızda bir şiddete maruz kaldınız mı				
Evet	72,7 ± 9,8	73 (47 - 89)	40,9 ± 9,9	41 (22 - 70)
Hayır	72 ± 10,5	74 (35 - 94)	43,9 ± 9,7	45 (19 - 66)
	Test istatistiği	t=0,447		t=-1,933

	p	0,656		0,055
Çalışma hayatınızda hiç mobbinge maruz kaldınız mı				
Evet	71,8 ± 8,8	73 (47 - 89)	38,2 ± 9,5	38 (20 - 70)
Hayır	72,6 ± 11	74 (35 - 94)	46 ± 8,9	47 (19 - 66)
	Test istatistiği	t=-0,552		t=-6,059
	p	0,582		<0,001
Çalışma hayatınızda hiç tükenmiş hissettiniz mi				
Evet	71,5 ± 10,4	74 (35 - 91)	40,1 ± 10,1 ^a	41 (19 - 70)
Hayır	72,9 ± 10,4	74 (40 - 94)	46,3 ± 8,8 ^b	47 (22 - 65)
Kararsızım	72,6 ± 9,2	72,5 (48 - 93)	44,5 ± 8,8 ^b	46 (30 - 59)
	Test istatistiği	F=0,482		F=10,488
	p	0,618		<0,001
Çalışma hayatınızda hiç işten ayrılmayı düşündünüz mü				
Evet	69,9 ± 11	72 (35 - 89)	39,3 ± 9,9	40 (19 - 70)
Hayır	73,4 ± 9,7	75 (44 - 94)	45,3 ± 9,2	46 (20 - 66)
	Test istatistiği	t=-2,467		t=-4,475
	p	0,014		<0,001

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, a-b: aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 3'te görüldüğü üzere cinsiyete göre empatik eğilim ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,047$). Erkeklerin puan ortalaması 69 ve kadınların puan ortalaması 72,7 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık kadınların empatik eğilim puan ortalamasının erkeklerin puan ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Medeni duruma göre empatik eğilim ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Evli olanların puan ortalaması 74,5 ve bekarların puan ortalaması 69,2 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık evli olanların empati eğilim puanı bekarların puan ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Eğitim durumuna göre katılımcıların iş doyumunu ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,025$). Lise mezunu olanların puan ortalaması 43,3, önlisans mezunu olanların puan ortalaması 39,9, lisans mezunu olanların puan ortalaması 44,1, yüksek lisans ve doktora mezunu olanların puan ortalaması 39,9 ve uzmanlık olanların puan ortalaması 47,4 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık uzman olanların iş doyumunu puan ortalamasının önlisans, yüksek lisans ve doktora mezunu olanların puan ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Çalışma şekline göre iş doyumunu ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,009$).

Sürekli gündüz çalışanların puan ortalaması 46,5, vardiyalı çalışanların puan ortalaması 42,9, gündüz ve bazen nöbeti olanların puan ortalaması 41,6 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık sürekli gündüz çalışanların puan

ortalamasının gündüz ve bazen nöbet olarak çalışanların puan ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Çalıştığı birimi isteyerek seçme durumuna göre empatik eğilim ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,029$). Çalıştığı birimi isteyerek seçenlerin puan ortalaması 73,1 ve istemeyerek seçenlerin puan ortalaması 69,9 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık çalıştığı birimi isteyerek seçenlerin empatik eğilim ölçeği puan ortalamasının istemeyerek seçenlerin puan ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Empatik iletişimle ilgili herhangi bir hizmet içi eğitimi alma durumuna göre empatik eğilim ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,010$). Eğitim alanların puan ortalaması 73,7 ve eğitim almayanların puan ortalaması 69,9 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık hizmet içi eğitim alanların puan ortalamasının almayanların puan ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Ekonomik sorun yaşama durumuna göre katılımcıların iş doyumu ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001$). Ekonomik sorun yaşadığını düşünenlerin puan ortalaması 40,3, ekonomik sorun yaşamadığını düşünmeyenlerin puan ortalaması 45,4 ve kararsız olanların puan ortalaması 44,7 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık ekonomik sorun yaşayanların iş doyumu ölçeği puan ortalamasının diğer durumların puan ortalamasından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Çalışma hayatında mobbinge maruz kalma durumuna göre katılımcıların iş doyumu ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Mobbinge maruz kalanların puan ortalaması 38,2 ve kalmayanların puan ortalaması 46 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık mobbinge maruz kalanların puan ortalamasının maruz kalmayanların puan ortalamasından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Çalışma hayatında tükenmişlik hissine göre iş doyumu ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Tükenmişlik hissedenlerin puan ortalaması 40,1, hissetmeyenlerin puan ortalaması 46,3 ve kararsız olanların puan ortalaması 44,5 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık tükenmişlik hissedenlerin puan ortalamasının diğer durumların puan ortalamasından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Çalışma hayatında işten ayrılmayı düşünme durumuna göre katılımcıların iş doyumu ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). İşten ayrılmayı düşünenlerin puan ortalaması 39,3 ve düşünmeyenlerin puan ortalaması 45,3 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık işten ayrılmayı düşünenlerin puan ortalamasının ayrılmayı düşünmeyenlerin puan ortalamasından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Çalışma hayatında işten ayrılmayı düşünme durumuna göre katılımcıların empatik eğilim ölçeği puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,014$). İşten ayrılmayı düşünenlerin puan ortalaması 69,9 ve düşünmeyenlerin puan ortalaması 73,4 olarak elde edilmiştir.

Bu farklılık işten ayrılmayı düşünenlerin puan ortalamasının ayrılmayı düşünmeyenlerin puan ortalamasından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Diğer durumlara göre ölçek puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,050$).

Tablo 4. Ölçek puanları ve diğer değişkenlerin ölçek puanları arasındaki ilişkinin korelasyon analizi ile incelenmesi

		Empatik eğilim ölçeği puanı	İş doyumunu ölçeği puanı
Yaş	r	0,136	-0,068
	p	0,043	0,315
Evlilik süresi	r	-0,162	0,078
	p	0,128	0,464
Çocuk sayısı	r	-0,248	0,042
	p	0,023	0,706
Meslekte çalışma süreniz	r	0,126	-0,129
	p	0,060	0,056
Çalıştığınız bölümdeki çalışma süreniz	r	0,074	-0,185
	p	0,268	0,006
Haftalık ortalama çalışma süreniz	r	-0,003	-0,091
	p	0,971	0,197
İş doyumunu ölçeği puanı	r	0,193	
	p	0,004	

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Tablo 4'te yaş ile empatik eğilim ölçeği puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($p=0,043$; $r=0,136$). Çocuk sayısı ile empatik eğilim ölçeği puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($p=0,023$; $r=-0,248$). Çalıştığı bölümdeki çalışma süresi ile iş doyumunu ölçeği puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($p=0,006$; $r=-0,185$). İş doyumunu ölçeği puanı ile empatik eğilim ölçeği puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($p=0,004$; $r=0,193$).

Tartışma

Literatür incelendiğinde Keklik ve Coşkun'un (2013) Samsun'da sağlık çalışanları üzerine yapmış oldukları çalışmada iş doyumunu ile yaş değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmişken; yaş grupları ile iş doyumunu arasında istatistiksel açıdan Mustafa Nal ve Burcu Nal'ın (2018) yapmış oldukları çalışmada yaş değişkeni ile iş doyumunu arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise iş doyumunu ile yaş grupları açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Eroğlu (2015) tarafından sağlık çalışanları üzerine yapılmış başka bir çalışmada ise erkekler ile kadınlar arasında iş doyumunu açısından farklılık tespit edilmiş, erkeklerin iş doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada da benzer şekilde erkekler ve kadınlar arasında iş doyumu açısından farklılık tespit edilmiş, kadınların erkeklere oranla daha yüksek iş doyumu ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur.

Dağdeviren ve arkadaşlarının (2011) akademisyenler üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada katılımcıların öğrenim durumlarının iş doyumu açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiş ve lisans mezunlarının yüksek lisans ve doktora mezunu katılımcılara göre daha yüksek iş doyumu ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hemşireler üzerine yapılmış bir başka çalışmada ise hemşirelerde eğitim durumları yükseldikçe iş doyumunun arttığı tespit edilmiştir (Grunfeld vd., 2000). Bu çalışmada ise en yüksek öğrenim durumuna sahip grup olan uzmanlık mezunu katılımcıların diğer gruplara daha yüksek iş doyumu ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Tüm bu çalışmalar göz önüne alındığında sağlık sektöründe yapılan çalışmaların sektörel benzerlik gösterdiği ve çalışmamızla benzer sonuçlar verdiği söylenebilir.

Hassoy ve Özvurmaz'ın (2019) sağlık çalışanlarının iş doyumu düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler üzerine yapmış oldukları çalışmada katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu ile iş doyumu puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamışken; bu çalışmada katılımcıların eğitim durumuna göre benzer sonuçlar elde edilmiş; ancak katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu ve çocuk sayısı göre anlamlı fark tespit edilmiştir.

Talas (2016) tarafından yapılmış çalışmada mobbinge maruz kalan sağlık çalışanlarının iş doyum düzeyleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiş mobbinge maruz kalan sağlık çalışanlarının iş doyumu düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise benzer sonuçlar elde edilmiş mobbinge maruz kalan sağlık çalışanları ile mobbinge maruz kalmayan sağlık çalışanlarının iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Talas'ın (2016) yapmış olduğu çalışma bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Mustafa Nal ve Burcu Nal'ın (2018) tarihinde bir kamu hastanesinde yapmış oldukları çalışmada sağlık çalışanlarının iş doyumu düzeyleri incelenmiş ve düşük çıkmıştır. İş doyumundaki bu düşüklüğün nedenin ise yöneticiler ile ilgili dışsal faktörler olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun nedensel durumlarının ise yöneticilerin yöneticilik konusundaki bilgi, eğitim ve tecrübe yetersizliği olabileceği öngörülmüştür. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda iş yaşamında mobbinge maruz kalanların kalmayanlara oranla iş doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve mobbinge maruz kalanların puan ortalamasının mobbinge maruz kalmayanların puan ortalamasına göre düşük olduğu tespit edilmiştir.

Literatür incelendiğinde sağlık çalışanları üzerine yapılan bazı çalışmaların çalışanların meslekteki çalışma süresine ve sağlık mesleğini istekle seçenlere odaklandığı görülmüştür. Bu doğrultuda Tekir ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada çalışma süresi fazla olanların, sağlık mesleğini kendi istekleri ile seçenlerin ve hekimlerin iş doyumu yüksek bulunmuşken; iş yükü ve nöbet yoğun çalışan sağlık çalışanlarının iş doyumu

ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum çalışmamızla kısmen benzerlik göstermektedir. Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda nöbet usulü çalışanların iş doyumu ortalamaları daha düşük çıkmıştır.

Bu konuda yapılan bazı çalışmalar, yönetim ile iyi bir etkileşimin önemine odaklanmıştır. Probst ve diğ. (2010), supervisor konumundaki sağlık çalışanlarının hemşireler ile daha iyi bir şekilde iletişim kurduklarında, net talimatlar verdiklerinde ve hemşirelerin çalışmalarını takdir ettiklerinde iş memnuniyetinin arttığını gözlemlemişlerdir. Bu anlamda çalışmamız benzer şekilde sonuçlanmıştır.

Sonuç ve Öneriler:

Tüm bu değerlendirmeler doğrultusunda Aktaş ve Pasinlioğlu (2016) yapmış oldukları çalışmada doğum eylemi sırasında ve doğum sonrasında doğum yapan bireylerin doğumlarını kolaylaştırmada onları cesaretlendirmede, rahatlatmada endişe ve korkularını gidermede ebelerin empatik iletişim becerileri olmasının bir gereklilik olduğunu söylemişlerdir. Ayrıca ebelerde bulunacak empatik iletişim becerisinin hem anne hem yenidoğan sağlığı için katkı sağlarken toplumda ebelik mesleğinin imajında destek olacağı sonucu bulunmuşken; özellikle Covid-19 pandemisi sürecinde bu süreci büyük sıkıntılarla karşılayan İtalya'da Barello ve arkadaşlarının (2020) yılında yapmış oldukları çalışmada ölüm riski yüksek olan bu hastalık ile ilgili güvenlik riskleri karşısında, sağlık hizmeti sağlayıcıları enfeksiyondan korktular ve sevdikleri için endişelendiler, ancak buna rağmen salgını kontrol altına almak için profesyonel bir şekilde hareket ederek kurumsal çağrıya katıldılar ve sınırsız bir empati ruhu ile hareket ederek empatik iletişimi yüksek seviyede tuttular. Ancak özellikle klinisyenlerin bu yüksek empati ruhu onları daha fazla psikosomatik semptomlardan muzdarip hale getirerek bir risk unsuru olarak değerlendirildi.

Erdoğan ve Kırılmaz (2020) yapmış oldukları çalışmasında Özellikle son zamanların trendi haline gelen hastalık yoktur hasta vardır kavramından yola çıkılarak popülerleşen hasta merkezilikte etkili iletişim ve empati kavramı birlikte kullanılmıştır. Özellikle hasta bakımında görevli tüm çalışanların iletişim kurarken empatik davranmalarının hastalarla güvenilir bir ortaklık kurmasına katkı sağladığı bu sayede sadece hasta memnuniyetini değil aynı zamanda hastanın tedavi bakım sürecinden aldığı sonuçlarını da iyileştireceği söylenmiştir.

Bu sonuçlar ışığında gelecekte yapılacak çalışmaların sağlık çalışanları açısından özellikle çalışılan birimde tedavi hizmeti sunulan birimler özelinde yapılmasının alan yazında önemli katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir. Dolayısıyla özellikle sağlık eğitimi sisteminin ve kurumsal politikaların çalışanlar arasında empatiyi nasıl daha iyi teşvik edebileceğini, değerlendirebileceğini ve geliştirebileceğini daha iyi anlamlandırılmalıdır. Sağlık çalışanları arasında bu daha da önemli görünmektedir çünkü hastalarla etkileşimler duygusal iş yükünde önemli bir rol oynamaktadır. Empatik yeteneği zayıf olan özellikle hastalarla etkileşimin uzun ve zor olduğu (yoğun bakım,

psikiyatri, onkoloji, geriatri, pediatri vb.) yerlerde çalışan sağlık çalışanlarının çok çabuk duygusal tükenmeye, strese ve uzun vadede tükenmişliğe maruz kalacağı unutulmamalıdır. Gelecekteki araştırmalar ayrıca empatinin hem kişisel hem de örgütsel öncüllerini araştırmalıdır.

KAYNAKLAR:

- Aktaş, S., & Pasinlioğlu, T. (2016). Ebenin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrası döneme etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 38-45.
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Empathic communication as a "Risky Strength" for health during the COVID-19 pandemic: the case of frontline Italian healthcare workers. *Patient education and counseling*, 103(10), 2200.
- Bertakis, K. D., Roter, D., & Putnam, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*, 32(2), 175-181.
- Burke, R. J., & Wilcox, D. S. (1969). Effects of different patterns and degrees of openness in superior-subordinate communication on subordinate job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 12(3), 319-326.
- Chong, H. S., Ko, S. H., & Kim, J. Y. (2017). Impact of empathy ability and gratitude disposition on job satisfaction in psychiatric nurses. *Journal of Digital Convergence*, 15(11), 395-405.
- Dal Santo, L., Pohl, S., Saiani, L., & Battistelli, A. (2014). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too?. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 74.
- Dökmen, Ü. (2004). İletişim çatışmaları ve empati. (26. Basım). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Erdoğan, M., & Kırılmaz, H. (2020). Hasta merkezlik ve hasta merkezli bakım. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 97-126.
- Ersoy, E., & Köşger, F. (2016). Empati: Tanımı ve Önemi/empathy: Definition and its importance. *Osmangazi tıp dergisi*, 38(2), 9-17.
- Green, M., Zick, A., & Makoul, G. (2009). Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. *Academic Medicine*, 84(5), 566-573.
- Grunfeld E., Whelan T.J., Zitzelsberger L., Willian A.R., Montesanto B., & Evans W.K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout. *Job Stres And Job Satisfaction*. 163, 166-9.
- Hackman JR, Oldham GR (1975) Development of the job diagnostic survey. *J Appl Psychol*, 60: 159-170.
- Hannah, A., Lim, B. T., & Ayers, K. M. (2009). Emotional intelligence and clinical interview performance of dental students. *Journal of Dental Education*, 73(9), 1107-1117.
- Hassoy, D., & Özvurmaz, S. (2019). Bir devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve etkileyen faktörler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(3), 27-32.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press, PMID:6218886
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., ... & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical education*, 36(6), 522-527.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.

- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware Jr, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, S110-S127.
- Keklik, B., Coşkun, U. N. (2013). Örgütsel adalet algılamalarının iş tatminine etkisi: Hastane çalışanları üzerinde bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2), 143-161.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*, 27(3), 237-251.
- Kozier, B. (2008). Kozier and Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice, 8/e (With DVD). Pearson Education India.
- Lal, A., Tharyan, A., & Tharyan, P. (2020). The prevalence, determinants and the role of empathy and religious or spiritual beliefs on job stress, job satisfaction, coping, burnout, and mental health in medical and surgical faculty of a teaching hospital: A cross-sectional survey. *La Revue de medecine interne*, 41(4), 232-240.
- Levinson, W. (1994). Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *Jama*, 272(20), 1619-1620.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., & Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Jama*, 284(8), 1021-1027.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), S9-12.
- Metin, H. (2011). Empatik iletişim ve yönetim. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 2011(32), 177-204.
- Menendez, M. E., Chen, N. C., Mudgal, C. S., Jupiter, J. B., & Ring, D. (2015). Physician empathy as a driver of hand surgery patient satisfaction. *The Journal of hand surgery*, 40(9), 1860-1865.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (2001). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles.
- Nal, M. ve Nal, B. (2018). Sağlık çalışanlarının iş doyumunu düzeylerinin incelenmesi bir kamu hastanesi örneği. *ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 131-140.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient education and counseling*, 74(3), 339-346.
- Norfolk, T., Birdi, K., & Walsh, D. (2007). The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Medical education*, 41(7), 690-697.
- Perry, L. Choosing nursing: becoming, staying, flourishing. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68: 1441-1442. PMID:22712896 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06074.x>
- Platt, F. W., & Keller, V. F. (1994). Empathic communication. *Journal of General Internal Medicine*, 9(4), 222-226.
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *Journal of general internal medicine*, 21(1), 28-34.

- Squier, R. W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social science & medicine*, 30(3), 325-339.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian medical association journal*, 152(9), 1423.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Jama*, 277(8), 678-682.
- Şakoğlu, G., & İlhan, M. N. (2018). Sağlık hizmet sunumunda görev yapan idari personelin iş doyum düzeyleri ve iş doyumunu etkileyen faktörler. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi*, 2(1), 46-72.
- Talas, Ş. (2016). Hemşirelere Uygulanan Mobbing ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Tekir, Ö., Çevik, C., Arık, S. & Çetin, G. (2016). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyum düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 51-63.
- Theodosius, C. Emotional labour in health care: The unmanaged heart of nursing. Hoboken: Taylor & Francis, 2008.
- Thom, D. H. (2001). Physician behaviors that predict patient trust. *Journal of Family Practice*, 50(4), 323-323.
- Ünler, E., Kılıç, B., & Çıray, J. C. (2014). İletişim ikliminin, iş doyum ve işden ayrılma niyeti ilişkisine etkisi-the moderating effect of communication climate between job satisfaction and turnover intention. *Öneri Dergisi*, 11(41), 237-250.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2014). SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. (4.baskı). Ankara: Detay Yayıncılık,



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi
TSHD
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually
<https://edergi.saglik.gov.tr/>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2021 Aralık/December
Sayı/Issue: 18

SOSYAL HİZMET ÖĞRENCİLERİNİN ETİK PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ: KONYA ÖRNEĞİ

Meliha Funda AFYONOĞLU¹
Serap DAŞBAŞ²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 05.08.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised:14.11.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted:17.12.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.978980

Makale Künyesi/To cite this article:

Afyonoğlu, M. F. ve Daşbaş, S. (2021, Aralık). Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Etik Problem Çözme Becerileri: Konya Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18, 48-66.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Meliha Funda AFYONOĞLU, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü
fafyon@gmail.com

Öz

Bu çalışmada sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin etik problem çözme becerilerini ölçmek amaçlanmış ve Konya'da bulunan üç üniversitenin dört farklı sosyal hizmet bölümünden 147 dördüncü sınıf öğrencisine ulaşılmıştır. Öğrencilere sosyo-demografik soruların yanı sıra etik dersine ilişkin sorular sorulmuş ve Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonuçları; kadınların erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek etik problem çözme becerisine sahip olduklarını, ders işleyişinde ödev yönteminin kullanılmasının puanları anlamlı bir şekilde yükselttiğini ve mesleki yaşantısında meslektaşının etik olmayan davranışını bildirmekte zorlanacağını düşünen katılımcıların diğer etik ikilem alanlarında zorlanacağını düşünen katılımcılara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek puan aldıklarını göstermektedir. Katılımcıların en çok kişisel ve mesleki değerlerinin çatışacağı etik ikilemlerde zorlanacaklarını ve etik dersinin kazanımlarının mesleki yaşantılarında yeterli olmayacağını düşünmeleri araştırmanın önemli sonuçlarından. Bu doğrultuda genel olarak sosyal hizmet eğitiminde özel olarak ise etik dersinde uygulama pratiklerinin artırılması, etik araştırmalarında vakaların içerilmesi ve çözümlenmesine yönelik daha fazla çalışma yapılması temel öneriler olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sosyal hizmet etiği, Etik ikilem, Etik problem, Nathanson ve Giffords etik ölçeği, Sosyal hizmet eğitimi.

ETHICAL PROBLEM SOLVING SKILLS OF SOCIAL WORK STUDENTS: KONYA SAMPLE

Abstract

This research aimed to measure the ethical problem-solving skills of social work students and 147 fourth-year students from social work departments of three universities in Konya were reached. Socio-demographic questions, questions about the ethics course were asked to the students and the Nathanson and Giffords Social Work Ethics Scale was applied. The results show that women have statistically significantly higher ethical problem-solving skills than men, the use of homework method in the course increases significantly the scores and the score of those who think they will have difficulty in reporting the unethical behaviour of their colleagues in their professional life are significantly higher than the participants who think that they will have difficulties in other ethical dilemmas. Participant's belief about their most difficult area of ethical dilemma will be the conflict of personal and professional values and the gains of the ethics course will not be sufficient in their professional lives are one of the important results. Consequently, the main suggestions were to increase the practice in social work education in general and in ethics course in particular, and to conduct more studies on the inclusion and analysis of cases in ethics research.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-7690-5602

² Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-0969-6393

Keywords: Social work ethics, Ethical dilemma, Ethical problem, Nathanson and Giffords ethical scale, Social work education.

Giriş

Sosyal hizmet tanım, amaç, misyon ve vizyon gereği değerler üzerine temellenmiştir. Akademik bir disiplin ve meslek olarak sosyal hizmet; insan hakları, sosyal adalet, bireyin onuru ve değeri gibi kendiliğinden değer yüklü kavramlarla tanımlanmakta (IFSW, 2014), sosyal hizmetin ne'liğine dair bir soru bilgi, beceri ve değer temellerinde cevaplanmaktadır. Sosyal hizmetin özellikle uygulamasına adım atıldığından itibaren verilen her kararın "değerler" üzerine kurulduğu görülmektedir. Müracaatçıyla kurulan bir ilişkide basitçe yönetmeliği uygulamanın temelinde bile "yönetmeliği uygulamanın doğru olacağına dair bir inanç" yattığı ve doğruluk yanlışlık gibi kavramların alanına girildiğinde "etik alanın" içerisinde bulunduğu söylenebilir.

Etik çok genel bir çerçevede felsefenin bir dalı ya da doğru ve yanlışın bilimi olarak tanımlanabilir. Sanayi devrimine kadar çoğunlukla filozofların tartıştığı bu kavram, bu dönem sonrasında sadece felsefecilerin tartışma alanı olmaktan çıkmış ve mesleki profesyonelleşmeyle beraber çeşitli disiplinler kapsamında mesleki etik tartışmaları başlamıştır. Meslek etiği; Kuçuradi'ye göre "kişilerarası ilişkilerde davranışlara ilişkin geçerli bir grupta, belirli bir zamanda ya da genel olarak geçerli olan/ olması istenen çeşitli değer yargıları sistemi" (1988, s.21) ve Lewis'e göre "mesleki davranışla ilgili doğru/yanlış, haklı/haksız ayırımı yapmada belirli ilkeleri ve kuralları" (1995, s.11) içeren prensipler bütünü olarak tanımlanabilmektedir (akt., Zubaroğlu-Yanardağ, 2020).

Meslek etiği ve uygulamalı etik tartışmaları, özellikle tıp ve sağlık bakımında etik sorunların artışıyla 1970'li yıllarda başlamıştır (Acar, 2018). Sosyal hizmet alanında da yürütülen bu tartışmalar sonucunda müracaatçıyla kurulan ilişki, kurumsal sorumluluk, mesleki sorumluluk, topluma yönelik sorumluluk gibi değerler şekillenmiştir. 'Müracaatçının gizliliği ne zamana kadar korunacaktır?', 'Müracaatçıyla ilişkinin sınırları nerede başlamakta ve nerede bitmektedir?', 'sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıya, topluma ve meslektaşlarına karşı sorumlulukları nelerdir?' gibi sorulara yanıt vermek üzere sosyal hizmet literatürü, sosyal hizmetin değerleri, etik kodları³ ve standartlarını geliştirebilmek adına çalışmalar yürütmüşler, 1947 yılında Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Konferansı'nda ilk etik ilkeler kabul edilmiş ve 1960 yılında ilk etik rehber yayınlanmıştır (Reamer, 1998). 1960'tan bugüne yaşanan sosyal sorunların ve ihtiyaçların değişmesi aynı zamanda sosyal hizmet literatürünün gelişmesiyle beraber bu rehber yıllar içerisinde güncellenmiş ve en son etik kodlar 2017 yılında kabul edilmiştir (NASW,2017).

Etik kodlar uygulamaya rehber olmak üzere belirlenmiş olsalar da uygulamada bu değerlerin birbirleriyle çatıştığı durumlar olmaktadır. Örneğin sosyal hizmet uzmanı uzun süredir işsiz ve kriminal geçmişli olan bir

³ Sosyal hizmet disiplininde mesleki etik ve uygulamaya yönelik etik ilkeler/kodlar; sosyal hizmet uzmanlarının "etik yükümlülüklerini yerine getirmeleri ile müracaatçıların haklarının korunması ve geliştirilmesi için gerekli mesleki haklara sahip olması" (BASW, 2012), "sosyal hizmet uzmanlarının mümkün olan en yüksek mesleki dürüstlük standartlarını sağlamaya yönelik çalışmaları için kapsayıcı bir çerçeve" (IFSW, 2018) ve "mesleğin temel değerlerini yansıtan ve sosyal hizmet uygulamasına rehberlik eden etik standartlar setleri" (NASW, 2017) olarak tanımlanabilmektedir.

müracaatçısının bu durumu işvereninden saklaması talebiyle ya da aç kalan çocukları için yaptığı hırsızlığı saklanmasını talep eden bir müracaatçıyla karşılaşabilir (Gökçearsan-Çiftçi ve Gönen, 2011). Benzer şekilde, bir sosyal hizmet uzmanının, kişisel olarak düşmanca tavır beslediği cinsel suçtan hüküm giymiş kişilere yönelik savunuculuk rolünü üstlenmesi gerekebilir (Comartin ve González-Prendes, 2011, akt. Güzel, 2017). Uzmanların uygulama alanında çokça karşılaştığı bu tip durumlarda, müracaatçının gizliliği ve kendi kaderini tayin hakkı, birey yararı ve toplum yararı, kişisel değerler ve mesleki değerler birbirleriyle çatışabilir. Bu tip durumlar ise sosyal hizmet literatüründe etik ikilemler olarak tanımlanır:

“Etik ikilem sosyal hizmet uzmanları iki çelişen etik ilke ya da prensip arasında seçim yapmak zorunda kaldıklarında ya da her alternatifin bir veya birden fazla kişi için istenmeyen bir sonuca sebep olacağı zamanlarda ortaya çıkan bir durumdur (Lowenberg ve Dolgoff 1996, akt. Kadushin ve Egan, 2001, s. 137)”.

Banks’e (2015) göre sosyal hizmet uygulamalarında etik zorluklar dört alanda açığa çıkar. Birinci alanda sosyal hizmet uzmanı; bireysel haklar ve refahın çatışması sonucunda etik ikilemle karşı karşıya kalmaktadır. Bu alanda müracaatçıların kendi kaderini tayin ve seçim yapma hakkıyla, sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçının refahını teşvik etme sorumluluğu çatışmaktadır. Barınma hizmetini reddeden aynı zamanda acil bakıma ihtiyacı olan bir müracaatçı bu alana örnek verilebilir. İkinci alan; kamu refahı ve müracaatçının yararı çatıştığında ortaya çıkmaktadır. Bu alanda sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçılara yönelik sorumluluklarıyla, çalıştığı yer, toplum ve en çok sayıda insanın en büyük iyiliğinin teşviki ve haklarının korunması sorumluluğu çatışmaktadır (Banks, 2015). Banks (2015)’e göre üçüncü alan; eşitlik, farklılık ve yapısal baskıyla ilgilidir. Bu alanda sosyal hizmet uzmanı eşitliği, çeşitliliği ve farklılıklara saygıyı dengelemeye çalışmaktadır. Bu alanda sosyal hizmet uzmanının baskıya meydan okuma, kurumsal politikaları ve toplumu değiştirme sorumluluğu ile dini ve kültürel farklılıklara saygı duyma sorumluluğu birbiriyle çatışmaktadır. Bu alana kültüre duyarlı uygulama yaparken kadın sünnetini kültürel ve dini olarak benimsemiş topluluklarla çalışan uzmanların deneyimleri örnek verilebilir. Son olarak, profesyonel rollerin, sınırların ve ilişkilerin belirlenmesi aşamasında etik ikilemler ortaya çıkmaktadır. Sosyal hizmet uzmanının özel durumlarda danışman, savunucu, değerlendirici, ittifak kurucu ya da arkadaş rollerinden hangisini seçeceği, kişisel, mesleki ve profesyonel hayatını birbirinden nasıl ayıracağı ile ilgili etik ikilemler yaşadığı görülmektedir (Banks, 2015). Bu durum ise topluluklarla çalışmada; çalışılan topluluğun bir üyesi olmak (Reamer, 2018), akrabalık veya arkadaşlık ilişkisi kurulan kişinin müracaatçı olması, müracaatçıyla duygusal ya da sosyal bir ilişki kurulması, ticaret, hediye ya da borç ilişkileri gibi çoklu ilişkilerle örneklendirilebilir (Camadan, 2018; Kesen, Başer, Daşbaş ve Dziegielewski, 2021).

Sosyal hizmet literatürü uzmanların oldukça sık karşılaşacağı bu tip etik ikilemlerin çözümüne yönelik çeşitli modeller geliştirmiştir. Bu modellerin en çok bilinenleri Reamer’in geliştirdiği model (1999) ve Dolgoff, Lowenberg ve Harrington (2005)’nin geliştirdiği “genel karar verme modeli” dir (Gökçearsan-Çiftçi ve

Gönen, 2011).⁴ Bununla birlikte, sosyal hizmet etiğine yönelik literatür; kişisel değerlerle mesleki değerlerin çatışmasından müracaatçının gizliliği, çocuk koruma, evde bakım, dijital medya kullanımı ve palyatif bakıma kadar çeşitli konularda karşılaşılan etik ikilemler (Gallagher vd., 1995; Northern, 1999; Kadushin ve Egan, 2001; Csikai, 2004; McAuliffe, 2005; Goodyear, 2017), etik ikilemlerin çözümü (Reamer, 1999; Dolgoff, Lowenberg ve Harrington, 2005), sosyal hizmet etiğinin tarihçesi (Reamer, 1998; Banks, 2008), etiğe yönelik teorik yaklaşımlar (Healy, 2007; Öztürk, 2009; Weinberg, 2010; Aykara, 2016), sosyal hizmet eğitiminde etik (Gray ve Gibbons, 2007; Edwards ve Addae, 2015; Tuncay, 2017; Collén, 2019)⁵ ve araştırma etiği (Buz ve Akçay, 2015; Sobočan, Bertotti ve Strom-Gottfried, 2019) gibi bir çok farklı konuyu içermektedir. Sosyal hizmet literatüründe etik meseleler daha çok teorik tartışmalarla olmakla birlikte, vaka tartışmaları gün geçtikçe artan bir oranda kendine yer bulmaktadır (Banks, 2008; Goodyear, 2017, Meysen ve Kelly, 2018). Bu alan yazının tümü malumun ilanını başka bir deyişle sosyal hizmet alanında etik ikilem çözme becerisinin hem müracaatçı hem disiplin için hayati önemini göstermektedir. Ancak uygulamada etik ikilem çözme modellerin ne kadar kullanılabildiği ve sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilem çözme becerilerinin ne düzeyde olduğuna yönelik araştırmalar teorik tartışmalara nazaran kısıtlıdır.

Bununla birlikte, etik düşünme ve etik ikilemler karşısında karar verme becerisi ise her ne kadar uygulamayı gerektirse de, uygulamaya geçmeden önce genelde alınan eğitimin kalitesi, özeldede ise etik dersinin niteliğinin önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları/ karşılaşacakları etik ikilemlere yönelik hizmet içi eğitimin ve süpervizyonun eksikliği göz önünde bulundurulduğunda (Şahin-Taşğın, 2019; Afyonoğlu, 2021), sosyal hizmet uzmanı adayı öğrencilerin etik ikilemlere yaklaşımlarının ve etik ikilemleri çözme becerilerinin öğrenilmesi, hem uygulamada karşılaşılabilecek sorunları önlemeye hem de sosyal hizmet eğitiminin şekillenmesine yardımcı olacaktır. Bu doğrultuda, bu araştırma, sosyal hizmet öğrencilerinin etik problem çözme becerilerini belirlemeyi amaçlayarak aşağıdaki sorulara cevap aramaktadır:

1. Öğrencilerin etik problem çözme becerileri hangi düzeydedir?
2. Öğrencilerin etik problem çözme becerileri; okudukları üniversite, cinsiyet, üniversiteden önce yaşanan yer, gelir durumu, çalışma durumu, etnik köken, siyasi görüş, dini tutum, göçmenlere yönelik tutum, etik derslerinin gerekliliklerini yerine getirme, etik derslerinde kullanılan yöntem, etik dersini etkili kılan faktörler ve en çok zorlanacakları etik ikilem alanlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Yöntem

Araştırma, Konya’da üç üniversitede⁶ eğitim öğretime devam eden sosyal hizmet bölümü dördüncü sınıf öğrencilerinin etik problem çözme becerilerini; “Kişisel Bilgi Formu” ve “Nathanson And Giffords Sosyal

⁴ Konuyla ilgili detaylı bilgi için kaynakça da tam künyesi verilen Reamer (2018) ve Gökçearsan-Çiftçi ve Gönen (2011) ‘in makaleleri incelenebilir.

⁵ Bu cümlede kullanılan kaynakçalarda bahsedilen konular birbiriyle kesişen konuları içermektedir. Örneğin etik teorileri işleyen bir makale, etik ikilemlerden de bahsetmektedir ve tam tersi de doğrudur. Bu referanslar makalelerin öne çıkan temaları doğrultusunda yapılandırılmıştır.

⁶ Konya’da toplam beş üniversite vardır ve bu üniversitelerin sadece üçünde sosyal hizmet bölümü bulunmaktadır.

Hizmet Etik Ölçeği (NGES)” aracılığıyla ölçmeyi amaçlamıştır. Araştırma nicel araştırma türünde olup, kişisel bilgi formundaki değişkenlerle tutumlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Dolayısıyla araştırma, ilişkisel tarama modeliyle tasarlanmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini Konya ilinde bulunan üç üniversitenin dördüncü sınıf sosyal hizmet bölümü öğrencileri oluşturmaktadır. Bu öğrencilerin seçilme nedeni; bu öğrencilerin etik dersini almış olmaları dolayısıyla etik problemleri çözme konusunda bilgi, beceri ve değer temellerine sahip olduklarının düşünülmesidir. Bahsi geçen kriter üçüncü sınıfları da kapsamaktadır. Ancak üçüncü sınıfların etik eğitimi, COVID-19 pandemisi döneminde asenkron ders işlenerek yürütüldüğü ve uygulama becerilerinin uzaktan eğitim ile aktarılmasının araştırma verilerini yanıltma ihtimaline karşın, örnekleme sadece dördüncü sınıflar dâhil edilmiştir⁷.

Bu doğrultuda mevcut öğrenci sayılarına ilişkin bilgiler YÖK istatistikleri ve bölüm öğretim elemanlarının sağladığı bilgilere göre aşağıdaki gibidir:

1. Selçuk Üniversitesi Kampüs (82)
2. Selçuk Üniversitesi Beyşehir Ali Akkanat Meslek Yüksekokulu (27)
2. Necmettin Erbakan Üniversitesi (34)⁸
3. Karatay Üniversitesi (54)

Yukarıda görüldüğü gibi Konya’da sosyal hizmet bölümünde eğitim gören, dördüncü sınıf ve etik dersi almış toplam öğrenci sayısı 197’dir. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için Coşkun ve ark (2017) tarafından hazırlanan örneklem büyüklüğü tablosundan faydalanılmıştır. Tabloya göre 200 kişilik evrene karşılık 132 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamında ise 147 öğrenciye ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyal hizmet öğrencilerinin etik ikilem çözme becerilerinde etkili olabileceği düşünülen bireysel faktörler için kişisel bilgi formu araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulmuş ve durumsal faktörlere yönelik Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği kullanılmıştır.⁹

⁷ Pandemi döneminde verilen etik eğitiminin verimliliği ve niteliği başlı başına önemli bir araştırma konusu olduğu düşünülmektedir. Bu konunun araştırılması, çalışmanın öneriler kısmında önerilmiştir.

⁸ Necmettin Erbakan Üniversitesi sosyal hizmet bölümüne kayıtlı 52 öğrenci bulunmaktadır. Ancak bölümde ders seçmeli olduğundan dersi alan kişi sayısı 34’tür.

⁹ Bu ayırım sadece bir sınıflandırma amacı taşımaktadır. Kişinin içinde bulunduğu etik durum ya da bağlam bireysel faktörlerden etkilenmekte ve tam tersi de geçerli olmaktadır. Bu konu araştırmanın tartışma bölümünde daha detaylı irdelenmiştir.

İş etiği literatürü etik karar verme sürecini anlamak için “bireysel ve durumsal/bağlamsal¹⁰ faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmektedir (Ford ve Richardson, 1994; Treviño, Weaver ve Reynolds, 2006). Bireysel faktörler; karar veren bireyin yaşı, cinsiyeti, uyruğu gibi doğuştan gelen özelliklerinin yanı sıra insani gelişimlerinin ve sosyalizasyon süreçlerinin bir sonucu olan eğitim, din, çalışma durumu gibi değişkenleri kapsamaktadır (Ford ve Richardson, 1994, s. S.206). Bağlamsal/durumsal faktörler ise karar veren bireyin içinde bulunduğu spesifik bağlama referans vermektedir. Çalışılan sektör, akran desteği, kurumun etik kodları, süpervizörün etik değerleri ve eylemleri, kurumsal kültür ve etik ikilem durumunun spesifikliği ile biricikliği bağlamsal/durumsal faktörler içerisinde yer almaktadır (Ford ve Richardson, 1994; O’Fallon ve Butterfield, 2013). Bu doğrultuda veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir:

1. Kişisel Bilgi Formu: Araştırmaya katılacak öğrencilerin bireysel faktörler içerisinde yer alan sosyo-demografik bilgilerini ve etik dersi ile ilgili değerlendirmelerini içermektedir. Formda ayrıca öğrencilerin çalışma durumları, siyasi ve dini tutumları, göçmenlere yönelik tutumları¹¹ gibi değişkenler yer almaktadır. Etik karar verme sürecinde eğitim bireysel faktörler içerisinde değerlendirilmektedir. Bu bağlamda öğrencilerin öğrenim gördükleri üniversite, etik derslerine katılıp katılmama durumu, etik derslerinde kullanılan yöntem ve en çok zorlanacakları etik ikilem alanına yönelik sorular da bireysel faktörler içerisinde yer almıştır.

2. Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği: Etik karar verme sürecinde içerisinde bulunulan “bağlam/durum” ve kurumsal kültür, süpervizör desteği gibi durumlar durumsal/bağlamsal faktörler içerisinde yer almaktadır. Öğrencilerin şu an sosyal hizmet uzmanı olarak herhangi bir yerde istihdam edilmedikleri için bağlamsal faktörleri ölçek amacıyla Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Nathanson ve Giffords tarafından 2013 yılında, sosyal hizmet uzmanları ve uzmanlığa aday öğrencilerin spesifik bağlamlarda çatışan sosyal hizmet değerleri arasında yaptıkları etik seçimleri yansıtmak amacıyla geliştirilmiştir (Nathanson ve Giffords). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Artan, Irmak ve Mengü tarafından 2019 yılında yapılmıştır. Yazarlar ölçeğin güvenilirliğini “Cronbach α iç tutarlılık katsayısı, testi yarılama yöntemi ve madde-toplam puan korelasyonu katsayılarını” kullanarak sağlamıştır (Artan, Irmak ve Mengü, 2019, s. 313). SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilen analiz sonucunda “Cronbach $\alpha=0,76$, ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon katsayısı 0,607; Guttman split-half formülü ile korelasyon katsayısı 0,752; Spearman Brown formülü ile iki yarının güvenirliliği 0,755” olarak hesaplanmıştır (Artan, Irmak ve Mengü, 2019, s. 314-315). Ölçeğin yapı geçerliliği açıklayıcı faktör analizi ve temel bileşenler analizi

¹⁰ İlgili literatürde bu kavram “situational” olarak kullanılmaktadır. Kavram yazarlar tarafından durumsal ya da bağlamsal olarak çevrilmiştir.

¹¹ Göçmenlere yönelik tutumun kişisel bilgi formuna dâhil edilme sebebi etiğin ve etik alanda çıkan ikilemlerin birçoğunun “öteki” ile ilgili olmasıdır. Araştırmanın literatür bölümünde de görüldüğü üzere, kültürel farklılıklarla çalışma etik ikilemlerin en çok yaşandığı alanlardan biridir (Banks, 2015). Türkiye’de göçmenlerin şu an en çok ötekileştiren gruplardan biri olması ve sosyal hizmette kültürel farklılıklarla çalışmada göçmen grupların önemli bir müracaatçı sistemini oluşturduğu göz önünde bulundurularak göçmenlere yönelik tutum değişkenlere dâhil edilmiştir. Konuyla ilgili detaylı bilgiye araştırmanın tartışma bölümünde de yer verilmiştir.

ile test edilmiştir. Analiz sonucunda ölçeğin KMO değeri 0.809, Bartlett's Test Ki-Kare Değeri (χ^2) 598,193, serbestlik derecesi 120, anlamlılık düzeyi 0,0001, ölçeğin açıklanan varyans oranı ise %49.08 olarak hesaplanmıştır (Artan, Irmak ve Mengü, 2019, s. 314-315).

Türkçe ölçek; 16 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki maddeler beş seçenekten (kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) oluşmakta ve 2, 7, 10, 16. sorular için ters puanlama yapılmaktadır. Ölçekten alınan 16-32 puan çok düşük; 33-48 puan düşük; 49-64 puan orta; 65-80 puan yüksek etik problem çözme becerisini ifade etmektedir.

Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha kullanılarak hesaplanmış, Cronbach $\alpha=0.72$ bulunmuştur. Cronbach alpha değerine yönelik farklı sınıflandırmalar bulunmakla birlikte (Taber, 2017), 0.70 ve 0.95 arasında bulunan Cronbach Alpha değerlerinin ölçeğin güvenilirliği için kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (Tavakol ve Dennick, 2011). Ölçeğin geçerliliği için gerçekleştirilen açımlayıcı faktör analizinde orijinal ölçeğe paralel olarak tek faktörlü bir ölçek olduğu görülmüştür. Ölçek sosyal hizmet öğrencilerinin etik ikilem becerilerini ölçmeyi amaçladığı ve bu araştırmada da örneklem grubu sosyal hizmet öğrencileri olduğu için başka bir deyişle örneklem grubu değişmediği için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmamıştır.

Veri Toplama Süreci

Araştırma Surveey Online Sistem web sitesinde oluşturulan araştırma formunun ilgili öğrencilere whatsapp grupları üzerinden iletilmesiyle Mart-Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmış, onam formu katılımcılara araştırma formu ile iletilmiştir.

Verilerin Analizi

Veriler, Surveey Online Survey System web tabanından çekilmiş ve SPSS programına aktarılmıştır. Sistem bir soruyu cevaplamadan diğer soruya geçilmesine izin vermemektedir. Ancak veri analizinden önce hatalı ya da eksik veri olup olmadığı kontrol edilmiş ve eksik veri bulunmadığı tespit edilmiştir. Veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiş ve ilk aşamada betimleyici analiz gerçekleştirilmiştir.

İlişkisel analiz için öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermediği skewness ve kurtosis değerleri baz alınarak tespit edilmiştir. Bu doğrultuda ± 1.0 aralığındaki kurtosis değerinin normal dağılım için kesinlik arz ettiği ve ± 2.0 değerinin çoğunlukla kabul edilebilir olduğu göz önünde bulundurularak (George ve Mallery, 2011), ölçek toplam puanı ve değişkenlerin skewness ve kurtosis değerlerinin ± 1 aralığında bulunması sebebiyle parametrik testler (Independent-Samples T Test ve ANOVA) yapılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya Konya’da üç üniversitede öğrenim gören dört farklı sosyal hizmet bölümünün dördüncü sınıf öğrencileri katılmıştır. Öğrencilerin etik karar verme sürecindeki bireysel faktörlere ilişkin değişkenlere yönelik bilgiler Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Öğrencilerin Bireysel Faktörlere ilişkin Özelliklerine Yönelik Bilgiler

DEĞİŞKENLER		n	%
Üniversite	Selçuk Üniversitesi Kampüs	66	44,9
	Selçuk Üniversitesi Beyşehir	23	15,6
	Karatay Üniversitesi	30	20,4
	Necmettin Erbakan Üniversitesi	28	19,1
Cinsiyet	Kadın	114	77,6
	Erkek	33	22,4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	17	11,6
	Çalışmıyor	130	88,4
Dini Tutum	Yüksek Düzeyde İnançlı	21	14,3
	İnançlı	117	79,6
	Diğer (ateist, Budist, skeptik, deist)	9	6,1
Siyasi Görüş	Sağ Görüşe Yakın	86	58,5
	Sol Görüşe Yakın	61	41,5
Göçmenlere Yönelik Tutum	Olumlu	58	39,45
	Olumsuz	22	14,96
	Kararsız	67	45,57

Tablo 1’in de gösterdiği üzere katılımcıların çoğunluğunu kadın (%77,6), gelir getiren bir işte çalışmayan (%88,4) ve kendilerini inançlı (%79,6), siyasi olarak sağ görüşe yakın (%58,5) ve göçmenlere yönelik

tutumlarını kararsız olarak betimleyen (%45,57) öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrencilerin etik dersine ilişkin değerlendirmeleri ise Tablo 2'deki gibidir:

Tablo 2. Etik Dersine İlişkin Değerlendirmeler

Değişkenler	n	%	
Dersin gerekliliklerini yerine getirme seviyesi (dersi dinleme, kaynakları okuma, derse katılma)	Tüm gerekliliklerini yerine getirdim.	23	15,64
	Gereklilikleri çoğunlukla yerine getirdim.	79	53,74
	Kısmen yerine getirdim	41	27,89
	Gereklilikleri yerine getirmedim.	4	2,72
Etik Dersi İşlenirken Kullanılan Yöntemler**	Sınıf İçi Tartışmalar	96	30,09
	Rol Canlandırma (Role Play)	59	18,49
	Akademisyenin Ders Anlatımı	99	31,03
	Ödevler	65	20,37
Etik Dersinde Öğrenilen Bilgilerin Mesleki Yaşantısında Yeterli Olup/ Olmayacağı	Evet	59	40,1
	Hayır	88	59,9
En Çok Zorlanacağını Düşündüğü Etik İki Alanları**	Fiziksel Temas	33	11,61
	Müracaatçının Etik Olmayan Davranışını Bildirme	37	13,02
	Kendini Açma	27	9,5
	Müracaatçıyla Duygusal İletişim	26	9,15
	Meslektaşının Etik Olmayan Davranışını Bildirme	50	17,6
	Mesleki Yetkinlik	29	10,21
	Kişisel ve Mesleki Değerlerin Çatışması	73	25,7
	Diğer	9	3,16

** Bu sorularda birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 2'nin de gösterdiği üzere katılımcıların çoğunluğu etik dersinin gerekliliklerini çoğunlukla yerine getirdiklerini (%53,7), akademisyenin ders anlatımı (%67,3) ve sınıf içi tartışmaların (%65,3) etik dersinde en çok kullanılan yöntemlerden olduğunu belirtmişlerdir. Birden fazla şıkkın işaretlenebildiği bu soruda ödevlerin (%20,37) ve rol canlandırmanın (%18,49) da ders işleyişine eklendiği görülmektedir. Kişisel ve

mesleki değerlerin çatışması (%25,7) ile meslektaşının etik olmayan davranışını bildirmenin (%17,6) ise katılımcıların en çok zorlanacaklarını düşündükleri etik ikilem alanları olduğu görülmüştür. Araştırmanın giriş kısmından hatırlanabileceği üzere özellikle kişisel ve mesleki değerlerin çatışması alandaki sosyal hizmet uzmanlarının bile en çok zorlandığı alanlardan biridir. Dolayısıyla henüz mezun olmamış öğrencilerin bu alanda zorlanacaklarını düşünmeleri öngörülebilir bir sonuçtur. Bununla birlikte bu sonuç; sosyal hizmet müfredatında kişisel değerlere yönelik farkındalık ile kişisel değerler ve sosyal hizmet değerlerini uzlaştırmaya yönelik daha fazla içerik eklenmesi gerektiğini göstermektedir. Buna ek olarak, etik dersi işlenirken meslektaşını ihbarın koşulları üzerine daha fazla bilgi verilmesinin bu alanda katılımcıların endişesini azaltabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların zorlanacakları düşündükleri diğer alanlar müracaatçıyla fiziksel temas (%11,6), kendini açma davranışı (%9,5), müracaatçıyla duygusal iletişim (%9,15) ve mesleki yetkinlik (%10,21) alanları olmuştur. Bu sonuçlar katılımcıların mesleki hayatlarında karşı karşıya kalacakları etik ikilem alanlarında %10 gibi bir oranda zorlanacaklarını göstermektedir. %10 azımsanamayacak bir oran olsa da etik dersinin çoğunlukla amacına ulaştığı söylenebilmektedir. Son olarak, katılımcıların etik dersinden edindikleri bilgi, beceri ve değer temelinin ise yüksek oranda (%59,9) mesleki yaşantılarında kendilerine yeterli olmayacağını düşündükleri görülmektedir. Bu sonuç ise üç şekilde yorumlanabilir. Birinci olarak etik dersinin niteliğinin geliştirilmesi gerektiği söylenebilir. Bununla birlikte bu sonuç; öğrencilerin lisans öğrenimleri boyunca etiğe ilişkin daha fazla ders almaları gerektiği ve mezun olduktan sonra diğer eğitimlerle desteklenme ihtiyaçları olduğu olarak yorumlanabilir. Son olarak bu sonuç öğrencilerin yeterli olmalarına rağmen kendilerine güven duymadıkları şeklinde okunabilir.

Ölçekten alınan 16-32 puan çok düşük; 33-48 puan düşük; 49-64 puan orta; 65-80 puan yüksek etik problem çözme becerisini ifade etmektedir. Bu puanlar doğrultusunda öğrencilerin ölçekten minimum 36, maksimum 77 puan aldıkları ve 7,88'lik bir standart sapmayla ortalamalarının 62 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların etik problem çözme becerilerine yönelik aldıkları puanlar Tablo 3'teki gibidir:

Tablo 3. Etik Problem Çözme Seviyeleri

Etik Problem Çözme Puanları	N	%
Çok Düşük	-	-
Düşük	11	%7,5
Orta	74	%50,3
Yüksek	62	%42,2

Tablo 3'ten de görüleceği üzere etik problem çözme becerisi çok düşük olan katılımcı bulunmamakla beraber katılımcıların çoğunlukla orta derecede (%50,3) etik problem çözme becerisine sahip olduğu

görülmektedir. Düşük seviyede problem çözme becerisine sahip olan öğrenciler %7,5 iken katılımcıların %42,2 gibi büyük bir kısmının yüksek derecede etik problem çözme becerisine sahip oldukları bulunmuştur.

Öğrencilerin aldıkları toplam puanın bireysel faktörlere ilişkin değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde ise Tablo 4'teki sonuçlar bulunmuştur.

Tablo 4. Ölçek Toplam Puanlarının Bireysel Faktörlere İlişkin Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Bağımsız Değişken	n	Puan (Puan \pm S.D. [†])
Cinsiyet		
Kadın	114	63,24 \pm 7,08
Erkek	33	59,30 \pm 9,68
T		5,90
P		0,03*
Üniversite		
Selçuk Üniversitesi (Kampüs)	66	63,10 \pm 7,50
Selçuk Üniversitesi (Beşşehir)	23	60,65 \pm 7,10
Karatay Üniversitesi	30	60,66 \pm 9,76
Necmettin Erbakan Üniversitesi	28	63,82 \pm 6,90
F	1,34	
p	0,261	
Çalışma Durumu		
Evet	17	63,88 \pm 7,00
Hayır	130	62,16 \pm 7,99
T		0,84
P		0,39
Dini Tutum		
Yüksek Derecede İnançlı	21	61,95 \pm 7,59
İnançlı	117	62,35 \pm 7,98
Diğer	9	63,33 \pm 8,03
F		0,96
P		0,90
Siyasi Görüş		
Sağ Görüşe Yakın	86	61,41 \pm 8,00
Sol Görüşe Yakın	61	63,68 \pm 7,56
T		-1,732
P		0,85
Göçmenlere Yönelik Tutum		
Olumlu	58	64 \pm 7,11
Olumsuz	22	60,45 \pm 6,67
Kararsız	67	61,56 \pm 8,67
F		2,27
P		0,10

Tablo 4'ün de gösterdiği üzere; öğrencilerin puanları ve okudukları üniversite, siyasi görüş, çalışma durumu, dini tutumları ve göçmenlere yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların ölçekten aldıkları puanlar ve cinsiyetleri arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırma sonuçları, kadınların ölçekten aldıkları puanların (\bar{X} =63.24) erkeklere oranla (\bar{X} =59,30) anlamlı derecede (p =0.03) yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların etik dersine ilişkin değerlendirmeleri ve ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise Tablo 5'teki sonuçlar bulunmuştur.

Tablo 5 Ölçek Toplam Puanlarının Etik Dersine İlişkin Değerlendirmelerle Karşılaştırılması

Dersin Gerekliliklerini Yerine Getirme		
Tüm gerekliliklerini yerine getirdim.	23	64,78± 6,99
Çoğunlukla yerine getirdim.	79	61,51± 8,52
Kısmen yerine getirdim.	41	63,00± 6,94
Gereklilikleri yerine getirmedim	4	58,50± 6,45
F	1,44	
p	0,23	
Kullanılan Yöntemler		
Sınıf içi tartışmalar	96	63,15± 7,91
	51	60,86± 7,67
t	1,69	
p	0,93	
Role canlandırma aktiviteleri	59	63,66± 7,04
Diğer	88	61,48± 8,31
T		1,64
P		0,09
Akademisyenin ders anlatımı	99	62,91± 6,97
Diğer	48	61,20± 9,46
T		1,11
P		0,26
Ödevler	65	64,36± 6,25
Diğer	82	60,76± 8,67
T		2,92
P		0,004*
Etik Dersinde Öğrenilen Bilgilerin Mesleki Yaşantısında Yeterli Olup/ Olmayacağı		
Evet	59	61,83± 9,03
Hayır	88	62,71± 7,04
T		-,666
P		0,50
Zorlanılacağı Düşünülen Etik İnkilem Alanları		
Fiziksel Temas	33	62,78± 6,32
Diğer	114	62,23± 8,29
T		0,35
P		0,72
Müracaatçının Etik Olmayan Davranışını Bildirme	37	63,21± 7,16
Diğer	110	62,07± 8,12
T		0,76
P		0,44
Kendini Açma	27	63,22± 7,27
Diğer	120	62,16± 8,02
T		0,62
P		0,631
Müracaatçıyla Duygusal İletişim	26	60,84± 10,68
Diğer	121	62,68± 7,15
T		-,839
P		0,40

Meslektaşının Etik Olmayan Davranışını Bildirme	50	64,20± 5,88
Diğer	97	61,41± 8,61
T		2,05
P		0,02*
Mesleki Yetkinlik	29	61,20± 7,00
Diğer	118	62,64± 8,08
T		-,879
P		0,38
Kişisel ve Mesleki Değerlerin Çatışması	73	63,19
Diğer	74	61,54
T		1,273
P		0,20

Tablo 5'in de gösterdiği üzere katılımcıların dersin gerekliliklerini çoğunlukla yerine getirdikleri ve etik dersinin mesleki yaşantılarında karşılaştıkları zorluklara ilişkin yeterli olmayacağına ilişkin görüş bildirdikleri ancak bu görüşleri ve puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Bununla birlikte etik dersinde "ödev" yönteminin kullanılması (p=0,004) ile meslektaşının etik olmayan davranışını bildirme (p=0,02) ve ölçekten alınan toplam puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre etik dersinde ödevin bir yöntem olarak kullanılmasının diğer yöntemlere göre ölçekten alınan puanları yükselttiği, benzer şekilde meslektaşının etik davranışını bildirmekte zorlanacağını düşünen öğrencilerin diğer etik alanlarda zorlanacağını düşünen öğrencilere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Tartışma

Bu araştırma sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin etik problem çözme becerilerini ölçmeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda Konya'da bulunan sosyal hizmet bölümü dördüncü sınıf öğrencilerine ulaşılmıştır. Konuya ilişkin literatür etik karar verme süreçlerinde ve etik ikilemlerin çözümünde bireysel (din, cinsiyet, eğitim durumu vb.) ve bağlamsal/ durumsal faktörlerin (kurumsal kültür, süpervizörün etik değerleri vb.) etkili olduğunu belirtmektedir. Araştırma sonuçları katılımcıların çalışma durumu, siyasi görüş, dini tutum, göçmenlere yönelik tutum gibi bireysel faktörler ve ölçekten aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermektedir. Bu bağlamda araştırma sonuçları çalışma ve gelir durumu ile etik tutum arasında (Özyer ve Azizoglu, 2010; Jones ve Watt, 2001), dini görüş ve etik tutum arasında (Tse ve Au, 1997; Knocks vd. 2010), siyasi görüş ve etik tutum arasında (O'Fallon ve Butterfield, 2013), anlamlı bir ilişki bulunmadığını gösteren araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte sonuçlar, gelir arttıkça etik tutumun arttığını gösteren (Güney ve Çınar, 2012), dini tutum ve etik davranışı olumlu yönde ilişkilendiren (Singhapakdi vd.,2001; Wimalasiri, Pavri ve Jalil, 1996), siyasi görüş ve etik davranış arasında ilişki bulunduğunu gösteren (Bean ve Bernardi, 2005; Yıldız, 2010) ve göçmenlere yönelik tutum ve etik arasında (Kullgren vd. 1996; Cover,2013; Captari, vd. 2019) ilişki gösteren araştırmalardan farklılık göstermektedir. Cinsiyet değişkeninin bu noktada istisnai bir durum yarattığı, kadınların ölçekten aldıkları

puanların erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve bu doğrultuda kadınların etik tutumlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğunu gösteren literatürle uyumlu sonuçlar elde edildiği görülmektedir (Luthar, DiBattist ve Gautschi, 1997; Lam ve Shi, 2008; Holtbrügge, Baron ve Friedmann, 2015). Etik literatüründe kadınların erkeklere oranla daha yüksek etik tutum gösterme becerisi; kadınların erkeklerden daha yüksek oranda empati becerisine sahip olabilmeleri, toleransları, eğitim başarıları, yaşam stili ve becerileri gibi faktörlerle açıklanmaktadır (Jones and Watt, 2001). Cinsiyet haricinde bireysel faktörlerin etik tutum ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmaların (Pierce ve Sweeney, 2010; Choudhury vd., 2012) aksine elde edilen bu sonuç, dil, din, ırk başta olmak üzere herhangi bir ayrımcılık gözetmeksizin mesleki uygulama yapmayı öğretmeyi amaçlayan sosyal hizmet etik eğitiminin başarılı olduğu şeklinde yorumlanabilir. Öğrencilerin çoğunlukla orta ve yüksek derecede etik problem çözme becerisine sahip olmaları ve dersin gerekliliklerini çoğunlukla yerine getirdiklerini belirtmeleri de bu yorumu destekler niteliktedir. Ancak katılımcıların sosyal hizmet dördüncü sınıf öğrencileri olmaları, pratik olarak inanmasalar da teorik olarak doğru cevabı bilmeleri, bu doğrultuda bireylerin arzu edilmeyen bir davranışı yapma olasılıklarını fazlasıyla göz ardı etme eğilimleri anlamına gelen *sosyal arzu edilebilirlik önyargısı* içerisinde olabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır (Chung ve Monroe, 2003). Son olarak bu durum, çalışmanın yöntem bölümünden de hatırlanabileceği üzere bireysel ve durumsal faktörlerin birbirinden bağımsız olmamasıyla açıklanabilmektedir (Karcher, 1996). Başka bir deyişle, bireysel görülen yaş, din, eğitim gibi faktörler bir durumu nasıl yorumladığımızda oldukça etkili olmakta bununla birlikte bir durum içerisindeyken o durumu nasıl yorumladığımız da bulunduğumuz yaş, eğitim durumumuz, siyasi görüşümüz vb. faktörlerden bağımsız olmamaktadır. Benzer şekilde, bazen bağlamsal durumlar bireysel faktörlerin önüne geçebilmekte, bazen de tam tersi bir durum yaşanabilmektedir. Bu bağlamda bireysel faktörler ve ölçekten alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmayışı, bu ikisi arasında bir bağ olmadığını değil, sosyal hizmet öğrencileri açısından bireysel faktörlerin baskın olarak bağlamsal faktörler içerisindeki kararlarını belirlemediği şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcılar etik dersi işlenirken akademisyenin ders anlatımı ve sınıf içi tartışmaların etik dersinde en çok kullanılan yöntemlerden olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte ders kapsamında ödev verilmesinin ölçekten alınan puanları anlamlı bir şekilde farklılaştırdığı görülmüştür. Bu bağlamda ders işleyişinin vaka tartışmaları, etik problem çözme, canlandırma oyunları gibi ödevlerle desteklenmesinin dersin etkililiğini ve verimliliğini artıracığı düşünülmektedir. Nitekim Sanders ve Hoffman (2010) karışık model olarak adlandırdıkları etik dersi modelinin; etik yargı ve etik duyarlılık açısından kazanımlarının oldukça zengin olduğunu belirtmektedir. Bu model kapsamında ders; etik konularla ilgili teoriler de dahil olmak üzere kapsamlı bilgilere yönelik bir giriş, etik ilkelerin ve etik kodların gözden geçirilmesi ve farklı etik karar verme süreci modellerinin vaka örneklerine uygulanmasını içermektedir (Sanders ve Hoffman, 2010). Sosyal hizmet etiği alanında önemli bir teorisyen olarak kabul edilen Reamer (2018)'in Sosyal Hizmet Etiği ve

Değerleri isimli kitabında da benzer bir işleyiş görülmekte, vakalar etik teoriler ve sosyal hizmet ilkeleri kapsamında tartışılmaktadır. Bu doğrultuda etik dersi anlatımında karışık modelin benimsenmesinin ve bu modelin örneklendirildiği ödevlerle desteklenmesinin önemli kazanımlar getireceği söylenebilmektedir.

Öğrencilerin ölçekten aldıkları puanların yüksek ve orta düzeyde olmasına rağmen katılımcıların çoğunluğunun etik dersinden edindikleri kazanımların mesleki hayatlarında karşı karşıya kalacakları etik zorluklarda kendilerine yeterli olmayacağını düşünmeleri ise araştırmanın önemli bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Araştırmanın bulgular bölümünde de belirtildiği üzere, bu sonucun öğrencilerin özgüven eksikliği ile ilgili olması olası bir açıklamadır. Bununla birlikte bu sonuç sosyal hizmet eğitimi ve uygulaması arasındaki boşlukla açıklanabilmektedir. Reisch (2013, s. 716) bu boşluğu aşağıdaki faktörlerle ilişkilendirmektedir:

Sosyal hizmet uygulamasının “yeniden bireyselleştirilmesi” ve “siyasetleştirilmesi” (Reisch, 2009); sosyal hizmet eğitimi ve bilimin temel taşları olarak “kanıta dayalı uygulama” ve müdahale araştırmasının eleştirel olmayan bir şekilde benimsenmesi (Webb, 2001); neo-liberal kurumsal düzenlemelerin sonuçlarına direnmek yerine müracaatçının sağlamlığına (yani adaptasyona) odaklanma (Reisch & Jani, 2012); sosyal hizmet okulları içindeki fakültelerin artan tabakalaşması (Stoesz, Karger ve Carrilio, 2010); test edilmemiş çevrimiçi eğitim yöntemlerine artan güven; ve öğrencilerin performansının göstergeleri olarak ölçülebilir, nicel 'sonuçlara' olan aşırı vurgu (CSWE, 2009).

Reich (2013)'ünde belirttiği gibi neo-liberal politikaların sosyal hizmet eğitimine yansımaları bireyciliğe verilen önem, pozitivist paradigmanın benimsenmesi ve nitelikten ziyade niceliğe odaklanılması sosyal hizmet eğitimi ve sosyal hizmet uygulaması arasında bir boşluğa sebep olmaktadır. Bu duruma paralel olarak katılımcıların dersin gerekliliklerini çoğunlukla yerine getirmelerine rağmen etik alanında mesleki yetersizlik hissetmeleri ve etik dersinde en çok vurgulanan konulardan biri olan kişisel ve mesleki değerlerin çatışması konusunda zorlanacaklarını düşünmeleri önemli bir bulgu olarak açığa çıkmakta ve bu boşlukla açıklanabilmektedir.

Sosyal hizmet eğitiminde değerlerin öğrenilmesinin en önemli amaçlarından birinin de kendi değerlerine yönelik bir farkındalık sağlanması, uzman ve müracaatçının değerleri benzer şekilde uzmanın değerleri ile profesyonel değerlerin çatışabileceğinin farkında olunması ve bundan daha da önemli olarak bu durum oluştuğunda mesleki değerlerin önde tutulmasını içerdiğini belirtmek gerekmektedir (Walmsley ve Birkbeck, 2006; Reamer, 2018). Kişisel değerlerin mesleki değerlerin önüne geçmemesi ve etik dersinin işlevsel olabilmesi için etik dersinde uygulamaların artırılması, canlandırma yoluyla öğrencilere empati becerilerinin kazandırılmasının yanı sıra kişisel değerlerinin mesleğine yansımaları konusunda özdeşimsel aktivitelerin daha sık gerçekleştirilmesine olan bir ihtiyaç açığa çıkmaktadır (Wilks, 2004; Papouli, 2016).

Sonuç

Sosyal hizmet öğrencilerinin etik problem çözme becerilerini ölçmeyi amaçlayan bu araştırmaya Konya'da bulunan sosyal hizmet bölümü dördüncü sınıf öğrencilerinden 147 öğrenci katılmıştır. Araştırma sonuçları

temel olarak öğrencilerin orta düzeyde etik ikilem çözme becerisine sahip olduklarını, kadın öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla daha yüksek etik problem çözme becerisi gösterdiklerini, öğrencilerin çoğunluğunun kişisel ve mesleki değerlerin çatışmasının mesleki yaşantılarında en çok zorlanacakları alanlardan olduğunu düşündüklerini, meslektaşını ihbar etmekte zorlanacağını düşünen öğrencilerin diğer alanlarda zorlanacağını düşünen öğrencilere kıyasla daha yüksek puanlar aldıklarını göstermektedir.

Bu doğrultuda etik dersi işlenirken uygulamaya daha çok ağırlık verilmesi, dersin vaka tartışmaları, role playler ve ödevlerle desteklenmesi önerilmiştir. Ancak hem Konya özelinde hem Türkiye genelinde artan sosyal hizmet bölümü sayıları, yüksek kontenjanlar, yetersiz öğretim elemanı ve alt yapı eksiklikleriyle uygulamaya ağırlık vermenin gerçekçiliği sorgulanabilmekte bununla birlikte uygulamaya ağırlık verilse bile bu uygulamanın etkililiği ve verimliliği tartışılır hale gelebilmektedir. Benzer şekilde sadece sosyal hizmet etiği dersinde değil, sosyal hizmet bölümünde okutulmakta olan diğer derslerin içeriğindeki uygulamalarda öğrencilerin kendilik algılarını geliştirebilecek, farkındalıklarını artıracak ve kendisi ve çevresi hakkında duyarlılıklarının artırılmasına olanak sağlayacak grup çalışmalarının yapılmasının da faydalı olacağı düşünülmektedir. Uygulamaların artırılması ile teori ve pratik arasındaki açığın kapatılması, öğrencilerin bireysel ve mesleki bilgi düzeyinin uygulamalarla zenginleştirilmesinin ve derinleştirilmesinin; öğrencilerin kendilerine daha fazla güven duymalarını ve kişisel ve mesleki değerleri arasında bir çatışma yaşadıklarında karar almalarını kolaylaştırabileceği düşünülmektedir.

Son olarak bu araştırma sosyal hizmet etiği dersini yüz yüze almış öğrencilerin katılımıyla gerçekleşmiştir. Uzaktan eğitimle bu dersi alan öğrencilerin etik problem çözme becerilerini ölçen araştırmaların yapılması, uzaktan eğitimin devam etmesi durumunda sınıf içi tartışmalar, rol canlandırmaları ve vaka tartışmaları gibi yöntemlerin çevrim içi etik derslerine de entegre edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Sosyal hizmet alanında karşılaşılan etik ikilemlere yönelik vaka örnekleri ile bu örneklerinin çözümlenme süreçlerini anlatan içeriklere sahip bilimsel çalışmaların ve etik ikilem içeren vakalarla gerçekleştirilen araştırmaların artırılarak alanda yerel bilginin zenginleştirilmesi önerilmektedir.

Araştırmaya İlişkin Etik Bilgiler

Çalışmanın etik kurul izni 31.03.2021 tarihinde Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Çatışma Beyanı

Bu çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynakça

- Acar, H. (2018). *Sosyal Hizmet Etiği ve Değerleri Giriş Bölümü*. (Remaer, F.). Ankara: Nika.
- Afyonoğlu, M. F. (2021). *Sosyal hizmetin sorunlarına Twitter üzerinden bakmak: eğitim ve istihdam sorunu*. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32 (21), 1021 – 1044.
- Artan, T., Irmak, H. S. ve Mengü, E. (2019). Nathanson ve Giffords sosyal hizmet etik ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 310-320.
- Aykara, A. (2016). Sosyal hizmet etiğinde evrenselcilik ve kültürel görecelik. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(2), 153-166.
- Banks, S. J. (2008). Critical commentary: Social work ethics. *The British Journal of Social Work*, 38(6), 1238-1249.
- Banks, S. J. (2015). Social Work Ethics. Erişim adresi: file:///C:/Users/fafyon%20fafyon/Downloads/ManuscriptversionofElsevierchapterEthicsBanks_v5revisedSB27.10.13withheadingandtable.pdf
- BASW. (2012). The Code of Ethics for Social Work. Erişim adresi: <https://www.basw.co.uk/about-basw/code-ethics>
- Bean, D. F., & Bernardi, R. A. (2005). The need to control for political attitudes in accounting ethics and public policy research. *Journal of Accounting Ethics and Public Policy*, 6(2), 101-127.
- Buz, S. ve Akçay, S. (2015). Sosyal hizmet araştırmasında etik. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 26(1), 149-162.
- Camadan, F. (2018). Psikolojik danışmanın yaşadığı çatışma: etik ikilem. *Sakarya University Journal of Education*, 8(1), 76-94.
- Captari, L. E., Shannonhouse, L., Hook, J. N., Aten, J. D., Davis, E. B., Davis, D. E. Ve Ranter Hook, J. (2019). Prejudicial and welcoming attitudes toward Syrian refugees: The roles of cultural humility and moral foundations. *Journal of psychology and theology*, 47(2), 123-139.
- Choudhury, D., Mishra, S., Guyot, W. M., Meier, R. J., & Bell, R. L. (2012). The impact of social and demographic variables on ethical decision-making: Exploratory study. *International Journal of Business and Public Administration*, 9(3), 126-144.
- Chung, J., & Monroe, G. S. (2003). Exploring social desirability bias. *Journal of Business Ethics*, 44(4), 291-302.
- Collén, K. (2019). Education for a sustainable future? Students' experiences of workshops on ethical dilemmas. *Social Work Education*, 38(1), 119-128.
- Coşkun R, Altunışık R, Yıldırım E, 2017. *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı*. İstanbul: Sakarya Kitabevi.
- Cover, R. (2013). Undoing attitudes: subjectivity and ethical change in the go back to where you came from documentary. *Continuum*, 27(3), 408-420.
- Csikai, E. L. (2004). Social workers' participation in the resolution of ethical dilemmas in hospice care. *Health & Social Work*, 29(1), 67-76.
- Çifci, E. G. ve Gönen, E. (2011). Sosyal hizmet uygulamalarında etik karar verme süreci. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 22(2), 149-160.
- Edwards, B., & Addae, R. (2015). Ethical decision-making models in resolving ethical dilemmas in rural practice: Implications for social work practice and education. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 12(1), 88-92.
- Ford, R. C., & Richardson, W. D. (1994). Ethical decision making: A review of the empirical literature. *Journal of Business Ethics*, 13(3), 205-221.
- Gallagher, B., Creighton, S., & Gibbons, J. (1995). Ethical dilemmas in social research: No easy solutions. *The British Journal of Social Work*, 25(3), 295-311.
- Goodyear, V. A. (2017). Social media, apps and wearable technologies: navigating ethical dilemmas and procedures. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 9(3), 285-302.
- Gray, M., & Gibbons, J. (2007). There are no answers, only choices: Teaching ethical decision making in social work. *Australian Social Work*, 60(2), 222-238.
- Güney, S. ve Çınar, O. (2012). Serbest muhasebeci mali müşavirlerin (SMMM) etik algıları: Erzurum örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 26(2), 91-106.

- Güzel, B. (2017). Kişisel ve mesleki değerler arasındaki uyumsuzluk: bir etik ikilemin çözümü. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5 (46), 620-633.
- Healy, L. M. (2007). Universalism and cultural relativism in social work ethics. *International Social Work*, 50(1), 11-26.
- Holtbrügge, D., Baron, A., & Friedmann, C. B. (2015). Personal attributes, organizational conditions, and ethical attitudes: A social cognitive approach. *Business Ethics: A European Review*, 24(3), 264-281.
- IFSW. (2014). Global Social Work Statement of Ethical Principles. Erişim adresi: <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>
- Jones, C. E., & Watt, J. D. (2001). Moral orientation and psychosocial development: Gender and class-standing differences. *Journal of Student Affairs Research and Practice*, 39(1), 29-41.
- Kadushin, G., & Egan, M. (2001). Ethical dilemmas in home health care: A social work perspective. *Health & social work*, 26(3), 136-149.
- Karcher, J. N. (1996). Auditors' ability to discern the presence of ethical problems. *Journal of Business Ethics*, 15(10), 1033-1050.
- Kesen, N. F., Başer, D., Daşbaş, S. ve Dziegielewska, S. F. (2021). Ethical difficulties among Turkish social workers. *Journal of Social Service Research*, 1-13.
- Lam, K. C., & Shi, G. (2008). Factors affecting ethical attitudes in mainland China and Hong Kong. *Journal of Business Ethics*, 77(4), 463-479.
- Landau, R. (1999). Professional socialization, ethical judgment and decision making orientation in social work, *Journal of Social Service Research*, 25(4), 57-75.
- Luthar, H. K., DiBattista, R. A., & Gautschi, T. (1997). Perception of what the ethical climate is and what it should be: The role of gender, academic status, and ethical education. *Journal of Business Ethics*, 16(2), 205-217.
- McAuliffe, D. (2005). I'm still standing: Impacts and consequences of ethical dilemmas for social workers in direct practice. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 2(1), 1-10.
- Meysen, T. ve Kelly, L. (2018). Child protection systems between professional cooperation and trustful relationships: A comparison of professional practical and ethical dilemmas in England/Wales, Germany, Portugal, and Slovenia. *Child & Family Social Work*, 23(2), 222-229.
- NASW. (2017). *Code of Ethics of National Association of Social Workers*. United States: NASW Press.
- Northen, H. (1999). Ethical dilemmas in social work with groups. *Social Work with Groups*, 21(1-2), 5-17.
- O'Fallon, M. J., & Butterfield, K. D. (2013). A review of the empirical ethical decision-making literature: 1996–2003. *Journal of Business Ethics*, 213-263.
- Öztürk, A. B. (2009). Sosyal hizmet etiğinde farklı yaklaşımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(1), 105-116.
- Papouli, E. (2016). *Teaching and Learning for Ethical Practice in Social Work Education*. I. Taylor, I., Bogo, M., Lefevre, M ve Teater, B. (Ed.). *Routledge International Handbook of Social Work Education*. Ss. 157-170.
- Pierce, B. ve Sweeney, B. (2010). The relationship between demographic variables and ethical decision making of trainee accountants. *International journal of auditing*, 14(1), 79-99.
- Reamer, F. G. (1998). The evolution of social work ethics. *Social work*, 43(6), 488-500.
- Reamer, F. G. (2018). *Sosyal Hizmet Etiği ve Değerleri* (Çev. Acar, H.). Ankara: Nika. (Orijinal yayın tarihi, 1995).
- Reisch, M. (2013). Social work education and the neo-liberal challenge: The US response to increasing global inequality. *Social Work Education*, 32(6), 715-733.
- Sanders, S. ve Hoffman, K. (2010). Ethics education in social work: Comparing outcomes of graduate social work students. *Journal of Social Work Education*, 46(1), 7-22.
- Singhapakdi, A., Karande, C. P. Rao ve Vitell, S. J. (2001). How Important are ethics and social Responsibility? A multinational study of marketing professional, *European Journal of Marketing* 35(1/2), 133–152.
- Sobočan, A. M., Bertotti, T. ve Strom-Gottfried, K. (2019). Ethical considerations in social work research. *European Journal of Social Work*, 22(5), 805-818.
- Şahin-Taşğın, N. (2019). Sosyal hizmet süpervizyonu ve Türkiye için öneriler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 1005-1032.

- Treviño, L. K., Weaver, G. R. ve Reynolds, S. J. (2006). Behavioral ethics in organizations: A review. *Journal of Management*, 32(6), 951-990.
- Tse, A. C. B. ve Au, A. K. M. (1997). Are New Zealand business students more unethical than non-business students? *Journal of Business Ethics* 16(4), 445–450.
- Tuncay, T. (2017). Sosyal hizmet eğitiminin etik yönleri. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(2), 1-9.
- Walmsley, C., & Birkbeck, J. (2006). Personal narrative writing: A method of values reflection for BSW students. *Journal of Teaching in Social Work*, 26(1-2), 111-126.
- Weinberg, M. (2010). The social construction of social work ethics: Politicizing and broadening the lens. *Journal of Progressive Human Services*, 21(1), 32-44.
- Wilks, T. (2004). The use of vignettes in qualitative research into social work values. *Qualitative social work*, 3(1), 78-87.
- Wimalasiri, J. S., Pavri, F., & Jalil, A. A. (1996). An empirical study of moral reasoning among managers in Singapore. *Journal of Business Ethics*, 15(12), 1331-1341.
- Yıldız, G. (2010). Muhasebe mesleğinde meslek etiği ve Kayseri il merkezinde bir uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (36), 155-178.
- Zubaroglu-Yanardağ, M. (2020). Sosyal hizmet mesleki uygulamalarında müracaatçılara karşı etik sorumluluklar ve etik karar verme süreci. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(3), 1201-1226.



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

TÜRKİYE'DE COVID-19 İLE ENFEKTE OLAN SOLİD ORGAN NAKİLLİ HASTALARIN ACİL SERVİS VE HASTANE BAŞVURULARININ İNCELENMESİ

Uzm Dr. Hayri CANBAZ¹
Uzm Dr. Attila BEŞTEMİR²
Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SUREL³
Prof. Dr. Bülent AYDINLI⁴
Prof. Dr. Erdal YEKELER⁵
Prof. Dr. Uluğ ELDEGEZ⁶
Prof. Dr. Serap AYKUT AKA⁷

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 09.11.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised:25.11.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 07.12.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.1020720

Makale Künyesi/To cite this article: Canbaz, H. vd. (2021, Aralık). Türkiye'de covid-19 ile enfekte olan solid organ nakilli hastaların acil servis ve hastane başvurularının incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18: 66-81. Doi: 10.46218/tshd.1020720

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Hayri Canbaz, Uzman Doktor, Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara/ Türkiye, hayri.canbaz@saglik.gov.tr 05447474617, ORCID: 000-0001-6989-7854

Öz

Giriş: COVID-19 pandemisinde hastalık, insandan insana bulaşma özelliği nedeniyle aile ve toplum yaşamını olumsuz etkilemiş, hızla yayılarak Acil Servis başvurularında aşırı bir artış oluşturmuştur. Transplantasyon yapılan hastalar gibi hassas hastaların bakımı da zor bir hal almıştır. Hem aile içindeki bulaş hem de toplum içindeki bulaş nedeniyle Acil Servislerde bu hassas hastaların bakımı, değerlendirilmesi, acil tanısı ve yatış kararı kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada amacımız; Acil servis başvurularının arttığı Covid-19 enfeksiyonu sürecinde Türkiye'de Solid organ nakilli hastaların başvuru sonuçlarının incelenmesidir.

Metod: Girişimsel olmayan retrospektif gözlemsel dizayn edilen bu çalışmada; Mart 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Türkiye'de Covid-19 şüphesiyle herhangi bir hastaneye başvuran ve Sağlık Bakanlığı Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı Ulusal Kayıt sisteminde kaydı bulunan solid organ nakilli kişiler dahil edilmiştir. 14.463 olgunun Sağlık Bakanlığı bilgi sistemlerine kaydedilmiş klinik ve radyolojik parametreleri, servis ve yoğun bakım yatış ihtiyacı, yatış süreleri ve ölüm oranları incelenmiştir.

Bulgular: Olguların %70,39'u (10.180) böbrek nakilli kişiler, %22'si (3245) karaciğer nakilli kişiler, %4,98'i (721) kalp nakli olmuş kişiler, %1,85'i (262) akciğer nakilliler, %0,21'ü (30) ince barsak nakilliler, %0,17'si (25) pankreas nakli olmuş kişilerden

oluşuyordu. Tüm solid organ nakilli hastaların ortalama yatış oranı %86,7 idi. Solid organ nakilli hastalar değerlendirildiğinde COVID-19 tanısı konan 4307 hastanın %40,9'unda (1765) pnömoni saptandı, 1691'i (%39,2) hastaneye yatırılırken bu süre ortalama 10,08 gün idi. Yaş ortalamaları ise 48,83 'dü. Yoğun bakıma 448 (%10,4) vaka yatırıldı ve kalış süreleri 8,41 gün, ortalama yaşlarının da 57,4 'dü. COVID-19 tanısı alıp entübe olan solid organ nakilli hasta oranı %4,3 olup yatış süresi ortalama

¹ Uzman Doktor, Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara/ Türkiye, hayri.canbaz@saglik.gov.tr 05447474617, ORCID: 000-0001-6989-7854

² Uzman Doktor, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul/ Türkiye, attila.bestemir@saglik.gov.tr 05323977737, ORCID: 0000-0003-0986-9039

³ Doktor Öğretim Üyesi, Ankara Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara/ Türkiye, azizahmet.surel@saglik.gov.tr 05057802715, ORCID: 0000-0002-4992-1754

⁴ Profesör Doktor, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Antalya/ Türkiye, bulentaydinli@gmail.com 05335500718, ORCID: 0000-0002-2242-1012

⁵ Profesör Doktor, Ankara Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara / Türkiye, drealdyekeler@hotmail.com 05326761759, ORCID:0 000-0001-8597-5242

⁶ Profesör Doktor, Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği, İstanbul/ Türkiye, ueldeg@yahoo.com 05322113928, ORCID: 0000-0002-2737-8113

⁷ Profesör Doktor, Dr. Siyami Ersek Eğitim Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul/ Türkiye, serapaykutaka@gmail.com 05324349199, ORCID: 0000-0001-8642-5277

7,6 gündü. Solid organ nakli olan tüm vakalarda toplam ölüm sayısı 318 (%2,19), ölenlerin yaş ortalaması 59,64 'du. COVID-19 tanısı almış tüm solid organ nakilli hastalarda ölüm oranı ise %7,38 olarak bulundu.

Sonuç: COVID-19 pandemisi tıbbi sosyal hizmetleri zorlaştırdığı göz önüne alındığında; Acil servislerde Solid organ nakli olan hastalar gibi hassas grupları izole etmenin, hızlı bir şekilde tanı ve yatış-taburcu kararı vermenin önemini ortaya koymaktadır. Bu kararın; hem COVID-19 enfeksiyonunun sosyal hayatta hassas gruplarda yayılmasını azaltmada hem de enfeksiyon sonrası gelişebilecek pnömoni ve ötesi mortalitenin azaltılmasına katkı sağladığı, acil servislerde sosyal hizmet uygulamalarının faydalı olduğu değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Covid-19, Acil servis, Tıbbi hizmet, Solid organ nakilleri, Mortalite.

INVESTIGATION OF EMERGENCY SERVICE AND HOSPITAL APPLICATIONS OF SOLID ORGAN TRANSPLANT PATIENTS INFECTED WITH COVID-19 IN TURKEY

Abstract

Introduction: In the COVID-19 pandemic, the disease adversely affected family and community life due to its human-to-human transmission feature, spreading rapidly and creating an excessive increase in Emergency Service applications. Caring for sensitive patients, such as transplant patients, has also become difficult. Due to both family and community transmission, the care, evaluation, emergency diagnosis and hospitalization decision of these vulnerable patients are critical in the Emergency Departments. Our aim in this study is to examine the application results of solid organ transplant patients in Turkey during the Covid-19 infection period while emergency service applications are increasing.

Method: In this non-invasive retrospective observational study; Between March 2020 and January 2021, solid organ transplant patients who applied to the hospitals and who are recorded in the registry system of Turkish Ministry of Health Department of Tissue, Organ Transplantation and Dialysis, with the suspicion of Covid-19 in Turkey were included. The clinical and radiological parameters of 14,463 cases recorded in the information systems of the Ministry of Health, the need for hospitalization in the service and intensive care unit, length of stay and mortality rates were examined.

Result: 70.39% (10.180) of the cases were kidney transplant recipients, 22% (3245) were liver transplant recipients, 4.98% (721) were heart transplant recipients, 1.85% (262) were lung transplant recipients, 0.21% (30) were small bowel transplant recipients, 0.17% (25) were pancreatic transplant recipients. The mean hospitalization rate of all solid organ transplant patients was 86.7%. When solid organ transplant patients were evaluated, pneumonia was detected in 40.9% (1765) of 4307 patients diagnosed with COVID-19, 1691 (39.2%) were hospitalized, with an average of 10.08 days. The mean age was 48.83. 448 (10.4%) cases were hospitalized in the intensive care unit, and their length of stay was 8.41 days and their mean age was 57.4 years. The rate of solid organ transplant patients diagnosed with COVID-19 and intubated was 4.3%, and the average length of stay was 7.6 days. The total number of deaths in all cases with solid organ transplantation was 318 (2.19%), and the mean age of those who died was 59.64 years. The mortality rate in all solid organ transplant patients diagnosed with COVID-19 was 7.38%.

Conclusion: Considering that the COVID-19 pandemic complicates medical social services; It demonstrates the importance of isolating vulnerable groups such as patients with solid organ transplants in emergency departments and making a rapid diagnosis and hospitalization-discharge decision. Therefore; We think that it contributes to both reducing the spread of COVID-19 infection in vulnerable groups in social life and reducing the post-infection pneumonia and beyond mortality, and social work practice in emergency services are beneficial

Keywords: Covid-19, Emergency service, Medical service, Solid organ transplants, Mortality.

1. Giriş

Koronavirüsler (CoV), Coronaviridae ailesi içinde yer alan tek zincirli, zarflı RNA virüsleridir. İnsanlarda CoV'un neden olduğu hastalık spektrumu soğuk algınlığı gibi hafif enfeksiyon tablolarından, Middle East Respiratory Syndrome (MERS) ve Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) gibi ciddi enfeksiyon tablolarına varana kadar geniş yelpazede hastalıklarla sonuçlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde pnömoni vakaları bildirilmiş ve 7 Ocak 2020'de etken

daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs "2019-nCoV" olarak tanımlanmıştır. Sonrasında 2019-nCoV'un neden olduğu enfeksiyon "COVID-19", virüs ise SARS CoV'a benzerliğinden dolayı "SARS-CoV-2" olarak isimlendirilmiştir. COVID-19 salgını hızla tüm dünyayı etkisi altına almış ve DSÖ 11 Mart 2020'de dünyada pandemi ilan etmiştir. Virüsün bu denli hızlı yayılımı gerek toplum sağlığı üzerinde gerekse tıbbi sosyal hizmetler üzerinde büyük sıkıntıları beraberinde getirmiş, aile yaşamındaki zorluklar ile beraber mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden birisi haline gelmiştir. Ocak 2021 itibarıyla yaklaşık 100 milyon covid-19 vakası görülmüş ve 2 milyona yakın insan da hayatını kaybetmiştir (WHO, 2021).

COVID-19 pandemisinde hastalık, insandan insana bulaşma özelliği nedeniyle aile ve toplum yaşamını olumsuz etkilemiş, hızla yayılarak Acil Servis başvurularında aşırı bir artış oluşturmuştur. Toplumda hassas gruplardan birisi olan organ nakli yapılan hastaların bakımı da zor bir hal almıştır. Bu durumdan hem nakil aktivitelerini hem de nakil alıcı hastaları olumsuz etkilemiştir. Çünkü COVID-19 gelişen hastalarda ortaya çıkan hasarın önemli bir kısmından virüsün kendisi ile birlikte virüs tarafından tetiklenen immün sistem sorumludur. Hem aile içindeki bulaş hem de toplum içindeki bulaş nedeniyle Acil Servislerde bu hassas hastaların bakımı, değerlendirilmesi, acil tanısı ve yatış kararının derhal verilmesi önemlidir. Çünkü organ transplantasyonu yapılan hastalar immün sistemdeki baskılama nedeni ile COVID-19 hastalığı için özellikle kritik risk altındadırlar (Caillard vd. 2021; Lubetzky vd. 2020; Banerjee vd. 2020; Chen vd. 2020; Shingare vd. 2020; Chaudhry vd. 2020). Transplantasyon sürecinde önemli sıkıntıların başında ise nakil hastası ve/veya vericide ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklardır. Bulaşıcı hastalıklar acil servise başvuru öncesinde olabildiği gibi başvuru sırasında da nakil hastalarına bulaşabilmektedir. Organ nakilli bireyin kaybı hem aileyi hem de sosyal çevreyi çok fazla olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hassas gruplardan biri olan nakil hastalarının tanı ve tedavisi ile yatış kararı ve izolasyonu önem arz etmektedir. Türkiye'de organ nakilli hastaların Covid-19 dönemindeki durumunu gösterir geniş kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada amacımız; Acil servis başvurularının arttığı Covid-19 enfeksiyonu sürecinde Türkiye'de Solid organ nakilli hastaların hastane başvuru sonuçlarının incelenerek Türkiye'de Solid organ nakilli hastalarda Covid-19 enfeksiyonu sürecinde oluşan değişiklikler hakkında bilgi edinmek amaçlanmaktadır.

2. Gereç ve Yöntem

Girişimsel olmayan retrospektif gözlemsel dizayn edilen bu çalışmada; hastaların Sağlık Bakanlığı hasta bilgi sistemlerine kaydedilmiş klinik ve radyolojik bilgisayarlı tomografi sonuçları, servis ve yoğun bakım yatış ihtiyacı, yatış süreleri ve ölüm oranları incelendi. Ankara Şehir Hastanesi Etik kurulundan 10.03.2021 tarih ve E2-21-243 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya Mart 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Türkiye'de Covid-19 pandemisi nedeniyle acil servis başvurularının arttığı bu süreçte Covid-19 şüphesiyle hastaneye başvuran solid organ nakilli kişiler dahil edildi. WHO tarafından önerilen ve T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından

bilimsel kurul çalışmasıyla yayınlanan COVID-19 Enfeksiyonu rehberine göre; COVID-19 Enfeksiyonu; 2019-nCoV nükleik asidinin gerçek zamanlı floresan (RT-PCR) tespiti pozitif olanlar, serum 2019-nCoV'ye özgü IgM antikorları pozitif olanlar, Toraks BT Covid-19 pnömoni bulguları varlığı durumlarında onaylandı (8). 2019-nCoV nükleik asidinin ardışık iki testi (en az 24 saat arayla numune alma süresi) negatifse ve 7 gün sonra 2019-nCoV'ye özgü IgM/IgG antikorları hala negatifse COVID-19 olarak kabul edilmedi. 2019-nCoV nükleik asit tespiti nazofarenks sürüntülerinde, balgamda, diğer alt solunum yolu salgılarında (balgam veya hava yolu ekstreleri) tercih edildi.

3. Bulgular

Mart 2020-Mart 2021 tarihleri arasında Türkiye'de COVID-19 şüphesiyle hastanelere başvuran solid organ nakilli 14.463 olgu incelendi. Bu olguların %70,39'u (10.180) böbrek nakilli kişiler, %22'si (3245) karaciğer nakilli kişiler, %4,98'i (721) kalp nakli olmuş kişiler, %1,85'i (262) akciğer nakilliler, %0,21'ü (30) ince barsak nakilliler, %0,17'si (25) pankreas nakli olmuş kişilerden oluşuyordu (Tablo 1).

İncelenen 14.463 olguda Covid-19 enfeksiyonu tanısı konanların sayısı toplam 4307 (%29,77) olarak bulundu. COVID-19 enfeksiyonu tanısı konan 4307 kişinin 3439'unu (%79,84) böbrek nakilli olgular, 827'sini (%19,35) karaciğer nakilli olgular, 34'ünü (%0,78) kalp nakli olanlar, 6'sını (%0,14) akciğer nakli olanlar, 1'ini pankreas nakli olan (%0,025) hastalar oluşuyordu. İnce barsak nakli olan 30 kişide COVID-19 enfeksiyonu saptanmadı (Tablo 1). COVID-19 tanısı alan tüm solid organ nakilli hastanın ortalama yaşları 48,6, pnömoni tespit edilenlerde ise ortalama yaş 52,1 olarak bulundu (Tablo 2).

Solid organ nakilli hastalarda toraks BT ile doğrulanmış COVID-19 pnömonisi tanısı alanlar değerlendirildiğinde; COVID-19 enfeksiyonu tanısı almış 3439 böbrek nakilli hastanın 1444'ünde (%41,98), 827 karaciğer nakilli hastanın 304'ünde (%36,7), 34 kalp nakilli hastanın 13'ünde (%38,2), 6 akciğer nakilli hastanın 4'ünde (%66,6), pnömoni tespit edildi. İnce barsak ve pankreas nakilli hastalarda COVID-19 pnömonisi saptanmadı. Tüm solid organ nakilli hastalar değerlendirildiğinde COVID-19 tanısı konan 4307 hastanın %40,9'unda (1765) pnömoni saptandı(Tablo 3).

COVID-19 enfeksiyon tanısı alan solid organ nakilli hastalarda servise yatanların sayısı-oranı, yaş ortalaması, hastanede kalış süreleri incelendi. COVID-19 enfeksiyonu tanısı almış 3439 böbrek nakilli hastanın 1211'i (%35,2) servise yatırıldı, ortalama 10,55 gün hastanede kaldılar ve yatanların yaş ortalamaları 50 idi. Karaciğer nakilli 827 hastanın 435'nin (%52,5) servis yatışı oldu, ortalama 8,85 gün hastanede kaldılar ve yaş ortalamaları 46 bulundu. Kalp nakilli 34 hastanın 30'u (%88,2) servise yatırıldı, ortalama 10,16 gün takip edildi ve yaş ortalamaları 43 olarak saptanmıştır. Akciğer nakilli 6 hastanın 6'sı (%100) da hastanede servise yatırıldı, hastanede 8,39 gün kaldılar ve yaş ortalaması da 52 idi. İnce barsak nakli olan 30 vakada COVID-19 enfeksiyonuna rastlanmadı. Pankreas nakli olan ve COVID-19 PCR test pozitifliği olan sadece 1 vaka mevcut olup, yatış ihtiyacı doğmadı. COVID-19 enfeksiyonu olan solid organ

nakilli hastaların 1691'i (%39,2) hastaneye yatırıldı, ortalama 10,08 gün hastanede serviste yatışları oldu ve yaş ortalamaları da 48,83 olarak bulundu (Tablo 1,2)

Pnömoni tanısı alıp hastaneye yatanların oranlarına baktığımızda, toraks bt ile doğrulanmış pnömonisi olan 1444 böbrek nakilli hastanın 1211'i (%83,6), karaciğer nakilli pnömonili 304 hastanın tamamı (%100), kalp nakli olmuş 13 hastanın tamamı (%100), akciğer nakli olan pnömonili 4 hastanın tamamı (%100) hastaneye yatırılıp ortalama 10,08 gün hastanede takip edildi. Tüm solid organ nakillerinde ortalama yatış oranı %86,7 çıktı (Tablo 3).

COVID-19 enfeksiyonu tanısı alan solid organ nakilli hastalarda yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatanların sayısı-oranı, yaş ortalaması, yatış süreleri incelendi. Böbrek nakilli olgularda YBÜ yatış oranı %10,41 (358), ybü'de ortalama yatış süreleri 8,6 gün, yatanların ortalama yaşı da 54 'dü. Karaciğer nakilli olgularda %10,03 (83) oranında YBÜ yatışı oldu, ortalama yatış süresi 7,9 gün, yatanların ortalama yaşı da 64 'dü. Kalp nakilli olgularda YBÜ yatış oranı %20,5 (7), yatış süresi 9,33 gün, yatanların ortalama yaşı da 63 'dü. Akciğer nakli, pankreas nakli, ince barsak nakli yapılmış olan olgularda yoğun bakıma yatış yapılmadı. Solid organ nakilli toplam 448 (%10,4) vaka YBÜ 'ne yatırılmış olup, ortalama YBÜ 'nde kalış süreleri 8,41 gün, ortalama yaşlarının da 57,4 olduğu tespit edildi (Tablo 2-4).

COVID-19 tanısı alan 3439 böbrek nakilli hasta içerisinde entübe olan hasta sayısı 119 (%3,46) bulundu. Entübe durumda ortalama yatış süresi de 7,32 gündü. COVID-19 tanısı alan karaciğer nakilli 827 hastanın 61'i (%7,3) entübe edilerek takip edildi. Entübe olarak ortalama yatış süresi de 8,04 gündü. COVID-19 tanısı alan kalp nakilli 34 hastanın 6'si (%17,6) entübe edilerek takip edildi. Entübe olarak ortalama yatış süresi de 7,2 gündü. COVID-19 tanısı alıp entübe olan solid organ nakilli hasta oranı %4,3 çıkmış olup yatış süresi ortalama 7,6 gündü (Tablo 2-4).

Solid organ nakli yapılan olgularda ölüm sayısı-oranı, ortalama ölüm yaşı incelendi. Böbrek nakilli olup COVID-19 şüphesiyle hastaneye başvuran 10.180 olguda 244 (%2,4) kişi COVID-19 nedeniyle vefat etti, vefat edenlerin ortalama yaşı 59 olarak bulundu. COVID-19 tanısı almış böbrek nakilli (3439) hastalarda ölüm oranı %7,1 'di. COVID-19 şüphesiyle hastaneye başvuran Karaciğer nakilli 3245 olguda 68 (%2,1) kişi COVID-19 nedeniyle vefat etti, ortalama yaşları da 64 'dü. COVID-19 tanısı almış karaciğer nakilli (827) hastalarda ölüm oranı %8,2 idi. Kalp nakli olan COVID-19 şüphesiyle hastaneye başvuran 721 olguda COVID-19 nedeniyle ölüm sayısı 4 (%0,55), ortalama yaşı 50 olarak saptandı. COVID-19 tanısı almış kalp nakilli (34) hastalarda ölüm oranı %11,7 idi. Akciğer nakli olan COVID-19 şüphesiyle hastaneye başvuran 262 olguda sadece 2 (%0,76) hasta COVID-19 nedeniyle kaybedildi, ölenlerin yaş ortalaması da 42 idi. COVID-19 tanısı almış akciğer nakilli (6) hastalarda ölüm oranı %33,3 olarak saptandı. İnce barsak ve pankreas nakli olan COVID-19 şüphesiyle hastaneye başvuran olgularda COVID-19 nedeniyle ölüm yaşanmadı. COVID-19 şüphesiyle hastaneye başvuran Solid organ nakli olan tüm vakalarda COVID-19 nedeniyle toplam ölüm

sayısı 318 (%2,19), ölenlerin yaş ortalaması da 59,64 olarak bulundu. COVID-19 tanısı almış tüm solid organ nakilli hastalarda ölüm oranı da %7,38 olarak bulundu (Tablo 2-4).

4. Tartışma

COVID-19 enfeksiyonu dünyanın büyük bir bölümünde yayılmaya ve toplumlara ciddi şekilde etkilemeye devam ederken, acil servis başvurularını önemli derecede artırmıştır. Acil servise başvuran birçok hastanın yanında hassas gruptaki hastaların riskleri de kat ve kat artmıştır. Bu gruplardan biri olan solid organ nakli alıcıları, yüksek komorbidite oranları, sık hastane teması ve kronik immün yetmezlik nedeniyle enfeksiyon ve kötü sonuçlar açısından sosyal yaşam içinde yüksek risk altındadır (Caillard vd. 2021; Lubetzky vd. 2020; Banerjee vd. 2020; Chen vd. 2020; Shingare vd. 2020; Chaudhry vd. 2020). Çalışmamızda Türkiye’de salgının ilk 12 ayında, sağlık kuruluşlarına COVID-19 şüphesiyle başvuran 14.463 solid organ nakilli vaka incelenmiştir. Uluslararası alanda solid organ nakli olan hastaların COVID-19’a bağlı hastaneye yatışları, pnömoni mevcudiyeti, ölüm oranları, entübe hasta takip oranları gibi değerler de incelenip karşılaştırılmıştır. Birçok ülkede kısıtlı sayıda olguyla benzer çalışmalar yapılmıştır. Çalışmamız vaka sayısı açısından COVID-19 ile solid organ nakilli hasta ilişkisi incelendiğinde en kapsamlı çalışmadır.

Solid organ nakilli hastalarda COVID-19 enfeksiyonunun görülme yaşlarına baktığımızda ABD ve Avrupa kaynaklı çalışmalarda 56-62 yaş aralığında bildirimler göze çarpmaktadır (Grifoni vd. 2020; Craved vd. 2020; Akalin vd. 2020; Zhu vd. 2020; Columbia University Kidney Transplant Program, 2020; Alberici vd. 2020; Caillard vd. 2020; Benotmane vd. 2020; Kates vd. 2020; Chaudhry vd. 2020; Yi vd. 2020; Felldin vd. 2021; Pereira vd. 2020; Bossini vd. 2020). Çalışmamızda COVID-19 ile enfekte solid organ nakilli hastaların yaş ortalaması 48,6 saptanmıştır. Bunun da sebebi muhtemelen genç nüfusun ülkede yüksek oranda bulunmasından kaynaklı olduğunu düşündürmektedir.

Solid organ nakil oranlarına göz attığımızda böbrek naklinin en fazla nakil yapılan organ olduğu onu karaciğer, kalp, akciğer, ince barsak ve pankreasın takip ettiği görülmüştür. Uluslararası alanda yapılan çalışmalarda da bu oranların çok benzerdir (Kates vd. 2020; Felldin vd. 2021; Pereira vd. 2020; Bossini vd. 2020; Miarons vd. 2021; Malekhosseini vd. 2021; Webb vd. 2020; Becchetti vd. 2020; Latif, vd. 2020). COVID-19 Pnömonisi olan solid organ nakilli vakaları taradığımızda; çalışmamızda bu oran %40,9 ‘dur. Benzer çalışmalarda oranların %76 ile %96 arasında değişmekte(Caillard vd. 2021; Lubetzky vd. 2020; Banerjee vd. 2020; Caillard vd. 2020; Kates vd. 2020) olup bize vakalarda COVID-19 enfeksiyonu bulaşının ne derece tehlikeli olduğunu ve hızla pnömoniyeye ilerlediğini göstermektedir. Solid organ nakilli hasta grubunun Acil serviste tanı ve tedavisi ile yatış kararı ve izolasyonun önemli olduğunu düşündürmektedir. Bu karar; gerek hastanın yakın bakımını üstlenen aile bireyleri için, gerekse sosyal çevresi için önemli olduğunu akla getirmektedir.

Hastane yatışlarını incelediğimizde Türkiye’de COVID-19 enfeksiyonu görülen ancak pnömoni tespit edilmeyen solid organ nakilli vakalarda yatış oranı %39,2 idi. Bu oran uluslararası alanda %22 ile %76 arasında değişmektedir. Pnömoni tespit edilen vakalarda Türkiye’de yatış oranı %86,7 olarak tespit edilmişken, uluslararası alanda bu oran %32-100 arasında değişiklik göstermektedir (Caillard vd. 2021; Zhu vd. 2020; Columbia University Kidney Transplant Program 2020; Alberici vd. 2020; Caillard vd. 2020; Benotmane vd. 2021; Kates vd. 2020; Chaudhry vd. 2020; Yiv vd. 2020). Oranların bu denli farklı olmasının birçok nedeni olabilir. Ülkeler; mevcut vaka sayılarına, vakaların ciddiyetine, vakaların şiddetine, ülke nüfusuna, sağlık altyapısındaki yeterliliğine, sağlık kurullarının önerilerine göre hastanede takip ya da evden takip konusunda kararlar almışlardır. Her ne kadar oranlarda birçok değişken olsa da güncel yayınlar ve çalışmamızın sonuçları bize COVID-19 pnömonisi mevcut olan hastalardaki yatış oranlarının fazla olduğunu göstermektedir.

Yoğun bakım ünitesine(YBÜ) yatış oranları Türkiye’de (%10,4), entübe takip edilen hasta oranının da %4,3 ‘dü. Uluslararası çalışmalarda YBÜ ’nde takip oranının %26 ile %39 arasında değiştiği, entübe takip edilen vakaların da %22 ile %39 arasında olduğu görülmüştür. Uluslararası alandaki çalışmalara göre Türkiye’de hem YBÜ ’nde yatan hem de entübe takip edilen hasta oranlarının düşük olduğu görülmüştür (Grifoni vd. 2020; Craved vd. 2020; Akalin vd. 2020; Zhu vd. 2020; Columbia University Kidney Transplant Program, 2020; Alberici vd. 2020; Caillard vd. 2020; Benotmane vd. 2020; Kates vd. 2020; Chaudhry vd. 2020; Yi vd. 2020; Felldin vd. 2021; Pereira vd. 2020). Türkiye’de Acil servislerdeki Solid organ nakilli hastalar gibi hassas gruptaki hastalara hızlı bakı ve servise yatış kararının derhal verilmesinin etkili olduğunu düşünüyoruz. Bu grup hastaların acil serviste bekletilmemesini, taburcu ya da yatış kararının derhal verilmesini ve izolasyonuna dikkat edilmesi gerekmektedir.

Ulusal ve uluslararası tüm çalışmalar bize genel popülasyona göre COVID-19 ile enfekte solid organ nakilli hastalarda vaka oranlarının, pnömoni oranlarının, servis ve yoğun bakıma yatış oranlarının, mortalite oranlarının yüksek olduğunu, bunun solid organ nakilli hastaların immun sistemi ile ilgili olduğunu düşündürmektedir (Grifoni vd. 2020; Craved vd. 2020; Akalin vd. 2020; Zhu vd. 2020; Columbia University Kidney Transplant Program, 2020; Alberici vd. 2020; Caillard vd. 2020; Benotmane vd. 2020; Kates vd. 2020; Chaudhry vd. 2020; Yi vd. 2020; Felldin vd. 2021; Pereira vd. 2020). Covid-19 enfeksiyonu sürecinde immün sistemi baskılanmış hastalar genellikle atipik veya zayıf enfeksiyon belirtileri göstermekte bu da genellikle geç başvurulara veya atlanan tanılara yol açtığı gibi sosyal çevrede aile ve yakın çevreye yayılma riskini artırmaktadır. Dolayısıyla bu grup hastalarda daha yüksek sonuçların görülmesi olasıdır.

COVID-19 pandemisi acil servis başvurularını artırdığı gibi birçok toplum sağlığını ve tıbbi hizmetleri olumsuz yönde etkilemektedir. Mortalite oranlarını incelediğimizde, Türkiye’de 318 ölüm bildirildi. Solid organ nakilli olup hastaneye başvuran tüm olgularda bu oran %2,19 olarak saptandı, COVID-19 enfeksiyonu olan solid organ nakilli olgularda ise %7,38 idi. ABD, Fransa, İspanya, İsveç gibi uluslararası alanda yapılan

birçok çalışma incelenmiş ve ölüm oranlarının %10 ile %32 arasında değiştiği görülmüştür. COVID-19 ile enfekte solid organ nakilli hastaların Türkiye'deki ölüm oranları uluslararası alanda bildirilen ölüm oranlarına göre düşüktür (Grifoni vd. 2020; Craved vd. 2020; Akalin vd. 2020; Zhu vd. 2020; Columbia University Kidney Transplant Program, 2020; Alberici vd. 2020; Caillard vd. 2020; Benotmane vd. 2020; Kates vd. 2020; Chaudhry vd. 2020; Yi vd. 2020; Felldin vd. 2021; Pereira vd. 2020).

5. Sonuç

Bu çalışma tıbbi sosyal hizmetlerin zorlaştığı, acil servis yoğunluğunun kat kat arttığı dönemde, toplumdaki hassas gruplardan nakil alıcılarının COVID-19 enfeksiyonu sonrası gerek yüksek pnömoni oranlarını göstermede gerekse artan servis ve yoğun bakım ünitelerine yatış oranlarını, entübasyon ihtiyacını ve mortalite oranlarını göstermede güçlü, yol gösterici olabilecek bir çalışma olmuştur.

COVID-19 enfeksiyonu olan solid organ nakillerine başta acil servislerde olmak üzere yaklaşımın önemini, ciddiyetini, olası sonuçlarını bize göstermesi açısından anlamlıdır. COVID-19 ile enfekte solid organ nakilli hastaların Türkiye'deki ölüm oranları uluslararası alanda başta ABD(Newyork), İspanya(Barcelona), İsveç, Fransa 'da bildirilen ölüm oranlarına göre düşüktür.

Solid organ nakillerinde bulaşın azaltılmasına yönelik acil servislerde izolasyon, hızlı tanı ve yatış-taburcu kararı gibi tedbirler önemlidir. Acil servislerde sağlık hizmet sunum organizasyonlarının hastaların mortalitesi üzerinde etkili olduğu, organizasyon kabiliyeti yüksek olan ülkemizde alınan tedbirler vesilesiyle ölüm oranlarının dünyanın çeşitli ülkelerine göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu sebeple yukarıda vurgulanan tedbirlerin alınması, COVID-19 enfeksiyonunun hem sosyal hayatta hassas gruplarda yayılmasının önlenmesine hem de enfeksiyon sonrası gelişebilecek pnömoni ve ötesi mortalitenin azaltılmasına katkı sağladığı, acil servislerde sosyal hizmet uygulamalarının faydalı olduğu değerlendirilmektedir.

6. Teşekkürler

Kıymetli katkılarından dolayı Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Fatih KACIROĞLU ve Birim Sorumlusu Seher TAŞ 'a sonsuz teşekkür eder, saygılar sunarız.

7. Çıkar Çatışması

Yazarların hiçbirinin, gönderim sürecinde çalışmalarını etkilemiş olabilecek herhangi bir kişi veya kuruluşla herhangi bir finansal veya kişisel ilişkisi yoktur.

8. Finansman

Bu çalışmanın finansman kaynağı yoktur.

Kaynakça

1. World Health Organization Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Access date 01 Jan 2021, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Caillard, S., Chavarot, N., Francois, H., Matignon, M., Greze, C., Kamar, N., ... & French SOT COVID Registry. (2021). Is Covid-19 infection more severe in kidney transplant recipients?. *American Journal of Transplantation*, 21(3), 1295-1303. Doi: 10.1111/ajt.16424.
3. Lubetzky, M., Aull, M. J., Craig-Schapiro, R., Lee, J. R., Marku-Podvorica, J., Salinas, T., ... & Dadhania, D. M. (2020). Kidney allograft recipients, immunosuppression, and coronavirus disease-2019: a report of consecutive cases from a New York City transplant center. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 35(7), 1250-1261. doi: 10.1093/ndt/gfaa154.
4. Banerjee, D., Popoola, J., Shah, S., Ster, I. C., Quan, V., & Phanish, M. (2020). COVID-19 infection in kidney transplant recipients. *Kidney international*, 97(6), 1076-1082.. doi: 10.1016/j.kint.2020.03.018.
5. Chen, T. Y., Farghaly, S., Cham, S., Tatem, L. L., Sin, J. H., Rauda, R., ... & Sumrani, N. (2020). COVID-19 pneumonia in kidney transplant recipients: Focus on immunosuppression management. *Transplant Infectious Disease*, 22(5), e13378. doi: 10.1111/tid.13378.
6. Shingare, A., Bahadur, M. M., & Raina, S. (2020). COVID-19 in recent kidney transplant recipients. *American Journal of Transplantation*, 20(11), 3206-3209. doi: 10.1111/ajt.16120.
7. Chaudhry, Z. S., Williams, J. D., Vahia, A., Fadel, R., Parraga Acosta, T., Prashar, R., ... & Alangaden, G. J. (2020). Clinical characteristics and outcomes of COVID-19 in solid organ transplant recipients: a cohort study. *American Journal of Transplantation*, 20(11), 3051-3060. doi: 10.1111/ajt.16188.
8. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgileridemiyolojivetanipdf.pdf>, 27 Aralık 2020.
9. Grifoni, A., Weiskopf, D., Ramirez, S. I., Mateus, J., Dan, J. M., Moderbacher, C. R., ... & Sette, A. (2020). Targets of T cell responses to SARS-CoV-2 coronavirus in humans with COVID-19 disease and unexposed individuals. *Cell*, 181(7), 1489-1501. doi: 10.1016/j.cell.2020.05.015
10. Cravedi, P., Mothi, S. S., Azzi, Y., Haverly, M., Farouk, S. S., Pérez-Sáez, M. J., ... & Riella, L. V. (2020). COVID-19 and kidney transplantation: results from the TANGO International Transplant Consortium. *American Journal of Transplantation*, 20(11), 3140-3148. doi:10.1111/ajt.16185

11. Akalin, E., Azzi, Y., Bartash, R., Seethamraju, H., Parides, M., Hemmige, V., ... & Kinkhabwala, M. (2020). Covid-19 and kidney transplantation. *New England Journal of Medicine*, 382(25), 2475-2477. Doi: 10.1056/NEJMc2011117
 12. Zhu, L., Gong, N., Liu, B., Lu, X., Chen, D., Chen, S., ... & Chen, Z. (2020). Coronavirus disease 2019 pneumonia in immunosuppressed renal transplant recipients: a summary of 10 confirmed cases in Wuhan, China. *European urology*, 77(6), 748-754. doi: 10.1016/j.eururo.2020.03.039
 13. Columbia University Kidney Transplant Program. (2020). Early description of coronavirus 2019 disease in kidney transplant recipients in New York. *Journal of the American Society of Nephrology*, 31(6), 1150-1156. doi: 10.1681/ASN.2020030375
 14. Alberici, F., Delbarba, E., Manenti, C., Econimo, L., Valerio, F., Pola, A., ... & Scolari, F. (2020). A report from the Brescia Renal COVID Task Force on the clinical characteristics and short-term outcome of hemodialysis patients with SARS-CoV-2 infection. *Kidney international*, 98(1), 20-26. doi: 10.1016/j.kint.2020.04.030
 15. Caillard, S., Anglicheau, D., Matignon, M., Durrbach, A., Greze, C., Frimat, L., ... & Saliba, F. (2020). An initial report from the French SOT COVID Registry suggests high mortality due to Covid-19 in recipients of kidney transplants. *Kidney international*, 98(6), 1549-1558. doi:10.1016/j.kint.2020.08.005
 16. Benotmane, I., Perrin, P., Vargas, G. G., Bassand, X., Keller, N., Lavaux, T., ... & Caillard, S. (2021). Biomarkers of cytokine release syndrome predict disease severity and mortality from COVID-19 in kidney transplant recipients. *Transplantation*, 105(1), 158-169. doi:10.1097/TP.00000000000003480
 17. Kates, O. S., Haydel, B. M., Florman, S. S., Rana, M. M., Chaudhry, Z. S., Ramesh, M. S., ... & Limaye, A. P. (2020). COVID-19 in solid organ transplant: a multi-center cohort study. *Clinical infectious diseases*. doi:10.1093/cid/ciaa1097
 18. Chaudhry, Z. S., Williams, J. D., Vahia, A., Fadel, R., Parraga Acosta, T., Prashar, R., ... & Alangaden, G. J. (2020). Clinical characteristics and outcomes of COVID-19 in solid organ transplant recipients: a cohort study. *American Journal of Transplantation*, 20(11), 3051-3060. doi:10.1111/ajt.16188
 19. Yi, S. G., Rogers, A. W., & Saharia, A. (2020). Early experience with COVID-19 and solid organ transplantation at a US high-volume transplant center [e-pub ahead of print]. *Transplantation doi : 10.1097/TP*, 3339.
 20. Felldin, M., Søfteland, J. M., Magnusson, J., Ekberg, J., Karason, K., Schult, A., ... & Friman, V. (2021). Initial report from a Swedish high-volume transplant center after the first wave of the COVID-19 pandemic. *Transplantation*, 105(1), 108-114. doi:10.1097/TP.00000000000003436
 21. Pereira, M. R., Mohan, S., Cohen, D. J., Husain, S. A., Dube, G. K., Ratner, L. E., ... & Verna, E. C. (2020). COVID-19 in solid organ transplant recipients: initial report from the US epicenter. *American journal of transplantation*, 20(7), 1800-1808. doi: 10.1111/ajt.15941
-

22. Bossini, N., Alberici, F., Delbarba, E., Valerio, F., Manenti, C., Possenti, S., ... & Brescia Renal COVID task force. (2020). Kidney transplant patients with SARS-CoV-2 infection: the Brescia renal COVID Task force experience. *American Journal of Transplantation*, 20(11), 3019-3029. doi:10.1111/ajt.16176
23. Miarons, M., Larrosa-García, M., García-García, S., Los-Arcos, I., Moreso, F., Berastegui, C., ... & Gorgas-Torner, M. Q. (2021). COVID-19 in solid organ transplantation: a matched retrospective cohort study and evaluation of immunosuppression management. *Transplantation*, 105(1), 138-150. doi:10.1097/TP.0000000000003460
24. Malekhosseini, S. A., Nikoupour, H., Gholami, S., Shamsaeefar, A., Arasteh, P., Kazemi, K., ... & Nikeghbalian, S. (2021). A report of 85 cases of COVID-19 and abdominal transplantation from a single center: what are the associated factors with death among organ transplantation patients. *Transplantation*, 105(1), 90-99. doi: 10.1097/TP.0000000000003470
25. Webb, G. J., Marjot, T., Cook, J. A., Aloman, C., Armstrong, M. J., Brenner, E. J., ... & Moon, A. M. (2020). Outcomes following SARS-CoV-2 infection in liver transplant recipients: an international registry study. *The lancet Gastroenterology & hepatology*, 5(11), 1008-1016. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30271-5
26. Becchetti, C., Zambelli, M. F., Pasulo, L., Donato, M. F., Invernizzi, F., Detry, O., ... & Dufour, J. F. (2020). COVID-19 in an international European liver transplant recipient cohort. *Gut*, 69(10), 1832-1840. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321923
27. Latif, F., Farr, M. A., Clerkin, K. J., Habal, M. V., Takeda, K., Naka, Y., ... & Uriel, N. (2020). Characteristics and outcomes of recipients of heart transplant with coronavirus disease 2019. *JAMA cardiology*, 5(10), 1165-1169. doi:10.1001/jamacardio.2020.2159
28. Sağlık Bakanlığı Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Dairesi Başkanlığı TTDİS Sistemleri Kamuoyu Aydınlatma Platformu. Erişim tarihi 01 Temmuz 2021, <https://organkds.saglik.gov.tr/dss/Default.aspx>

Tablo 1: Solid organ nakli olan hastaların Covid-19 Enfeksiyonu Tanı koyulma, Yatış yeri kararı ve süresi açısından dağılımı.

Nakil Yapılan Solid Organlar	COVID-19 şüphesiyle başvuran olgu Sayısı ve Oranı	COVID-19 Enfeksiyonu olan Nakilli Hasta Sayısı ve Oranı	COVID-19 Enfeksiyonu olan Nakilli Hastalarda Servis Yatış sayısı/oranı	Serviste Yatış süresi/gün	YBÜ Yatış süresi/gün	Entübe olarak Yatış Süresi/gün
Böbrek	10.180 %70,3	3439 %33,7	1211 %35,2	10,55	8,6	7,32
Karaciğer	3245 %22,43	827 %25,45	435 %52,5	8,85	7,93	8,04
Kalp	721 %4,98	34 %4,7	30 %88,2	10,16	9,33	7,2
Akciğer	262 %1,82	6 %2,29	15 %100	8,39	-	-
İnce Barsak	30 %0,21	0	-	-	-	-
Pankreas	25 %0,17	1 %4	0	0	-	-
TOPLAM Sayı/Ortalama	14463	4307 %29,77	1691 %11,69	10,08	8,41	7,6

Tablo 2 : Covid-19 Enfeksiyonu olan solid organ nakilli hastaların yaş ortalamaları.

Nakil yapılan Solid Organlar	COVID-19 şüphesiyle başvuran olgu sayısı ve Oranı	Covid-19 Enfekte Hasta Yaş Ortalaması	Covid-19 Pnömonisi olan Hastaların Yaş Ortalaması	Hastaneye Yatan Hastaların Yaş Ortalaması	YBÜ Yatan Hastaların Yaş Ortalaması	Ölen Hastaların Yaş Ortalaması
Böbrek	10.180 %70,3	48	51	50	54	59
Karaciğer	3245 %22,43	52	58	46	64	64
Kalp	721 %4,98	46	44	43	63	50
Akciğer	262 %1,82	42	41	52	-	42
İnce Barsak	30 %0,21	-	-	-	-	-
Pankreas	25 %0,17	49	-	-	-	-
Toplam Sayı Yaş Ortalaması	14463	48,6	52,1	48,83	57,4	59,64

Tablo 3 : Solid organ nakli olan hastaların Covid-19 Pnömonisi oranları ve dağılımı.

Nakil yapılan Solid Organlar	COVID-19 Enfeksiyonu olan Nakil Sayısı	COVID-19 Pnömonisi Tanılı Hasta Sayısı	COVID-19 enfeksiyonu olan nakilli hasta sayıları içerisinde Pnömoni Tanılı Hasta Oranı (Her solid organ kendi içerisinde değerlendirilmiştir.)	Pnömoni tanılı hastaların Hastaneye Yatış Oranı
Böbrek	3439	1444	%41,98	%83,6
Karaciğer	827	304	%36,7	%100
Kalp	34	13	%38,2	%100
Akciğer	6	4	%66,6	%100
İnce Barsak	0	0	-	-
Pankreas	1	0	0	-
TOPLAM Sayı ve Ortalama	4307	1765	%40,9	%86,7

Tablo 4 : Covid-19 Enfeksiyonu olan solid organ nakilli hastaların yoğun bakım yatışı, entübasyon ve ölüm oranları.

Nakil yapılan Solid Organlar	COVID-19 Enfeksiyonu olan Nakilli Hasta Sayısı	YBÜ 'nde yatan hasta sayısı ve oranı (Her solid organ kendi içerisinde değerlendirilmiştir.)	Entübe olan Hasta Sayısı ve Oranı	Ölüm sayısı ve oranı (Her solid organ kendi içerisinde değerlendirilmiştir.)
Böbrek	3439	358 %10,41	119 %3,46	244 %7,1
Karaciğer	827	83 %10,03	61 %7,3	68 %8,2
Kalp	34	7 %20,5	6 %17,6	4 %11,7
Akciğer	6	0	0	2 %33,3
İnce Barsak	0	0	0	0
Pankreas	1	0	0	0
TOPLAM Sayı/Ortalama	4307	448 %10,40	186 %4,3	318 %7,38



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Öğr. Gör. Dr. Mehtap PEKESEN¹
Dr. Öğretim Üyesi Şengül AKDENİZ²
Doç. Dr. Alper SİNAN³

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 02.07.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised:09.09.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 27.09.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.961336

Makale Künyesi/To cite this article: Pekesen, M., Akdeniz, Ş. ve Sinan, A. (2021, Aralık). Üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18: 82-103. Doi: 10.46218/tshd.961336

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Şengül AKDENİZ, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri, Yaşlı Bakım Programı, Antalya/Türkiye
email: sengulakdeniz@akdeniz.edu.tr ORCID: 0000-0002-4477-7159

Öz

Bu araştırmanın amacı, yaşlılık bilimi ve yaşlı bakımı üzerine eğitim alan Gerontoloji bölümü ve Yaşlı Bakım programı öğrencileri ile Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda diğer farklı programlarda eğitim alan üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını belirlemektir. Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın çalışma grubunu 780 öğrenci oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak öğrenci bilgi formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği formu (YATÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS-23 paket programı ile elde edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik çoğunlukla olumlu tutum sergilediği ve yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği puanları ile öğrencilerin cinsiyet, sınıf düzeyi, öğrenim görülen bölümü, mezuniyet sonrası yaşlı yetişkin ile çalışma isteği değişkenleri arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Öğrencilerin sınıf düzeyleri arttıkça olumlu ayrımcılık tutum puanlarının da arttığı, özellikle ikinci sınıfta okuyan Gerontoloji bölümü öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutumlarının diğer öğrencilere göre sıralama ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Yaşlı ayrımcılığı, Tutum, Öğrenci.

DETERMINING THE ATTITUDES OF UNIVERSITY STUDENTS ABOUT ELDER DISCRIMINATION

Abstract

The purpose of this research is to determine the attitudes of the students of the Department of Gerontology and the Elderly Care program, who are educated on the science of aging and elderly care and the university students who are studying in other different programs in the Vocational School of Health Services towards ageism. The study group of this descriptive study consists of 780 students. Student information form and Ageism Attitude Scale (AAS) were used as data collection tools. The analysis of the data was obtained with the SPSS-23 package program. According to the findings obtained from the research; It was determined that university students mostly showed a positive attitude towards ageism and there was a

¹ Öğr. Gör. Dr., Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri, Yaşlı Bakım Programı, Antalya/Türkiye mehtappekesen@gmail.com ORCID: 0000-0003-2193-1675

² Dr. Öğretim Üyesi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri, Yaşlı Bakım Programı, Antalya/Türkiye sengulakdeniz@akdeniz.edu.tr ORCID: 0000-0002-4477-7159

³ Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme, Antalya/Türkiye asinan@akdeniz.edu.tr ORCID: 0000-0001-6632-5500

significant difference between the ageism attitude scale scores and the variables of gender, grade level, department of education, post-graduation old adult and research desire ($p<0.05$). It was found that as the grade levels of the students increased, the positive discrimination attitude scores increased, especially the second-year Gerontology students' positive attitudes towards ageism were higher than the other students and this difference was statistically significant.

Keywords: *Elderly, Ageism, Attitude, Student.*

Giriş

Yaşlanma, kronolojik olarak ilerleyen takvim yaşı ile birlikte kişinin sosyal rollerinin değişmesi, mental ve fiziksel yeteneklerinin zayıflaması ve değişen şartlara uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Dolayısıyla yaşlanma her canlının deneyimleyeceği, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları olan, zamanla bireylerde gerilemelerin oluşacağı ve ölümlerle sonuçlanacak olan doğal bir süreçtir. Ancak bu doğal süreç içerisinde yer alan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün "65 yaş ve üzeri" olarak tanımladığı yaşlılık döneminde, yaşa bağlı ayrımcılığın gelişmesinde rol oynayan bazı faktörler yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2018; Marshall, 2015). Bu faktörler ölüm korkusu, gençliğe ve üretkenliğe verilen önem, kuşaklar arası çatışmalar ve empati yoksunluğu gibi bir takım önyargı ve kalıp yargılardan oluşmaktadır. Çok genç yaşlarda, yaşlılığa dair kalıp fikirler edinmeye başlayan insanlar, yaşam boyunca bu fikirleri içselleştirilmeye devam etmektedir (Marshall, 2015).

Ayrımcılık dünya genelinde yaygın bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanların, çoğunlukla kendilerinden farklı kişileri otomatik olarak kategorize etme eğilimleri ayrımcılığı doğurmaktadır. Bütün toplumlarda farklı sosyal, kültürel, politik, psikolojik geçmişe sahip bireylerin sahip oldukları bu farklılıklar nedeniyle ayrımcılığa maruz kalması toplumsal bir gerçeklik olarak görülebilmektedir. Günümüzde bir hak ihlali olarak tanımlanan ayrımcılık, insan hakkı olarak vatandaşlık, eşit ve adil bir şekilde toplumsal hayata katılabilmeye engel teşkil etmektedir. Ayrımcılık literatürüne bakıldığında toplumda güçsüz grupların ayrımcılığa maruz kalma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Cankurtaran ve Beydili, 2016).

Yaş temelinde insanlara karşı önyargı veya ayrımcılık olarak tanımlanan yaş ve yaşlı ayrımcılığı, bireyler üzerinde önemli derecede olumsuz etkileri olan uluslararası bir probleme işaret etmektedir (Burnes vd., 2019 ; Chonody, 2015). İnsanlarda bilişsel boyutta kalıp yargılar ve duygusal boyutta önyargılar ile şekillenerek kendini gösteren yaşlı ayrımcılığı, yaşlı yetişkinleri hasta, bakıma muhtaç ve çalışan nüfus üzerinde yük olarak kategorize etmektedir (Özates Gelmez, 2019; Pekesen, 2020:128-129). Toplumun bu bakış açısı yaşlı ayrımcılığı ile birlikte toplumda yaşlı yetişkinlerin sosyal hayattan dışlanması ve istismar edilmesi gibi önemli sorunları beraberinde getirmektedir (Akdeniz, 2020a:151; Buz, 2015; Çayır, 2012; Pekesen, 2020:132-133).

Özellikle Covid-19 Pandemi sürecinde yaşlı yetişkinleri yanlış temsil eden toplumsal söylemler, yaş ayrımcılığı tutumlarını artırmış ve Pandemi'nin bir yaşlı sorunu olduğu düşüncesini doğurmuştur (Fraser, 2020). Yaşlı ayrımcılığı tüm toplumlarda Pandemi'den önce de var olan ve yaşlıların mücadelesini verdiği sosyal, gündelik bir savaş olarak bilinmektedir (DSÖ, 2020a). Ancak pandemi şartlarında yaşlı ayrımcılığı,

yaşlı yetişkinlerin pandemi mücadelesinde yüklerini artıran ve sağlık eşitsizliğine kapı açan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Bergman vd., 2020; Chopra ve Arora, 2020; Fraser vd.,2020; Previtali, Allen ve Varlamova, 2020).

Bu alanda yapılmış araştırmalar, yaşlı yetişkinlere yönelik yaş ayrımcılığının oldukça yaygın olduğuna ve bu sorunun kapsamının küresel nüfus yaşlanmasına paralel olarak büyümesi riskine dikkat çekmektedir (Bergman vd., 2020; Burnes vd., 2019 ; Chopra ve Arora, 2020; D'cruz ve Banerjee, 2020; Fraser vd.,2020; Previtali, Allen ve Varlamova, 2020).

Yaşlı ayrımcılığı ile ilgili literatür incelendiğinde, yaşlı ayrımcılığının sıklıkla sağlık bakım hizmetleri sunumunda yapıldığı ve özellikle genç sağlık profesyonelleri arasında daha sık yaşandığı tespit edilmiştir (Burnes vd., 2019; Chonody, 2015; Kalaycı vd., 2018). Sağlık profesyonellerinin yaşlı ayrımcılığı tutumu sergilemesi, yalnızca yaşlı yetişkinlerin sağlık sonuçlarına olumsuz yansımaları değil, aynı zamanda sağlık çalışanları arasında da ayrımcı tutumların kalıplaşmasına zemin oluşturma riski taşımaktadır (Burnes vd., 2019). Halbuki yaşlı yetişkinlerin spesifik ihtiyaç ve özelliklerini yok sayan yaşlılık algısı, yaşlılığın heterojen boyutunu göz ardı etme yanılığı yaratmaktadır. Çünkü yaşlılık, çok boyutlu ve doğru anlaşılması gereken bir konu olmakla birlikte, bireysel olarak yaşanan yer, eğitim durumu, gelir, yaş, medeni durum, öznel sağlık durumu, cinsiyet ve yaşam aranjmanı gibi parametreler ile şekillenmektedir (Tufan, 2020 akt. Kaleli, Demirdaş, Tiryaki, Ulusal, Tufan, 2021). Zira sağlıklı ve aktif yaşlanmanın hedeflendiği günümüz toplumunda, sağlıklı ve çocuklarına manevi ve maddi destek sunan yaşlıların oranı, bakıma muhtaç yaşlıların oranından daha fazla olduğu belirtilmektedir (Engelli ve yaşlı istatistik bülten, 2020 Mayıs).

Bu araştırmada öncelikle kuramsal çerçeve kapsamında ayrımcılık, yaş ayrımcılığı, yaşlı ayrımcılığı kavramları ele alınmış, daha sonra araştırma bulguları ve sonuçlarına yer verilmiştir. Bu araştırmanın amacı, yaşlılık bilimi ve yaşlı bakımı üzerine eğitim alan Gerontoloji Bölümü ve Yaşlı Bakım Programı öğrencileri ile Sağlık Yüksekokulu'nda farklı programlarda eğitim-öğretim gören üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını belirlemektir.

1. Kuramsal Çerçeve

1.1. Ayrımcılık Kavramı

Ayrımcılık kavramı bireylerin yaş, cinsiyet, ırk, renk, mezhep, kültür gibi özelliklerine bağlı olarak diğer bireylerden farklı görünmesinden dolayı, haksız bir şekilde ötekileştirilmesi olarak ifade edilmektedir (Butler, 1969: 243; Palmore, 2016). Ayrımcılık kavramının temelini kalıpyargılar ve önyargılar oluşturmaktadır (Özmen-Gülpek, Güleç ve Tekman, 2021). Önyargı ve kalıpyargı kavramları zihinsel ve soyut olarak var olurken, ayrımcılık kendisini davranışlarda göstermektedir. Önyargı duygusal, kalıpyargı bilişsel, ayrımcılık ise davranışsal olarak ortaya çıkmaktadır (Yurttaş ve Sarıkoca, 2018). İnsanlar ilk bakışta doğal olarak ırk, cinsiyet ve yaş olarak üç sınıfta kategorize edilmektedir. Ayrımcılığın hem pozitif hem de negatif yönleri bulunmasına rağmen genel düşünce olumsuzluk üzerine temellendirilmektedir (Nelson, 2005).

Ayrımcılık dolaylı ve doğrudan olmak üzere farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Bir kişi veya gruba, yaş, cinsiyet kimliği, inanç, dini temeli, engellilik durumu gibi ırk veya etnik kökeni nedeniyle bir diğer kişi veya gruptan daha az adil davranılması durumu doğrudan ayrımcılığa girmektedir. Örneğin aynı konumda çalışan kadın ve erkeğe farklı ücret ödemesi doğrudan ayrımcılığa örnek teşkil etmektedir. Dolaylı ayrımcılık ise, kuralların uygulanması sırasında ortaya çıkan ve adil olmayan davranışları içermektedir (ILO, 2007;19-20 akt. Cankurtaran ve Beydili, 2016). Örneğin birçok sektör de işe giriş yaş sınırının konulması ve insanların bu şekilde engellenmesi dolaylı ayrımcılığa örnek teşkil etmektedir. Dolaylı ayrımcılık aynı zamanda farklılıkları görmezden gelerek, farklı grupların farklı ihtiyaçları olabileceğine ilişkin politika ve uygulamaları geliştirmemek biçiminde de karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla en başta ayrımcılığa ilişkin sosyal politika geliştirme süreçlerinde, hem doğrudan hem de dolaylı ayrımcılığa ilişkin önleyici uygulamalar geliştirmek önem arz etmektedir (Cankurtaran ve Beydili, 2016).

1.2. Yaş Ayrımcılığı Kavramı

İnsan yaşamının her döneminde ayrımcı tutum ve davranışlara maruz kalmak mümkündür. Yaş temelinde ayrımcılığa ilişkin iki kavramla karşılaşılmaktadır. Bunlardan birisi yaş ayrımcılığı diğeri ise yaşlı ayrımcılığıdır (Kydd ve Fleming, 2015: 432). Yaş ve yaşlı ayrımcılığı toplumsal bir gerçeklik ve kronolojik yaşa dayalı toplumsal ayrımcılık şekli olarak tanımlanmaktadır (Cousins, 2005: 4-5, 11-12 akt. Müftüler, 2018). Yaş ayrımcılığı ve yaşlı ayrımcılığı birbirleri yerine kullanılan kavramlar gibi görünmekle birlikte birbirinden farklı anlam içermektedir.

Yaş ayrımcılığı, yaşları nedeniyle olumsuz tutumlara maruz kalan her yaştan grubu kapsamaktadır (Kydd ve Fleming, 2015: 432). Bu ayrımcı tutumlar bireylere karşı, yaşından kaynaklı engelleme ya da yetersizlik vurgusunda bulunmak şeklinde görülmektedir (Çayır, 2012 akt. Müftüler, 2018). Yaşlı yetişkinlere yönelik davranışlar ise, yaşlı ayrımcılığı sayılmaktadır ve toplumda gençliğin yaşlılığa tercih edilmesi gibi örnekler olarak bilinmektedir (Müftüler, 2018).

Yaş ayrımcılığı toplumun bütün kesimlerinde ve aktif yaşam alanlarında görülebilmektedir. Öncelikle iş hayatında ve özellikle de akademik alanda yaş ayrımcılığı ve yaş hiyerarşisi görülmektedir. İş başvurularında yer alan “30-40 yaşını aşmamış” ifadesi ve işyerlerinde “...şu yaşa geldi hala emekli olmadı...” şeklindeki önyargılı davranışlara rastlamak mümkündür (Çayır, 2012: 9- 11 akt. Müftüler, 2018).

1.3. Yaşlı Ayrımcılığı Kavramı

Yaşlı ayrımcılığı, yaşlı yetişkinleri bağımlı ve bakıma muhtaç olarak algılama, sosyal hayattan dışlama, istismar etme gibi şekillerde kendini göstermektedir (Buz, 2015:271). Yaşlı ayrımcılığı (ageism) kavramı, ilk defa 1969 yılında Amerika Ulusal Yaşlılık Enstitüsü başkanı Robert Butler tarafından kullanılmıştır. Robert Butler ayrımcılık olarak tanımladığı yaşlı ayrımcılığının, genç ve orta yaş grubundaki kişilerin kronolojik yaş üzerinden yaşlanmaya ilişkin kökleşmiş tedirginliklerinin yansıması olan kalıpyargıları ile şekillendiğine dikkat çekmiştir (Butler, 1969:243). Ancak günümüzde Palmore tarafından yapılan tanımlama daha sık kullanılmaktadır. Palmore yaşlı ayrımcılığını, “ileri yaştaki bireylere yönelik ön yargıyı, tutum ve davranışlar

aracılığı ile ifade edilen bir terim” olarak tanımlamıştır (Palmore, 2001). Palmore'ye göre, yaşlı ayrımcılığı, kalıp yargılardan oluşan önyargılarla, hem kişisel hem de kurumsal alanlarda görülmektedir (Palmore, 2001). Yaşlının potansiyeli ve ihtiyaçları göz ardı edilmekle birlikte, yaşlılıkla ilgili olumsuz yaklaşımlar belirginleşmektedir. Yaşlı kişiye saygı göstermeme, onunla iletişim kurmama veya alay etme gibi olumsuz davranışlar bireysel yaşlı ayrımcılığına örnek teşkil etmektedir (Buz, 2015: 269). Toplumsal yaşlı ayrımcılığı yaş eşitsizliği, yaş ayrımcı dil kullanılması, toplumdaki yaş ve yaşlı ayrımcı önyargılar şeklinde kendini göstermektedir (Müftüler, 2018). Yaşlı yetişkinin tecrübesi, eğitim düzeyi ve yaşanmışlıkları bugünkü kapitalist toplum düzeninde önemli görülmemekle birlikte ülke ekonomisine yük boyutunda algılanmaktadır. Bu kabuller aslında farkına varmadan öğrenilen, içselleştirilen, sorgulanmayan kalıp yargılardan kaynaklanmaktadır (Buz, 2015: 269).

Kurumsal yaşlı ayrımcılığı ise, kamu politikalarında, konut edinme, istihdam, ehliyet yenileme zorunluluğu ve organ bekleme listesinde gençlere öncelik tanınması gibi konularda gün yüzüne çıkmaktadır (Müftüler, 2018).

1.4. Yaşlı Ayrımcılığı Oluşumu Nedenleri

Modern tıbbın getirdiği uzun ömürlülükten kaynaklı küresel nüfus hızla yaşlanmaktadır. 2019 yılında 60 yaş ve üzeri insan sayısı 1 milyar iken, bu sayının 2030 yılına kadar 1,4 milyara ve 2050 yılına kadar da 2,1 milyara çıkacağı öngörülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2020b). Son yıllarda ülkemizde de yaşlı nüfus sayısı dikkate değer bir şekilde hızla artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2020 yılı verilerine göre toplam nüfusun %9,5'ini yaşlı nüfus oluşturmaktadır (TÜİK, 2020). Nüfusun hızla yaşlanması toplumun yaşlılara karşı tutum ve algılarını etkilemektedir. Beklenen yaşam süresinin artmasından dolayı yirmi birinci yüzyılda hem dünya genelinde hem de ülkemizde dört kuşak bir arada yaşamaktadır. Aynı etnik kökene sahip olmalarına rağmen bu kuşaklar arasında kültürel farklılıklar yaşanmakta ve yaşlıya yönelik ayrımcı davranışlar gözlenmektedir (Akdeniz, 2020b:272).

İnsanların kronolojik yaş üzerinden sınıflandırılmasını meşrulaştıran, yaşlı bireylerin eşit kaynak ve fırsatlara sahip olduklarının sistematik olarak reddedilmesine yol açan yaşlı ayrımcılığı, yaşlıların dezavantajlı kılınmasına, değersizleştirilmesine, marjinalleştirilmesine ve rahatsız edici bir “yük” olarak algılanmasına sebep olan bir kültürün yaygınlaşmasına neden olmaktadır (Cankurtaran ve Beydili, 2016).

Tarihsel süreç içinde yaşlı ayrımcılığının oluşmasında iki büyük tarihsel olayın etkili olduğu ve yaşlı ayrımcılığını tetiklediği görülmektedir. Bunlardan ilki matbaanın bulunması ve bilgi birikimini gelecek nesillere aktarım rolünü yaşlı yetişkinlerin elinden alması sürecidir. Yaşlı yetişkinler, bilginin kağıda aktarılacak kalıcı olması ve birçok kişiyle paylaşılabilmesiyle birlikte toplumdaki özgün konumlarını kaybetmişlerdir. Özellikle günümüzde internetin yaygın kullanımı ve teknoloji çağından dolayı bilgiye ulaşmanın sınırsız ve anlık olması nedeniyle yaşlıların bilgi ve deneyimlerine daha az ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Yaşlı bireylerin ekonomik yaşama katkılarını azaltan ve bunun sonucu olarak onları değersizleştiren diğer bir mihenk taşı ise sanayi devrimidir. Sanayi devrimi ile birlikte kırsal alanlardan

kentlere göçler yaşanmış, iş fırsatlarına göre coğrafi hareketlilik artmıştır. Yaşlı bireylerin bu coğrafi hareketliliğe ayak uyduramaması, teknolojik gelişmelere adapte olamaması, sanayi işlerinin fiziksel güç gerektirmesi ve şehirdeki yaşamının geniş ailelere göre olmaması yaşlı bireylerin toplumdaki üretkenliğini ve aile içindeki konumunu sekteye uğratmıştır. Tüm bu süreçler zamanla yaşlı yetişkinlerin toplum ve aile içindeki statü ve rollerinin değerinin azalmasına ve ayrımcılığa uğramalarına sebep olmuştur (Akdeniz, 2020b:266; Nelson, 2005).

Yaşlı ayrımcılığının oluşmasında etkili olan diğer önemli faktörler arasında, medyanın sürekli gençliğe ve bedensel güzelliğe vurgu yapması, kitle iletişim araçları ve günlük kültürde yaşlı yetişkinlere yönelik olumsuz tasvirlerin yer alması ve genç bireylerdeki empati yoksunluğu yer almaktadır (Marshall, 2015). Yaşlı yetişkinler huysuz, yalnız, fakir, hasta, öğrenemez, çekiciliği olmayan, işe yaramaz veya etkili bir şekilde çalışamaz sıfatlarıyla klişeleştirilmektedir (Lytle, Nowacek ve Levy, 2020). İnsanların yaşlılık sürecine dair edindikleri bu klişeleşmiş fikirleri içselleştirmelerinin etkisiyle bilinçdışı olumsuz tutum sergilemeleri kaçınılmaz görünmektedir (Marshall, 2015). Ayrıca, yaşlı ayrımcılığının bir nedeninin de yaşlılık eğitimi konusundaki eksiklik olduğu düşünülmektedir (Lytle, Nowacek ve Levy, 2020).

1.5. Yaşlı Ayrımcılığının Önlenmesi

Sağlıklı ve aktif yaşlanma hedeflerine gölge düşüren ve yaşlı sağlığını önemli ölçüde tehdit eden yaşlı ayrımcılığı konusu hem sağlık hem de sosyal bilimler açısından multidisipliner şekilde bütüncül ele alınması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Son on yılda yaşlı ayrımcılığına yönelik tartışmaların ve bu ayrımcılık biçiminin ortadan kaldırılmasına yönelik çabaların arttığı görülmektedir. Yaşlı ayrımcılığının önlenmesi konusunda yaşanan gelişmelerin ortaya çıkışında Birleşmiş Milletler (BM) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşların önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir. BM Genel Kurulu tarafından, 1991 yılında, Yaşlı İlkeleri kapsamında “ yaşlıların bağımsızlığına, hayata katılımına, bakımına, kendini gerçekleştirme ve saygınlıklarına” vurgu yapılmıştır (Özateş Gelmez, 2019). DSÖ tarafından 2015 yılındaki, “Yaşlılık ve Sağlık Raporu”nda sağlıklı yaşlanmanın tüm ülkeler tarafından dikkate alınması gerektiği, bunu başarmak için yaşlılığa ve yaşlı bireylere ilişkin düşünme biçimlerinin değiştirilmesinin ve yaş ayrımcılığının ortadan kaldırılmasının önemi vurgulanmıştır (DSÖ 2015: 196 akt. Özateş Gelmez, 2019). Ayrıca BM tarafından 1 Ekim 2016 tarihinde, “Yaşlı Ayrımcılığına Karşı Tavrı Al” teması ile Uluslararası Yaşlılar Günü olarak kabul edilmiş ve yaşlı yetişkinlere yönelik olumsuz tutum ve ayrımcılığa, bu tutumların olumsuz etkilerine dikkat çekilmiştir. Benzer biçimde DSÖ 2017 yılında “Yaşlanma ve Sağlık ile İlgili Küresel Strateji ve Eylem Planı”nı kabul etmiş ve bütün ülkeleri yaşlı ayrımcılığı ile mücadeleye davet etmiştir (Özateş Gelmez, 2019).

Ülkemizde yaşlı yetişkinler, kanunda pozitif ayrımcılık uygulanan sınıflar içerisinde değerlendirilmek üzere Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası ile meşrulaştırılmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982: madde 10). Ayrıca Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 61. Madde'sinin Özel Olarak Korunması Gerekenler başlıklı B

bendinde yaşlılar, özel olarak korunması gereken dezavantajlı gruplara dahil edilmiş ve koruma altına almıştır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982: madde).

Ayrıca ülkemizde yaşlı ayrımcılığının önlenmesine yönelik kalkınma planları, sağlıklı ve aktif yaşlanma eylem planları, sağlık ve sosyal politika stratejileri Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın sürekli gündeminde olan konular arasında yer almaktadır. Bu kapsamda ilgili bakanlıklar tarafından farklı tarihlerde hazırlanan planlı hizmet üretme, izleme ve değerlendirme sürecinde kamu idarelerinin aktif şekilde katılmalarını hedef alan strateji belgeleri, yaşlanma eylem planları ve durum raporları oluşturulmuştur (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2015).

Ayrımcılığın önlenmesi kapsamında sosyal hizmet alanında, özellikle 1980'li yıllarda ivme kazanan ve temel hedefi insan hakları ve sosyal adaleti gerçekleştirmek olan, ayrımcılık karşıtı uygulamalar önem arz etmektedir. İnsanların karşılaştıkları sorunları aşmalarında birey, grup ve toplum düzeyinde çözümler üreten, toplumsal bütünleşmeyi destekleyen ve farklılıklara saygı duyan ayrımcılık karşıtı uygulama, yaşlı ayrımcılığının önlenmesinde önemli araçlardan birini oluşturmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının eğitiminde özellikle içselleştirilmiş önyargıların kırılmasına yönelik ayrımcılık karşıtı uygulamalara zemin hazırlayan cinsiyet kimliği, yaş, engellilik, etnik köken, inanç gibi konularda gerekli farkındalığı sağlayacak eğitimlere ve uygulamalara yer verilmektedir. Yaşlı ayrımcılığının önlenmesinde sosyal hizmet uzmanlarının aldıkları eğitim doğrultusunda hizmet sunumlarında savunuculuk, lobicilik, kolaylaştırıcılık, bağlantı kuruculuk gibi rollerini ve mesleki becerilerini aktif bir şekilde kullanmaları önem arz etmektedir (Cankurtaran ve Beydili, 2016).

Sağlık hizmetlerindeki sağlık adaletsizliğini ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları belirlemeye yönelik araştırmalar özellikle sağlık çalışanları, tıp ve hemşirelik öğrencilerine odaklanmıştır (Burnes vd., 2019; Chonody, 2015; Kalaycı vd., 2018; Köse vd.,2015; Turan, Yanardağ ve Metintas, 2016; Yılmaz ve Özkan,2010). Ancak hem sağlık hem de sosyal hizmet sunumunda görev alacak Gerontoloji Bölümü öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının incelendiği bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Benzer şekilde Yaşlı Bakım Programı öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını ortaya koyabilen sınırlı sayıda araştırma (Can, Işık, Erenoğlu, Tambağ ve Halidi, 2019; Özbek Yazıcı, Kalaycı, Esin ve Tekin, 2015; Özbek Yazıcı, Kalaycı, Kaya ve Tekin, 2016) yer almakla birlikte, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin program kapsamında bir arada değerlendirildiği bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Halbuki çok genç yaşlarda, kalıp fikirler ve önyargılar ile şekillenmeye başlayan yaşlı ayrımcılığı tutumları yaşam boyunca içselleştirilmeye devam etmektedir (Marshall, 2015). Dolayısıyla gençlerin bu konudaki tutumlarının belirlenmesi ve farkındalıklarının artırılması yönünde araştırmalar yapılması önem arz etmektedir.

Bu araştırmada yaşlı yetişkinlere sağlık ve sosyal hizmet sunumunda bütünleşik bakım desteği sağlayacak olan Gerontoloji bölümü, Yaşlı Bakım Programı ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu bünyesinde yer alan İlk ve Acil Yardım Programı, Fizyoterapi Programı, Tıbbi Görüntüleme Programı, Tıbbi Sekreterlik ve

Dokümantasyon Programı, Diyaliz Programı, Çocuk Gelişimi Programı alanlarında eğitim-öğrenim gören öğrencilerin yaşlılara ilişkin tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Özellikle sağlık bakım hizmetleri sunumunda yaygın bir tutum olan yaşlı ayrımcılığı küresel nüfusun yaşlanmasına paralel olarak daha da yaygınlaşma riski taşımaktadır. Bu nedenle bu öğrencilerin, gelecekte toplum içinde ve hizmet sunumunda, yaşlı ayrımcılığına yönelik olası riskleri önlemeleri; kendilerinde ve toplumun temelinde var olan olumsuz tutumları iyileştirecek ve olumlu yönde değiştirecek tutumları kazanmaları önem arz etmektedir.

2. Yöntem

Bu araştırma, Gerontoloji Bölümü, Yaşlı Bakım Programı ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda eğitim-öğretim gören diğer öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

2. 1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2014-2015 eğitim-öğretim yılında dört yıllık lisans eğitimi olan Gerontoloji Bölümü ve iki yıllık önlisans eğitimi verilen Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda okuyan toplam 1010 öğrenci oluşturmuştur. Sınıflar arasında eşitliği sağlamak için Gerontoloji Bölümü'nün yalnızca birinci ve ikinci sınıf öğrencileri araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklem sayısı için farklı bölümlerin tutumları değerlendirildiğinden örneklem seçimi yapılmadan evrenin tamamı örnekleme alınmasına rağmen verilerin toplandığı tarihte okula gelmeyen ve araştırmanın sorularına tam yanıt vermeyen öğrenciler örnekleme dâhil edilmemiştir. Araştırmaya 780 öğrenci dâhil edilmiştir.

2. 2. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 5-30 Haziran 2015 tarihlerinde öğrencilerin ders saatleri bitiminde okul ve bölüm yönetiminden izin alınarak elde edilmiştir. Verileri toplamak için öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik anket formu ile yirmi üç maddelik ve üç alt boyutu olan "Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ)" kullanılmıştır. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği'ni geliştiren yazardan ölçeğin kullanımı için izni alınmıştır. Veriler kapalı zarflarda toplanmıştır.

2. 2. 1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formunda öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, eğitim-öğretim gördüğü bölümü ve sınıfı, aile tipi, gelecekte yaşlı bireyle birlikte yaşama ve çalışmayı isteme durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ve yaşlılık ile ilgili bilgilerinin sorgulandığı sorular bulunmaktadır.

2. 2. 2. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ)

Bu araştırmada, öğrencilerin yaşlı bireylere yönelik inanç ve algılarını belirlemek için 2011 yılında Vefikuluçay-Yılmaz ve Terzioğlu tarafından Türk toplumu için geliştirilen Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Ölçek, toplumun yaş ayrımcılığına yönelik inanç ve algılarını belirlemeye yönelik olumlu ve olumsuz tutum cümlelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin olumlu ayrımcılık, olumsuz ayrımcılık ve yaşlı bireyin sosyal yaşamını sınırlandırmaya yönelik tutum ve algıları olmak üzere üç alt boyutu ve 23 maddesi vardır. 23 maddelik ölçeğin Yaşlılığın Yaşamını Sınırlama alt boyutunda 9 madde,

Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık alt boyutunda 8 madde ve Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık alt boyutunda ise 6 madde bulunmaktadır. Ölçeğin “Yaşlılığın Yaşamını Sınırlama” alt boyut puan ortalamasının “45” ve 45’e yakın değerlerde olması yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumun olumlu, “9” ve 9’a yakın olması ise tutumun olumsuz olduğunu ifade etmektedir. Benzer şekilde ölçeğin “Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık” alt boyut puan ortalamasının “40” ve 40’a yakın değerlerde olması yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumun olumlu, “8” ve 8’e yakın olması ise tutumun olumsuz olduğunu ifade etmektedir. Son olarak ölçeğin “Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık” alt boyut puan ortalamasının “30” ve 30’a yakın değerlerde olması yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumun olumlu, “6” ve 6’ya yakın olması ise tutumun olumsuz olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin tamamından en yüksek 115 ve en düşük 23 puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan yaşlı ayrımcılığına ilişkin yüksek puanlar olumlu tutumları, düşük puanlar ise olumsuz tutumları göstermektedir. Beşli likert tipinde olan ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s Alpha) 0.80’dir. Ölçeğin puanlanmasında olumlu tutum cümlelerine tamamen katılıyorsa “5” puan, katılıyorsa “4” puan, kararsızsa “3” puan, katılmıyorsa “2” puan, kesinlikle katılmıyorsa “1” puan verilmiştir. Ölçeğin olumsuz tutum cümleleri içinde puanlama tersten yapılarak değerlendirilmektedir (Vefikuluçay ve Terzioğlu, 2011).

2. 3. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli okul kurum izinleri alınmıştır. Araştırmanın etik onayı için Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Komitesi’nden 67072230-050.01.03-50023 sayılı ve 04.06.2015 tarihli etik kurul onayı alınmıştır. Helsinki Bildirgesi’nin ilkelerine bağlı olarak veri toplama aşamasında araştırma kriterlerini sağlayan öğrencilere, araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Öğrencilere gönüllü olur formu imzalatılarak, veriler kapalı zarf ile toplanmıştır.

2. 4. Veri Analizi

Gerekli analizler SPSS-23 paket programı ile elde edilmiştir. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha:0.05$ olarak kabul edilmiştir. Veri analizinde, öncelikle betimsel istatistikler bulunmuştur. Uygulanan ölçek için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. 23 maddelik ölçek için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,735 olarak bulunmuştur. Verilerin parametrik test varsayımlarını karşılayıp karşılamadıkları Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro Wilk Normallik testleri ile incelenmiştir. Normallik test sonuçlarına bakıldığında, ($p < \alpha=0,05$) olduğundan H_0 hipotezi reddedilmiş dolayısıyla her bir puan türü için normalliğin sağlanmadığı görülmüştür. Normallik testleri sonucunda, bağımsız iki kategorili değişkenler arasındaki karşılaştırmalarda Parametrik olmayan Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili değişkenler arasındaki karşılaştırmalarda parametrik olmayan Kruskal-Wallis Varyans Analizi uygulanmasına karar verilmiştir. Kruskal-Wallis testi sonucunda çıkan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla parametrik olmayan ikili karşılaştırma analizleri yapılmıştır.

3. Bulgular

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen verilere göre sosyo-demografik bulguların frekans ve yüzdelik analizleri ile yaşlı ayrımcılığı tutumlarına ilişkin analizlere ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Tanıtıcı Bulguları

Özellikler		n	%	
Cinsiyet	Kadın	545	69,9	
	Erkek	235	30,1	
Sınıf	Birinci sınıf	501	64,2	
	İkinci sınıf	279	35,8	
Aile tipi	Çekirdek aile	647	82,9	
	Geniş aile	133	17,1	
65 yaş ve üstü bir birey ile aynı evde yaşama durumu	Evet	455	58,3	
	Hayır	324	41,5	
Gelecekte anne ve babasıyla aynı evde yaşamayı isteme	Evet	455	58,3	
	Hayır	324	41,5	
Gelecekte dede ve ninesi ile aynı evde yaşamayı isteme	Evet	188	24,1	
	Hayır	592	75,9	
Öğrencilerin üniversiteyi bitirdikten sonra geriatrik hasta ile çalışmayı isteme durumu	Evet	508	65,1	
	Hayır	272	34,9	
Öğrencinin en uzun yaşadığı yer	İl	445	57,1	
	İlçe	235	30,1	
	Köy	100	12,8	
Öğrencinin mezun olduğu lise	Sağlık Meslek Lisesi	274	35,1	
	Meslek Lisesi	261	33,5	
	Normal Lise	245	31,4	
Gelir düzeyi	Denk	452	57,9	
	Fazla	49	6,3	
	Az	279	35,8	
Sağlıklı yaşlı için en uygun yaşam yerinin neresi olduğu	Bakımevi	49	6,3	
	Yaşlı bireyin kendi evi	556	71,3	
	Çocuğunun evi	175	22,4	
Yatağa bağımlı yaşlı için en uygun bakım yerinin neresi olduğu	Bakımevi	282	36,2	
	Yaşlı bireyin kendi evi	135	17,3	
	Çocuğunun evi	363	46,5	
Öğrenim görmekte olduğu program adı	Yaşlı Bakım Programı	118	15,1	
	İlk ve Acil Yardım Programı	95	12,2	
	Fizyoterapi Teknikerliği Programı	122	15,6	
	Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı	80	10,3	
	Tıbbi Sekreterlik ve Dökümantasyon Programı	88	11,3	
	Diyaliz Programı	40	5,1	
	Çocuk Gelişimi Programı	91	11,7	
	Gerontoloji Bölümü	53	6,8	
	Tıbbi Laboratuvar Teknikleri Programı	93	11,9	
	Yaşlılık denilince öğrencilerin aklına ilk gelen ifade	Şevkat	292	37,4
		Bilgelik	141	18,1
		Yalnızlık	96	12,3
		Muhtaçlık	52	6,7
		Hastalık	36	4,6
		Bağımlılık	36	4,6
	Mutluluk	33	4,2	

	Güçsüzlük	27	3,5
	Huysuzluk	26	3,3
	Çirkinlik	9	1,2
	Zihinsel yetide azalma	8	1,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 69,9'unun kız öğrenci,% 64,2'si ikinci sınıf öğrencisi, % 82,9'unun çekirdek aileye sahip olduğu, % 57,1'i en uzun süre şehirde yaşadığı, % 57,9'unun orta gelire sahip olduğu, % 31,4'ünün Anadolu Lisesi mezunu olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin % 57,1'i yaşlı birey ile beraber yaşadığını, % 84,4'ü gelecekte yaşlanınca anne ve babasıyla beraber yaşamak istediğini, % 24,1'i gelecekte dede ve ninesi ile beraber yaşamak istediğini, % 65,1'i geriatrik alanda araştırmak istediğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin % 71,3'ü sağlıklı bir yaşlının evinde yaşlanması gerektiğini, % 46,5'i ise yatağa bağımlı yaşlının çocuğunun evinde yaşaması gerektiğini belirtmişlerdir. Yaşlı denilince akla ilk gelen ifadenin ne olduğuna yönelik öğrencilerin % 37,4'ü şefkat, % 18,1'i bilgelik, % 12,3'ü yalnızlık, % 6,7'si muhtaçlık, % 4,6'sı hastalık terimlerini ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 2. Yaşlının Yaşamını Sınırlama, Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık, Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık ve Toplam YATÖ Puanları

YATÖ/ Alt Boyutlar	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaşlının Yaşamını Sınırlama	780	16,00	45,00	36,41	4,51
Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık	780	11,00	40,00	31,14	4,96
Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık	780	6,00	30,00	17,77	3,83
Toplam YATÖ	780	56,00	112,00	85,33	9,38

Yaşlı ayrımcılığı ölçeği ve alt boyutlarından hesaplanan puanlar için, tanımlayıcı istatistiklerden minimum-maksimum değerler, ortalamalar ve standart sapmalar Tablo 2'de görüldüğü gibidir. Tablo 2'ye göre ölçeğin "Yaşlının Yaşamını Sınırlama" alt boyutunun minimum puanı 16, maksimum puanı 45 ve ortalama puanı 36,41'dir. Ölçeğin "Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık" alt boyutunun minimum puanı 11, maksimum puanı 40 ve ortalama puanı 31,14'tür. Ölçeğin "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt boyutunun minimum puanı 6, maksimum puanı 30 ve ortalama puanı 17,77'dir. Ölçeğin toplam minimum puanı 56, maksimum puanı 112 ve ortalama puanı 85,33'tür.

Tablo 3. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine göre Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Değişken	n (%)	Yaşlının Yaşamını Sınırlama		Olumlu Ayrımcılık		Olumsuz Ayrımcılık		Toplam YATÖ	
		Sıralama ortalaması	p	Sıralama ortalaması	p	Sıralama ortalaması	p	Sıralama ortalaması	p

Cinsiyet									
Kadın	545(69,9)	397,97	0,158	367,06	0,001*	394,34	0,467	386,21	0,467
Erkek	235(30,1)	373,18		444,86		381,59		400,45	
Sınıf									
Birinci sınıf	501 (64,2)	378,09	0,039*	377,57	0,031*	379,45	0,066	373,73	0,005*
İkinci sınıf	279 (35,8)	412,78		413,73		410,34		420,61	
Aile tipi									
Çekirdek	647(82,9)	390,37	0,971	385,27	0,152	384,51	0,1	385,46	0,168
Geniş aile	133(17,1)	391,14		415,93		419,65		415	
Şimdiye kadar yaşlı bir birey ile yaşama durumu									
Evet	455(58,3)	387,62	0,725	377,35	0,062	372,26	0,009*	375,34	0,031*
Hayır	324(41,5)	393,35		407,76		414,92		410,59	
Gelecekte anne, baba, dede, nine ile yaşama durumu									
Evet	658(84,4)	400,85	0,003*	403,97	0,001*	401,41	0,002*	406,66	0,001*
Hayır	122(15,6)	334,68		317,86		331,66		303,36	
Gelecekte yakın akrabaları dışındaki yaşlı ile yaşamayı isteme durumu									
Evet	188(24,1)	416,24	0,071	476,91	0,001*	457,96	0,001*	468,23	0,001*
Hayır	592(75,9)	382,33		363,06		369,08		365,81	
Mezun olduktan sonra yaşlılık alanında çalışmaya istekli olma durumu									
Evet	508(65,1)	402,99	0,034*	416,73	0,001*	424,36	0,001*	423,43	0,001*
Hayır	272 (34,9)	367,17		341,51		327,26		329,01	

Puan türleri için iki gruplu karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi yardımıyla yapılmış ve sonuçlar tablo 3'te verilmiştir. Tabloda aralarındaki farkın anlamlı olduğu ($p \text{ value} < \alpha = 0,05$) değişkenler (p^*) ile gösterilmiştir. Tablo 3'teki değerlere göre öğrencilerin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyut tutumları cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,001$). Verilere göre erkek öğrencilerin yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık tutumları kız öğrencilere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Öğrencilerin sınıf düzeylerine göre sosyal yaşamı sınırlama, olumlu ve toplam yaşlı ayrımcılığı tutumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Tabloya göre ikinci sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine göre ayrımcılık puanı sıra ortalamaları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Gelecekte anne, baba, dede, nine ile beraber yaşamayı isteyen öğrencilerin tutumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Mezun olduktan sonra yaşlı birey ile yaşlılık alanında çalışmaya istekli olan öğrencilerin, mezun olduktan sonra çalışmak istemeyen öğrencilere göre tutumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Değişken	n(%)	Yaşının Yaşamını Sınırlama		Olumlu Ayrımcılık		Olumsuz Ayrımcılık		Toplam YATÖ	
		Sıralama ortalaması	p	Sıralama ortalaması	p	Sıralama ortalaması	p	Sıralama ortalaması	p
Bölüm									
Yaşlı Bakım Programı	118(15.1)	400,61	0,001*	411,67	0,336	431,28	0,001*	417,96	0,001*
İlk Ve Acil Yardım Programı	95(12.2)	397,86		370,65		382,99		384,59	
Fizyoterapi Teknikerliği Programı	122(15.6)	390,33		388,3		352,04		374,99	
Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı	80(10.3)	329,77		423,38		351,08		358,77	
Tıbbi Sekreterlik ve Dökümantasyon Programı	88(11.3)	271,91		357,78		264,3		264,17	
Diyaliz Programı	40(5.1)	428,45		338,64		404,81		392,39	
Çocuk Gelişimi Programı	91(11.7)	439,35		399,64		411,3		431,24	
Gerontoloji Bölümü	53(6.8)	589,46		425,83		665,28		621,52	
Tıbbi Laboratuvar Teknikleri Programı	93(11.9)	357,33		382,71		367,11		356,54	
Öğrencinin en uzun yaşadığı yer									
İl	445(57.1)	397,35	0,487	379,04	0,186	396,56	0,412	390,91	0,962
İlçe	235(30.1)	386,93		399,17		390,53		392,15	
Köy	100(12.8)	368,4		421,12		363,48		384,83	
Öğrencinin mezun olduğu lise									
Sağlık Meslek Lisesi	274(35.1)	379,83	0,003*	363,36	0,008*	358,98	0,001*	359,64	0,001*
Meslek Lisesi	261(33.5)	364,96		387,27		358,78		364,11	
Normal Lise	245(31.4)	429,64		424,29		459,54		453,12	
Gelir düzeyi									
Denk	452 (57.9)	398,01	0,242	384,27	0,47	396,2	0,632	389,53	0,657
Fazla	49 (6.3)	418,06		423,57		368,62		418,69	
Düşük	279 (35.8)	373,49		394,78		385,1		387,12	
Sağlıklı yaşlı için en uygun yaşam yerinin neresi olduğu									
Bakımevi	49(6.3)	413,22	0,129	441,64	0,255	411,91	0,229	447,54	0,072
Yaşlı bireyin kendi evi	556(71.3)	397,77		386,27		396,4		393,11	
Çocuğunun evi	175(22.4)	361,03		389,61		365,77		366,24	
Yatağa bağımlı yaşlı için en uygun bakım yerinin neresi olduğu									
Bakımevi	282(36.2)	354,89	0,001*	375,28	0,303	391,3	0,15	369,5	0,048*
Yaşlı bireyin kendi evi	135(17.3)	444,97		389,18		422,19		427,06	
Çocuğunun evi	363(46.5)	397,9		402,81		378,09		393,22	

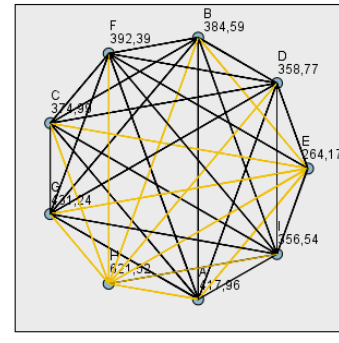
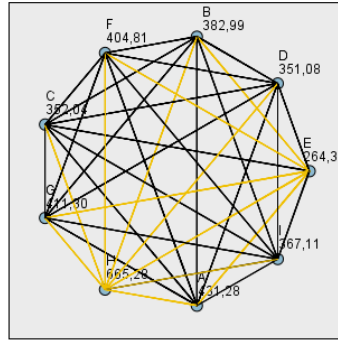
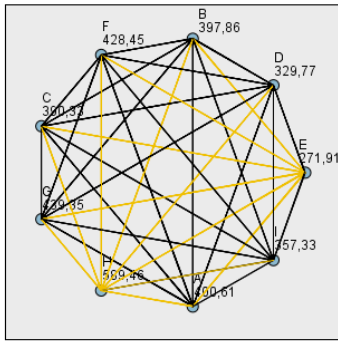
Puan türleri için çoklu grup karşılaştırmaları, Kruskal Wallis Varyans Analizi yardımıyla yapılmış ve sonuçlar Tablo 4'te verilmiştir. Tabloda, aralarındaki farkın anlamlı olduğu ($p \text{ value} < \alpha=0,05$) değişkenler (p^*) ile gösterilmiştir. Tablo 4'teki değerlere göre öğrencilerin yaşlıya yönelik ayrımcılık tutumları öğrenim gördükleri bölümlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,001$). Verilere göre Gerontoloji Bölümü öğrencilerin yaşlıya yönelik ayrımcılık tutumları diğer öğrencilere göre anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiştir. Kruskal-Wallis testi sonucunda çıkan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla parametrik olmayan ikili karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Analiz sonuçları Grafik-1'de gösterilmiştir.

Grafik 1. Farklı bölümlerdeki öğrenciler için ikili karşılaştırma grafikleri

Yaşlının Yaşamını Sınırlama

Olumsuz Ayrımcılık

Toplam Ayrımcılık



A: Yaşlı Bakımı P., **B:** İlk ve Acil Yardım P., **C:** Fizyoterapi Tek. P., **D:** Tıbbi Görüntüleme Tek. P.,

E: Tıbbi Sekr. Ve Dök. P., **F:** Diyaliz P., **G:** Çocuk Gelişimi P., **H:** Gerontoloji Böl., **I:** Tıbbi Lab. Tek. P.

Farklı bölümlerdeki öğrenciler için ikili karşılaştırma grafikleri incelendiğine, Yaşlının Yaşamını Sınırlama, Olumsuz Ayrımcılık ve Toplam Yaşlı Ayrımcılığı değişkenleri açısından Gerontoloji Bölümü (H) ve Tıbbi Sekreterlik ve Dökümatasyon Programı (E) öğrencileri diğer programlardaki öğrencilerden anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Grafik 2. Mezun olunun lisenin türüne göre öğrenciler için ikili karşılaştırma grafikleri

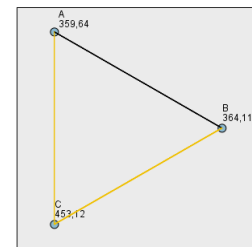
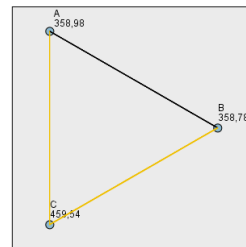
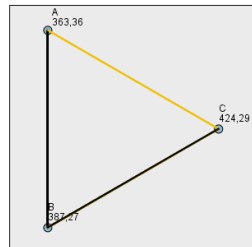
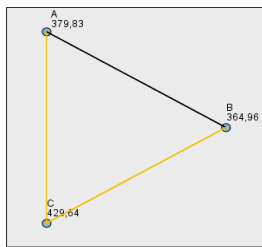
Öğrencilerin lise mezuniyetlerine göre ikili karşılaştırma grafikleri incelendiğine ise bütün değişkenler için diğer lise (C) mezunu öğrenciler Sağlık Meslek Lisesi(A) ve Meslek Lisesi(B) mezunlarından anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Yaşlının Yaşamını Sınırlama

Olumlu Ayrımcılık

Olumsuz Ayrımcılık

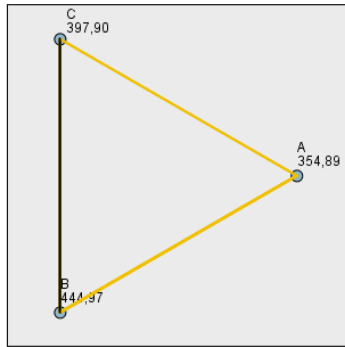
Toplam Ayrımcılık



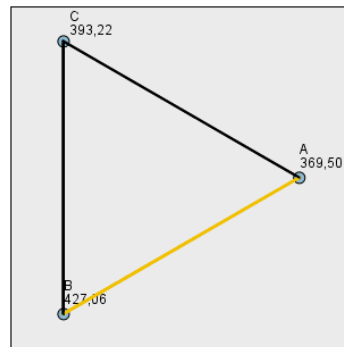
A: Sağlık Meslek Lisesi, **B:** Meslek Lisesi, **C:** Diğer Lise

Grafik 3. Yatağa bağımlı yaşlı için en uygun bakım yeri için ikili karşılaştırma grafikleri

Yaşlının Yaşamını Sınırlama



Toplam Ayrımcılık



A: Bakımevi, B: Kendi Evi, C: Çocuğunun Evi

Bakım yeri değişkeni açısından ise, Yaşlının Yaşamını Sınırlama ve Toplam Ayrımcılık değişkenleri için oluşan farklılığın, Bakımevi (A) cevabını veren katılımcılar ile diğer cevapları (B, C) veren katılımcılar arasında oluştuğu görülmektedir.

4. Tartışma

Bu araştırmada yaşlılık bilimi ve yaşlı bakımı üzerine eğitim alan Gerontoloji Bölümü ve Yaşlı Bakım programı öğrencileri ile Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda farklı bölümlerde eğitim alan üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları belirlenmiştir. Araştırmada Gerontoloji Bölümü, Yaşlı Bakımı, İlk ve Acil Yardım, Fizyoterapi Teknikerliği, Tıbbi Görüntüleme Teknikerliği, Tıbbi Sekreterlik ve Dökümantasyon, Diyaliz Teknikerliği ve Çocuk Gelişimi Programları alanlarında eğitim-öğrenim gören öğrencilerin, yaşlı ayrımcılığına yönelik çoğunlukla olumlu tutum sergilediği (YATÖ; 85,33±9,38) ve YATÖ puanları ile öğrencilerin cinsiyet, sınıf düzeyi, öğrenim görülen bölümü, mezuniyet sonrası yaşlı yetişkin ile çalışma isteği değişkenleri arasında anlamlı farklılık olduğu ortaya konmuştur ($p<0.05$). Bu sonuçların, üniversite öğrencilerinin aldıkları yaşlılık eğitimi ve/veya Türk toplum yapısının kültürel değerleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlar hemşirelik fakültesi, tıp fakültesi ve yaşlı bakım programı öğrencilerinin yaşlılara ilişkin tutumlarının olumlu yönde olduğunu belirleyen araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Can, Işık, Erenoğlu, Tambağ ve Halıdı,2019; Kalaycı, Esin & Tekin, 2015; Soyuer vd.,2010; Köse vd.,2015; Turan, Yanardag ve Metintas,2016; Özbek Yazıcı, Yenil ve Gültekin, 2019).

Ancak literatürde aynı zamanda hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencilerinin yaşlılara ilişkin tutumlarının olumsuz olduğunu ve yaşlılara hizmet sunmak istemediklerini ortaya koyan sınırlı sayıda araştırmada yer almaktadır (Köse vd.,2015; Zhou, 2007) . Ayrıca yaşlı ayrımcılığı ile ilgili literatürde, olumsuz yaşlı

ayrımcılığının sıklıkla sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda yapıldığı ve özellikle bu alanda çalışan daha az tecrübeye sahip genç sağlık profesyonelleri arasında daha yaygın bir tutum olduğu belirtilmektedir (Burnes vd., 2019; Chonody, 2015; Kalaycı vd., 2018). Sağlık profesyonellerinin yaşlı yetişkinlerin sağlık sonuçlarına olumsuz yansıyan yaşlı ayrımcılığı tutumu sergilemesi, genç yaşlarda içselleştirilen ve öğrencilikten meslek sunumuna kadar uzanan kalıplaşmış bir algının sonucu olarak düşünülmektedir. Halbuki sağlık alanında eğitim alan öğrenciler, yaşlılığın heterojen yapısını tecrübe edebilecek etkileşim deneyimini sağlayan uygulamalı eğitim almakta ve mesleğe hazırlanmaktadır. Nitekim yaşlı ayrımcılığının önlenmesine yönelik kanıt temelli pedagojik müdahalelerde teorik bilgi ve bu bilginin uygulanmasının önemi vurgulanmaktadır (Altay ve Aydın, 2015; Burnes vd., 2019; Chonody, 2015; Lytle, Nowacek ve Levy, 2020; Özer ve Terkeş, 2014; Usta vd., 2012; Yılmaz ve Özkan, 2010).

Bu araştırmada yaşlı yetişkinlere ilişkin olumlu tutum açısından birinci sırada en yüksek puana sahip olan Gerontoloji Bölümü öğrencileri ve ikinci sırada Yaşlı Bakım Programı öğrencilerinin olduğu, Gerontoloji Bölümü öğrencilerinin olumlu tutumlarının diğer bölümlerdeki öğrencilere göre sıralama ortalama puanlarının en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmada eğitim alınan sınıf seviyesi bakımından ikinci sınıfta okuyan öğrencilerin birinci sınıftaki öğrencilere oranla yaşlı bireylere yönelik olumlu tutum puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre öğrencilerin sınıf düzeyleri arttıkça olumlu ayrımcılık tutum puanlarının da arttığı sonucu, Turan ve arkadaşlarının sağlık bilimleri öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumlarını belirledikleri araştırma ile benzerlik göstermektedir (Turan, Yanardag ve Metintas, 2016).

Bölümler arası ve sınıf seviyesine göre yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlar incelendiğinde, yaşlılık alanında verilen eğitimlerin yaşlı ayrımcılığı üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu düşünülmektedir. Gerontoloji ve Yaşlı Bakım Bölümü öğrencilerinin eğitiminin içeriği araştırmadaki diğer bölümlerden farklı olarak tamamen yaşlılık alanı üzerine odaklanılmış sosyal hizmet, sosyoloji, psikoloji, biyoloji, sağlık ve sosyal bakım ile sosyal politikaları içeren çok disiplinli bir alana sahip oldukları görülmektedir. (Holdsworth ve Arun, 2017). Gerontoloji ve Yaşlı Bakım Bölümü öğrencilerinin diğer öğrencilere göre tutumlarının daha olumlu olması, yaşlılık bilimi ve bakımına odaklanmış eğitimin, olumsuz kalıpyargıları ve önyargıları değiştirebileceği görüşünü desteklemektedir. Zira yaşlılık eğitime tabii olan ve yaşlılığa dair bilinç sağlanmış toplum ya da bireylerde yaşlı ayrımcılığı tutumunun daha az sergilendiği belirtilmektedir (Burnes vd., 2019; Chonody, 2015; Lytle, Nowacek ve Levy, 2020). Yaşlı ayrımcılığının önlenmesini konu alan sistematik bir inceleme ve meta-analiz araştırmasının bulgularına göre; öğrencilere verilen eğitimler ve öğrencilerin yaşlı yetişkinler ile etkileşimde bulunmaları sonucu, öğrencilerin yaşlı yetişkinlere ilişkin olumlu tutumları geliştirdiği belirlenmiştir. Bu girişimlerin yaşlı ayrımcılığının olumsuz sonuçlarını önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir (Burnes vd., 2019; Chonody, 2015). Gerontoloji ve Yaşlı Bakım Bölümü öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığı üzerinde olumlu tutum sergilemeleri bu öğrencilerin, uygulamalı derslerini huzurevleri, yaşlı yaşam

merkezleri gibi yaşlı ile sürekli teması ve iletişimi gerektiren sahalarda gerçekleştirmelerinden kaynaklı olduğu ve bu deneyimden edindikleri bilgi ve tutumları olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarında öğrencilerin “yaşlı”yı tasvir ifadelerinde, en çoktan aza doğru; “şefkat, bilgelik, yalnızlık, muhtaçlık ve hastalık” yer almaktadır. İnsanların yaş aldıkça bilgi birikimlerinin arttığını, ancak yaşlanma ile eş kaybı ya da çocukların kendi çekirdek ailelerini kurmasından kaynaklı yalnızlığın ve yaşın iyice ilerlemesi sonucunda hastalık ve muhtaçlığın olası olduğunu vurgulayan bu bulgular, literatürdeki araştırmalar ile örtüşmektedir (Özdemir ve Bilgili 2014; Özdemir ve Bilgili, 2016; Palmore, 2016; Polat vd., 2017). Genelde toplumlarda yaşlılığa ilişkin kalıplaşmış düşünceler ve ön yargılar hakim olmakla birlikte (Özdemir ve Bilgili 2014; Palmore, 2016), bazı toplumlarda yaşlıların toplum içerisindeki saygınlığını artıran, yaşlı refahını iyileştiren tutum ve davranışlar gibi yaşlılara yönelik olumlu ayrımcılık, örnekleri de yer almaktadır. Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası'nın 10. Maddesi'nde yer alan “Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir. Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz” ifadesi yaşlı yetişkinlerin meşrulaşmış pozitif ayrımcılığına örnek teşkil etmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982: madde 10).

Bu araştırmada yaşlı yetişkin ile aynı evde yaşamış olan öğrencilerin yaşlı ayrımcılık tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Araştırmada gelecekte yaşlı bir yakını ile yaşamayı isteyenler ve istemeyenlerin yaşlı ayrımcılık tutumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin yaşlı yetişkin ile yaşamış olma deneyimi ve yaşamayı isteme durumu yaşlı ayrımcılığı tutumlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Dolayısıyla öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumunu, aile içinde yaşlı ile yaşama deneyimi, kişisel paylaşım ve yakın çevrenin yaşlıya yaklaşımının etkilediği düşünülmektedir. Bu sonuçlar literatürde yer alan araştırmalar ile örtüşmektedir (Altay ve Aydın, 2015; Turgay, Şahin, Aykar, Sarı, Badır, Özer, 2015).

Öğrencilerin büyük çoğunluğu, sağlıklı bir yaşlının, yaşlılık dönemini kendi evinde geçirmesi gerektiği görüşünü ortaya koymuştur. Ayrıca yatağa bağımlı yaşlı yetişkine en uygun bakım yerinin kendi evi/çocuğunun evi olduğunu düşünen öğrenciler ile yatağa bağımlı yaşlının bakımevinde bakım alması gerektiğini savunan öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına yönelik olumlu tutumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Japonya'da yaşlı nüfus arasında yapılan bir araştırmada, yaşlı nüfusun bakıma muhtaçlık durumunda, yaklaşık %42.7 'sinin bakım evini, % %35,8'inin kendi evini tercih ettiği ve %21.5' inin ise bakım alacağı yer hakkında kararsız olduğu belirlenmiştir. Kendi evinde bakım almayı tercih eden yaşlı yetişkinlerin kendi evinde yaşayan, komşuları ile etkileşimde olan, araçsal sosyal destek alan ve sosyokültürel faaliyetlere sahip yaşlılar oldukları ortaya konmuştur (Ishikawa vd., 2021). Yaşlı yetişkinlerin bakıma muhtaçlık durumunda, olabildiği kadar özerk, aktif, bağımsız kalmak, alıştıkları çevre ile etkileşim halinde olmak ve kendi ortamlarında yaşamak isteme hakkına sahip oldukları göz ardı edilmemelidir. Toplum temelli bakım modellerinin çıkış noktası da bu bakış açısından hareketle bakıma muhtaç bireylerin bakımını evde

sürdürmeyi hedeflemektedir. Ülkemizde bakıma muhtaçlık durumunda çoğunlukla aile üyelerinin yaşlının bakımını üstlendiği ve bunlardan bazılarının toplum temelli evde bakım ya da palyatif bakım modellerinden destek aldığı bilinmektedir (Oğlak, 2014:224-225).

Araştırmada, üniversiteden mezun olduktan sonra yaşlılık alanında çalışmayı isteyen öğrencilerin olumlu yaşlı ayrımcılığı tutumlarında, istemeyenlere oranla istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Araştırma katılımcılarının Gerontoloji, Yaşlı Bakımı, Acil Bakım gibi gelecekte yaşlı yetişkinlere sağlık ve sosyal hizmet sunumu yapacak disiplin alanlarından oluştuğu düşünüldüğünde, bu sonuçlar yaşlı ayrımcılığının önlenmesi konusunda önem arz etmektedir. Ancak araştırmada farklı programlarda ve yaşlılık alanı üzerine eğitim alan bölümlerde bazı öğrencilerin bu alanda çalışmak istemediği yönünde görüşler elde edilmiştir. Bu olumsuz sonuçlar, öğrencilerin bilinçli ve istekli bir meslek seçiminden ziyade, üniversite sınav sonucu doğrultusunda mecburi ve farklı disiplinlere dikey geçiş, akademik kariyer planı ya da üniversite diplomasının farklı avantajlarını değerlendirme yönünde yaptıkları bir seçim olduğunu düşündürmektedir. Birçok araştırma, yaşlılarla temas etmeyi istemeyen düşünce ve yaşlılara karşı yetersiz ilgiyi açıklayan faktörleri araştırmıştır. Araştırmalara göre bu durumun temelinde bilgi/beceri eksikliği, yaşlanma kaygısı ve katılımcıların genç olması gibi faktörlerin yer aldığı belirlenmiştir (Burnes vd, 2019; Chonody, 2015). Dolayısıyla demografik dönüşümün yaşlı nüfus oranı lehine artışı göz önüne alındığında, akademisyenlerin yaşlı nüfusa hizmet sunumu yapacak olan profesyonellerin yetiştirilmesi sırasında kanıta dayalı pedagojik müdahaleler ve gerontolojik pratikleri kullanarak öğrenci tutumlarını değiştirme çabaları büyük önem taşımaktadır. Çünkü bu öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutumlarının, gelecekte sağlık ve sosyal hizmet sunumunda, yaşlı yetişkinlere yönelik toplumun temelinde var olan önyargıları ve mitleri değerlendirme ve değiştirmede en etkili dayanağı oluşturacağı düşünülmektedir.

5. Sonuç

Araştırmada Gerontoloji Bölümü, Yaşlı Bakımı Programı ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun farklı programlarında eğitim-öğretim gören öğrencilerin, yaşlı ayrımcılığı tutumlarının çoğunlukla olumlu olduğu belirlenmiştir. Katılımcı öğrencilerin kayıtlı oldukları bölüm, sınıf düzeyi, cinsiyet, mezuniyet sonrası yaşlı yetişkin ile çalışma isteği gibi değişkenlerin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarını etkilediği belirlenmiştir. Öğrencilerin sınıf düzeyleri arttıkça olumlu ayrımcılık tutum puanlarının da arttığı, özellikle ikinci sınıfta okuyan Gerontoloji Bölümü öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik olumlu tutumlarının diğer bölüm öğrencilerine göre sıra ortalama puanlarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde katılımcı öğrencilerin mezun olduklarında yaşlı yetişkinler ile çalışma isteğinin de yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarını olumlu şekilde etkilediği belirlenmiştir.

Yirmi birinci yüzyılda hem dünya genelinde hem de ülkemizde dört-beş kuşağın bir arada yaşadığı bir süreçte, üniversite öğrencilerinin eğitim yıllarında yaşlı ayrımcılığına yönelik olumlu tutumlara sahip olmaları, geleceğin daha aydınlık olacağına temel kanıtı olarak değerlendirilmektedir. Sağlık ve sosyal hizmetler sunumunu üstlenmek üzere eğitime devam eden üniversite öğrencilerinin, yaşlı yetişkinlere

ilişkin olumlu tutum sergilemesi, yaşlılık eğitiminin önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yaşlı nüfusun birçok nedene bağlı olarak toplumdaki statü ve rollerini kaybetmesinin yanı sıra, yaşlılığa yönelik önyargı ve kalıpyargıların çok erken yaşlarda şekillendiği gerçeğinden hareketle “yaşlılık eğitimi”nin toplumda çocuk yaştan itibaren zorunlu eğitim olarak planlanması gerektiği düşünülmektedir. Bu araştırma sonuçları, yaşlı ayrımcılığına yönelik toplumsal temelde içselleştirilmiş önyargıları ve kuşaklar arası farklılıkların ortadan kaldırılması kapsamında ele alınacak strateji ve sosyal politikaların oluşturulmasına ışık tutması bakımından önem arz etmektedir.

Yazar Katkı Oranı

Yazarlar araştırmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Çıkar Uyuşmazlığı

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Fon/Finans Kaynakları

Bu araştırma herhangi bir kurum tarafından finanse edilmemiştir.

Kaynakça

- Akdeniz Ş. (2020a). *Yaşlı istismarı ve ihmali*, in Gençtürk, Z. (Eds) *Yaşlılık ve Sosyal Politika Tartışmaları*. (149-167). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Akdeniz, Ş. (2020b). *Yaşlı ayrımcılığı*, in. Say Şahin, D. (Eds) *Yaşlılık Sosyolojisi*.(263-280), Ankara: Ekin Yayıncılık.
- Altay, B. Ve Aydın, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 12(1), 11-18.
- Altun, A. ve Demirel, B. (2020). Üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığıyla ilgili tutumları: Keskin MYO Örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(1), 423-434.
- Bergman, Y. S., Cohen-Fridel, S., Shrira, A., Bodner, E., ve Palgi, Y. (2020). COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: The moderating role of ageism. *International Psychogeriatrics*, 1-5. <https://doi.org/10.1017/s1041610220001258>.
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Jr., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*, 109(8), e1-e9. <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305123>.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another Form Of Bigotry. *Gerontologist*, 9,243-246. <https://doi.org/10.1093/Geront/9.4 Part 1.243>.
- Butler, RN. (1989). Dispelling Ageism: The cross-cutting intervention. *Annals Of The American Academy Of Political And Social Science*, 503:138-47
- Buz, S. (2015). Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 14(53): 268-278.
- Can, R., Işık, M. T., Erenoğlu, R., Tambağ, H., ve Halidi, G. (2019). Determination of attitudes of vocational school of health services elderly care department students towards elderly, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 6 (1):13-25.
- Cankurtaran, Ö., Beydili, E. (2016). Ayrımcılık karşıtı sosyal hizmet uygulamasının gerekliliği üzerine, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1):145-160. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tsh/issue/38633/448511>.
- Chopra, K. K., ve Arora, V. K. (2020). Covid-19 and Social Stigma: Role of scientific community. *The Indian Journal Of Tuberculosis*. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2020.07.012>.
- Chonody, J. M. (2015). Addressing ageism in students: A systematic review of the pedagogical intervention literature. *Educational Gerontology*, 41(12), 859-887.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2018). Ageing and Health. (Erişim Tarihi:27.06.2021) <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/ageing-and-health>.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2020a). Ageing and Life-Course (Erişim Tarihi:7.05.2020). <https://www.who.int/ageing/ageism/en/>.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2020b). Decade Of Healthy Ageing: Baseline Report. (Erişim Tarihi: 26.06.2021) <http://apps.who.int/bookorders>.
- Engelli Ve Yaşlı İstatistik Bülteni, Aile, Araştırma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020 Mayıs. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/Media/51832/Mayis-İstatistik-Bulteni.Pdf>.

- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., ve Tougas, F. (2020). Yaş ayrımcılığı ve COVID- 19: Toplumumuzun tepkisi bizim hakkımızda ne diyor? *Yaş ve Yaşlanma*, 49 (5), 692-695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>.
- Holdsworth, J. K., Ve Arun, Ö. (2017). Bridging Knowledge: A collective undergraduate thesis development approach. *Educational Gerontology*, 43(11), 561-567.
- Ishikawa, T., Haseda, M., Kondo, N., Kondo, K., Ve Fukui, S. (2021). Predictors of home being the preferred place of death among j apanese older people: JAGES Cross-sectional study. *Geriatrics & Gerontology International*, 21: 345–352.
- Kalaycı, I, Özbek Yazıcı, S, Özkul, M, Helvacı, G. (2018). Attitudes of medical staff and students towards the elderly: systematic review, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2 (1) , 21-30.
- Kaleli, I , Demirdaş, F , Tiryaki, S , Ulusal, F , Tufan, P . (2021). Türkiye’de yaşlı hakları için uygulamalı bir konsept ve yol haritası: Antalya Örneği. *Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Akademik Dergisi*, 4(6),1-32.
- Kydd, A, ve Fleming, A. (2015). “Ageism and age discrimination in health care: fact or fiction? A narrative review of the literature”. *Maturitas*, 81: 432- 438.
- Köse, G, Ayhan, H, Taştan, S, İyigün, E, Hatipoğlu, S ve Açikel, CH. (2015). Determination of the attitudes of students from different department in the field of health on the discrimination against the elders. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(2):145-151.
- Lytle A., Nowacek N., & Levy S. R (2020). Instapals: Reducing ageism by facilitating intergenerational contact and providing aging education. *Gerontology & Geriatrics Education*, 41(3), 308–319. doi:10.1080/02701960.2020.1737047
- Marshall, L. (2015). Thinking differently about aging: Changing attitudes through the humanities. *The Gerontologist*, 55(4), 519-525.
- Müftüler, H. (2018). Modern toplumda yaş ve yaşlı ayrımcılığı. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 181-214.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal Of Social Issues*, 61(2), 207-221.
- Oğlak, S. (2014). *Türkiye’de yaşlının uzun süreli bakımında bakım politikaları*. N. Korkmaz, S. Yazıcı (Ed.), Küreselleşme ve Yaşlılık İçinde, 215-234.
- Özbek Yazıcı, S, Kalaycı I, Esin, K ve Tekin, A. (2015) Yaşlı bakım programı öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8 (2): 77-87.
- Özbek Yazıcı, S, Kalaycı, I, Kaya, E, Tekin, A. (2016). Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumları. *Gaziantep University Journal Of Social Sciences*, 15 (2): 601-614.
- Özdemir, Ö., ve Bilgili, N. (2014). Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. *Gülhane Tıp Dergisi*, 56(2), 128-131.
- Özateş Gelmez, Ö . (2019). Sosyal hizmet öğrencilerinin yaşlılığa ilişkin kalıpyargıları: Keşif ve Dönüşüm . *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* , 22 (1) , 157-188 . DOI: 10.18490/Sosars.559101.
- Özdemir, Ö., ve Bilgili, N. (2016). Attitudes of turkish nursing students related to ageism. *Journal Of Nursing Research*, 24(3), 211-216.
- Özer, Z. C., Ve Terkeş, N. (2014). Evaluation of nursing student's attitudes towards ageism in Turkey. *Procedia- Social And Behavioral Sciences*, 116, 2512-2515.
- Özmen-Gülpek, D., Güleç, H. ve Tekman, H.G. (2021). Yaşlanmayla ilgili kalıp yargı tehdidinin bellek performansı üzerindeki etkisi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(2), 543-565. DOI: 10.33417/Tsh.855213.
- Palmore E. The Ageism Survey: First Findings. *Gerontologist*. 2001 Oct;41(5):572-5. <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.572>.
- Palmore EB. Auto-Gerontology: A Personal Odyssey. *J Appl Gerontol*. 2017 Nov;36(11):1295-1305. doi: 10.1177/0733464816648140. Epub 2016 May 12. PMID: 27178206.

- Pekesen, M. (2020). *Yaşlılık ve sosyal dışlanma*. in Z. Gençtürk (Eds) Yaşlılık ve Sosyal Politika Tartışmaları. (122- 148). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Previtali, F., Allen, L. D., ve Varlamova, M. (2020). Not Only Virus Spread: The diffusion of ageism during the outbreak of COVID-19. *Journal Of Aging & Social Policy*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1772002>.
- Polat, H., Yalçınöz Baysal, H., ve Aktaş, B. (2017). Determination of ageism attitudes of adults in two different provinces. *Turkish Journal Of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 20(4). 280-288.
- Sağlık Bakanlığı, (2015). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı 2015-2020, Sağlık Bakanlığı, Yayın No:960 Ankara.
- Soyuer, F., Ünalın, D., Güleser, N., ve Elmalı, F. (2010). Sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı demografik değişkenlerle ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 20-25.
- Turan, E., Yanardag, M., ve Metintas, S. (2016). Attitudes of students of health sciences towards the older persons. *Nurse Education Today*, 36, 53-57.
- Tufan, İ. (2020). Gerontolojiye Hazırlık: Perspektifler, Teoriler, Yöntemler Üzerine Ön Bilgi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- TÜİK (2020). Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2020, Ankara. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982. (Erişim Tarihi 30 Haziran 2021) <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>.
- Türgay AS, Şahin S, Aykar FŞ, Sari D, Badir A ve Özer CZ (2015). attitudes of turkish nursing students toward elderly people. *European Geriatric Medicine*. 6(3): 267-70.
- Usta, Y. Y., Demir, Y., Yönder, M ve Yıldız, A. (2012). Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey. *Archives Of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 90-93.
- Vefikuluçay, Yılmaz, D., Terzioğlu, F. (2011). Üniversite öğrencilerinde yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik değerlendirmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(3), 259-268.
- Web. (2019). Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Kalkınma Planları 2019. <Http://Www.Sbb.Gov.Tr/Kalkinma-Planlari/>. (Erişim Tarihi: 24 Nisan 2021).
- Web. (2019). Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2019). Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2019- 2023 Stratejik Planı. (Erişim Tarihi: 1 Temmuz 2021) <Https://Ailevecalisma.Gov.Tr/Media/33628/Turkiyede-Yaslilarin-Durumu-Ve-Yaslanma-Ulusal-Eylem-Plani.Pdf>.
- Yazıcı, S. Ö., Kalaycı, I., Kaya, E., ve Tekin, A. (2016). Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumları. *Gaziantep University Journal Of Social Sciences* (Http://Jss. Gantep. Edu. Tr), 15(2), 601-614.
- Yenal, S ve Gültekin, T. (2019). Ageism-related attitudes of paramedic students and professionals. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 22(4), 444-463.
- Yılmaz, E., ve Özkan, S. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(2), 35-52.
- Yurttaş, S ve Sarıkoca, E. (2018). Pozitif ve Negatif Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği (PNYAÖ) Geçerlilik Ve Güvenirlik Araştırması. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(Özel Sayı 2), 1977-1991.
- Zhou, L. (2007). What college students know about older adults: A cross-cultural qualitative study. *Educational Gerontology*, 33: 811-831.



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi
TSHD
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually
<https://edergi.saglik.gov.tr/>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2021 Aralık/December
Sayı/Issue: 18

YAŞLILARA EVDE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞADIKLARI ZORLUKLAR VE ETKİLEYEN UNSURLAR *

Gamze ÇAKIR¹
Ömer Miraç YAMAN²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma
Geliş Tarihi / Date Received: 17.08.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised:05.10.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 26.10.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.983990

Makale Künyesi/To cite this article: Çakır, G. ve Yaman, Ö. M. (2021, Aralık). Yaşlılara evde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorluklar ve etkileyen unsurlar. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18: 104-124. Doi: 10.46218/tshd.983990

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Gamze Çakır, Araştırma Görevlisi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü
gçakir@gelisim.edu.tr ORCID: 0000-0003-0636-0683

Öz

Bu araştırmada 60 yaş ve üzeri bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara, evde bakım veren bireylerin ne gibi zorluklar yaşadıklarını tespit etmek ve bu zorlukların hangi unsurlardan beslendiğini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Bu amaçla nitel araştırma yöntemi ve durum çalışması deseni kullanılmış, 19 bakım veren ile yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak derinlemesine mülakat gerçekleştirilmiş ve gözlem yapılmıştır. Elde edilen veriler Maxqda Nitel Veri Analiz Programına aktarılmış ve betimsel analiz ile analiz edilmiştir. Çalışmanın inanırılık, aktarılabirlik ve tutarlılık özellikleri kazanması için bazı yöntemler uygulanmıştır. Araştırma sonucunda bakım verenlerin; psikolojik, fiziksel, ekonomik, sosyal zorluklar yaşadıkları, uyku düzenlerinin bozulduğu, temizlik ve yaşanan konutun fiziksel şartlarından ötürü sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu zorluklara; yaşlı ile bakım verenin kişilik özelliklerinin, birlikte yaşam deneyimlerinin ve aile desteğinin etki ettiği görülmüştür. Sonuç olarak yaşanan zorlukların asgari düzeye indirgenmesi için tespit edilen etki unsurlarından yola çıkarak yerel ve ulusal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailede bakım veren, Bakım yükü, Informal bakım

CHALLENGES AND AFFECTING ELEMENTS OF FAMILY MEMBERS CARING AT HOME TO ELDERLY CARE

Abstract

In this study, it was aimed to determine the difficulties experienced by the individuals who give care to the elderly who are 60 years of age and older and need care at home, and to reveal the factors that feed these difficulties. For this purpose, qualitative research method and case study design were used, semi-structured in-depth interviews were conducted with 19 caregivers and observations were made. The obtained data were transferred to Maxqda Qualitative Data Analysis Program and analyzed with descriptive analysis. Some methods have been applied for the study to gain credibility, transferability and consistency. As a result of the research, caregivers; it has been determined that they experience psychological, physical, economic and social difficulties, their sleep patterns are disturbed, they encounter problems in cleaning and they have difficulties due to the physical conditions of the house they live in. To these difficulties; it has been observed that the personality characteristics of the elderly and the caregiver, together life experiences and family support have an effect. As a result, in order to minimize the difficulties experienced, local and national regulations should be made based on the determined impact factors.

Keywords: Family caregiver, Care burden, Informal care

*Bu makale birinci yazarın yüksek lisans tez sürecinde elde edilen verilerden üretilmiştir.

¹ Araştırma Görevlisi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, İstanbul/Türkiye, ORCID: 0000-0003-0636-0683

² Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, İstanbul/Türkiye, ORCID: 0000-0001-9989-8575

Giriş

Bakıma ihtiyaç duyan kişilere evde bakım hizmeti sunmak pek çok avantaja sahip olsa da bazı zorlukları içerisinde barındırmaktadır. Bu durum bakım yükü kavramı ile ifade edilmektedir (Adak, 2003, s.7; Tramonti vd., 2018, s.1). Bakım yükü kavramının ilk kullanılma tarihi 1960'lara kadar uzanır ve bu kavram bakıma ihtiyaç duyan bir kişiye sürekli bakım verenlerin yaşadığı fiziksel, zihinsel, ruhsal ve psikolojik zorlukları niteler (Bevans ve Sternberg, 2012, s.398; Karataş, 2011, s.73). Bakım verme yükünü arttıran unsurlar arasında, bakım veren bireylerin ücretsiz ev içi emekçisi olarak görülmesi sayılabilir (Doğanay ve Güven, 2019, s.345). Bununla beraber bakım verenin yaşamsal işlevlerini yerine getirememesi, varoluşsal anlamda sıkıntılı bir sürece girmesi (Fassino vd., 2002, s.10), çökkünlük yaşaması, iş yaşamından ayrılması, hobilerini bırakması veya ölüm kaygısı hissetmesi gibi durumlar da yer almaktadır (Kulu ve Özsoy, 2020, s.30). Ayrıca günlük yaşam pratiklerini aksatma, sosyalleşememe, toplumdaki izole olma, iş yaşamına dahil olamama, fiziksel ve ruhsal hastalıklara yakalanma gibi sorunlar da yaşanabilmektedir (Palma vd., 2012, s.100; Pinguart ve Sörensen, 2003, s.250). Bunların yanı sıra bakım verme sürecinde bakım verenin ev rutini bozulabilir, aile ilişkileri çatışmalı hale gelebilir, sosyal ilişkilerinde kopmalar oluşabilir (Schene, 1990, s.289). Tüm bunlar neticesinde, bakım veren de bakıma ihtiyaç duyan birey konumuna gelebilir. Bu durum literatürde "mıknatıs etkisi" olarak tanımlanmaktadır. Bu etki bakım verenin uzun süre bakıma ihtiyaç duyan bir bireyle yaşamayı, onun ihtiyaçlarını karşılamayı, bir kişilik yaşamında iki kişilik çaba sarf etmesi neticesinde ortaya çıkmaktadır (Özkurt, 2019, s.8). Chadda, Singh ve Kalyan (2007)'e göre her bakım veren, bakım verme sürecinde karşılaştığı zorluklar karşısında farklı baş etme yöntemleri üretmektedir. Bunlar arasında sosyal destek sisteminden yararlanmak, zararlı alışkanlıklar edinmek veya aile üyeleri ile iletişimi sonlandırmak yer almaktadır.

Hissedilen bakım yükünde ve yaşanan zorlukları etkileyen unsurlar arasında bakım verenin eğitim durumu, yaşı, cinsiyeti, fiziksel sağlığı, yaşadığı yer, sosyal çevresi gibi sosyodemografik özellikleri ile bakım verilen bireyin kişilik özellikleri, manipüle edici söz ve davranışları da yer almaktadır (Chow vd., 2007, s.141). Bakım verenin cinsiyeti açısından bakım yükü incelendiğinde, kadınların hissettiği bakım yükünün erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Kadın bakım verenlerin, bakım verilen kişiye karşı daha duygusal yaklaşması veya daha fazla endişe hissetmesi bu durumun nedenleri arasında yer alabilmektedir. Erkek bakım verenler ise bu durumun aksine bakım verme sürecine daha görev odaklı ve rasyonel yaklaşmakta, süreç içerisinde kadınlara nazaran daha az yoğun duygular hissetmektedirler. Ancak bu noktada belirtmek gerekir ki bazı erkeklerin duygularını dışa vurmaktan çekinmeleri, bahsedilen sonucu etkileyebilmektedir (Altay vd., 2018, s.6). Bu noktada feminist perspektiften yapılan bakım verme araştırmaları gündeme gelmektedir. Kadın bakım verenler feminist perspektif açısından pek çok kez ele alınmış ve bakım verme, bakım yükü, bakım kararı gibi konularda cinsiyetin rolü incelenmiştir (Gelmez, 2015; Tamer, 2017; Tanrıku, 2019; Tekindal, 2015).

Hissedilen bakım yükünün objektif ve subjektif olmak üzere temelde iki boyutu bulunmaktadır (Özdemir ve Şenol, 2019, s.61). Objektif yük; aile rutinlerinde aksaklıkların yaşanması, bakım verenin hastalanması,

yorulması ve ekonomik zorluk çekmesi gibi gözlemlenebilir ve somut sorun alanlarıdır (İnci, 2006, s.10). Subjektif yük ise bakım verenin iç dünyası ile ilgili, gözlemlenemeyen, öznel değer ve yargıları doğrultusunda hissettiği sorunları kapsamaktadır. Dolayısıyla subjektif yükün neler olduğunu genelgeçer bir şekilde belirlemek veya tespit etmek mümkün değildir (Bademli ve Duman, 2013, s.464; Karaca vd., 2016, s.7; Soner ve Aykut, 2017, s.736).

Her ne kadar bakım verme süreci zorlayıcı olsa da her bakım verenin söz konusu zorlukları aynı şekilde yaşadığını söylemek doğru değildir. Çünkü her bakım verenin acı eşiği birbirinden farklıdır. Hatta bu farklılığa bağlı olarak bazı bakım verenler yük hissetmemekte ve bakım vermeyi bir fırsat olarak değerlendirmektedir (Öztürk vd., 2017, s.56). Bakım vermenin bu olumlu yanında aile üyelerinin ilişkilere önem vermesi, vefa borcunun ödenmiş sayılması ve ailedeki kaynakların verimli kullanılması önemli bir role sahiptir (Adelman vd., 2014, s.1053).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi: Bu araştırmada 60 yaş ve üzeri yaşlı aile üyesine evde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorlukların ve bu zorluklara etki eden unsurların neler olduğunu tespit etmek amaçlanmıştır. Bu amaca istinaden nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma yönteminde kişileri dinleyerek veri elde edilmesi, derinlemesine mülakat yapılması ve gözlem olanağının bulunması gibi imkanları bu yöntemin tercih edilme nedenlerinden olmuştur (Creswell, 2017, s.185-186). Araştırma, durum çalışması desenine uygun olarak yürütülmüştür. Bu sayede olay/durum derinlemesine ve boylamsal bir şekilde incelenebilmiştir (Meyer, 2001, s.330). Araştırmanın ana sorusu *“Bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara evde bakım veren aile üyeleri ne gibi zorluklar yaşamaktalar ve bu zorlukları hangi faktörler etkilemektedir?”* olarak belirlenmiştir.

2.2. Araştırma Grubu: Araştırma grubu; 60 yaş ve üzerindeki yaşlı aile üyesine evde bakım veren evli, bekar ve boşanmış bakım verenlerden oluşmaktadır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın (2020: 20) 60 yaş ve üzeri bireylere kurum bakımı hakkı tanınması, araştırmada bu yaş sınırının belirlenmesine neden olmuştur. Araştırmaya dahil olma kriterleri; 60 yaş ve üzeri yaşlıya evde bakım vermek, bakımın sürekli olması, yaşlı ile bakım verenin aynı evde yaşamasıdır. Katılımcılara ulaşmak için amaçlı örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Böylece bakım verme hakkında bilgi sahibi olduğu düşünülen kişiler ile doğrudan iletişime geçilmiş, onların yönlendirdikleri bakım verenler ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan katılımcılardan da onların yakın çevresindeki bakım veren aile üyelerine ulaşılmıştır (Yıldız, 2017, s.430-431). Araştırma boyunca derinlemesine mülakat yapmak amacıyla 15 yaşlı ve 48 bakım veren ile iletişime geçilmiş, böylelikle toplam 63 kişi ile ilk görüşme gerçekleştirilmiştir. Ancak 30 kişi ile; mülakat yapmaktan vazgeçmeleri, yaşlının vefatı, müsait olamama ve kriter dışı olma gibi nedenlerden dolayı derinlemesine mülakat yapılamamıştır. Kalan 33 kişi ile mülakat gerçekleştirilmiş, buradan 11 kişi araştırma grubunun bazı kriterlerini karşılamadığı için mülakatlar veri analizine dahil edilmemiştir. Kalan 22 görüşmenin 3'ü pilot

görüşme olarak gerçekleştiğinden araştırma analizine 19 derinlemesine mülakat dahil edilmiştir. Katılımcıların özellikleri Yöntem kısmının sonunda Tablo 1’de gösterilmiştir.

2.3. Veri Toplama Teknikleri: Araştırmada derinlemesine mülakat ve katılımcı olmayan/doğal gözlem olmak üzere iki farklı veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Görüşme tekniklerinden biri olan derinlemesine mülakatta; sözlü iletişim kurularak insanların, durumların ve olayların hakkında detaylı bilgi toplanabilmektedir (Sığırı, 2021, s.237). Mülakatlarda yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Soruların hazırlanmasında ulusal ve uluslararası tezler, McMaster Aile Değerlendirme Ölçeği (Epstein vd., 1983), Aile Değerlendirme Ölçeği (Bulut, 1990) ve Bakım Verme Yükü Ölçeği (İnci, 2006) incelenmiştir. Ardından evde bakım alanında çalışan 2 sosyal çalışmacı ile fikir alışverişi yapılmış, akademisyenlerle istişare edilmiş ve 3 pilot görüşme gerçekleştirilmiştir. Her bir aşamada soruların revize edilmesiyle soru formunun son hali belirlenmiştir. Covid-19 pandemisinden dolayı birçok görüşme çevrimiçi ortamda yüz yüze gerçekleştirilirken bazı görüşmeler ev ortamında Sağlık Bakanlığı’nın belirttiği tedbirler ışığında yüz yüze yapılmıştır. Bir diğer veri toplama tekniği katılımcı olmayan/doğal gözlemdir. Bu yöntemde katılımcıların mülakatlar boyunca verdikleri tepkiler, kaçındıkları davranışlar, fiziksel mekan, aile ortamı gibi özelliklere dikkat edilmiştir (Yıldırım, 1999, s.10-14). Yapılan gözlemlere dair toplam 5 buçuk sayfa gözlem notu tutulmuş ve veri analizinde bu notlar dikkate alınmıştır.

2.4. Veri Analizi: Araştırmanın veri analizi aşamasında 928 dakika 26 saniyelik ses kaydı deşifre edilmiş ve 374 sayfa yazılı metin elde edilmiştir. Buna ek olarak gözlem notları da bilgisayar ortamında yazıya aktarılmış ve en nihayetinde toplam 379 buçuk sayfa yazılı dökümana ulaşılmıştır. Elde edilen veriler betimsel analiz ile analiz edilmiştir. Bu analizde katılımcıların cümleleri doğrudan alıntı olarak sunulmakta ve araştırmacı tarafından yorumlanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016, s.239). Analizin ilk aşamasında tüm veri seti Maxqda 2020 Nitel Veri Analiz Programı’na aktarılmış ve 3 kez okunmuştur. Ardından kodlama gerçekleştirilmiş, kodlamanın sonlanmasıyla ortak kodlar birleştirilmiş ve temalara ulaşılmıştır. Betimsel analizin getirisi ile bazı temalar belli olsa da analiz sürecinde farklı temalara da ulaşılmıştır.

2.5. Araştırmanın İnanırlığı, Aktarılabilirliği ve Tutarlılığı: Araştırmanın inanırlığı (iç geçerlik), aktarılabilirliği (dış geçerlik) ve tutarlılığının (güvenirlik) sağlanması için bazı yöntemler kullanılmıştır (Merriam, 2018, s.211). Kullanılan yöntemlere dair literatür bilgisi ve araştırmacılar tarafından bu yöntemlerin uygulanış biçimi şu şekildedir:

İnanırlık için araştırmacı konu hakkında herhangi bir ön yargısının farkında olmalı ve araştırmaya bunu yansıtılmamalıdır (Yaşar, 2018, s.59). Bu ilke gereği araştırmacı sürecin başında ön yargılarını ve ön kabullerini fark etmiş, araştırma analizlerinde objektif olmaya çalışmıştır. İkinci yöntem veri toplama sürecinde üçgenleme tekniğinin kullanılmasıdır (Creswell ve Miller, 2000, s.127). Araştırmanın konusu gereği döküman incelemesi yapılamamış ancak iki teknik kullanılabilmiştir. Üçüncü yöntem, katılımcılarla mülakatlar dışında vakit geçirmektedir (Merriam, 2018, s.209). Araştırmacı birçok katılımcı ile mülakat öncesi veya sonrasında sohbet tarzı görüşme gerçekleştirmiştir. Dördüncü yöntem ise araştırma konusu hakkında detaylı bilgiye

sahip olunmasıdır (Sığırı, 2021, s.143). Bu yöntem gereği, araştırmacı sürecin en başında derinlemesine literatür okuması yapmış ve alanda çalışan sosyal çalışmacılar ile görüşerek deneyimlerini dinlemiştir. Aktarılabirliğin sağlanması için ise iki farklı yöntem kullanılmıştır. Bunlardan ilki araştırma konusuyla araştırma grubunun uyumlu olması gerekliliğidir (Yağar ve Dökme, 2018, s.7). Araştırmacılar bu yöntemi izlemek için iki farklı örnekleme yöntemi kullanmış, yaş ve cinsiyet gibi sınırlamalardan kaçınarak yalnızca yaşlı aile üyesinde evde sürekli bakım veren olma kriterine bağlı kalmıştır. İkinci yöntem ise katılımcıların ayrıntılı şekilde tanıtılmasıdır (Guba ve Lilcoln, 1982, s.246). Bu yöntem için araştırmacılar katılımcılara dair detaylı bilgi toplamış ve araştırma metninde sunmuştur.

Araştırmanın tutarlılığı için izlenen yöntemler şu şekildedir: İlk olarak benzer şartlarda benzer örneklem gruplarıyla bu konu çalışıldığında benzer sonuçların oluşması için (Başkale, 2016, s.25) veriler en az 3 kez okunmuş ve gözden kaçan herhangi bir unsurun olmamasına dikkat edilmiştir. Bununla beraber veri toplama yöntemi detaylı bir şekilde açıklanmış ve araştırma sürecinin başından sonuna kadar notlar tutulmuştur (Guba, 1981, s.84).

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma sonuçları görüşme gerçekleştirilen 19 katılımcı ile sınırlıdır. Bununla beraber Covid-19 pandemisinden dolayı bazı görüşmelerin çevrimiçi ortamda yapılmak zorunda kalması araştırmanın sınırlılıklarından birini oluşturmuştur. Araştırmanın sınırlılıklarına dair gelecek çalışmalar için şunları söylemenin de faydalı olacağı düşünülmektedir: Hiç şüphesiz bakım veren ailelerin karşılaştığı zorlukları dinlemek kolay bir durum değildir. Araştırmacılar mülakatlar sırasında pek çok kez yaşanan zorlukları ortadan kaldıracak veya çözecek öneriler sunmak isteyebilirler. Ancak bu öneriler yalnızca dışarıdan bir müdahale olarak kalma ve muhataba ulaşmama riski ile karşı karşıyadır. Bu nedenle araştırmacılar mülakatlar sırasında yalnızca katılımcının verdiği bilgilere odaklanıp çözüm önerisi istendiği takdirde öneri sunmalıdır. Mülakat sırasında katılımcının duygusunda kalarak ve onun ihtiyacına göre cümle kurarak tam bir empati gerçekleştirilmiş olacaktır (Hein, 2020: 92).

2.7. Araştırmanın Etik Uygunluğu: Araştırmanın etik ilkelere uygunluğu için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 02.02.2021-20530 tarih ve sayılı onay alınmıştır.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

İsim (Hanım/ Bey)	Doğum yılı	Cinsiyet	Eğitim durumu	Medeni durumu	Mesleği	Yaşadığı şehir	Bakım verdiği kişi/ler	Bakım verme süresi	Sosyal yardım/ evde bakım maaşı alıyor mu?	Yaşlılığın rahatsızlığı	Bakım veren diğer aile üyesi
K1	1974	Kadın	Lise mezunu	Evli	Ev hanımı	İstanbul	Kaynana, kayınbaba (Geçmişte), hala (Şimdi)	5 yıl	Hayır	Alzheimer	Yok

K2	1974	Kadın	İlkokul mezunu	Boşanmış	Ev hanımı	İstanbul	Anne	6 yıl	Evet	Kemik erimesi, kanser, yeti kaybı	Yok
K3	1981	Kadın	İlkokul mezunu	Boşanmış	Ev hanımı	İstanbul	Anneanne	13 yıl	Hayır	Kalp hastası, yatağa bağımlı	Yok
K4	2000	Kadın	Lisans	Bekar	Öğrenci	İstanbul	Anne ve baba	Anne: 1 yıl Baba: 5 yıl	Hayır	Anne: kanser Baba: kalp hastası	Var
K5	1973	Kadın	Lise mezunu	Evli	Ev hanımı	Kayseri	Kayınvalide	7 yıl	Hayır	Alzheimer	Yok
K6	1969	Kadın	Ortaokul mezunu	Evli	Ev hanımı	İstanbul	Anne	5 yıl	Bez yardımı	Felç	Yok
K7	1983	Kadın	İlkokul mezunu	Evli	Ev hanımı	İstanbul	Kayınbaba (Geçmişte), kayınvalide (Şimdi)	10 yıl	Hayır	Felç	Yok
K8	1977	Erkek	Lise mezunu	Evli	Kuyumcu	İstanbul	Baba	5 yıl	Hayır	Felç	Yok
K9	1973	Kadın	Lise mezunu	Evli	Ev hanımı	İstanbul	Kayınvalide	6 yıl	Hayır	Kalp hastası, kemik erimesi, alzheimer	Eltisi ve kayını
K10	1975	Kadın	İlkokul mezunu	Evli	Ev hanımı	Ankara	Anne ve baba	3 yıl	Hayır	Anne: diyaliz Baba: alzheimer	Ablaları
K11	1998	Kadın	Lisans	Bekar	Öğrenci	Yozgat	Babaanne	5 yıl	Hayır	Kalp ve şeker hastası	Yok
K12	1997	Kadın	Lisans	Bekar	Öğrenci	İstanbul	Babaanne	12 yıl	Hayır	Felç	Yok
K13	1992	Kadın	Lisans mezunu	Evli	Ev hanımı	İstanbul	Anneanne	6 yıl	Hayır	Felç	Dayı
K14	1975	Kadın	Önlisans	Bekar	Ev hanımı	Bitlis	Anne	3 yıl (+20 yıl aralıklı)	Hayır	Felç	Yok
K15	1972	Kadın	İlkokul mezunu	Bekar	Ev hanımı	İstanbul	Baba	12 yıl	Hayır	Felç	Yok
K16	1972	Kadın	Açıköğretim lise	Evli	Ev hanımı	Yalova	Kayınvalide	25 yıl	Hayır	Felç	Yok
K17	1990	Kadın	Önlisans mezunu	Evli	Ev hanımı	İstanbul	Anne	2 yıl	Hayır	Alzheimer	Yok
K18	1965	Kadın	Lise mezunu	Evli	Ev hanımı	Yalova	Kayınvalide	1,5 yıl	Hayır	Alzheimer	Yok
K19	1969	Kadın	İlkokul mezunu	Evli	Ev hanımı	Ankara	Kayınbaba	3 yıl	Hayır	Felç	Yok

3. Bulgular

Bakım veren aile üyeleri ile yapılan görüşmeler sonucunda bakım verme sürecindeki zorlukları ve bunları etkileyen unsurların neler olduğu tespit edilmiştir.

3.1. Yaşanan Zorluklar

3.1.1. Psikolojik Zorluklar

Katılımcıların pek çoğunun bakım verme sürecinde psikolojik olarak yıprandıkları ve zorlandıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların; çökkünlük, tükenmişlik, umutsuzluk, üzümlük, öfke ve stres gibi olumsuz duyguları sıklıkla hissettikleri anlaşılmıştır. Bu duyguların katılımcıların hayatlarını sekteye uğrattığı ve sorgulamalarına neden olduğu belirlenmiştir.

“Zaten hani çok kötü hissediyorsunuz kendinizi, yıpranmış, tükenmiş. Artık hani benim son 1 sene özellikle pandemiden beri bu şekil geçiyö. Yani çok kötü kesinlikle. Tükenmiş, yıpranmış sanki hayatına hep bu şekilde devam edeceğini düşünüyösün belli bir süre sonra.” (K11)

“Eskiden mesela zevk aldığım şeyler artık bana zevk vermiyö... Şöyle artık iki kafalık mı oluyösün ya da hayattan mı soğuyösünüz. Hani hayal bile kurmak istemiyösünüz. Sanki benim hayatım bu ve bu şekilde devam etcek. Ben son nefesimi bu şekilde vercekmişim gibi hissediyörüm. Hani geleceğe yönelik kendi adıma ne hayal kurabiliyörüm ne de hani nasıl diyim bi beklentim var.” (K14)

“Artık kayınvalidemin nefes almasından dahi rahatsız olmaya başlamıştım. Ağlıyordum o orda nefes alıyordu ya ağlıyordum ya... Sabahlara kadar ‘neden, neden ben?’ dediğim günlerde oldu. Olmadı değil... Çok tükenmiş hissettiğim zamanlar çok oldu. Yani ‘başaramıycam, yapamıcam, olmayacak ya olmayacak. Tamam bitti’ diyödüm. Hayat artık bitti benim için gibi.” (K16)

Psikolojik zorlukların içerisinde katılımcıların yaşadıkları yoğun kaygı ve korku duyguları da yer almaktadır. Bazı katılımcıların yaşlının bakımı karşısında yoğun sorumluluk hissettikleri, bu sorumluluğun bakımı tam yapıp yapamadıklarına dair kaygı ve korku duymalarına neden olduğu anlaşılmıştır:

“Sorumluluk... İnsan üstünde her şeyi hissediyösün. Ya en ufak bi şeyi yapmasam acaba böyle mi yapsaydım, yanlış mı yaptım?... Bazı şeyleri mesela olması gerekeni yapıyösün ama eksik mi yaptık, yanlış mı yaptık, şunu da mı yapsaydık?” (K1)

“Dışarıya çıktığımda sürekli aklım evde kalıyö. Özellikle annemde. ‘Acaba napıyö, acaba zorlandı mı, acaba babam bi yere gitti mi, acaba ne oldu?’ gibi şeyleri düşünmek beni daha çok yoruyö. O yüzden bir yere gittiğimde huzursuz oluyörüm.” (K12)

3.1.2. Fiziksel Zorluklar

Katılımcıların yaşlıyı hareket ettirme, bir yerden bir yere taşıma ve tuvalet/banyo ihtiyaçlarını giderme sırasında fiziki olarak zorlandıkları görülmüştür. Bakım sürecinde yaşanan bu durumlardan dolayı katılımcıların da boyun, bel, sırt, bacak ve kas ağrıları yaşadıkları belirlenmiştir.

“Kendim de hani biraz çökmeye başladım... Ondan sonra ee bakıyosun yattığı zaman özellikle elini ayağını şey yaptığı, yattığı dönemlerde özellikle oraya çevir, oraya yap, bacakların yeri geliyor tutmuyo, ellerin tutmuyo. Belde fitik oluştu, boyunda fitik oluştu, sırtta kamburlaşma oluştu. Ondan sonra bacaklarım kötü, fitik vurdu iyce bacaklarıma, kaldırıyorum indiriyorum.” (K3)

“İşte böyle tuvalet sorunu falan olunca onlar güç isteyen şeyler. Onları götürüp getirirken hem golun ağrıyo, hem bacağın ağrıyo.” (K5)

“Mesela annemi banyo yaptırdığım gün, 3 gün ben pert yani, kalça kemiğimi çekemiyorum, eğilip kalkamıyorum, namazlarımı genelde oturarak kılıyorum. Çünkü hani ankilozanım. Kaldırdığım zaman kemiklerim resmen böyle katır katır iç içe geçtiğini hissediyorum... Hani fiziki olarak pek kendimden de beklentim yok açıkçası, yaşadığıma şükrediyorum.” (K14)

Yapılan görüşmeler sonucunda katılımcıların gece nöbetleri tuttıkları, yaşlının uyku arasında nefes alıp verdiğini kontrol ettikleri, yaşlının ihtiyacı olur düşüncesiyle geceleri tedirgin oldukları belirlenmiştir. Bu nedenlerden dolayı katılımcıların uykusuzluk sorunu yaşadıkları, uyku kalitelerinin azaldığı anlaşılmıştır.

“Zaten gece hiç uyumuyorum. Hep onu dinliyorum... Koşa koşa gidiyorum yanına nefes alıyor mu? Diyorum ki: ‘bir anda sesi kesilecek, bir anda nefesi gitçek.’ Bazen böyle gidiyom yanına anne bazen o hani ilaçlardan uykuya dalmış ya, zannediyom ki annem öldü. ‘Annee.’ O şöyle uyuyo. ‘Annee’ cevap vermiyor. Bir anda açıyo gözünü: ‘Noldu?’ Gece sabaha kadar uyumadığı zaman işte gündüz ben uyuyamıyorum. Gece uykumu almasam bile gündüz asla uyuyamıyorum. Çünkü kolluyorum onu.” (K2)

“Uyku düzenimiz genelde bozuk. Mesela herkes kalktığı saatlerde biz artık sabahlamışızdır, uyuyor olabiliyoruz. Uyku fakiri olabiliyoruz uyuyamayınca veya bir rahatsızlığı oluyor. Onunla ilgili sıkıntılar oluyor. Ağrısı olabiliyor veya tekrar kaldırılıyosun acaba şu mu oldu, o mu oldu? Yani sürekli ayaktayız 24 saat.” (K15)

“Ondan sonra sıkıştığı zaman çok kötü, nefes alamadığı zaman bekliyosun sabahlara kadar, rahatlamasını bekliyosun. Artık yani şuraya uzanamıyosun hani böyle yatmak için. Neden? Uzandığın zaman seslendiğinde uyku gafletinden kalkamıyosun.” (K3)

Bazı yaşlıların ise geceleri uyuma konusunda direndikleri, yanlarında birini istedikleri de ifade edilmiştir. Dolayısıyla bu sebeplere bağlı olarak katılımcıların yoğun olarak uykusuzluk veya uyku düzensizliği yaşadıkları anlaşılmıştır. Söz konusu katılımcıların bakım verdikleri yaşlıların genellikle alzheimer/demans hastası yaşlılar olduğu görülmüştür.

“Uykuyu çok reddediyor. Yani uyku ilaçları kullanmıyorum doktorun verdiği uyku ilacı olmasına rağmen. Ee nerdeyse hiç uyumuyor diyebilirim. ‘Hadi anane şimdi uyku vakti, uyuman lazım’ falan ama yok. O istiyor ki oturalım. Yani hiçbir şey konuşmasa bile yanında mutlaka birini istiyö.” (K13)

3.1.3. Ekonomik Zorluklar

Bakım vermenin sürekli bir eylem olması, katılımcıların yaşlılar ile 7/24 ilgilenmesine yol açmaktadır. Bu nedene bağlı olarak katılımcılardan bazılarının bakım vermeye başlamayla birlikte iş yaşamından ayrıldıkları görülmüştür.

“İşi bıraktım tabii. Kaç yıl oldu? 2016’dan beri gitmiyorum, annem yatalak olduğunda... Ben hani bıraktım. Herkes arıyo hala: ‘Çalışmayacak mısınız?’ ‘Nasil çalışım?’ diyor. Kime bırakıyım? Ya düştü bir yerini kırdı.” (K2)

Bakım verenin işten ayrılarak gelirinin azalmasının yanında bakım sürecinde giderler de artmaktadır. Yaşlıların sağlık giderleri, kişisel bakım hizmetleri ve her hastalığa özel bakım ihtiyaçlarının olması gibi nedenlere bağlı olarak pek çok katılımcı ekonomik anlamda zorluk yaşamaktadır. Bu noktada evde bakım maaşı bazı katılımcıların yaşadığı ekonomik zorlukları asgari düzeye indirmektedir.

“Yani zorluğu çoktu yani o maaşlar falan bağlanmadan önce tam dört gün aç kaldığımızı bilirim. Çocukları bi şekilde doyuruyoduk da dört gün aç kaldık. Hatta o zaman iyi hatırlıyorum seçimler varmış. Belediyeye gittim sabah altıda. Ananem aç, hepimiz açız. Ananeme üzülüyodum garibim ya bi parça ekmekle... Sonra işte belediyeye gittim. Belediye başkanına ödemeli attım (gülüyor). Yok, kontörüm yok. Sonra beni aradı. Hayret ettim. X Bey’di o zaman. Dedim ‘X Bey, böyle böyle durum.’ Dedi ‘Nerdesin sen?’ ‘belediye binasındayım.’ Dedi ‘çık, kalem müdürlüğüyle görüş.’ Sağ olsunlar o zaman bi 300 lirayla bi de koli... Sonra bir eve gelmişim yemin ediyorum bir doldurmuşum (gülüyor) çocuklar bana bi sarıldı, bi sarıldı. O esnada düşün yedi çocuk birden, ağlıyoruz sevinçten. Sevinçten ağlıyoruz.” (K3)

“Ben o kadar bir şey söyleyeyim mi bu hastalık süreci içerisinde gerçekten maddiyat çok büyük rol oynuyor. Kesinlikle en başta. Mesela ben babama dışardan mamalar aldım, alıyorum da bazen mesela hani güçlensin vitamin alsın diye... İşte bez alıyorsunuz. Bez 400 milyon. 400 lira verdim geçen gün geldi 400 lira vereceksiniz. Verdik 400 lira. Ee fatura 800-900 TL ödüyorum... Yani gider çok.” (K15)

“Hastaya 1 milyara yakın gecesine istediler. O da emekli babam, bende emekli, eşim de. Biz 3 maaş ama emekliyiz ama maaşımız yetmiyor, açıkçası.” (K6)

3.1.4. Sosyal Zorluklar

Bakım verenlerin farklı insanlarla bir araya gelebilmeleri ve farklı ortamları görmeleri, bakım verme kaynaklı yaşadıkları sorunların dışavurumunu yapma fırsatı sunmaktadır. Görüşmeler sırasında katılımcıların anlatmaya oldukça istekli oldukları gözlemlenmiş, dolayısıyla yaşadıklarını anlatma ihtiyaçlarının olduğu anlaşılmıştır. Ancak katılımcılar bakım verme ile meşgul oldukları için sosyal yaşamdan tamamen çekildiklerini ve ev içerisinde sürekli aynı kişilerle beraber olmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum bakım verenlerin yaşadıkları zorluklara hem yenisini eklemekte hem de yaşanan zorlukların hafiflemesini engellemektedir.

“Alzheimer olduktan sonra ben bunun hem eli hem ayağı hem gözü hem kulağı, her şeyi oldum. Bütün gün onunla beraber yaşamaya başladım. Yalnız bırakamıyorum. Bıraksam da işte kendi başına kalkmaya çalışıyor, düşüyor. Bir yere çıkamıyorum.” (K5).

"Bu hastalıklardan sonra tabii sosyal hayatım daha çok etkilendi. İşte bu arkadaşlarımla çok fazla dışarı çıkamıyorum." (K4)

"Sosyal yaşantı sifıra düşüyor. Ben biraz kendim sosyal olduğum için yani ne bilim şu camdan kafamı uzatsam laf atacak insan bulurum. Ordan komşu, telefonla konuşurum... Yani bir şekilde atmaya çalışıyorum." (K9)

Sosyalleşme imkanı bulamadığını belirten katılımcıların aksine bir katılımcı annesinin alzheimer olmasının sosyal faaliyetlerini engellemediğini belirtmiştir. Bu durumda yaşlının alzheimerin ilk evrelerinde olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

"Bana dışarıdaki insanların sürekli verdiği tepki şu; "Aa annen artık bu durumda. Sen artık çıkamazsın." Hayır. Tamamen işte dediğim gibi kişinin bakış açısıyla alakalı. Ben annemi yedirip içirip yatırıp u gezmeye gideceksem gidiyorum, çocukları bi yere götürmem gerekiyorsa götürüyorum. Dışarıda yapmam gereken tüm işlerimi mümkün olduğunca hallediyorum." (K17)

3.1.5. Temizlik/Hijyen Konusundaki Zorluklar

Alzheimer veya felç hastası olan yaşlıların ihtiyaçlarını gidermelerinin ve hastalıklarına bağlı olarak gelişen vücut akıntılarının, katılımcının temizlik algısının dışında olduğu görülmüştür. Bu nedenle çoğu katılımcı yaşlı bakımını temiz olmayan bir süreç olarak nitelendirmiştir.

"Başak burcuyum ve hemen temiz olmak zorundayım. Her yer titiz olmak zorunda. Onun vermiş olduğu bir şey var ve ananem ağızından salyasını akıtan... Yani salyası sürekli akar. O yüzden hani yani bi yaşlının temizliği çok zor." (K13)

Temizlik/hijyen konusunda yaşanan zorlukların özellikle yaşlının tuvalet/banyo ihtiyacını giderme sırasında meydana geldiği belirlenmiştir. Katılımcılar yaşadıkları bu durumlara ilişkin çözümler üretseler de, durumun kronikleşmesi zorluk yaşamalarına neden olmaktadır. Çünkü evin temiz olup olmadığı konusunda yaşanan kaygıların, katılımcıları sürekli tetikte olma ve temizlik çabasına ittiği belirlenmiştir.

*"İnsan yükü ağır. Bir de yaşlı, büyük birinin... Çocuğun altını bile değiştirirken ka**sını, çi**ni değiştirirken falan çok kokuyo. Mesela biz babaannemin altını değiştirdiğimizde, şu kış günü camların her tarafını açıyoruz, kapıyı dayıyoruz, parfüm sıkıyoruz." (K11)*

"Ya tabii ki tuvalet ihtiyaçlarını giderirken o beni çok üzüyo, yani yoruyo. Hasta bakan insanlar çok titiz olurlar. Bilmiyorum bende öyle bi şey var. Sürekli bi 'kokuyor mu, burası pis mi acaba?' Böyle bi bende şey var, hep bi silme ihtiyacı veya oda parfümü sıkma ihtiyacı. Bunları hissediyorum. Sanki misafir geldiği zaman 'ay acaba kokucak mı, acaba kayınvalidem tuvaletini yapacak mı?' diye düşünüyorum." (K16)

"Yani bir görsen, tuvaleti pislemiş, fırçayı yıkamış, sifona basmayı bile unutuyor mu ne yapıyor. Alıyor tuvaletin fırçasını abdest lavabosunu yıkamaya kalkmış. Böyle var ya kan beynime sıçradı onları görünce. Her yer... Klozet takımı, yerler, paspaslar hep mafolmuş, duvarlar pislenmiş. Sabır da hani bir yere kadar oluyo." (K18)

3.1.6. Mekansal Zorluklar

Yaşlıya sürekli bakım vermek, ev içerisinde ona ait bir alanın kurulmasını gerektirmektedir. Bu noktada katılımcılardan bazıları evlerinin küçük olduğundan, odaların yetmediğinden, yaşlıya oda verildiği takdirde diğer aile üyelerinin rahat vakit geçirebileceği oda kalmadığından bahsetmişlerdir. Bu durumun hane üyelerinin bakım vermede zorlandıkları zamanlarda rahatlayabilecekleri mekanları azalttığı anlaşılmıştır.

“Ona mecburen salonumu açtım. O da arka odada yatak odamla yan yana özellikle hani sesini duyuyum, ilgileneyim diye. E bir oda ona verince bu sefer biz yatak odası ile oturma odasına kalıyoruz. Yetmiyo.”
(K9)

“Mesela benim evde odam yok. Mesela odamın olmaması, çektiğim zorluğu onların (aile üyelerinin) görmediğini fark ediyorum ben. Mesela onların zamanında onların da odası yoktu. Hani onun (yaşlının) odasının olmaması gayet normal. Ama ben hep bi oda arayışı içerisindeydim. Mesela gündüzleri hep özellikle 2 yıldır falan yatak odasında vakit geçirdiğimi fark ettim, gündüzleri kullanılmadığı için. Hani böyle hep bi köşem vardı orda vakit geçiriyordum. Hani evden, babaannemden arta kalan zamanlarda.”
(K12)

“Aslında evim de çok müsait değil bakmak için. İki artı bir. Küçük bir odam var. Aslında yatak odasıyla salon bir gibi bi şey, paravan gibi bir şey var arada. Hani pek kullanışlı böyle bi geniş evim de yok hani.”
(K18)

3.2. Yaşanan Zorlukları Etkileyen Unsurlar

3.2.1. Kişilik Özellikleri

Bakım verme sürecinde yaşlının kişilik özellikleri, tutum ve davranışları gibi faktörler bakım verenin yaşadığı zorlukları etkilemektedir. Yapılan görüşmeler sonucunda yaşlının olumsuz kişilik özelliklerinin bakım sürecini zorlaştırdığı, olumlu kişilik özelliklerinin ise bakım vereni motive ettiği ve zorlukları hafiflettiği anlaşılmıştır.

Katılımcıların ifadeleri sonucunda yaşlılarda; öfkeli, baskıcı, memnuniyetsiz, bencil, inatçı ve nazlı gibi olumsuz kişilik özelliklerinin ön plana çıktığı görülmüştür.

“Mesela şimdi yine bağıriyo (gülüyor) hala daha bağıriyor. Yani çok problem yani her şeyi problem ediyö. İşte mesela meyvesini veriyorum bugün. Yarın geciktiği zaman ‘niye meyvemini getirmedin? İşte meyve vermedin de.’ Veyahutta... her şeyi merak ediyö. ‘Ne ettin, ne yemek yaptın, işte nereye gittin, kim geldi, kimle konuştun?’ Sürekli ama bunu söylerken de böyle kibar falan da söylemiyo, benim böyle konuştuğum gibi değil. Bağıra bağıra söylüyo.” (K16)

“Babam zaten bizim şeyimiz, problem alanımız. Babam bi şeyden memnun olmadığı zaman artık bıkkınlık geliyo hani sen elinden gelen her şeyi yapıyosun. Ya da diyelim bi gün de on tane davranış yapıyosun dokuzu gayet iyi ama bi tanesi kötü olunca sen dünyanın en kötü evladı oluyosun. O gerçekten insanı çok üzüyo.” (K4)

“Hani şöyle bir şey var ‘ben sizi sevmiyorum ama siz bana bakmak zorundasınız, siz bunu yapmak zorundasınız’ diyo. ‘Ben altıma yapıcım siz bakıcaksınız, bunu yapıcaksınız’ diyo mesela. Hani bu yönden birazcık ağır oluyo. Birazcık inat, fazla inat açıkçası. Mesela yemek yapıyoruz. Mesela babam sevdi mi

yemeği babaannem sevmezdi, yemezdi o yemeği. Hemen atar tabağı kenara. 'Bu neymiş' der mesela geri atar. Aslında bunların hepsini bilinçli yapıyo ve gülüyo sonrasında... Aslında çok sevdiği şeyleri o an canı istemiyorsa eğer eziyet yapmak istiyorsa yemiyo.” (K11)

“Mesela babaannemin bi şeyi istiyorsa o istediğini yaptırana kadar susmaz. Sürekli bir şeyi evin içerisinde gün boyu gerçekten abartmıyorum yüz defa tekrarlandığını düşünün, yüz defa istendiğini düşünün.” (K12)

Yaşlının olumlu kişilik özellikleri ise bakım verene daha ılımlı yaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durum bakım verenin yaşadığı zorlukları hafifletmekte veya süreç içerisinde onu motive etmektedir. Katılımcılardan bazılarının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Böyle oturur çay kahve içerdik. Böyle hani neşelidir de şey yapısı vardır... Halam da bana düşkündür. Evladı gibi koyar beni yerine. İ benim çocuklarımla da çok ilgilenmiştir.” (K1)

“Hani alzheimerlar biraz aksi olur, inat olur, şey olur ya da belki aldığı ilaçları da var tabi onların. Ama benim babam çok sakın yani bize hani aşırı derecede böyle bi aşırı yorgunluğu, şusu yok.” (K10)

Bakım verenlerin kişilik özellikleri incelendiğinde yaşlılara karşı daha sevgi dolu ve olumlu kişilik özelliğine sahip katılımcıların bakım sürecinde çok zorlanmadıkları veya daha rahat oldukları görülmüştür. Öyle ki bazı katılımcıların söylemlerinden çocukluklarından beri yaşlıların ihtiyaçlarını karşılama noktasında istekli ve gönüllü oldukları anlaşılmıştır. Bu durum şu anda da yaşlılara karşı daha merhametli bir tutum benimsemelerine zemin hazırlamaktadır.

“13 yaşında da ben ananemin yanındaydım. Hani gine iyiydi, şeydi yürüyodu gayet sorunsuz. Ama mesela ben sabah kalkardım. Sabahın beşinde evleri silerdim, süpürdüm hani ananeme hiç zahmet olmasın diye pırıl pırıl yapardım her tarafı. Gecekonuda kalırdık. Altları betonda, betonları bile silerdim, deli olurdum. Halıları her gün silerdim yani o bi nasıl diyim ya bi özgüven oluyo şimdi.” (K3)

“Bana şey diyenler de oluyodu 'sen hep yaşlılarla oturup kalkıyosun. Onların şeyi üstüne sinmiş gibi' hani. Hani benim pek cıvil cıvil şeyim yoktur karakter olarak. Yaşlılarla oturmayı seviyorum, konuşmayı seviyorum. Onlara bi şeyler ikram ediyim yapıyım ediyim. Onlar da hoşnut oluyolar.” (K1)

3.2.2. Yaşlı ve Bakım Veren Birlikte Yaşam Deneyimleri

Yaşlı ile bakım verenin bakım verme süreci öncesinde yaşadıkları, bakım verenin yaşlıya ilişkin bakış açısını şekillendirmektedir. Geçmişte daha çok olumsuz anısı bulunan ve yaşlı tarafından olumsuz muamelelere maruz bırakıldığını belirten katılımcıların, yaşlının bakımını üstlenme konusunda ve bakım sürecinde zorlandığı anlaşılmıştır. Bu noktada bazı katılımcıların, bakım verme nedenlerini sorguladıkları belirlenmiştir. Görüşmeler sırasında da geçmiş yaşam deneyimi olumsuz olan katılımcıların sıkılarak, huzursuz bir şekilde cümleler kurdukları; olumlu olan katılımcıların ise daha sevecen ve rahat cümle kurdukları araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir.

“Annemi sürekli aşığılar babaannem, pek sevmez annemi. Bu nedenle de işte annem 'beni sevmiyo, ben bakıyorum. Neden bakmak zorundayım?' der. Çocuklukta da şu şekilde, babaannem çocukken de babamı

sevmezmiş. İşte zamanında babam ilk işe yerleştiğinde falan ailesiyle birlikte yaşamış. Hatta benim babam evlenmiş çocuğu olmuş 6-7 yani 10 yıl boyunca hani annesiyle beraber kalmış. Babaannem babamın maaşını alıp kocasına vermiş. Anneme, babama hiç para vermemiş mesela. Hani annem diyo ki 'ben eşimden bir şey isteyemezdim. Çünkü parası yoktu. Babaannen alırdı' diyo. Mesela babam da bunu bu şekilde söylüyo. Hani babaannem zaten hiç sevmezdi babamı. Bu süreçte de aynı devam ediyö." (K11)

"Kayınvalidemle geçmişimizde yani evlendiğimiz dönemde aynı evin içinde yaşadık, bir sürü problemler yaşadım kendisiyle. Ben çok küçük evlendim görümcelerim vardı, kayınvalidemin annesi vardı. Evin içi kaostu yani... Bir sürü insanla bir arada yaşayabilmeye alışmadan kayınvalidemin kıskançlıklarıyla karşılaştım. Çünkü eşi çok erken yaşta vefat etmiş, oğluna çok bağlanmış, bir tane oğlu var. Bu sefer beni evin içerisinde hem seviyo hem nefret ediyö gibiydi. Ben bunu hissedince hiç çatışmadık, kavga etmedim ama duygular olarak his olarak açıkçası hiç anlaşılamadım onunla." (K16)

Yaşlı ile birlikte olan geçmişlerine bakıldığında olumlu deneyimleri olan katılımcıların, bakım verme sürecinde yaşlıya karşı daha merhametli davrandıkları görülmüştür.

"Bana çok iyi davranıyordu. Mesela sabah kalkıyoduk saat 10 oluyordu. Kalkıyoduk kayınbabamın kahvaltısını veriyodu, evi topluyodu çamaşır varsa asıyodu. Mesela çocuklarıma hep o baktı. Çocuklarını beni hiç şey yapmazdı ama babaannelerini benden çok severdi. Hani bana hiç adıyla hitap etmiyordu hep 'kızım' diyodu. Ona şimdi ben bakıyorum inşallah da karşılığını vermişimdir." (K7)

Yaşlı ile bakım verenin sürekli beraber olmaları, yaşlıya ilişkin tüm kararlarda bakım vereni en güvenilir kişi kılmaktadır. Yaşlının diğer aile üyelerine güvenmemesi, yalnızca katılımcıya güvenmesi katılımcının bakım sürecinde daha fazla sorumluluk üstlenmesine ve zorlanmasına yol açmaktadır.

"Annem 'başım ağrıyo' diyor. Abim 'sana ilaç veriyim mi?' diyor 'hayır' diyor. 'K14'e sor' diyo. 'O tamam derse, ver öyle' diyo. Düşün bak doktorlar gelmiş sondası ve ng'si değişecek. Ben hepsini anneme önceden çocuk gibi tembihliyorum 'anne bak doktor gelecek, burnundaki hortumu değişecek, sondanı değişecek bak haberin olsun tamam mı? Yok deme.' 'Tamam' diyo. O gün de söylemişim çarşıya bankaya kadar gitmem gerekiyordu. Doktorlar gelmiş. Allah'ım çıkmayan sesi çıkmaya başlamış. 'Onu çağırın onu çağırın, siz ona sormadan niye geldiniz?' falan. Ondan sonra kameradan bağlandım ben. 'Anne haberim var. Ben söyledim geldiklerini, değişsinler' dedim. Öyle izin vermiş." (K14)

Bazı katılımcılar ise yaşlı ile fazla vakit geçirmeleri sayesinde aralarında özel bir iletişim dili oluşturduklarını ve bu durumun bakım vermeyi kolaylaştırdığını, yaşlının neye ihtiyaç duyduğunu bu sayede daha rahat anlayabildiklerini belirtmişlerdir.

"Mesela diyo ki işte 'dışarı çıkacağım' diyor ya sen onu ikna etmeyi, iyilikle ikna etme çabalarına girecen, onu öğreniyon mesela. Ondan sonra onlan zıtlastın mı o daha hırçın oluyor, kapıya doğru yürüyor, senlen daha çok tartışıyor, bağıyor mesela. Kapının ağzını beklerdi dışarı çıkacam diye. Onu iyilikle ikna edecen." (K5)

"Biz bir iletişim kurduk babamla. Ee onun iyi olmadığını anlıyorum ben mesela davranışları bakışlarından yani iyi birbirimizle anlaşıyoruz." (K15)

3.2.3. Diğer Aile Üyelerinin Desteği/Desteksizliği

Yaşlılara bakım vermede sorumluluğun tek bir kişi tarafından üstlenilmemesi ve diğer aile üyelerinin bakım verene destek sunması sayesinde bakım süreci daha sağlıklı ilerlemektedir. Dolayısıyla hane dışından veya içinden hissedilen desteğin bakım vermeyi kolaylaştırıcı bir nitelik edindiğini belirtmek mümkündür. Yapılan görüşmeler sonucunda da ailesinden destek gören katılımcıların hem bakım konusunda daha istekli olduğu hem de daha az alanda zorlandığı tespit edilmiştir.

“Rahmetli annem, Rabbim nur içinde yatırsın, babam da hep bana destek olmuşlardır. ‘Yap kızım, olsun annecim işte sana ihtiyacı var... çok mu yoruluyorsun, yorulduğun zaman işte ben geliyim’ annem böyle derdi bana... Hani onu söylemesi bile bana yetiyodu. Çok sık ararlardı beni her gün ararlardı annem babam. Özellikle babam. Allah nur içinde yatırsın her gün arardı. ‘Nasılsın babacım iyi misin? İyiyim babacım sen nasılsın?’ Bu kadar dese o gün bütün dünyanın yükünü taşıyabilirdim sanki, öyle hissediyodum... Öyle işte bir şekilde aile içi hep beraber. Aslında ben tek başıma yaptım diyorum ama ailemin desteği çok büyük bu konuda, kendi ailemin.” (K16)

“Ben böyle anlatırken hep ben yapıyomuşum gibi anlatıyorum ama öyle değil. Yani benim ihtiyaçlarımı da abim karşılar, yeri gelir benim ihtiyacımı ablam karşılar. Yani hep ben veremem insanız sonuçta... Eşim mesela bu konuda bana inanılmaz destekçi oldu. Yani aşırı bi desteği oldu hatta. Yeri geldi ben yapamadım, o yaptı. Yeri geldi ben yoruldum, sızlandım, ah yaptım vah yaptım, o bana psikolojik olarak destek oldu. İşte ‘yapabilirsin bırakma kendini, bu çok zor ama hani işte geçicek.’” (K13)

Bu durumların aksine bakım verenin destek hissetmediği zamanlarda ise yaşanan zorluklar daha da zorlaşmakta, çıkmaza sürüklenebilmektedir. Görüşmeler ve analizler sonucunda katılımcıların ailelerinden destek görmedikleri takdirde bakım sürecinde daha öfkeli oldukları ve aile ilişkilerinde kopmalar yaşadıkları tespit edilmiştir.

“Demiyo ki yav bi telefon et ‘anam nasılsın, iyi misin?’ Hele burdakine ne demeli? Ya yalandan gel şurdan camdan de ki ‘anne bugün nasılsın, iyi misin?’ Sen gelmiyon, o aramıyo. Bu sefer veryansın onun azabını da biz çekiyoruz. Kimse bi şey düşünmüyo emin ol. Ben bi şey anlamıyorum. Adam kaynanasını düşünüyö, kaynatasını düşünüyö. Ama öz annesini düşünmüyo. Bu bi sapkınlık yani bu gözden çıkarmışlık denir buna. Buna merhametsizlik, vicdansızlık yani. Ne demektir ya?” (K3)

“Bazen onların (akrabaları) işi oldu mu ‘gelemeyiz’ dedikleri zaman mesela ben sinirleniyodum o zaman. Hani bizim de bi... Çünkü normalde bi dışarıdan birini tutduğunuz zaman onların birinin haftada bir izni oluyo mesela.” (K1)

Katılımcıların diğer aile üyelerine ilişkin ifade ettikleri bir nokta da aile üyelerinin eve kısa süreli ziyaret yapmaları, geldiklerinde de herhangi bir destekte bulunmamaları olmuştur. Katılımcılar bu ziyaretlerin “misafir gibi” olduğunu belirtmişlerdir.

“Bana zerre kadar yardımları yoktu, gelseler napıyım çaylarını, kahvelerini yapıyorum. Geriden analarına bakıyorlar, ‘anam nasılsın? İyisin iyisin’ gidiyolar gülüyorlar öyle işte.” (K5)

“Mesela görümcelerim gelirler misafir gibi otururlar, çayları ayaklarına gider işte börekleri, pastaları ayaklarına gider. Yani öyle bi ne diyim sahiplenmek ‘işte annemiz’ falan öyle bi duygu mu yok bilmiyorum.” (K16)

“Burda 2 kardeşim var. Onlar da sadece haftada bir kere 5 dakika ziyaretine gelirler o kadar yani. Bi ihtiyacını da bilmezler yardım da etmezler yani... Hani ‘biz de gelelim yardımcı olalım ama sen de başımızda ol.’ ‘Tamam’ diyorum onu da kabul ediyorum, ‘eyvallah’ diyorum. ‘Bak yardıma geliyorsunuz en azından biraz yardımcı olun. Ben uyuyabileyim ya da bi dışarı çıkıp hava alabileyim.’ Öyle yok. Sadece yanımdalar ama bütün hizmeti yine ben görüyorum.” (K14)

4. Tartışma

Yaşlıya bakım veren bireylerin yaşadıkları zorluklar incelendiğinde; psikolojik, fiziksel, ekonomik ve sosyal zorlukların yaşandığı; uyku düzeninin bozulduğu; temizlik/hijyen konusunda sorunların ve mekansal problemlerin ortaya çıktığı tespit edilmiştir.

Bakım verme sürecindeki psikolojik zorluklar incelendiğinde katılımcıların; tükenmişlik, çözümsüzlük, çaresizlik, üzümlük ve öfke gibi olumsuz duyguları sık sık deneyimledikleri görülmüştür. Bakım verme eyleminin sürekli olması ve katılımcıların tek meşguliyetlerinin bakım vermeye dönüşmesi, ruhsal çöküntü yaşamalarına sebebiyet vermektedir. Arslan’ın (2016, s.24) yaptığı çalışmada da bakım vermenin bu boyutuna değinilmiş ve psikolojik zorlukları olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra bakım veren ile yaşlı arasında bağımlı ve hemzemin olmayan bir ilişkinin kurulması ise bakım verenin yoğun sorumluluk duygusu hissetmesine yol açmaktadır. Hissedilen yoğun sorumluluk, bakım vereni yaşlının hayatından sorumlu tek birey haline getirmektedir. Bu hal ise bakım verenin, yaşlının yaşamı hakkında yoğun kaygı ve korku duymasına yol açmaktadır. Tüm bu unsurlar subjektif yük kapsamında değerlendirilmektedir ve bakım verenin psikolojisini olumsuz etkilemektedir. Çünkü bakım yükünün bu türünde bakım verenin gerginlik durumu, morali, depresyonda olup olmaması, kaygı düzeyi ve hissettiği korku gibi pek çok bireysel unsur da etkilidir (Sweeting, 1991, s.31). Lök ve diğerlerinin (2015, s.95) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış, 10 bakım verenden çoğunun psikolojik ve ruhsal problemler yaşadıkları görülmüştür.

Bakım verenlerin yaşadıkları fiziksel sorunlar irdelendiğinde genellikle yaşlıyı kaldırıp indirmekten, banyo ve tuvalet ihtiyacını gidermekten kaynaklı sorunların yaşandığı tespit edilmiştir. Bu noktada katılımcıların bel, boyun, sırt, bacak ve kas ağrıları yaşadıkları belirlenmiş ve bakım verme kaynaklı sağlık problemlerinin meydana geldiği anlaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada da bakım veren bireylerin fiziksel zorluklar ve ağrılar yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Yeşilkayalı vd., 2019, s.100). Bakım verenlerin sık sık karşılaştığı sorunlardan biri de uykusuzluk veya uyku düzensizliğidir. Çoğu yaşlının gece uykularının olmadığı veya uyumak istemedikleri, katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Dolayısıyla bakım verenler de sıklıkla uyku problemleri yaşamaktadırlar. Akyar ve Akdemir’in (2009, s.43) yaptıkları çalışmada katılımcıların %56’sının uykusuzluk yaşadığı; Işıkhan’ın (2018, s.14) çalışmasında ise katılımcıların %12’sinin uyku düzensizliği yaşadığı görülmüştür. Söz konusu araştırmaların nicel bulguları ile araştırmamızın nitel bulguları

birbirini desteklemektedir. Yine yapılan nitel bir araştırmada daha bakım veren kişilerin sürekli hastayı dinleme ve bekleme halinde oldukları, dolayısıyla uyku sorunu yaşadıkları görülmüştür (Kontrimiene vd., 2021).

Bakım verme sürecindeki bir diğer zorluk, ekonomik zorluklardır. Yapılan görüşmeler sonucunda katılımcılardan bazılarının bakım vermeye başlamayla birlikte iş yaşamından ayrıldıkları görülmüştür. Bu durum, gelirden önemli miktarda azalmaya işaret etmektedir. Bunun yanı sıra yaşlının tedavi ihtiyaçları ve özel gereksinimleri için de ayrıca giderler ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla pek çok bakım veren ekonomik anlamda zorluk yaşamaktadır. Ancak evde bakım ücreti sayesinde bazı bakım verenlerin yaşadığı bu sorun hafifletilebilmektedir. Bakım yükünün incelendiği bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış ve bakım verenlerin ekonomik zorluk yaşadıkları ortaya çıkarılmıştır (Sedef, 2017, s.20). Ayrıca bir diğer araştırmada da iş yaşamında olmayan bakım verenlerin bakım yüklerinin, iş yaşamında olan bakım verenlere kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür (Altay vd., 2018, s.6). Bu sonuçta hem bakım verenin gelirinin olmasının hem de yaşlı bakımı dışında farklı işlerle uğraşmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Fiziksel ve ekonomik zorluklar objektif yük kapsamına dahil olmakta ve genellikle bakım verenlerin çoğu tarafından yaşanmaktadır.

Bakım verenlerin yaşadıkları sorunlardan birisi de sosyal alanda kendini göstermektedir. Görüşme gerçekleştirilen katılımcıların önemli bir kısmı bakım verdiklerinden dolayı arkadaşları ile görüşemediklerini, dışarı çıkamadıklarını, sosyal aktivitelerde yer alamadıklarını belirtmişlerdir. Ancak sosyalleşme, bakım verme sürecinde en önemli motivasyon ve güç kaynakları arasında yer almaktadır. Çünkü bakım veren bu vesile ile olumsuz duygu ve deneyimlerinin dışarı vurumunu gerçekleştirmektedir. Öyle ki araştırma kapsamında görüşme gerçekleştirilen pek çok katılımcının anlatmaya istekli olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumda çevrelerinde bakım verme deneyimlerini anlatacak kişilerin olmamasının/az olmasının etkili olduğu düşünülmüştür. Kutlu, Demirel ve Kazan (2021, s.206) da yaptıkları araştırmada hem sosyalleşmenin önemine değinmiş hem de bakım verenlerin yaşadıkları bu problemi ortaya çıkarmışlardır. Araştırma sonuçlarımız, Kutlu ve diğerlerinin (2021, s.206) araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Temizlik/hijyen algısı kaynaklı yaşanan sorunlar da bakım verenlerin karşılaştıkları zorluk alanları içerisinde yer almaktadır. Zira bazı katılımcılar yaşlının özellikle tuvalet ve banyo ihtiyaçlarının giderilmesi sırasında temizlik algıları dışında durumların oluştuğunu belirtmişlerdir. Temizlik algısının kişiden kişiye değiştiği bilirse de katılımcıların söylemlerinin ortak noktası olan yaşlının tuvalet ihtiyacı, sonuçlarda algısal bir değişikliğin fazla olmadığını göstermektedir. Son olarak bu araştırma sonucunda bakım verenlerin yaşadıkları ev konusunda da zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Çünkü bakıma ihtiyaç duyan bir yaşlı ile birlikte yaşamak hiç şüphesiz yaşlı için ayrı bir alanın oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır. Öyle ki bazı katılımcılar; yaşlı ile birlikte yaşadıkları için hane üyelerinin kendilerine ait alanlarının azaldığını, evlerinin küçük olmasından dolayı zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Belirtilen sorunların yaşanmasına etki eden unsurların ne olduğu araştırıldığında ise kişilik özelliklerinin, yaşlı ile bakım verenin birlikte yaşam deneyimlerinin ve aile desteğinin olup olmadığının etkili olduğu

belirlenmiştir. Kişilik özellikleri ve yaşlı ile bakım verenin birlikte yaşam deneyimlerinin psikolojik zorluklarda, aile desteğinin ise neredeyse her zorluk türünde daha etkili olduğu anlaşılmıştır.

Kişilik özellikleri göz önüne alındığında yaşlıların; öfkeli, baskıcı, memnuniyetsiz ve inatçı gibi olumsuz kişilik özelliklerine sahip olmalarının bakım verenin işlerini zorlaştırdığı tespit edilmiştir. Aksine olumlu kişilik özelliği olan yaşlıların ise bakım verene destek olduğu belirlenmiştir. Bu gibi durumlarda bakım veren, yaşlının bakım ihtiyaçlarını karşılama noktasında daha istekli olmaktadır. Ayrıca bakım verenin daha sevgi dolu, ılımlı ve merhametli yapıda olması da bakım verme sürecinde yaşlıya karşı olumlu davranışlar sergilemesine zemin hazırlamaktadır. Yapılan bir çalışmada da bakım verenin kişilik özelliklerinin bakım verme sürecinde kolaylaştırıcı/zorlaştırıcı bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Arslantaş ve Adana, 2011, s.273). Dolayısıyla bakım verme sürecinde yaşanan zorlukları en aza indirmek için bakım verenin kişilik özelliklerinin, vicdani yönünün, empati becerisinin ve yaşlı algısının da dikkate alınması gerekmektedir (Çağlar, 2019, s.110).

Bakım verme zorluklarını etkileyen bir diğer unsur, yaşlı ile bakım verenin birlikte yaşam deneyimleridir. Görüşmeler sonucunda yaşlı ile olumsuz yaşam deneyimleri olan katılımcıların, bakım verme konusunda istekli olmadıkları ve bakım verme sebeplerine dair sürekli sorgulamalar yaptıkları belirlenmiştir. Bu durum katılımcıların karşılaştıkları her sorunda öfkelenmelerine ve sorunu tolere edememelerine neden olmaktadır. Yaşlı ile olumlu anılar biriktiren katılımcılar ise bakım verme konusunda daha istekli ve güçlü olmakta, yaşlıya daha merhametli yaklaşmaktadırlar. Bu kapsamdaki katılımcıların karşılaştıkları zorluklarda daha dirençli oldukları ve sorunlara dair çözüm ürettikleri görülmüştür.

Son olarak değinilmesi gereken nokta aile desteğinin olup olmamasıdır. Bakım verme hem uzun bir süreci kapsamaması hem de sürekli olması itibarıyla tek bir kişinin üstlenmemesi gereken bir sorumluluktur. Dolayısıyla birincil ve ikincil bakım verenlerin bir arada süreçte yer alması gerekmektedir. Birincil bakım veren doğrudan sorumluluk sahibiyken, ikincil bakım veren ise birincil bakım vereni desteklemekle ve ona yardım etmekle yükümlüdür (Erdem, 2004, s.102). Bu araştırma sonucunda da aile desteğinin, bakım vermeyi kolaylaştırdığı; ailenin desteksizliğinin ise oldukça zorlaştırdığı görülmüştür. Ailesinden destek gören katılımcılar, “dünyanın yükünü üstlenebilecek” güçteyken, destek görmeyen katılımcılar ise tükenmiş bir haldedirler. Quadır ve diğerlerinin (2019, s.49) yaptıkları çalışmada da aile desteği hissedildiği takdirde bakım verenlerin yaşam kalitelerinin yükseldiği ve kendilerine zaman ayırabildikleri görülmüştür. Çünkü bakım vermenin yoğun emek gerektiren ve sonu belirsiz bir süreç olması, yaşanan zorlukların yaşam kalitesine olumsuz etki etmesine yol açmaktadır (Bademli ve Duman, 2013, s.465; WHO, 2000, s.27).

5. Sonuç ve Öneriler

Yaşlıya bakım verme süreci, pek çok zorluğu içerisinde barındırmaktadır. Yaşlı aile üyesine evde sürekli bakım veren katılımcıların psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik gibi pek çok alanda zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşadıkları bu zorluklara kişisel ve çevresel faktörlerin etki ettiği görülmüştür. Bu zorlukların en aza indirilmesi ve bakım verenlere destek sunulması için ise zorlukların ortaya çıkmasında

hangi unsurların etkili olduğu özel olarak bilinmelidir. Nitekim araştırma sonucunda yaşlı ile ilişkilerin ve kişilik özellikleri gibi faktörlerin yaşanan zorlukları artırdığı veya hafiflettiği görülmüştür. Araştırma sonuçlarından yola çıkarak; bakım verenlere yönelik eğitim programlarının yapılmasının, psikolojik destek sunulmasının, iş imkanlarının oluşturulmasının ve ailenin bakım verme sürecine dahil edilmesinin yaşanan zorlukları asgari seviyeye indireceği düşünülmektedir. Bununla beraber bakım veren aile yeleri ile yürütülen uygulamalarda psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, sağlık çalışanı gibi multidisipliner bir ekiple uygulama planı yapılmalıdır. Böylece yaşanan sorunlar için çok boyutlu çözüm nerileri mümkün olacaktır.

Kaynakça

- Adak, N. (2003). Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları: Kadınlar. *Aile ve Toplum*, 5(2), 1-9
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S. ve Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden A Clinical Review. *Clinical Review & Education*, 12(10), 1052-1059.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2020). *Yaşlılar İçin Bilgilendirme Rehberi III*. URL: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45960/yasliilar-icin-bilgilendirme-rehberi-3.pdf>
- Akyar, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 12, 32-49.
- Altay, B., Erkuran, H. ve Avcı, İ. A. (2018). Alzheimerlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-8.
- Arslan, G. (2016). *Epilepsi Hastalarının Yakınlarında Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce.
- Arslantaş, H. ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- Bademli, K. ve Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *DEUHFED*, 9(1), 23-28.
- Bevans, M. ve Sternberg, E. M. (2012). Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *JAMA*, 25, 398-403.
- Bulut, I. (1990). *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı*. Ankara: Özügelış Yayınevi.
- Chadda, R. K., Singh, T. B. ve Kalyan, G. K. (2007). Caregiver Burden and Coping: A Prospective Study of Relationship Between Burden and Coping in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiology*, 42, 923-930.
- Chow, S. K., Wong, F. K. ve Poon, C. Y. (2007). Coping and Caring: Support for Family Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 133-143.
- Creswell, J. W. (2017). *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları*. (4. Baskıdan Çeviri b.). (S. B. Demir, Çev.) Ankara: Eğiten Kitap.
- Creswell, J. W. ve Miller, D. R. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130.
- Çağlar, T. (2019). Yaşlılık ve Sosyal Hizmet. U. Yanardağ, & M. Z. Yanardağ (Dü) içinde, *Yaşlıya Bakım Verenlerle Çalışma*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Doğanay, G. ve Güven, S. (2019). Ailede Yaşlı Bakım Rolünü Üstlenen Kadınların Bakıma İlişkin Görüşleri: Giresun İli Örneği. *KSBD*, 11(21), 343-357.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. ve Bishop, S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Erdem, M. (2004). Yaşlıya Bakım Verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 101-106.
- Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G. A., Brustolin, A., Rovera, G. G. ve Fabris, F. (2002). Quality of Life in Dependent Older Adults Living at Home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 9-20.
- Gelmez, Ö. S. Ö. (2015). Ailevileştirilen Bakımın Kürek Mahkumları: Evde Bakım Uygulaması Kapsamında Bakım Veren Kadınların Deneyimleri. *Fe Dergi*, 2(7), 59-71.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Technology Research and Development*, 29(2), 75-91.
- Guba, E. G. ve Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and Methodological Bases of Naturalistic Inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*, 30(4), 233-252.
- Hein, M. (2020). *Empati: Ne Hissettiğini Anlıyorum*. (F. S. Kösebay, Çev.) İstanbul: İletişim Yayınları.
- Işıkhani, V. (2018). Kurumda Çalışan Yaşlı Bakım Elemanlarının Bakım Yükünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(1), 1-26.
- İnci, H. F. (2006). *Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği*. Yüksek Lisans Tezi, Denizli.
- Karaca, H., Yazıcı, S. ve Korkma, N. (2016). Alzheimer Hastası Yaşlı Bakımının Aile Üyesi Bakıcı Kadınlara Etkisi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 7, 6-12.

- Karataş, Z. (2011). *Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başaçıkmadaki Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Rize.
- Kontrimiene, A., Sauseriene, J., Blazeviene, A., Raila, G., Jaruseviene, L. (2021). Qualitative Research of Informal Caregivers' Personal Experiences Caring for Older Adults With Dementia in Lithuania
- Kulu, M. ve Özsoy, F. (2020). Bakım Verenlerin Depresyon, Kaygı Düzeyleri, Ölüm Kaygısı ve Yaşam Kaliteleri. *Çukurova Tıp Dergisi*, 45(1), 29-38.
- Kutlu, İ., Demirel, İ. ve Kazan, G. (2021). Tetikte Hayatlar: Epileptik Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadığı Sorunlar ve Baş Etme Becerileri. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 16(1), 189-211.
- Lök, N., Günbayı, İ. ve Buldukoğlu, K. (2015). Demansı Olan Birey ile Yaşamak: Olgubilim Çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 91-99.
- Merriam, S. B. (2018). *Nitel Araştırma, Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber*. S. Turan (Dü) Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Meyer, C. B. (2001). A Case in Case Study Methodology. *Field Methods*, 13(4), 329-352.
- Özdemir, H. N. ve Şenol, S. (2019). Bakım Yüğü Değerlendirme Ölçeklerine Sistematiik Bir Bakış. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 61-68.
- Özkurt, V. (2019). Bakım Verenlerin Bakım İhtiyacı Riski: Bakım Alan Kişinin Miknatis Etkisi. *Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 3, 4-18.
- Öztürk, Y. E., Şentürk, Ş. ve Macit, Y. (2017). Evde Bakım Hizmeti Alan Engelli Bireye Sahip Ailelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi: Amasya Örneği. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-67.
- Palma, E., Simonetti, V., Franchelli, P., Pavone, D. ve Cicolini, G. (2012). An Observational Study of Family Caregivers' Quality of Life Caring for Patients With a Stoma. *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 35(2), 99-104.
- Pinquart, M. ve Sörensen, S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.
- Quadir, S. E., Birinci, M., Nalçakar, G., Daşçı, N. M., Yavuz, Ş. (2019). Alzheimer Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin ve Yaşadıkları Zorlukların Değerlendirilmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 12(1), 42-51.
- Schene, A. H. (1990). Objective and Subjective Dimensions of Family Burden: Towards an Integrative Framework for Research. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiology*, 25, 289-297.
- Sedef, N. N. (2017). *Epilepsi Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Sığı, Ü. (2021). *Nitel Araştırma Yöntemleri* (2. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Soner, S. ve Aykut, S. (2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375-387.
- Sweeting, H. N. (1991). *Caring for a Relative with Dementia: Anticipatory Grief and Social Death*. Doctorate Thesis, Scotland.
- Tamer, M. G. (2017). Yaşlı Hastalarına Bakım Veren Kadınların Deneyimleri Işığında "Evde Bakım Hizmetinin" Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 26, 157-186.
- Tanrikulu, S. (2019). *Evinde Bir Aile Üyesine Bakım Veren Kadınların Bakım Verme Yüklerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Tekindal, M. (2015). *Engelli Çocuğa Sahip Kadınların Feminist Grup Çalışması Deneyimi: Bir Karma Yöntem Araştırması*, Doktora Tezi, Ankara.
- Tramonti, F., Bonfiglio, L., Bongioanni, P., Belviso, C., Fanciullacci, C., Rossi, B., Chisari, C. ve Carboncini, M. C. (2018). Caregiver Burden and Family Functioning in Different Neurological Diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 1-8.
- Schene, A. H. (1990). Objective and Subjective Dimensions of Family Burden: Towards an Integrative Framework for Research. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiology*, 25, 289-297.
- WHO. (2000). *Home-Based Long-Term Care*. Geneva: WHO Technical Report Series.
- Yağar, F. ve Dökme, S. (2018). Niteliksel Araştırmaların Planlanması: Araştırma Soruları, Örneklem Seçimi, Geçerlik ve Güvenirlik. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-9.
- Yaşar, M. (2018). Nitel Araştırmalarda Nitelik Sorunu. *MSKU Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 55-73.
- Yeşilkayalı, E., Özcan, H., Onat, D., Uçar, E. ve Bingöl, S. (2019). Alzheimerlı Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadığı Sorunlar. *10. Ulusal Yaşlılık Kongresi*, 2, 96-103.

Yıldırım, A. (1999). Nitel Araştırma Yöntemlerinin Temel Özellikleri ve Eğitim Araştırmalarındaki Yeri ve Önemi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 23(112), 7-17.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldız, S. (2017). Sosyal Bilimlerde Örnekleme Sorunu: Nicel ve Nitel Paradigmalarından Örnekleme Kuramına Bütüncül Bir Bakış. *Kesit Akademi Dergisi*, 3(11), 421-442.



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi
TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

ADLİ PSİKİYATRİK ALANDA SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROL VE İŞLEVLERİ *

Hakan KARAAĞAÇ¹

Esra ÇALIK VAR²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 15.09.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised:05.10.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 26.10.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: [10.46218/tshd.995837](https://doi.org/10.46218/tshd.995837)

Makale Künyesi/To cite this article:

Karaağaç, H. ve Çalık Var, E. (2021, Aralık).
Adli psikiyatrik alanda sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18: 125-141. Doi: [10.46218/tshd.995837](https://doi.org/10.46218/tshd.995837)

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Hakan KARAAĞAÇ, Sosyal Hizmet Uzmanı,
Kayseri Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Kliniği.
karaagac.hakan@hotmail.com

Öz

Günümüzde, birçok ülkede, ağır ruhsal bozukluğa sahip bireyler cezalandırılmamaktadır ve bu bireylere mahkeme kararlarıyla zorunlu psikiyatrik tedavi verilmektedir. Bu hizmetler, güvenlik seviyesi artırılmış yüksek güvenlikli hastanelerde sunulmaktadır. Ülkemizde, şehir hastanelerinin kurulmasıyla, uzun yıllardır eksikliği görülen Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri 2018 yılı itibarıyla açılmaya başlamış ve adli psikiyatri yatak sayıları artırılmıştır. Dünyada adli psikiyatri hizmetlerinin sunumuna ve geliştirilmesine ilişkin tecrübe sahibi ülkeler vardır. Özellikle İngiltere ve ABD’de düşük, orta ve yüksek güvenlikli adli hastanelerle birlikte, toplum temelli bakım ve taburculuk sonrası takip sistemleri oldukça gelişmiştir. Sosyal hizmet uzmanları, adli psikiyatrik tedavi ekibinin üyesi olarak hemen hemen tüm süreçte görev almaktadırlar ve mesleğin doğasına özgü işlev ve rollerini yerine getirmektedirler. Bu çalışmada, dünyada ve Türkiye’de adli psikiyatri hizmetlerinin gelişimi, sosyal hizmet mesleği açısından önemi ve adli psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının işlev ve rolleri çeşitli yönleriyle ele alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adli psikiyatri, Sosyal hizmet, Adli psikiyatri hastanesi.

ROLES AND FUNCTIONS OF SOCIAL WORKERS IN THE FORENSIC PSYCHIATRIC FIELD

Abstract

Today, in many countries, individuals with severe mental disorders are not punished and compulsory psychiatric treatment is given by court decisions. These services are offered in high security hospitals with increased security levels. With the opening of city hospitals in our country, High Security Forensic Psychiatry hospitals, which have been lacking for many years, started to be opened as of 2018 and the number of forensic psychiatry beds was increased. There are countries in the world that have experience in the provision and development of forensic psychiatry services. There are countries in the world that have experience in the provision and development of forensic psychiatry services. Especially in England and the USA, community-based care and post-discharge follow-up systems are highly developed, together with low, medium and high security forensic hospitals. Social workers take part in almost the entire process as a member of the forensic psychiatric treatment team and fulfill their functions and roles specific to the nature of the profession. In this study, the development of forensic psychiatry services in the world and in Turkey, its importance in terms of the social work profession, and the functions and roles of forensic psychiatric social workers are discussed in various aspects.

Keywords: Forensic psychiatry, Social work, Forensic psychiatry hospital.

*Bu çalışma sorumlu yazarın doktora tezinden üretilmiştir.

¹ Sosyal Hizmet Uzmanı, Kayseri Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Kliniği, ORCID: 0000-0002-6586-5940

² Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-6025-0576

Giriş

Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ceza almaması, çağdaş hukuk anlayışının göstergelerinden biridir. 19. Yüzyıldan bu yana medeni ülkelerde, işlediği suçun farkında olmayan ve yaptıklarının sonuçlarını bilemeyecek düzeyde olan ve davranışlarını denetleme yetisini ortadan kaldıracak derecede bir ruhsal rahatsızlığa sahip bireylere ceza verilmemektedir. Ancak toplumun korunması amacıyla da bu kişilere mahkeme kararlarıyla zorunlu psikiyatrik tedavi uygulanmaktadır (Yanık, 2007).

Zorunlu yatışlar ve suç ilişkisi adli psikiyatrinin uygulama alanına girmektedir. Adli psikiyatri genel olarak psikiyatrik rahatsızlıkların hukuki açıdan değerlendirilmesidir. Hukuk ve psikiyatri ilişkisi, adli psikiyatrinin temel alanını oluşturmaktadır. Bu alanın temel konularından biri, bireyin ceza sorumluluğunun incelenmesidir. Cezai sorumluluk, dahil olunan adli olay sırasında bireyin neleri neden yaptığını ve eylemlerinin sonuçlarının farkında olup olmaması şeklinde tanımlanmaktadır (Karamustafaoğlu, 2018).

Ağır ruhsal hastalık tanısı olan suça yönelmiş bireylere yönelik süreçte; mevcut yasalar, nitelikli insan gücü, hastanelerin ve ceza infaz kurumlarının fiziksel imkanları, toplumsal ve tarihsel bakış çerçevesinde her ülke kendisine özgü bir adli psikiyatrik sistem geliştirmiştir. Örneğin İngiltere ve Amerika'nın bazı eyaletlerinde, cezaevi kampüslerinin içinde ruh sağlığı birimleri (Correctional Mental Health Units) kurularak tedavi ihtiyaçları bu ünitelerde karşılanmaktadır (Bloom, Williams ve Bigeloy, 2000). Hollanda'da ise şehirlerdeki popülasyonun ihtiyacına uygun olarak Adli Psikiyatri Klinikleri kurulmuştur. Bu klinikler genel hastaneler bünyesinde olabileceği gibi özel klinikler tarafından da açılabilir ve kliniklerin ücretleri Adalet Bakanlığınca karşılanır (Marle, 2000).

Türkiye'de ağır ruhsal hastalık tanısı olan suça yönelmiş bireyler tarihsel süreçte psikiyatri hastanelerinin içinde konumlandırılan adli psikiyatri servislerinde tedavi sürecine dahil edilmişlerdir. Ancak 2005 yılında yapılan değişiklikle, Avrupa Birliği uyum yasalarına uygun olarak, suç işlemiş ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin bakım ve tedavilerinin Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanelerinde (YGAP) yapılması zorunluluğu ortaya çıkmıştır.

Adli psikiyatrik süreçteki temel amaç, hastalığı remisyonda tutmak, gelecekte oluşabilecek olası şiddet davranışlarını ve yeni suç girişimlerini azaltarak toplum güvenliğini sağlamak ve bu bireylerin kişiler arası etkileşimlerinde sorumluluk almalarına destek olmaktır (Yanık, 2007). Bu amaca ulaşabilmek için çeşitli bağlamlarda ve sistemlerde görev alan psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, psikolog ve iş uğraşı terapistinden oluşan ekipler, sağaltımın sağlanmasında ve psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinde aktif rol almaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları uzun yıllardır adli sistemin içinde yer almaktadır. Adli psikiyatri terimi sosyal hizmetin ilk uygulayıcıları tarafından sıklıkla kullanılmasa dahi, şüphesiz ki mesleğin orijinal işlevlerinin çoğu adli niteliktedir. Sosyal hizmet uzmanları tanık ifadeleri, değerlendirmeler ve teşhisler, klinik hizmetler, arabuluculuk, tahkim, denetim ve araştırma uzmanlığı sağlamaktadır (Kaempf ve Pinals, 2008).

Ülkemiz için yeni sayılabilecek ve yapılandırılma süreci devam eden adli psikiyatri alanında sosyal hizmet uzmanının temel işlev ve rollerini konu edinen bu derleme çalışması üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde dünyada adli psikiyatrik hizmetlerin yapılandırılması ele alınacaktır. İkinci bölümde, Türkiye’de mevcut adli psikiyatri hizmetleri, yüksek güvenliikli adli psikiyatri hastaneleri ve mevzuat değerlendirilecektir. Üçüncü bölümde ise adli psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevleriyle birlikte bu alandaki bilgi-beceri-değer çerçevesine değinilecektir.

1.Dünyada Adli Psikiyatri Hizmetleri ve Hastaneler

Dünyada adli psikiyatrik sistemi şekillendiren yasa koyucular yakın bir geçmişe kadar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin rahatsız edici ve olağan dışı davranışlarıyla ilgili toplumun taleplerini karşılama çabasını öncelemeye araç olmuştur. Birçok ülkede oluşturulan bu yasal sistem esasen ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin toplumdaki yaşamlarından uzaklaştırılmasında ve istem dışı zorunlu yatışırla psikiyatri hastanelerine kapatılmalarında bir güç kaynağı olarak kullanılmıştır. Ancak, son 50 yılda psikiyatri alanını düzenleyen mevzuatlarda önemli değişiklikler meydana gelmiş ve adli psikiyatri alanı da bu değişikliklerden etkilenmiştir. Kökeni 1960’lı yıllara dayanan ve küresel bir yapıya sahip olan kurumsuzlaştırma (deinstitutionalization) hareketi sonucunda psikiyatri yatak sayıları azaltılırken bireylerin toplum içinde bakım ve tedavisine yönelik birtakım düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır (Honkonen, Saatinen ve Salokangas, 1999). Ruh sağlığı alanında 5 temel önceliğe odaklanan bu model; hastane merkezli bakımdan toplum bakımına geçişe, tedaviye ailenin ve toplumun aktif katılımına, psikiyatri hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine entegrasyonuna, önleyici faaliyetlere ve sağlığı geliştirmeye odaklanmıştır. Ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin bu yeni model, birçok uluslararası sağlık kuruluşu tarafından kabul edilmiştir (PAHO, 1991). Ayrıca, 1991 yılında Birleşmiş Milletler genel kurulunda kabul edilen “Ruhsal hastalığı olan kişilerin korunması ve ruh sağlığı hizmetinin geliştirilmesi için ilkeler” uluslararası ruh sağlığı normlarının yapılandırılmasında büyük önem taşımakla beraber politik, teknik ve adli alanlarda önemli bir fikir birliğini temsil etmektedir. Buna göre; her bireyin en az kısıtlayıcı ortamda ve en az zarar göreceği şekilde tedavi görme hakkı vardır. Bu bağlamda, karar verici devletler hastane yatışlarının fazla olduğu reaktif bir modelden uzaklaşarak, genel sağlık sistemi ile bütünleştirilmiş, ruh sağlığı hizmetleri ile karakterize edilen proaktif bir modele doğru bir geçiş aşamasına girmiştir (Abdalla-Filho ve Bertolote, 2006).

Birçok ülkede adli psikiyatrik bakımda, ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tekrar suç işleme riskini azaltmak amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda bireye mümkün olan en az kısıtlayıcı ortamda ve nihayetinde bireyin toplumla yeniden bütünleşmesine yönelik tedavi verilirken aynı zamanda güvenli bir tedavi ortamı sağlamak amaçlanmaktadır (Nedopil, 2009). Bununla birlikte, adli psikiyatri hizmetleri ve hastaneler, dünya çapında farklı şekillerde tanımlanmakta ve yönetilmektedir. Bazı ülkeler, bina tasarımı ve malzeme spesifikasyonları dahil olmak üzere farklı güvenlik bakım seviyeleri için ayrıntılı kriterler

yayınlanmıştır. Diğer ülkelerde, güvenlik çok daha gevşek bir şekilde tanımlanmıştır ve esasen klinik uygulamalarla birlikte zaman içinde gelişmiştir (Abdalla-Filho ve Bertolote, 2006). Bunun nedeni, temelde yatan klinik sorunlar ve ilkeler ülkeler arasında nispeten benzer olmaya devam ettiğinden, mevzuatın özelliklerinde ve farklı ülkelerde adli ruh sağlığı sistemlerinin işlevsel hale getirilmesindeki yöntemlerdeki farklılıklardır (Ibishi ve ark., 2015). Aşağıda belli başlı ülkelerdeki adli psikiyatrik sistem özetlenecektir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, adli psikiyatrik değerlendirmeyle ilgili olarak irade önemli bir unsurdur. Amerikan eyaleti ve federal yasalar, genelde yapı olarak benzer, tanımlarda ve pratikte önemli ölçüde farklılık gösterirler. Bu nedenle, yasal homojenlik ve dolayısıyla adli psikiyatri değerlendirmesi, bölgeden bölgeye önemli ölçüde değişebilir. İstemsiz hastaneye yatış, kişinin hem akıl hastası hem de kendisine veya başkalarına karşı tehlikeli olduğu durumlarda gerçekleşir. Hemen hemen tüm eyaletler resmi, genellikle adli bir taahhüt duruşması ve en azından hastanın bağlılık standardını karşıladığına dair 'açık ve ikna edici' kanıt gerektirir (Kapp, 1986). Adli psikiyatrik sistem özel sektör ve kamu desteğiyle devam etmektedir. Bazı eyaletlerde cezaevleri içinde adli psikiyatri birimleri kurulabileceği gibi müstakil hastanelerde mevcuttur (Abdalla-Filho ve Bertolote, 2006; Seppanen ve ark., 2018).

Birçok gelişmiş ülkede, özellikle ABD ve Birleşik Krallıkta, adli psikiyatrik seviyelendirme şu şekildedir: İnsana yönelik ciddi zararlar verebilecek düzeyde tehlike arz eden bireyler yüksek güvenli seviyede, riskli olma ihtimali olan bireyler orta güvenli seviyede, en alt seviyede riski olan bireyler ise genel psikiyatri hastanelerinde tedavi edilmektedir. Belirlenen seviyeler arasında bireylerin klinik durumları ve tehlikelilik değerlendirmeleri baz alınarak değişiklik yapılabilmektedir. Ancak, adli hasta popülasyonunun yerleştirilmesi ve tedavisi Avrupa'daki ceza adalet sistemleri içinde önemli tartışmalara konu olmuştur (Salize ve Dreßing, 2005; Völm ve ark., 2018). Adli hastanelere ve birimlere ek olarak, ağır ruhsal bozukluğa sahip suça sürüklenmiş bireyler genel psikiyatri hastanelerine, cezaevi hastanelerine ve daha az yaygın olarak genel hastanelerdeki psikiyatri servislerine yerleştirilebilir. Bazı AB üye devletlerinde, yalnızca ağır ruhsal bozukluğa sahip suça sürüklenmiş bireyler değil, aynı zamanda genel psikiyatri kurumlarından sevk edilen diğer saldırgan, şiddet içeren veya başka türlü yüksek riskli hastalar da adli psikiyatri hastanelerine kabul edilebilir (Salize ve Dreßing, 2005; Sampson ve ark., 2016). Adli psikiyatri hastanelerinin geliştirilmesi, herhangi bir toplumdaki ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin insani ve etkili tedavisinin sağlanması için hayati öneme sahiptir. Buna göre, son yıllarda insan hakları, kamusal tartışmaların giderek daha önemli bir odak noktası haline gelmiştir. Pek çok Avrupa ülkesinde, tüm bireyler için yeterli tedavi hakkı sağlanırken aynı zamanda kamu güvenliği de sağlanarak daha iyi bir yasal denge oluşturmak için sürekli girişimlerde bulunmaktadır (Salize ve Dreßing, 2005).

Birleşik Krallıkta mevcut adli psikiyatri servisleri 1960'ların başlarında farklılaşmaya başlamıştır. 1980'lerden itibaren genel psikiyatri hastaneleri içinde adli psikiyatri klinikleri kurularak sağlık ve sosyal hizmetlerin suça sürüklenmiş ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler ile benzer ihtiyaçları olan kişilere nasıl sağlanması gerektiği

konusundaki tartışmaları daha da ön plana çıkarmıştır. Güvenlik önlemlerinin, bireylerin kendilerine veya başkalarına oluşturduğu riskten daha katı olmaması gerektiği de dahil ülkede adli psikiyatrik hizmet sunumunu düzene sokmak için yüzlerce tavsiyede bulunulmuştur (Seppanen ve ark., 2018). Birleşik krallıkta son 20 yılda yüksek güvenli adli psikiyatri hizmetinden orta güvenli hizmete geçişle birlikte evrimsel bir değişiklik meydana gelmiştir. Örneğin, 1991'de yüksek güvenli hizmetlerde 1700'den fazla yatak ve orta düzeyde güvenli hizmetlerde 600'den az yatak vardı. Günümüzde ise adli psikiyatri sağlık hizmetleri komisyonunun raporuna göre (2013) İngiltere'de adli psikiyatri sistemine dahil olmuş yaklaşık 6000 kişi bulunmaktadır. 680 kişi yüksek güvenli hizmetlerden, 2800 kişi orta güvenli hizmetlerden ve 2500 kişi düşük güvenli hizmetlerden faydalanmaktadır. Özel sektör ise İngiltere'deki bu tür adli ruh sağlığı hizmet yataklarının %35'ini sağlamaktadır.

İtalya'da, cezai bir suç işleyen ruhsal bozukluğu olan bireylerin yönetimine ilişkin mevcut prosedürler, cezai sorumluluğun ve tehlikeliliğin değerlendirilmesine dayanmaktadır. Tam cezai sorumluluk durumunda ruhsal bozukluğu olan kişi ceza alır ve cezaevinde akıl sağlığı da dahil olmak üzere standart akıl sağlığı bakımı devam eder. Mahkemenin cezai sorumluluk bulunmadığına karar verdiği hallerde iki olasılık vardır. Kişinin, kamu güvenliği için tehlikeli olmadığı düşünülürse, serbest bırakılır ve standart akıl sağlığı hizmeti alır. Kişinin kamu güvenliği için tehlikeli olduğuna karar verilirse, adli psikiyatri hastanesine veya alternatif bir barınma tesisine yatırılır. Kamu güvenliğine yönelik tehlike daha sonra düzenli olarak değerlendirilir ve bir bireyin tehlikeli olarak sınıflandırılması mahkemeler tarafından yenilenebilir veya kaldırılabilir. Mahkemeler tarafından bireyin tehlikeli olarak sınıflandırılması kaldırıldığında kişi topluma geri döner ve standart ruh sağlığı bakımı toplum ruh sağlığı hizmetleri tarafından sağlanır (Barbui ve Saraceno, 2015). Ülkede uzun yıllardır devam eden kurumsuzlaştırma politikaları sebebiyle Ocak 2017 de adli psikiyatri hastaneleri tamamen kapatılmıştır. Adli psikiyatri hastanelerinin kapatılması ve toplumdaki güvenli yerleşim birimlerine dayalı bir bakım modeline geçiş uzun ve dolambaçlı bir yolculuk olmuştur. Güvenli yerleşim birimlerine geçiş İtalya'yı, hastane temelli bir adli psikiyatrik bakım modelini terk edecek kadar kurumsuzlaştırma hareketinin ilkelerini takip eden dünyadaki ilk ve tek ülke haline getirmiştir (Carabellese ve Felthous, 2016; Di Lorito ve ark., 2017).

Yeni Zelanda'da 1992 yılında kabul edilen ruh sağlığı yasasıyla hızlı bir adli psikiyatrik gelişim sağlanmıştır. Bu yasayla; cezai ehliyeti ortadan kaldıran ruhsal bozuklukların neler olduklarını spesifik olarak tanımlayan, toplum temelli tedavi olanaklarını artırıcı yasal yapıyı sağlayacak prosedürlerin oluşturulması, zorunlu yatış kararlarının temyiz edilmesi ve incelenmesi, zorunlu yatışlarda hasta hakları ve hak ihlallerindeki tazminatlar konusunda yasal durum belirginleştirilmiştir (Brinded, 2000).

Afrika'daki durumu en iyi karakterize eden şey, profesyonel kaynak eksikliğidir. Bu alanda çalışan çoğu profesyonelin yeterli eğitimi yoktur. Afrika psikiyatri hastanelerinin çoğu adli tıp kurumları içerisinde

maksimum güvenli alanlarda yer almaktadır. Hastanelerin içinde bulunmasına rağmen bu birimler pratikte cezaevlerinin bir uzantısıdır. Çoğu ülkede ortalama olarak bir milyon nüfusa bir psikiyatrist bulunur. Adli bakıma ihtiyaç duyan bireyler pratik olarak ömür boyu hapis cezasıyla karşı karşıya kalabilirler. Neredeyse tamamen doktor ve ilaç eksikliği vardır. Çoğu Afrika ülkesinde ruh sağlığı ile ilgili bir mevzuat yoktur. Mevzuatın olduğu ülkelerde ise bazıları güncelliğini yitirmiştir (Njenga, 2006).

Asya ülkelerinde, en büyük endişenin ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ve ailelerinin karşılaştıkları büyük damgalanma olduğu iyi bilinmektedir. Bunun kanıtı, bu bireyler için barınma ve istihdama oldukça sınırlı erişimdir. Ruh sağlığı sorunlarını açıkça ele alan Japon mevzuatı bireyi toplum temelli sağlık hizmetlerine tedaviye dahil etme eğilimindedir ve 1987 Ruh Sağlığı Yasası revizyonu Adli hastaları tatmin edici bir şekilde olmasa da koruma sağlamaktadır (Salzberg, 1991).

Hindistan'da adli psikiyatri yasası şu şekilde özetlenebilir: teoride güzel ama pratikte yetersizdir. 1987 Hint Ruh Sağlığı Yasası on yıllar boyunca inşa edildi ve psikiyatride insani politikaları güncellemek için meşru bir girişimdi. Ancak yasa, yetersiz adli psikiyatrik altyapısı nedeniyle bir gerçeklik olmaktan çok ideolojik bir plan olarak kalmıştır (Ganju, 2000).

Rusya'da ise dünya çapındaki psikiyatrik reform hareketinin aksine, hastane merkezli sistem hemen hemen aynı kalmıştır. Aslında, mali zorluklar nedeniyle de hastane yataklarının sayısı azalmaya başlamıştır ve mevcut adli psikiyatrik tedavi modeli temelde Sovyetler birliği dönemindekiyle aynıdır (Ruchkin, 2000).

İtalya'da adli psikiyatri hastanelerinin tamamen kapatılmasına rağmen Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa'da adli psikiyatrik yatak sayısı ortalama olarak son 15-20 yılda iki katına çıkmıştır. Adli psikiyatrik hizmetlere artan ihtiyaç; artan tutuklama, mahkûmiyet ve hapis oranlarından ve ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde sorunlu davranışları yönetmek için ceza adalet sisteminin kullanılmasından kaynaklanmıştır. Bu talep aynı zamanda ceza adalet sisteminde ruh sağlığı hastalıklarına yanıt vermenin karmaşıklığının daha fazla kabul edildiğini yansıtır (Jansman-Hart ve ark., 2011; Hanley ve Ross, 2013).

Psikiyatrik bakımda kurumsuzlaştırma süreci birçok Batı ülkesinde geleneksel psikiyatri hastanelerinden destekli barınma, hapisaneler ve en önemlisi adli psikiyatri hastanelerine kadar daha karmaşık bir dönüşüm veya yeniden kurumsallaştırma sürecine girmiştir. Sonuç olarak birçok ülkedeki yetkililer, suç işlemiş ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ve benzer ihtiyaçları olan diğer psikiyatri hastalarının ihtiyaçlarına daha etkili bir şekilde yanıt verebilmek için adli psikiyatri hizmetlerini genişletme ve güncelleme yönünde artan bir baskı altındadır (Jansman-Hart ve ark., 2011). Eş zamanlı olarak, psikiyatri kurumlarında insan haklarını desteklemek için uluslararası izleme standartları gibi sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve uygulanması boyunca hasta ve yakınlarının haklarına ve katılımına artan bir odaklanma ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, ulusal adli psikiyatri hizmetlerinin uluslararası standartlara başvurmadan veya dünyanın başka yerlerinde hangi uygulamaların kullanıldığını bilmeden işletilmesi daha az kabul edilebilir hale gelmektedir (Seppanen ve ark., 2018; Ocloo ve ark., 2021).

2. Türkiye’de Adli psikiyatri Hizmetleri ve Hastaneler

Türkiye’de kurumsuzlaştırma hareketinin etkileri diğer dünya ülkelerine göre gecikmiş ve hala bu gecikme devam etmektedir. İlk uygulama örneklerini toplum ruh sağlığı merkezleriyle görebileceğimiz toplum temelli ruh sağlığı girişimleri, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planındaki (URSEP) hedeflere paralel olarak artan yeni psikiyatri yataklarıyla birlikte, genel psikiyatri hizmetlerinde hastane- toplum denge politikası sağlanmaya çaba gösterilmiştir. Ancak, her ne kadar URSEP, sivil toplum örgütlerinin siyasi iradeyle bir araya gelerek oluşturdukları ruh sağlığı yasa taslağı vb. politika metinleri olumlu çabalar olsa da bu girişimler genelde psikiyatrik sistem özelinde ise adli psikiyatrik sistem için gerekli olan yasal çerçeveyi oluşturmaktan uzaktır.

Ülkemizde adli psikiyatrik sistemle ilgili Türk Medeni Kanunu (TMK) ve Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) ilgili maddeler olmakla birlikte, tek ve sistemli bir mevzuata ihtiyaç olduğu açıktır. Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve kolluk kuvvetlerinin koordinasyonlu çalışması, sistem içindeki paydaşların net rollere sahip olması, adli psikiyatrik sisteme dahil olmuş bireylerin yüksek yararına olacağı açıktır.

Geleneksel olarak ruh sağlığı hastanelerinin içinde servis olarak ayrılmış adli psikiyatri kliniklerinin yükü 2015 yılından itibaren şehir hastaneleri bünyesinde kurulan YGAP’lar ile azalmış ve eskiye oranla güvenlik seviyeleri artırılmış fiziki ortamlar sağlanmıştır. Esasında 2005 yılında çıkarılan Avrupa Birliği uyum yasalarına ve güncellenen mevzuatta olması gereken boşluklar doldurulmuştur. 2021 yılı itibarıyla Adana, Kayseri, Elâzığ, Eskişehir, Bursa ve Ankara illerinde olmak üzere şehir hastaneleri kampüsleri içinde 6 adet YGAP hizmet vermektedir. YGAP birimlerinde 371 erkek, 26 kadın, 10 çocuk ergen yatağı olmak üzere toplam 407 adli psikiyatri yatağı mevcuttur. Bu hastanelerin yatak dağılımı URSEP doğrultusunda şekillenmiştir. İstanbul, İzmir gibi metropol şehirlerde YGAP açılması için süreç devam etmektedir.

Aynı zamanda Bakırköy, Samsun, Manisa gibi bölge psikiyatri hastanelerinde geleneksel adli psikiyatri servisleri mevcuttur ve Sağlık Bakanlığı verilerine göre 483 adli yatak vardır. Yukarıda sayılan birçok ülkenin aksine düşük, orta ve yüksek güvenli servis ayrımı hem mevzuatta hem de pratikte uygulanmamaktadır. Mahkemeler kanalıyla TCK 32. TCK 57. veya CMK 74 Madde kapsamında kolluk kuvvetleri vasıtasıyla yönlendirilen bireylerin tedavisi hekim kararıyla toplum için tehlikeliliğin azaltıldığına kanaat getirilene kadar devam eder.

YGAP’ta tedavi edilen bireyler pratikte mahkûm ya da tutuklu statüsünde değildir. Ancak mahkeme kararıyla alınan zorunlu/istemsiz bir yatış süreci vardır. Yasada güvenlik tedbiri kavramıyla açıklanan bu durum aslında bireyin kendisi ve toplum için bir sağlık tedbiridir. Avusturalya ve ABD ile benzer şekilde madde kullanımına bağlı bozukluklar ve kişilik bozuklukları cezai ehliyet azaltıcı veya ortadan kaldıracı unsur olarak görülmez. Ülkemizde adli psikiyatrik süreç şu şekilde işler; adli mercilerce cezai ehliyetinin olup olmadığına dair sağlık kurulu raporu için birey hastaneye yönlendirilir. Psikiyatri sağlık kurulu raporundan çıkacak sonuca göre 2 alternatif vardır. Eğer birey için cezai ehliyeti tam kanaati çıkarsa normal adli süreç devam eder. Eğer birey için cezai ehliyeti yoktur/azaltılmış kanaati çıkarsa birey için adli psikiyatrik süreç başlar.

Aynı zamanda psikiyatri heyeti bireylerin ayaktan tedavisi sonucu karar verilemeyeceğine kanaat getirirse YGAP yatışı ile yatırılarak gözlem talep edilebilir. Adli psikiyatrik süreçte bireyin dahil olduğu her bir adli vaka için ayrı süreç işletilir ve işlediği suçu mevcut hastalığının etkisinde işleyip işlemediği değerlendirilir. Adli psikiyatrik sistemde nihai karar mahkemelere aittir. İlgili hastanelerin ve sağlık kurullarının verdiği raporlar mevcut olsa da Adli Tıp Kuruma tekrar değerlendirme için bireyi yönlendirebilir.

Mahkûm statüsünde olan ve ruhsal bozukluğa sahip olup cezai ehliyeti tam olan bireyler için Tutuklu Hükümlü Adli Psikiyatri Hastaneleri/Servisleri (THAP) ülkemizde sadece Elazığ ilinde açılmıştır ve diğer hastanelerde ise URSEP'teki hedefler ölçüsünde açılış çalışmaları devam etmektedir.

Ağır ruhsal hastalık tanısı olan suça yönelmiş birey ve ailelerine yönelik adli psikiyatrik süreçte taburculuk sonrası toplum içinde takip ve destek mekanizması oldukça kısıtlıdır. YGAP tedavisi sonrasında genellikle kontrol süreleri 3 aylık veya 6 aylık periyodlarla en yakın psikiyatri polikliniğine muayene olma şeklinde gerçekleştirilir ve hekim ihtiyaç duyarsa tekrar zorunlu yatış kararı verebilir. Yaşanan tüm bu süreçlerde hem adli sisteme dahil olma hem de mevcut psikiyatrik problemlerle başa çıkma gayreti birey ve ailesinin toplum içinde çeşitli psikososyal sorunlar yaşamasına sebep olabilmektedir.

3. Adli Psikiyatrik Sosyal Hizmet

3.1. Tanımı ve Uygulama Alanları

Adli psikiyatrik sosyal hizmetin gelişimi dünyada adli psikiyatri hizmetlerinin gelişimiyle paraleldir. Özellikle Amerika, İngiltere gibi ülkelerde adli sisteme dahil olmuş bireylere sunulacak sosyal hizmet planlaması oldukça gelişmiştir. Kuşkusuz bu gelişimin sağlanmasında yasalardaki mevcut roller, istihdam, sosyal hizmet örgütlenmesinin olması ve eğitim nitelikleri önemli konulardır. Aynı zamanda değişimlerin öncüsü olan sosyal hizmet mesleği birçok ülkede toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde ve kurumsuzlaştırma politikalarının içselleştirilmesinde önemli rol oynamıştır.

Sosyal Hizmet Eğitim ve Öğretim Merkez Konseyinin (CCETSW, 1995) tanımlamasına göre; “adli psikiyatri alanında sosyal hizmet, önemli bir risk arz eden veya bunlara tabi olan psikiyatrik rahatsızlığa sahip bireylerle yapılan mesleki uygulamalardır ve bunun sonucunda ceza adalet sistemi ile temas halindedir ya da olabilir”. Adli psikiyatrik sosyal hizmetin temel amacı; toplumun korunmasını ve bireylerin yaşam kalitesinin teşvik edilmesini dengede tutmak, riski tanımlamak, değerlendirmek ve yönetmek için kollektif çalışmalar yapmak; ayrımcı yapıları ve uygulamaları belirlemek ve bunlara meydan okumak; etkin bir şekilde etkileşimde bulunma ve stratejileri belirleme, geliştirme ve uygulamaktır.

ABD Ulusal Adli Sosyal Hizmet Uzmanları Organizasyonu (NOFSW) ise ruh sağlığı kurumlarında adli sosyal hizmeti, “suça sürüklenmiş ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yeterlilik ve sorumluluk konularında değerlendirilen ve tedavi edilen kliniklerin ve adli psikiyatri hastanelerinin çok ötesine geçtiğini belirterek

daha geniş bir tanımlamayla bu bireylerin hem cezai hem de medeni hukuk meseleleri ve davalarla herhangi bir şekilde ilgili olan sosyal hizmet uygulamasını içerir demıştır”.

Literatürde “Forensic Mental Health Social Work, Forensic Social Work in a Mental Health Setting” gibi çeşitli tanımlamalar yapılan bu hizmet alanının “adli psikiyatrik sosyal hizmet” şeklinde kullanımı tercih edilmiştir. Adli psikiyatrik sosyal hizmet; adli psikiyatrik sisteme dahil olmuş birey ve ailelerine sunulan; adli sosyal hizmet ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamalarının keşişim noktasında bulunan hem genel hem de alan özelinde ileri bilgi ve beceri gerektiren, insan haklarına duyarlı, uzun süreli ve kollektif çaba gerektiren uzmanlaşmış bir müdahale alanıdır. Adli psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları genellikle psikiyatristin liderliğinde çalışan çok disiplinli ekiplerin çekirdek üyeleri olarak hareket ederler. Dahil oldukları ekiplerde sosyal ve aile perspektifi bağlamlarını ön planda tutarlar. Yüksek güvenli adli psikiyatri hastaneleri, psikiyatri heyetleri, zorunlu yatış sonrası taburculuk sürecinde bireyleri destekleyen bazen de denetleyen topluluk ekiplerinde çeşitli bağlamlarda çalışırlar. Adli tıp kurumu ve mahkemelerde görev alırlar.

Geniş bir tanımlamayla adli psikiyatrik sosyal hizmet; adli psikiyatri hastaneleri, cezaevleri ruh sağlığı birimleri ve toplum destek ekiplerinde ceza adalet sistemine dahil olmuş birey ve ailelerine sosyal adalet ve insan hakları temelinde mikro, mezo ve makro boyutlarda destek olan hem adli sosyal hizmet hem de psikiyatrik sosyal hizmet bilgi, beceri ve değer temeline sahip bir keşişim noktasıdır.

Sosyal hizmet uzmanları adli psikiyatri hizmetlerinin birçok alanında, özellikle de hastaneden taburcu edilecek kişilerin desteklenmesi için sosyal denetçi rolünde istihdam edilmektedir. Birçok ülkede adli psikiyatri hastanelerinden taburcu edilen kişiler genellikle sosyal denetime tabidir. Bu, yasal yetkilere ve sorumluluklara sahip önemli bir roldür. Bu rol tarihsel olarak sosyal hizmet uzmanları tarafından üstlenilmiştir. Bununla birlikte, sosyal hizmet uzmanlarının büyük çoğunluğu vaka yöneticisi genel rolünde istihdam edilmektedir. Kriz değerlendirme ekiplerinde klinisyen olarak görev alırlar ve ruh sağlığı inceleme kurullarında üyedirler (Dally, 2020).

Adli psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları aynı zamanda Toplum Adli Ruh Sağlığı Hizmetinde de önemli bir yere sahiptir. Tedavi sonrası topluma dönmesine karar verilen bireyler ile çalışır, aile üyelerini destekler ve bireyi toplum kaynaklarıyla irtibatlandırır. Bu programlar, ceza adalet sistemi ve ruh sağlığı sistemlerini köprüleyen, ruh sağlığı ve rahatsız edici davranışlarla ilişkili bir dizi karmaşık pratik ve duygusal sorunla karşı karşıya olan bireylerin haklarını koruyan özel bir sosyal hizmet müdahalesidir. (Shankar, 2009).

Görüldüğü gibi dünyada sosyal hizmet adli psikiyatri hizmetleri ile karşılıklı etkileşim halinde bulunmuş ve 1960’lı yıllardan itibaren sistemin içinde yer almıştır. Adli sisteme dahil olmuş ağır ruhsal bozukluğa sahip birey ve ailelerine yönelik cezaevlerinde, mahkemelerde, adli psikiyatri hastanelerinde, toplum entegrasyon programlarında çalışan adli psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları kilit görevler almıştır ve almaya devam etmektedir.

3.2. Adli Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanının İşlev ve Roller

Sosyal hizmet mesleği; bireyleri, aileleri, toplulukları daha geniş bağlamda görebilmesiyle karakterizedir. Sosyal hizmet uzmanının, adli psikiyatrik sisteme dahil olmuş bireylere ve ayrıca daha geniş sisteme odaklanması, farklı insanların ihtiyaçlarını ve haklarını anlayabileceği ve dengeleyebileceği anlamına gelir. Bu müdahaleler, yasal konumlarını anlaması gereken bireyi, anlaşılmış ve korunmuş hissetmesi gereken mağduru, neler olduğunu ve nedenini anlamak için mücadele edebilecek aile ve sosyal çevreyi içerir. Bu bağlamda, adli psikiyatri hizmetlerinde sosyal hizmet mesleği adli sisteme dahil olmuş ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin bakımı ve rehabilitasyonunda önemli bir unsur haline getirir.

Adli psikiyatri alanında birey ve ailelerinin çok çeşitli psikososyal gereksinimleri ve destek ihtiyaçları vardır. Bireyin adli psikiyatrik sisteme dahil olmasından toplum yaşamına yeniden katılımına kadar geçen sürecin her noktasında olan ve köprü görevi gören adli psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının temel işlev ve rolleri aşağıda belirtilmiştir.

Birey ve Ailelerle Çalışma: Adli psikiyatrik sürece dahil olan bireylerin ve ailelerin yaşadıkları belirsizlik, endişe, kaygı gibi olumsuz duyguların azaltılması ve sosyal uyumun artırılması için, bu bireylerin ve ailelerinin baş etme ve sorun çözme mekanizmalarının geliştirilmesine destek olacak, aile ve sosyal çevre ilişkilerini yeniden düzenlemesine yardımcı olacak sosyal hizmet müdahale ve stratejilerini uygulamak.

Biopsikososyal Değerlendirme: Bireyin, ailenin, sosyal ağların ve mevcut sistemlerin dahil edildiği kapsamlı değerlendirme yapmak. Değerlendirme aşamasında;

- Bireylerin ve ailelerin yaşamlarındaki ilişkileri, destek ağları, yaşam düzenlemeleri, aile ve toplum güvenliği, travma deneyimi, finansal durumları gibi psikososyal faktörlerin ruh sağlığını nasıl etkilediği ve çözüme yönelik olası psikososyal müdahaleler,
- Tedaviyi sürdürme motivasyonu ve rehabilitasyon potansiyeli,
- Çevresine ve kendisine zarar verme ihtimallerini kapsayan risk değerlendirmesi ve analizi,
- Mevcut ihtiyaçlar ve bu ihtiyaçların karşılanmasında gerekebilecek kaynakların tanımlanmasını içeren bütüncül ve sürekli bir değerlendirme sürecini yürütmek.

Bağlantı Kurma: Birey ve ailenin yaşamının tüm yönlerini dikkate alan, profesyoneller ve kurumlar arasında koordineli bir yaklaşım sağlayan kişi merkezli, bütünsel, kurumlar arası bakım ve sosyal destek sistemlerine erişebilmelerini sağlamak.

Risk Analizi: Bireyin adli sisteme dahil olması, hastane süreci, taburculuk kararı ve topluma yeniden dönüş sürecini kapsayan; kendisi ve toplum için olası riskler ve tehlikelilik durumlarına yönelik sürekli, kanıta dayalı, somut risk yönetimi ve analizini uygulama.

Bakım Koordinasyonu: Risk değerlendirmesi ve uzun vadeli ihtiyaçlar doğrultusunda bakım planlarının geliştirilmesinde ekip üyesi olarak destek olmak. Böylece bireylere destek ve tedavide süreklilik ve tutarlılık

kazandırmak. Bakım koordinasyonu sağlanırken bireyin ve ailenin ihtiyaçlarına uygun, mümkün olduğunca bağımsız yaşamı teşvik eden aynı zamanda toplum güvenliğiyle çelişen talepleri dengelemek.

Rapor Yazma ve Sunma: Kapsamlı sosyal öykünün alındığı ilk görüşme raporlarını, planlı müdahale raporlarını, süreç raporlarını, sosyal inceleme raporlarını zamanında hazırlayarak sosyal hizmet müdahalesi, planlaması ve sonucunun devam eden dokümantasyonunu sürdürmek.

Psikoterapi: Uygun eğitimleri almak ve belgelendirmek kaydıyla, belirlenen terapötik hedeflere ulaşmak için bireysel, aile ve grup terapi seansları yürütmek.

Psikoeğitim ve Danışmanlık: Bireylere ve ailelerine; ilaç uyumu, hastalık yönetimi, ailelerin yaşayabileceği olası yükler gibi konularda bilgilendirmeyi ve başa çıkma becerilerini artırmaya destek olacak psikoeğitimleri tedavi ekibinin bir üyesi olarak uygulama. İhtiyaç duyulan sistem ve hizmetlerle ilgili bilgilendirici danışmanlık hizmeti vermek.

Grup Çalışması: Adli sisteme dahil olmuş bireylere tedavi sonrası sosyal uyum ve toplumsal katılıma hazırlayacak, sosyal becerileri geliştirmesine katkı sağlayacak, ailelere baş etme mekanizmalarını artıracığı ve yaşayabilecekleri olası problemlerin çözümlenmesinde destek olabilecek sistemli ve yapılandırılmış grup çalışmaları uygulamak.

Savunuculuk: Bireylerin haklarının korunmasını ve bunlara saygı duyulmasını sağlayan bağımsız, uzman savunuculuk ihtiyacını belirlemek ve bu ihtiyaçların karşılanması için gerekli düzenlemeleri yapmak. Müracaatçı adına müracaatçıyla birlikte hak savunuculuğu yapmak, adli psikiyatrik süreçte mümkün olan en az kısıtlayıcı alternatifi desteklemek.

Güçlendirme: Güçlü yönler dayalı müdahaleler geliştirmek. Olumsuz veya “sorun temelli hastalık” modeline odaklanmak yerine bireylerin, ailelerin ve sosyal ağların planlama, bakım ve destekte güçlü yönlerinin farkına varmak. Hastalık etkilerini azaltma ve yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutmak için proaktif ortaklık geliştirmek.

Vaka Yönetimi: Bireylerin ve ailelerin yararına olacak gereksinim duyduğu hizmetleri, çeşitli kuruluşlar ve kaynaklarla iletişim halinde koordine etmek ve sürdürmek.

Taburculuk Planlaması: Bireyin kendi destek ağlarına ve nüksetmeyi önlemek için uygulamaya koydukları diğer önlemlere güvenerek, sürdürülebilir bir iyileşme sağlamak, bağımsız olmak ve hizmetlerden uzun vadeli olarak taburcu olmak için birey ve aileyi desteklemek. Taburculuk sonrası bireyin mümkün olan en iyi yaşam koşullarında topluma dönüşünü planlamasına yardımcı olmak. Konut, finansal ihtiyaçlar, aile destek mekanizmalarını değerlendirmek ve ihtiyaç halinde kurum bakımı alternatiflerini düşünmek.

Taburculuk sonrasında destek sağlama (yasal düzenlemeler yapıldığında): Bireyin topluma dönüşü sonrası yaşamındaki sosyal belirleyicilerin hastalık nüksü ve yeniden adli psikiyatrik sisteme dahil olmasını önlenmesi için özel ve sürekli destek sağlanması. Yasal olarak sosyal denetim planlarını oluşturma, izleme ve takip etme. İlgili kurum ve mahkemelere rapor sunma.

Sosyal içerme ve damgalamayla mücadele: Adli alana dahil olmanın ve psikiyatrik hastalıkların birey ve aile üzerinde oluşturduğu içsel ve toplumsal damgalamanın etkilerini azaltmaya yönelik çalışmalar yapmak. Bireyin sosyal içermesini teşvik etmek.

Toplum eğitimi: Adli psikiyatrik sisteme dahil olmuş bireylere yönelik kalıp ön yargıları, ayrımcılığı ve damgalamayı önlemeye yönelik toplum düzeyinde müdahaleleri içeren; toplum eğitimleri vermek, kampanyalar yürütmek, mevcut programlara destek olmak, sivil toplum örgütlerini teşvik etmek.

3.3. Bilgi-Beceri-Değer Çerçevesi

Adli psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının hem temel sosyal hizmet yetenek çerçevesini temel alan hem de karmaşık ve zorlu ortamlarda çalışılması nedeniyle mümkün olan en iyi sosyal hizmet müdahalesini sunabilmesi için çeşitli bilgi ve becerileri içinde barındıran kapsamlı bir uygulama araç seti kullanması gerekmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin saç ayaklarını oluşturan bilgi, beceri ve değer çerçevesi adli psikiyatrik sosyal hizmet özelinde aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir.

Adli psikiyatrik sosyal hizmet uygulamasının bilgi temeli şunları içerir:

- Temel psikopatoloji bilgisi
- İnsan davranışı bilgisi
- Psikiyatrik rehabilitasyon, adli psikiyatrik bakımda iyileşme bilgisi,
- Tıbbi ve psikososyal tedaviler hakkında bilgi,
- Farklı ruhsal bozukluklara yaklaşma konusunda bilgi,
- Disiplinler arası çalışma bilgisi,
- Risk değerlendirme ve analizi bilgisi,
- Toplum kaynakları ve hizmetleri hakkında yeterli bilgi,
- İnsan hakları, ruh sağlığı, cezai ehliyet ve suçla ilgili yasa bilgisi,
- Birey, grup ve toplumla çalışma ve müdahale bilgisi,
- Ekonomik ve sosyal dışlanma konularının müracaatçı üzerindeki etkilere yönelik bilgi,
- Aile, grup ve bireylere yönelik psikoterapi bilgisi.

Adli psikiyatrik sosyal hizmet uygulamasının beceri temeli şunları içerir:

- Terapötik bir ilişki geliştirme ve sürdürme becerisi,
- Birey ve ailenin psikososyal ihtiyaçlarını belirlemek ve gereken verileri toplamak için iletişim kurma ve görüşme becerisi,
- Bireylerin durumlarına bütünsel ve sosyal bir anlayışı uygulamaya yansıtma becerisi,
- Dirençli, akut ve kronik problemleri olan bireylerle çalışabilme becerisi,
- Birey, aile ve grup terapilerini yürütme becerisi,

- Ruh sağlığı hastalıklarının çeşitli yönleriyle ilgili hasta ve aile eğitime becerisi,
- Açık, öz yazılı vaka anlatıları ve raporlar hazırlama becerisi,
- Hizmetlerin koordinasyonu sağlamada ilişkide olduğu kurum ve kuruluşlarla uygun sosyal hizmet müdahalesinin sunulmasını sağlamak için müracaatçı savunucusu olarak işlev görme becerisi,
- Hem profesyonel hem de yardımcı profesyonel kurum personeli ile kamu ve özel sektör profesyonel kadrosu ile etkin çalışma ilişkileri sürdürme ve tedavi ekibinin bir üyesi olarak çalışabilme becerisi,
- Organizasyonel sistemleri ve bunların içinde müracaatçının yararına nasıl çalışılacağını anlama becerisi,
- Müracaatçının tehlike düzeyini ve potansiyelini değerlendirme becerisi,
- Çok çeşitli topluluk ajanslarının temsilcileriyle etkili çalışma ilişkileri kurma ve sürdürme becerisi,
- Sosyal problemler, yasal bağlam, ruh sağlığı ve suç arasındaki bağlantılar hakkında bir anlayış geliştirme, değerlendirme ve müdahalelere becerisi.

Bir insan hakları mesleği olan sosyal hizmetin temel etik ilke ve değerleri adli psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları içinde geçerlidir ve bu ilkeler yapılan mesleki çalışmalara rehberlik eder. Meslek alanındaki etik ilke ve değerlerle ilgili en güncel revizyon olan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW, 2021) tarafından tanımlanmıştır. Aşağıdaki geniş etik ilkeler sosyal hizmetin; hizmet, sosyal adalet, bireyin onuru ve değeri, insan ilişkilerinin önemi, güvenilirlik ve yetkinlik gibi temel değerlerine dayanmaktadır. Bu değerler, tüm sosyal hizmet uzmanlarının hedeflemesi gereken idealleri ortaya koymaktadır.

1. Hizmet: Sosyal hizmet uzmanlarının birincil amacı, ihtiyacı olan insanlara yardım etmek ve sosyal sorunları ele almaktır.
2. Sosyal adalet: Sosyal hizmet uzmanları sosyal adaletsizliğe meydan okur.
3. Bireyin onuru ve değeri: Sosyal hizmet uzmanları bireyin doğuştan sahip olduğu onuru ve değerine saygı duyar.
4. İnsan ilişkilerinin önemi: Sosyal hizmet uzmanları insan ilişkilerinin merkezi önemini farkındadır.
5. Güvenilirlik: Sosyal hizmet uzmanları güvenilir bir şekilde davranmalıdır.
6. Yetkinlik: Sosyal hizmet uzmanları kendi yeterlilik alanlarında uygulama yapar ve mesleki uzmanlıklarını genişleterek geliştirmelidirler.

Güncel versiyondaki müracaatçılara yönelik etik standartlar ise; müracaatçılara bağlılık, müracaatçının kendi kaderini tayin edebilmesi, bilgilendirilmiş onam, yetkinlik, kültürel farkındalık, gizlilik ve mahremiyet, çıkar çatışmaları, kayıtlara ulaşma, cinsel ilişki, fiziksel temas, cinsel taciz, küçük düşürücü dil kullanımı, hizmet ödemeleri, karar verme yetisinde eksiklik olan müracaatçılar, hizmetler için yönlendirme ve hizmetin sonlandırmasını içeren 17 başlıkta toplanmıştır (NASW, 2021).

4.Sonuç ve Öneriler

Adli psikiyatri alanında sosyal hizmet uzmanının işlev ve rollerini konu eden bu araştırmada, ülkemizde bu alanda yapılan çok az çalışma olduğu için çoğunlukla yurtdışı literatürden faydalanılmıştır. Ayrıca, mevzuattaki belirlenen genel çerçeveye rağmen ülkemizde henüz yürürlükte olan bir ruh sağlığı yasası yoktur. Ağır ruhsal hastalık tanısı olan suça yönelmiş bireylere verilen hizmetlerde ülke çapında oluşturulmuş bir sistemden söz etmek ise mümkün değildir. Henüz Sağlık Bakanlığı YGAP'larda verilecek hizmetlere yönelik mevzuat yayınlamamıştır. Mevcut hizmetler Türk Ceza Kanununun ilgili maddeleri ve Adalet Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan ikili protokollerle yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen bu hizmetlerde personel istihdamı aynı bakanlık personellerince sağlanmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet ve psikiyatrik sosyal hizmet alanlarında çalışan sosyal hizmet uzmanları personel sayısı ve iş yoğunluğuna paralel olarak tam zamanlı ya da yarı zamanlı olarak YGAP'larda görev almaktadırlar. Bu yeni hizmet alanında Türkiye'de özelleşmiş bir adli psikiyatrik sosyal hizmet pratiğinin başlangıç aşamasında olduğunu belirtmekte fayda vardır. Adli psikiyatri alanında saha deneyimi olan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı oldukça azdır. Ülkemizde geleneksel psikiyatri hastanelerinin adli psikiyatri kliniklerinde çalışanlar ve yeni açılan YGAP'larda çalışanlar hesaba katıldığında adli psikiyatri alanındaki sosyal hizmet uzmanı sayısının yaklaşık 25-30 kişi civarında olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada bu sayı çok çok fazladır. Bu durum gerekli mevzuat alt yapısının eksikliğini gündeme getirmektedir. Ülkemizde mevcut olmayan taburculuk sonrası takip hizmetleri istihdam oranının düşük olmasındaki temel gerekçedir.

Sonuç olarak, sosyal hizmet mesleğinin önemli müracaatçı gruplarından olan ağır ruhsal bozukluğa sahip birey ve aileleriyle adli alanda, hastane ortamlarında sıklıkla karşılaşmakta ve mesleki müdahalelerde bulunmaktadır. İlerleyen yıllarda tıpkı dünyanın birçok ülkesindeki gibi bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısının artacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda adli psikiyatrik sosyal hizmet alanına ilişkin öneriler aşağıda sunulmuştur.

Uygulayıcılara yönelik öneriler: Sahada deneyim kazanmış sosyal hizmet uzmanlarının iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasının ve meslek derneği ya da Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulacak alt komisyonlarla destek gruplarının oluşturularak deneyim paylaşımının yapılması önerilmektedir. Böylece, uygulayıcılar sahadan gelen bilgilerle güçlendirecek ve akran desteği sağlanacaktır. Bu faaliyetlerle saha uygulayıcılarının, adli psikiyatrik alana özgü rollerini yerine getirmede beceri temeli çeşitlenecektir.

Eğitim süreci için öneriler: Sosyal hizmet lisans eğitiminde adli psikiyatrik sosyal hizmet alanıyla ilgili derslerin açılması önerilmektedir. İlk etapta suç işlemiş adli psikiyatrik bireyler ve aileleri bağlamında risk değerlendirmesi ve yönetimi, psikopatoloji, tehlikelilik ve hukuki bağlamları içeren ileri eğitimler verilerek uygulayıcıların desteklenmesi, nicelik olarak yeterli sayıya ulaşıldığında adli psikiyatrik alana özgü yüksek lisans programlarının açılması kanıt temelli müdahalelerin artırılmasını sağlayacaktır. Ayrıca, eğitimlerle birlikte süpervizyon süreçlerinin de planlanması yapılabilecektir.

Araştırmalar için öneriler: YGAP öncesindeki, esnasındaki ve sonrasındaki süreçlere ilişkin farklı psikiyatrik hastalıklar boyutunda sosyal hizmet araştırmalarının artırılarak bu alanda bilgi birikiminin oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Tematik kongre ya da bilimsel dergiler aracılığıyla yapılan araştırmaların yaygınlaştırılmasına aracılık edilecek bilimsel faaliyetler artırılabilir. Böylece, sosyal hizmetin geleneksel değerlerinin alana yansıtılması sağlanmış olacak ve hizmet modellerinin geliştirilmesine katkı sağlanacaktır.

Politika önerileri: Adli psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısının artırılması, işlev ve rollerine yönelik tanımları netleştiren mevzuat ve işleyiş prosedürlerinin oluşturulması, adli psikiyatrik süreçlerde yaşanabilecek eksiklikler ve eşitsizliklerin giderilmesine yönelik politikalar geliştirilmesi önerilmektedir.

Kaynakça

- Abdalla-Filho, E., & Bertolote, J. M. (2006). Forensic psychiatric systems in the world. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 56-61.
- Barbui, C., & Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: A new revolution begins?. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 445-446.
- Bloom, J. D., Williams, M. H., & Bigelow, D. A. (2000). The forensic psychiatric system in the United States. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 605-613.
- Brinded, P. M. (2000). Forensic psychiatry in New Zealand. A review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 453-465.
- Carabellese, F., & Felthous, A. R. (2016). Closing Italian forensic psychiatry hospitals in favor of treating insanity acquittees in the community. *Behavioral Sciences & The Law*, 34(2-3), 444-459.
- Central Council for Education and Training in Social Work (CCETSW), (1995). *Achieving Competence in Forensic Social Work*. Erişim Tarihi: 15.03.2021.
<https://bnb.data.bl.uk/doc/resource/012701888/publicationevent/LondonCentralCouncilForEducationandTrainin ginSocialWork1995>
- Dally, (2020). Forensic social workers today: The role of the social supervisor, continuing professional development, recruitment and retention issues: a summary of findings. *Health Education England as Part of The New Roles in Mental Health Programme of Work*, 1-37.
- Di Lorito, C., Castelletti, L., Lega, I., Gualco, B., Scarpa, F., & Völlm, B. (2017). The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 54-63.
- Ganju, V. (2000). The mental health system in India: History, current system and prospects. *International Journal of Law and Psychiatry*, 3(23), 393-402.
- Guidance for commissioners of forensic mental health services, (2013). Erişim Tarihi: 15.03.2021
<https://mentalhealthpartnerships.com/resource/guidance-for-commissioners-of-forensic-mental-health-services/>
- Hanley, N., & Ross, S. (2013). Forensic mental health in Australia: Charting the gaps. *Current Issues in Criminal Justice*, 24(3), 341-356.
- Honkonen, T., Saarinen, S., & Salokangas, R. K. (1999). Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: Discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 543-551.
- Ibishi, N. F., Musliu, N. R., Hundozi, Z., & Citaku, K. (2015). Prevalence of the hospitalisation of mentally ill offenders in the Forensic Unit of the Clinic of Psychiatry in Pristina over a three-year period and long-term strategy implications for the management of the forensic mental health system service. *Medicine, Science and the Law*, 55(3), 201-207.
- Jansman-Hart, E. M., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., & Côté, G. (2011). International trends in demand for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 326-336.
- Kaempf, A., & Pinals, D. A. (2008). Handbook of forensic mental health with victims and offenders: Assessment, treatment and research. *Psychiatric Services*, 59(2), 213-214.
- Kapp, M. B. (1986). *The mentally disabled and the Law*, 3d ed. By Samuel Jan Brakel, John Parry, and Barbara A. Weiner. *Law, Medicine and Healthcare*, 14(3-4), 211-212.
- Karamustafaloğlu, O. (2018). *Temel ve klinik psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri*.
- Marle, H. (2000). Forensic psychiatric services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 515-531.
- National Association of Social Workers, (2021). *Code of ethics*: Erişim Tarihi: 05.05.2021
<https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>
- Nedopil, N. (2009). The role of forensic psychiatry in mental health systems in Europe. *Crim. Behav. Ment. Health*, 19, 224-234.
- Njenga, F. G. (2006). Forensic psychiatry: The African experience. *World Psychiatry*, 5(2), 97.

- NOFSW, (2020). What is forensic social work. Erişim Tarihi: 05.05.2021 <https://www.nofsw.org/what-is-forensic-social-work-1>
- Ocloo, J., Garfield, S., Franklin, B. D., & Dawson, S. (2021). Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: A systematic review of reviews. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 1-21.
- Pan American Health Organization (2000). Declaration of Caracas. Erişim Tarihi: 03.02.2021. https://www.paho.org/hr-course-e/assets/_pdf/Module1/Lesson1/M1_L1_3.pdf.
- Ruchkin VV (2000). The forensic psychiatric system of Russia. *Int. J. Law Psychiatry*, 23,555–565.
- Salize, H. J., Dreßing, H., & Kief, C. (2005). Placement and treatment of mentally ill offenders—legislation and practice in EU member states. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Salzberg, S. M. (1991). Japan's new mental health law: More light shed on dark places?. *International Journal of Law and Psychiatry*, 14,137–168.
- Sampson, S., Edworthy, R., Völlm, B., & Bulten, E. (2016). Long-term forensic mental health services: An exploratory comparison of 18 european countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(4), 333-351.
- Seppänen, A., Törmänen, I., Shaw, C., & Kennedy, H. (2018). Modern forensic psychiatric hospital design: Clinical, legal and structural aspects. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 1-12.
- Shankar, J., Martin, J., & McDonald, C. (2009). Emerging areas of practice for mental health social workers: Education and employment. *Australian Social Work*, 62(1), 28–44.
- Völlm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, 51, 58-73.
- Yanık, M. (2007). Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler: Ruh sağlığı eylem planı önerisi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, 1(Özel Sayı), 11-29.
- United Nations, (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. Office of the High Commissioner for Human Rights, adopted by General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991.



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi
TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

GAZİLER VE ORDUDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Fatma PEKER¹
Cengiz ÖZBESLER²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 29.09.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised:19.11.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 24.11.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.11.2021
DOI: 10.46218/tshd.1002289

Künyesi/To cite this article: Peker, F. ve Özbesler C, (2021, Aralık).Gaziler ve orduda sosyal hizmet uygulamaları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18, 142-156. DOI: 10.46218/tshd.1002289

Sorumlu Yazar/Corresponding Author : Fatma Peker, Sosyal Hizmet Uzmanı ,Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi fatma.peker1aglik.gov.tr

Öz

Terörle mücadele sürecinde malul gazi sayısı her geçen gün artmaktadır. Ateşli silahla yaralanma, mayına basma veya bombalama gibi olaylar, silahlı kuvvet mensuplarında yaralanmalara neden olmaktadır. Silahlı kuvvet mensupları görevleri sırasında aldıkları bu yaralanmalar nedeniyle organ kaybı yaşamakta hatta bazıları işlev kaybına uğramaları sonucu malul gazi olmaktadır. Görevleri nedeniyle çatışmanın içinde yer alarak doğrudan ölüm tehdidi içeren ve travmatik deneyim yaşayan ve bununla birlikte fiziksel olarak yaralanan gazilere destek sağlanması önemlidir. Yaralanma sonucu yaşanan kayıplar gaziler için risk ve tehdit içermekle birlikte pek çok gazi yeni durumlarına uyum sağlayabilmektedir. Yeni durumlarına uyum sağlamalarında sağlanmaları, baş etme becerileri ve onlara bakım veren kişilerin desteklerinin önemli olduğunu söylemek mümkündür. Gaziler için uyum pek çok bireyin sahip olduğu kaynaklara ve bu süreçteki kayıp/kazanca yüklediği anlamlarla şekillenmektedir. Bu çalışmada yaralanmanın ardından gazi müracaatçılara yönelik sosyal hizmet uygulamalarını değerlendirmek amaçlanmaktadır. Bu derleme yazısının gazilerin kayıplarının ardından yaşadıklarını anlama, uyumlarını kolaylaştırma yönünden gazilerin ailelerine ve gazilere hizmet veren ekibe yol gösterici olması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malül gazi, Psikososyal uyum, Orduda sosyal hizmet, Psikolojik sağlık.

MILITARY SOCIAL WORK PRACTICE AND VETERANS

Abstract

In the fight against terrorism, the number of disabled veterans is increasing day by day. Incidents such as being injured by a firearm, pressing a mine or bombing cause injuries to members of the armed forces. Members of the armed forces experience organ loss due to these injuries they receive during their duties, and some of them even become disabled veterans as a result of loss of function. It is important to provide support to veterans who, by taking part in the conflict due to their duties, have direct death threats and traumatic experiences as well as physically injured veterans. While losses due to injury involve risks and threats for veterans, many veterans are able to adapt to their new situations. It is possible to say that their resilience, coping skills and the support of those who care for them are important in adapting to their new situation. For veterans, adaptation is shaped by the meanings that many individuals attribute to the resources they have and the loss/gain in this process. In this study, it is aimed to evaluate social work practices for veteran clients after injury. It is expected that this review article will guide the families of veterans and the team serving veterans in terms of understanding their experiences after their loss and facilitating their adaptation.

*Bu makale/çalışma Doktora tez çalışmasından üretilmiştir

¹ Sosyal Hizmet Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi ORCID: 0000-0002-3088-0614

² Prof Dr, AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-1397-6913.

Rehabilitation Center can be taken as an example in substance addiction treatment and rehabilitation applications in our country.

Keywords: Disabled veteran, Psychosocial adaptation, Social work in the army, Psychological resilience

Giriş

Dünya’da gelişim ve teknoloji ilerledikçe doğal kaynakların azalması ve bu kıt kaynakları ele geçirme isteği nedeniyle yaşanan bölgesel savaş ve küresel terör eylemleri günden güne artmakta ve bunun doğal sonucu olarak yaralanan ve ölen asker sayısı da aritmetik bir artış göstermektedir. Ülkemiz bulunduğu jeopolitik konumun önemi nedeniyle bu sarmalın içinde bulunmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu Primsiz Ödemeler Daire Başkanlığı tarafından 10.08.2017 tarih itibarıyla ülkemizdeki Türk Silahlı Kuvvetlerindeki gazi sayısı 11988 olarak açıklanmıştır (Yalçın, 2018). Terörden etkilenen bireylere şehit ve gazi ailelerini de kattığımızda yüz binlerce yaşanan travma söz konusudur.

Dünya geneline bakıldığında travmaya maruz kalan askerlerin yaralanmaya bağlı sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Murthy ve Lakshminarayana, 2006). Ateşli silah, bomba ve mayın ile oluşan yaralanmalar askerlerde organ veya sistemlerin etkilenmesine neden olmaktadır. Bilim ve tıptaki gelişmeler hayatta kalma oranını arttırırken, bu durum asker personel için amputasyon, omurilik ve beyin yaralanması gibi ciddi ve uzun süreli sorunlar getirmektedir. Yaralanma ardından kayıp yaşayan gazinin tedavi süreci sağlık sorunları nedeniyle uzamakta, hareket kabiliyetleri sınırlanmakta üstelik zamanlarının önemli bir kısmı ev ve hastane arasında geçmektedir. Gazilerinin bir kısmı tedavi ve rehabilitasyon süreci sonrası iyileşerek sivil hayata yeniden uyum sağlarken, bazıları da tedavi gerektiren yeni fiziksel ve psikolojik sorunlarla eve dönmektedir (Sayer vd, 2014). Gazi, günlük yaşam aktivitesinde yaşadığı kısıtlılık nedeni ile yetersizlik hissedebilmektedir. Günlük yaşamın doğal akışının engellenmesine neden olan bu güçlükler sebebi ile sosyal yaşama katılmaktan kaçınma yaşanabilmektedir (Hoşoğlu, 2005; Yılmaz, 2004; Moore, 2015). Organ ve/veya işlev kaybı yaşayan ve travmatik olaylara şahit olan malül gazi eve döndüğünde içe kapanma, unutkanlık, travmayı tekrar yaşama, uyku güçlüğü, yeme sorunu ve öfke patlamaları gibi çeşitli belirtiler gösterebilirken TSSB, majör depresyon, madde bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları gibi sıkıntılar da yaşayabilmektedir (Hoge vd, 2006; Resnik vd, 2007; Moore, 2015). Kuvvet ve cesaretle özdeşleşen gaziler için, travma sonrası yaşananlar zayıflık veya başarısızlık olarak algılanabilir ve benlik imajını bozabilir (Straits-Tröster, 2011).

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (IFSW, 2014), sosyal hizmetin tanımında insanların güçlendirilmesini teşvik eden uygulamaya dayalı mesleki ve akademik disiplin ifadesine yer vermektedir. Birey, aile, grup ve toplumun genel iyilik hali, refah düzeyi ve sosyal işlevselliğini artırma çabasında olan sosyal hizmet çalışanları, sosyal adalet ve insan haklarını ilke edinerek toplumun her bireyine destek sağlarken adli, tıbbi ve psikiyatri gibi çeşitli alanda uzmanlaşmaktadır. Askerlik mesleği çalışanlarından disiplin ve mesleki tehlikelere karşı fedakarlık beklerken diğer mesleklere göre daha çok hayatı tehlike ve travmatik deneyim sunar. Bu nedenle orduda sosyal hizmet diğer alanlardan ayrılmaktadır (Wooten, 2015). Savaş veya terör mağduru olan bu insanların farklı deneyimler yaşadıkları göz önüne alındığında gazilerin tıbbi, psikolojik, sosyal ve tinsel ihtiyaçlarını karşılayarak güçlenmesine yardımcı olurken tıbbi ve psikiyatrik destek sağlayarak çevre ve toplumla bütünleşmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Ayrıca orduda sosyal hizmet, asker ailesinin dayanıklılığını geliştirmek, iyilik halini sağlamak ve baş etme becerisini arttırmak için krize müdahale, danışmanlık ve psikoterapi gibi yöntemler kullanır. Böylece ailenin psikolojik, sosyal ve ekonomik iyilik hallerinin sağlanmayı amaçlar (Şahin ve Sakarya, 2018).

Travmatik kayıp sonrası gazi ve ailesinin iyilik halinin yeniden sağlanması noktasında orduda sosyal hizmet meslek, disiplin ve eğitimine önemli roller düşmektedir. Türkiye’de orduda sosyal hizmet işlevlerine rağmen henüz yeterince ele alınmamış bir uygulama alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı gazinin

psikososyal uyumunu sağlarken klinik sosyal hizmet uygulamalarına dair yeterli bilgi temelini eksikliğini gidermek ve bilimsel literatüre katkıda bulunmaktır. Çalışmanın kayıp sonrası gazinin yaşadıklarını anlama ve uyumunu kolaylaştırmak için hizmet veren ekip ve ailesi için yol gösterici ve katkı sağlayıcı olması beklenmektedir.

1.Gaziliğin psikososyal boyutu

Ordudan yaralanma sonucu ayrılmak bir gazi için aynı zamanda kariyer ve asker kimliğe veda etmeyi ifade etmektedir (Haynie ve Shepherd, 2011). Psikososyal gelişimin yetişkin aşamasında olan gazilerin birçoğu için, kariyer ve üretkenlik olan gelişimsel görevlerin yerine getirilememesi, mevcut aşamada sıkıntıya sonraki aşamada ise zorluklara neden olabilir (Bloeser ve Ray, 2018). İş hayatına geri dönmek veya bir iş sahibi olmak sivil yaşama entegrasyonun temel kilometre taşı olarak görülmektedir. Ne yazık ki, gazilerin büyük bir kısmı bu önemli alanda güçlük çekmektedir (Yanchus vd, 2018).

Yetişkinlik aşamasında üzerinde durulan görevlerden diğeri ise gelecek nesli yetiştirmek üzerinde yoğunlaşır. Gazi için yaralanmanın ardından eş veya ebeveyn gibi rollere geri dönmek zorluklar sunar, çünkü sinirlilik ve azalmış hayal kırıklığı toleransı ilişkileri etkiler. Araştırmalar, gazilerin sivil yaşama uyum süreciyle hem de TSSB ve depresyonla başa çıkarken ebeveynlikle mücadele edeceğini göstermektedir (Hall, 1994). Aile içi roller, ciddi bir yaralanma ve uzun bir tedavi süreci sonrasında çocukların yaralı aile üyesinin ihtiyaçları nedeniyle yaralanmamış ebeveyninden daha az ilgi görmesi belirsiz ve istikrarsız hale gelebilir.

Aile üyeleri, gazi aktif görevde iken yeni rutinler geliştirebilir ve eve döndüklerinde aile rollerinin sürdürülmesinde sorunlar ile karşılaşabilirler (Sayers, 2014). Bunun yanında yaralanmanın öngörülemez doğası, bazı aile üyelerini bakım veren olarak beklenmedik bir kariyere sürükler. Bakım verme sorumluluğu stresli olabilir ve sıkıntılara yol açabilir (Phelan vd, 2011). Ayrıca bakım veren aile üyeleri bakım verme görevleri için eğitim almadıklarında güçlük yaşayabilirler (Moreno, 2017). Bazı gaziler için önceki faaliyet ve görevlerini yerine getirememeleri, aynı zamanda kendi ve ailelerini zorlamaktan dolayı suçluluk, kayıp ve yetersizlik duygusuna yol açtığı ifade edilmektedir (Freytes vd, 2017).

Tedavi sürecinin ardından eve dönen gaziler beklentilerinin karşılanmaması ve yeni yaşamın kendilerine zorlayıcı gelmesi nedeniyle sivil yaşama karşı kendilerini yabancı hissedebilirler (Ahern vd, 2015). Bu geçiş sürecinde zorlanan ve sorunlar yaşayan gaziler kendilerini yalnız hissetmekte, öfke, sinirlilik ve ruh halindeki değişimler nedeniyle aile ve diğer insanlarla sağlıklı ilişki kurma ve adaptasyonda güçlükler yaşayabilmektedirler (Berghuis ve Jongsma, 2010; Resnick vd, 1989).

Gazilerin yaşadığı kayıplar yeni bir hayata başlamak ile ilgili planları sekteye uğratabilmektedir. Sosyal hayata uyum sürecinde yakın ilişkilerde güvensizlik, ailevi sorunlar, boşanma, öfke ve saldırganlık, iletişim sorunları, işsizlik ve ekonomik güçlükler, damgalanma ve diğer insanlardan uzaklaşma gibi pek çok sorunlarla karşılaşabilmektedir (Schafer, 2007). Açıksöz'ün (2011) yaptığı çalışmada, evli gazilerden bazılarının aile yaşamında sorunlarla karşı karşıya kaldıkları ve ilişkiyi devam ettirmede güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Diğer taraftan bekâr gaziler ise evlenmek istediklerinde toplumun engellilere karşı olumsuz algıları nedeniyle eş bulmada güçlük yaşadıkları değerlendirilmektedir (Yılmaz, 2009).

Gaziler sivil yaşamda toplumdan saygı, ilgi, alaka ve onurlandırılma beklemekte ancak bu beklentilerinin karşılanmaması durumunda ise hayal kırıklığına uğramaktadırlar (Brown, 2004). Aloï (2010), savaş sonrası eve dönen gazilerin bekledikleri sosyal onayı görmediklerini, çünkü toplum tarafından yeterince takdir edilmediklerini ve umursanmadıklarını ifade etmektedir. Ayrıca toplumda karşılaştıkları "Benim için mi gazi oldun?" ve "sırtını devlete dayamış" gibi rahatsız edici söylemler malül gazileri etkilemekte ve tepkisel davranışlara sürüklemektedir. Değer ve saygı görmeyi beklerken bu olumsuz söylem ve tepkiler karşısında hayal kırıklığı yaşadıkları için öfkelenmekte ve toplum tarafından anlaşılmadıkları değerlendirilmektedir (Hatun, 2018).

Sivil yaşama döndükten sonra beklentilerinin karşılanmaması gazilerde hayal kırıklığına neden olmaktadır. Ayrıca kimi zaman sunulan destekler nedeni ile sosyal yaşamda olumsuz tepkiler ile karşılaşmaları gazilerde, istenmedik davranışlara neden olabilmektedir. Uyumda güçlük yaşayan gaziler kendilerini toplumdan izole hissettikleri için aile ve arkadaş çevresinden uzaklaşmakta, ayrıca benzer deneyimleri olan gazilerle paylaşımlarının arttığı görülmektedir (Ahern vd 2015; Demers, 2011; Eliot,2015).

Yaşanan fiziksel kayıplar nedeni ile aktiviteler, boş zamanı değerlendirme uğraşları, sosyal etkileşimleri, istihdam ve günlük yaşamdaki işlevleri sınırlanabilir. Bu durum yaralanmaların tipi ve derecesine göre değişiklik göstermektedir (Hawkins, 2013). Ayrıca bu sorunlar gazilerin iyi oluşlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Başçılar, 2017; Dal ve Hatipoğlu, 1997; Frain vd, 2010; Hoge vd, 2007; Hoşoğlu, 2005; Hatun, 2018). Yapılan araştırmalar, yaralanmanın tipi ve derecesi kadar gazilerin hayata uyumu ve psikolojik sağlamlığın da önemini ortaya koymuştur.

Engelli yaşama alışma, kabullenme ve uyum sağlamak asker personel için genel nüfusa nazaran daha çetin bir süreçtir. Malul gazilerin yeni oluşan şartlara uyum sağlama ve baş etmekte oldukça zorlandıkları gözlenmektedir. Yaşamlarına kaldığı yerden devam edebilme ve topluma başarılı bir şekilde uyum sağlamalarında yaralanmanın derecesi ne kadar belirleyici ise psikolojik sağlamlık da o kadar koruyucu bir faktör olarak hizmet edebilir.

2.Psikolojik Sağlamlık

Mutlu ve sağlıklı bir yaşamın temel bileşeni olarak değerlendirilen psikolojik sağlamlık, travma sonrası olumsuz koşullarla etkili bir şekilde baş etme ve sorunların üstesinde gelebilmekle ilişkili olarak açıklanan bir kavramdır. Pek çok yazar, bazı kişilerin trajik olay veya önemli kayıplar yaşadıkten sonra iyileşmeyi nasıl başardığını anlamaya çalışırken, insanları yaşamın olumsuzlukları, travmalar ve stres faktörleriyle başa çıkabilecek hale getiren noktalara odaklanmıştır. Bu bağlamda psikolojik sağlamlık olumsuz koşullara rağmen kişisel, ailevi ve sosyal kaynaklardan etkilenen dinamik bir adaptasyon süreci ile ileriye bakma yeteneği olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle, sağlamlık yalnızca başarıya yol açabilecek kişisel bir özellik olarak değil, aynı zamanda uyum sağlama ve olumsuzluklardan sonra yaşanan dinamik bir etkileşim olarak da tanımlanabilir (Sisto vd, 2019). Bu bağlamda psikolojik sağlamlığın yaşam koşullarına olumlu bir şekilde uyum sağlama yeteneği olduğu da söylenebilir.

Yetişkinler üzerine yapılan araştırmalar dayanıklı bireylerin travmatik bir engelliliği takip eden süreçte, daha fazla uyum gösterebilen davranışlar ortaya koyduğunu göstermiştir. Dayanıklı bireyler herhangi bir engellilik, uzuv kaybı vb. durumlarda daha az depresyon yaşamakta ve yalnızlaşma ihtimalleri düşmektedir (Berry vd, 2007). Travmanın ardından kişinin psikolojik olarak sağlam ve dayanıklı olması, iyimserlik ve kontrol duygusunun yüksek olması ve etkili baş etme becerilerine sahip olması travmanın olumsuz sonuçlarından fazlaca etkilenmemesine neden olmaktadır (Hasaıçebi, 2018). Araştırmalar, psikolojik sağlamlığın depresif belirtiler ve intihar düşüncesi ile negatif ilişkili olduğunu ortaya koymakta ve gaziler örneğinde yapılan çalışmalarda psikolojik sağlamlığın koruyucu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Youssef vd, 2013 Mansfield vd 2011; Green vd, 2004; Richardson, 2002).

Bireysel dayanıklılık zorluk veya engellerin üstesinden gelme, deneyimle güçlenme, kaynaklara sahip olma ve bu kaynakları etkin bir şekilde kullanmayı içerir. Başka bir baş etme kaynağı olan aile dayanıklılığı ise ailenin yaşamında zorluklardan kurtulmasını ve bireyin travmalarla baş etme ve deneyimden gelişmesini sağlarken ailenin kolektivitesini vurgular (Saltzman vd, 2011).

Ailenin sistemik bakış açısıyla bir birim olarak ele alınması dayanıklılık kavramının aile bağlamında ele alınmasını kolaylaştırmıştır (DeHann, vd, 2002). Aile dayanıklılığı kavramı birçok teorisyen tarafından farklı tanımlanmıştır. McCubbin'e göre ailede yılmazlık, ailenin stresli durumlarla başa çıkabilme ve ailede dengeyi yeniden sağlayabilme becerisidir. (Akt, Sullivan, 2015). Paterson (2002), aile dayanıklılığını; ailenin ciddi

zorluklara ve krizlere uyum sağlaması ve bu zorluklara rağmen işlevlerine devam etmesi olarak tanımlamıştır. Walsh ise aile dayanıklılığını ailenin yıkıcı yaşamsal zorluklarına karşı koyabilme, yeniden toparlanabilme, güçlenme ve daha çok kaynakla bu süreçten çıkabilme yeteneği olarak tanımlamıştır (akt. Plumb, 2011).

Bazı aileler kısa vadeli bir krizde başarılı olabilir, ancak engellilik veya kronik bir hastalıkta olduğu gibi uzun süreli veya tekrarlayan zorlukların baskısı altında zorlanabilirler. Bu gibi stresler, aile sisteminin işleyişini aksatabilirken üye ve ilişkileri için güçlük yaratabilir. Ailenin asker üyesinin yaralanması sonucu stres ve travma yükleri açısından düşünüldüğünde, bu ailelerde risk ve dayanıklılık sürecinin anlaşılması özel bir önem taşımaktadır.

Yaşanılan zorlu sürecin ardından gazi ve ailesinin dayanıklılığı; yaşadıkları kaybı kabullenme, sorunların üstesinden başarılı bir şekilde gelme ve uyum sürecinde etkili bir destek kaynağı olduğu gözlenmektedir. Birey ve ailenin dayanıklılığı, stres ve travmanın getirdiği yükler dikkate alındığında özel bir önem taşımaktadır. Bireyin dayanıklılığı korucu bir faktörken, aile dayanıklılığı kriz zamanında ailenin uyumunu ve toparlanmasını destekleyen bir unsurdur ve aile odaklı müdahalelerin planlanmasına olanak sağlar. Orduda sosyal hizmet ve malul gazi için psikolojik sağlık kadar önemli olan psikososyal uyum konusu bir sonraki bölümde irdelenmektedir.

3.Psikososyal Uyum

Çatışma, mayına basma, yaralanma sonucu gazi olan bireylerden bazıları bu sarsıcı olaydan sonra kendilerini toparlayıp kaldıkları yerden hayata devam ederken, bazıları ise daha zor atlatmakta hatta diğerlerine göre daha ağır psikolojik problemler yaşayabilmektedir. Bireyin değişen yaşam koşulları karşısında psikososyal uyumu için; sınırlamaları hakkında gerçekçi bir algıya sahip olması, yaşamda hedeflerine ulaşması, sosyal katılım ve topluma yeniden entegrasyonunun önemli olduğu ifade edilmektedir (Antonak ve Livneh, 1995).

Gazi açısından değişen koşullar karşısında yeni yaşama uyum gösterdiğinin en önemli göstergeleri; diğer insanlara ihtiyaç duymadan mümkün olduğunca bağımsız yaşayabilme, düzenli bir yaşam sürdürebilme ve topluma katılarak sosyalleşmektir. Travmatik bir olay yaşayan herkesin aynı şekilde etkilenmediği ve bunda psikolojik, kültürel, dini, sosyal, fiziksel ve ailesel faktörlerin önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Hasançebi, 2018).

Araştırmalar psikolojik sağlamlığın ve sosyal desteğin, savaştan sonra TSSB gibi olumsuz zihinsel sağlık sorunlarına karşı tampon olduğunu göstermiştir (Fry, 2019). Sosyal destek, başa çıkma için önemli bir unsur olmakla birlikte psikososyal uyum ve topluma yeniden entegrasyonun en önemli bileşenidir. Algılanan sosyal desteğin, stresin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine karşı koruyucu bir faktör olduğu uzun zamandır bilinmektedir (Pietrzak vd, 2009; Wilcox, 2010). Literatüre baktığımızda fiziksel engellilik gazilerin ruh sağlığını etkilemekte, sosyal destek gören ve yapıcı baş etme stratejileri kullanan gazilerin ruh sağlığı açısından daha iyi oldukları bilinmektedir (Aflakseir, 2010).

Ağır derecede işlev kaybı yaşayan ve bu nedenle bakımına muhtaç olan gazilerde ise aile bireylerinin, özellikle de eşin rolü ön plana çıkmaktadır (Açıksöz, 2011). Ayrıca aile üyeleri bu süreçte hem temel ihtiyaçlarının karşılanmasına hem de moralini yüksek tutarak stresle baş etmesine yardımcı olmaktadır. Araten-Bergman ve arkadaşları (2015), fiziksel engeli olan gazilerin psikososyal uyumları için umut ve iyimserliğin korunması, engellilik durumunu kabullenme, sosyal ağın büyüklüğü ve sosyal katılımın gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Savaş deneyimi ve uyum sorunlarıyla yapıcı bir şekilde baş eden gazilerin aile, eş ve akranlarıyla yakın ilişki kurma, sosyal faaliyetlerde bulunma gönüllü olarak sosyal sorumluluk çalışmalarına katılma, profesyonel psikolojik destek alma gibi uyum ve topluma entegrasyonu güçlendiren destek stratejilerini kullandıkları ifade edilmektedir (Purcell vd, 2016).

Ulusal alan yazında da Keten ve arkadaşları (2013), malül gazilerde TSSB üzerine yaptıkları çalışmada, TSSB oranının diğer ülkelere göre daha düşük olmasını kültürümüzdeki güçlü aile bağı ve sosyal desteğe bağlarken gazinin yaşadığı travmanın olumsuz etkilerini hafiflettiğini savunmaktadırlar. Duyan ve arkadaşları (2005), duygusal ve güvence verici sosyal destek gören gazilerin, sosyal destek görmeyenlere göre benlik saygılarının yüksek ve kaygı düzeylerinin düşük olduğunu bulmuştur. Yazıcıoğlu ve arkadaşları (2006) ayrıca Başcılar'ın (2017) yaptıkları çalışmada da malül gazilerde sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Malül gazilerin diğer gazilerle kurduğu diyalogların anlaşılma ve rahatlamalarını sağladığı değerlendirilmektedir. Deneyimleriyle ilgili duygu ve düşüncelerin paylaşımı, çeşitli sosyal aktivitelere katılım ile sosyal kimlik edinmektedirler (Açıksöz, 2011). Gaziler arası bu dayanışmanın yaşamlarındaki değişime geçiş sırasında uyumlarına yardımcı olduğu ifade edilmektedir (Early, 2011). Gazilerle birliktelik, kayıplarını kabullenme ve yeni yaşamlarına uyum sağlama açısından önemli ve işlevsel bir destek kaynağıdır. Gaziler arasındaki bu diyalog bazen destek kaynağı olmak yerine, toplumdan iyice soyutlanma ve uzaklaşmaya neden olmaktadır; gaziler, zamanlarının büyük çoğunluğunu kendi gibi gazilerden oluşan bir çevre içerisinde geçirmekte, mecbur olmadıkça diğer insanlarla bir araya gelmemekte, toplumda bir yabancı gibi hissetmekte ve gittikçe toplumdan uzaklaşmaktadırlar (Hatun, 2018).

Gaziler arası dayanışma stresle baş etme, kaygının azalması ve uyum açısından önemlidir. Bu konuda yurt dışı uygulamalara baktığımızda gazileri bir araya getirmek ve gazilerin hakları konusunda lobi çalışmaları amacıyla çeşitli gazi dernekleri kurulmuştur. Bu sivil toplum kuruluşları sunduğu hizmetler ile gazilerin haklarını savunmayı, savaş deneyimlerini ve süreçte yaşadıkları güçlükleri birbirleriyle paylaşmalarına olanak sunmaktadır (Hatun, 2018). Aynı zamanda bu derneklerde bir araya gelmek, gazilere sivil hayata yeniden entegrasyonunda da destek sağlamaktadır (Gerber, 2003). Ülkemizde ise muharip ve malül gazilerle ilgili "Türkiye Muharip Gaziler Derneği", "Türkiye Gaziler ve Şehit Aileleri Vakfı", "Türkiye Harp malülü, Şehit Dul ve Yetimleri Derneği" gibi çeşitli dernek ve vakıflar bulunmaktadır. Bu dernekler gaziler için sosyalleşme fırsatı sunmakta, hak arama konusunda destek sağlamakta, bir araya gelme fırsatı sunarak duygusal ve maddi açıdan destek vermektedir.

Gazilere sunulan tedavi sonrası rehabilitasyon sürecinin bağımsız yaşama becerilerini geliştirme, sportif etkinliklerine katılım, psikolojik destek, meslek edinme, yaşama uyum sağlarken yaşadıkları güçlüklerin üstesinden gelme ve stresle başa çıkabilmede büyük katkı sağladığı değerlendirilmiştir (Hasançebi, 2018).

Yaşanan travma ve kayıp her ne kadar gazilerin yaşamında çeşitli uyum sorunları yaratsa da bu deneyimin gazilerin kişilik ve yaşamlarına kattığı olumlu yanlar da vardır. Travmatik olay pek çok insanda olumsuz sonuçlara sebep olurken aynı zamanda zorluklarla yaptığı mücadele sayesinde edindiği olumlu kazanımlar kişi için pozitif psikolojik değişimlere de zemin hazırlamaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 2004,). Travma geçiren insanlar aslında birçok açıdan başlamış olduklarından daha iyi bir yere ulaşabilirler. Karşılaştıkları güçlükler karşısında pes etmek yerine problem çözme becerilerini kullanan, sorumluluk alan, gerektiğinde ise diğer insanlardan destek arama yoluna başvuran bireyler travma sonrası stres koşullarıyla daha kolay baş edebilirler (Hasançebi, 2018).

Gazilerin dünyaya ilişkin genel inanç ya da varsayımlarının değişmeye başlamasıyla birlikte travma sonrası büyüme sürecinin de başladığı kabul edilmektedir. Yeniden değerlendirme sürecinde gazilerin, savaş deneyimlerinin yanı sıra tüm hayatlarını da yeniden değerlendirdikleri ifade edilmektedir. Genel inançlarla birlikte tüm yaşamın yeniden değerlendirilmesi, anlam temelli büyüme süreçlerini desteklemektedir. Gazilerin dünyaya ilişkin genel inanç yada varsayımlarının değişmeye başlamasıyla birlikte travma sonrası büyüme sürecinin de başladığı kabul edilmektedir (Larner, 2013).

Yaşanan kayıplar gaziler için risk ve tehdit içermekle birlikte pek çok gazi yeni durumlarına uyum sağlayabilmektedir. Uyum sürecinde travmanın neden olduğu uzuv kayıpları ve psikolojik sorunlar ile mücadele ederken fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanda yaşadıkları güçlükleri sahip oldukları ya da başvurdukları destek kaynakları ile üstesinden gelebilmektedirler. Bu destek kaynaklarından biride zorlukların üstesinden gelmelerinde ve toplumla bütünleşmelerinde sosyal hizmet uygulamalarıdır.

4.Gaziler ve Orduda Sosyal Hizmet Uygulamaları

Savaş koşullarından etkilenen bireylere yardım sağlamaya çalışan orduda sosyal hizmetin temelini bu bireylerin iyilik halinin sağlanması oluşturur. Birinci Dünya Savaşı yıllarında psikiyatrik odaklı olarak gelişen orduda sosyal hizmet uygulamalarının daha sonra etki alanı genişlemiş ve yaşanan sorunlara yönelik farklı uygulama alanlarında uzmanlaşma eğilimi göstermiştir. Bununla birlikte savaş sonrasında askerlerin depresyon, intihar ve madde bağımlılığı gibi risklerin fark edilmesi ile sosyal hizmet uzmanlarının klinik uygulamalar gerçekleştirmesi beklenmeye başlanmıştır (Şen, 2016).

Terör olayları nedeniyle travmatik yaşam deneyimlerinden yüzbinlerce güvenlik görevlisinin etkilenmesine rağmen ülkemizde orduda sosyal hizmet uygulamaların başlaması gelişmiş ülkelerden oldukça sonradır. Türkiye'deki uygulamalara baktığımızda 1970'li yıllardan bu yana Gülhane Askeri Tıp Akademisinde tıbbi ve psikiyatrik alanda sivil sosyal hizmet uzmanları hizmet vermiş ilerleyen süreçte sınırlı sayıda sosyal hizmet uzmanı askeri hastanelerde görev almıştır. 1996 yılında GATA Fizik Tedavi Rehabilitasyon kliniği bünyesinde 'OHAL Gazi Destek Birimi' kurulmuş, orduda sosyal hizmet uygulaması kapsamında tedavi gören yaralı gazilerin psikososyal gereksinimlerine yönelik destek, sosyal etkinlikler ve hasta ziyaretleri gerçekleştirilmiştir.

2000 yılına gelindiğinde asker ve gazilere hizmet vermek üzere TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi bünyesinde yer alan Ampute, Omurilik ve Beyin Hasarı, Akut Bakım, Romotolojik Rehabilitasyon klinikleri ve Bakımevinde sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmiştir. Terörle mücadelede yaralan asker personele hizmet vermek üzere TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi bünyesinde 2007 yılında da Malul Gazi Destek Birimi kurulmuş ve 2016 yılına kadar bu birimde sivil ve yedek subay sosyal hizmet uzmanları malül gazi ve terörle mücadele sırasında yaralanan Türk Silahlı Kuvvetleri personeline hizmet vermiştir.

2016 yılına kadar gazilerin tedavileri Ankara GATA ve TSK Rehabilitasyon merkezi başta olmak üzere askeri hastanelerde yürütülmekteydi. Bu tarihten sonra askeri hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredilmesi ile birlikte gazilerin tedavi ve rehabilitasyonun yanı sıra ailelerinin desteklenmesi ağırlıklı olarak Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi ve Gaziler Fizik Tedavi Eğitim Araştırma Hastanesi bünyesinde devam etmektedir. Gazilere yönelik sosyal hizmet uygulamaları Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet birimleri bünyesinde devam etmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, terör ile mücadele sırasında yaralananlar başta olmak üzere gazi ve aile üyelerine destek vermektedir. Bu hizmetler psikososyal destek, sosyal haklar konusunda bilgilendirme, kurum ve kuruluşlarla koordinasyon, maddi gereksinimleri olan gazilere kaynak sağlanması, taburculuk planlaması, maluliyet durumlarına göre iş yaşamına dönüş ve yasal konularda bilgilendirme gibi çalışmalar oluşturmaktadır.

Ayrıca Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli Savunma Bakanlığı ve Genelkurmay Başkanlığı bünyesinde Şehit/Gazi İşlem Şube Müdürlüğü ve kuvvetlerde bulunan Şehit/Gazi birimleri ile mevcut mevzuat çerçevesinde gazilerin özlük işlemlerini yerine getirirken ayrıca çeşitli moral arttırıcı ve destekleyici aktivitelerle gazilere hizmet vermektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde ise şehit ve gazilere yönelik olarak 2011 yılında Şehit Yakınları ve Gaziler Dairesi Başkanlığı kurulmuştur. Bu kurum bünyesinde şehit yakınları ve gazilere yönelik, politikalar ve stratejilerin belirlenmesi, kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum örgütleri arasındaki koordinasyonun sağlanması konusunda etkinlikler yürütmektedir.

Orduda sosyal hizmet, Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi tarafından askerlere, gazilere, ailelerine ve topluluklarına yönelik koruyucu-önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici servisler geliştirilmesini ve hizmetten yararlanacak bireylerin yaşam kalitelerini artırmayı amaçlayan bir disiplin olarak ifade edilmiştir (CSWE, 2010). Orduda sosyal hizmet uygulamalarını savaş sırası ve sonrasında bireyin olduğu kadar toplumun da iyilik halini sağlamak amacı için gerçekleştirdiği çabalarla da takip etmek mümkündür. Ülkemizdeki uygulamalara baktığımızda Türk silahlı kuvvetlerinde muvazzaf olarak görev yapan astsubay ve subaylar, vatani görevini yerine getiren er, astsubay ve yedek subaylarla birlikte gaziler, şehit, gazi ve asker aileleri de orduda sosyal hizmet müracaatçı grubu içerisinde yer almaktadır. Sosyal hizmet uzmanları karargâh, askeri birlik, ruh sağlığı kuruluştur ve bağımlılık, toplum ve araştırma gibi merkezlerde istihdam edilmektedir. Öte yandan insani yardım, barışı koruma, doğal afet gibi koşullarda da çalışmalar yürütmektedir (Başçılar, 2021).

Gazilerle çalışmada sosyal hizmetin amacı savaş gibi olağanüstü bir koşuldur birincil derecede etkilenerek çeşitli zararlar gören bireylerin güçlenmelerine yardımcı olmak ve ailesine, çevresine ve topluma entegrasyonunu sağlamaktır. Bu bağlamda Sosyal hizmet uzmanları, gazilere hizmet veren kurum ve kuruluşlarda multidisipliner anlayışının önemli bir ögesidir. Sosyal hizmet uzmanları, tedavi ve rehabilitasyon ekibinin gaziye yönelik en uygun bakım sonuçlarının alması için psikososyal faktörler hakkında fikir veren etkin bir üyesidir. Bu alanda gaziler ile çalışan sosyal hizmet uzmanları hasta ve çevresi ile tedavi aşaması ve tedavi sonrasında uygulamalar gerçekleştirmekte ve bu sırada mesleki rol ve işlevlerden de faydalanmaktadır. Sosyal hizmetin rol ve işlevleri arasında değerlendirme, kriz ve vaka yönetimi, savunuculuk, eğitim, danışmanlık yer almaktadır. Klinik sosyal hizmet uzmanları ise; bireysel, grup ve aile terapisi ile sosyal hizmet müdahalesi ortaya koymaktadır (U.S. Department of Veterans Affairs, 2021). Örneğin; Organ ve/veya işlev kaybı nedeniyle aile, iş ve sosyal yaşamda sınırlılık ya da yetersizlik durumunda sorunlarla nasıl baş edecekleri, fiziki yaşam koşullarını düzenlenmesi ve tedavi süreci hakkında, bilinçlenmesini sağlamak için danışmanlık rolü ya da tedavi sürecinde karşılaştıkları zorluklara karşı savunuculuk rolü ile haklarını savunmak gibi uygulamalar gerçekleştirmektedir. Tüm süreçte temel amaç gazinin iyilik halini geliştirmektir ve bunun yanında da gazinin işlevselliğini arttırarak çevresine ve topluma entegrasyonu sağlamaktır.

Sosyal hizmet uzmanının eğitimlik rolü ise müracaatçıların hak ve yükümlülükleri, başvuru yapılacak makamlar, kurumların işleyişleri, kurumlar arası ilişkiler ve prosedürler hakkında müracaatçıların bilgilendirilmesini sağlamaktır. Bu nedenle alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının gazi ve aile üyelerine sunulan hizmetler, sivil toplum örgütlerinin işlevleri, yapı ve mevzuata hakim olması gerekmektedir (Başçılar, 2021).

Gazi ve ailesinin, hizmetlerin koordinasyonu ve toplumla yeniden bütünleşmesine yardımcı olmak için destekleyici hizmetlere ihtiyaçları vardır. Bu destekleyici hizmetlerden biri de vaka yönetimidir. Sosyal hizmet uzmanları tarafından uygulanan vaka yönetimi, gaziler için topluma yeniden entegrasyonda bakım ve hizmetlerin sağlanmasının temel bileşenidir. Sosyal hizmet vaka yönetimi, hizmetlerin koordinasyonunu sağlamada kritik öneme sahiptir (Rahia,1999; Amdur vd, 2011). Aile üyeleri, tedavi sürecinde askere bakmak için işlerini bırakmak zorunda kalabilir. Eş, hastanede iyileşmekte olan askere yardım etmek ve evde kalan küçük çocukların bakım görevi arasında bölünebilir. Ağır yaralı askerler için vaka yöneticisi olarak görev yapan sosyal hizmet uzmanı, eşleri bu zor kararlarda yönlendirmeye yardımcı olurken ordu ve gönüllü kuruluşlardan sağlanan kaynaklara ulaşılmasına destek verebilir.

Sosyal hizmet uzmanlarının temel hedefi, zorlu savaş koşullarını yaşamış olan gazilerle savaş sonrası ortaya çıkabilecek post travmatik stres bozukluğu, madde bağımlılığı, şiddet ve intihar eğilimi gibi sosyal işlev bozukluklarını ortadan kaldırmak ve bireyin sivil yaşantıya, ailesine ve topluma uyumlu hale gelmesini sağlamaktır (Şahin ve Sakarya 2018). 1984 yılından bu yana artan terör olayları nedeni ile yaralanan silahlı

kuvvetler personelinin yaşadığı kayıplar düşünüldüğünde bu coğrafya da gazilere yönelik sosyal hizmet uygulamasının en çok gereksinim duyulan alanlarından birisi olduğu ifade edilebilir.

Türkiye'deki gazilere yönelik etkin tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları hastanelerde görevli sosyal hizmet uzmanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda orduda sosyal hizmet uygulamalarına baktığımızda çevresi içinde birey odağı ile asker aileleri ve toplumla da çalışarak bireyin yakın ve uzak çevresiyle çalışmayı içermektedir. Bu bağlamda uygulamaları mikro, mezzo ve makro boyutlarda ele almak gereklidir. Gazilerin yaralanma nedeniyle yaşadığı organ ve işlev kaybının gerek kendisi gerek yakın çevresinin örselenmesine neden olduğu açıktır. Tam da bu noktada müracaatçının sorunlarını çözme sürecinde işbirliği halinde olan sosyal hizmet uzmanına önemli roller düşmektedir. Sosyal hizmet uzmanı gazinin yaşadığı travmatik deneyimleri tanımlamaya ve keşfetmeye hazır olduğunda kendini ifade etmesine olanak sağlayarak yaşanan zorlu deneyimi felaketleştirmekten ziyade yönetilebilir bir zorluk olarak görmesine ve uyum sağlanmasına destek olur (Tuncay ve Muşabak, 2015).

Tüm rehabilitasyon çabalarının amacı, gazi ve ailenin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır. Bu amaçla, gazinin acil ihtiyaçlarına yönelik gerekli uyarlamaları vurgulayan çözüm odaklı bir yaklaşım faydalı olabilir (Brand ve Weiss, 2015). Yaralanmanın ardından rehabilitasyon sürecinin başarısı için gaziye etkin bir role sahip olduğu ve kontrolü sağlamada sorumluluk alması gerektiği bilinci kazandırılmalıdır. Bu süreçte motivasyonun artırılması, tedavi ekibi ile uyumun sağlanması ve kendi yaşamı üzerinde kontrolü ele almasını sağlayacaktır. Psikolojik destek sürecinde travmatik yaşantılar sonrası gerçekleşen olumsuz sonuçların yanı sıra, olumlu değişimlerin üzerinde durulmasının, danışanların gelecekte karşılaşabilecekleri zorlayıcı yaşam olaylarıyla baş etmelerine önemli bir katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır. Bu yüzden psikolojik destek sürecinde travma sonrası büyümenin kolaylaştırılmasının terapötik süreçte önemli bir amaç olarak ele alınabileceği belirtilmektedir (Linley ve Joseph, 2004). Bu süreçte gazinin kendi yaşamına ilişkin sorumluluk alma, sosyal işlevselliğini artırma, güçlü yönlerini destekleme, toplum kaynaklarını etkili bir şekilde kullanmaya yönelik çeşitli çalışmalar yapılmaktadır.

Tedavi sürecinde yaşadığı kayıp nedeniyle geleceğe ve hayata dair umutlarını yitiren ve yaşamın anlamsız olduğunu düşünen gazilerin, travmatik yaşam deneyimlerini normalleştirmek için benzer deneyimleri olan gaziler ile konuşmak ve paylaşımlarda bulunmak için cesaretlendirilebilir. Yaşadığı kaybı, dünyada yalnızca kendi başına gelen bir felaket olarak değerlendiren gaziler, daha ağır derecede yaralanmış ancak yaşadığı kaybı kabullenmiş, uyum sağlamış ve moral seviyeleri yüksek olan gaziler ile diyaloga geçmeleri normalleşmeye başlamak için iyi bir adımdır. Dolayısıyla kurulan bu kontak kendi deneyimlerinde anlam bulma fırsatı verirken, gazilerden oluşan destek grupları deneyimlerin benzerliğiyle yakınlaşan gazilere destek sağlayacaktır.

Gazi aileleri de yaşadıkları bu kriz durumu ile nasıl başa çıkacaklarını öğrenirken bilgi, rehberlik ve desteğe ihtiyaç duyacaklardır. Sevdikleri kişi artık çok farklı bir kişi olarak görünmektedir. Sosyal hizmet uzmanı gazi ve ailenin yaşadığı karmaşık duygularıyla başa çıkma becerisi geliştirmelerinde önemli bir role sahiptir. Bu süreçte gazi ve ailenin organ ve işlev kaybına uyumunun izlenmesi yeni gereksinimler ve karşılaşılacakları krizler ile başa çıkmayı sağlayacaktır. Örneğin bu doğrultuda yapılan sosyal hizmet müdahalesinde gazinin aile içinde uğradığı rol kaybı ele alınarak yeni duruma hem gazinin hem de ailenin uyum sağlanmasına destek verilebilir. Gaziler kimi zaman eş ve aile üyeleriyle iletişim çatışmaları ve ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadır. Bu zorlu süreçte sosyal hizmet müdahalesine ailenin de dahil edilmesi, aile veya evlilik danışmanlığı önerilmektedir. Aile temelli müdahaleler, gazi ve ailelerinde aile dayanıklılığını artırabilirken pozitif ve kalıcı değişim yaratma olasılığını artırabilir, aynı zamanda TSSB semptomlarının olumsuz etkilerini azaltabilir (Rubin vd, 2012).

Aile üyelerine, rehabilitasyon sürecinde engelliğin seyri hakkında destek ve anlayışı kolaylaştırmak için aile birimini içeren erken müdahaleler kullanılmalıdır. Bunu yapmanın yolu ilk toplantılarda aile üyelerinin kendi

ve ailesi için kısa ve uzun vadeli hedefler sunmasını istemektir. Bu şekilde uzman hem birey hem de aile için kısa ve uzun vadeli hedefleri etkileyebilecek seçeneklerin görmesine yardımcı olabilir. Örneğin malül gazinin erken dönemde ihtiyacının fazla olması nedeniyle eş iş kariyerini bırakabilir. Tedavi ile birlikte bu ihtiyaçlar azalacak ve bu karardan dolayı kariyer ve gelir kaybı yaşanacaktır. Bu nedenle, uzun vadeli bir hedef işe dönen eşi içerebilir (Frain vd, 2010). Aile düzeyinde başa çıkma stratejileri ise ailelerin stresli olayları tahmin etmeleri, planlamaları ve etkilerini hafifletmelerine yardımcı olabilir. Bu temel beceriler arasında stres yönetimi, duygu düzenleme, işbirliğine dayalı hedef belirleme ve problem çözme yer alır. Örneğin, aile üyeleri ile stresli durumları belirlemek ve farklı aile üyeleri arasındaki sıkıntı ifadelerini izlemek, istenen destek biçimleri için bireysel aile üyelerine gelişimsel olarak uygun bir şekilde uygun destek türlerini sağlamak için eğitilebilir. Ailelere, birbirlerinin duygusal veya stres durumunu kontrol etmek için ortak bir yöntem geliştirmeleri ve birbirlerine yardımcı olmak için aktivite planlama, yeniden çerçeveleme ve olumlu mesajlaşma gibi bir dizi başa çıkma stratejisi kullanma alıştırmaları yapmaları konusunda koçluk yapılabilir (Saltzman, 2011).

Gazilerin eve dönüş sonrası yaşantıları orduda sosyal hizmetin odağında yer almaktadır (NASW, 2012). Gazilerin yeniden sosyal uyumunu sağlamak noktasında geliştirilecek sosyal politikalar makro seviyede önemli faydalar sağlayacaktır. Sosyal politika alanında atılabilecek adımlar gazilere yönelik toplumda değer ve tutumlara ivme kazandırmaya yönelik toplumsal dinamikleri harekete geçirerek farkındalık oluşturmak ve gazilerin sosyal entegrasyonuna katkı verebilecek sivil toplum örgütlerinin girişimlerini desteklemektir. Bunun yanında sosyal yardımlar, eğitim tedavi, psikososyal destek hizmetleri ve istihdam olanaklarına yönelik yapılacak mevzuat çalışmalarına katkı sağlamak gibi uygulamalarda makro uygulamalar içerisinde yer almaktadır.

Sonuç

Askerlik mesleği için sağlamlık ve fiziksel uygunluk gerekirken bu nedenle görev nedeniyle yaşanan engellilik mesleğin yitirilmesini ifade etmektedir. Asker personel için mesleğin yitilmesi aynı zamanda alışıla gelen kolektif yapıdan kopma ve sosyal statünün kaybı anlamına da gelmektedir. Bu da malul gazinin yeni hayatına uyum sağlamak için başa çıkmayı öğrenirken daha çok çaba göstermesi demektir.

Ayrıca kariyeri boyunca psikolojik sağlığını etkileyebilecek, fiziksel bütünlüğü ve can güvenliğine yönelik potansiyel tehdit ve travmalar da dahil olmak üzere önemli sıkıntılara maruz kalan asker personel için psikolojik sağlamlık önem arz etmektedir. Yaralanma sonrası gelen belirsiz bir gelecek ve fiziksel engel ile ilgili kaygılar, geri dönen malul gazi ve ailesi için ürkütücü olması olasıdır. Bu koşullarda aile dayanıklılığı, rehabilitasyon sürecinde birey ve ailenin yaşamını etkileyecek koşulları anlamak ve ailenin güçlü yönlerini geliştirmek için etkili bir temel olmaktadır (Tschopp,2007).

İyilik haline önemli ölçüde zarar verebilecek kayıp sonrası tedavi sürecinde bedensel, ruhsal ve sosyal unsurlar bütüncül bir şekilde ele alınması gerekirken disiplinler arası ekip çalışmasının iyileşmeye büyük katkı sağlayacağı gözden kaçırılmamalıdır. Tanımında mesleki, eğitsel ve akademik disiplin bulunan ve birey, aile ve toplumun güçlenmesini teşvik eden uygulamalara dayalı bir bilim dalının çalışanı olan sosyal hizmet uzmanının tedavi ekibinin vazgeçilmez bir parçası olduğu görülecektir. Bu açıdan malul gazinin iyilik halinin yeniden sağlanması noktasında önemli rol düşen sosyal hizmet uzmanı vaka yöneticisi, danışman ve eğitici rolü ile müracaatçıya eşlik ederken kaynaklara kolay erişimine ve belirsizliklerin kalkmasına yardımcı olur. Müracaatçının sosyal destek sistemlerini harekete geçirerek tedavi sürecini desteklerken mikro, mezzo ve makro seviyede müdahalelerde bulunarak iyilik halinin arttırılmasını sağlar.

Sosyal hizmet uzmanlarının orduda sosyal hizmet uygulamalarını yürütürken kendi mesleki bilgi ve becerileri kadar askeri kültür, iç dinamikler ve değerleri hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Nasıl ki her sosyal hizmet uzmanı içerisinde bulunduğu toplumdaki bireylerin ya da grupların güçlü ve zayıf yönlerini ya da

fırsatlarını ve sınırlılıklarını bilerek uygun bir sosyal hizmet uygulaması planlıyor ve gerçekleştiriyorsa, ordu kurumu içerisinde de sosyal hizmet uzmanının uygulamalarını bu çerçevede gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bu durum, sosyal hizmet uzmanının etkili bir sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirmesi için bir ön koşul olarak değerlendirilebilir ve bu durum orduda sosyal hizmet uygulamalarının niteliğine de etki edecektir (Wooten, 2015). Bunun yanı sıra alana ilişkin lisansüstü eğitim almış ve yeterli tecrübeye sahip sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edilmesinin verilecek hizmetlerin niteliğini doğrudan etkileyeceğine inanılmaktadır.

Orduda sosyal hizmet müdahalesinde esnek ve kültüre duyarlı, danışanla birlikte aile ve diğer yakın kimseleri de sürece dahil eden, bireyin güçlü yanlarına odaklanan, yaşamında yeni yaşam hedefleri oluşturarak kaynaklarını ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirmeyi hedefleyen müdahale programlarının daha başarılı olacağı değerlendirilmektedir. Ordunun her kademesindeki üyesinden gazi ve ailelerine kadar hatta şehit ailelerinin içinde bulunduğu toplumun bu kesiminin dayanıklılığı, toplumla uyumu, iyiliği ve refahının yükseltilmesi için orduda sosyal hizmet uygulamalarının yaygınlaştırılması ve hizmetlerin arttırılmasının yerinde olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Kaynakça

- Açıksöz, S C (2011) *Sacrificial limbs of sovereignty: Disabled veterans, masculinity, and nationalist politics in Turkey*. (Unpublished doctoral dissertation, University of Texas).
- Aflakseir, A. (2010). The role of social support and coping strategies on mental health of a group of Iranian disabled war veterans. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(3), 102-107.
- Ahern, J. Worthen, M., Masters, J., Lippman, S. A., Ozer, E. J., & Moos, R. (2015). The challenges of Afghanistan and Iraq veterans' transition from military to civilian life and approaches to reconnection. *PLoS one*, 10(7), e0128599.
- Aloi, J. A. (2010). *A social constructionist perspective on combat veterans' post-war adjustment*. Drew University.
- Amdur, D., Batres, A., Belisle, J., Brown Jr, J. H., Cornis-Pop, M., Mathewson-Chapman, M., ... & Washam, T. (2011). VA integrated post-combat care: A systemic approach to caring for returning combat veterans. *Social Work in Health Care*, 50(7), 564-575
- Antonak, R. F., & Livneh, H. (1995). Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with multiple sclerosis. *Social Science & Medicine*, 40(8), 1099-1108
- Araten-Bergman, T., Tal-Katz, P., & Stein, M. A. (2015). Psychosocial adjustment of Israeli veterans with disabilities: Does employment status matter? *Work*, 50(1), 59-71.
- Başçılar, M(2017). *Malül terör gazilerinin sosyal destek ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara)
- Başçılar, M. & Karataş, K. (2021). Orduda Sosyal Hizmet: Terör Gazilerinin Depresyon ve Yaşam Doyumunun Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(1), 23-40.
- Berghuis, D. J. & Jongsma, A. E. (2010). *The Veterans and Active Duty Military Psychotherapy: Progress Notes Planner*. New Jersey: John Wiley & Sons, INC.
- Berry, J. W., Elliott, T. R., & Rivera, P. (2007). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 292-302
- Bloeser, K., & Ray, K. (2018). Contemporary social work practice with veterans: An introduction to the special issue.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20.
- Brand, M. W., & Weiss, E. L. (2015). Social workers in combat: Application of advanced practice competencies in military social work and implications for social work education. *Journal of Social Work Education*, 51(1), 153-168
- Brown, M. E. (2004). *An examination of stress coping adaptability in U.S. Navy Training*. (Unpublished doctoral dissertation, The University of Memphis).
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). The Foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102.
- CSWE. (2010). *Advanced Social Work Practice in Military Social Work*. Alexandria: Council on Social Work Education
- DeHaan, L., Hawley, D. R., & Deal, J. E. (2002). Operationalizing Family Resilience: A Methodological Strategy. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 275-291.
- Demers, A. (2011). When veterans return: The role of community in reintegration. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 16(2), 160-179.
- Duyan, V, Yazıcıoğlu, K, Karataş, K, Taşkınatan, , Duyan, G Ç, ve Aksu, S. (2005). Sosyo-demografik özelliklerin, hastalık sürecinin ve sosyal desteğin gazilerin benlik saygısı ve kaygı düzeyine etkisi *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 5(1), 5-16.
- Early, J. M. (2011). Transition home: an exploratory study of the transition from military to civilian life among veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom.
- Elliott, L. M. (2015). *The effects of reintegration on prior-enlisted combat veterans: A qualitative study*. California State University, Long Beach.
- Frain, M. P., Bishop, M., & Bethel, M. (2010). A roadmap for rehabilitation counseling to serve military veterans with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 76(1), 13- 21

- Freytes, I. M., LeLaurin, J. H., Zickmund, S. L., Resende, R. D., & Uphold, C. R. (2017). Exploring the post-deployment reintegration experiences of veterans with PTSD and their significant others. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(2), 149.
- Fry L.(2019).*Reintegration and life satisfaction among military veterans. The complex role of unit cohesion* .Doctoral dissertation ,Fielding graduate university
- .Gerber, D. A. (2003). Disabled veterans, the state, and the experience of disability in Western societies, 1914-1950. *Journal of social history*, 36(4), 899-916
- Green, K. T., Hayward, L. C., Williams, A. M., Dennis, P. A., Bryan, B. C., Taber, K. H., ... & Calhoun, P. S. (2014). Examining the factor structure of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a post-9/11 US military veteran sample. *Assessment*, 21(4), 443-451.
- Hall, K. M., Karzmark, P., Stevens, M., Englander, J., O'Hare, P., & Wright, J. (1994). Family stressors in traumatic brain injury: a two-year follow-up. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 75(8), 876-884.
- Hasançebi Ş (2018) *Doğu ve güneydoğu gazilerinin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Eğitim bilimleri Enstitüsü, Trabzon
- Hatun, O. (2018). *Malül gazilerin psikososyal süreçleri ve baş etme kaynakları: bir gömülü teori araştırması*.
- Hawkins B (2013) *The influence of contextual factors on community reintegration among service members injured in the global war on terrorism* Doctor of Philosophy Parks, Recreation, and Tourism Management Clemson University
- Haynie, J. M., & Shepherd, D. (2011). Toward a theory of discontinuous career transition: Investigating career transitions necessitated by traumatic life events. *Journal of Applied Psychology*, 96(3), 501.
- Hill, J., Lawhorne, C., & Philpott, D. (2012). *The Wounded warrior handbook: A Resource guide for returning veterans* (Vol. 6). Lanham, Maryland: Government Institutes, The Scarecrow Press, Inc
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Jama*, 295(9), 1023-1032.
- Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 150-153.
- Hoşoğlu, H (2005) *Malül gazi subay ve astsubayların kariyer planları ve çalışma performansları*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Başkent üniversitesi, Sosyal Bilimler enstitüsü, Ankara
- Keten, A., Karagül, A., Keten, H. S., Avcı, E., & Karanfil, R. (2014). Terörle mücadele gazilerinde travma sonrası stres bozukluğu. *Adli Tıp Dergisi*, 28(1), 33-40.
- Larner, B. A. (2013). *A Grounded theory study of meaning-making coping and growth in combat veterans*. (Doctoral Dissertation, Michigan State University).
- Lee, H., Aldwin, C. M., Choun, S., & Spiro III, A. (2017). Does combat exposure affect well-being in later life? The VA Normative Aging Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 672.
- Mansfield, A. J., Bender, R. H., Hourani, L. L., & Larson, G. E. (2011). Suicidal or self-harming ideation in military personnel transitioning to civilian life. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(4), 392-405.
- Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., & Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *Jama*, 298(18), 2141-2148.
- Moore, J. B., Lawhorne-Scott, C., & Philpott, D. (2015). *The wounded warrior handbook: a resource guide for returning veterans* (Vol. 6). Rowman & Littlefield.
- Moreno, A., Zidarov, D., Raju, C., Boruff, J., & Ahmed, S. (2017). Integrating the perspectives of individuals with spinal cord injuries, their family caregivers and healthcare professionals from the time of rehabilitation admission to community reintegration: protocol for a scoping study on SCI needs. *BMJ open*, 7(8), e014331.
- Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25-30.
- NASW. (2012). *NASW Standarts for Social Work Practice with Service Members, Veterans, & Their*
- Öznur, T (2013) *Çatışmayla ilişkili travmatik amputasyonların fiziksel rehabilitasyon sürecinde eşlik eden psikiyatrik sorunlar* Gülhane Tıp Dergisi, 55, 332-341.

- Patterson, J. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64, 349-360.
- Phelan, S. M., Griffin, J. M., Hellerstedt, W. L., Sayer, N. A., Jensen, A. C., Burgess, D. J., & Van Ryn, M. (2011). Perceived stigma, strain, and mental health among caregivers of veterans with traumatic brain injury. *Disability and Health Journal*, 4(3), 177-184.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., & Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and anxiety*, 26(8), 745-751.
- Plumb, J. C. (2011). *The impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with an autism spectrum disorder*.
- Rahia, N. (1999). Medical social work in the US armed forces. *Social work practice in the military*, 107-121.
- Resnik, L. J., & Allen, S. M. (2007). Using International Classification of Functioning, Disability and Health to understand challenges in community reintegration of injured veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(7).
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Rubin, A., Weiss, E. L., & Coll, J. E. (Eds.). (2012). *Handbook of military social work*. John Wiley & Sons
- Saltzman, W. R., Lester, P., Beardslee, W. R., Layne, C. M., Woodward, K., & Nash, W. P. (2011). Mechanisms of risk and resilience in military families: Theoretical and empirical basis of a family-focused resilience enhancement program. *Clinical child and family psychology review*, 14(3), 213-230.
- Sayer, N. A., Carlson, K. F., & Frazier, P. A. (2014). Reintegration challenges in US service members and veterans following combat deployment. *Social Issues and Policy Review*, 8(1), 33-73.
- Schafer, J. (2007). *Soldiers at peace: Veterans of the civil war in Mozambique*. New York: Palgrave Macmillan
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Medicina*, 55(11), 745
- Straits-Tröster, K., Gierisch, J. M., Calhoun, P. S., Strauss, J. L., Voils, C., & Kudler, H. (2011). Living in transition: Young veterans' health and the postdeployment shift to family life. In D. C. Kelly, S. Howe-Barksdale, & D. Gitelson (Eds.)
- Sullivan K (2015) An Application of Family Stress Theory to Clinical Work with Military Families and Other Vulnerable Populations *Clinical Social Work Journal* volume 43, pages89–97
- Şahin, F., & Sakarya, H. (2018). Silahlı kuvvetlerde sosyal hizmetin tarihi, gelişimi ve işlevleri. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(1), 81-98.
- Şen B (2016) Silahlı kuvvetlerde sosyal hizmetin önemi *Toplum ve Sosyal Hizmet Archive* Volume 27, Issue 2, Volume 27, Issue 2, Pages 131 – 151
- Tschopp, M. K. (2007). Use of the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation by rehabilitation counselors. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 18-25.
- Tuncay, T., Musabak, İ. (2015). Problem-Focused Coping Strategies Predict Posttraumatic Growth in Veterans with Lower-Limb Amputations. *Journal of Social Service Research*, 41(1), 466-483.
- VA. (2021) What VA social workers do <https://www.socialwork.va.gov>
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42(1), 1-18 *Western societies, 1914-1950. Journal of Social History*, 36(4), 899-916.
- Wilcox, S. Social relationships and PTSD symptomatology in combat veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2010, 2.3: 175.
- Wooten NR. (2015) Military Social Work: Opportunities and Challenges for Social Work Education. *J Soc Work Educ.*;51(Suppl 1):S6-S25.
- Yalçın, B. (2018). Algılanan örgütsel destek ve sosyal desteğin yaşam tatminine etkisi: TSK mensubu rütbeli gaziler üzerinde bir araştırma (Master's thesis, Çankaya Üniversitesi).
- Yanchus, N. J., Osatuke, K., Carameli, K. A., Barnes, T., & Ramsel, D. (2018). Assessing workplace perceptions of military veteran compared to nonveteran employees. *Journal of Veterans Studies*, 3(1), 37-50.

- Yazıcıoğlu, K, Duyan, V , Karatas, K , & Özgül, A (2006)Effects of sociodemographic characteristics, illness process, and social support on the levels of perceived quality of life in veterans. *Military Medicine*, 171(11),1083-1088.
- Yılmaz F Y (2004) *Malul gazilerin gazi ve gazilik kavramına bakışı* Yüksek Lisan tezi Kara Harp Okulu Komutanlığı / Savunma Bilimleri Enstitüsü / Güvenlik Bilimleri Ana Bilim Dalı
- Yılmaz, D (2009) *War trauma and its subjective meanings: An Exploration on Mehmedin Kitabı: Güneydoğu'da savaşmış askerler anlatıyor.* (Unpublished master thesis, Bilgi University, Istanbul)
- Youssef, N. A., Green, K. T., Dedert, E. A., Hertzberg, J. S., Calhoun, P. S., Dennis, M. F., ...Beckham, J. C. (2013). Exploration of the influence of childhood trauma, combat exposure, and the resilience construct on depression and suicidal ideation among US Iraq/Afghanistan era military personnel and veterans. *Archives of Suicide Research*, 17(2), 106-122



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

JAPONYA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ ve TÜRKİYE İÇİN ÖNERİLER

Şirin ÖZKAN¹

Zeynep ACA²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme

Geliş Tarihi / Date Received: 21.05.2021

Revizyon Tarihi/Date Revised: 16.09.2021

Kabul Tarihi / Date Accepted: 27.10.2021

Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021

DOI: 10.46218/tshd.940518

Makale Künyesi/To cite this article:

Özkan, Ş. ve Aca, Z. (2021, Aralık). Japonya evde bakım hizmetlerinin incelenmesi ve Türkiye için öneriler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18: 157-178. Doi: 10.46218/tshd.940518

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Şirin ÖZKAN, Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Balıkesir, Türkiye. e-mail: sozkan@bandirma.edu.tr
ORCID: 0000-0001-9153-6481

Öz

Evde bakım hizmeti; yaşlıları, engelli bireyleri, kronik hastaları veya iyileşme aşamasındakileri yaşadıkları ortamda destekleyen sağlık ve sosyal bakım hizmetleridir. Japonya uzun ve kısa süreli bakım ihtiyacı duyan bireylere evde tıbbi bakım, günlük destek ve sosyal bakım hizmetlerini kapsayan “evde bakım sistemini” kurmuştur ve geliştirmeye çalışmaktadır. Çalışmada Japonya’daki kamusal evde bakım hizmetlerinin incelenmesi, Japonya deneyiminden hareketle Türkiye’nin evde bakım hizmetlerine yönelik sağlık ve sosyal politika yapıcılara, kamu yöneticilerine yol gösterecek sonuçlar elde edilmesi amaçlanmıştır. Japonya evde bakım hizmetleri organizasyon, yararlanma kriterleri, sunulan hizmetlerin kapsamı ve finansmanı alt başlıklarında incelenmiştir. Daha sonra Türkiye’deki evde bakım hizmetlerine ilişkin kısaca bilgi verilmiştir. Sonuç olarak da Türkiye’de evde bakım hizmetlerine ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, Japonya evde bakım, Türkiye evde bakım

EXAMINATION of HOME CARE SERVICES in JAPAN and RECOMMENDATIONS FOR TURKEY

Abstract

Home care service are health and social care services that support the elderly, disabled, chronic patients or patients in recovery period in their living environment. Japan has established and strives to improve the “home care system” that includes home medical care, day-to-day support and social care services for individuals in need of long-term and short-term care. The present study investigated public home care services in Japan aimed to achieve results that would guide to health and social policy-makers and public officials for home care services in Turkey. Japan home care services were examined under the headings organization, utilization criteria, scope and financing of services offered. Later, brief information about home care services in Turkey was given. As a result, recommendations were made on home care services in Turkey..

Keywords: Home care, home care in Japan, home care in Turkey

¹ Şirin ÖZKAN, Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Balıkesir, Türkiye. e-mail: sozkan@bandirma.edu.tr
Tel: 5052729655 ORCID: 0000-0001-9153-6481

² Zeynep ACA, Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Balıkesir, Türkiye. e-mail: zaca@bandirma.edu.tr
ORCID: 0000-0002-6487-4853

Giriş

Evde bakım hizmeti; yaşlıları, engellileri, kronik hastaları veya iyileşme aşamasındakileri yaşadıkları ortamda desteklemek, bağımsız yaşamalarını sağlamak, toplumsal hayata uyumlarını kolaylaştırmak için gerekli hallerde kişisel bakımlarını, günlük ev işlerini, bakım, onarım, yemek yapma ihtiyaçlarını karşılamaktır. Evde bakım hizmetine gereksinim duyan bireyin ve aile üyelerinin yükünü hafifletmek için sunulan tıbbi destek, psiko-sosyal, fizyolojik, temel gereksinimleri ve evsel hizmetleri içeren sağlık ve sosyal bakım hizmetleridir (Taşdelen ve Ateş, 2012, s. 24; Kok, Berden, Sardiraj, 2015, s. 120).

Evde bakım hizmetleri kısa veya uzun süreli bakım olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli de genellikle, sağlık hizmeti ağırlıklı olup hastalığın tedavi sonrası iyileşme sürecindeki bir aylık süreci kapsamaktadır. Uzun süreli de ise sosyal bakım ağırlıklı olup sağlık bakımını da kapsamaktadır. Genellikle altı aydan daha fazla süren bakım ihtiyacını içermektedir (Yılmaz ve Şara, 2014, s. 118).

Evde bakım hizmetlerinde gelişmiş ülkelerden biri olarak Japonya kabul edilmektedir. Japonya dünyada yaşam ömrü beklentisi en yüksek ülkedir. Kadınlar için yaşam ömrü beklentisi 86 yıl ve erkekler için 80 yıldır (Muramatsu ve Akiyama, 2011, s. 426). Toplam nüfus içindeki 65 yaş üstü nüfusun oranı 2018 yılında %28,1 iken, bu oranın 2055 yılında %39,4'e çıkması beklenmektedir (Statistics Japan, 2017). 2060 yılında ise ülkenin nüfusunun 80 milyona düşeceği öngörülmektedir (Arai, 2015, s. 673). Nüfusun yaşlanması ve doğum oranlarının düşmesi sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmaktadır. 65 yaş ve üstü kişilerin sağlık harcamaları diğer yaş gruplarına göre 4,3 kat daha fazladır ve maliyetlerin büyük bir kısmı çalışan nüfusun ödediği vergi ve sağlık sigortası primleriyle karşılanmaktadır. Nüfusun yaşlanmasının olumsuz etkilerini hafifletmek için uzun vadeli bakım sisteminin sürdürülebilir olması gerekir. Hızla yaşlanan nüfusun yarattığı zorluklara karşılık olarak Japon Hükümeti, 2000 yılında Uzun Süreli Bakım Sigortası sistemini hayata geçirmiştir. Bu anlamda Japonya'da evde bakım uzun süreli sigortanın bir parçası ve genelde yaşlıları hedefleyen bir sistem şeklinde kurgulanmıştır. Ancak sonraki on yıl içinde uzun süreli bakım hizmetlerini kullanan kişi sayısı iki kat artarken toplam maliyetler % 321 artmıştır. Bu durum sistemin sürdürülebilirliğini tehlikeye atmış ve geliştirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Kar amacı gütmeyen yeni hizmet sunucuları sisteme dahil edilerek, hizmet hacminin, hizmetin kalitesinin ve verimliliğinin artırılması hedeflenmiştir (Sakamoto ve ark., s.138). Mevcut sistemi geliştirmek amacıyla 2014'te ise uzun süreli bakım sigortası geliştirilerek Entegre Toplumsal Bakım sistemi olarak uygulamaya konmuştur. Entegre toplumsal bakım sistemi, insanlara yeterli sağlık ve sosyal destek ortamı yaratmayı hedeflemektedir. Bu hizmet çoğunlukla özel sektör tarafından sunulmaktadır. Bununla birlikte, belediyelerin Merkezi Hükümet'in gözetiminde tüm hizmetlerin sunumu ve finansmanı üzerinde yetkileri vardır (Miyata ve ark., 2015, s. 2549). Japonya'nın yaşlı bakımıyla ilgili politikaları, "yaşlılara bakan aile bireylerinin yükünü azaltmak" ve "sağlık ve bakım hizmeti harcamalarının azaltılması" temeline dayanmaktadır (Campell ve ark., 2010).

Bu anlamda çalışmayla amaçlanan, evde bakım hizmetini uzun süreli bakım sigortası kapsamında sunan ve evde bakım hizmetlerinde deneyimli ve iyi uygulama örneklerinden biri olarak kabul gören Japonya'daki evde bakım hizmetleri incelenerek, Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin organizasyonu için politika önerisi geliştirmektir.

Yöntem

Japonya'daki evde bakım hizmetleri incelenerek ülkemize evde bakım hizmetinde sağlık ve sosyal politika yapıcılara, yöneticilere yol gösterecek sonuçlar elde etmek amacıyla derleme çalışması olarak planlanmıştır.

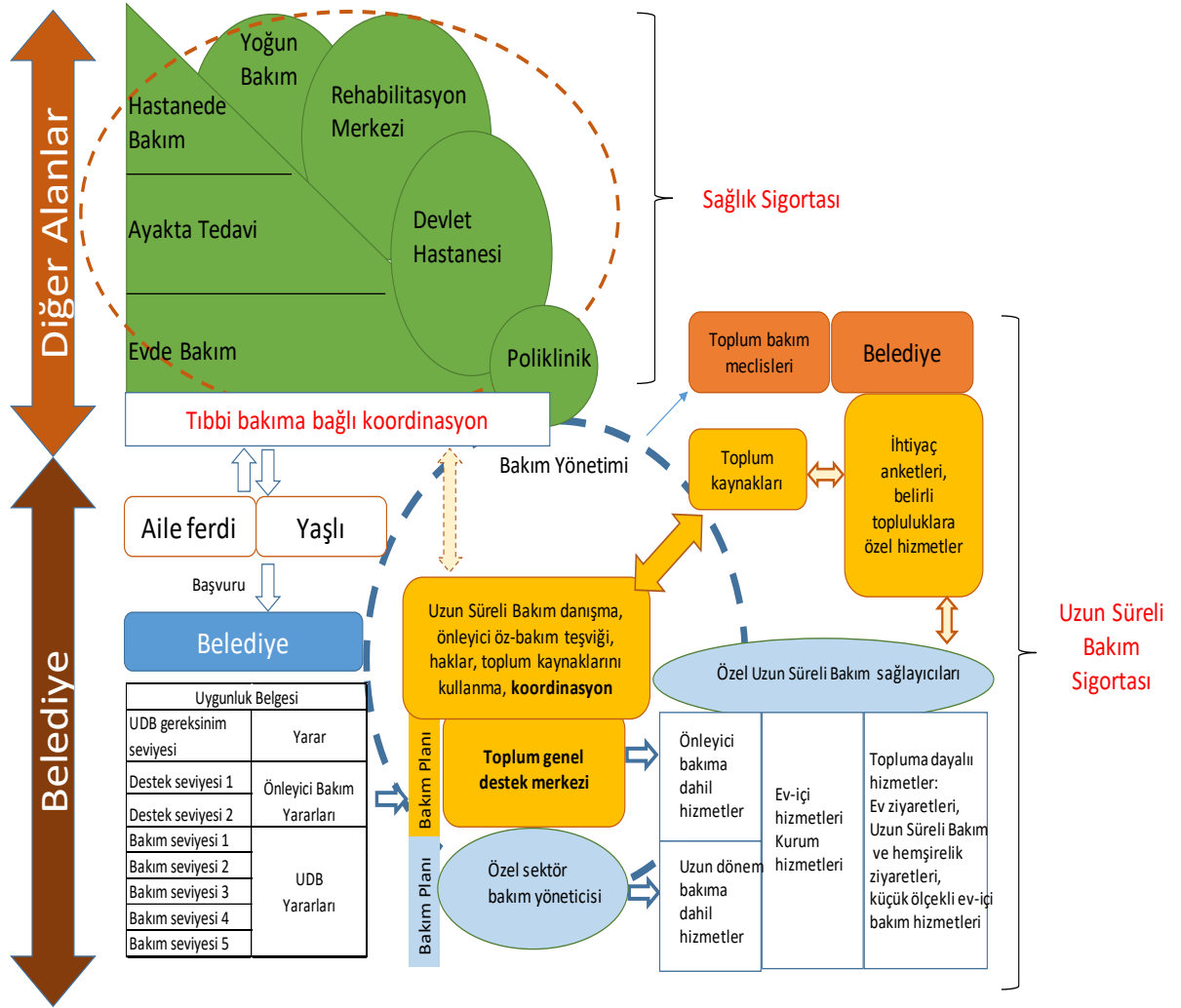
Çalışma altı ana başlıkta yapılandırılmıştır. Japonya'daki evde bakım hizmetlerinin organizasyonu, hizmetlerden yararlanma kriterleri ve evde bakım hizmetlerinin finansmanı incelenmiştir. Sonuç olarak, Türkiye'de etkin evde bakım hizmeti sunumunun geliştirilmesine katkı sağlayabilecek çıkarımlarda bulunulmuştur.

1. Japonya'da Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu

Japonya, 2000 yılında yaşlı bireylerin ailelerinin yükünü hafifletmek için Ulusal Uzun Süreli Bakım Sistemini başlatmış ve evde bakım hizmetleri bu sistem kapsamında yürütmektedir. Japonya'da evde bakımla, uzun ve kısa süreli bakım ihtiyacı duyan bireylere evde bakım, günlük destek ve sosyal bakım amaçlanmıştır. Uzun süreli bakım hizmetlerinin planlanmasından ulusal hükümet sorumlu olmakla birlikte, hizmetlerin finansmanı ve hizmet sunumunun yönetilmesinden birinci derecede belediyeler sorumludur (Şekil 1). Evde bakım hizmetlerinden yararlananlara ihtiyaçlarına bağlı olarak derecelendirme sistemi uygulanmaktadır ve bu derecelendirme ikisi destek bakımı, beşi uzun vadeli bakım olmak üzere yedi seviyede gruplandırılmaktadır. "1. seviye bakım" evde bakıma destek niteliğinde bir bakım hizmeti içermektedir. Evde bakımda en yüksek derece ise "5. seviye bakımdır" ve en çok bakım gereksinimi duyanlar bundan yararlandırılır. Uzun süreli bakım hizmetlerinin derecelendirilmesi tüm ülke genelinde aynı olmakla birlikte, ihtiyaç seviyesine bağlı olarak sunulan hizmetler belediyeler arasında farklılıklar göstermektedir (Sakamoto ve ark, 2018, s. 162).

Evlenme oranındaki azalma, kentleşme, tek kişilik hanelerin ve boşanmalar nedeniyle ebeveyn-çocuk hanelerin büyümesi gibi toplumsal değişiklikler nedeniyle Japonya'da yalnız yaşayan yaşlıların sayısı artmıştır. Uzun süreli bakım hizmetleri sistemi, yerel yönetimlerin Ulusal Sağlık Sigortasındaki mali yükünü arttırmış ve sürdürülebilirliği tartışılmaya başlanmıştır. Bu nedenle Japonya Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2014 yılında da Entegre Toplumsal Bakım Sistemine (ETBS) geçiş çalışmalarını başlatmıştır. ETBS'nin kurulmasını teşvik etmek üzere uzun süreli bakım sigortası revize edilmiştir. Bu sistem yaşlı nüfusun en çok olacağı 2025 yılına kadar toplumda sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetler ve uzun süreli

bakım hizmetlerini entegre ederek uygun yaşam düzenlemeleri, uygun sosyal bakım ve günlük yaşam destek hizmetleri sağlamayı hedeflemektedir. ETBS'ye geniş bir sosyal hizmetler perspektifinden bakıldığında, evde bakım hizmeti sağlayıcıları arasında kapsamlı iş birliğini geliştirmek üzerine tasarlanmıştır. Japonya Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2025 yılında tamamen geçiş yapmayı hedeflediği sistemde kapsamlı sağlık hizmetleri, uzun vadeli bakım, koruyucu bakım, konut ve sosyal destek şeklinde beş temel hizmeti bir araya getirmeyi planlamaktadır. Bu doğrultuda, tüm belediyelerden, kendi nüfusunun gelecekteki sağlık ihtiyacı arz ve talebini öngörerek 2025 yılına kadar bölgelere özgü evde bakım hizmetlerini planlamaları istenmiştir. ETBS ile hükümet, tedavi etmek yerine hastalıklardan korumayı ve kontrol altına almayı, hastaneler yerine toplum düzeyinde hasta odaklı entegre hizmetler sunmayı planlamaktadır. Sistemde ayrıca yaşlılar ileri derecede bakıma gereksinim duyduklarında toplum içinde yaşayabilmeleri ve evlerinde kalabilmeleri için pek çok farklı bakım hizmeti sunulmaktadır. Bu hizmetler, 24 saat 365 gün multidisipliner işbirliğiyle sunulmaktadır. Evde bakım hizmetini sunacak ekiplerin lokalizasyonu, yaşlıların evine en fazla 30 dakika içinde ulaşabilecek şekilde organize edilmiştir. ETBS kapsamında kişiler sigortalanarak belediyelerin maliyetleri ve hizmetlerinin sunumunu yönetmesi sağlanmaktadır (Nohara ve Satoh, 2017, s. 46).

Şekil 1: Japonya Uzun Süreli Bakım Sisteminde Evde Bakım Hizmetlerinin Yeri

Kaynak: Morikawa, M. (2014)

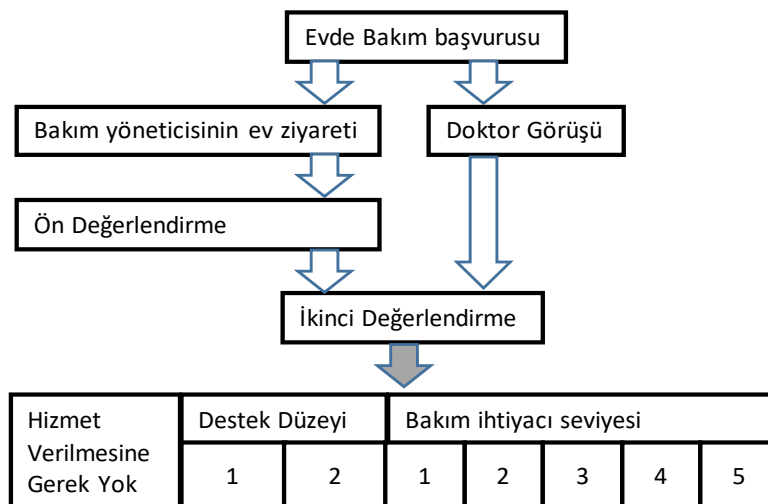
2. Japonya'da Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Kriterleri

İllerdeki belediyeler, evde bakım hizmetleri kapsamında vatandaşları hem sigortalayan ve hem de evde bakım hizmetlerini sunan kurumlar olarak görev almaktadırlar. Evde bakım hizmetlerinden yararlananlar iki guruba ayrılmaktadır. Birinci guruptakiler 65 yaş ve üstü bireylerdir. “Bakım İhtiyacı Belirleme Kurulu” tarafından ihtiyaç seviyeleri belirlendikten sonra evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. İkinci guruptakiler ise 40-64 yaş arası olup bazı kronik hastalıklarla (terminal dönem kanser, romatoid artrit, skleroz, serebrovasküler hastalık, demans, diyabetik nöropati, nefropati ve retinopati, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alzheimer hastalığı, parkinson hastalığı vs) başetmek zorunda kalan bireylerdir. Bu kişilerde bakım ihtiyaçlarına uygun evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. İhtiyaç değerlendirmesindeki amaç kişinin fiziksel ve bilişsel işlevlerinin değerlendirilerek hangi seviyedeki hizmetlere ihtiyacı olduğunun karar verilmesidir (Nakanishi ve ark.,2014).

Evde bakım hizmetinden yararlanabilmek için kişiler aşağıdaki değerlendirme sürecine tabi tutulmaktadır (Şekil 2):

- I. Aşama: Kişinin kendisi veya yakını hasta dosyasıyla ikametteki belediyeye başvuru yapar.
- II. Aşama: Başvuru dosyası, “Evde bakım yöneticisi”ne gönderilir. Yönetici kişiyi evinde fiziksel ve zihinsel durumu değerlendirilmek üzere ziyaret eder, veriler toplar ve ön rapor oluşturur.
- III. Aşama: Bakım yöneticisi elde ettiği verilerden hareketle bilgisayar ortamında 73 soruluk kişinin yaşam aktivitelerine ilişkin raporu doldurur. Burada amaç sürecin objektif ve kolay hale getirmedir (Moriyama ve ark., 2014, s. 32).
- IV. Aşama: Hasta başvuru dosyası ve üçüncü aşamada oluşturulan rapor bir hekim tarafından incelenerek, “hekim raporu” oluşturulur.
- V. Aşama: Son olarak bakım yöneticisinin ön raporu, hekim raporu ve bilgisayar ortamında yapılan değerlendirmeye ilişkin rapor ile birlikte hasta dosyası; sağlık ve sosyal bakım uzmanlarından oluşan beş kişilik Bakım İhtiyacı Belirleme Kurulu tarafından değerlendirilmektedir. Nihai olarak kişinin bakım ihtiyaç seviyesine karar verilmektedir. Değerlendirme sürecinin, ihtiyaç başvurusu yapıldığı tarihten itibaren en geç 1 ay içerisinde tamamlanması ve kişiye bildirilmesi zorunludur. Verilen hizmetler destek hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetleri olarak iki grupta değerlendirilmektedir. Destek hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyler 2 seviyede, evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyanlara 5 seviyede sınıflandırılmaktadır. İhtiyaç değerlendirmesi sadece 6 ay için geçerlidir. Bakım hizmeti alanlar bakım planında 6 ay sonra değişiklik talep edebilirler ve eğer memnun kalmazlarsa bakım yöneticisini ve / veya evde bakım hizmeti sunan kuruluşları değiştirebilirler. Hizmetten yararlanmaya devam etmek veya değişiklik için tekrar başvuru yapılmazdır (Koike ve Furui, 2013, s. 95).

Şekil 2: Japonya Evde Bakım İhtiyacı Değerlendirme Süreci



Kaynak: Moriyama ve ark., 2014

İhtiyaç değerlendirmesi sonunda bakım planı, bireyin talepleri, fiziksel ve zihinsel koşulları doğrultusunda bakım yöneticisi tarafından hazırlanmaktadır. Yararlanıcılar, bakım planı doğrultusunda bakım hizmeti sunan kuruluşlarla bir sözleşme imzalamaktadırlar. Sözleşmenin ardından kişiler evde bakım hizmeti almaya başlamaktadırlar. Bakım yöneticisi, kişilerin uzun süreli bakım hizmetlerinin düzenlemelerine de yardımcı olmaktadır. Bireylere ayrılan sınırlı bütçeyle bakım yöneticileri farklı hizmet sunucuları tarafında sunulan farklı hizmet türlerini koordine etmeye çalışmaktadırlar. Lisanslı bakım yöneticisi olmak isteyen kişiler uzun süreli bakım ve destek sınavını geçmelidir. Aldıkları lisansla bölgesel olarak çalışabilen bakım yöneticilerinin bireylerin çıkarlarını temsil eden tarafsız araçlar olarak davranmaları beklenmektedir (Sakamoto ve ark, 2018, s. 137).

3. Japonya’da Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

Evde bakım hizmetleri planlanırken politika yapıcıların karar vermesi gereken en önemli konu evde bakım sisteminin hangi hizmetleri kapsayacağıdır (İkegami, 2019). Japonya ailelerin bakmakla yükümlü oldukları kişilerin bakım yükünü hafifletmek için hem sağlık hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsayan, bireylerin ihtiyaç seviyesine göre “hizmet paketleri” geliştirmiştir. Hizmet paketleri kişinin bakım ihtiyacı seviyesine göre bakım yöneticisi tarafından belirlenmektedir. Evde bakımda başlıca; evde destek bakımı, evde hemşirelik bakımı, evde banyo hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, evde kendi kendine bakım için rehberlik yapmak ve yardımcı cihazlar için kiralama hizmetleri yer almaktadır. Ayrıca yaşlı bireyleri toplum destekli kurumlara (yaşlı kreşi) taşımacılık (gidiş geliş) hizmetleri yer almaktadır. Bu kurumlarda yaşlı bireylerin kişisel bakım, günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel egzersiz desteği aldıkları ve aynı gün eve döndükleri kurumlardır (Olivares-Tirado, ve ark, 2012, s. 2). Evde destek bakım hizmetleri ev işlerinde yardım, yemek pişirme, yıkama ve günlük hizmetleri kapsamaktadır. Bununla birlikte 2025 yılında tamamen geçiş yapılması beklenen ETBS’de kâr amacı gütmeyen yaşlı kulüplerinin, bölge sakinleri tarafından kurulan derneklerin ve gönüllü grupların özellikle sosyal desteği sağlamadaki önemli bir rollünün atırılmasına yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Yaşlıların toplum içinde sosyalleşmesi sağlanarak, yaşlılara fiziksel ve bilişsel işlevlerini sürdürmede destek sağlanmaktadır. Böylece demans gibi hastalıkların azalması ve evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın önlenmesi amaçlanmaktadır (Iwagami ve Tamiya, 2019, s. 69; Saito ve ark.,2019, s. 571).

Tablo 1. Evde Bakım İhtiyacı Sınıflandırması ve Hizmetler

Evde Bakım Sınıflandırma ve Hizmetler				
	Düzyey	İhtiyacı Aşamaları	Açıklaması	Sunulan Hizmetler
Koruyucu Hizmetler	Destek	1.Seviye	Hemen hemen iyi, bazen desteğe ihtiyacı var	<u>Koruyucu uzun süreli bakım hizmetleri</u> Ayaktan koruyucu uzun süreli bakım Ayaktan rehabilite edici uzun süreli bakım Ev ziyaretleri ile koruyucu uzun süreli bakım
		2.Seviye	Hemen hemen iyi, kısmi bakıma ihtiyacı var	<u>Koruyucu Toplum Hizmetleri</u> Küçük gruplar halinde çok fonksiyonlu koruyucu hizmetler Demanslı yaşlılar için koruyucu uzun süreli bakım
Bakım Hizmetleri	Bakım	1.Seviye	Çok hafif günlük yaşam problemleri	<u>Evde Sunulan Hizmetler</u> Evde destek hizmetleri (Banyo, temizlik vs)
		2. Seviye	Hafif	Hemşirelik bakım ev ziyareti
		3. Seviye	Orta, günlük yaşamın her aşamasında desteğe ihtiyacı var	Ayakta hasta uzun süreli ev bakım Kısa süreli bakımı Destek cihazlarının sağlanması Evin onarımı düzenlenmesi
		4. Seviye	Şiddetli, başkasının desteği olmadan yaşayamaz	<u>Toplum Hizmetleri</u> Küçük gruplar halinde çok fonksiyonlu bakım Küçük gruplar halinde gece bakımı Küçük gruplar halinde demanslı yaşlıların gündüz bakımı
		5.Seviye	Çok şiddetli, tamamen yatağa bağımlı	

Kaynak: Ministry of Health, Labour and Welfare, Health and Welfare Bureau for the Elderly, 2016.

Belediyeler artan iş yükünden dolayı bu hizmetleri kâr amacı güden kuruluşlar eliyle de yürütebilmektedirler. 2016 yılında kâr amaçlı şirketlerin evde hemşirelik bakımı sunma oranı %47,2 ve sosyal bakım hizmetlerini sunma oranı ise %65,5 tir. Kâr amaçlı kuruluşlar dışındaki evde bakım hizmeti sunabilenler; belediyeler, Japon Kızılhaç, sosyal sigorta kuruluşları, sosyal güvenlik kuruluşları, bağımsız kamu kurumları, tüzel kişiler, dernekler, vakıflar, kooperatifler ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlardır (MHLW, 2018). İhtiyacı seviyesine göre “yedi bakım seviyesi” için bir bütçe ve bu kapsamında alınabilecek hizmetler belirlenmiştir. Bakım seviyeleri kapsamı dışında kalan veya bütçeyi aşan hizmetlerden yararlanabilmek için kişilerin ödeme yapması gerekmektedir (Tablo 1). Japonya’da evde bakımı uzun süreli bakım sigortası kapsamında sunan birçok ülkeden farklı olarak nakit ödeme yapılmamaktadır (Pozo-Rubio ve Jiménez-Rubio, 2020:3; Niimi, 2016:780). Tablo 2’de uzun süreli bakımı gerçekleştiren hizmet sunucuları ve sundukları hizmetin kapsamına yer verilmiştir.

Tablo 2: Uzun Süreli Bakım Kapsamında Hizmet Sunucuları ve Hizmetin Kapsamı

Yaşlılar Evlerinde Verilen Uzun Süreli Bakım Hizmetleri	
Hizmet Sunucusu	Hizmetin Kapsamı
Evde Bakım Hizmeti İstasyonları	Hizmeti sunular yaşlı bakım sağlık teknikerleridir. Yaşlı kişilere evde bakım, banyo, temizlik, yemek yemelerine yardımcı olmak gibi hizmetler verilmektedir.
Gündüz Bakım Evi	Hizmeti sunular yaşlı bakım sağlık teknikerleri ve hemşirelerdir. Yaşlı insanlar tesise gelirler, gündüzleri kaldıktan sonra akşamları evlerine dönmektedirler
Evde Hemşirelik Bakım İstasyonları	Hemşireler hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan yaşlı bireyin evine giderek hemşirelik bakımı sunmaktadırlar.

Kaynak: Ministry of Health, Labour and Welfare (2017)

Sağlık hizmetleri “Evde Hemşirelik Bakım İstasyonları” tarafından sunulmaktadır. Bu kuruluşlar en az 2,5 yıl çalışma deneyimine sahip ve en az 5 kişilik hemşirelerle ebelerden oluşan küçük kuruluşlardır. Buradaki hemşireler aile hekimleri ve bakım yöneticileriyle iş birliği içinde çalışmaktadırlar. Bu kurumlarda hemşirelik hizmetleri hafta içi ve 9:00-17:00 saatleri arasında ev ziyareti şeklinde verilmektedir. Ayrıca ihtiyaç sahipleri 24 saat boyunca hemşirelere telefonla ulaşarak danışabilmektedirler. Bu kuruluşlar tarafından sunulan hemşirelik hizmetleri aşağıda sıralanmıştır (JVNF,2015, s. 9; Yamamoto-Mitani ve ark., 2015, s. 139):

- Sağlık durumunun değerlendirilmesi ve yönetimi,
- Tıbbi ve hemşirelik bakımında danışmanlık yapmak,
- Diyet, beslenme, sıvı dengesi, boşaltım ve hijyen yönetimi,
- Yaşam sonu bakımı,
- Rehabilitasyon bakımı,
- Demans veya ruh sağlığı hastalığı olanlara hemşirelik bakımı,
- Aile üyeleri gibi resmi olmayan bakıcılara destek verilmesi,
- Yatak yaralarının ve diğer yaraların bakımı,
- Kateter ve diğer tıbbi cihazların bakımı,
- Sağlık ve sosyal kaynakların etkin kullanımı konusunda destek,

Evde bakım hizmetleri kapsamında yer alan evde sağlık hizmetlerindeyse temel düzeyde sağlık hizmetleri hemşirelik bakım istasyonlarınca gerçekleştirilirken, daha ileri sağlık bakımı gerekli olan hallerde bakımın ihtiyaç türüne bağlı olarak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilir.

Tablo 3'te evde bakım hizmetinde sunulan hizmetler verilmiştir.

Tablo 3: 2017 Yılı İtibariyle Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Veriler

Evde Bakım Hizmeti Kapsamında Sunulan Hizmetler
Ev içi hizmetler
Ev ziyaretleri
Uzun süreli bakım için ev ziyaretleri
Kişisel bakım hizmetleri
Hemşirelik bakımı
Rehabilitasyon hizmetleri
Uzun süreli bakım için günlük bakım hizmetleri
Rehabilitasyon merkezlerine taşıma
Evde bakım için gerekli ekipmanları kiralama

Kaynak: Ministry of Health, Labour and Welfare, Handbook of Health and Welfare Statistics (2018)

4. Japonya'da Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Japon nüfusunun yaşam süresinin artması ve doğurganlığın azalmasıyla sağlık ve sosyal harcamalar artmakta, sağlık ve sosyal bakım sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Ikegami et al., 2011). Japonya'nın evde bakım hizmetleri uzun vadeli bakım sigortasının oluşturulmasından önce genel sağlık sigortası tarafından finanse edilirken 2000 yılından sonra vergi gelirleri ile finanse edilmeye başlanmıştır. Sistemin sigorta primlerine ya da genel vergilere dayanıp dayanmadığı önemlidir. Çünkü genel sigortada prim gelirleri belirlenir ve prim oranı buna göre düzenlenir. Vergi gelirleri ile finansmanda ise vergi oranı önce yasa ile belirlenir (Anayasa'nın 84. Maddesi) ve vergi gelirleri buna göre düzenlenir. Vergi gelirleriyle finansmanda, harcamalar her zaman bütçe kısıtlamalarıyla sınırlandırılırken, bir sigorta sistemi kapsamında harcamalar bütçeye tabi değildir (Sakamoto ve ark, 2018, s. 31).

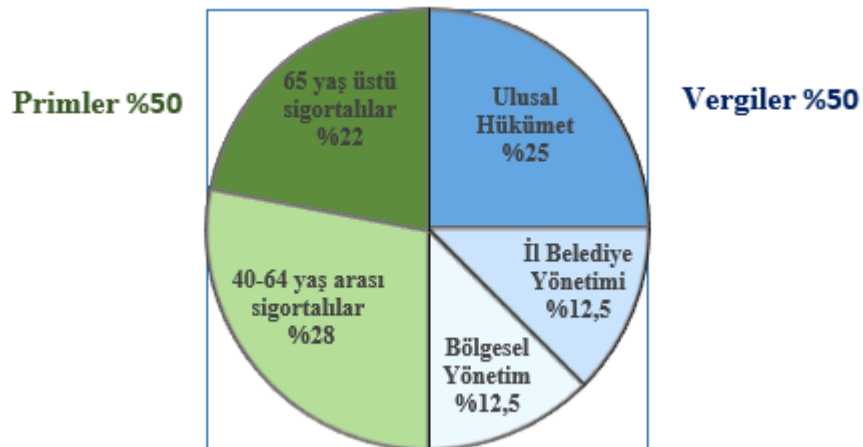
Uzun Süreli Bakım Sigortası Kanunu 2000 yılında yürürlüğe girmiş ve her üç yılda bir periyodik olarak gözden geçirilmektedir. Yaşlanan toplum nedeniyle, uzun süreli bakım sigortası reformu artan maliyetlerle karşı karşıyadır. Son reformlarla uzun vadeli bakım hizmetlerinin niteliği ve miktarı korunurken özellikle maliyet kontrolüne odaklanılmıştır. 2015 yılında gerçekleştirilen düzenlemeyle ilk olarak; yararlanıcıların ödediği hizmet bedeli %10'dan %20'ye yükseltilmiştir. İkinci olarak da yoksulluk sınırının altında yaşayanlardan daha düşük ödemeler alınmaya başlanmıştır. Ayrıca yararlanıcının durumunun ciddiyetine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak faydalanacağı evde bakım hizmetlerinde maliyet sınırlamasına gidilmiştir. Tüm yararlanıcılar uzun süreli bakım sigortası kapsamında olsa da, en hafif desteğe ihtiyaç duyan iki seviyedeki (seviye 1 ve 2)

hizmetler, uzun süreli bakım sigortası kapsamı dışında tutulmuştur. Seviye 1 ve 2 destek hizmetleri artık belediyeler tarafından karşılanmakta ve finanse edilmektedir. Yararlanma kapsamındaki hizmetler (yararlanma paketi) belediyeler arasında farklılık göstermektedir (Maruta ve ark, 2019, s. 2). Diğer yandan, İngiltere, İtalya ve Almanya'dan farklı olarak Japonya'da nakit yardım yoktur (İkegami, 2019)

İllerdeki belediyeler, uzun süreli bakım hizmetleri kapsamında vatandaşları hem sigortalayan ve hem de uzun süreli bakım hizmetlerini sunan kurum olarak görev almaktadırlar. Vatandaşlar 40 yaşından itibaren belediyelere uzun süreli bakım için sigorta primlerini ödemeye başlamaktadır. Uzun süreli bakım hizmetlerinden yararlananlar iki gruba ayrılmaktadır. Birincisi 65 yaş ve üstü yaşlılar, ikinci grup ise 40-64 yaş arası engelli bireylerdir. Birinci gruptaki yararlanıcıların çoğu emekliler olup, yaşlılık sigortası primleri emeklilik maaşlarından kesilir. İkinci gruptaki yararlanıcıların çoğu ise çalışanlar olup uzun bakım sigorta primleri, sağlık sigortası primlerine eklenerek maaşlarından kesilir. Bununla birlikte, her iki gruptaki yararlanıcılar uzun süreli bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için sunulacak her hizmetin maliyeti belediyeler arasında farklılık gösterse de, sunulan hizmet için en az %10 katkı payı ödemek zorundadırlar. Katkı payı ödeme oranı 2015 yılında %20'ye 2018 yılında da yüksek gelir gurubundakiler için %30' kadar arttırılmıştır. Ancak yaşlıların çoğunluğu alt gelir gurubunda yer almaktadır (Sudo ve ark, 2018, s. 8)

Belediyeler sigorta primlerini belirlerken o bölgede yaşayan toplumun ihtiyacı ve sunulan hizmetlerin miktarı (niceliği) arasında denge kurmaya çalışmaktadır. Sistemin bütününün nasıl işleyeceğine merkezi hükümet karar vermektedir. Bölgesel yönetimler illerdeki belediyeleri finansal açıdan desteklemektedir. Belediyeler 40 yaş ve üstü vatandaşlardan uzun süreli bakım için sigorta primleri toplamaya başlarlar. Uzun süreli bakım sigortasının finansmanının %50'si vergilerden (Vergilerin de %25 ulusal hükümet, %12,5 bölgesel hükümet ve %12,5 ildeki belediyelerden) ve diğer % 50 si de o ilde yaşayan vatandaşların ödediği primlerden sağlanmaktadır (MHLW,2016; Jin ve ark., 2020, s. 1) (Şekil 3).

Şekil 3: Uzun süreli bakım sigortasının finansmanı



Kaynak: MHLW, 2016

Evde bakım hizmetlerinde kâr amacı güden hizmet sunucularının da pazara girmesine izin verilerek kamusal ve yarı kamusal sosyal hizmet sağlayıcıları ile rekabet etmesine olanak sağlanmıştır. Kâr amaçlı veya kâr amacı gütmeyen sivil toplum kurumları çocuklar, engelliler ve yaşlılar için kamuyla sözleşme yaparak kamu hizmeti sunmaktadırlar. Bu yollarla uzun süreli bakım sigortası kapsamında Japonya’da oldukça talep gören bir yapı oluşturulmuştur. Uzun süreli bakım sigortası kapsamında özellikle evde bakım hizmetlerine olan talep artmıştır (Fu ve Noguchi, 2019, s. 786). Bununla birlikte uzun süreli bakım sigortasının maliyetleri %321 artarak 2000 yılında yaklaşık 31,6 milyar ABD dolarından 2016 yılına kadar yaklaşık 101,3 milyar ABD dolarına yükselmiştir. Uzun süreli bakım sigortasıyla karma ekonomik bir sistem oluşturulmuştur. Bazı kuralları devlet tarafından belirlenmekte ve hizmet satın alımlarının %90’ını prim gelirleri ve vergilerden karşılanmaktadır. Önceden bir arz seviyesi yoktur, kamu ve özel sektör hizmet sunucularının sisteme giriş çıkışı serbesttir. Hizmete ihtiyacı olan bireyleri kazanmak için hizmet sunucuları arasında güçlü rekabet vardır. Bu ortam arz ve talebi yaratarak maliyetleri arttırmaktadır. Sonuç, piyasa genişledikçe kamu harcamaları da artmakta ve devlet uzun bakım sisteminin sürdürülebilirliği için maliyetleri kontrol etmekte zorlanmaktadır. Bakım sağlayıcıları piyasa rekabeti altında işgücü maliyetlerini düşürmeye çalışmakta ancak zor çalışma koşulları, çalışanların işgücü devir oranının yüksek olması bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir. Uzun süreli bakım sigortası hizmet hacmini arttırma bakımından başarılı olmuştur. Ancak bakım hizmeti sunanların hepsinin kaliteli bakım hizmeti vermesine ilişkin tereddütler vardır (Kubo M, 2014; Sakamoto ve ark, 2018, s. 138).

Kamu ve özel sektör, evde bakım hizmetini aynı ücrete sunmak durumundadır. Yerel yönetimler, valilik sağlık hizmeti sunum planlarının uygulanıp uygulanmadığını takip etmekte ve hizmet sunumlarının bürokratik işlemlerini yerine getirmektedirler. Japonya, yaşlı nüfusun hastalık yükü maliyetleri ile uzun yıllardır mücadele etmektedir (Muramatsu ve Akiyama, 2011). Uzun süreli bakım sigortası kapsamındaki hizmet sunucularının çoğunluğu özel sektöre aittir. Evde bakım sağlayan kuruluşların %64’ü, evde hemşirelik bakımı sunan kuruluşların %40’ı ve günlük yaşlı bakım hizmeti sağlayan kuruluşların %58’i kâr amacı güden kuruluşlardır (Matsuda, 2016).

5. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinde Mevcut Durum

Türkiye’de evde bakım genellikle, bakıma ihtiyaç duyan kişilere aile bireyleri veya akraba gibi enformel bakıcılar tarafından sunulmaktadır (Özkul ve Kayalçı, 2018, s.3) Ancak Türkiye’de de gerek nüfus yapısında gerekse toplumsal yapıda değişimler hız kazanmaya başlamıştır. Türkiye’de yaşlı nüfusun artışı diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bir hızda seyretmekte ve toplum içinde yaşlı nüfusun payı artmaktadır. Ayrıca her 5 yaşlıdan biri yalnız yaşamakta, 7 milyon 550 bin 727 yaşlının 1 milyon 373 bin 521’ini tek başına yaşayan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. 2019 yılında toplam yaşlı nüfus içinde tek başına yaşayan yaşlı oranı

% 18,2'dir (AÇSHB, 2020a, s. 84- 85). Türkiye'nin yaşlanma eğilimi ise; ortalama yaşam ömrü beklentisi ortalama 78,6 yıldır ve bu erkekler için 76, kadınlar için ise 81,3 tür (TÜİK, 2018a). Toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı 2019'da % 9,1 iken (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020: 1), 2040'da % 16.3'e, 2060'da % 22.6'a ve 2080'de % 25.6'a yükselmesi beklenmektedir (TÜİK, 2018b). Nüfus yapısındaki ve toplumsal yapıdaki değişimler evde bakım hizmetlerine ihtiyacını arttıracaktır.

Türkiye'de, evde bakım hizmetleri Japonya'dan farklı olarak uzun süreli bakım sigortasının bir parçası olarak yürütülmemektedir. Türkiye'de evde bakım hizmeti, evde sağlık hizmeti, evde bakım yardımı ve evde bakıma destek hizmetlerinden oluşmaktadır. Ülkemizde evde sağlık hizmeti Sağlık Bakanlığı, evde bakım yardımı Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB) ve evde bakıma destek hizmetleri ise belediyeler tarafından sunulmaktadır (Karakuş, 2018, s.32). Devlet eliyle evde bakım hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin ilk düzenleme Sağlık Bakanlığının sunduğu evde sağlık hizmetidir. Sağlık Bakanlığı yatağa bağımlı ya da hareket kısıtı olan ve ağır hastaların tedavilerinin evde tedavilerine devam etme ve gerekli hallerde psikolojik ve sosyal danışmanlık hizmetleri vermeyi amaçlamıştır. İkinci uygulama ise; öz bakımlarını çeşitli sebeplerden ötürü yerine getiremeyen engelli kişilere ilişkindir. Engelli vatandaşların evde bakım yardımı aracılığıyla evde bakımlarının gerçekleştirilmesi ve yardımının yürütümünden yetkili kuruluş ise Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığdır³. Evde bakım hizmetlerine ilişkin üçüncü düzenleme Belediyeler tarafından sunulan ve daha çok evde bakıma destek niteliğindeki evde bakıma destek hizmetleridir ve ülke genelinde standart bir uygulaması yoktur⁴. Programla evde bakım hizmetlerine destek niteliğinde hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmeti tüm nüfusu hedeflemekle birlikte özellikle bu hizmetten kronolojik yaşlanma yaşı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzerindeki kişiler daha çok yararlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019: 84). Bakanlık bu hizmetleri 2015 tarihli "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" kapsamında yürütmektedir⁵. Yönetmeliğin tanımlar başlıklı 4. maddesinde evde sağlık hizmeti; hastalığından dolayı evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilere kendi ev ortamında psikolojik ve sosyal danışmanlığı da içeren muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunu ifade eder şeklinde tanımlanmıştır. Hastaya kendi konfor ortamında sağlık hizmeti verme, hasta ve ailesine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerini bir bütün olarak sunmanın hedeflendiği evde sağlık hizmeti uygulamada genelde hastaya yönelik muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyonla sınırlı kalmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 44). Sağlık Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren hastaneler, ağız ve

³ 01.07.2005 tarihli ve 5378 sayılı "Özürlüler Yasası" ve 30/07/2006 tarihli Bakıma Muhtaç Engellilerin Tepiti ve Bakım Hizmetlerinin Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik

⁴ 10.7.2004 tarihli 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 3.7.2005 tarihli 5393 Belediye Kanunu ve 22/2/2005 tarihli 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu

⁵ RG. 27.02.2015; 29280

diş sağlığı hastaneleri ve merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri aracılığıyla bu hizmet sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinde yaygın başvuru; hastanın kendisi ya da hasta yakını Türkiye genelinde hizmet veren bir çağrı merkezini arayarak talebini il koordinasyon merkezine iletir. Taburcu olma aşamasındakiler için başvuru müdavi hekim tarafından yapılır. Hizmetin yönetiminde birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon ise müdürlük bünyesindeki koordinasyon merkezi tarafından sağlanır. Bu uygulamayla yaşlı, yatağa bağımlı, engelli, eklem-kas hastalıkları gibi kronik hastalığı olanlar, ameliyat sonrası bakıma ihtiyaç duyanlar, kanser hastaları gibi tanısı konulmuş hastalara kendi ev ortamında uzman bir sağlık ekibi tarafından düzenli ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmaktadır (Işık ve ark., 2016, s. 173). Bakıma muhtaç engelli tanımı “Engellilik sınıflandırmasına göre resmi sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişileri” kapsamaktadır⁶. Bu tanım doğrultusunda evde bakım yardımından yaşlılarda sıklıkla yararlanmaktadır.

Evde bakım yardımı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde yürütölmektedir. Evde bakım yardımı, 2007 yılında bakıma muhtaç engellinin resmi veya özel bakım merkezleri yerine kendi evinde bakımı tercih etmesi halinde bu bakımın evde sağlanması ve bakımı sağlayan akraba veya vasiye bu bakım hizmeti karşılığında belli bir ücret verilmesi şeklinde tasarlanmıştır. Evde bakım yardımının verilmesinde temel kriterlerden ilki; sağlık kurulu raporuyla ağır engelliği belgelendirilmiş, başkasının yardımı ve bakımı olmaksızın kendi öz bakımını, yeme içme gibi ihtiyaçlarını karşılayamayan; kendi başına hayatını devam ettiremeyecek derecede düşkün değildir. İkincisi ise; engellinin yaşadığı haneye giren bütün gelirler esas alınarak, hanedeki kişi başına düşen ortalama bir aylık gelirin tutarı net aylık asgari ücretin 2/3’ten az olmasıdır (AÇSHB, 2020b). 2014’te 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun ek 7. maddesinde yapılan değişikle evde bakıma ilişkin ödemeler “sosyal yardım” olarak tanımlanarak “Evde Bakım Yardımı” adını almıştır (ASPB, 2014: 95).

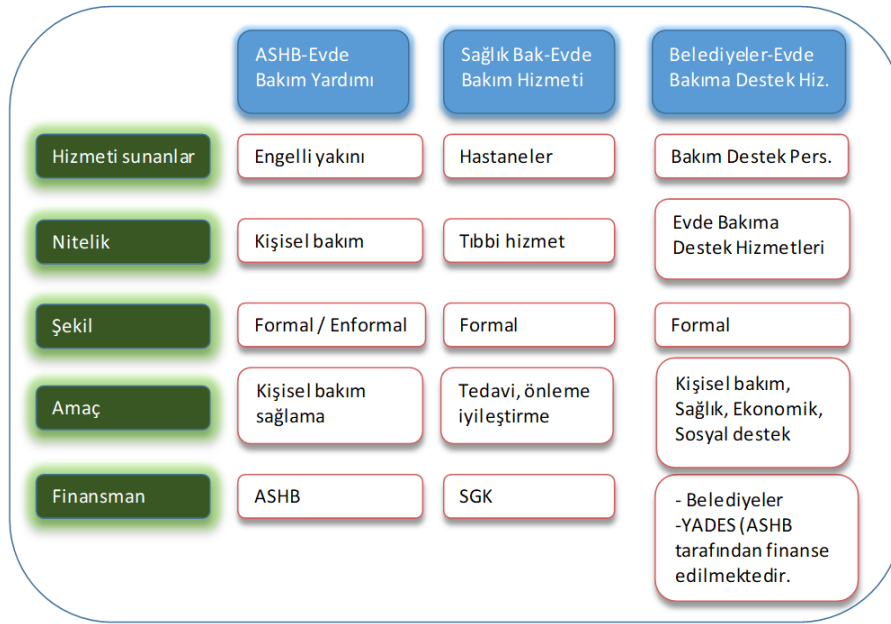
Evde bakıma destek hizmetleri ise belediyeler tarafından yürütölmektedir ve ülke genelinde standart bir uygulaması yoktur⁷. Bu bağlamda evde bakıma destek hizmetleri; sıhhi tesisat, basit tamirat, her türlü onarım gibi teknik hizmetler, tansiyon ölçme, pansuman yapma gibi sağlık hizmetleri, refakat etme, alışveriş yapma gibi sosyal destek hizmetleri ve ev temizliğiyle benzeri nitelikteki çok yönlü hizmetleri içermektedir. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinde ilişkin son uygulama henüz yeşerme aşamasında olan Yaşlı Destek Programı (YADES)’tir. Program Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının sağladığı fonla 2016 yılında uygulamaya konmuştur. YADES bir yıllık sürelerle belediyeler tarafından proje esasına dayalı olarak yürütölmekte ve

⁶ 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun

⁷ 10.7.2004 tarihli 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 3.7.2005 tarihli 5393 Belediye Kanunu ve 22/2/2005 tarihli 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu

özellikle 65 yaş ve üstü nüfusu kendi aile, akraba ve komşu çevresinden ayırmadan yaşadıkları ortamda destekleme amaçlanmaktadır. Hizmet sunumu, belediyelerce yürütülen projenin niteliğine bağlı olarak farklılaşan YADES'te, evde bakım hizmeti niteliği itibarıyla daha çok evde bakıma destek hizmeti yanında yaşlılara, aktif yaşamlarını destekleme adına hobi kursları gibi sosyal-kültürel etkinlikleri içeren sosyal destek ve özel merkezlerde rehabilite edici hizmetler gibi geniş bir yelpaze içermektedir (AÇSHB, 2020c; Kayseri Büyükşehir Belediyesi, 2018, s. 257). Türkiye'deki evde bakım hizmetlerinin organizasyonu aşağıdaki gibi şematize edilebilir (Şekil 4).

Şekil 4: Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu

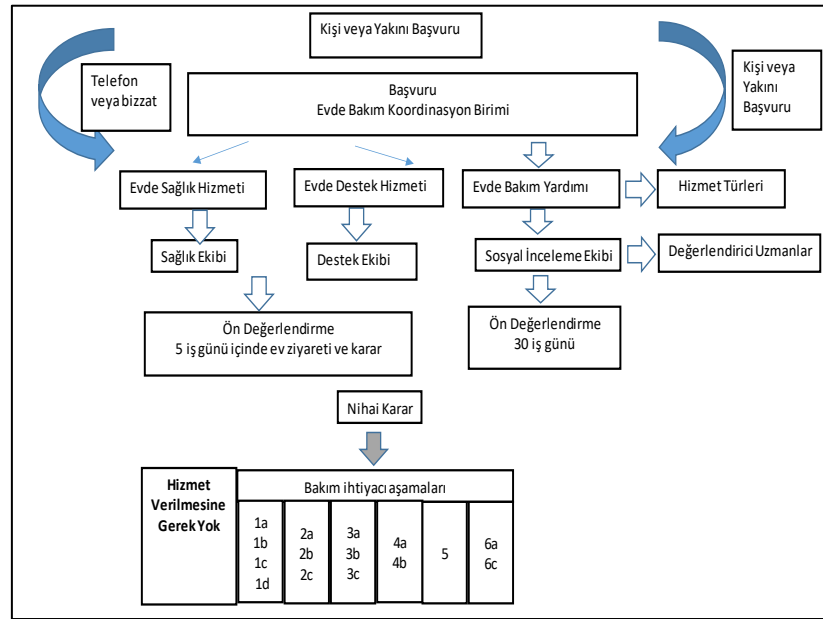


6. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Öneriler

Japonya evde bakım hizmetini, Almanya'da olduğu gibi uzun süreli sigorta kapsamında sunmaktadır (Eling, 2020, s.39). Finansmanı vergi ve primlere dayanmaktadır. Ayrıca kişiler hizmet kullandıkça katkı payı ödemek zorundadır. Türkiye'deki kamusal evde bakım hizmetlerinde eşitlik, adalet ve verimlilik ilkeleri temelinde değişiklikler gereklidir. Verimli, sürdürülebilir ve kaliteli evde bakım hizmeti sunumu için Japonya'da olduğu gibi bütüncül bir yapılanmaya ihtiyaç vardır. Öncelikli olarak yapılması gereken evde bakım hizmetlerini (sağlık ve sosyal bakım) bir çatı altında toplayan bir sistemin kurgulanmasıdır. Bu sistemde evde bakım hizmetlerinin etkili yönetimi için Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilatında Evde Bakım Hizmetleri Daire Başkanlıkları, taşra teşkilatında ilçeler bazında Kaymakamlıklar bünyesinde Evde Bakım Koordinasyon birimi kurulabilir. Bu birimler tarafından yapılacak inceleme ve değerlendirme sonucuna göre evde bakım hizmet türü ve süresine karar verilebilir. Evde Bakım Koordinasyon biriminde evde sağlık ve bakım ekibi, sosyal inceleme ekibi ve destek ekibi işbirliği

çinde çalışmalıdır. Evde sağlık ekibi sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılamak, sosyal inceleme ekibi evde bakım yardımının bağlanmasından, destek ekibi de evde bakıma destek hizmetlerinden (ev temizliği, basit onarım, yemek dağıtımı vb.) sorumlu olmalıdır. Evde sağlık ve destek hizmetlerine başvuru telefonla, evde bakım yardımına başvuru ise bizzat ya da bakıma muhtaç kişinin bir yakını aracılığıyla yapılabilir (Şekil 5).

Şekil 5. Türkiye’de Evde Bakım İhtiyacı Değerlendirme Süreci Önerisi



Bir sistemin işlerliği ancak ihtiyaç sınıflandırma standartlarının belirlenmesi ile mümkün olur. Bunun içinde “Ulusal Evde Bakım İhtiyacı Sınıflandırması” net bir şekilde oluşturularak ülke genelinde ulusal bir uygulama hayata geçirilebilir. Tablo 4’te ulusal evde bakım ihtiyacı sınıflandırması önerilmiştir. Her bir hizmetin birim maliyeti önceden belirlenmeli ve düzenli aralıklarla enflasyon oranlarına uygun olarak güncelenebilir.

Tablo 4: Ulusal Evde Bakım İhtiyacı Sınıflandırması

Düzye	İhtiyacı Aşamaları ve Açıklamaları
1. derece	Evde destek hizmeti a. Kişisel temizlik b. Ev temizliği c. Yemek dağıtımı d. Ev basit onarım
2. derece	Kısa süreli evde sağlık hizmeti a. 1-7 güne kadar evde sağlık hizmeti desteği b. 8- 15 güne kadar evde sağlık hizmeti desteği c. 16-30 güne kadar evde sağlık hizmeti desteği

3. derece	Uzun süreli evde sağlık hizmeti a.1 -3 aya kadar evde sağlık hizmeti desteği b.3-6 aya kadar evde sağlık hizmeti desteği c. 6-12 aya kadar evde sağlık hizmeti desteği
4. derece	a. Evde destek hizmeti ve Kısa süreli evde sağlık hizmeti b. Evde destek hizmeti ve Uzun süreli evde sağlık hizmeti
5. derece	Evde bakım yardımı
6. derece	a. Evde bakım yardımı ve kısa süreli evde sağlık hizmeti b. Evde bakım yardımı ve uzun süreli evde sağlık hizmeti

Evde bakım ve değerlendirme birimlerinde çalışacak karar vericilerin belli alanlardan mezun olmaları şartı aranmalıdır. Evde bakım hizmeti sağlık ve sosyal bakımı içinde barındırdığından sosyal hizmet, çalışma ekonomisi, sağlık yönetimi, fizyoterapi, hemşirelik, gerontoloji, psikoloji, beslenme ve diyetetik gibi lisans bölüm mezunları bu birimlerde istihdam edilebilir. Ayrıca sistemin verimli ve kaliteli işleyebilmesi için bu birimlerde çalışacakların işe başlamadan önce eğitim almaları ve sertifikalandırılmaları sağlanmalıdır. Eğitimler, Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığıyla iş birliği içinde yürütülmelidir. Bakım ve değerlendirme biriminde çalışanların “bakım yöneticisi” olarak belirli süreler için sertifikalandırılması gerçekleştirilebilir. 2 yıl veya 5 yıl arayla bu kişilerin yeniden sınava tabi tutularak sertifikalandırılması uygun olabilir.

Evde bakım hizmetlerinin doğası gereği evde bakım hizmeti ekipleri multidisipliner oluşturulmalıdır. Bakıma ihtiyaç duyanın ihtiyacına göre ekipte, evde hasta bakım teknikeri, sosyal hizmet uzmanı, hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist ve tamirat, boya, ev onarımı gibi teknik hizmetlerle, refakat etme, ev temizliği, alışveriş yapma gibi hizmetleri gerçekleştirecek bakım destek personeline yer verilmelidir. Evde bakım hizmeti sunucuların koordinasyonu ise “bakım yöneticisi” tarafından sağlanabilir.

Evde bakım hizmetinin sağlık ayağı için sağlık bakım ekipleriyle aile hekimleri ile hastaneler arasında işbirliği ve elektronik entegrasyon sağlanmalıdır. Hollanda’da da evde bakım hizmetleri uzaktan sistem ile entegre edilmiş yaşlı ve engelli bireylere uzaktan eğitim, izleme ve değerlendirme yapılabilmektedir (Uyutan, 2018; s.66). Kısa süreli ve uzun süreli evde bakım hizmeti verilen kişilerin aile hekimleri de bu konuda bilgilendirilerek gerektiğinde destek alınabilir.

Türkiye’de Japonya’dan farklı olarak evde bakımda nakdi yardım da mevcuttur. İspanya ve İtalya’daki evde bakım uygulamasında yer alan nakdi yardımı, İsveç, Norveç ve Hollanda gibi profesyoneller tarafından sunulan evde bakım hizmetlerine göre kamu harcamalarına mali yükünün daha az olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (Del Pozo-Rubio ve Jimenes-Rubio, 2019, s. 586; Maeda ve ark., 2019, s. 369; Pozo-Rubio ve Jiménez-Rubio, 2020:582). Ayrıca nakdi yardım aynı zamanda enformal bakım verenler açısından bir motivasyon

unsuru olması nedeniyle önemlidir. Dolayısıyla nakdi yardımın devam ettirilmesi Türkiye'nin mevcut sosyal, kültürel ve ekonomik yapısına daha uygundur. Evde bakım yardımında hizmet sunucularının çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bilinen bir gerçektir. Kadın emeğine bu gibi hizmetlerde sıklıkla başvurulmakta, ücretli veya ücretsiz evde bakım hizmetlerinin kadınlar tarafından gerçekleştirilmesi beklenmektedir (Hirakawa ve ark., 2017, s. 164). Türkiye'de de yaygın olan bu anlayış doğrultusunda, kadın emeğini görünür kılmamanın bir yolu olarak da evde bakım yardımının devam ettirilmesi savunulabilir. Bununla birlikte evde bakımın kalitesini arttırmak için bakımı üstlenecek kişilerin evde bakım eğitimi başarı ile tamamlamış kişilerce verilmesi gibi kriterler konulabilir.

Evde bakım hizmetinde bir diğer önemli konu hizmetin finansmanıdır. Evde bakım hizmetlerinde finansmanın ne şekilde olması gerektiği ve en iyi optimal modelin hangisi olduğu belirsizdir. Evde bakım hizmetinin finansmanında en iyi modelin hangisi olacağı ülkenin ekonomik, sosyal, kültürel ve demografik faktörlerine bağlı olarak farklılaşır. Örneğin Japonya ve Almanya uygulamasında olduğu gibi evde bakım hizmetlerini kullandıkça öde sisteminin refah seviyesi yüksek ülkeler için ideal olduğu, refah seviyesi düşük ülkeler içinse ideal olmadığı düşünülmektedir (Eling, 2020, s. 40). Japonya'da evrensel nitelikte, prime esas kazançtan belirli bir yaşa geldikten sonra ve kullandıkça öde sistemi bazı problemleri içerse de gelişmiş bir ülke olan Japonya için uygun bir modeldir. Ancak Türkiye refah seviyesi gelişmişliği açısından Japonya'nın gerisindedir. Türkiye'de istihdamda enformel sektörün yaygınlığı, asgari ücretle istihdam edilenlerin sayıca çokluğu, yıllardır süregelen sosyal güvenlik açıkları, sosyal güvenlik sistemin gelecek nesillere yük oluşturması, sistemin politik müdahalelere açık olması ve benzeri nedenler prime dayalı evde bakım hizmeti kurgulanmasını imkânsız kılmaktadır. Bu anlamda Türkiye'de sosyal adalet bakımından sistemin vergilerle finansmanın en uygun yöntem olacağı düşünülmektedir. Fakat Türkiye'de vergilendirmede dolaylı vergilerin yaygınlığı göz önünde bulundurulduğunda adil, eşitlikçi ve verimli bir sistem için vergilendirme sisteminin öncelikle gözden geçirilmesi ve doğrudan vergilerin yaygınlaştırılması gerektiği göz ardı edilmemelidir.

Sonuç

Türkiye'nin nüfus ve sosyal yapısındaki değişimler, evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacı ve evde bakım organizasyonunun yeniden yapılanması gereksinimini ilerleyen dönemlerde arttıracaktır. Türkiye'de evde bakım hizmeti dağınık bir yapılanma içinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve belediyelerin kendi imkânları doğrultusunda yürütülmektedir. Bu durum, evde bakım hizmetlerinin etkin ve ihtiyaç sahiplerine yeterince ulaşılabilirliği engelleyebilmektedir. Evde bakım hizmetlerinin etkin ve verimli sunulması konusunda uzun yıllardır çaba harcayan farklı ülke örnekleri ve onların deneyimleri incelenerek Türkiye için en uygun sistem kurgulanabilir.

Bu çalışmada Japonya'nın evde bakım hizmetleri örneğinden hareketle, Türkiye için evde bakım sisteminin yeniden yapılandırılmasında sistemin verimliliği ve sürdürülebilirliği için tek çatı altında toplanan bütünleşik

bir sistem önerilmiştir. Sistemin işlerliği için Ulusal Evde Bakım İhtiyaç Sınıflandırmasının hayata geçirilmesi, evde bakım biriminde çalışacakların kimler olması gerektiği ve bakım yöneticisi olabilmek için sertifika uygulamaları konusunda da öneriler sunulmuştur. Evde bakım sisteminin yeniden yapılandırılması sürecinde evde bakım hizmeti ekibinin multidisipliner olması ve koordinasyonunun bakım yöneticisi tarafından gerçekleştirilmesi de önerilmiştir. Ayrıca birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında elektronik entegrasyonun yeniden yapılandırma önerileri arasında yer almıştır. Diğer taraftan evde bakım hizmetinde nakdi yardım ve sistemin finansmanında değişikliğe gidilmemesi gerektiği gerekçeleriyle açıklanmıştır.

Kaynakça

- AÇSHB (2020a) Engelli Ve Yaşlı İstatistik Bülteni-2020 Nisan https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/47370/istatistik-bulteni_nisan2020.pdf (27.01.2020).
- AÇSHB (2020b) "Evde Bakım Yardımı", <https://ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/sss/sosyal-yardimlar-genel-mudurlugu/evde-bakim-yardimi> (01.01.2020).
- AÇSHB (2020c) Yaşlı Destek Programı 2018 Yılı Projesi Uygulama Usul Ve Esasları, <https://ailevecalisma.gov.tr/media/6503/yades2018ususulaslari.pdf> (27.01.2020).
- Arai, H., Ouchi Y., Toba, K., Endo, T., Shimokado, K., Tsubota, K., Matsuo, S., Mori, H., Yumura, W., Yokode, M. Ve Rakugi, H. (2015) "Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan", *Geriatrics & gerontology international*, 15(6), 673-687. doi: 10.1111/ggi.12450
- Campbell, J. C., Ikegami, N. Ve Gibson, M. J. (2010) "Lessons From Public Long-Term Care Insurance In Germany And Japan", *Health Affairs*, 29(1), 87-95. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0548
- Del Pozo-Rubio, R. Ve Jiménez-Rubio, D. (2020) "The challenge of sustaining long-term care in aging societies: lessons from Japan and Spain: Comment on Financing long-term care: lessons from Japan", *Int J Health Policy Manag*, x(x), 1-4. doi: [10.15171/ijhpm.2019.143](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.143)
- Del Pozo-Rubio, R. Ve Jiménez-Rubio, D. (2019) "Catastrophic risk associated with out-of-pocket payments for long term care in Spain", *Health policy*, 123(6), 582-589. doi: [10.1016/j.healthpol.2019.03.016](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.016)
- Eling, M. (2020) "Financing Long-term Care: Some Ideas From Switzerland Comment on Financing Long-term Care: Lessons From Japan", *Int J Health Policy Manag*, 9(1), 39-41. doi: [10.15171/ijhpm.2019.83](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.83)
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2019) *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni*, Ankara
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020) <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf> (27.01.2020)
- Fu, R. Ve Noguchi, H. (2019) "Moral hazard under zero price policy: Evidence from Japanese long-term care claims data", *The European Journal of Health Economics*, 20(6), 785-799. doi: [10.1007/s10198-019-01041-6](https://doi.org/10.1007/s10198-019-01041-6)
- Hirakawa, Y., Chiang, C., Hilawe, E. H. Ve Aoyama, A. (2017) "Content of advance care planning among Japanese elderly people living at home: A qualitative study", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 162-168. doi: [10.1016/j.archger.2017.01.007](https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.007)
- Ikegami, N. (2019) "Financing long-term care: lessons from Japan", *Int J Health Policy Manag.*, 8(8), 462-466. doi: [10.15171/ijhpm.2019.35](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.35)
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A. Ve Fidan, C. (2016) "Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 171-186.
- Iwagami, M. Ve Tamiya, N. (2019) "The long-term care insurance system in Japan: past, present, and future", *JMA Journal*, 2(1), 67-69. doi: [10.31662/jmaj.2018-0015](https://doi.org/10.31662/jmaj.2018-0015)
- Japan Visiting Nursing Foundation (2015) Visiting Nursing System In Japan <https://www.jvnf.or.jp/homon/english/vnj2015.pdf> (12.04.2020)
- Jin, X., Mori, T., Sato, M., Watanabe, T., Noguchi, H. Ve Tamiya, N. (2020) "Individual and regional determinants of long-term care expenditure in Japan: evidence from national long-term care claims", *European journal of public health*, 30(5), 873-878. Doi: [10.1093/eurpub/ckaa065](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa065)
- Karakuş, B. (2018). "Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı Ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu". *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, Ankara.
- Kayseri Büyükşehir Belediyesi (2018) *2017 Yılı Faaliyet Raporu*, Kayseri
- Koike, S. Ve Furui, Y. (2013) "Long-term care-service use and increases in care-need level among home-based elderly people in a Japanese urban area", *Health Policy*, 110(1), 94-100. doi: [10.1016/j.healthpol.2012.12.011](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.12.011)
- Kok, L., Berden, C. Ve Sardiraj, K. (2015) "Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores" *Eur J Health Econ*, 16(2), 119-31. doi: 10.1007/s10198-013-0557-1
- Kubo, M. (2014) "Long-term care insurance and market for aged care in Japan: Focusing on the status of care service providers by locality and organisational nature based on survey results". *Australian J Ageing*, 33, 153-7. doi: 10.1111/ajag.12038

- Maeda, M., Fukuda, H., Shimizu, S. Ve Ishizaki, T. (2019) "A comparative analysis of treatment costs for home-based care and hospital-based care in enteral nutrition patients: A retrospective analysis of claims data", *Health Policy*, 123(4), 367-372. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.12.006
- Maruta, M., Tabira, T., Makizako, H., Sagari, A., Miyata, H., Yoshimitsu, K., Han, G., Yoshiura, K. Ve Kawagoe, M. (2019) "Impact of Outpatient Rehabilitation Service in Preventing the Deterioration of the Care-Needs Level Among Japanese Older Adults Availing Long-Term Care Insurance: A Propensity Score Matched Retrospective Study", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1292. doi:10.3390/ijerph16071292
- Matsuda, R. (2016) "The Japanese Health Care System, 2015", Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. Ve Sarnak, D. (Ed.), 107-14.
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2016) Health and Welfare Bureau for the Elderly http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lcjsi_e.pdf (05.04.2020)
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2016) Health and Welfare Bureau for the Elderly <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou.pdf> (16.06.2020)
- Miyata, H., Ezoe, S., Hori, M., Inoue, M., Oguro, K., Okamoto, T., Onishi, K., Onozaki, K., Sakakibara, T., Takeuchi, K., Tokuda, Y., Yamamoto, Y., Yamazaki, M. Ve Shibuya, K. (2015) "Japan's vision for health care in 2035", *The Lancet*, 385(9987), 2549-2550. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61135-7
- Morikawa, M. (2014) "Towards community-based integrated care: trends and issues in Japan's long-term care policy", *International Journal of Integrated Care*, 14(1). doi: 10.5334/ijic.1066
- Moriyama, Y., Tamiya, N., Kamimura, A., Sandoval, F. Ve Luptak, M. (2014) "Doctors' opinion papers in long-term care need certification in Japan: comparison between clinic and advanced treatment hospital settings", *Public Policy Admin Res*, 4, 31-37.
- Muramatsu, N. Ve Akiyama, H. (2011) "Japan: Super-Aging Society Preparing for the Future", *The Gerontologist*, 51(4), 425-432. doi: 10.1093/geront/gnr067
- Nakanishi, M., Hattori, K., Nakashima, T. Ve Sawamura, K. (2014) "Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence?", *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1), 76-e1. doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006
- Niimi, Y. (2016) "The "Costs" of informal care: an analysis of the impact of elderly care on caregivers' subjective well-being in Japan", *Review of Economics of the Household*, 14(4), 779-810. doi: 10.1007/s11150-016-9333-1
- Nohara, Y. Ve Satoh, E. (2017) "A study on the evaluation methodology of home care environment for elderly people in local city", *Urban and Regional Planning Review*, 4, 45-57. doi: 10.14398/urpr.4.45
- Olivares-Tirado, P., Tamiya, N. Ve Kashiwagi, M. (2012) "Effect of in-home and community-based services on the functional status of elderly in the long-term care insurance system in Japan", *BMC Health Services Research*, 12(1), 239. doi: 10.1186/1472-6963-12-239
- Özkul, M., Kalaycı, İ. (2018). Enformel Bir İş Ve İstihdam Alanı Olarak Yaşlı Bakıcılığı: Yaşlı Yakınları İle Bakıcı İlişkilerinde Yaşanan Sorunlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 1-27.
- Sağlık Bakanlığı (2012) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Temel Sağlık Hizmetleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, 2018 Yılı Faaliyet Raporu, Ankara, 2019.
- Saito, J., Haseda, M., Amemiya, A., Takagi, D., Kondo, K. Ve Kondo, N. (2019) "Community-based care for healthy ageing: Lessons from Japan", *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 570-574. doi: 10.2471/BLT.18.223057
- Sakamoto, H., Rahman, M., Nomura, S., Okamoto, E., Koike, S., Yasunaga, H., Kawakami, N., Hashimoto, H., Kondo, N., Sarah, A. K. Ve Palmer, M. (2018) "Japan Health System Review", *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia*, 8(1).
- Statistics Japan (2017) Ministry of Internal Affairs and Communications Japan. Statistical Handbook Of Japan 2017, <https://www.stat.go.jp/english/data/handbook/pdf/2017all.pdf> (15.01.2020)
- Sudo, K., Kobayashi, J., Noda, S., Chompikul, J., Fukuda, Y. Ve Takahashi, K. (2018) "Japan's healthcare policy for the elderly through the concepts of self-help (Ji-jo), mutual aid (Go-jo), social solidarity care (Kyo-jo), and governmental care (Ko-jo)", *BioScience Trends*, 12(1), 7-11. doi: 10.5582/bst.2017.01271
- Taşdelen, P. Ve Ateş, M. (2012) "Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 22-29.

TÜİK (2018a) Nüfus Projeksiyonları: Demografik Göstergeler, 2000-2025 http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027
(20.04.2020)

TÜİK (2018b) Haber Bülteni: Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080, Yayın No. 30567del

Uyutan, Y. (2018). Hollanda. Kıdemli Yaştakiler İçin Politikalar -Yaşlanmak mı Yaş Almak mı? Gemlik, N., Arslanoğlu, A. (Ed.) Nobel Yayınevi, Ankara.

Yamamoto-Mitani, N., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., Takemura, Y. Ve Suzuki, M. (2015) "Factors of good collaboration in home-based end-of-life care: a questionnaire survey of Japanese home care nurses, home helpers, and care managers". *Care Management Journals*, 16(3), 129-140. doi: 10.1891/1521-0987.16.3.129

Yılmaz, M. Ve Şara, E. (2014) "Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetinde Finansman", *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 117-127.



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi
TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

KLİNİK SOSYAL HİZMET (KSH) VE EĞİTİMİNE İLİŞKİN BİR DEĞERLENDİRME

Tuğba TOPTAŞ BÖCÜ¹
Huriye İrem KALAYCI KIRLIOĞLU²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 20.08.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised: 21.12.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 22.12.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.985508

Makale Künyesi/To cite this article: Toptaş-Böcü, T. ve Kalaycı-Kirlioğlu, H. İ. (2021, Aralık). Klinik sosyal hizmet (KSH) ve eğitime ilişkin bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18, 179-193.. Doi: 10.46218/tshd.985508

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Huriye İrem KALAYCI KIRLIOĞLU, Karabük Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, hurirkal@gmail.com

Öz

Psikiyatrik sosyal hizmetin uygulama alanlarından biri olarak değerlendirilen klinik sosyal hizmet birey, aile ve grup düzeyinde müdahaleler ve kişiler arası ve çevreden kaynaklanan problemlerin üstesinden gelme konusunda insanlara yardım eden ve onların sosyal işlevselliğine katkıda bulunmaya odaklanan, birey, çift, aile ve grup danışmanlığı içermektedir. Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanında lisansüstü eğitim programına sahip sadece iki üniversite (Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi) bulunmaktadır. Ülkemizde klinik sosyal hizmet genel anlamda değerlendirildiğinde, yeterli yasal zemin olmamasından ötürü yeterince kurumsallaşmadığı söylenebilir. Sosyal hizmet eğitiminde geneli yaklaşımın benimsendiği ve klinik odaklı eğitim anlayışının lisansüstünde var olduğu tespit edilmesine rağmen klinik sosyal hizmet eğitiminin henüz gelişim sürecinin başlarında olduğu ifade edilebilir. Bu çalışmada, günümüzde klinik sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmet eğitimi alanındaki mevcut durum, bu alanın gelişmiş bir şekilde yoğun uygulama imkânı bulduğu Amerika Birleşik Devletleri (ABD) örneği üzerinden ele alınmaya çalışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Klinik sosyal hizmet, Standartlar, Yetkinlik, Uygulama.

AN EVALUATION OF CLINICAL SOCIAL WORK (CSW) AND EDUCATION

Abstract

Clinical social work, considered as one of field of practice of psychiatric social work, includes individual, couple, family and group counselling that helps people overcome interpersonal and environmental problems and focuses on contributing to their social functioning. There are only two universities (Yıldırım Beyazıt University and Başkent University) that have graduate programs in clinical social work in Turkey. In this sense, when clinical social work is evaluated in general in our country, it can be said that it cannot be institutionalized sufficiently due to the lack of sufficient legal ground. Although it has been determined that a generalist approach in social work is adopted and that a clinical-oriented education approach exists in the graduate school, it can be stated that clinical social work education is at the beginning of its development. In this study, the current situation in the field of clinical social work and clinical social work education will be tried to be addressed through the example of the United States of America (USA), where this field has developed intensive practice.

Keywords: Clinical social work, Standards, Competence, Practice.

¹ Arş. Gör., Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, toptas.tugba@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9868-939X

² Dr. Öğr. Üyesi, Karabük Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, hurirkal@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8352-8868

Giriş

On dokuzuncu yüzyıl bilimsel yardımseverlik ilkeleri tarafından şekillenen sosyal kişisel çalışma, sosyal hizmet mesleğinde yardımcı bir yöntem olarak ilk kez Mary Richmond (1917) tarafından Sosyal Teşhis'te (Social Diagnosis) kavramsallaştırılmıştır. Bu klasik kitabında Richmond (1917), klinik sosyal hizmet uygulamasının teşhis ve tedavi prosedürlerini aydınlatacak yardım sürecini ana hatlarıyla açıklamıştır. Ana hat, belirlenen bir danışanın psikososyal işlevsellik düzeyi hakkında veri toplamak için gerekli adımları ve bu verilerin, danışanın gelişimine yön verecek çıkarımlar geliştirmek için nasıl kullanılabilceğini içeriyordu. O nedenle bu kitap, insan organizmasının kişiliğini geçmiş ve şimdiki deneyimlerin, aile geçmişinin ve çevresel faktörlerin etkisinin bir yan ürünü olarak gören bir tür klinik sosyal hizmet tedavisi ve uygulaması için kanıt niteliğindedir.

"Çevre kelimesinin önüne "sosyal" kelimesini koyduğumuzda, ... çevre sadece uzayda çevre olmaktan çıkar- insanın düşüncesinin ufkuna, ilişkileri sürdürme kapasitesinin sınırlarına doğru genişler ve daralır..." diyen Richmond klinik sosyal hizmetin temel unsurları olan dolaylı ve doğrudan müdahale gibi iki temel müdahale şeklini tanımlamıştır. Dolaylı müdahale, müracaatçıların aileleri ve toplumla bağlantısını kurarak çevresel baskıyı azaltmayı ve kişisel işlevselliği artırmayı amaçlamıştır. Doğrudan müdahale ise müracaatçıların kişisel özelliklerine ilişkin iç görü sahibi olmaları, psikososyal sorunlara ve uyumsuz başa çıkmaya sebep olan düşünce kalıplarını yeniden düzenlemelerine odaklanır (Richmond, 1922).

1960'lı yıllara gelindiğinde, ABD'de sosyal hizmetin, toplum örgütlenmesi, sosyal eylem ve politika ağırlıklı bir eğilimi olduğu yani makro sistemler odağında müdahalelerin yoğunluk kazandığı dönemler olarak değerlendirilmektedir. Bu anlayış dönemin eğitim sistemine de yansımış olup sosyal hizmet doktora programlarında da birebir/mikro müdahale çalışmalarından ziyade sosyal politika ve planlama, araştırma konuları göze çarpmıştır (Goldstein, 1995; Streaan, 1993). Bu süreç, çalışmaların ve uygulamaların gözlemlenmesiyle birlikte birtakım eleştirileri de beraberinde getirmiştir. Birçok sosyal hizmet profesyoneli, sorunların sadece toplumsal ve çevresel eksende ele alınmasının basite indirgenmiş bir yaklaşım olduğunu, bireyselleştirilmiş hizmetlere erişimin önünün tıkandığını, profesyonel mesleki standartlardan uzaklaştığını, sosyal hizmet öğrencilerinin de önemli ve gerekli birtakım becerileri edinemediğini fark etmiş ve bu yönde eleştirilerini dile getirmişlerdir (Frank, 1980). Klinik sosyal hizmetin temellerinin ABD'de birey ve ailelerle sosyal hizmet yöntemi uygulamalarıyla atıldığı ve 1970'lerden sonra ise mesleki bir kavram olarak kullanılmaya başlandığı, kurumsallaştığı ve mesleği icra etme şartlarının belirlendiği ifade edilebilir (Zubaroglu-Yanardağ ve Özmete, 2017).

1976 yılına gelindiğinde ise Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (National Association of Social Workers-NASW) "Registry of Clinical Social Work" adında bir sicil defteri yayınlayarak klinik sosyal hizmet standartlarını tanıtmaya ve oluşturmaya başlamıştır. Burada klinik sosyal hizmet uzmanları, sosyal ve psikolojik stres veya bozukluktan etkilenen veya işlevselliği tehdit altında olan bireylere, ailelere ve gruplara doğrudan, tanısız, önleyici ve tedavi hizmetleri sağlamak için özerk uygulama düzeyinde nitelikli profesyoneller şeklinde tanımlanmıştır. Klinik sosyal hizmet uygulamalarının özel merkezlerde veya kamusal ortamlarda yürütülebileceği ifade edilmiştir. Bu alana sicil kaydını yaptırmak isteyen sosyal hizmet uzmanlarına, klinik sosyal hizmet uygulamalarında, süpervizör eşliğinde iki yıl deneyim veya onun eşdeğerini tamamlamış olma şartı konulmuştur (Streaan, 1993).

Bu çalışmada, günümüzde klinik sosyal hizmet ve klinik sosyal hizmet eğitimi alanındaki mevcut durum, bu alanın gelişmiş bir şekilde yoğun uygulama imkanı bulunduğu ABD örneği üzerinden ele alınmaya çalışılacaktır.

KSH Nedir?

Psikiyatrik ve klinik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet çatısı altında, onun alt dalları olarak değerlendirilebilir. Ayrıca klinik sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmetin uygulama alanlarından biri olarak da ele alınabilir (Zubaroglu-Yanardağ ve Özmete, 2017). Çoğu zaman mikro uygulama, birey ve ailelerle sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet ile ilişkilendirilen klinik sosyal hizmet, birey, aile ve grup düzeyinde müdahaleler içermektedir (Zubaroglu-Yanardağ, 2016). Turner'a göre (2005) ise klinik sosyal hizmet uygulaması, intrapsişik, kişiler arası ve çevreden kaynaklanan problemlerin üstesinden gelme konusunda insanlara yardım eden ve onların sosyal işlevselliğine katkıda bulunmaya odaklanan, birey, çift, aile ve grup danışmanlığını kapsamaktadır.

ABD Sosyal Hizmet Kurulları Derneği (ASWB) klinik sosyal hizmeti, bireyler, çiftler, aileler, gruplar, kuruluşlar ve topluluklar düzeyinde sosyal, psikososyal veya biyopsikososyal işleyişin geliştirilmesi için sosyal hizmet teorisinin, bilgisinin, yöntemlerinin, etiğinin ve kendiliğın profesyonel kullanımının uygulanması olarak açıklamaktadır. Klinik sosyal hizmet uygulaması ruhsal, duygusal, davranışsal bozukluklar ve bağımlılık alanlarında teşhis ve tedavi üzerinde uzmanlaşmış klinik bilgi ve ileri klinik becerilerin uygulanmasını gerektirir. Bireysel danışmanlık, evlilik, çift, aile ve grup danışmanlığı ve psikoterapi müdahale yöntemleri arasındadır (ASWB, 2018).

Council on Social Work Education (CSWE) (2009) tarafından klinik sosyal hizmet uygulamasının en yeni ve kapsamlı tanımı için kavramsal bir temel sağlanmıştır. Bu tanım doğrultusunda (1) Sosyal hizmet uygulamasında bir uzmanlık alanı olan klinik sosyal hizmet, mesleğin mesleki değerleri, etik ilkeleri, uygulama yöntemleri ve çevresi içinde birey perspektifi üzerine inşa edilir; (2) Mesleğin, baskı veya savunmasızlık yaşayan müracaatçıları güçlendirerek sosyal ve ekonomik adaleti teşvik etme misyonu vardır; (3) Klinik sosyal hizmet, bireylerin, ailelerin ve grupların biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal işleyişini eski haline getirmek, sürdürmek ve geliştirmek için kendiliğın profesyonelce kullanılmasını gerektirir; (4) Klinik sosyal hizmet, psikososyal işlev bozukluğu, engellilik veya duygusal, ruhsal, davranışsal bozukluklar, koşullar ve bağımlılıklar dahil olmak üzere çeşitli alanlarda uygulamalar içerir; (5) Klinik uygulama müdahaleleri, ayırıcı tanıya ve risklerin ve hassasiyetlerin değerlendirilmesine dayanan vaka formülasyonunu ve insanlar, topluluklar ve daha geniş sosyal çevre arasındaki ilişkilerde bulunan güçlü yönleri ve direnci üreten ve sınırlayan faktörleri içerir; (6) Bireysel çalışma, aile ve grup çalışmaları müdahale yöntemleri arasındadır; (7) Klinik sosyal hizmet uzmanları, krize müdahale, kısa ve uzun süreli psikoterapi ve danışmanlık, müracaatçı merkezli savunuculuk, konsültasyon ve değerlendirme ile ilgilenmektedir; (8) Çeşitliliğın tüm boyutlarına yanıt veren müdahaleler, en iyi uygulamalar ve kanıt dayalı kılavuzlar tarafından yönlendirilen terapötik ilişki bağlamında uygulanır; (9) Klinik süpervizyon, kuruluşlarda ve özel çalışma ofisi ortamlarında klinik sosyal hizmetin önemli bir özelliğidir (CSWE, 2009). Tanımlardaki temel vurgulardan da anlaşılacağı üzere, bu alandaki profesyonellerde terapistlik, danışmanlık rolü daha belirgin ve görünür olmakla birlikte, diğer uygulama alanlarında olduğu gibi savunuculuk, arabuluculuk, eğiticilik, vaka yöneticiliğı gibi rolleri de bulunmaktadır. Klinik sosyal hizmet uzmanları, çocuk refahı, çocuk ve yetişkin ruh sağlığı, aile refahı kuruluşları, hastaneler, okullar, özel klinikler gibi çeşitli kurumlarda çalışmaktadırlar. Buralarda anksiyete, depresyon, çocuk ihmali ve istismarı, çift ve ebeveyn-çocuk ilişkilerindeki zorluklar, çevresel ve toplumsal stres kaynakları gibi geniş bir çeşitliliğe sahip sorun alanlarında uygulamalarını sürdürmektedirler (Turner, 2005). Bunun yanında, başka bir örnek olarak küreselleşmenin de etkisiyle çeşitli nedenlerle yaşanan göç hareketlilikleriyle birlikte bireylerin psikososyal süreçlerinde önemli farklılaşmalar yaşanmaktadır (Akarçay-Ulutaş, 2019). Bu değişimlerin de bireylerin aile içi dinamiklerine, ruhsal durumlarına, sosyal çevre ilişkilerine yansıdığı bilinerek sosyal sorunların bireyler ve topluluklar üzerindeki etkileri bağlamında, klinik sosyal hizmetin hem uygulama hem de eğitim açısından kendine yer bulabildiğı de söylenebilmektedir.

Farklı sorun alanlarında çalışabilmek, geniş kapsamlı ve çeşitliliğe cevap verebilecek bilgiye sahip olmayı da gerektirmektedir. Bu doğrultuda sosyal hizmetin klinik bilgisi için temel olan alanlar altı temel başlıkta ele alınabilir. Bunlar; (1) Kişilerarası çatışma, aile işlevsizlikleri ve olumsuz çevrenin; (2) Travmanın; (3) Ölüm, kayıp ve yasın; (4) Fiziksel işlev bozukluğu ve tıbbi hastalığın; (5) Psikopatolojinin çeşitli dinamikleri ve etiyojilerinin; (6) Madde kullanımının, çocukların, ergenlerin ve yetişkinlerin biyopsikososyal işleyişi üzerindeki etkisine ilişkin bilgiler olmak üzere sıralanabilir (Simpsons, William ve Segall, 2007). Temel bilgi alanlarının genel hatlarıyla belirlenmesinin ardından klinik sosyal hizmetin hem bilgi hem de beceri boyutunu etkileyen ana felsefelerle değinmekte yarar olduğu düşünülmektedir. Geçmişten günümüze, meslek içinde uzun bir mücadele ve çabadan sonra, yalnızca klinik sosyal hizmetin merkezinde değil aynı zamanda daha geniş bir sosyal hizmet alanı olan ortak bir temel kabul edilebilir. Bu çok yönlü temelin özü, bir meslek olarak sosyal hizmetin bilgi ve becerilerinin gelişimine rehberlik eden, birbiriyle ilişkili iki temel yönelimdir: Çevresi içinde birey perspektifi ve ilişki kavramı. Klinik sosyal hizmet, terapötik ilişkinin müdahale için birincil araç olduğunu uzun zamandır ortaya koymaktadır. Çünkü bireyler klinik ortama, yaşam deneyimlerine dayanan mevcut ve gelecekteki kişilerarası ilişkilere yönelik kendi beklentilerini getirirler. Bu nedenle klinik sosyal hizmet uzmanlarının, bireyin temsili dünyasının deneyimleri ve etkileri nasıl organize ettiğini anlamaları çok önemlidir (Simpsons, William ve Segall, 2007). Öte yandan, çağdaş ilişki teorisi kültürel açıdan yetkin uygulamaya aktaran Perez-Foster (1998) de deneyim ve anlamın bazı yönleri kültürel olarak farklı olduğundan, empati ve uyumun etkili kültürler arası uygulama için yeterli olmadığını iddia etmektedir. Bu nedenle, danışanla paylaşılan anlamın inşa edilebilmesi için kendi deneyimlerinin sınırlarını anlamak ve kabul etmek de sosyal hizmet uzmanlarının görevidir. Danışman ile müracaatçı arasında güven ve karşılıklı tanıma çerçevesinde bu kritik bağlantıyı kurma becerisi, klinik sürecin kalbidir (Perez-Foster, 1998).

Yukarıda bahsedilen temel bilgi ve beceri ilkelerine sahip olan klinik sosyal hizmet uzmanları uygulama alanları gereği çalışma ortamlarında farklı disiplinlerden meslek elemanları (psikiyatristler, psikologlar gibi) ile birlikte görev yaparlar. Sosyal hizmet uzmanları ile diğer adı geçen profesyoneller terapötik ve danışmanlık rolleri açısından benzerlik taşımakla birlikte klinik sosyal hizmetin bu disiplinlerden farklılaşan yanları bulunmaktadır. Bu farklar; klinik sosyal hizmetin çevresi içinde birey anlayışı, müracaatçının güçleri ve kaynaklarına yapılan vurgu, insan sorunlarının doğallığı ve müracaatçıyı güçlendirme adına işbirlikçi, eşitlikçi bir çalışma ilkesine sahip olması şeklinde ifade edilebilir (Turner, 2005).

Türkiye özelinde klinik sosyal hizmet genel anlamda değerlendirildiğinde, yeterli yasal zemin olmamasından ötürü yeterince kurumsallaşmadığı görülmektedir. Eğitim bağlamında ele alındığında ise, sosyal hizmette geneldeki yaklaşımın benimsendiği ve klinik odaklı eğitim anlayışının lisansüstünde var olduğu tespit edilmiştir (Zubaroglu-Yanardağ, 2016). Türkiye’de klinik sosyal hizmet alanında lisansüstü eğitim programı açan iki üniversite (Yıldırım Beyazıt ve Başkent Üniversitesi) bulunmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde KSH

Klinik sosyal hizmet, birincil olarak bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların ruhsal, duygusal ve davranışsal iyiliğine odaklanır. Psikoterapi ve danışanın çevresiyle ilişkisi noktasında bütüncül bir yaklaşıma sahiptir. Danışanın çevresiyle olan ilişkisini müdahale planlaması için gerekli görmektedir. Klinik sosyal hizmet, devlet tarafından düzenlenen profesyonel bir uygulama olup eyalet yasaları ve yönetmelikleri tarafından yönlendirilmektedir (NASW, 2005). Amerika’da yaygın ve bilinen bir alan olarak klinik sosyal hizmet eğitimi ve uygulamasına ilişkin güncel bilgileri ele almakta yarar görmüştür.

ABD’de lisansüstü sosyal hizmet öğrencilerinin çoğunluğu klinikte eğitim almaktadır (CSWE, 2008) ve ruh sağlığı hizmeti sağlayanların çoğunluğu sosyal hizmet uzmanlarıdır (Cummins vd., 2012; NASW, 2011). Klinik sosyal hizmet uzmanları, ülkedeki en büyük davranışsal sağlık uygulayıcıları grubunu temsil etmektedir. Genellikle ilk teşhis koyanlar onlardır ve ruhsal bozuklukları ve çeşitli duygusal, davranışsal rahatsızlıkları olan kişileri tedavi ederler. Klinik sosyal hizmet uzmanları, toplum

ruh sağlığı merkezleri, hastaneler, madde kullanımı tedavi ve iyileştirme programları, okullar, temel sağlık bakım merkezleri, çocuk koruma kurumları, yaşlanma hizmetleri, çalışan yardım programları ve özel muayenehane ortamları dahil olmak üzere çeşitli müracaatçı merkezli ortamlarda görev alırlar (NASW, 2005).

ABD Sosyal Hizmet Kurulları Derneği (Association of Social Work Boards-ASWB), üç lisans düzeyine sahip bir model olan sosyal hizmet uygulama yasası önermiştir: Lisans mezunu sosyal hizmet uzmanı (LBSW), yüksek lisans mezunu sosyal hizmet uzmanı (LMSW) ve klinik sosyal hizmet uzmanı (LCSW). "Model Social Work Practice Act" (Model Sosyal Hizmet Uygulama Yasası) adlı bu yasada üç uygulama kategorisi -lisans düzeyinde sosyal hizmet uzmanları, yüksek lisans düzeyinde sosyal hizmet uzmanları ve klinik sosyal hizmet uzmanları- tanımlanmaktadır. Klinik sosyal hizmet uygulaması, yüksek lisans sosyal hizmet uygulamasında bir uzmanlık alanıdır ve klinik sosyal hizmet uzmanları, Uluslararası Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı'nı (DSM), Hastalıkların Sınıflandırılması (ICD) ve diğer teşhis sınıflandırma sistemlerini kullanarak değerlendirme yapmaya, teşhis koymaya ve psikoterapi yapmaya yetkilidir (ASWB, 2018).

Amerika'da klinik sosyal hizmet uzmanı olabilmek için (1) Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyi (CSWE) tarafından resmen tanınmış sosyal hizmet okullarından birinde en az yüksek lisans derecesi edinmiş olmak; (2) Mezuniyet sonrası, danışanların tedavisinde doğrudan uygulama yoluyla alanında en az 2 yıl süpervizyon almış olmak; (3) Son olarak da uygulama yapabilmek için eyalet lisansı (bir izin belgesi) almak gerekmektedir³ (Nişancı, 2018). ASWB Sosyal Hizmet Uygulama Yasası'nda da süpervizyonun nasıl olması gerektiğine ilişkin detaylı bilgi yer almaktadır. Klinik sosyal hizmet uzmanı olarak lisans almaya hak kazanabilmek için bir adayın yüksek lisans mezunu olması (LMSW'ye sahip olması) ve ardından en az iki yıllık ve en fazla dört yıllık bir süre boyunca 3000 saatlik süpervizyonlu klinik sosyal hizmet uygulaması yapması gerekir. Her koşulda, 3000 saatlik deneyim, klinik uygulama için ilk başvuru tarihinden itibaren sekiz (8) yıl içinde tamamlanmalıdır. Bu 3000 saatten en az 100 saat için doğrudan klinik süpervizyon gereklidir. Bu 100 saat, minimum iki yıllık bir süre boyunca eşit olarak dağıtılmalı ve daha fazla olmamalıdır (ASWB, 2018).

Nişancı (2018) bir yazısında ABD'deki deneyim ve gözlemlerinden yola çıkarak oradaki klinik sosyal hizmet uygulamasının bazı yönlerine ilişkin bilgiler aktarmaktadır. Klinik sosyal hizmet uzmanları Amerika'da psikoterapi yapabilme yetkisine sahip üç lisansüstü eğitim alanından (diğer ikisi klinik psikoloji ve danışmanlık) biridir. Lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanı olmaları halinde hastanelerde, özel ofislerinde ve kliniklerde psikoterapi yapabilirler. Psikoterapi yapabilmek için klinik psikolojide doktora derecesine sahip olmak gerekirken sosyal hizmet bölümü mezunlarının yüksek lisansı bitirmiş olmaları ve bunun yanında bağlı olunan eyaletteki lisanslama kuruluşu tarafından uygulanan kapsamlı bir sınavı⁴ ve süpervizyon sürecini başarmış olmaları yeterlidir. Bunun nedenlerinden biri olarak sosyal hizmet yüksek lisans programlarının yeterli kuramsal bilgiye ve yoğun uygulama içeriğine sahip olması gösterilmektedir. Sosyal hizmet alanında doktora yapmış olanlar ise deneyimli bir klinik sosyal hizmet uzmanından 2.000 saatlik süpervizyon almaları ve klinik sosyal hizmet lisans sınavını geçmeleri şartıyla psikoterapi yapabilirler. Bunun yanı sıra Illinois Klinik Sosyal Hizmet ve Sosyal Hizmet Uygulama Yasası (Clinical Social Work and Social Work Practice Act) ruhsal değerlendirme, tedavi ve önleyici hizmetlerin lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanları tarafından herhangi birinin kontrolü ve denetimi olmaksızın gerçekleştirilebileceğini ortaya koymaktadır. Bu da ABD ruh sağlığı sisteminde lisanslı klinik sosyal hizmet uzmanlarının teşhis koyma yetkisinin olduğunu göstermektedir. Tüm bunlara ek olarak ABD'de sosyal hizmetin ağırlıklı olarak klinik odaklı olmasının eleştirildiği ve bu durumun mesleğin temel

³ <http://work.chron.com/differences-between-psychologists-clinical-social-workers15220.html>

⁴ Klinik sosyal hizmet siciline kayıt yaptırabilmek için gereken lisans sınavıdır.

argüman ve değerlerinden sapma olarak nitelendirildiği de temel tartışma konuları arasında yer almaktadır. ABD genelinde terminoloji, lisans ve sertifikasyon seviyelerinde tekdüzelik olmaması bir diğer sorun olarak dile getirilmektedir (USAID, 2008).

ABD klinik sosyal hizmetin yoğun uygulama alanı bulduğu bir ülke olmasının yanı sıra genel anlamda sosyal hizmet ve özelde klinik sosyal hizmet anlamında sivil toplum olarak da köklü ve işlevsel kuruluşlara sahiptir. Tüm profesyonel sosyal hizmet uzmanlarının ihtiyaçlarını temsil eden tek bir merkezi organizasyon olarak Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) 1 Ekim 1955'te faaliyete geçmiştir (USAID, 2008). Klinik sosyal hizmet özelinde önemli bir kuruluş ise Klinik Sosyal Hizmet Derneği (CSWA) olarak değerlendirilebilir. Bu dernek klinik sosyal hizmet uzmanları için temel hizmetler, profesyonel destek ve ulusal kimlik sağlamaya yönelik bir bireysel üyelik kuruluşudur. CSWA üyeleri klinik sosyal hizmet uzmanları, yeni profesyoneller (son dört yıl içinde mezun olmuş klinik sosyal hizmet uzmanları), emeritus⁵ üyeleri ve öğrencilerden oluşur. Öncelikle bireysel bir üyelik organizasyonu olmakla birlikte dernek, güçlü bir ulusal örgütün önemli olduğuna inanmaktadır⁶

Klinik Sosyal Hizmet ile ilgili Standartlar ve Yetkinlikler

Klinik sosyal hizmet uygulamasına yönelik standartların, uygulama yeterliliklerinin neler olduğunu bilmek sanıyoruz ki etkin ve verimli bir işleyişin nasıl olabileceğine dair fikir verecek ve özellikle bu alanın tam olarak gelişmediği, kurumsallaşmadığı, eğitim sistemi içinde yer etmediği ülkeler açısından işlevsel olacaktır. Bu anlamda NASW (2005) tarafından hazırlanan uygulama standartları ve CSWE (2009) tarafından tanımlanan yetkinlikler incelenebilecek ana kaynaklar olarak değerlendirilebilir.

NASW (2005) tarafından ortaya konan Klinik Sosyal Hizmet Uygulaması Standartları, tüm klinik ortamlarda klinik sosyal hizmet uzmanlarına rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Bu 12 standart, etik ve değerler, uzmanlaşmış uygulama becerileri ve müdahaleler, yönlendirmeler, erişilebilirlik, gizlilik, süpervizyon ve konsültasyon, profesyonel çevre/ortam ve prosedürler, belgelendirme, bağımsız uygulama (özel ofis hizmeti sunabilme), kültürel yeterlilik, mesleki gelişim ve teknoloji olarak sıralanmaktadır. Klinik sosyal hizmet uzmanları tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesini iyileştirmek, profesyonel davranışı değerlendirmek için bir çerçeve sağlamak ve uygulamalar için profesyonel standartlar hakkında kişileri, kuruluşları ve toplumu bilgilendirmek bu standartların oluşturulma amaçları arasındadır.

Klinik sosyal hizmet eğitimi ve uygulaması için kılavuz niteliğinde değerlendirebilecek bir diğer çalışma da Eğitim Politikası ve Akreditasyon Standartları (EPAS) kapsamında ortaya konmuştur. Sosyal hizmet uygulaması, EPAS'ta (CSWE, 2008) yer alan 10 yetkinlikle tanımlanır. EPAS'ta belirlenen 10 yetkinlik, genel sosyal hizmet uygulaması için bilgi, beceri, değerleri ve uygulamayı tanımlamaktadır. 2009 yılında birçok sosyal hizmet programı EPAS kapsamında 2008 yılında belirlenen müfredat hakkında düşünmeye ve özel çalışma belgeleri üzerinde çalışmaya başlamıştır. Klinik sosyal hizmet uygulaması, müfredatı ve değerlendirme önlemlerini işlevsel hale getirmek için kullanılabilecek bilgi ve uygulama davranışlarıyla 10 temel yetkinlik aşağıda belirtildiği şekilde tanımlanmıştır:

Tablo 1. Klinik Sosyal Hizmette İleri Düzey Sosyal Hizmet Uygulaması

Temel Yetkinlik	Klinik Bilgi	Klinik Uygulama Davranışları
1. Kendinizi profesyonel bir sosyal hizmet uzmanı olarak tanımlayın ve buna göre davranın.	- Terapötik ilişki - Çevresi içinde birey - Güçler perspektifi - Profesyonellik - Etik kurallara bağlılık	- Kendini sosyal hizmet profesyoneli olarak tanımlamak - Müracaatçılara profesyonel yaklaşım sergilemek

⁵ Emeklilik aşamasına gelmiş olmasına rağmen halen verimli olduğu düşünülen kişiler.

⁶ <https://www.clinicalsocialworkassociation.org/Online-Brochure>

		<ul style="list-style-type: none"> - Mesleki olarak güçlü yanlar, sınırlılıklar ve zorlukları belirlemek ve anlamak - Çevresi içinde birey ve güçler perspektifi ile müracaatçılarla terapötik ilişkiler geliştirmek, yönetmek ve sürdürmek
2. Profesyonel uygulamaya rehberlik etmek için sosyal hizmet etik ilkelerini uygulayın.	<ul style="list-style-type: none"> - Terapötik ilişkiyi etkileyen etik konular - Yasal parametreler - Değişen toplumsal alışkanlıklar 	<ul style="list-style-type: none"> - Etik karar verme becerilerini klinik sosyal hizmete özgü konulara uygulamak - Klinik uygulamada teknolojinin kullanımını ve müracaatçı hakları üzerindeki etkisini ele almak için etik akıl yürütme stratejilerini kullanmak - Güç farklılıkları dahil olmak üzere ilişki dinamikleri hakkındaki bilgileri belirlemek ve kullanmak - Kişisel önyargıları, danışanın refahına hizmet eden terapötik ilişkiyi etkilediği için tanımak ve yönetmek
3. Mesleki kararları bildirmek ve iletmek için eleştirel düşünceye başvurun.	<ul style="list-style-type: none"> -Çoklu uygulama teorileri ve yöntemlerinin, klinik süreçlerin ve teknik araçların güçlü yönleri ve sınırlılıkları -Teori ve yöntemleri, müracaatçı/müracaatçı sistemleri ve onların çevresel bağlamları düzleminde yeniden yapılandırma -Varsayımları sorgulamak ve uygulamaya etkileri üzerinde düşünmek 	<ul style="list-style-type: none"> - Yansıtıcı uygulamayı gerçekleştirmek - Müracaatçıların güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek ve ifade etmek - Birden çok teorik bakış açısının güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirmek ve bunları müracaatçı durumlarına göre farklı şekilde uygulamak - Mesleki kararları diğer sosyal hizmet uzmanlarına ve diğer disiplinlerden profesyonellere hem sözlü hem de yazılı formatlarda iletmek
4. Uygulamada çeşitliliği ve farklılığı birleştirin.	<ul style="list-style-type: none"> -Pek çok çeşitlilik/ farklılıkların terapötik ilişki ve danışanın görünen sorununa etkisi -Çeşitliliğin, (a)hastalık açıklamalarını (b) yardım arama davranışlarını ve (c) iyileştirme uygulamalarına etkisi - Klinik uygulama seçimlerinin kültürle ilişkisini anlamak 	<ul style="list-style-type: none"> - Müracaatçı refahını geliştirmek için farklı kitlelerin bilgilerini araştırmak ve uygulamak - Farklı kitlelerle verimli çalışmak - Uygulayıcı/müracaatçı farklılıklarını güçlü yönler açısından belirlemek ve kullanmak
5. İnsan haklarını ve sosyal ve ekonomik adaleti geliştirin.	<ul style="list-style-type: none"> - Müracaatçıların ve müracaatçı sistemlerinin yaşamlarındaki ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerin potansiyel olarak zorlayıcı etkilerini anlamak -Çeşitli kitlelerde bozukluklar, teşhisler ve yardım arama davranışlarıyla ilişkili damgalanma ve mahcubiyeti anlamak -Yerel ve küresel bağlamlarda insan haklarını ve sosyal ve ekonomik adaleti geliştirmeye yönelik stratejileri anlamak 	<ul style="list-style-type: none"> - Müdahale planına rehberlik etmesi için baskı, ayrımcılık ve tarihsel travmanın danışan ve danışan sistemleri üzerindeki etkilerine ilişkin bilgileri kullanmak - Ruh sağlığı hizmetlerinden eşit yararlanabilme ve çeşitli kitleler için sağlık eşitsizliklerinin azaltılması amacıyla çeşitli düzeylerde savunuculuk yapmak
6. Araştırmaya dayalı uygulama ve uygulamaya dayalı araştırma ile ilgilenin.	<ul style="list-style-type: none"> - Kanıt dayalı müdahaleleri, en iyi uygulamaları ve kanıt dayalı araştırma sürecini öğrenmek 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinik değerlendirme ve danışanlarla müdahalede kanıt dayalı uygulama sürecini kullanmak

		<ul style="list-style-type: none"> - Araştırma ve uygulama yoluyla yeni klinik bilginin oluşturulmasında görev almak - Klinik uygulama etkinliğini ve/veya sonuçlarını değerlendirmek için araştırma metodolojisini kullanmak
7. İnsan davranışı ve sosyal çevre bilgilerini kullanın.	<ul style="list-style-type: none"> - İnsan davranışı ve sosyal çevre (biyolojik, gelişimsel, psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi) teorilerinin nasıl sentezleneceğini ve farklı şekilde uygulanacağını anlamak -Kapsamlı bir değerlendirmenin formülasyonunda kullanılan tanınan sınıflandırma sistemlerine aşina olmak -Sosyokültürel bağlamların psikopatolojinin tanımlarını nasıl etkilediğini anlamak - Beklenen sonuçlar ve yan etkiler dahil olmak üzere, tipik olarak ruh sağlığı bozukluklarının tedavisinde kullanılan psikotrop⁷ ilaçlarla ilgili bilgiye sahip olmak 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinik uygulamaya rehberlik etmek için insan davranışı ve sosyal çevre teorilerini sentezleyin ve farklı şekilde uygulayın - Kapsamlı değerlendirmelerin formülasyonunda biyo-psiko-sosyal teorileri ve çok eksenli tanı sınıflandırma sistemlerini kullanmak - Teşhisi doğrulamak ve/veya tedavi sürecinde ilaçları izlemek için gerektiğinde tıp uzmanlarına danışmak
8. Sosyal ve ekonomik refahı iletirmek ve etkili sosyal hizmet sunumları için politika geliştirme sürecine dahil olun.	<ul style="list-style-type: none"> - Müracaatçılar, uygulama ve hem kamu hem de örgütsel politika arasındaki bağlantının farkında olmak - Tüm sistem düzeylerinde mevzuatın, politikaların, program hizmetlerinin ve finansmanın geliştirilmesini etkileyen faktörleri bilmek - Sosyal ve ekonomik refahı teşvik eden etkili politikalara katkıda bulunan savunuculuk yöntemlerini bilmek 	<ul style="list-style-type: none"> - Politikaların ve politika değişikliğinin müracaatçıların yaşamlarındaki etkilerini ilgili kimselere iletme - Sosyal ve ekonomik refahı geliştiren politikalar için savunuculukta kanıt dayalı uygulama ve uygulamaya dayalı kanıt kullanmak - Müracaatçıları ve hizmetleri etkileyen politikaları etkilemek için yöneticileri ve yasa koyucuları teşvik etmek ve bilgilendirmek
9. Uygulamayı şekillendiren bağlamları dikkate alın.	<ul style="list-style-type: none"> - İlişkisel, organizasyonel ve topluluk sistemlerinin müracaatçıları nasıl etkileyebileceğini bilmek - Gelişen kültürel, teknolojik, coğrafi, politik, yasal, ekonomik ve çevresel bağlamları önceden tahmin etmek ve bunlara karşılık vermek - Müracaatçıların bu bağlamlarda değişiklik yapmasının teşvik edilmesine ilişkin farkındalık 	<ul style="list-style-type: none"> -Müracaatçıların sosyal bağlamları içindeki etkileşimlerinin kalitesini değerlendirmek -Sistemik değişikliği gerçekleştirmek için müdahale planları geliştirmek -Sürdürülebilir sistemik değişimi etkilemek için başkalarıyla işbirliği içinde çalışmak
10. Bireyler, aileler, gruplar, kuruluşlar ve topluluklarla etkileşim kurun, bilgi toplayın, müdahale edin ve müdahalenizi değerlendirin.	<ul style="list-style-type: none"> - Birden çok düzeyde terapötik katılım, çok boyutlu değerlendirme, klinik müdahale ve uygulama değerlendirmesine dinamik, etkileşimli ve karşılıklı süreç anlayışını dahil etmek - Bireyler, aileler ve gruplarla etkili bir şekilde pratik yapmak için teorik olarak bilgilendirilmiş bir bilgi tabanına sahip olmak 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Etkileşim kurma</u> -Kültürel duyarlılık, -Kişiler arası ilişkiler ve bağlamsal faktörlere dikkat etmek -Müracaatçıları eşit katılımcılar olmaları yönünde teşvik etmek <u>Ön Değerlendirme</u> - Çok boyutlu biyo-psiko-sosyal-ruhsal değerlendirme araçlarını kullanmak

⁷ Merkezi sinir sistemi üzerinde etki gösteren mental bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Anti depresanlar, anti psikotikler, duyu durum düzenleyicileri vb. ilaç gruplarını içermektedir.

-Uygulama teorilerini (modeller, ölçütler, stratejiler, teknikler ve yaklaşımlar) anlamak ve uygulamak
- Müdahale sonuçlarını ve uygulamanın etkinliğini değerlendirmek

- Müracaatçıların değişime hazır olup olmadıklarını değerlendirmek
- Müracaatçıların başa çıkma stratejilerini değerlendirmek
-Sürekli klinik değerlendirmeye dayalı olarak uygun müdahale stratejilerini seçmek ve değiştirmek

Müdahale

- En iyi uygulamaları ve kanıta dayalı müdahaleleri eleştirel olarak değerlendirmek, seçmek ve uygulamak
- Gerektiğinde krize müdahale de dahil olmak üzere uygun klinik teknikleri kullanmak
-Tedavi müdahalelerini koordine etmek için diğer profesyonellerle işbirliği yapmak

Son Değerlendirme

- Uygulamaya dayalı araştırma yoluyla sosyal hizmet mesleğinin teorik bilgi tabanına katkıda bulunmak
- Farklı koşullara yönelik en iyi uygulama müdahalelerini geliştirmek için sürecin ve/veya sonuçların klinik değerlendirmesini kullanmak

Kaynak: Council on Social Work Education (2009)

Bu iki temel kılavuz klinik sosyal hizmet eğitimi, müfredatın belirlenmesi, alan deneyiminin şekillenmesi konusunda gerekli bilgi, beceri ve davranış boyutunda hem eğitim politikasında görev alanlar hem de alanda çalışan meslek elemanları için yol gösterici olabilir. Temel yetkinlikler tablosunda ilk sütunda yer alan "10 yetkinlik" tüm sosyal hizmet alanlarındaki uygulamalar için ortak ilkeler olarak değerlendirilebilir. Bunun yanında tablodaki "klinik bilgi" ve "uygulama davranışı" sütunlarında yer alan gereklilikler klinik sosyal hizmet alanı odaklı düşünülmüş olup bu alanın içinde olan öğrenciden akademisyene, mesleği alanda icra eden uzmandan eğitim politikalarında rol alan meslek elemanlarına her bağlamdaki sosyal hizmet uzmanına klinik sosyal hizmetin özü ve gereklilikleri konusunda önemli fikirler verebilecektir.

İdeal Klinik Sosyal Hizmet Eğitimi ve Uygulaması için Nelere Dikkat Edilmeli?

Bu başlık altında, çalışmada ele alınan bilgiler ışığında klinik sosyal hizmet eğitimi, müfredatı ve uygulamasına yönelik dikkat edilmesi önerilen hususlara değinilecektir. Özellikle Türkiye'de henüz tam olarak kurumsallaşmamış ve gelişme aşamasında olan bu alana yönelik öncelenmesi gereken boyutların daha çok önem arz ettiği düşünülmektedir.

Eğitim

Şüphesiz çevresi içinde birey perspektifi ve ilişki kavramı, klinik sosyal hizmet eğitimi için merkezi kavramlardır. Ayrıca bu temel yaklaşımlar, gelişimsel, klinik, sosyokültürel ve sinirbilim araştırmalarındaki ilerlemeleri hem sınıf hem de uygulama deneyimine entegre etmenin yolunu açar. Bu gelişmeler, akademisyenler ile uygulama ve deneysel bilimler arasında da kavramsal köprüler sağlar. Ayrıca araştırmacının uygulamanın gerçeklerini yansıtabilmesi için de araştırmacılar ve uygulayıcılar arasında diyalogun olması büyük önem taşımaktadır. Nihayetinde politika oluşturma, program planlama, idare, savunuculuk ve klinik sosyal hizmet uygulamaları birbirleriyle yakından ilişkilidir (Simpsons, William ve Segall, 2007). CSWE tarafından

akredite edilmiş her sosyal hizmet eğitim programı, hem sınıf eğitimini hem de saha deneyimini içermektedir. Benzer şekilde, lisans için belirtilen gereklilikler de genellikle sürekli sınıf öğreniminin yanı sıra akran süpervizyonu veya klinik süpervizyon ihtiyacını ortaya koymaktadır (USAID, 2008). Bu nedenle öğretimlerinde de klinik yönelimli öğretim üyelerini destekleyen sosyal hizmet okullarında süpervizyon ve danışma, uygulama ortamı ve araştırmacılarla işbirliğine dayalı ilişkilerin teşvik edilmesi oldukça önemlidir (Goldstein, 2007). Sınıf ve alan arasındaki bağ ve etkileşim ne kadar kuvvetli olursa mesleki gelişim ve kalitenin de o kadar artacağı, aynı zamanda uzun vadede bu ilişkinin topluma sunulan hizmetin niteliğini de olumlu yönde etkileyeceği açıktır. Alan uygulaması haricinde, üniversitelerin bünyesinde açılan araştırma ve uygulama merkezlerinin ya da enstitülerin yetersizliğinden de bahsedilebilir. Özellikle teorik dersleri destekleyecek aktif çalışan bir merkezin akademik personelin sayısal olarak yetersizliği, iş yükü, klinik bakış açısıyla çalışabilecek akademisyenin yetersizliği, üniversitelerin bütçe ayıramaması gibi nedenlerle olmaması (üniversitelerde) bir diğer vurgulanacak husus olarak değerlendirilebilir.

Akademik araştırmalar, sınıf eğitimi ile bunların alanda karşılık bulması kanıta dayalı uygulamaların gelişmesi bağlamında da önemli etkiye sahip olacaktır. Ancak mevcut durumda klinik sosyal hizmet programlarında kanıta dayalı uygulamada eğitimin nispeten nadir olduğu açıktır (Weissman ve diğerleri, 2006). Bu nedenle ya ideali düzeltmek ya da gerçeği değiştirmek için sosyal hizmetin gerçek hayatta nasıl devam ettiğine dair daha fazla çalışmaya ihtiyacımız vardır. Aksi durumda karşılaşılacak son yıkıcı olabilecektir (Ekeland, Bergem ve Myklebust, 2019; Berzoff ve Drisko, 2015a).

Literatürde eğitim alanında dikkat çekilen bir diğer konu da eğitim kadrosudur. Sosyal hizmet akademisyenlerinin genellikle sınırlı uygulama tecrübesiyle mezun edildiklerine ilişkin görüşler bulunmaktadır (Johnson ve Munch 2010; Zastrow ve Bremner 2004). Berzoff ve Drisko (2015b) 2014 yılında, sosyal hizmet okullarının, psikodinamik eğitimler bir yana klinik olarak yönlendirilmiş doktora düzeyinde uygulayıcılar/akademisyenler yetiştiremediğini öne sürmektedir. Araştırmalara daha fazla vurgu yapılması, kıdemli öğretim üyeleri tarafından uygulama ve pratik öğretime daha az odaklanılması (Goldstein 2007; Johnson ve Munch 2010), araştırma yeteneklerini ve itibarlarını artırmak için sosyal hizmet okullarının sosyal hizmet dışı çalışanların ve yardımcıların işe alımındaki artış (Pearlman, 2013) bu durumun sebeplerinden bazıları olarak değerlendirilebilir. Bu aşamada eğitim sürecinde klinik oryantasyonlu öğretim elemanlarının tercih edilmesi ve okulun ayrılmaz bir parçası olan güçlü ve tutarlı bir yarı zamanlı klinik öğretim kadrosunun geliştirilmesi için bir dizi çaba olmalıdır (Goldstein, 2007).

Müfredat

1999'da başlatılan Bologna Süreci, Avrupa Yüksek Öğrenimini modernize etmeyi ve 2010 yılına kadar bir Avrupa Yüksek Öğretim Alanı (EHEA) oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu sürecin uzun vadeli hedefi, hızlı ve eğitilmiş profesyonellerin iş piyasasına girişi olarak belirlenmiştir. Programın diğer hedefleri, öğrencilerin ve iş arayanların sınır ötesi hareketliliğini artırmak ve Avrupa yüksek öğreniminin uluslararası rekabet gücünü artırmaktır. Müfredatta temel alınan Bologna Deklarasyonu (1) kolayca okunabilen ve karşılaştırılabilir derecelerden oluşan bir sistemin benimsenmesini, (2) iki temel dereceye (lisans ve lisansüstü) dayalı bir derece yapısının benimsenmesi, (3) European College Transfer System (ECTS) (transfer kolaylığı ve kredi birikimi için) gibi bir kredi sisteminin benimsenmesini (USAID, 2008) gerektirmektedir. Genel hatları bu şekilde ifade edilen müfredat belirleme kriterleri şüphesiz her meslek özelinde birtakım ek içeriklere muhtaçtır. Klinik sosyal hizmet de kuramsal ve pratik yönleri olan bir alan olarak müfredat oluşturma sürecinde bu iki yönünü de dikkate alarak işe başlamak durumundadır.

Sınıf ve alan gibi birbiriyle ilişkili iki bileşenin müfredat içinde eşit öneme sahip olduğu ve her birinin mesleki uygulamanın gerekli yeterliklerinin geliştirilmesine katkıda bulunduğu açıktır. Alan eğitimi, öğrencilerin sosyal hizmet yeterliliklerini

sergiledikleri kriterlere göre sistematik olarak tasarlanır, denetlenir, koordine edilir ve değerlendirilir. Alan eğitimi, teknoloji kullanımı içerisinde yer alan araçları programın bir bileşeni olarak entegre edebilir (CSWE, 2015). Buna ek olarak teknoloji kullanımı ve alan deneyimi konusunda Berzoff ve Drisko (2015b) çevrimiçi hizmetlerin birçok alanda faydalı olmakla birlikte tüm sosyal hizmet uzmanlarının klinik eğitim ve müracaatçı ile doğrudan, yüz yüze temasa ve süpervizyona ihtiyaç duyduğunu, olumsuz, acı veren duyguları, dirençleri, kafa karışıklığı vb. içeren yüz yüze uygulamaların klinik eğitimin ayrılmaz parçaları olduğunu belirtmektedir (Berzoff ve Drisko, 2015b).

Klinik sosyal hizmet eğitimiyle ilgili olarak sadece müfredatın neyin dahil edilmesi gerektiği konusunda değil, aynı zamanda neyin dahil edilmemesi gerektiği konusunda da güçlü bir duruş olmalıdır (Thyer, 2007). Goldstein (2007) de klinik sosyal hizmet eğitimi için en uygun müfredat hakkında fikir birliğine varmanın gelecekteki zorluklardan sadece biri olduğunu dile getirmiştir. Müfredatında klinik içeriğe daha fazla yer ayıran sosyal hizmet programlarına ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda klinik sosyal hizmet uzmanı olmak isteyenlere yönelik yüksek lisans, doktora seviyelerinde programların açılması ve eğitim verecek personelin de deneyimli, kalifiye profesyonellerden oluşturulması gerektiğini vurgulamıştır (Goldstein, 1996).

Koruyucu ve önleyici kavramlarının klinik sosyal hizmet eğitimine entegrasyonu, her müracaatçının benzersizliğini hesaba katan müdahaleye yaratıcı yaklaşımların değerlendirilmesi için fırsatlar sağlar. Bu amaca ulaşmak için müfredat tasarımı; evrensel, toplum temelli uygulamaların teşvik edilmesine, risk altındaki nüfus için önleyici uygulamalara, toplum sağlığını geliştiren politikaların teşvik edilmesine dayanan titiz içeriği uygulama yollarını sağlamalıdır (Mrazek ve Hagerty, 1994).

Uygulama

Alan eğitimi, yetkin, etkili ve etik klinik sosyal hizmet uzmanlarının yetiştirilmesinde sosyal hizmet müfredatının kuşkusuz en önemli bileşenidir. Alan eğitiminin kalitesi sosyal hizmet uzmanlarının sunacağı hizmetin kalitesi üzerinde doğrudan belirleyici olmaktadır. Öğrenciler ve mezunlar da uygulama alanlarındaki deneyimlerini, kendilerini çalışma hayatına hazırlayan çok önemli bir aşama olarak değerlendirmektedirler. Özellikle klinik sosyal hizmet uzmanları için alan deneyimi bir temel oluşturmaktadır. Sağlık ve sosyal politikalar alanının çok büyük kesiminde aktif rol alan klinik sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarının kalitesi doğrudan büyük bir kitlenin/bir toplumun refahını etkileyebilmektedir. Hizmet kalitesi ve sosyal refah arasındaki bu bağlantı, eğitimin kalitesine verilmesi gereken önemi de gözler önüne sermektedir (Bogo, 2015).

Saha çalışmaları sosyal hizmet tarihinin ilk günlerinden bu yana ele alınmaktadır. Öğrencilerin terapötik becerilerini geliştirebilmelerine olanak sağlayan birincil mekanizmadır. Ancak buna rağmen, sürecin önemli parçaları olan alan eğitmenlerine genellikle müfredat planlamasında gereken söz hakkı verilmemekte, onların katkıları ve bilgileri göz ardı edilmektedir (Simpson vd., 2007). Alandaki süpervizörlerin klinik sosyal hizmet eğitim programlarının şekillenmesinde önemli katkıları olacağı göz önüne alınarak eğitim politika sürecine dahil edilmesinde yarar vardır.

Lisansüstü eğitimler süresi açısından değerlendirildiğinde ise farklı kuramları, yaklaşımları, müdahale tekniklerini deneyimleme fırsatının pek olmadığı dile getirilmektedir. Sosyal hizmet yüksek lisans (MSW) programlarının çoğunda olan zaman sınırlamaları, yalnızca çeşitli modellere aşinalık ve belirli bir modelin daha gelişmiş bir şekilde anlaşılmasını mümkün kılmaktadır. Ancak öğrencilerin kariyeri boyunca çeşitli müdahale modellerinin öğrenilebileceği birleştirici bir teorik oryantasyon öğrenmeleri de büyük önem taşımaktadır. Sınıf öğrenimi ve özellikle saha çalışması, bir müdahale modelinin etkililiğini göstermek için de bir fırsat sağlar. Bunlara ek olarak etkili bir alan deneyiminde bireyin öz farkındalığının artırılması, değerlendirme kapasitesinin ve kendine has tarzının geliştirilmesi yönünde teşvik edilmesi gerekmektedir. Ayrıca süpervizyonun yalnızca vaka denetimine yönelik değil krize müdahaleye yönelik bir içeriğe de sahip olması önem arz etmektedir (Simpson vd., 2007). Sosyal hizmet uygulaması sürecinde yapılandırılmış şekilde işleyen bir süpervizyon sürecinin

olmaması (Acar vd., 2017; Özbekler ve İcağasıoğlu-Çoban, 2009) en büyük eksikliklerden biri olduğu söylenebilir. Hem sosyal hizmet eğitiminin içeriğinde yer alan blok uygulama döneminde hem de mezuniyet sonrası çalışmaya başlanılan ilk yıllarda sistematik bir şekilde kurgulanmış, yasal bir zorunluluk olabilecek bir süpervizyon sürecinden bahsetmek mümkün değildir. Var olan süpervizyon süreci enformal süpervizyon özellikleri (Collins, 2007) taşımakta ve eğitim standartlarından ileri geldiği üzere biraz da inisiyatifle yürümektedir. Yasal olarak tanımlanmış ve bir kurum tarafından takip edilen bir süreci olmadığından kimi kurumlarda kurum danışmanı tam olarak ne yapması gerektiğini bilemeyebilmektedir. Bu inisiyatifin kaynağı da mesleğin etik ilke ve sorumlulukları olarak ifade edilebilir. Ancak görev tanımının tam olarak yapılmamış ve içeriğinin belirlenmemiş olması, diğer bir ifade ile yapılandırılmaması ve denetlenmemesi karmaşıklık yaratabilmektedir.

Eğitim ve uygulama planlamasında çoğulcu bir yaklaşımı vurgulayan Berzoff ve Drisko (2015a) sosyal hizmet kuruluşlarının klinik sosyal hizmet uygulamalarını ve eğitimini daha doğrudan ve aktif bir şekilde desteklemelerini önermekte olup CSWE'nin klinik sosyal hizmet yetkinlik modelini çok daha geniş ve daha kapsayıcı katılımcılarla güncellemek için genişletilmiş bir çalışma grubu oluşturmasını, bu gruba eğitimcilerin yanı sıra sosyal hizmet kuruluşları ve sivil toplum kuruluşu temsilcilerinin de çağırılmasını gerekli görmektedir. Ayrıca, klinik saha eğitmenleri/süpervizörleri için standartların, bu rolleri üstlenmeden önce önemli klinik deneyim gerektirecek şekilde güçlendirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar.

Doktora düzeyinde sosyal hizmet eğitiminin son 20 yılda özellikle araştırmacı rolüyle göze çarpan meslek elemanlarının yetiştirilmesi değerlendirildiğinde bu durumun faydalarının yanında birtakım dezavantajları da beraberinde getirdiği ifade edilmektedir (Reisch, 2018; Berzoff ve Drisko, 2015a). Bu eğilimin temel sebebinin, sosyal hizmetin temel uygulama konularından, sorunlarından ve teorilerinden uzaklaşmış, araştırma becerisine ağırlık veren meslek elemanlarının sayısının artması olduğu belirtilmektedir. Bunun yanı sıra doktora düzeyinde klinik eğitimcilere de ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır.

Sonuç

Ele alınan bilgiler ışığında klinik sosyal hizmette doğrudan uygulama odaklarının daha belirgin olduğu görülmektedir. Ancak buna rağmen, klinik sosyal hizmet uzmanları, mesleğin tarihsel misyonuna ve değerlerine bağlı kalmaya ve toplumdaki tüm gruplara, özellikle de görünür olmayanlara duyarlı sosyal politikalar ve hizmet sunumu için başkalarıyla mücadele etmeye çalışmalıdır (Goldstein, 1996). Sosyal hizmet disiplini öğrencileri değişim ajanı olmaları için eğiten ve danışanların sosyal çevrelerini değiştirmelerini sağlayan tek meslek olmuştur. Bu nedenle, sosyal hizmet eğitiminin birincil amacı, öğrencileri eleştirel düşünmeye teşvik etmektir. Bu bakış açısıyla eğitim-öğretim alan bireyler kendi kapasiteleri ve değerleri hakkında bir fikir edinir ve ihtiyaç sahibi insanlara hizmet sunumunu etkileyen çevresel ve kişilerarası faktörler hakkında düşünür, nedenler ve sonuçlar arasında bağlantı kurar. Bu anlayışın kazandırılması, salt bilgi aktarımının ve ölçülebilir yetkinliklerin birikiminin ötesine geçer (Reisch, 2013). Bu bilgi ve becerilere sahip meslek elemanları, her kişi ve koşul özelinde değerlendirme, analiz ve müdahale seçeneklerini şekillendirebilecek bir beceri haznesine sahip olacaktır.

Kaynakça

- Acar, H., İçağasıoğlu-Çoban, A., Polat, G. (2017). *Sosyal hizmetlerde yanlış uygulamalar, etik ihlaller ve sorunlara ilişkin bir araştırma*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Derneği.
- Akarçay-Ulutaş, D., Ulutaş, Z., Gürbüz, B. (2019). Farklı Kültürlerle Çalışma Deneyimi: Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Alan Uygulamasına Yönelik Görüşleri. Mehmet Kırlioğlu, Hasan Hüseyin Tekin (Ed.), *Güncel Sosyal Hizmet Çalışmaları* (173-188). Konya: Çizgi Kitabevi.
- Association of Social Work Boards (ASWB) (2018). Model Social Work Practice Act. <https://www.aswb.org/wp-content/uploads/2020/12/Model-law-for-web.pdf>
- Berzoff J., Drisko J. (2015a). What clinical social workers need to know: Bio-psycho-social knowledge and skills for the twenty first century. *Clinical Social Work Journal*, 43, 263-273.
- Berzoff, J., Drisko, J. (2015b). Preparing PhD-level clinical social work practitioners: An ongoing responsibility of the academy. *Journal of Teaching in Social Work*, 35(1-2), 82-100.
- Bogo, M. (2015). Field education for clinical social work practice: Best practices and contemporary challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43, 317-324.
- Collins, S. (2007). Statutory social workers: Stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences. *British Journal of Social Work*, 38(6), 1173-1193.
- Council on Social Work Education (CSWE) (2009). *Advanced social work practice in clinical social work practice*. Washington, DC: Council on Social Work Education.
- Council on Social Work Education (CSWE) (2015). Educational policy and accreditation standards for baccalaureate and master's Social Work Programs. <https://www.cswe.org/getattachment/Accreditation/Standards-and-Policies/2015-EPAS/2015EPASandGlossary.pdf.aspx>
- Cummings, S. M., Foels, L., Chaffin, K. M. (2012). Comparative analysis of distance education and classroom-based formats for a clinical social work practice course. *Social Work Education*, 32(1), 68-80.
- Ekeland, T., Bergem, R., Myklebust, V. (2019). Evidence-based practice in social work: perceptions and attitudes among Norwegian social workers. *European Journal of Social Work*, 22(4), 611-622.
- Frank, M. G. (1980). *Clinical social work: Past, present, and future challenges and dilemmas*. In P. Ewalt (Ed.), *Toward a definition of clinical social work* (pp. 13-22). Washington, D.C.: National Association of Social Workers.
- Goldstein E. (1996). What is clinical social work? Looking back to move ahead. *Clinical Social Work Journal*, 24(1), 89-104.
- Goldstein, E. (2007). Social work education and clinical learning: Yesterday, today and tomorrow. *Clinical Social Work Journal*, 35, 15-23.
- Goldstein, E. G. (1995). *Ego psychology and social work practice*. New York: The Free Press.
- Gonzalez, M. J., Gelman, C. R. (2015). Clinical social work practice in the twenty-first century: A changing landscape. *Clinical Social Work Journal*, 43, 257-262.

- Johnson, Y., Munch, S. (2010). Faculty with practice experience: The new dinosaurs in the social work academy? *Journal of Social Work Education*, 46(1), 57-65.
- Mrazek, P. J., Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers of preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- National Association of Social Workers (NASW) (2017). Code of ethics. <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>
- National Association of Social Workers (NASW) Standards for clinical social work in social work practice (2005). <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=Y0g4qdefLBE%3D&portalid=0>
- Nişancı, A. (2018). Kimler psikoterapi yapabilir? ABD örneğinde sosyal hizmet ve danışmanlık meslekleri üzerine bir değerlendirme. <https://sosyalhizmetseruveni.wordpress.com/>
- Özbesler, C., İçağasioğlu-Çoban, M. A. (2009). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-45.
- Pearlman, C. (2013). Adjuncts in social work programs: Good practice or unethical? *Journal of Teaching in Social Work*, 33(2), 209–219.
- Perez-Foster, R. (1998). The clinician's countertransference: Psychodynamics of culturally competent practice. *Clinical Social Work Journal*, 26(3), 253-270.
- Reisch M. (2013). Social Work education and the neo-liberal challenge: The US Response to Increasing Global Inequality, *Social Work Education*, 32(6), 715-733.
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Richmond, M. E. (1922). *What is social casework? An introductory description*. New York: Russell Sage Foundation,.
- Simpson G. A, Williams JC, Segall A.B. (2007). Social work education and clinical learning. *Clinical Social Work Journal*, 35, 3-14.
- Strean, H.S. (1993). Clinical social work: An evaluative review. *Journal of Analytic Social Work*, 1, 5-23.
- Thyer, B.A. (2007). Social work education and clinical learning: Towards evidence-based practice? *Clinical Social Work Journal*, 35, 25–32.
- Turner, F. J. (2005). *Encyclopedia of canadian social work*. Canada: Wilfrid Laurier University Press.
- United States Agency for International Development (USAID) (2008). Social work education and the practice environment in Europe and Eurasia. http://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Social_Work_Education_and_the_Practice_Environment_in_Europe_and_Eurasia_1.pdf
- Weissman, M. M., Verdeli, H., Gameraoff, M. J., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L., Fitterling, H., Wickramaratne, P. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives of General Psychiatry*, 63, 925-934.

Zastrow, C. ve Bremner, J. (2004). Social work education responds to the shortage of persons with both a doctorate and a Professional social work degree. *Journal of Social Work Education*, 40(2), 351-358

Zubaroğlu-Yanardağ, M. (2016). Çözüm odaklı kısa terapiye dayalı bireylerle sosyal hizmet müdahalesinin üniversite öğrencilerinin umutsuzluk ve stres düzeylerine etkisi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilimdalı.

Zubaroğlu-Yanardağ, M., Özmete, E. (2017). Bir mesleki uygulama alanı olarak geçmişten geleceğe klinik sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28 (1), 203-225.



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi
TSHD
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually
<https://edergi.saglik.gov.tr/>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2021 Aralık/December
Sayı/Issue: 18

OTİZMLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERDE SOSYAL DESTEK SİSTEMİNİN ÖNEMİ

İpen İlknur ÜNLÜ¹
Rıza GÖKLER²

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 13.09.2021
Revizyon Tarihi/Date Revised:20.09.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 05.10.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: [10.46218/tshd.994683](https://doi.org/10.46218/tshd.994683)

Makale Künyesi/To cite this article: Ünlü, İ.İ ve Gökler, R.(2021, Aralık). Otizmlili çocuğa sahip ailelerde sosyal destek sisteminin önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18: 194-215. Doi: [10.46218/tshd.994683](https://doi.org/10.46218/tshd.994683)

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: İpen İlknur ÜNLÜ, , Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, ipen_unlu@hotmail.com ORCID: 0000-0001-7772-9762

Öz

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) belirtileri genellikle 18 ay ile üç yaş arasında fark edilen veya teşhis edilen sosyal etkileşim ve belirgin iletişim eksikliği olan, tekrarlayıcı davranış kalıpları ile karakterize edilen karmaşık gelişimsel bir bozuktur. Çocukların otizm tanısı alması ile ailelerin otizmlili çocukla birlikte yaşama süreci başlamaktadır. Bu süreçte aileler ekonomik, psikolojik, duygusal ve sosyal açıdan birçok zorlukla karşı karşıya kalmakta ve birçok olumsuz duyguyu daha yüksek düzeyde yaşamaktadır. Ailelerin bu süreçte kendilerini yalnız hissetmemeleri, yaşadıkları bu zorlukları atlattıklarında ve otizmlili çocuğun varlığına başarılı bir şekilde uyum sağlamalarında sosyal destek sistemi önemli bir rol oynamaktadır. Otizmlili çocuk ve ailesinin sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu konuların belirlenmesi, bu alanda çalışan profesyonellerin hazırlayacağı psikososyal müdahaleler için önemli ipuçlarının elde edilmesini sağlayabilir. Bu doğrultuda otizmlili çocuğa sahip ailelerde sosyal destek sisteminin öneminin anlaşılması öncelikle bu desteklerin neler olduğu ve hangi etkileri olduğu sorusunun aydınlatılması ile olacaktır. Diğer yandan bireylerin güçlenmesini, özgürleşmesini, sosyal uyumunu, değişimini ve gelişimini destekleyen bir disiplin ve meslek olan sosyal hizmet alanına katkı sağlama fırsatı sunacaktır. Bu çalışmada, öncelikle otizmin gelişimsel özellikleri, otizmin aileye etkileri ele alınmıştır. Genel

anlamda “sosyal destek sistemi” ve “otizmlili çocuğa sahip ailelerde sosyal destek sistemi” konuları ele alınarak, sosyal destek sistemlerinin neler olduğu ve hangi etkileri olduğu açıklanmıştır. Ayrıca otizmlili çocuğa sahip ailelere sosyal desteğin sağlanmasında sosyal hizmet mesleğinin rol ve sorumluluklarının tanımlanması yapılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Otizm, çocuk, aile, sosyal destek, sosyal hizmet*

THE IMPORTANCE OF SOCIAL SUPPORT SYSTEM IN FAMILIES WITH A CHILD WITH AUTISM

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a complex developmental disorder characterized by repetitive behavioral patterns with a marked lack of social interaction and communication, with symptoms generally noticed or diagnosed between 18 months and three years of age. When children are diagnosed with autism, the process of living together with a child with autism

¹ Sosyal Hizmet Uzmanı, SBÜ, Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi, ipen_unlu@hotmail.com ORCID: 0000-0001-7772-9762.

² Prof. Dr. Sosyal Hizmet, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, rizagokler@gmail.com, ORCID:0000-0002-9821-4095.

begins. In this process, families face many economic, psychological, emotional and social difficulties and experience many negative emotions at a higher level. The social support system plays an important role in ensuring that families do not feel alone in this process, overcome these difficulties and successfully adapt to the presence of a child with autism. Determining the issues that the autistic child and his family need social support can provide important clues for psychosocial interventions to be prepared by professionals working in this field. In this direction, understanding the importance of the social support system in families with children with autism will be primarily by clarifying the question of what these supports are and what effects they have. On the other hand, it will provide an opportunity to contribute to the field of social work, which is a discipline and profession that supports the empowerment, liberation, social cohesion, change and development of individuals. In this study, first of all, the developmental characteristics of autism and the effects of autism on the family are discussed. In general, "social support system" and social support system in families with children with autism were discussed and what social support systems are and what effects they have are explained. In addition, the roles and responsibilities of the social work profession are defined in providing social support to families with children with autism.

Keywords: Autism, child, family, social support, social work

Giriş

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), dünya genelinde var olan, her kültürde görülen evrensel bir bozukluktur. Günümüzde pek çok ülkenin OSB sıklığı ve bölgeler arasındaki dağılımı bilinmemekle birlikte dünya genelinde OSB sıklığının arttığı belirtilmektedir (Susuz ve Doğan, 2020: 298). 2020 Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]), 2016 verilerine göre ABD'deki yaklaşık 54 çocuktan 1'ine otizm spektrum bozukluğu (ASD) teşhisi konulduğunu, erkek çocuklarda kız çocuklarına oranla 3-4 kat daha fazla olduğunu bildirdi. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2021) verilerine göre dünyada otizmin görülme sıklığı 1/160'dır.

"Otizm" terimini ilk kez ABD'li çocuk psikiyatristi Leo Kanner 1943'te tanımlamıştır. Leo Kanner, otizmi "Erken Bebeklik Otizmi" olarak adlandırmıştır. Bu çocuklar genelde konuşmakta oldukça gecikirler, normal olmayan şekilde konuşurlar ya da hiç konuşmazlar (akt. Todd, 2017). Kanner'e göre otizmin "otistik yalnızlık, değişikliğe karşı olma ve yeteneklerdeki aşırı seviye farkı" olmak üzere üç karakteristik özelliği vardır (akt. Borazancı Persson, 2018). Kanner'ın kullandığı "otizm" kelimesi çocukluk şizofrenisi olarak algılanarak, yıllarca yetişkin şizofrenilerin çocuklukta hali olarak anlaşılmıştır. Kanner'a göre otistik davranışların nedeni "buzdolabı ana-babalar"ın çocuğa huzurlu yaşam vermemesidir (akt. Borazancı Persson, 2018; 22). 1970'li yıllardan sonra otizmin şizofreniden tamamen farklı bir kategoride olduğu ortaya konulmuştur.

Otizmin tanı ölçütleri, uluslararası sınıflandırma sistemlerinde ilk olarak 1967 senesinde ICD-8 içinde yer almıştır. O tarihten 2013 yılında yayınlanan DSM-5'e kadar bu ölçütler birçok kez değişikliğe uğramıştır (Kaba ve Soykan Aysev, 2020). Psikiyatri sınıflandırma sisteminde otizm ilk kez 1980'de DSM-III'de yerini almıştır. DSM-IV'de ise Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) tanımı kullanılmış ve Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu, Rett Bozukluğu Dezintegratif Bozukluk ve Başka Türü Adlandırılmayan YGB olmak üzere 5 alt kategoriden söz edilmiştir. Günümüzde ise Mayıs 2013'te yayınlanan DSM-5'te tanı kategorisinde önemli bir değişim geçirerek otizm tanısıyla ilgili DSM-5 tanı ve ölçütleri esas alınmaktadır. DSM-5 te "sosyal iletişim

ve sosyal etkileşimde yetersizlikler” ve “tekrarlayıcı davranışlar ve ilgiler” olmak üzere OSB'nin belirtileri sıralanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-5'te Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı Ölçütleri aşağıdaki gibi değerlendirilmektedir.

A. Şimdi veya geçmişte farklı şekillerde görülen toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde görülen sürekli yetersizliğin olması.

1. Diyalog kuramamak, iletişimi sürdürememek, duygu paylaşımındaki yetersizlikler gibi toplumsal-duygusal karşılık vermede yetersizlikler,
2. Göz teması, jest ve mimiklerin kullanılması gibi sözel olmayan iletişim davranışlarında yetersizlikler,
3. İlişkileri kurma, anlama, geliştirme ve devam ettirmekteki zorluklar.

B. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendisini gösteren, kısıtlı, tekrarlanan davranışlar ya da etkinlikler.

1. Basmakalıp ya da tekrarlayıcı motor hareketler, eşya kullanımı veya konuşma.
2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına eksiklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar.
3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları ve yaygın olmayan nesnelere anormal ilgi.
4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyuşal boyutuna olağandışı bir ilgi gösterme.

C. Belirtiler gelişimin erken evrelerinde başlamış olmalı.

D. Belirtiler sosyal, mesleki, toplumsal ve önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik olarak anlamlı seviyede bozukluğa neden olur.

E. Bu bozukluklar, anlıksal yetiyitimi veya genel gelişimsel gerilik kaynaklı olmamalıdır (APA, 2013).

Otizmin kliniği kişiden kişiye ve eşlik eden hastalıklara bağlı olarak değişebilmektedir (Darıca, Abidoğlu, Gümüştü, 2017:33; Borazancı Perssons, 2018: 52). Bu nedenle otizmlili çocukların özellikleri birbirinden farklı olabilmektedir. Yaşamın ilk bir senesinde bu durumdan şüphelenen aile sayısı oldukça kısıtlı olmakla beraber, son yıllarda çocuk hekimlerinin bu alanda duyarlılığının artması ile bu yaş diliminde hekim başvuruları artmıştır. Bunlarla birlikte ebeveynlerin de çocuklarının yaş dönemi özelliklerindeki farklılıklarını fark etmeleri veya şüphelenmeleri sebebiyle psikiyatriye başvuran ailelerin sayısı her geçen yıl artmaktadır (Mukaddes, 2017).

Genellikle otizmlili çocuklarda 0-1 yaş arasında göz kontağı az veya yoktur; gülümseme ve seslenmeye yanıt kısıtlıdır. 1-2 yaş arasında, 0-1 yaş arasındaki belirti ve bulgulara ek olarak motor aktivite azlığı, ince-kaba motor beceri eksikliği, takıntılı ve tekrarlayıcı davranışlar görülmektedir. Otizmlili tanılı çocukların %60-70'inde baştan itibaren sosyal-iletişimsel alanda kısıtlılıklar vardır ve bunlar bir yaş civarı fark edilir. Diğer

yüzdeler kısmı ise iki yaşına kadar normal gelişim göstermekte olup, sonrasında kazanılmış becerilerde gerileme görülmektedir. Dil becerileri çoğu zaman geridir, diğer yaşlılarından farklı olarak hem komutları anlama ve anlamlı kelimeler üretmekte sıkıntıları vardır. 2-3 yaş dönemi ise, sıklıkla konuşma gecikmesi, eskiden mevcut beceriler de gerileme olması sebebiyle en sık hekim başvurularının olduğu dönemdir. Bu yaş grubunda kısıtlı taklit, yalnızlığı tercih etme, başkalarına bakmama, sosyal gülümseme, seslenildiğinde bakmama, boş gülme, erişkinlerin ilgisini çekmede isteksizlik, başka çocuklarla oynamama gibi sıklıkla rastlanan bulgulardır. 4-5 yaş arasında yine yaşlılarından farklılık, kısıtlı jest ve mimikler, başkaları ile etkileşime girmede isteksizlik, yaşlılarıyla ilişki sürdürmemeye, basit taklide dayalı becerilerde kısıtlılık, empati kuramama, daha kısa cümleler, tekrarlayıcı konuşmalar, söyleneni tekrarlama, monoton bir ses tonu vardır. Sallanma, kendi etrafında dönme, parmak ucunda yürüme, oyuncakların belli parçaları ile oynamak, aynı kıyafetleri giymek, aynı yoldan yürümek gibi ısrarla değişime karşı direnç gösterme vardır (Darıca, Abidoğlu, Gümüşçü, 2017; Mukaddes, 2017).

Okul çağına geldiğinde önceki dönemlerde görülen temel belirtiler sürmekte, bazen ise eğitimin ve gelişimin katkısı ile belirtilerin bir kısmında kısmi iyileşmeler görülmektedir. Ancak bu dönemde daha fazla sosyal beceri gerekmektedir. Değişime dirençli olduklarından yeni ortamlara alışmaları oldukça zordur. Okula uyum konusunda, bu çocuklar çok fazla akademik ve sosyal uyum sorunları ile baş etmek durumundadırlar. Bunun yanı sıra arkadaş çevresi tarafından küçümsenme ve dışlanmayla karşı karşıya kalılabilmektedir (Mukaddes, 2017).

Ergenlik döneminde ise otizmin belirtileri ve şiddetleri değişerek sürmektedir. Genellikle bu dönemde gerek tedavinin gerek gelişimsel faktörlerin katkısı ile motor stereotiplerde azalma söz konusudur. % 60-70 sözel beceri bulunmaktadır. Ancak özellikle bu dönemde hijyen ihtiyacı daha fazla arttığından, önceki yaş döneminde kazanılmamış öz bakım becerileri önemli sorunlara yol açmaktadır. Ergenlik döneminin temel özelliklerinden olan ebeveynlerden ayrılma, bağımsızlığı deneme ve yaşıt ilişkilerini yoğun ve yakın yaşama dönemi, bu bireylerin gereken donanıma sahip olmamaları nedeniyle bireylerde bağımsızlaşma görülmemektedir. Bu dönemde öfke ve dürtü kontrol sorunları, değişime direnç, karşı cinsiyet ile ilişkilerde zorluk yaşanmakta ve bunlara bağlı olarak depresyona sık rastlanmaktadır (Darıca, Abidoğlu, Gümüşçü, 2017; Mukaddes, 2017).

Görüldüğü üzere çocukların gelişimini olumsuz yönde etkileyen OSB, antisosyal davranış gibi davranış problemleri, iletişim ve sosyal etkileşimde yetersizlikler, duyuşal problemler nedeniyle çocukların duygularını ifade edememesi gibi sıkıntılar nedeniyle bir ailenin karşılaşılabileceği en zorlu çocukluk gelişimsel yetersizliklerinden biridir (Gray, 2006: akt: Fletcher, Markoulakis ve Bryden, 2012).

Bir çocuğun otizmlı olması, sadece otizm tanısı alan çocuğu değil onun bakımını üstlenen aile bireylerini ve yakın çevresini de etkilemektedir. Çocukların otizm tanısı alması ile birlikte aileler otizmlı bir çocukla yaşama sürecine başlamaktadır. Bir çocuğun otizm tanısı alması ile birlikte çocuğun ailesinin hayatı birçok yönüyle

değişmekte, ailenin üstelendiği görev ve sorumluluklar değişebilmektedir. Otizm tanısı ile birlikte ailenin; aile içi ilişkileri, çevreyle olan ilişkileri, psikolojik, sosyal ve ekonomik yaşantıları büyük ölçüde değişebilmektedir. Wong ve Smith (2006), otizmin sonuçlarının aile içi ilişkiler ve diğer ilişkileri, istihdam, boş zaman etkinlikleri, yaşam standartları, sosyal ve kişisel işlevi, bireyin ve ailenin yaşam kalitesi dahil olmak üzere birçok alanı etkilediğini belirtmiştir. Ailelerin yaşadıkları tüm bu süreç içerisinde yaşadıkları zorluklarla başa çıkmalarını kolaylaştırmada sosyal destek sistemi önem kazanmaktadır. Otizmlili çocuğa sahip ailelerin otizmden kaynaklı zorlukların üstesinden gelme yöntem ve becerileri çevreden gördükleri sosyal destek sistemleri ile yakından ilişkilidir. Sosyal destek sistemi bireyin maddi, manevi, duygusal, psikolojik bireyin çevresinden gelen tüm destek sürecini içermektedir.

Otizmin yol açtığı etki ve sonuçlara bakıldığında psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarının önlenmesi ve koruyucu çalışmaların sürdürülebilmesi disiplinler arası bütüncül yaklaşımı gerektirir. Bu zorlu süreçte ailelerin otizmden kaynaklanan psikolojik, sosyal sorunlarını belirleme ve sorunlarına çözüm bulabilmede şüphesiz ki sosyal hizmet mesleğine olan ihtiyaç oldukça fazladır. Otizmlili çocuğun ve ailesinin topluma katılmasının önünde engel olan sorunlara psikolojik, ekonomik ve sosyal yönlerden destek vererek iyileştirici müdahalelerde bulunan uzmanlık alanı sosyal hizmettir. Dolayısıyla sosyal ve toplumsal işlevselliklerinin sağlanarak otizmlili çocuk ve ailesinin topluma katılımlarının sağlanmasında profesyonel sosyal destek sağlayan sosyal hizmet uzmanına büyük sorumluluk düşmektedir.

Bu doğrultuda “Otizmlili Çocuğa Sahip Ailelerde Sosyal Destek Sisteminin Önemi” isimli bu makalede otizmin aileye etkileri, sosyal destek sistemi, otizmlili çocuğa sahip ailelerde sosyal destek sistemi ve sosyal desteğin sağlanmasında sosyal hizmet mesleğinin rol ve sorumlulukları ele alınacaktır.

1. Otizmin Aileye Etkileri

Her ailenin kendisine özgü bir yapısı, düzeni ve ebeveynlerin üstelendiği sorumlulukları vardır. Aileye yeni bir çocuğun katılımı ile birlikte her zaman aile ilişkilerinde ve ebeveynlerin rollerinde bir takım değişiklikler meydana gelir. Her anne baba sağlıklı bir çocuğa sahip olmak istemektedir. Ancak beklenilenden farklı otizm gibi gelişimsel bozukluğu olan bir çocuğa sahip olmak ailede çok yönlü bir etkileşim sürecini başlatmaktadır. Otizm gibi farklı özelliklere sahip bir çocuğun anne ve babası olma rolü, anne ve babaların kendi seçtikleri bir rol olmayıp, genellikle bu role hazır değildirler. Otizmlili bir çocuğun fark edildiği andan itibaren, ailenin bu tanıyı kabullenmesi oldukça zor olup, çocuğun dünyaya gelmesiyle hissedilen sevinç yerini şok duygusu, şaşkınlık ve yoğun bir kedere bırakabilmektedir (Özkubat vd., 2014; Yukay Yüksel ve Bostancı Eren, 2013). Otizmlili çoğu çocuk zorlayıcı davranışlar sergilemektedir (Lecavalier, 2006; Matson ve Nebel-Schwalm, 2007). Çocuktaki otizmin derecesinin ve çocuğun davranış sorunlarının boyutunun ebeveyn ve aile yaşamı üzerinde büyük bir etkisinin olduğu iyi bilinmektedir (Werner, 2001). Yapılan araştırmalar, ailelerin yaşamlarında finansal (Jarbrink, Fombonne ve Knapp, 2003; Sen ve Yurtsever, 2007), sosyal (Gray, 1993),

sağlık (Allik, Larsson ve Smedge, 2006; Dunn, Burbine, Bowers ve Tantleff-Dunn, 2001; Hastings vd., 2005) ve ailenin genel yaşamını/yaşam tarzını (Gray, 1993; Higgins, Bailey, & Pearce, 2005; Jarbrink vd., 2003; Sen ve Yurtsever, 2007) etkileyen bir dizi alanı ortaya çıkarmıştır.

Stres: Normal gelişim gösteren çocuklardan farklı olarak otizmliler çocukların gelişim aşamalarında bir takım eksiklikler gözlemlenmektedir. Her bir otizmliler çocuğun gelişim aşamaları, özellikleri ve davranışları birbirinden farklı olabilmektedir. Otizmliler çocukların otizmin doğasından kaynaklı olarak kendilerine özgü davranış özellikleri vardır. Kendilerine ve başkalarına karşı öngörülemez saldırganlık, konuşma bozukluğu, tekrarlanan sözcükler ve davranışlar, ani ruh hali değişimleri, uyumsuzluk ve karşıt davranış otizmliler çocukların ebeveynleri tarafından bildirilen en yaygın zorlayıcı davranış sorunları arasındadır (Baker ve Feinfeld, 2003). Bu davranışlar yaşam boyunca otizmliler çocuklarda yaygın olarak görülmekle birlikte otizmliler çocukların ebeveynleri için ağır düzeyde stres ve depresyon kaynağı olabilmektedir (Sivberg, 2002; Bloch ve Weinstein, 2009; ; Ludlow, Skelly ve Rohleder, 2012; Wang ve diğ., 2011).

Fujiura, Roccoforte ve Braddock (1994), otizmliler çocukların bakımının çoğunun aileler tarafından sağlandığını belirtmişlerdir. Otizmliler çocuğa sahip ebeveynlerin adaptasyonuna ilişkin yapılan araştırmalarda, hem annelerde hem de babalarda yüksek düzeyde stresin var olduğu bulunmuştur (Donaldson, Hays ve Romani, 2019). Çocuğun iletişim bozukluğu, uygunsuz sosyal katılım ve zorlayıcı davranışlarla ilişkili benzersiz stres faktörlerinin de ebeveynlerin uyum işlevini önemli ölçüde etkilediği görülmektedir.

Alan yazına bakıldığında çalışmalar otizmliler bir çocuğun ebeveyni olmanın, diğer gelişimsel yetersizliği veya kronik bir rahatsızlığı olan çocuğa ebeveynlik yapmaktan çok daha zor olduğunu ve büyük stres yaratabileceğini göstermektedir (Burrell, Thompson ve Sexton, 1994; Tunali ve Power, 2002; Sounders, DePaul, Freeman ve Levy, 2002; Donaldson, Hays ve Romani, 2019). Araştırmalar, yüksek düzeyde stresle birlikte OSB'li çocukların ebeveynlerinin, çoğu zaman depresyon ve kaygı şeklinde olmak üzere, kendi psikolojik sıkıntılarıyla da mücadele ettiğini göstermiştir (Davis ve Carter, 2008).

Huang ve arkadaşları (2013) otistik davranışların, duygusal ve davranışsal sorunların otizmliler çocuğa sahip ailelerin stres düzeyleri üzerindeki etkilerini incelemiştir. Araştırma sonuçlarında, hafif ve orta derecede otistik davranış sorunu olan çocukların anne babalarının, sorunu olmayan ya da ağır düzeyde otistik çocukların anne babalarına kıyasla, anne-baba-çocuk ilişkisinde daha yüksek stres yaşadıklarını göstermiştir. Daha olumlu sosyal davranışlar sergileyen çocukların ebeveynleri, ebeveyn-çocuk ilişkisinde daha düşük stres düzeyine sahip olduklarını göstermiştir. Yoğun davranış sorunu sergileyen otizmliler çocukların ebeveynlerinin yüksek düzeyde stres yaşadıkları saptanmıştır.

Fiziksel rahatsızlık: Otizmliler çocuğa sahip aileler, çocuğun iletişim bozukluğu, uygunsuz sosyal katılım ve zorlayıcı davranışları karşısında sadece zihinsel ve duygusal sağlıklarında bozulma yaşamazlar, aynı zamanda fiziksel sağlıklarında da çeşitli bozulmalar yaşarlar (Johnson, Frenn, Feetham ve Simpson, 2011). Johnson ve arkadaşları (2011) tarafından otizmliler çocuğa sahip 89 anne ve babaya Rand SF 36 maddelik kısa formu

sağlık anketi yapılmıştır. Bu anket ebeveynlerin fiziksel ve zihinsel sağlıklarını ölçmek için kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, 65 anne ve 24 babanın normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine kıyasla fiziksel sağlık puanlarının önemli ölçüde daha düşük olduğu görülmüştür. Özellikle, otizmlili çocuğun vazgeçilmez bakıcısı olan annenin fiziksel sağlığının otizmlili çocuğun yaşının büyümesiyle etkilendiği bulunmuştur.

Ekonomik: Aileler otizmlili çocuğa sahip olmaları ile birlikte ekonomik odaklı birçok sorun yaşayabilmektedir. Dobson ve Middleton (1998) engelli bir çocuğu yetiştirmenin maliyetinin, engelli olmayan bir çocuğu yetiştirmenin maliyetinden yaklaşık üç kat daha fazla olduğunu tahmin etmektedir. Jarbrink ve arkadaşları da (2003), otizmle birlikte ailenin karşılaştıkları maliyetlerin son derece yüksek olduğunu, bu durumun ailenin maddi sorunlar yaşamasına ve yoksulluk çekmesine neden olabileceğini belirtmiştir. Otizmlili çocuğun tedavi masrafları, özel dersler, özel eğitim, çocuk bakımı, beslenme ve özel diyetler, pahalı besinler, otizm bozukluğuna bağlı ekonomik maliyetin önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Eşler arası ilişkiler: Daha öncede değinildiği gibi, otizmlili bir çocuğa ebeveynlik yapmak birçok nedenden dolayı streslidir (Moes, 1996, akt. Weiss, 2002). Bu nedenlerden birinin gelişimsel bozukluğu olan çocukların çiftlerin üzerindeki olumsuz etkisi olduğu söylenebilir. Otizmlili çocuğun varlığı ailenin evlilik yaşantısı başta olmak üzere ailenin rol ve işlevlerini yeniden şekillendirmektedir. Aileye gelişimsel geriliği olan bir çocuğun katılımı tüm aile bireylerini kapsayan bir değişim olmakla birlikte bu sorumluluk genellikle annelere yüklenmektedir. Bu durumdaki ailelerde anne, aile içindeki yükleri en çok taşıyan birey olarak karşımıza çıkmaktadır (Eracar, 2003). Babalar ise genellikle iş yaşamında olup evi geçindirmek için çalışmaktadır. Böylece otizmlili çocuğun bakım sorumluluğunu çoğunlukla anneler yüklenmekte, bu durum ise annelerde bakım yükü nedeniyle tükenmişliğe neden olmaktadır. Dolayısıyla bu durum eşler arası sık tartışmalara ve gerginliklere neden olarak çiftlerin evlilik ilişkisinin bozulmasına yol açmaktadır (Brobst, Clopton, & Hendrick, 2009; Greef ve Walt, 2010). Yapılan araştırmalarda otizmlili çocuğa sahip ailelerde çiftlerin normal gelişime sahip çocukların ailelerindeki çiftlere göre daha düşük evlilik doyumuna sahip oldukları, iletişim çatışmaları yaşadıkları ve birbirlerine karşı daha az ilgili oldukları ve sevgi sözcükleri kullandıkları gösterilmiştir (Ghiasee ve Sağsan, 2021; Brobst, Clopton ve Hendrick, 2009, s. 39; Gau vd., 2012, s. 264). Benzer şekilde Johnson ve arkadaşları (2011), otizmlili çocukların annelerinin eşleriyle yakınlıklarını, normal gelişim gösteren çocukların annelerine göre daha zayıf bulmuşlardır.

Kardeş ilişkileri: Otizm aile bireylerinden sadece anne ve babayı etkilemekle kalmaz aynı zamanda kardeşleri de derinden etkilemektedir. Çünkü otizmlili çocukların tıbbi tanı almasıyla birlikte çocuğun iyileşmesi ve düzelmesi için ilgi ve zamanın önemli bir kısmı otizmlili çocuk için ayrılmakta, otizmlili çocuğun gereksinimleri doğrultusunda yaşamsal düzenlemeler yapılmakta, maddi manevi tüm kaynakların çoğu otizmlili çocuk için harcanmaktadır. Bu süreçte aile içerisinde başka çocuklar varsa ebeveynler farkına varmadan onları ihmal etmektedirler. Dolayısıyla kardeşlerin otizmden etkilenmeleri kaçınılmaz olmaktadır.

Walton ve Ingersoll 'un (2015) otizmlili kardeşi olan ve sağlıklı kardeşi olan çocukları karşılaştırdıkları bir çalışmada, otizmlili çocukların kardeşlerinin normal gelişim gösteren çocukların kardeşlerine kıyasla yüksek oranda uyum güçlüğü göstermedikleri ancak cinsiyeti erkek olan kardeşlerin daha fazla davranışsal ve duygusal zorlanma yaşadıkları belirtilmiştir (Walton ve Ingersoll, 2015).

Yapılan araştırmalarda, otizmlili çocukların kardeşlerinin normal gelişim gösteren çocuklara göre sosyal-duygusal işlevselliklerinin daha düşük olduğu (Georgiades ve ark., 2013), sosyal iletişimde güçlükler yaşadığı ve dil ve bilişsel becerilerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu (Toth ve diğ., 2007) gösterilmiştir. Diğer yandan bu bulguların aksine, yapılan bazı araştırmalarda da otizmlili bir kardeşi olmasının çocukta duygusal ve davranışsal sorunlar için risk oluşturmadığı, uyum sürecinde ve kardeşlik ilişkisinin niteliğinde olumlu yansımaları olduğu belirtilmektedir (Brouzos, Vassilopoulos ve Tassi, 2017).

Sosyal Yaşam: Otizm aile yaşamının birçok alanını etkilemektedir. Özellikle aile bireylerinin sosyal yaşamını derinden etkileyen otizm, otizmlili çocuğun problem davranışlarından kaynaklı toplum içerisinde aile bireylerini çeşitli zorluklarla karşı karşıya getirmektedir. Otizmin doğasından kaynaklı davranışlar (saldırganlık, öfke, bağırma, kendisine veya çevresine zarar verme gibi) nedeniyle bazı aileler toplumun engelli bireye baskısı nedeniyle diğer insanlarla görüşmek istememekte (Aktürk, 2012), toplumdan izole bir yaşam sürmektedirler (Gray, 1997). Anneler, çocuklarına otizm teşhisi konulduktan sonra eşleri ve diğer çocuklarına yeterli zaman bulamama, eş ilişkilerinde bozulma, arkadaşlarla gergin ilişkiler ya da arkadaş kaybı, sosyal yaşamda bozulma, sosyal dışlanma ve damgalanma, sosyal ortamdan ayrılma ihtiyacı, tatile gidememe, boş zaman bulamama sorunu gibi birçok sorunla karşı karşıya kaldıklarını belirtmişlerdir (Fletcher, Markoulakis ve Bryden, 2012; Brobst, Clopton ve Hendrick, 2009).

Görüldüğü üzere, otizm sadece tanı alan bireyi değil tüm aileyi etkilemekte olup ailenin hayatı birçok yönüyle değişmektedir. Bu noktada değişen yaşamsal sorunlarla baş etmede, sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunların çözümünde, stresle baş etmede ve problem çözme sürecinde sosyal desteğin çok önemli bir rolü vardır.

2. Sosyal Destek Sistemi

Teorik temeli Kurt Lewin'in Alan Kuramı ve davranış tanımına dayanan sosyal destek sistemi, bireyin çevresi yoluyla elde ettiği desteklerin tümü olarak tanımlanabilir. Lewin'e (1930) göre yaşam alanı belirli bir zamanda bireyin davranışını etkileyen etmenlerin tümüdür. Lewin'in davranış tanımında yer alan "çevre" kavramı fiziksel çevreden farklıdır. Bu "çevre" tanımının içerisinde psikolojik bir çevre de vardır. Psikolojik çevrenin tüm öğeleri davranışı etkiler ve bu nedenle davranışı belirlemede bireysel ve çevresel faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Bu noktada çevrede yapılan değişikliklerle olumsuz davranışlar ortadan kalkacak ve yeni davranışlar kazanılacaktır. Bu noktada bireyin sosyal destek sistemi de bu psikolojik çevre içerisinde yer almaktadır (Yıldırım, 1997).

1970'li yılların başında stresin zararlı etkilerinden korunmada sosyal desteğin önemi vurgulanmış ve sosyal destek, psikolojik ve bedensel sağlık ilişkilerini içeren çalışmalar yoğunlaşmıştır (Çakır ve Palabıyıkoglu, 1997, 16). Sosyal destek kavramının önem kazanmasıyla birlikte yapılan araştırmalar arttıkça, araştırmalar ile birlikte sosyal destek üzerine birçok farklı tanımlamaların yapıldığı görülmüştür.

Cobb (1976) sosyal desteği, "kişiyi önemsendiğine, sevildiğine, değer verildiğine ve saygı duyulduğuna inandıran ve karşılıklı bir yükümlülük ve iletişim ağında önemli olduğuna inandıran bilgi" olarak tanımlamaktadır.

Lin, Simone, Ensel ve Kuo, (1979) sosyal desteği, bir bireyin diğer bireylere, gruplara ve daha geniş topluluğa toplumsal bağlar yoluyla erişebildiği destek olarak tanımlamaktadır.

House (1981) sosyal desteği, dört tür destek davranışı olarak tanımlamıştır: (a) ilgi, güven ve empatiyi içeren duygusal destek; (b) başkalarına işlerini yapmalarında yardım etmeyi, borç vermeyi ve zor günlerde ve görevlerde başkalarıyla birlikte olmayı içeren araçsal destek; (c) bir soruna çözüm sağlayabilecek bilgi vermek veya bir beceri öğretmek anlamına gelen bilgi desteği ve (d) bir iş amirinin bir astına bir işin iyi yapıldığını söylemesi gibi, kişinin kişisel performansını değerlendirmede yardımcı olan bilgileri içeren değerlendirme desteğidir. House'un önerdiği bu destek türleri birbirinden bağımsız olmayıp iç içe geçmiştir. Gottlieb (1983) göre sosyal destek, bireyin çevresinden gördüğü ilgi, sevgi, saygı, takdir, bilgi, yardım ve tavsiyeler gibi duygusal destek olarak tanımlanmıştır. Findler (2000), sosyal desteğin birçok tanımı olsa da, sosyal desteğin kişinin aidiyet duygusu hissettiği çevresinden aldığı her türlü destek olduğu konusunda literatürde fikir birliği olduğunu belirtmiştir.

Aktaş (2013) sosyal desteği, stresli ve zorlu yaşam olayları içerisinde bulunan kişiye eş, aile ve arkadaş gibi yakın çevresindekilerin yaptıkları maddi ve manevi olarak yapılan yardımlar olarak tanımlamıştır.

Aytekin (2018) ise sosyal desteği, bireyin sevilme, bakılma, saygı görme ve bir sosyal ağ içerisine dâhil olma hissiyatına varma olarak tanımlamıştır.

Tüm bu yapılan tanımların ortak noktası, sosyal desteğin ortaya çıkmasında sıkıntılı ve stres verici bir durumun söz konusu olduğu ve maddi, manevi, takdir edilme, saygı görme, aidiyet duygusu gibi gereksinimlerden sosyal destek kavramının ortaya çıktığı görülmüştür. Görüldüğü üzere sosyal destek, çok boyutlu ve farklı türleri olan karmaşık bir yapıdadır. Bireyin ailesi, akrabaları, dostları, komşuları, iş arkadaşları, içerisinde bulunduğu dinsel, sportif, sosyal, siyasi, mesleki vb. gruplar bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Sosyal destek sayesinde bireyler stresin olumsuz etkilerinden korunarak kendine güven, ait olma, kabul görme ve benlik saygısı gibi duygularını olumlu yönde destekleyerek psikolojik, fiziksel veya sosyal sorunlarını daha kolay çözebilmektedir.

Cohen ve Wills (1985) çeşitli destek tartışmalarında sunulan sosyal destek tipolojilerinden faydalanarak, sosyal desteği saygı desteği, bilgisel destek, sosyal destek ve araçsal destek olarak dört boyutta ele almıştır.

- ✓ Saygı Desteği: bir kişinin saygı görmesi, kendi değerlerine ve deneyimlerine değer verilmesi, herhangi bir zorluk ya da kişisel kusura rağmen çevresindeki kişiler tarafından kabul edilmesidir. Bu destek türü sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, değer verilme, özen gösterilme, korunma gereksinimlerini kapsamaktadır. Literatürde bu destek türü “saygınlık desteği”, “benlik saygısı desteği” ve “yakın destek” olarak da adlandırılmıştır.
- ✓ Bilgisel Destek: kişinin sorunlu durumları anlamada, tanımlamada ve bu durumlarla başa çıkmada ihtiyaç duyacağı destek biçimi olarak tanımlanmaktadır. Literatürde “tavsiye, değerlendirme desteği ve bilişsel rehberlik” olarak da adlandırılmıştır.
- ✓ Sosyal Destek: Boş zaman ve eğlence etkinliklerinde başkalarıyla vakit geçirme, arkadaş edinme, sosyal paylaşımdır. Bu destek türü, başkalarıyla ilişki ve temas ihtiyacını karşılayarak, kişilerin problemler hakkında endişelenmesini engellemeye yardımcı olarak veya olumlu duygusal ruh hallerini kolaylaştırarak stresi azaltabilir. Literatürde bu destek türü, “yaygın destek” ve “aidiyet” olarak da adlandırılmıştır.
- ✓ Araçsal Destek: Mali yardımın, maddi kaynakların ve ihtiyaç duyulan hizmetlerin sağlanmasıdır. Para başta olmak üzere tüm somut yardımları kapsamaktadır. Araçsal yardım, araçsal sorunların doğrudan çözülmesiyle veya alıcıya dinlenme ya da eğlence gibi etkinlikler için daha fazla zaman sağlayarak stresin azaltılmasına yardımcı olabilir. Literatürde bu destek türü “yardım, maddi destek ve somut destek” olarak da adlandırılmıştır.

Caplan ve arkadaşları (1985) ise, sosyal desteği duygusal destek ve somut destek olarak iki türe ayırarak açıklamaktadır. Duygusal destek; empatik dinleme, sevgi ve sempati gösterme, sosyal onay gibi psikolojik sosyal desteği içermektedir. Somut destek ise; bilgi edinmeyi sağlamak, işbirliği sağlama ve yardımda bulunmaya müsait olmak gibi araçsal desteği içermektedir (akt: Kurt, 2010: 81).

Sosyal desteğin bireylerin hayatı içerisindeki etkisini Cohen ve Wills (1985), iki model ile açıklamaktadır. Bunlar, Temel Etki Modeli ve Tampon Etkisi Modelidir. Temel Etki Modeli'ne göre, sosyal desteğin her koşulda kişi üzerinde olumlu temel etkisi vardır ve kişiye doğrudan yararlı etkileri bulunmaktadır. Sosyal destek yoksunluğu kişi üzerinde olumsuz etki yaratabilecek durumu oluşturmaktadır. Tampon Etki Modeli'ne göre ise, sosyal destek, kişileri stres yaratan olayların olumsuz etkilerinden koruyan, stresle başa çıkmasında strese karşı bir tampon işlevi görmektedir (akt. Yıldırım, 2004). Bu doğrultuda, herhangi bir kriz durumunda sosyal destek bir tampon görevi görerek, kriz durumunun olumsuz etkilerini azaltılabilir ya da bu olumsuz etkilerden kaçınmayı sağlayabilir.

Sosyal destek kısacası, her türlü yaşam durumunda bireyin gereksinim duyduğu ihtiyaçlarının eş, arkadaş, akraba, profesyoneller gibi yakın çevresinden gerekli ihtiyaçlarının tatmin edilmesi ve aynı zamanda biyolojik, sosyal ve ruhsal iyilik halinin sürekliliğinin sağlanması, artırılması ve korunması bakımından önemli olmaktadır (Özbesler, 2001).

3.Otizmli Çocuğu Olan Ailelerde Sosyal Destek Sistemi

Hayatın birçok alanında etkileri gözlenen otizmin, tanı alan birey kadar aile bireylerini de derinden etkilediği görülmektedir. Gelişimsel farklılığı olan özel gereksinimli çocuğa sahip olmak aile bireyleri için stres ve kaygı verici bir durumdur. Otizm tanısı ile birlikte ailenin hayatı çok yönlü olarak değişime uğramaktadır. Otizmin kendine özgü problem davranışları olması nedeniyle ailelerin otizmi anlaması, tanınması ve otizmle baş etmesi oldukça zor olmaktadır. Otizm tanısı ile birlikte ailelerin, normal bir çocukla ilgili tüm beklentileri sona ermekte, aileler “şok, çaresizlik, inkâr, üzüntü, kaygı, stres, kabullenememe” gibi bir dizi tepki vermektedir. Otizmli çocuğun anne babasında zamanla kendini suçlama, yas, kendine yönelik şüphe gibi olumsuz duygular yaşanmaktadır. Anne-babalar çocuklarının diğer çocuklar gibi gelişip gelişmeyeceğini, diğer çocuklar gibi okula gidip gidemeyeceğini, bağımsız birer yetişkin olup olamayacakları konusunda meraklıdır. Hatta anne-babalar çocuklarının geleceği hakkında korku, endişe ve kaygı yaşayabilmektedirler (Uyanık Balat, 2003). Tüm bu süreç içerisinde aileler otizmli çocuğun bakımı, gelişimi ve eğitimi için bilgi-becerilere hatta otizmle ilgili deneyimlenen tecrübelere ihtiyaç duymaktadır. Bu noktada her bir aile üyesinin ihtiyaç duyduğu destek türü farklı olmakla birlikte genellikle anne-babalar eş, çocuk, arkadaş, akraba, komşu ya da profesyonel meslek elemanlarından sosyal destek alma ihtiyacı duymaktadır. Otizmli bir çocuğun varlığına başarılı bir şekilde uyum sağlamayı, otizmden kaynaklı yetersizlikle ilgili sorunların azaltılmasını ve aile bireylerinin bu sorunlarla başa çıkmalarını kolaylaştıracak etmenlerden birisi sosyal destek hizmetlerini sağlamaktır. Çünkü sosyal destek hizmetleri otizmli çocuğu olan aileler için önemli bir güç kaynağıdır. Gelişimsel geriliği olan çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları stresle başetme ve duruma uyum çabalarında en önemli etmenlerden birisinin, ailenin sahip olduğu iç ve dış kaynaklardır. Bu kaynaklar, aile bireylerinin kişisel kaynaklarını, ailenin rol yapısını ve özelliklerini, ailenin akraba, dost, komşu, arkadaş, profesyonellerden ve toplumdaki diğer kurum ve kuruluşlardan aldıkları sosyal desteği içermektedir (Küçükler, 2001). Yani çok boyutlu bir yapısı olan sosyal destek sistemi, hem aile içi hem de aile dışı alınan desteği içermektedir.

Dunst, Trivette ve Cross (1986) sosyal desteği, araçsal destek, tutum aktarımı, kaynak ve bilgi paylaşımı, duygusal ve psikolojik desteği içeren çok boyutlu bir yapı olarak tanımlamıştır. Ayrıca özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerin sosyal destek sistemlerini resmi ve resmi olmayan destek sistemi olarak ikiye ayırmıştır. Resmi sosyal destek sistemleri, uzmanlar, profesyoneller tarafından verilen destek; resmi olmayan destek sistemleri ise aile üyeleri, arkadaş, dost, ailenin yaşam tarzı açısından önemli gördüğü sosyal gruplara üyeliklerdir (akt. Boyd, 2002).

Özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerle ilgili yapılan çalışmalarda, sosyal desteğin etkileri çeşitli şekillerde belirtilmektedir. Örneğin; Konstantareas ve Homatidis (1989) çalışmasında, otizmli çocuğa sahip annelerin öncelikle eş desteğine başvurduklarını, genellikle de gayri resmi destek kaynaklarına ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Özellikle annelerin eşlerinden a) otizmli çocuğun sorumluluğunu almalarını ve kendilerini biraz

olsun rahatlatmalarını, b) çocuğun gelişiminde ve eğitiminde daha fazla rol almalarını ve c) günlük işlerde kendilerine yardım etmelerini istediklerini belirtmiştir. Bu bulgu, genellikle çocuğun bakımından sorumlu olan annelerin çocukla daha fazla zaman geçirmesi ve eş desteğinden yoksun olmaları nedeniyle eşlerinden daha fazla stres düzeyine sahip olduklarını ortaya koymuştur (akt. Boyd, 2002).

Bristol'ün (1984) otizmlili çocukların anneleriyle yaptığı bir dizi araştırmada, en az stres yaşayan kadınların, özellikle eşlerinden ve akrabalarından en fazla desteği aldığı ve bu desteğin en güçlü koruyucu etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (akt. Weiss, 2002). Benzer şekilde Duarte, Bordin, Yazgı ve Money (2005), sosyal desteğin, otizmlili çocuğu olan annelerin stres düzeylerini azaltıcı bir etkiye sahip olduğunu bildirmişlerdir.

Gray ve Holden (1992) tarafından yapılan çalışmada, daha fazla sosyal destek alan otizmlili çocuğa sahip ebeveynlerin daha düşük depresyon, kaygı ve endişeye sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca daha az sosyal destek alan annelerin stresi azaltan toplumsal faaliyetlere katılmasını engelleyerek anneler üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ve aslında annelerin en çok eşlerinden destek beklediklerini belirtmiştir. Krauss (1993) tarafından yapılan çalışmada da sosyal desteğin annelerin stresinin azalmasına katkıda bulunduğu görülmüştür.

Hadadian (1994) yaptığı çalışmada eşlerinden destek alan annelerin çocuklarıyla duygusal olarak daha iyi ilişki kurduğunu bulmuştur. Çalışmada aile ve arkadaşlardan alınan gerçek desteğin miktarı azaldıkça algılanan stres düzeylerinin arttığı görülmüştür.

Dunst, Trivette ve Cross (1986) gelişimsel geriliği, zihinsel engeli ve fiziksel geriliği olan 137 ebeveynle yaptığı çalışmada, sosyal destek ağlarından memnun olan ebeveynlerin çocuk hakkında daha olumlu tutumlar geliştirdiği ve eş ilişkilerinde daha olumlu olduklarını bulmuşlardır.

Sencar (2007) da, otizmlili çocuğa sahip annelerin algıladıkları sosyal destek ve stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında otizmlili çocuğa sahip ailelerin sosyal destek kaynağı olarak ilk sırada destek olarak kimsenin bulunmadığını saptamıştır. Destek aldıkları kişilerin ise sırasıyla eş, kardeş, anne, çocuk, baba ve akraba olduğunu bulmuştur.

Hisoğlu (2018), otizmlili çocuğa sahip ailelerle yaptığı çalışmasında sosyal desteğin ebeveynlerin yaşam doyumları ve depresyon düzeyleri üzerinde etkili olduğunu bulmuştur. Eş, arkadaş, vb. kaynaklardan sosyal destek alan ailelerin depresyon düzeylerinin azaldığını ve yaşam doyumlarının arttığını bulmuştur. Benzer şekilde Erbilir Gönültaş (2019) da otizmlili ailelerle yaptığı çalışmada ebeveynlere yeterince sosyal destek sağlanması halinde yaşam kalitelerinin olumlu yönde değiştiğini saptamıştır.

Atlı 'nın (2019) "Otizmlili Çocuğa Sahip Ailelerin Aldıkları Sosyal Desteğin Toplumsal Entegrasyonlarına Etkisi" adlı çalışmasında, otizmlili çocuğa sahip ailelerin sosyal desteklerinin yeterli düzeyde olmadığını, ailelerin sosyal desteğin otizmle mücadelenin seyri için kesinlikle olması gerektiği yönünde görüş bildirdiğini belirtmiştir. Ayrıca Atlı, otizmle ilgili olarak verilen sosyal desteklerin toplumsal entegrasyon açısından yeterli düzeyde olmadığını ve hizmetlerin geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Arslan (2020) da otizmlili çocuğu olan ailelerin dayanıklılığına etki eden faktörlerin incelenmesi adlı çalışmasında otizmlili çocuğun ailenin çevre ve akrabalık ilişkilerini etkilediğini ve ailelerin bu süreçte en fazla psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir.

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi, otizmlili çocuğa sahip ailelerin çocuklarının gelişiminde, iyilik hallerinin artmasında ve topluma uyum sağlamalarında aldıkları sosyal desteğin önemi oldukça büyüktür. Aileler otizmlili çocuğun bakımı ve gelişimi ile ilgili duygusal, psikolojik, bilişsel, maddi ve manevi nitelikli çevresinden gördüğü her türlü destekle güçlenmekte, yaşamlarını iyileştirici ve iyilik hallerini geliştirici etkilere sahip olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin varlığı ile ailelerin otizmden kaynaklı yaşadıkları baskı, stres ve şiddetin derecesi azalmakta ve toplumsal entegrasyon süreci olumlu yönde gelişme kaydetmektedir.

Bu bilgiler ışığında otizmlili çocuğa sahip ailelerin gereksinim duyduğu sosyal destek türlerini aşağıdaki gibi sınıflandırabiliriz:

- ✓ Duygusal Destek: Otizmlili çocuğa sahip anne-baba ve ya evdeki diğer üyelerin kişisel sorunlarını, özel konularını, her türlü sorunlarını paylaşabilecekleri birinin varlığını ifade etmektedir. Bu kişiler genellikle eş ve yakın aile çevresidir. Otizmlili çocuğa sahip ailelerin çoğunda görülen ve öncelikle hissedilen sosyal destek ihtiyacı eş duygusal desteğidir. Eş duygusal desteği, otizm tanılı çocuğun bakımında birincil sorumluluk alan eşin yalnız olmadığını hissetmesini sağlayarak, yakın ilişki gereksinimini karşılayarak endişe ve stresin azalmasına yardımcı olur.
- ✓ Maddi Destek: Aileler otizmlili çocuğa sahip olmaları nedeniyle tedavi, eğitim, barınma gibi birçok konuda finansal zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Aynı ve nakdi yardım maddi destek kapsamına girmektedir. Maddi destek ile aileler ihtiyaç duyduğu hizmetleri satın alarak bireysel, ailesel ve sosyal açıdan rahatlar. Sosyal hizmetler kapsamında verilen engelli maaşı, evde bakım ücreti, özel eğitim ders ücreti, muhtaç aylığı gibi yardımlar da maddi destek kapsamında değerlendirilmektedir. Türkiye'nin sosyal devlet anlayışı kapsamında gerçekleştirdiği hizmetlerden biri sosyal yardım hizmetleridir. Otizmlili çocuğu olan ailelerin en sık faydalandığı sosyal yardım hizmetleri; engelli maaşı, evde bakım ücreti, engelli kimlik kartı, araç alımında ÖTV muafiyeti, özel eğitim ders ücreti vb.dir. Bu tür sosyal yardım hizmetleri otizmlili çocuğa sahip ailelerin günlük gereksinimlerinin karşılanmasında yardımcı olarak onların tedavi ve eğitim süreçleri ile ilgili maddi konularda desteklenmesini sağlamaktadır.
- ✓ Bilgisel destek: Otizmlili çocuğa sahip ailelerin çocuğun tanı aşamasından ilerleyen tüm aşamalara kadar rehberlik ve bilgi desteğine ihtiyaçları vardır. Bu destek türü otizm tanı ve tedavi hakkında bilgiler, eğitim hizmetleri, sosyal haklar, otizmle başa çıkma becerileri gibi konularda ailelere verilen bilgisel destektir.

- ✓ Eğitim desteği: Otizmliler çocukların gelişimleri ve topluma kazandırılmalarında eğitimin önemi yadsınamaz bir gerçektir. Otizmliler çocukların devlet veya özel okullarda, özel eğitim rehabilitasyon merkezlerinde ya da yüzme, tenis, voleybol gibi sosyal faaliyetlere katılarak aldığı eğitimler eğitim desteği kapsamına girmektedir. Günümüzde mevcut eğitim sisteminde özel eğitim saatlerinin yetersizliği nedeniyle çocuklar haftalık 2 saatlik bireysel eğitimle yetinmek durumunda kalmaktadırlar. Otizmliler çocuklarda gelişim ve ilerlemenin sağlanması için devlet tarafından karşılanan eğitim saatlerinin artırılması ve çocukların ihtiyaçlarına göre eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi gerekmektedir. Otizmliler çocukların gelişimleri ve topluma kazandırılmaları için etkili ve verimli eğitim desteğine ihtiyaçları vardır.
- ✓ Bakım desteği: Otizmliler çocuğa sahip ailelerin gündüz, gece veya yatılı kurum bakımlarında aldıkları desteği ifade etmektedir. Otizmliler ailelerin en çok ihtiyaç duyduğu destek genellikle “gündüzlü bakım evleri”dir. Gündüzlü bakım evlerinin kurulması ve çoğaltılmasıyla birlikte aileler çocuklarını gündüzlü bakım evlerine bırakabilecek böylece kısa süreli de olsa kendilerine vakit ayırarak stres ve kaygı düzeyleri azalacaktır.
- ✓ Sosyal destek: Sosyal destek türü, diğer destek türlerini de kapsayan şemsiye bir kavram olarak tanımlanabilir. Otizmliler çocuğa sahip ailelerin karşılıklı etkileşim halinde olduğu aile, akraba, çevre, arkadaşlar, iş çevresi ve profesyonel kişilerle boş zaman etkinliklerinde ve ihtiyaç hallerinde birlikte vakit geçirmelerini, duygusal, maddi ve manevi yardım ve bilgi desteği almalarını ifade etmektedir. Bu desteğe göre, aileler akraba, dost, yakın arkadaşlarla vakit geçirerek yakın ilişki ve sosyalleşme gereksinimini doyurmakta, kurum, kuruluş ve profesyonel destekle maddi, araçsal yardım ve bilgi desteğini almaktadır.

Otizmliler çocuğa sahip ailelerin karşılaşılabileceği her türlü zorluk karşısında sosyal destek sistemlerinin varlığına ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Bu doğrultuda ailelerin, stresle başa çıkma, genel iyilik hallerinin sürdürülmesi, yaşam doyumlarının artması ve toplumsal entegrasyon sürecinde sosyal, duygusal, maddi, araçsal ve bilgi desteğinin iyileştirici etkilerinin olduğu açıkça görülmektedir.

4.Otizmliler Çocuğu Olan Ailelerde Sosyal Desteğin Sağlanmasında Sosyal Hizmet Mesleğinin Rol ve Sorumlulukları

Otizmliler çocuğa sahip olmak ebeveynlerin özel yaşamlarında, aile yapısında, iş ve sosyal yaşamlarında ve maddi konularda önemli değişimlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Bu tür değişikliklerin var olması ailenin sosyal işlevselliğinin ve iyilik halinin sürdürülmesinde, toplumsal entegrasyonun sağlanmasında zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Ailelerin birçoğu bu süreçte psikososyal ve ekonomik odaklı birçok sorun yaşayabilmektedir. Özel gereksinimli çocuklara yönelik tüm hizmetlerde olduğu gibi otizmliler çocuk ve aileleriyle yürütülen profesyonel çalışmalarda da disiplinler arası ekip çalışması anlayışıyla farklı meslek

elemanları görev almaktadır. Bu alanda tıbbi tedavilerini yürüten hekimler, özel eğitim öğretmenleri, çocuk gelişimi uzmanları, çocuk gelişimi ve eğitimi öğretmenleri, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, fizyoterapistler, dil ve konuşma terapistleri, rehber öğretmenler, odyoloji ve konuşma bozuklukları uzmanları gibi farklı meslek elemanları çalışmaktadırlar. Daha önce de değinildiği gibi sosyal destek, zihinsel ve fiziksel sağlığın önemli bir göstergesi olup bireyin sağlığının korunması ve sürdürülmesinde ve problemlerle başa çıkmasında önemli etkiye sahiptir. Sosyal desteğin sağlanmasında yukarıda bahsedilen meslek gruplarına çeşitli görevler düşmektedir. Birey ve ailelerin çeşitli nedenlerden kaynaklı psikososyal ve ekonomik sorunların çözümünde şüphesiz ki sosyal hizmet mesleğine önemli görevler düşmektedir. Bir insan hakları mesleği olan sosyal hizmet mesleği, birey, aile, grup ve toplulukların işlevselliğini ve iyilik halini artırmayı amaçlayan, toplum içerisinde eşitlikçi, adil bir sosyal yapının oluşması, insanın onur ve haysiyetini koruyarak onlara koruma ve gelişme imkanları sunmayı amaçlayan bir meslektir (IFSW, 1988, akt. Healy, 2015, s.735-736). Disiplinler arası ekibin bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanı da otizmli çocuk ve ailesiyle birlikte çalışan profesyonel meslek elemanlarından birisidir.

Sosyal hizmetin; insanların sorun çözme, yaşam içinde sosyal rollerini yerine getirme, karşılaştıkları sorunlar ile başedebilmeleri için yeteneklerini ve gelişimsel kapasitelerini artırma, insan ihtiyaçlarını yeterli ölçüde karşılanmasına olanak veren kaynak, hizmet ve olanak sağlayan çevresel imkanları artırma ve onlarla bağlantılandırma, sistemlerin etkili ve insancıl olarak işlev görmesini sağlama, sosyal politikaların gelişimi ve ilerlemesi için katkıda bulunmak gibi dört temel amacı vardır (Pincus ve Minahan, 1973; NASW, 1982, akt. Duyan, 2010: 10). Sosyal hizmetin tanımı ve amacından da anlaşılacağı üzere, sosyal hizmeti diğer yardım mesleklerden ayıran, sosyal hizmeti eşsiz kılan özelliklerden biri çevresi içinde insan odağıdır. Sosyal hizmet uzmanı birey ve ailelerin gereksinim duyduğu hizmetin sağlanmasında, sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesinde ve ailelerin güçlendirilmesine yönelik müdahaleler geliştirmede kritik bir noktadır. Çünkü sosyal hizmet uzmanı mesleki müdahalesinde çevresi içerisinde insan kavramını kullanır ve sosyal hizmet müdahalesinin temel odağı insandır. Çevresi içinde insan odağı bireyin bir bütün olarak ele alınmasını ifade eder. Sosyal hizmet mesleği bireyin birbirleriyle ilişkili olan duygusal, sosyal, ailesel, ruhsal, ekonomik, toplumsal, vb. alanlarla ilgilenmesini ve gerektiğinde birey ve ailesini ihtiyaç duyduğu kaynaklarla buluşturmasını gerektirir. Bu noktada sosyal hizmetin sosyal destek kavramı ile yakın ilişki içerisinde olduğu görülmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları sahip oldukları bütüncül bakış açısı ile otizmli çocuk ve ailesiyle çalışırken duygusal ve psikolojik destek sağlama, çocuk ve aileye koordineli hizmetler sunma, bilgi sağlama, rehberlik ve danışmalık yapma, uygun hizmetleri geliştirme, koruyucu ve önleyici hizmetleri sağlama vb. gibi görev ve sorumluluklara sahiptir. Sosyal hizmet uzmanları tüm bu görev ve sorumluluklarını yerine getirirken bağlantı kurucu, savunucu, öğretici, danışman, kaynak yönetici, vaka yöneticisi, sosyal değişme ajanı olmak üzere birçok rolü bulunmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanı, otizmlili çocuğun tıbbi tedavi ilişkisi içerisinde yer almayan her türlü psikososyal tedavi boyutuna odaklanır. Otizmlili çocuk ve ailesinin sosyal işlevselliğinin ve toplumsal entegrasyonun sağlanması için gerekli olan önemli bir araç da sosyal destektir. Otizmlili çocuğa sahip ailelerin tanı, tedavi ve gelişim sürecinde sosyal destek kaynakları aile üyelerinden, akraba, komşu, arkadaş gibi yakın çevrelerden, rehabilitasyonu amacıyla oluşturulan tedavi ve eğitim ekiplerinden ve inanç sistemlerinden oluşmaktadır. Bunlarla birlikte bu ailelerin sosyal hizmet uzmanları tarafından aldıkları psikososyal desteğin de önemi yadsınmamalıdır. Çünkü sosyal hizmetin çevresi içinde insan anlayışı ve bütüncül bakış açısına sahip olması nedeniyle yalnızca otizmlili çocuklarla çalışmayı değil, ekolojik sistem yaklaşımından hareket eden müdahale süreci bağlamında otizmlili çocuğa sahip ailelerin yaşam koşullarını, sosyal ve toplumsal çevrelerini, gereksinim duydukları hizmetleri, ailevi ve toplumsal güçlü yönlerini de içeren boyutları taşımaktadır.

Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanı mesleki bilgi, beceri ve değer temelini kullanarak *mikro*, *mezzo* ve *makro* düzeyde sosyal hizmet uygulamalarında bulunur.

Mikro düzeyde temelde otizmlili çocuk ve ailesinin doğrudan ve en yakın ilişkide olduğu aile sistemlerini odağına alır. Mesleki ilişki sürecini başlatarak aile ile işbirliği yapar. Güçlendirici yaklaşım çerçevesinde motivasyonel görüşme tekniklerini uygulayarak etkin görüşmeler yapar. Planlı değişim süreci basamaklarını kullanarak otizmlili çocuk ve ailesinin biyopsikososyal değerlendirmesini yapar, sorunlarını ve ihtiyaçlarını belirler. Aile sisteminin tüm parçaları ile iletişim sağlanarak aile sisteminin bozuk ve işlevsiz hale gelmiş yanlarını belirler. Sağlıksız işlevsiz hale gelmiş parçaların sağlıklı bir şekilde işlemesini sağlar. Otizmlili çocuğa sahip ailelerde içselleştirilmiş damgalamanın azaltılmasında aile üyelerine duygusal ve psikolojik destek sağlar, destekleyici terapi yapar. Sosyal desteğin artırılmasına yönelik çalışmalar yapar. Otizmlili çocuğun ve ailesinin karşılaştıkları problemlerin çözümünde destek verir, sosyal ve hukuki hakları konusunda bireyleri bilgilendirir.

Mezzo düzeyde sosyal hizmet uzmanı genellikle çalışmalarını grup çalışmaları şeklinde yürütür. Sosyal destek kaynakları içerisinde grupların önemi aşikârdır. Sosyal hizmet uzmanı, otizmlili çocuğa sahip ailelerin ayrımcılık ve dışlanma ile ilgili korkularını, utanma duygularını yenmeleri, toplum içerisinde yaşamlarını sürdürebilme becerilerini artırmak amacıyla “sosyalleşme grupları” oluşturur. Otizm Spektrum Bozukluğuna ilişkin farkındalık artırmak için eğitim grupları oluşturur.

Otizmlili çocuğa sahip ailelere, onların ortak duygularını ifade edebileceği, yaşantılarının, zorluklarının, mutluluklarının, acılarının paylaşılabilceği, bilgi ve becerilerinin artırılabilceği, “destek, eğitim, etkileşim” grup çalışmalarına olanak sağlar. Damgalama ve ayrımcılık karşıtı çalışmalar için kurumlar arası işbirliğini sağlar ve geliştirir.

Makro düzeyde sosyal hizmet uzmanı öncelikle toplumun otizm hakkındaki bilgi eksikliği ve yanlış tutumlarını gidermek amacıyla yazılı, görsel ve sosyal medya araçları ile otizm hakkında bilgilendirici yayın ve yapımların yapılmasını sağlar. Böylece toplumun dikkatini otizme çekerek farkındalık çalışmaları yapar.

Yine benzer şekilde toplumun otizm konusunda bilinçlenmesi ve farkındalığın artması için seminer, konferans, eğitimler düzenler. Otizm spektrum bozukluğunun önlenmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve toplum ruh sağlığının korunmasında koruyucu ruh sağlığı alanında görev alır. Otizmliler için çocuklara yönelik ayrıcalıklı hizmetlerin sağlanması için kamuoyu oluşturur ve ilgili kamu kuruluşlarını etkiler. Otizm spektrum bozukluğu, sosyal ve toplumsal sorunlar arasındaki ilişkileri belirleyen kanıta dayalı sosyal hizmet araştırmaları yapar.

Sonuç

Bu derleme, otizmliler için sahip ailelerde sosyal destek sisteminin önemini ele almak amacıyla hazırlanmıştır. Sosyal destek, otizmliler için ve ailesinin çevresinden gördüğü maddi, manevi, duygusal, psikolojik nitelikli her türlü yardımı kapsamaktadır. Literatürü özetleyen bu çalışmada; otizmliler için sahip ailelerin tanınması öğrenilmesi aşamasından itibaren çeşitli zorluklarla karşı karşıya kaldıkları, bu durumun çocukların ve ailelerin yaşamında biyopsikososyal ve ekonomik yönden olumsuz etkilere yol açtığı ve bu süreçte ailelerin sağlığı ve işlevselliği için sosyal destek sisteminin büyük bir öneme sahip olduğu görülmüştür.

Otizmliler için çocuk ve ailesi hangi dönemde olursa olsun sosyal desteğe gereksinim duyabilmektedir. Etkili bir sosyal destek ailelerin yalnız ve çaresiz olmadıklarını hissetmelerini sağlayarak ailelerin endişe ve stres düzeylerini düşürecek ve böylece otizmliler için çocuklarının karşılaşılabilecekleri zorlukları ailelerin daha kolay atlatabilmelerine yardımcı olabilecektir (Ersoy ve Çürük, 2009). Otizmin tedavisi ve gelişim aşamalarında yalnızca tıbbi tedavisinin yapılması otizmliler için çocukların topluma entegrasyon sürecinde yetersiz kalmaktadır. Otizmliler için çocuk ve ailesinin psikososyal sorunlarının çözümlenerek yaşam doyum ve kalitelerinin artması, genel iyilik hallerinin sürdürülmesi ve topluma entegrasyon sürecinin kolaylaştırılması için multidisipliner bir yaklaşımla hekim, psikolog, özel eğitim öğretmeni ve sosyal hizmet uzmanının birlikte hareket etmesi önem taşımaktadır.

Otizmliler için çocuğa tedavi ve eğitim sürecinde sağlanan profesyonel sosyal destekte multidisipliner tedavi ekibi içerisinde sosyal hizmet uzmanı yer almaktadır. Sosyal hizmet müdahalesi otizmliler için çocukta başlayarak, onun çevresine doğru yayılmakta ve otizmliler için çocuğa etki eden tüm sistemleri kapsamaktadır. Böylece otizmliler için çocuklara yönelik müdahaleler; sadece çocuk odaklı değil çocuğun içinde bulunduğu tüm sistemlere odaklanarak gerçekleştirilmektedir. Sosyal hizmet uzmanı bu süreçte mesleki bilgi, beceri ve değer temelini kullanarak mikro, mezo ve makro düzeyde uygulamalarını gerçekleştirmektedir. Tüm bu uygulamalar ile otizmliler için çocuk ve ailesinin güçlendirilmesi, genel iyilik hallerinin sürdürülmesi ve sosyal işlevselliğinin artırılması, sosyal destek kaynaklarına, bilgiye ve hizmetlere erişilebilirliklerinin sağlanması, dışlanma ve ayrımcılığın önlenmesi ve temel hak ve özgürlüklerini kullanabilir hale gelmeleri amaçlanmaktadır. Böylece otizmliler için çocuğun tedavisi, eğitimi ve sosyal yaşama katılımı konusunda sosyal hizmet uzmanları tarafından

sağlanan profesyonel destekle ailelerin ihtiyaç duyduğu sosyal destek kaynaklarına ve hizmetlere erişimi kolaylaşarak genel iyilik hallerinin süreceği, yaşam kalitelerinin artacağı, sosyal uyum ve topluma entegrasyon süreçlerinin kolaylaşacağı öngörülmektedir.

Kaynakça

- Aktaş, A. (2013). *Spinalkord (omurilik) yaralanmalı hastalar ve bakım verenleri: bakım alma ve bakım verme sürecindeki psikososyal değişkenler açısından sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici ve temel etkileri* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aktürk, Ü. (2012). Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Kaygı Düzeyi ve Başa Çıkma Stratejilerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği, Malatya.
- Allik, H., Larsson, J. ve Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4,(1), 1-8.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed., text version). Washington, DC: Author.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı*. Gözden geçirilmiş, 4. Baskı. (DSM-IV-TR). E. Köroğlu (2000'den çev.). Ankara Hekimler Yayın Birliği.
- Arslan, K. (2020). *Otizmlı Çocuğu Olan Ailelerin Dayanıklılığına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Atlı, A. (2019). *Otizmlı Çocuğa Sahip Ailelerin Aldıkları Sosyal Desteğin Toplumsal Entegrasyonlarına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, İstanbul .
- Aytekin, M. (2018). *Engelli çocuğu olan bireylerin depresyon ve umutsuzluk düzeyleri ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Baker, B. L. ve Feinfeld, K. A. (2003). Early intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 503–509.
- Bloch, J. S. ve Weinstein, J. D. (2009). Families of Young Children With Autism. *Social Work in Mental Health*, 8(1), 23–40.
- Burrell, B., Thompson, B. ve Sexton, D. (1994). Predicting child abuse potential across family types. *Child Abuse and Neglect*, 18, 1039–1049.
- Borazancı Persson, S. (2018). *Otizm ve Otistik Zeka*, AQ. 4. Baskı, İstanbul: Yuka Kids.
- Boyd, B. A. (2002). Examining the Relationship Between Stress and Lack of Social Support in Mothers of Children With Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(4), 208–215.
- Brobst, J. B., Clopton, J. R. ve Hendrick, S.S. (2009). Parenting Children With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 38-49.
- Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P., & Tassi, C. (2017). *A Psychoeducational Group Intervention for Siblings of Children With Autism Spectrum Disorder*. *The Journal for Specialists in Group Work*, 42(4), 274–298.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Community Report From the Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network- Community Report on Autism 2020*. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm-community-report/documents/addm-community-report-2020-h.pdf>.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress, *Psychosom Med*, 38, 300-314.
- Cohen, S. ve Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Çakır, Y., & Palabıyıköğlü, R. (1997). Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1), 15-24.
- Darıca, N., Abidoğlu, Ü. Ve Gümüşçü, Ş. (2017). *Otizm ve Otistik Çocuklar*, Özgür Yayınları, İstanbul.
- Davis, N., ve Carter, A. (2008). Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1278-1291.
- Dobson, B. ve Middleton, S. (1998). *Paying to care: The cost of childhood disability*. Report from the Joseph Rowntree Foundation. York: York Publishing Services Ltd.
- Donaldson, A. M., Hays, T., ve Romani, P. (2019). Autism Spectrum Disorder: Effects on Child and Family Functioning. *Journal of Student Research*, 8(1).
- Dunn, M.E., Burbine, T., Bowers, C.A. ve Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37(1), 39–51.

- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet. Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi. Yayın no: 16.
- Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L. ve Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9(4), 416–427.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Cross, A. H. (1986). Mediating influences of social support: Personal, family, and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 403–417.
- Eracar, N. (2003). Farklı gelişen çocukların aileleriyle eğitim/sağaltım çalışmaları. A.Kulaksızoğlu, (Ed.), *Farklı Gelişen Çocuklar içinde* (314-319). İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- Erbilir Gönültaş, S.G. (2019). *Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Bakım Yükü, Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Manisa.
- Ersoy, Ö.ve Çürük, N. (2009). Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Annelerde Sosyal Desteğin Önemi . *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* , 17 (17) , 104-110 .
- Fletcher, P. C., Markoulakis, R. ve Bryden, P. J. (2012). The Costs of Caring for a Child with an Autism Spectrum Disorder. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 35(1), 45–69.
- Findler, L. S. (2000). The role of grandparents in the social support system of mothers of children with a physical disability. *Families in Society*, 81(4), 370–381.
- Fujiura, G. T., Roccoforte, J. A. ve Braddock, D. (1994). Costs of family care for adults with mental retardation and related developmental disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 99, 250–261.
- Gau, S. S.-F., Chou, M.-C., Chiang, H.-L., Lee, J.-C., Wong, C.-C., Chou, W.-J., & Wu, Y.-Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 263-270.
- Georgiades, S., Szatmari, P., Boyle, M., Hanna, S., Duku, E., ... Zwaigenbaum, L. (2012). *Investigating phenotypic heterogeneity in children with autism spectrum disorder: a factor mixture modeling approach*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(2), 206–215.
- Ghiasee, A. ve Sağsan, M. (2021). The Relationship Between Violent Behavior in Healthcare Settings and Communication Skills: An Empirical Study on Provincial Hospitals in Ankara. *Alpha Psychiatry*, 22(2): 106-112.
- Gottlieb, B.H. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. *American Psychologist*, 38(3):278-287.
- Gray, D.E. (1993). Perceptions of stigma: The parents of autistic children. *Sociology of Health & Illness*, 15(1), 102–120.
- Gray, D. E. ve Holden, W. J. (1992). Psychosocial well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 18, 83–93.
- Gray, D. (1997). High functioning autistic children and the construction of “normal family life.” *Social Science and Medicine*, 44(8), 1097-1106.
- Greef, A.P., ve Van der Walt, K. (2010). Resilience in families with an Autistic child. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 45(3), 347-355.
- Hadadian, A. (1994). Stress and social support in fathers and mothers of young children with and without disabilities. *Early Education and Development*, 5, 226–235.
- Healy, L.M. (2015). Exploring the history of social work as a human rights profession. *International Social Work, Sage Publications*, 51(6): 735–748.
- Higgins, D. J., Bailey, S. R. ve Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*, 9(2), 125–137.
- Hisoğlu, A. (2018). *Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde Algılanan Sosyal Destek ve Problem Çözme Becerilerinin Yaşam Doyumuna Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Hastings, R.P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N.J., Espinosa, F.D. ve Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9(4), 377–391.

- Huang, C.-Y., Yen, H.-C., Tseng, M.-H., Tung, L.-C., Chen, Y.-D., & Chen, K.-L. (2013). Impacts of Autistic Behaviors, Emotional and Behavioral Problems on Parenting Stress in Caregivers of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(6), 1383–1390.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley Pub. Co.
- Jarbrink, K., Fombonne, E. ve Knapp, M. (2003). Measuring the parental, service and cost impacts of children with autistic spectrum disorder: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 395–402.
- Johnson, N., Frenn, M., Feetham, S., & Simpson, P. (2011). *Autism spectrum disorder: Parenting stress, family functioning and health-related quality of life*. *Families, Systems, & Health*, 29(3), 232–252.
- Kaba, D. ve Soykan Aysev, (2020). DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Erken Çocukluk Döneminde Otizm Spektrum Bozukluğunun Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(2):106-12.
- Krauss, M. W. (1993). Child-related and parenting stress: Similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 393–404.
- Kurt, İ. (2010). Rol stres kaynakları ve iş tatmini arasındaki ilişkide amirin algılanan sosyal desteğinin etkisi, *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2(1), 79-87.
- Küçükler, S. (2001). Erken Eğitimin Gelişimsel Geriliği Olan Çocukların Anne-Babalarının Stres ve Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi . *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi* , 3 (01).
- Lecavalier, L. (2006). Behavioral and Emotional Problems in Young People with Pervasive Developmental Disorders: Relative Prevalence, Effects of Subject Characteristics, and Empirical Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(8), 1101–1114.
- Lin, N., Simeonre, S., Enselw, M. ve Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Ludlow, A., Skelly, C. ve Rohleder, P. (2012). Challenges Faced by Parents of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder, *Journal of Health Psychology*, 17(5), 701-711.
- Matson, J. L. ve Nebel-Schwalm, M. (2007). Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Research in Developmental Disabilities*, 28(6), 567–579.
- Mukaddes NM (2017) Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı ve Takip. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, Güncellenmiş 2.Baskı.
- Özkubat, U, Özdemir, S, Selimoğlu, Ö, Töret, G. (2014). Otizme Yolculuk: Otizmlili Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sosyal Destek Algılarına İlişkin Görüşleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33 (1), 323-348.
- Özbesler, C. (2001). *Çocukluk çağı lösemileri ve sosyal destek sistemlerinin aile işlevlerine etkisi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Sen, E. ve Yurtsever, S. (2007). Difficulties experienced by families with disabled children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(4), 238–252.
- Sencar, B. (2007) *Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Sivberg B. (2002). Family system and coping behaviors: a comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism*, 6(4) :397-409.
- Sounders, M. C., De Paul, D., Freeman, K. G. ve Levy S. E. (2002). Caring for children and adolescents with autism who require challenging procedures. *Pediatric Nursing*, 28, 555-564.
- Susuz Ç., ve Doğan, B. G. (2020). Halk Sağlığı Bakışıyla Otizm Spektrum Bozukluğu/Autism Spectrum Disorder With Public Health Perspective. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(2), 297-310.
- Tunali, B. ve Power, T. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 25–34.
- Todd, S. (2017). *Otizm Spektrum El Kitabı*. (Ü.P. Abidoğlu ve Ş. Sevinç, Çev.). Ankara: Palme Yayıncılık.
- Toth K, Dawson G, Meltzoff AN, Greenson J. ve Fein D.(2007). Early social, imitation, play, and language abilities of young non-autistic siblings of children with autism. *J Autism Dev Disord*. 37: 145-157.
- Uyanık Balat, G. (2003). Zihinsel Engelli Çocukların Eğitimine Aile Katılımı. A.Kulaksızoğlu, (Ed.), *Farklı Gelişen Çocuklar* içinde (272-286). İstanbul: Epsilon Yayıncılık.

- Walton, K. M., & Ingersoll, B. R. (2015). *Psychosocial Adjustment and Sibling Relationships in Siblings of Children with Autism Spectrum Disorder: Risk and Protective Factors*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(9), 2764–2778.
- Wang, J., Zhou, X., Xia, W., Sun, C., Wu, L., & Wang, J. (2011). *Autism awareness and attitudes towards treatment in caregivers of children aged 3–6 years in Harbin, China*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(8), 1301–1308.
- Weiss, M. J. (2002). Hardiness and Social Support as Predictors of Stress in Mothers of Typical Children, Children with Autism, and Children with Mental Retardation. *Autism*, 6(1), 115–130.
- Werner, E. A. (2001). *Families, children with autism and everyday occupations*. Nova Southeastern University.
- WHO.(2021).Autismspectrumdisorders. Erişim: 27.09.2021, World HealthOrganization Web Sitesi: [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/autism-spectrum-disorders-\(asd\)](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/autism-spectrum-disorders-(asd))
- Wong, H.L. ve Smith, R.G. (2006). Patterns of Complementary and Alternative Medical Therapy Use in Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders*,36: 901–909.
- Yıldırım, İ. (2004). Eş Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(22), 19-26.
- Yıldırım, İ.(1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 81-87.
- Yukay Yüksel, M. ve Bostancı Eren, S. (2013). Otistik Çocuğa Sahip Ailelerle Yapılan Grupla Psikolojik Danışma Çalışmasının Ailelerin Depresyon ve Problem Çözme Becerileri Üzerine Etkisi . *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* , 25 (25) , 197-210 .



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi
TSHD
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually
<https://ederji.saglik.gov.tr/>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2021 Aralık/December
Sayı/Issue: 18

PERİNATAL SOSYAL HİZMET UZMANI

Beyza ERKOÇ¹
Avşar ASLAN²

Makale Bilgileri/Articleinfo

Makalenin Türü/ArticleType: Derleme
Geliş Tarihi / DateReceived: 14.10.2021
Revizyon Tarihi/DateRevised:26.11.2021
Kabul Tarihi / DateAccepted: 29.11.2021
Yayın Tarihi / DatePublished: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.1009569

Makale Künyesi/Tocitethisarticle: Erkoç, B. ve Aslan, A. (2021, Aralık). Perinatal sosyal hizmet uzmanı. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18, 216-226. Doi: 10.46218/tshd.1009569

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Beyza ERKOÇ, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, bevezahatipoglu@windowslive.com, 0000-0002-0035-6782

Öz

Planlı bir gebelik sonucu çocuğun dünyaya gelme süreci içerdiği güzel duyguların yanında, gebeliğin istenilen gibi devam etmemesi, bebeğin veya annenin sağlıkları ve yaşamları ilgili riskler, doğumla ilgili riskler, istenmeyen gebelikler, düşük, ölü doğum ve buna benzer olası zorluklar güzel duyguların yerini kaygı, endişe, stres gibi olumsuz duygulara bırakabilir. Bu çalışmanın amacı, her bebeğin ve her aile üyesinin yeterli şefkatli bakım ile desteklenmesi ve potansiyellerinin en üst düzeye çıkartılması amacı ile çalışan, gebelik öncesinden başlayarak bebek bir yaşına gelinceye kadar anneye, aileye ve topluma yönelik psiko-sosyal destek sağlayan perinatal sosyal hizmet uzmanlığının tanıtımının yapılması ve bu uzmanlık türünün ülkemizde aktif hale getirilebilmesi adına öneriler sunulmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Perinatal sosyal hizmet uzmanı, Psiko-sosyal destek.

PERINATAL SOCIAL WORKER

Abstract

In spite of the most precious feelings of a birth occurring after a finely planned pregnancy, unexpected pregnancy problems, the health and other risks of the mother and the infant, risks regarding the birth, unintended pregnancy, miscarriage, stillbirth and many other problems related to pregnancy might cause anxiety, worry and stress. The aim of this study is to introduce and promote perinatal social works and offer suggestions to make it play a more important role as this kind of social works try to support and discover the potentials of each infant and family member fondly and try to adopt psychological support for the baby, mother, family and the society starting from the birth to one year age.

Keywords: Pregnancy, Perinatal social worker, Psycho-social support.

Giriş

Çocuklar bir toplumun geleceğidir. Çünkü geleceğin teminatı ve mirasçıları (Kalaycı ve Akin, 2021: 59) olan çocukların anne karnından başlayarak sağlıklı şekilde dünyaya gelmeleri, erken çocukluk dönemini de en kaliteli şekilde geçirerek gelişimlerini tamamlamaları yetişkinlik dönemi ve ileri yaşam dönemi sağlıkları

¹ Dr. Öğr. Üyesi., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, bevezahatipoglu@windowslive.com, <https://orcid.org/0000-0002-0035-6782>.

² TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı, avsar38aslan@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3423-2438>.

açısından çok elzemdir. Planlı gebelikle canlı ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek anne adayları ve aile üyeleri için en büyük mutluluk kaynaklarından biridir. Fakat gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası dönem içerebileceği psiko-sosyal riskler nedeniyle her zaman planlandığı şekilde gitmeyebilir. Ulusal Perinatal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NAPSW, 2016) bahsi geçen psiko-sosyal risklere örnek olarak; infertilite, bebek ve/veya anne sağlık durumu açısından riskli gebelikler, fetüs veya embriyodaki hastalıkların doğum öncesi dönemde tespit edilmesi, düşük, ölü doğum, anne ve/veya aile üyelerinin madde bağımlılığı olması, aile içi çatışmalar, istenmeyen gebelikler, yoksulluk, ebeveynliğe geçişte uyum sorunu vb. durumları göstermiştir.

Yapılan çalışmalar bireylerin sağlığının temellerinin doğum öncesi dönemde ve erken çocukluk döneminde atıldığını gösterir. Doğum öncesi yaşanan yetersiz duygusal destek yaşam boyu fiziksel bilişsel ve duygusal sağlık riskinin arttırır. Dolayısıyla bebeklik dönemi deneyimlerinin biyolojik sistemlerin geleceği açısından önemli olduğunu fark etmek elzemdir. Çocuk sağlığıyla ilgili riskler sosyo-ekonomik düzeyi zayıf kesimlerde daha fazla yaşanır. Bu riski önlemenin yolu doğum öncesinde ve doğum sonrasında koruyucu-önleyici sağlık hizmetlerinin arttırılmasıdır. Bununla birlikte, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde anneler ve bebekleri için bebek refahı faaliyetlerin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Erken dönem sağlık politikalarının iyileştirilmesi şu amaçlara hizmet etmelidir: Anne ve bebek sağlığının uzun vadede geliştirilmesini sağlamak için eğitim düzeyini arttırmak ve eğitimde eşitliği temin etmek; gebelik öncesinde, gebelik sırasında ve bebeklik döneminde sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi, koruyucu bakım desteği, sosyal ve ekonomik destek gibi hizmetlere erişimi sağlamak; doğumdan itibaren güçlü ebeveyn-çocuk bağının oluşmasını sağlamak ve bunun için de ev ziyaretleri ve eğitim programları düzenlemek, çocukların bilişsel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak, çocukların bilişsel gelişimini maksimize etmek ve çocuk istismarını engellemek için ebeveynlere bilgi sağlamaktır (Wilkinson ve Marmot, 2003: 13-14; Marmot ve Wilkinson, 2009). Bahsi geçen amaçların gerçekleşmesi sürecinde birçok aktöre görev düşmektedir. Bu aktörlerden bir tanesi de sosyal hizmet meslek ve disiplininin profesyonel uygulayıcıları olan sosyal hizmet uzmanlarıdır.

Sosyal Hizmet Uzmanları Uluslararası Federasyonu (IFSW, 2014) tarafından sosyal hizmet "Sosyal hizmet, sosyal değişim ve gelişmeyi, sosyal uyumu, insanların güçlenmesi ve özgürleşmesini teşvik eden uygulama temelli bir meslek ve akademik disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı sosyal hizmetin esaslarıdır. Temelini sosyal hizmet, sosyal bilimler, beşeri bilimler ve yerel bilgi kuramlarının oluşturduğu sosyal hizmet, insanlar ve kuruluşları hayatın sorunlarına odaklanma ve refahın arttırılmasına yönlendirmektedir" şeklinde, Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyine (CSWE) tarafından ise "Sosyal hizmet, birey, aile, grup, topluluk ve toplumların sosyal işlevselliğini arttırmak amacıyla yardım etme sürecidir" şeklinde tanımlanmaktadır. Tüm bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığı için çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hizmet sunumunda öncelik verdiği gruplar bulunmaktadır. Yoksullar, engelliler, gençler, yaşlılar, bağımlılar vb. gruplar gibi kadınlar ve çocuklar da öncelik hedef grupları arasındadır. Gebelik öncesi,

sırası ve sonrası dönem kadınlar ve çocuklar için en hassas dönemler arasındadır. Bu hassas dönem için sosyal hizmet uzmanlığının perinatal sosyal hizmet uzmanlığı adında, sertifikasyon ile elde edilebilecek özel bir uzmanlık alanı vardır. Bu çalışmanın amacı perinatal sosyal hizmet uzmanlığının tanıtımının yapılması ve bu uzmanlık türünün ülkemizde aktif hale getirilebilmesi adına öneriler sunulmasıdır.

1. Perinatal Sosyal Hizmet Uzmanlığı Nedir?

Perinatal sosyal hizmet uzmanları, gebelik öncesinden başlayarak bebek bir yaşına gelene dek geçen süreçte ortaya çıkan psiko-sosyal sorunlara yanıt vermede bireylere, ailelere ve topluluklara yardımcı olan sosyal hizmet uzmanlığı türüdür. Perinatal sosyal hizmet uzmanları anneye ve ailelere yaşadıkları tıbbi zorluklara uyum sağlamaları, doğru kararlar almaları, ebeveynliğe geçişi yönetmeleri, doğum sonrası depresyonu yönetebilmeleri ve perinatal kayıp varsa bununla baş edebilmeleri için ayaktan ruh sağlığı hizmetleri sunar (NAPSW, 2016). Bu uzmanlık türü Türkiye’de henüz aktif olamamıştır. Perinatal dönemde, gebelik sürecinde aktif görev alan farklı disiplinlere yönelik çalışmalar mevcuttur. Coşkun (1996) çalışmasında perinatal dönemin tanıtılması, perinatal hemşireliğin görevleri ve ekip çalışmasının önemi hakkında bilgiler vermiştir.

Perinatal süreç gebeliğin 20. haftasında başlayarak bebeğin hayatının ilk haftasına kadar geçen süreyi kapsamaktadır. Bu süreçte bakım hizmeti verilecek kitle, sağlıklı ya da hasta anne adayları, fetüs, loğusa ve yenidoğan bebek ile birlikte aile üyeleridir. Perinatal hemşirelik yaklaşımının amacı gebe-loğusa ve ailesine yeni duruma her yönden (fiziksel, psikolojik ve sosyal) uyum sağlayabilmeleri adına bakım ve eğitim ihtiyaçlarını karşılanmaya yardım etmek ve onlara rehberlik yapmaktır. Tanımdan vurgulandığı üzere perinatal döneme ait bakım ihtiyaçları çok farklılık gösterir ve bunların yerine getirilebilmesi için multi-disipliner bakış açısıyla ekip çalışmasını gereklidir. Ekip üyelerinin içerisinde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ebe, vb. gibi meslek üyeleri bulunmalıdır. Her üyenin kendine has ancak birbirini tamamlayan hizmet sunması beklenir (Coşkun, 1996: 181).

Coşkun (1996) çalışmasında perinatal dönemde ekip çalışmasının önemini vurgulamıştır. Perinatal dönem hekim, hemşire, ebe gibi sağlık çalışanlarının aktif görev aldıkları bir dönemdir. Sağlık çalışanları fizyolojik sağlığı içeren görevlerinin yanında psiko-sosyal destek hizmetleri de yerine getirmeye çalışmaktadır, fakat asıl sorumluluğu ihtiyacı olan bireylere, gruplara ve toplumlara psiko-sosyal destek sağlamak olan bir sosyal hizmet meslek ve disiplininin böyle bir süreçte sürecin baş aktörlerinden olması gerekmektedir. Coşkun’un (1996) çalışmasında perinatal hemşirelik yaklaşımının amaçları arasında gebe-loğusa ve aileye fiziksel uyumun yanında psikolojik ve sosyal uyum konusunda hizmet etmek olduğu belirtilmiştir, fakat bu sorumluluk ekipte olması gereken sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülmelidir. Ekipte bulunması gereken sosyal hizmet uzmanının perinatal sosyal hizmet uzmanlığı eğitimi almış olması anne, fetüs, loğusa, bebek ve aile üyeleri için çok daha etkin bir hizmet sunumu sağlar. Diğer ekip üyelerinden farklı olarak perinatal sosyal hizmet uzmanları, gebelere, ailelere ve topluluklara, hamilelik öncesinden başlayarak

bebeğin yaşamının ilk yılına kadar geçen süre boyunca ortaya çıkan psiko-sosyal sorunlara yanıt vermesine yardımcı olur.

Sosyal hizmet uzmanları her daim yorulmadan doğrudan hizmet, yönetim veya politika düzeyinde olsun, bir fark yaratmayı savunan meslek ve disiplindir. Perinatal sosyal hizmet uzmanları bu çabalarını yaşamın hassas bir dönemi olan perinatal döneme odaklar. Perinatal dönemde anne adayları depresyon, bipolar bozukluklar, anksiyete, panik, obsesif kompulsif, doğuma bağlı travma sonrası stres ve psikoz duyguları yaşayabilir. Perinatal sosyal hizmet uzmanları doğum süreci yaklaşırken, annelerin ve ailelerin güçlü yönlerini ortaya çıkarmak ve yaşanacak zorluklara onları hazırlamak için çalışırlar. Perinatal sosyal hizmet uzmanları; gebe ve ailenin tıbbi zorluklarla baş etmesine yardımcı olur, sağlıklı ebeveyn- çocuk ilişkilerinin oluşmasını destekler, sağlık hizmeti sunan ortamlarda ve toplumda gebe ve ailenin savunuculuğunu yapar, perinatal bir kayıp meydana gelir ise (infertilite, düşük, fetal tanı, ölü doğum veya neonatal ölüm), perinatal ailelerin yas duygularını anlamalarına, ifade etmelerine ve bunlarla baş etmelerine yardımcı olur ve “yeni normaller” ile yaşamayı onlara öğretmeye çalışır, gebe ve ailenin ihtiyaç duyduğu kaynaklara erişimde köprü görevi görür, doğrudan kadın ve aile ile çalışarak psiko-sosyal ve tıbbi zorlukların etkilerini iyileştirirken aynı zamanda gerektiğinde uzun vadeli destekleyici hizmetlere erişmelerine yardımcı olur, planlama süreçlerine destek olur ve bu hizmetler sayesinde gebelerin ve ailelerinin bebekleriyle birlikte geleceğe umutla bakmalarına destek olur (Keefe, Brownstein-Evans ve Rouland Polmanteer, 2016: 3; NAPSW, 2016; Walther, 1991). Perinatal dönem, anneler ve bebekleri için bir kırılma dönemi olarak kavramsallaştırılabilirken, aynı zamanda geleceğe yönelik beklentilerin ve değişim potansiyelinin yüksek olabileceği bir dönemdir. Sosyal hizmet uzmanlarının, annelerin ve bebeklerin refahını ve güvenliğini sağlamak için bu olumlu yönleri ortaya çıkarabilecekleri araçları belirlemeleri gerekir (Lever Taylor, Mosse ve Stanley, 2019: 1595).

2. Perinatal Sosyal Hizmet Uzmanlarının Çalışma Konuları ve Alanları

Gebelik öncesi dönemde perinatal sosyal hizmet uzmanları bebek isteyen ailelerle çalışarak onlara bu yeni süreçle ilgili bilgilendirmeler yapar. Maddi ve manevi anlamda çocuğun dünyaya getirilmesi, çocuk bakımı vb. konularda yeterli olgunluğa erişmemiş ebeveynler, sağlık sorunları, aile içi yaşanan sorunlar (şiddet, yoksulluk, bağımlılık vb.), AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar vb. gebelik ve doğumdan sonra çok daha büyük problemlerin yaşanmasına neden olabilir. Aynı zamanda bebek istemelerine rağmen infertilite (en az bir yıl boyunca herhangi bir korunma yöntemi olmaksızın haftada 2-3 kere cinsel ilişki olmasına karşın gebeliğin gerçekleşmemesi) nedeni ile çocuğu olmayan ailelere psiko-sosyal destek sunmak ta perinatal sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasındadır. Perinatal sosyal hizmet uzmanlarının gebelik öncesi ve sonrasına kıyasla en fazla çalıştıkları dönem gebelik sürecidir. Sağlıklı devam eden bir gebelik süreci anne adayları ve ailelerinin en büyük beklentisidir, fakat sağlıklı devam eden bir gebelik sürecinde bile özellikle anne adaylarının yaşamış oldukları biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler sıkıntılıların yaşanmasına neden

olabilmektedir. Bazı gebelikler beklenildiği ve istenildiği gibi sağlıklı devam edememektedir. Gebelik döneminde yaşanma ihtimali olan problemler; tıbbi bakımdan çok yüksek riskli gebelikler, fetus veya embriyodaki hastalıkların doğum öncesi dönemde tespit edilmesi, düşük riski ve/veya düşük, istenmeyen gebelikler, anne adayının ve/veya madde ailenin bağımlısı olması, aile içi şiddet, çatışma gibi konuların yaşanması, bilişsel, davranışsal ve/veya zihinsel sağlık ihtiyaçları olan ebeveynler vb. şeklinde sıralanabileceği gibi bu listede geçen başlıklar arttırılabilir. Anne ve ailenin sürekli yanlarında olunması, desteklenmesi, sorunlarla baş etmenin onla öğretilmesi, güçlendirilmesi, tedavilerine devam etmelerinin sağlanması bu süreçte fetüs, anne ve aile sağlığı açısından çok elzemdir. Gebelik sonrası dönemde perinatal sosyal hizmet uzmanlarının en fazla ilgi alanları anne, bebek, aile uyumunun desteklenmesi konularıdır. Bu uyum sağlıklı bebek-ebeveyn ilişkisi açısından elzemdir. Gebelikten sonra en fazla görülen durumlardan bir tanesi lohusa depresyonu olarak ta bilinen postpartum depresyondur. Doğum sonrası depresyon, tüm kadınların yüzde ellisine kadarını etkileyen yaygın ve tedavi edilebilir bir klinik sendromdur. Postpartum depresyon doğumdan sonra ilk 2–4 haftada ortaya çıkabilen, ilk yıl içinde herhangi bir zamanda başlayabilen duygu durum bozukluğudur (Ay, Tektaş, Mak ve Aktay, 2018: 147; Walther, 1997; Lind ve Bachman, 2012; Kerson 1997). Bu duygu durum bozukluğu sağlıklı anne-bebek ilişkisinin kurulmasına engel teşkil edebilir. Perinatal sosyal hizmet uzmanları postpartum depresyon yaşayan annelerin bu süreci en kısa ve en sağlıklı şekilde atlatalmaları adına da müdahalelerde bulunur. Perinatal sosyal hizmet uzmanları aynı zamanda perinatal bir kayıp (düşük, ölü doğum vb.) yaşandı ise ailenin yas sürecinde psiko-sosyal destek sağlayarak kaybın sonuçlarını anne ve ailenin en az hasarla atlatalmaları adına çalışmalar yapar. Perinatal sosyal hizmet uzmanının bu dönemde daha çok bağlantı kurucu, savunucu, eğitici/öğretici, danışman rollerini yerine getirir. Her bebeğin ve her ailenin potansiyelini en üst düzeye çıkarmak hedefi ile çalışan perinatal sosyal hizmet uzmanları hastanelerde çalışırlar, ancak aynı zamanda halk sağlığı ortamlarında da çalışırlar. Pediatrik bakımevleri, evlat edinme kurumları (doğum anneleri ve/veya evlat edinen ebeveynlerle), erken müdahale programları, doğum öncesi ilaç bırakma programları, doğum öncesi tanı klinikleri, koruyucu aileler, ebeveynlik eğitimi, etik merkezleri, özel muayenehaneler ve antepartum³ ünitesi, acil servisler, fetal teşhis ve tedavi merkezleri, genetik bölümü, doğum üniteleri, kısırlık klinikleri-merkezleri, nefroloji, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, yeni doğan kreşleri, kadın doğum klinikleri, onkoloji, palyatif bakım, pediatrik ileri bakım, pediatrik yoğun bakım üniteleri, pediatri ofisleri, perinatal değerlendirme merkezleri, psikiyatrik/ruh sağlığı, özel ayakta tedavi uygulamaları (örn. astım, özel immünoloji, oftalmoloji vb.), cerrahi, nakil servisleri gibi birçok hizmet alanı perinatal sosyal hizmet uzmanlarının hizmet alanlarını oluşturur. Aynı zamanda uzmanların görev aldığı toplumsal yapılara göre hizmet alanları çeşitlenebileceği gibi ele alınan sağlık hizmeti ortamı ve biyo-psiko-sosyal konular, perinatal sosyal hizmet uzmanının ailelere hizmet sunabileceği süreyi etkileyecektir (NAPSW, 2016; Lind ve Bachman, 2012; Cross, 2017; Noble, Hamilton, 1981).

³ Antepartum: Doğum öncesi.

Sosyal hizmet uzmanları ülkemizde yukarıda bahsi geçen birimlerin bazılarında istihdam edilmektedir. Tıbbi sosyal hizmetin gerçek ortamı hastanelerdir (Zastrow, 2013: 710). Hastanelerde yürütülen sosyal hizmet müdahalelerinin hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ve önemli olduğu yadsınamaz (Özbeşler, 2013: 10). Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını yürüten sosyal hizmet uzmanlarının görev ve sorumlulukları Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi Madde 12'de ayrıntılı olarak belirtilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2011). Öncelikle dezavantajlı gruplar olmak üzere sağlık kuruluşunda ihtiyaç duyan tüm bireylerin desteklenmesi yönerge ile standart hale getirilmiştir. Özbeşler (2020) sosyal hizmet uzmanlarının mesleki sınırları dahilinde rollerinin ve görevlerinin; hasta ve ailesinin hastalığın her sürecinde, her türlü sorunlarına karşı gereksinimlerinin değerlendirilmesi, değerlendirme sürecinde diğer sağlık çalışanlarının da görüşüne başvurulması, tedaviye zarar veren sorunların tespiti ve çözümü için çalışılması, aniden çıkan ve tedavi ihtiyacı doğuran sağlık sorunlarında hasta ve ailesine duygusal destek sağlanması, farklı şekillerde riskli durumların değerlendirilmesi ve ilgili kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği yapılması, hasta ve ailesi ile ihtiyaç duydukları toplumsal kaynakların bir araya getirilmesi, gerekli durumlarda hastaların ev ortamında değerlendirmelerinin yapıldığı klinik odaklı müdahalelerin yapılması, hastaların terminal dönemlerini en güzel şekilde geçirmelerinin sağlanması, kayıp yaşanır ise ailenin yas sürecinin desteklenmesi ve hastalığa bağlı diğer riskler (malullük, işsizlik vb) değerlendirilerek hasta ve ailesine gerekli desteğin sağlanması şeklinde olduğunu belirtmiştir (Özbeşler, 2020: 11-12). Sağlık alanında yaşanan gelişmeler sosyal hizmet uzmanlarına olan ihtiyacı artırmaktadır; fakat Türkiye'de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının dünyadaki ilk uygulamalardan neredeyse 60 yıl sonra başlamış olması tıbbi sosyal hizmet alanında ciddi sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Ulucan Özkan, Uçan ve Baydur, 2019: 13). İstihdam sayıları ve iş yüklerinin fazlalığı düşünüldüğünde tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının perinatal sosyal hizmet uzmanlığında olduğu gibi tek hasta grubu ile çok uzun sürede çalışması mümkün görülememektedir.

Literatürde perinatal sosyal hizmet uzmanlarının çalışma alanlarına, sorumluluklarına, rollerine ve görevlerine ilişkin farklı çalışmalar mevcuttur. Aşağıda bu çalışmalara örnekler verilmiştir:

Adölesan gebe ve ebeveynler: Ergenlik yıllarında hamile ve ebeveyn olmak birçok zorluğu beraberinde getirir. Sadece ergenin sınırlarını belirlemek değil, aynı zamanda ergenlerin yaşam öykülerini bilmek, psiko-sosyal destek sürecine aileyi dahil etmek, ergenin potansiyelini keşfetmek, vakaları yönetirken iş birliği içerisinde davranmak, kaynaklara erişimde aracı olmak ergenin güçlü yönlerini belirlemek, desteklemek ve geliştirmek sosyal hizmet uzmanının rolüdür. Elbette, erken çocuk doğurmanın çok büyük dezavantajları vardır ve başarılı olamayan ergenler vardır. Ancak pozitif ebeveynlik anne karnında başlar. Çocuk doğuran ergenlerle çalışan hastane sosyal hizmet uzmanları, yetkin, kendine güvenen ebeveynlerin gelişimini kolaylaştırma fırsatına sahiptir (Adams ve Kocik, 1997).

Madde kullanımı: Gebe kadınlar arasında madde kullanımı insanların alkol ve madde kullanımından bu yana var olan fakat son yıllarda hızla artan bir olgudur. Annenin madde kullanımı, önemli anne, bebek ve aile için

önemli bir risk faktörüdür. İstismar, spontan düşük, yetersiz muhakeme, doğum sonrası kanama vb. obstetrik⁴ komplikasyonların yanında fetüs ve yenidoğanın gelişimsel komplikasyonlara da neden olabilir. Perinatal sosyal hizmet uzmanının bağımlılığın psikolojik, fiziksel, sosyal ve aile dinamiklerini anlaması gerekir. Perinatal sosyal hizmet uzmanının bağımlılık aşamaları ve tedavide kullanılan terminoloji hakkında yeterli bilgisi olmalıdır, çünkü her aşamada müdahale planı farklılaşmaktadır. Yerine getirilmesi gereken hizmetler arasında sağlık ve doğum öncesi bakım, uyuşturucu tedavisi, mesleki eğitim, çocuk bakımı, ebeveyn eğitimi, yiyecek ve barınma gibi birincil ihtiyaçlar için yardım, depresyon için danışmanlık, düşük benlik saygısı, izolasyon ve istismarcı ortaklardan korunma yer alır. (Cook, 1997; Schroeder, 2017).

Yüksek riskli gebelikler: Perinatal sosyal hizmet uzmanları yüksek riskli obstetrik hastaların problemleri, tedaviye karşı sıklıkla görülen duygusal tepkileri, sorunları, perinatal sosyal hizmet değerlendirmesi ve müdahalesi ile ilgilenmek zorundadır. En yaygın perinatal sağlık sorunları; infertilite (kısırlık), hiperemezis gravidarum (hamilelikte yaşanan ağır sabah bulantısı), plasenta previa (plasentanın rahim ağzını ve doğum yolunu kapatması), prematüre erken membran rüptürü, gebeliğe bağlı hipertansiyon, erken doğum, diyabet, çoklu gebelik, prenatal tanı ve fetal tedavi uygulamaları, kalp hastalığı, kan hastalıkları, akciğer hastalığı, artrit veya hamilelik sırasında yapılan herhangi bir cerrahi işlem vb. gibi sıralanabilir. Bahsi geçen sağlık sorunlarının yanında her perinatal hastada görülmesi de bazı hastalarda birkaç yaygın duygusal tepki görülebilmektedir. Duygusal tepkilere örnek olarak; kontrol kaybı, anksiyete, yas, can sıkıntısı, korku, kararsızlık, suçlama şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının perinatal ünitelerdeki rolleri; geniş anlamda ailelere doğrudan hizmetler, sistemle çalışma ve öz bakımını destekleme olarak tanımlanabilir. Doğrudan hizmetler rolü, değerlendirme, tedavi planlaması, müdahale, taburculuk planlaması ve takibinden oluşur. Sistemle çalışma, personel, öğretim ile koordinasyonu ve desteği içerir. (Bachman ve Lind, 1997).

Perinatal kayıp: Gebeliklerin belirli bir bölümü bebeğin doğumuyla sonuçlanamaz. Perinatal kayıp aileler üzerinde ciddi etki bırakır. Perinatal kayıp türleri arasında düşükler, neonatal ölümler⁵, intrauterin fetal ölümler⁶ (IUFD) ve ölü doğumlar bulunur. Bunun yanında kaçırılan, seçime dayalı ve tedavi edici kürtajlar da vardır. Ölümler olmasa da, gebe kalamama ve tıbbi sorunları veya özel ihtiyaçları olan bir çocuğun doğumu yine de perinatal sağlık bakımıyla ilişkili kayıplardır. Aileler için destek hizmetleri geliştirirken perinatal kayıpların aralığını dikkate almak önemlidir. Herhangi bir perinatal kayıpta, sosyal hizmet uzmanı, yas tutma gibi önemli görevlerde ailelere yardımcı olmak için kilit ve benzersiz bir konumdadır. Aileye sağlanan hizmetler arasında krize müdahale, somut hizmetler, bilgilendirme ve yönlendirmeler yer alabilir. Kayıpla beraber ailede yaşanabilecek birtakım psikolojik sorunlar da vardır. Yaşanan şokun üzerine annenin bebeğin ağladığını duyması, bebeğin karnına tekme attığını söylemesi vb. duygularda sıklıkla yaşanan duygulardır.

⁴ Obstetrik: Gebelikle ilgili.

⁵ Neonatal Ölüm: Yenidoğanın ölümüdür.

⁶ Intrauterin Fetal Ölümler: Uterusta gebeliğin 20. haftasından sonra bebeğin ölümü.

Böylesi durumlarda perinatal sosyal hizmet uzmanları iletişim araçları ile sürekli aile ile görüşmeli psiko-sosyal desteğe bir süre devam etmelidir (Mahan ve Calica, 1997). Afyonoğlu vd. (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışma çocuk kaybının (çalışmada farklı yaş gruplarında çocuklar bulunmaktadır) anne ve aile sistemi üzerindeki etkisi hakkında bilgiler verilmiştir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre ailenin çocuk kaybı sonrası yas tutma ve yeni duruma uyum sağlama sürecinde; sosyal destek ağlarının, profesyonel sistemlerin, manevi sistemlerin, çalışma sistemleri ile günlük yaşam sistemlerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Afyonoğlu vd., 2021). Perinatal sosyal hizmet uzmanı bu sürecin en sağlıklı şekilde geçirilmesi için çalışmalar yapar.

Çocuğun yeni doğan yoğun bakım ünitesine kabulü: Prematüre ve/veya hasta bir bebeğin doğumu, en sağlıklı, sağlam aileleri bile zorlamaktadır. Bebek Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesine (YYBÜ) kabul edilirse, aile, bebeğin tedavi gördüğü süreçte daha fazla yorulmaktadır. Hepsi olmasa da, YYBÜ'deki yenidoğanların çoğu, prematürite olmak ile ilgili sorunlar nedeniyle bu birime kabul edilmektedir. YYBÜ'de cerrahi sorunları, doğumsal anomalileri, genetik anomalileri ve doğuma bağlı komplikasyonları olan bebekler de görülmektedir. YYBÜ'deki bebeklerin en yaygın tıbbi ve cerrahi sorunları; solunum sıkıntısı, hiyalin membran hastalığı⁷, prematüre retinopatisi⁸, intraventriküler kanama⁹, beslenme yetersizliği, nekrotizan enterokolit¹⁰, sepsis¹¹ şeklindedir. YYBÜ'de görev yapan perinatal sosyal hizmet uzmanlarının görevleri; sosyal hizmet değerlendirmesi, kardeşlerle sosyal hizmet, sosyal hizmet müdahalesi ve tedavisi, tedavinin sınırlandırılmasına ilişkin kararların incelenmesi, çocuk koruma hizmetleri, güçlendirme planlama ve takibi, multidisipliner ekip çalışmasında bulunmak, öz bakımı desteklemektedir (Bachman ve Lind, 1997).

Yukarıda verilen örneklerin sayısı arttırılabilir. Ancak tüm çalışmaların çalışmanın ortak noktası perinatal sosyal hizmet uzmanlığının anne, bebek, aile ve toplum için ne kadar elzem bir uzmanlık alanı olduğudur. Bu noktada Türkiye'de de bu uzmanlık alanının acil oluşturulması ve hizmetlere başlaması gerekmektedir.

3. Sonuç ve Öneriler

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de son zamanlarda meslek ve disiplinlerin uzmanlaşması gereksinimi gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2020 yılı içerisinde canlı doğan bebek sayısı 1 milyon 112 bin 859 kişidir. Yine aynı veriler bize 2001-2020 yılları arasında her yıl ortalama 1 milyon 200 binin üzerinde doğum gerçekleştiğini göstermektedir (TÜİK, 2021). Sağlıklı bir gelişim göstermesi koşulu ile dünyaya gelen her bir çocuk bu toplumun geleceğini teşkil edecektir, bu yüzden her biri ile ayrı ayrı ilgilenilmesi optimal gelişim gösterebilmeleri için çok elzemdir.

Bebeğe, anneye ve aileye en iyi sunabilecek uzmanlık alanı perinatal sosyal hizmet uzmanlığıdır. Ülkemizde henüz aktif olmayan perinatal sosyal hizmet uzmanlığının bir an önce tanınması ve hayata geçirilmesinin

⁷ Hiyalin Membran Hastalığı: Bir tür solunum yetmezliğidir.

⁸ Prematüre Retinopatisi: Bir tür göz hastalığıdır.

⁹ İntraventriküler Kanama: Beyin içinde görülen bir tür kanamadır.

¹⁰ Nekrotizan Enterokolit: Bağırsak duvarı hastalığıdır.

¹¹ Sepsis: Kana enfeksiyon karışmasıdır.

desteklenmesi anne adayları, bebekler ve ailelerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıkları için çok elzemdir. Perinatal sosyal hizmet uzmanlığının diğer ülkelerin örnekleri dikkate alınarak oluşturulması ve tabii bunun kendi ülkemizin sosyokültürel yapısına uygun şekilde uyarlanması gerekmektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde perinatal sosyal hizmet uzmanlığı sertifika programının geliştirilmesi, sağlık kuruluşlarının kadın doğum, infertilite, yenidoğan yoğun bakım birimlerinde, özellikle Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde ve bu müdürlüğün illerdeki temsilciliklerinde, evlat edindirme birimlerinde, koruyucu aile birimlerinde, Aile Sağlığı Merkezleri'nde, Belediyelerde, Sivil Toplum Kuruluşlarında ve bunun gibi ülkemizde aktif olarak çocuklara ve annelere yönelik hizmet veren tüm kamu, özel ve sivil toplum alanlarında perinatal sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edilmeleri önerilmektedir.

Kaynakça

- Adams, D. & Kocik, S. M. (1997). Perinatal Social Work With Childbearing Adolescents. *Social Work in Health Care*, 24(3-4), 85-97.
- Afyonoğlu, M. F., Kesen, N. F., Canpunar, M., ve Yavuz, M. (2021). Bireylerin Çocuk Kaybı ve Yas Sürecinin Aile Sistem Teorisi Temelinde Sosyal Hizmet Perspektifiyle Değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (17), 59-81.
- Ay, F., Tektaş, E., Mak, A., & Aktay, N. (2018). Postpartum Depresyon ve Etkileyen Faktörler: 2000–2017 Araştırma Sonuçları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 147-152.
- Bachman, D. H., & Lind, R. F. (1997). Perinatal Social Work and The High Risk Obstetrics Patient. *Social Work in Health Care*, 24(3-4), 3-19.
- Bachman, D. H., & Lind, R. F. (1997). Perinatal Social Work and The Family of The Newborn Intensive Care Infant. *Social Work in Health Care*, 24(3-4), 21-37.
- Cook, C. (1997). The Role of The Social Worker in Perinatal Substance-Abuse. *Social Work in Health Care*, 24(3-4), 65-83.
- Coşkun, A. (1996). Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4(3), 181-184.
- Cross, J. (2017). *Perinatal Social Work Practice in Health Care Settings (Adapted from NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings)*. The National Association of Social Workers. Erişim Tarihi: 03.09.2021. <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=42lxNq6jEfU%3D&portalid=0>.
- IFSW (International Federation of Social Workers). (2014). Global Definition of the Social Work Profession. Erişim tarihi: 16.09.2021. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/globaldefinition-of-socialwork>.
- Özbeşler, C. (2013). Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (2), 6-12.
- Özbeşler, C. (2020). *Tıbbi Sosyal Hizmete Giriş ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini*. Seda Attepe Özden ve Emre Özcan (Ed.), Tıbbi Sosyal Hizmet içinde (s. 3-13). Nobel Yayınevi: Ankara.
- Kalaycı, S. ve Akin, A. (2021). Sokakta Çalışan Çocuklar ve Gelecek Beklentileri. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Keefe, R. H., Brownstein-Evans, C., & Rouland Polmanteer, R. S. (2016). Addressing Access Barriers to Services For Mothers at Risk For Perinatal Mood Disorders: A Social Work Perspective. *Social Work in Health Care*, 55(1), 1-11.
- Kerson, T. S. (1997). *Social Work in Health Settings: Practice in Context*. The Haworth Press. New York.
- Lever Taylor, B., Mosse, L., & Stanley, N. (2019). Experiences of Social Work Intervention Among Mothers With Perinatal Mental Health Needs. *Health & Social Care in The Community*, 27(6), 1586-1596.
- Lind, R. F., & Bachman, D. H. (2012). *Fundamentals of Perinatal Social Work: A Guide for Clinical Practice With Women, Infants, and Families*. Routledge. Erişim Tarihi: 01.09.2021. https://books.google.com.tr/books?id=jAEsBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Fundamentals+of+Perinatal+Social+Work&hl=tr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Fundamentals%20of%20Perinatal%20Social%20Work&f=false.
- Mahan, C. K., & Calica, J. (1997). Perinatal Loss: Considerations in Social Work Practice. *Social Work in Health Care*, 24(3-4), 141-152.
- Marmot, M., & Wilkinson R. G. (2009). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. İnev Yayınları: İstanbul
- NAPSW (The National Association of Perinatal Social Workers) (2016). *What is a Perinatal Social Worker*. Erişim tarihi: 18.09.2021. <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>.
- Noble, D. N., & Hamilton, A. K. (1981). Families Under Stress: Perinatal Social Work. *Health & Social Work*, 6(1), 28-35.
- Schroeder, A. P. (2017). *Social Work Perspectives on Women Working with Pregnant Women with Opioid Use Disorder*. Master of Social Work. Catherine University, Minnesota.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (16 Şubat 2011. Sayı:7465). Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2021). Doğum İstatistikleri, 2020. Erişim Tarihi: 06.10.2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229>.

- Ulucan Özkan, E., Uçan, G. ve Baydur, H. (2019). Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanlarının İşyerlerinde Sosyal Destek Algısı, Mesleki Benlik Saygısı ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 13, 1-20.
- Walther, V. N. (1991). Emerging Roles of Social Work in Perinatal Services. *Social Work in Health Care*, 15(2), 35-48.
- Walther, V. N. (1997). Postpartum Depression: A Review for Perinatal Social Workers. *Social Work in Health Care*, 24(3-4), 99-111.
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. World Health Organization.
- Zastrow, C. (2013). *Sosyal Hizmete Giriş*. Nika Yayınevi: Ankara.



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi
TSHD
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually
<https://edergi.saglik.gov.tr/>
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>
Yıl/Year: 2021 Aralık/December
Sayı/Issue: 18

TÜRKİYE'DEKİ SURİYELİ GÖÇMENLERE VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, SORUN VE ÖNERİLER

Yusuf AYDIN¹

Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme
Geliş Tarihi / Date Received: 01.09.2021,
Revizyon Tarihi/Date Revised:26.10.2021
Kabul Tarihi / Date Accepted: 09.12.2021
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021
DOI: 10.46218/tshd.989589

Makale Künyesi/To cite this article: AYDIN, Y. (2021, Aralık). Türkiye'deki Suriyeli göçmenlere verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sorun ve öneriler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18:227-248. Doi: 10.46218/tshd.989589

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Yusuf AYDIN, Sağlık Bakanlığı, ORCID: 0000-0002-8841-7289

Öz

Suriye'de yaşanan olaylar ve iç savaş nedeniyle göç eden Suriyelilerin en temel ihtiyaçları olan sağlık, barınma, eğitim ve çalışma hakkı gibi konular gittikleri ülkelerde önemli bir sorun olduğu gibi Türkiye'de de aynı sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar. Ağırlıklı olarak barınma ve çalışma hakkı konularında ciddi mesafeler alınmış olunmakla birlikte, sağlık ve eğitim de ise çalışmalar devam etmektedir. Bununla birlikte sağlık ve eğitimde ilgili bakanlıklar tarafından belli kararlar alınmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Bu anlamda, sağlık alanında sosyal devlet olmanın gereği olarak, göçmenlerin sağlık hizmetlerini almasına yönelik önemli uygulamalar başlamış olmakla birlikte, çıkan sorunlar doğrultusunda müdahaleler de yapılmaktadır.

Bu çalışma ile Suriyelilere yönelik sunulan sağlık hizmetleri değerlendirilecektir. Çalışmanın ilk bölümünde genel olarak Suriyeli göçmenler hakkında bilgi verilecek, ikinci bölümde ise Türkiye'de Suriyeli göçmenlerin aldıkları sağlık hizmetleri özellikle sağlık bakanlığı verilerine göre değerlendirilecek ve tespit edilen sorunlardan yola

çıkılarak çözüm önerileri sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Göç ve Sağlık hizmetleri, Suriyeli Göçmenler, Suriyelinin sağlığı, Suriyeli ve sağlık.

EVALUATION OF HEALTH SERVICES PROVIDED TO SYRIAN MIGRANTS IN TURKEY, PROBLEMS AND RECOMMENDATIONS

Abstract

Due to the various events and civil war in Syria, issues such as health, shelter, education and the right to work, which are the most basic needs of the Syrians, have been an important problem not only for Turkey but also for the countries they migrated. Although progresses were primarily made in the field of sheltering and the right to work, more still should be done in other fields such as medical and educational areas. In the meantime certain decisions have been taken and implemented by the relevant ministries in the field of health and education. In this regard, as a requirement of being a social state in the field of health services, authorities are committed to spread services to those immigrants who do not receive them and working on the solutions for the problems that arises during the implementation.

This study will evaluate the health services provided for the Syrian immigrants in Turkey. In the first part of the study, literatures about immigrants' health services will be given and in the second part, the health services offered to the Syrian refugees will be evaluated according to the data provided by the Health Ministry and solutions will be presented based on the identified problems.

Keywords: Migration and health services, Syrian immigrants, Syrian health, Syrian and health.

1. Giriş

1.1. Suriyeli Göçü Hakkında Genel Bilgi:

PKK terör örgütü nedeniyle uzun yıllar Türkiye Suriye ilişkilerinde gerginlikler yaşanmasına hatta iki ülke arasında savaş aşamasına gelmiş iken dönemin hükümetince Ortadoğu politikası çerçevesinde, 2000'li yılların başından itibaren iyi ilişkiler kurulmuş, 2004 yılında her iki ülkenin üst düzey yöneticileri karşılıklı resmi ziyaretlerde bulunmuş, bu ziyaretler sonucunda güvenlik, kültür, tarım, turizm vs alanlarda serbest ticaret anlaşmaları imzalanmış, iki ülke ilişkileri askeri boyuta taşınarak 2009 yılında ortak askeri tatbikatlar düzenlenmiştir(Akgül, Kaptı ve Demir, 2015, s.1). Ancak bu iyi ilişkiler uzun sürmemiş, 2011 yılı Mart ayında başlayan ve Suriye'ye sıçrayan "Arap Baharı" benzeri protestolar daha sonra çatışmalara dönüşmüş, çatışmaların şiddetlenmesi nedeniyle, 2012 yılında önce ABD, daha sonra da Mart 2012 ayı içinde Türkiye Şam büyükelçiliğini kapatmıştır(Aljazeera Turk, 2016).

Suriye'de iç savaşın başladığı 2011 yılı Mart ayından, 2016 yılı Eylül ayına kadar (bağımsız kaynaklarca doğrulanamasa da) İngiltere merkezli Suriye İnsan Hakları Gözlemevi'ne göre, iç savaşta belgelendirilmiş olarak 301.781 kişinin öldüğü, belgelendirilmeyenlerin de eklenmesi ile bu sayının 430.000'e çıktığı, bu ölümlerin 86.000'den fazlasının sivil, siviller içinde ise ölen çocuk sayısının 15.099 olduğu belirtilmiştir (Deutsche Welle, 2016).

Bu iç çatışmalar nedeniyle Suriye'den başka ülkelere ve özellikle komşu Ürdün, Lübnan ve Türkiye'ye önceleri küçük gruplar halinde daha sonra büyük gruplar halinde kitlesel olarak geçmeye başlamışlardır. Hatay'ın Yayladağı ilçesinden 250 kişilik bir grubun sınırı geçerek Türkiye'ye sığınması ile ilk büyük grubun göçü 29 Nisan 2011'de gerçekleşmiştir. İç savaşın başladığı 2011 yılında Suriye'nin toplam nüfusu yaklaşık 22 milyon olup, nüfusun yarısı olan 11 milyon kişinin evlerinden çıkıp başka güvenli bölgelere gittiği, bunlardan 4,5 milyon Suriyelinin ise ülkesini terk ederek komşu ülkelere sığındığı belirtilmiştir (BBC News, 2016).

Türkiye, Suriye krizi ve iç savaşının en başından beri "açık kapı politikası" izleyerek, Türkiye'ye gelmek isteyen ve sınırdan yığılan Suriyeliler geri çevrilmemiştir(Kirişçi, 2014, s:14). Ancak Suriyeli sığınmacılara, Türkiye'de yasalar gereği (Avrupa dışından geldikleri için) mülteci statüsü verilmemiştir. Zira, Türkiye, 1951 Cenevre Anlaşması'nı imzalamasına ve 31.07.1968 tarihinden itibaren ülkemiz için bağlayıcılık kazanmasına rağmen coğrafi sınırlama koyarak Avrupa dışından gelenlere mülteci statüsü verilmemiş, Suriyelilere bu nedenle ilk aşamada "misafir" statüsü verilmiştir. Bir başka görüşe göre, Avrupa dışından gelip, 1951 Cenevre Anlaşmasının mülteci tanımındaki 5 kriterden birine uyanlara Türkiye "Şartlı Mülteci" tanımını uygun görmüştür (Ekşi, 2015, s. 25).

Basında Suriyeliler hakkında çıkan haberler konusunda yapılan araştırmada da, incelenen gazete haberlerinde ve gazete yazılarında en fazla "Suriyeli Sığınmacılar" ibaresi kullanılmış, Suriyeli göçmenler için ikinci sırada en fazla kullanılan kavram ise "Mülteci" kavramı olmuştur (Doğanay ve Çoban, 2016,s.155).

Suriyeliler için uygulanan "Geçici Koruma" statüsü, gerektiğinde Bakanlar Kurulu kararı ile (yeni sistemde Cumhurbaşkanı Kararnamesi ile) sonlandırılabilmekte, ayrıca Suriyelilerin vefat etmeleri, kendi isteği ile

ülkelerine veya bir başka ülkeye gitmeleri halinde de söz konusu statü sona ermektedir. Geçici korumanın 1 yıllığına tanınan bir statü olduğu, şartları oluşması halinde ise en fazla 3 yıla uzatma imkanı bulunan bir statü olduğu belirtilmiştir (Orhan, 2014, s.15).

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından da sık sık kullanılan “Düzensiz Göç-Göçmen” kavramı ise vatandaşı olunmayan bir ülkeye ulusal hukuk yollarını ihlal ederek girmek ve burada kalmayı sürdürmek olarak, tanımlanmıştır (Hassoy ve Davas, 2010, s.298).

1.2. Rakamlarla Suriyeli Göçü:

Suriye’den pasaportları ile ülkeye girenlerin yanı sıra, nüfus kimliği dahil hiçbir belgesi olmadan sınırı geçenler, Türkiye tarafında 10 ilimizde Başbakanlık AFAD tarafından kurulan ve yönetilen 23 geçici mülteci kamplarına kabul edilmiştir. 2017 yılı itibarıyla, Suriyeli göçmenlerden 246.720’si Türkiye Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı (AFAD) tarafından idare edilen 23 kampta yaşamaktadır (ECHO Tanıtım Belgesi, 2017, s.2). Göç İdaresi Başkanlığının 22.08.2017 tarihinde güncellenen rakamlarına göre ise Geçici Barınma Merkezinde 233.146 Suriyeli yaşamaktadır (Türkiye Göç İdaresi İstatistikleri, 2017).

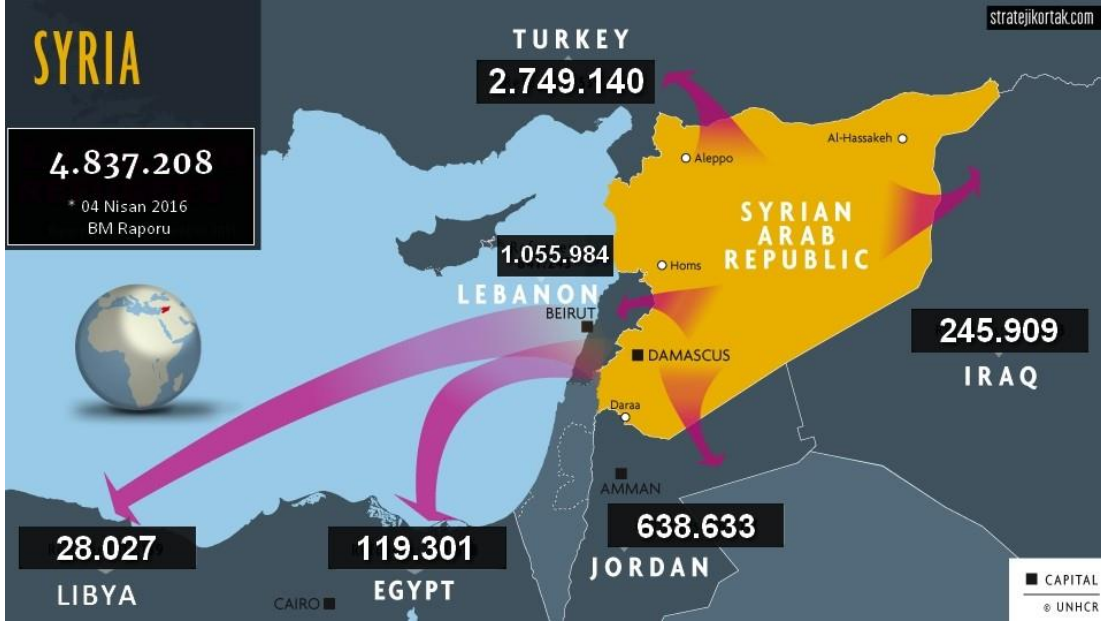
Türkiye’nin “Açık Kapı Politikası” nin sonucu olarak önce onbinlerce sonra yüzbinlerce ve ilerleyen yıllarda milyonlarca Suriyeli ülkeye giriş yapmış, 2011 yılında sınır bölgelerinde kamplar inşa edilmeye başlanmış, ancak çatışmaların Halep bölgesinde yoğunlaşması üzerine artan göç sayısı nedeniyle bu kamplar yetersiz kalınca 2012 ikinci yarısında hükümet sınırdan geçişlerde sınırlama getirmeye başlamıştır. Bu amaçla sınırın Suriye tarafında 20’den fazla geçici kamp kurulmuştur. Bu geçici barınma yerleri zamanla yarı kalıcı barınma yerlerine dönüştürülmüş, ayrıca Atme, Bab el-Hava, Bab es-Selame gibi kalıcı barınma merkezleri kurulmuştur. Ancak çatışmaların sınır bölgelerini de etkilemesi ve daha iyi yaşam koşullarına ulaşmak amacıyla bu kamplarda kalan Suriyeliler kaçakçılar ile irtibat kurarak illegal yollarla sınırdan geçmeye başlamışlardır.

İçişleri Bakanlığının verdiği rakama göre, Türkiye’de toplam 3 milyon 550 binin üzerinde göçmen ve mülteci bulunmaktadır (Deutsche Welle, 2017). Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi (HÜGO), 2017 yılında Türkiye’deki toplam mülteci sayısının 3,6 milyonu aştığını belirtmiştir. Bu rakam Türkiye nüfusunun %4,61’ine denk gelmekte olup, bu kişilerin sadece yüzde 8’i kamplarda kalmakta, diğerleri farklı şehirlere dağılmış durumda ve özellikle İstanbul’da yaşamaktadır. Almanya’da 456.000, İsveç’te 109.000, Macaristan’da 76.000, Avusturya’da 42.000 Suriyeli bulunduğu dikkate alındığında, Türkiye’nin özellikle 2014 yılından itibaren dünyada en fazla mülteci ağırlayan ülke durumunda olduğu görülmektedir (NTV.com.tr, 2017). Bir başka kaynakta, 2017 yılı için AB ülkelerinin toplam kabul ettiği Suriyeli mülteci sayısı 866.811 kişi olarak açıklanmış olup, Türkiye’nin misafir ettiği kişi sayısı ise bunun ortalama 3,5 katıdır (NTV.com.tr, 2017).

Birleşmiş Milletlerin (aşağıdaki haritada gösterildiği üzere) 4 Nisan 2016 tarihli raporunda ise 4.837.208 Suriye’linin ülkesini terk ederek başka ülkelere geçtiği, bu ülkeler arasında 2.749.140 Suriyeli mülteci sayısı ile Türkiye’nin açık ara birinci olduğu görülmektedir (Harita 1). İkinci sırada Suriye’ye komşu ülke Lübnan

gelmekte olup bu ülkeye 1.055.984 Suriyeli sığınmıştır. 638.633 Suriyeli göçmen ile Ürdün 3.sırada, 245.909 Suriyeli göçmen ile Irak 4.sırada gelmektedir. Mısır ve Lübnan'a ise daha az Suriyeli mülteci sığınmıştır.

Harita 1) Suriyeli Göçmenlerin Gittikleri Ülkeler



Kaynak: UNHCR, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği Raporu, 04 Nisan 2016/Düzenleme:StratejikOrtak.com-Suriyeli Mültecilerin Dağılımı.

Rakamlara bakıldığında, dünyanın gelişmiş ülkeleri ve AB üye ülkeleri, Suriye'de iç savaşın başlamasından sonraki 3 yıl içinde toplam 130.000 civarında sığınmacıyı kabul etme sözü vermiş iken, Türkiye 2.749.140 sayısı ile Suriyeli sığınmacıların %42'sini tek başına kabul etmiş, Lübnan ise kendi nüfusunun %25'inden fazla Suriyeliyi ülkesine almıştır (Erdoğan, 2015, s.16).

Tablo 1) Suriyeli Göçmenlerin Ülkelere Dağılımı

Ülkeler	Kaynak	Veri tarihi	Suriyeli Göçmen
Türkiye	Türkiye Hükümeti, UNHCR	2 Ağustos 2018	3.542.250
Lübnan	UNHCR	31 Tem 2018	976.002
Ürdün	UNHCR	29 Tem 2018	668.123
Irak	UNHCR	31 Tem 2018	249.123
Mısır	UNHCR	30 Haz 2018	129.737
Diğer (Kuzey Afrika)	UNHCR	15 Mart 2018	33.545

Kaynak: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) Raporu, 02.08.2018

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi 2018 yılına gelindiğinde, Suriyeli göçmen sayısı değişmekle (artmakla) birlikte en çok Suriyeli barındıran ülke sıralamasında bir değişiklik olmadığı, Türkiye'nin yine açık ara önde olduğu görülmektedir. Oysa 2011 yılından önce Türkiye'de 100.000 civarında başka ülkelerden gelmiş göçmen-mülteci var iken son 5 yılda bu sayının 4 milyona yaklaşması ülkemizin ne kadar büyük kitlesel göçe maruz kaldığı görülmektedir (Erdoğan, 2017,s.10). İğinc ç olan bir başka husus Lübnan'daki Suriyeli göçmen sayısı 2016 yılında 1.055.984 iken (2018 yılında diğer ülkelerde göçmen sayısı artmasına rağmen) bu sayı azalarak 976.002'ye inmiştir.

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü verilerine göre, 17 Ağustos 2017 tarihi itibarıyla, Geçici Barınma Merkezlerinde 233.146, Geçici Barınma Merkezleri dışında 2.908.234 olmak üzere toplam 3.141.380 Suriyeli göçmen Türkiye sınırları içinde bulunmaktadır (Türkiye Göç İdaresi, 2017). 24.05.2018 tarihi itibarıyla bu sayı 3.589.384 olmuştur (Türkiye Göç İdaresi, 2018).

Aşağıdaki tabloda, 26.08.2021 tarihi itibarıyla Geçici Barınma Merkezleri içinde ve dışında bulunan Suriyeli sayısı gösterilmektedir. Tablo incelendiğinde, hem barınma merkezi sayısı azalmış hem de burada kalan Suriyeli sayısı 2017 yılında 233.146 iken, 2021 yılında 53.532'ye düşmüştür (Türkiye Göç İdaresi, 2021).

TBMM Mülteci Hakları Alt Komisyonu tarafından 2017 yılı sonunda yapılan bir araştırmada, Kilis ilinde Suriyeli sayısı Türk nüfusu ile neredeyse eşitlenmiş, Suriyeli göçmen sayısı Kilisin yerli nüfusunun %95'ine ulaştığı, bu oranları %24 ile hatay, %21 ile Şanlıurfa ve %16 ile Gaziantep illerinin izlediği belirlenmiştir (TBMM Göç ve Uyum Raporu, 2018, s.91). Öte yandan aynı raporda, Türkiye'de 250.000 Suriyeli bebeğin dünyaya geldiği vurgulanmıştır.

Tablo 2) Geçici Barınma Merkezleri ve Burada Yaşayan Suriyeli Göçmen Sayısı (26.08.2021)

İl	Geçici Barınma Merkezi Adı	Barınan Sayısı
Adana (1 adet)	Sarıçam	17.900
Hatay (3 adet)	Altınözü	2.515
	Yayladağı	3.748
	Apaydın	2.723
Kahramanmaraş (1 adet)	Merkez	9.897
Kilis (1 adet)	Elbeyli	8.325
Osmaniye (1 adet)	Cevdetiye	8.424
Toplam		53.532
Geçici Barınma Merkezleri dışında bulunan Suriyeli sayısı		3.651.577

Kaynak: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2021

Suriye sınırından Türkiye'ye geçen Suriyeli göçmenlerin yaklaşık 1-1,5 milyonu 2014 ve 2015 yıllarında Avrupaya geçerek değişik ülkelere dağılmışlardır (Erdoğan, 2017, s.19).

Türkiye'ye gelen Suriyeliler ile ilgili yapılan bir araştırmada, en büyük sorun olarak dil sorununu belirttikleri, bu nedenle de kendi dillerine yakın dil konuşan bölgeleri tercih ettikleri, Kürt göçmenlerin Kurmançi dilinin konuşulduğu Diyarbakır ve Batman illerini, Arapların ise Arapçanın konuşulduğu Gaziantep ve Şanlıurfa

kentlerini tercih ettikleri ancak yine de büyük miktarda Suriyeli göçmenin hem bu illeri hem de daha batıya doğru İstanbul, Bursa ve İzmir illerini tercih ettikleri belirlenmiştir (Türk Tabipler Birliği, 2014, s.36).

Ancak son zamanlarda yapılan araştırmalarda, özellikle Suriyelilerin yoğun olarak yerleştikleri Gaziantep, Hatay, Urfa ve Kilis gibi bölgelerdeki halkın Suriyelilerden şikayet etmeye ve bu durumdan rahatsız olmaya başladıkları, yapılan araştırmada Suriyelilerin ekonomiye zarar verdiğini, işlerini ellerinden aldıklarını ve güvenlik yönünden sorunlar çıkardıklarını belirttikleri ortaya çıkmıştır (Demir ve Soyupek, 2015, s.9).

Türkiye, Suriyeli göçmenlerinin yarattığı krizi insani ve sosyal kaygılar ağır basarak çözmeye çalışmakta iken batı ülkelerinin çoğunda göç olayı güvenlik sorunu açısından değerlendirilmektedir (Watson, 2009).

2- Suriyeli Göçmenlere Verilen Sağlık Hizmetleri ve Yaşanan Sorunlar:

2.1. Suriyeli Göçmenlere Sunulan Sağlık Hizmetleri:

Türkiye'ye gerek sınır kapısından legal olarak gerekse izinsiz olarak illegal şekilde giren Suriyelilere Türkiye Devleti tarafından barınma hizmeti dışında sağlık hizmeti de verilmeye başlanmıştır. Nisan 2011 yılında ilk giriş yapan Suriyeli göçmenler için oluşturulan çadır kentler ve kamplarda ücretsiz tıbbi tedavi imkanı sağlanmıştır.

2.1.1. İlgili Mevzuat:

Suriyeli göçmenler hakkındaki en önemli mevzuat 22 Ekim 2014 tarihinde yürürlüğe giren "Geçici Koruma Yönetmeliği"dir. "Geçici Koruma"nın kapsamı, bu kapsamda değerlendirilecek kişilerin hak ve yükümlülükleri, kayıt süreci, ülkede kalışlarına ilişkin belirleyici kriterler, kişilerin haklarına getirilebilecek kısıtlamalar bu Yönetmelik ile düzenlenmiştir. Bu Yönetmelik hükümleri uygulanarak, özellikle sağlık hizmetleri başta olmak üzere eğitim, iş piyasasına erişim, sosyal yardım ve hizmetler ile tercümanlık ve benzeri hizmetler, göçmenlerin ikamet ettikleri şehirlerde imkânlar ölçüsünde sağlanmaya çalışılmaktadır. Yönetmeliğin 21.maddesinde belirtilen kayıt işlemlerini tamamlamayan yani kimlik kartı almayan yabancıların, bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunmaya yönelik sağlık hizmetleri ile acil sağlık hizmetleri dışında sağlık hizmetlerinden yararlanamayacağı belirtilmiştir. 27.maddesinde ise Sağlık Hizmetleri sıralanmıştır. Tercüman olmadan göçmen yabancıyla istenilen düzeyde iletişim kurulamadığında tercümanlık hizmetlerinin ücretsiz olarak verileceği Yönetmeliğin 31.maddesinde hüküm altına alınmıştır (Geçici Koruma Yönetmeliği, 2014).

Kamplar dışında kalan Suriyeli göçmenlere sivil toplum kuruluşları tarafından tedavi hizmeti ve ilaç teminine çalışılmış Ocak 2013 yılına kadar sadece kamplarda verilen sağlık hizmeti bu tarihten sonra Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından çıkarılan 18 Ocak 2013 tarihli ve 2013/1 sayılı Genelge ile kamp dışında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık merkezleri ve hastaneler, daha sonra da üniversite ve özel hastanelerde verilmiş, tedavi masrafları ise AFAD tarafından karşılanmıştır (Erdoğan, 2018:90-91). Söz konusu Genelgede Suriyelilere verilen sağlık hizmeti 10 il ile sınırlı iken AFAD tarafından 9 Eylül 2013 tarihinde çıkarılan bir başka Genelge ile bu uygulama tüm illere yaygınlaştırılmıştır (İlhan vd., 2016,s.13).

İlerleyen zamanlarda yeni gelen Suriyeli göçmenler ile kampların kapasitesinin aşılması, bazı Suriyelilerin kamplarda yaşamak istemeyip buralardan kaçması bu durum sağlık hizmetlerinde aksamalara ve sorunlara neden olduğundan sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunulabilmesi amacı ile 09.09.2013 tarihinde yayımlanan 2013/8 Genelge ile yapılan değişiklik sonrasında, hastane ve sağlık hizmetleri kamplardan sevk şartı aranmaksızın ülke geneline yaygınlaştırılmıştır(Erdoğan, 2018,s. 92).

Aralık 2014 tarihinde yayımlanan genelge ile acil ve yoğun bakım gerektiren haller dışında özel hastanelerde tedavi kısıtlanmış, özel hastanelerde tedavi kamu hastanelerinden sevk yapılması şartına bağlanmıştır. Ayrıca acil durumlar dışında, hastanenin bulunduğu şehirde kaydı olmayan Suriyelilerin bu hastanelerden yararlanamayacağı, yararlanabilmesi için kaydının bulunduğu şehirdeki hastaneye müracaat etmesi, bu hastanede sağlık işlemi yapılamıyor ise sevk ile başka bir şehirdeki hastanede tedavi altına alınabileceği, şeklinde düzenleme getirilmiştir.

Geçici koruma statüsünde Türkiye’de yaşamlarını sürdüren Suriyeli yabancılara 29.04.2011 tarihinden itibaren sunulan sağlık hizmetleri, yukarıda belirtilen mevzuat dışında, Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından yayımlanan 2015/8 sayılı Genelge ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 04.11.2015 tarihli ve 9648 sayılı “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar” yönergesi kapsamında, geçici barınma merkezlerinin (kampların) içinde ve dışındaki sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının kontrolü ve sorumluluğunda yürütülmekte olup, adı geçen bakanlık bünyesinde bulunan “Göç Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı” geçici koruma altındaki Suriyeli göçmenlerin sağlık hizmetlerini koordine etmektedir.

2.1.2. Sunulan Sağlık Hizmetleri:

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Gn. Md. Göçmen Sağlığı Daire Başkanlığı koordinasyonunda, geçici koruma altındaki Suriyelilere 3 ana kategoride sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

A- Sınırdan yaralı olarak alınan Suriyelilere ve ülkemizde geçici koruma altına alınanlara sunulan 112 Acil Sağlık Hizmetleri,

B- Geçici Barınma Merkezlerinde ve dışında sunulan Temel ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri,

C- İkinci ve üçüncü basamak Sağlık Hizmetleri.

Türkiye’ye sığınan ve kayıt altına alınıp geçici kimlik verilmiş olan Suriyeliler, ikamet ettikleri şehirlerde acil sağlık, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ile tedavi edici tüm sağlık hizmetlerinden, SUT kapsamında ve ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. Geçici kimlik numarası almamış yani henüz kayıt edilmemiş Suriyeli göçmenlere, Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamında, bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacıyla aşılama ve acil sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri Genel Bütçe kapsamında, ikinci-üçüncü basamak sağlık hizmetleri (kamu-üniversite ve özel hastaneler, eğitim ve araştırma hastaneleri) ile 112 Acil Sağlık Hizmetleri ise 2017 yılı Global Bütçe Protokolü çerçevesinde AFAD tarafından finanse edilmektedir.

Sivil Toplum Kuruluşları tarafından açılan merkezlerde verilen sağlık hizmeti gönüllülük esasına göre ve ücretsiz olarak altı ay süre ile verilmektedir. Bu süre bittiğinde yeniden müracaat halinde yapılan denetim sonucunda İl Sağlık Müdürlüğüne ruhsatı yenilenebilmektedir. Gönüllü sağlık tesislerinin en önemli özelliği

sadece Suriyelilere sağlık hizmeti verilmesidir. Bu şekilde sağlık hizmeti 6 ilde 18 gönüllü sağlık tesisi tarafından verilmektedir.

Yukarıda belirtilen sivil toplum kuruluşları dışında, Sivil Toplum için Destek Vakfı ile Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD) gibi kuruluşlar ise beş yaşın altındaki çocukların beslenme yetersizliklerini araştırmış, Suriyeli hamile ve emziren bayanlara emzirme, beslenme ve anne-bebek sağlığı konularında eğitim ve destek vermişlerdir(Türk, 2016, s.149).

Geçici koruma altına alınan Suriyelilere koruyucu sağlık hizmetleri ile temel sağlık hizmetlerini daha etkin ve verimli bir şekilde sunmak, dil ve kültürden kaynaklanan sorunları aşmak üzere, bu kişilerin yoğun olarak yaşadıkları yerlerde, ilçenin toplum sağlığı merkezine bağlı olarak, aile hekimliği için tanımlanan asgari fiziki ve teknik standartları taşıyan göçmen sağlığı merkezleri oluşturulmuştur. Buralara aynı zamanda tercüman desteği verilmektedir. Şubat 2017 verilerine göre 17 ilimizde toplam 86 Göçmen Sağlığı Merkezi ile 175 Göçmen Sağlığı Birimi açılmış olup faaliyetlerini sürdürmektedir. Avrupa Birliğinden gelecek maddi yardımlarla göçmen sağlığı merkezlerinin 500'e çıkarılması planlanmaktadır. Planlanan bu sayılar 2018 yılında daha yükseklerle çekilmiştir²

Sağlık Bakanlığı Göçmen Sağlığı Daire Başkanlığı yetkilileri ile Mart 2018 ayında yapılan görüşmede, hali hazırda 27 ilde 154 göçmen sağlığı merkezi (GSM) içerisinde 527 göçmen sağlığı biriminin açıldığı, göçmen sağlığı merkezlerinin 30 ile yaygınlaştırılması sonucunda oluşturulacak 180 göçmen sağlığı merkezinde, 805 göçmen sağlığı birimi ile hizmet verilmesi ve söz konusu merkezlerden 42'sinin Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi olarak organize edilmesinin planlandığı öğrenilmiştir. Güçlendirilmiş GSM'de; birinci basamak sağlık hizmetleri dışında, iç hastalıkları, çocuk, kadın-doğum, ağız-diş sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetler, görüntüleme (röntgen, ultrason, bazı birimlerde tomografi) üniteleri ve basit hizmet laboratuvarları (biyokimya ve mikrobiyoloji lab.) ile desteklenmektedir. Böylelikle, hizmetlere erişimin artırılması, hastanelerin yükünün azaltılması amaçlanmaktadır.

GSM'lerde sağlık personeline ilave olarak, iki dil bilen (Arapça-Türkçe) hasta yönlendirme elemanları ile destek hizmetleri personeli de görev yapmakta, Geçici koruma altındaki Suriyelilere sunulan birinci basamak sağlık hizmet verileri "Muayene Bilgi Yönetim Sistemi" kullanılarak kayıt altına alınmaktadır. Aşağıdaki tabloda iller itibariyle Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM) ile Göçmen Sağlığı Birimlerinin (GSB) sayısı verilmiştir.

Tablo 3) Temmuz 2021 Ayı İtibariyle Göçmen Sağlığı Merkezleri.

Sıra	il	Göçmen Sağlığı Birimi	Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi	Göçmen Sağlığı Merkezi	Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merk
1	Adana	59	0	8	4
2	Adıyaman	7	0	0	1

² Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığınca hazırlanan "Geçici Koruma Altına Alınanlara Sunulan Sağlık Hizmetleri Temmuz 2018 Raporu" na göre, 30 ilde 182 Göçmen Sağlığı Merkezi ile 805 adet Göçmen Sağlığı Birimi kurulması, planlanmıştır. Bunlardan 42 adedi ise Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi olarak organize edilmiştir.

3	Ankara	35	1	6	1
4	Batman	5	0	2	0
5	Burdur	1	0	1	0
6	Bursa	28	0	4	1
7	Denizli	2	0	2	0
8	Diyarbakır	4	0	2	0
9	Elazığ	3	0	1	0
10	Gaziantep	72	1	4	4
11	Hatay	108	1	23	3
12	İstanbul	148	1	25	6
13	İzmir	39	1	6	1
14	Kahramanmaraş	34	0	5	2
15	Kayseri	17	0	3	1
16	Kilis	22	0	1	2
17	Kocaeli	13	0	6	0
18	Konya	30	0	2	3
19	Malatya	13	0	3	1
20	Manisa	1	0	1	0
21	Mardin	14	0	5	0
22	Mersin	47	1	5	2
23	Nevşehir	7	0	0	1
24	Osmaniye	21	0	1	2
25	Samsun	1	0	1	0
26	Sakarya	2	0	2	0
27	Şanlıurfa	52	1	12	2
	TOPLAM	787	7	133	37

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Göç Sağlığı Daire Başkanlığı, 2021.

Yukarıdaki tabloda, Temmuz 2021 ayı itibarıyla tek hekimin (tercihen Suriyeli hekim ve hemşiresinin) görev yaptığı Göçmen Sağlığı Merkez sayısının Mart 2018 ayına göre azalarak, 154'den 133'e düştüğü, buna karşılık göçmen sağlığı birimlerinin sayısının artarak, 527'den, 787'ye çıktığı, ayrıca Suriyeli göçmen sayısının 20.000'in üzerinde olan yerlerde, dahiliye, çocuk, kadın-doğum, ağız-diş sağlığı hekimlerinin görev yaptığı 37 adet Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi (GGSM) ile 7 adet Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi (GSEM) oluşturulduğu görülmüştür.

Aşağıdaki tabloda, göçmenler (Suriyeli, Afgan, Iraklı vb geçici korunanlar) için 2011-2021 yılları arasında verilmiş sağlık hizmetlerinin sayıları gösterilmektedir.

Tablo 4) Ülke Genelinde Geçici Korunanlara Sunulan Sağlık Hizmet Verileri

81 İL GENELİ KAMP İÇİ/KAMP DIŞI SAĞLIK HİZMETLERİ VERİLERİ		2011-2016	2017	2018	2011-2018	2021	2011-2021
MUAYENE SAYISI	HSGM BAĞLI BİRİMLERİ	5.742.528	3.005.287	2.317.808	11.065.623	3.439.493	31.084.117
	KHGM BAĞLI BİRİMLERİ	16.997.636	8.291.891	5.627.305	30.916.832	2.476.351	53.537.774
	ÜNİVERSİTE/ÖZEL HASTANELER	328.338	136.127	165.675	630.140	176.969	1.808.687
TOPLAM		23.068.502	11.433.305	8.110.788	42.612.595	6.092.813	86.510.578
SEVK SAYISI	BİRİNCİ BASAMAKTAN KAMU/ÖZEL/ÜNİVERSİTE HASTANELERİNE SEVK SAYISI	918.964	Veri yok	59.735	978.699		
	TOPLAM	918.964	Veri yok	59.735	978.699		
YATAN HASTA SAYISI	KHGM'NE BAĞLI HASTANELER	1.018.271	357.834	240.203	1.616.308	136.241	2.717.263
	ÜNİVERSİTE/ÖZEL HASTANELER	37.364	10.375	10.931	58.670	13.832	174.662
TOPLAM		1.055.635	368.209	251.134	1.674.978	150.073	2.891.925
AMELİYAT SAYISI	KHGM'NE BAĞLI HASTANELER	854.318	311.164	216.964	1.382.446	98.538	2.301.993
	ÜNİVERSİTE/ÖZEL HASTANELER	23.781	3.703	3.994	31.478	7.379	82.781
TOPLAM		878.099	314.867	220.958	1.413.924	105.917	2.384.774
DOĞUM SAYISI	KHGM'NE BAĞLI HASTANELER	195.421	100.671	61.217	357.309	39.687	657.131
	ÜNİVERSİTE/ÖZEL HASTANELER	4.737	1.639	1.608	7.984	2.231	26.641
TOPLAM		200.158	102.310	62.825	365.293	41.918	683.772
SINIRDAN ALINAN YARALI SAYISI		36.897	5.425	5.527	47.849	1.137	61.038

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Göç Sağlığı Daire Başkanlığı, 2021.

Yukarıdaki tablo ülkemizde geçici koruma altında bulunanların, 2011-2021 yılları arasındaki (Mayıs 2021 tarihi itibarıyla) sağlık hizmet verilerini göstermekte olup, 2011-2018 yılları arasında 11.065.623 adet poliklinik hizmeti verilmiş iken, 2011-2021 yılları arasında bu rakam 86.510.578'e, 2011-2018 yılları arasında 1.674.978 adet yatarak sağlık hizmeti verilmiş iken, 2011-2021 yılları arasında bu rakam 2.891.925'e yükselmiş, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile üniversite ve özel hastanelerdeki doğum sayısı 2011-2018 yılları arasında toplam 365.293 iken, 2011-2021 yılları arasında 683.772 sayısına ulaşmıştır. 2011-2018

arasındaki 8 yıllık döneme göre, 2019-2021 yılları arasında verilen sağlık hizmetlerinde oldukça büyük bir yükseliş olduğu görülmektedir. Tablodaki doğum sayıları incelendiğinde, Suriyelilerin de içinde bulunduğu göçmenlerin oldukça yüksek doğum oranları olduğu hatta Türkiye doğum oranlarını aştığı, 2011 yılından 2018 yılı Ağustos ayına kadar Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile üniversite ve özel hastanelerdeki doğum sayısının 365.293 rakamına ulaştığı görülmektedir. Aşağıdaki Tabloda ise aşı sayıları gösterilmektedir.

Tablo 5) Ülke Genelinde Geçici Korunanlara Yapılan Rutin Aşı Verileri (31 Temmuz 2018)

2018 YILI AŞI VERİLERİ (TEMMUZ)			
	KAMP İÇİ	KAMP DIŞI	TOPLAM
BCG	826	5.638	6.464
DaBT-İPA-Hib	2.970	25.077	28.047
KPA	3.024	24.235	27.259
HBV	1.663	16.669	18.332
KKK	830	12.845	13.675
SUÇİÇEĞİ	618	5.782	6.400
HAV	1.032	7.525	8.557
TD	677	2.384	3.061
TOPLAM	11.640	100.155	111.795
2018 GENEL TOPLAM			646.454
2014-2018 GENEL TOPLAM			3.792.368

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Göç Sağlığı Daire Başkanlığı verileri.

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, Sıtma, Şark Çıbanı, Çocuk Felci, Tüberküloz, Kızamık, Tifo ve Buruselloz gibi bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmek için aşılama çalışmalarına önem verildiği görülmektedir. Ancak, kamplarda yaşayan çocukların aşı takipleri düzenli yapılmakta iken kamp dışında değişik şehirlerde yaşamlarını sürdüren Suriyeli çocukların (ailelerin sık sık yer değiştirmesi nedeniyle) aşı takipleri düzenli yapılamamaktadır.

2.1.3. Suriyeli Sağlık Personelinin Eğitimi:

AB Hibe Projesi kapsamında Göçmen Sağlığı Merkezlerinde istihdam edilmek üzere sağlık personeli yetiştirilmesi için, “Yabancı Meslek Mensuplarının Türkiye’de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda Suriyeli sağlık çalışanlarının (doktor, ebe, hemşire) eğitimleri için Sağlık Bakanlığınca oluşturulan komisyon tarafından başvuruları kabul edilip mülakatları yapılan hekim, ebe ve hemşirelerin 5 gün teorik, 6 hafta uygulamalı uyum eğitimlerine tabi tutulmuşlardır. Bu eğitimde başarılı olan hekimler Sağlık Bakanlığının belirleyeceği Geçici Barınma Merkezleri ile Göçmen Sağlığı Merkezlerinde istihdam edilmişlerdir.

Sağlık Bakanlığı Göçmen Sağlığı Daire Başkanlığı yetkilileri ile yapılan görüşmede, Ocak ve Şubat 2017 tarihlerinde toplam 740 hekim ile 347 ebe-hemşire teorik uyum eğitimlerini tamamlamış, bunlardan 240

hekim ile 205 ebe-hemşire uygulamalı eğitimlerini başarıyla bitirip istihdam edilecekleri Göçmen Sağlığı Merkezlerine gönderilmiştir. Ayrıca Arapça ve Kürtçe bilen 666 kişiye de hasta yönlendirme, tercümanlık eğitimi verilmiştir.³ 30 Nisan 2018 tarihi itibarıyla Mesleki Yetki Belgeli Suriye uyruklu 82 Uzman Hekim, 305 Pratisyen Hekim ve 454 Yardımcı Sağlık Personeli (Ebe, Hemşire, Röntgen ve Laboratuar Teknisyeni vs) SIHHAT projesi kapsamında geçici barınma merkezleri ve göçmen sağlığı merkezlerinde istihdam edilmiştir.⁴

Tablo 6) Sıhhat Projesi Kapsamında Yerleştirilmesi Yapılan Suriyeli Sağlık Personeli (Temmuz 2021)

Branş	Sayı	Branş	Sayı
Hekim	757	Psikolog	42
Diş Hekimi	14	Sosyal Çalışmacı	40
Ebe-Hemşire	1.090	Tercüman	42
Laboratuar Teknisyeni	40	Hasta Yönlendirme Personeli	1.173
Röntgen Teknisyeni	35	Destek Personeli	429

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Göç Sağlığı Daire Başkanlığı, 2021.

Bakanlar Kurulu'nun 8 Ocak 2018 tarihli kararı ile "Geçici Koruma Yönetmeliği"nde değişiklik yapılmış, daha önce AFAD tarafından yürütülen, Suriyeli göçmenler için ilgili bakanlıklar ve kamu kurum ve kuruluşları tarafından verilen sağlık, eğitim, iş piyasasına erişim, sosyal hizmet ve yardımlar ile tercümanlık ve benzeri hizmetlerin koordinasyonu Göç İdaresi Genel Müdürlüğüne verilmiş, sunulan sağlık hizmetlerinin bedeli daha önce AFAD tarafından ödenirken yapılan değişiklik ile bu bedelin Göç İdaresi Genel Müdürlüğüne ödeneceği düzenlenmek suretiyle Sağlık Bakanlığı ile Göç İdaresi Genel Müdürlüğü arasında protokol imzalanmıştır.

2.2. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar:

Suriye'de yaşanan iç savaş nedeniyle şiddete maruz kalma, uygunsuz ve sağlıksız yaşam koşulları, giysilerini dahi yanına alamadan evlerinden kaçmak zorunda kalmaları, Türkiye'ye giriş yaptıklarında da kalabalık ve zor koşullarla sahip kamplarda yaşamlarını sürdürmeleri, kamp dışında yaşayanların ise maddi durumlarının iyi olmaması nedeniyle ya metruk evlerde veya terk edilmiş kimsenin oturmadığı evlerde yaşamak zorunda kalmaları, yetersiz beslenme, hijyene uygun olmayan yaşam koşulları vs nedenlerle Suriyeli göçmenlerde, hastalık görülme sıklığı artmakta, bulaşıcı hastalıklara çok çabuk maruz kalmaktadırlar (Durusoy ve Ergin, 2010, s.290).

Bu kötü koşullar nedeniyle, özellikle çocuk ve bebeklerde yaygın olmak üzere, beslenme, büyüme ve gelişme bozuklukları, anemi, ishal, kızamık, solunum yolu enfeksiyonları, böbrek, solunum gibi kronik rahatsızlıklar, istenmeyen gebelikler ve doğum komplikasyonları, fiziksel şiddet ve cinsel istismara bağlı psikiyatrik bozukluklar ve depresyon ile diş sağlığı sorunları ön plana çıkmaktadır (Toksabay, 2010, s.13).

³ AB Fonlarından karşılanmak üzere, Arapça ve Türkçe bilen, hasta yönlendirme görevi yapacak 666 kişiye 5 gün süreyle Türk Sağlık Sistemi ve etkili iletişim konusunda eğitim verilerek Göçmen Sağlığı Merkezleri, Göçmen Sağlığı Birimleri ve bazı hastanelerde görevlendirilmiştir.

⁴ Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Göçmen Sağlığı Daire Başkanlığının Temmuz 2018 Raporuna göre, 31 Temmuz 2018 tarihi itibarıyla, Suriye uyruklu toplam 1.275 hekim ile 1.138 yardımcı sağlık personeli 5 günlük teorik eğitimlerini tamamlamış olup, bu eğitimleri tamamlayan 755 hekim ve 841 ebe-hemşire uygulamalı eğitimlerini de tamamlayarak Mesleki Yetki Belgesi almışlardır. Bunlardan 97 Uzman Hekim, 371 Pratisyen Hekim ile 579 Yardımcı Sağlık Personeli, SIHHAT Projesi kapsamında, Göçmen Sağlığı Merkezlerinde görevlendirilmiştir.

Yapılan bir araştırmada, sağlık hizmetlerine erişim konusunda Suriyeli göçmenlerin 2017 yılında %20,9'u sorun yaşarken 2019 yılında bu oranın %17'e düştüğü belirlenmiştir (Erdoğan, 2019, s.141).

Bu sağlık sorunlarının giderilmesi için yukarıda açıklandığı üzere mevzuat düzenlenip başta Sağlık Bakanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve AFAD olmak üzere ilgili kurumların çalışmaları ile sağlık hizmeti verilmeye çalışılsa da aşağıda sıralanan sorunlar ile karşılaşmaktadır.

1- Göçün yoğun yaşandığı bölgelerdeki Hastanelerde yoğun bakım yatak sayısının yetersiz kalması, Dializ hastalarının artışı nedeniyle randevu verilmesinde sıkıntıların ortaya çıkması⁵, çözülmesi gereken önemli sorunlardandır.

2- Çocukların aşılama ve gebe takibinde oluşan yetersizlikler halen sorun olarak devam etmektedir. Suriyeli göçmenler de bu konuda bilinçli davranmamakta, öncelikle hayatta kalmaya yani yiyecek bulmak ve barınma sorunu ile uğraşmaktan aşılama takvimi ve gebelik takibi onlar için ikinci ve üçüncü planda gelmektedir. Eğitim seviyeleri düşük Suriyelilerde bu durum daha belirgindir. Bebeklerin aşılardan ziyade o bebeğe mama, süt ve bez bulunması önemli olmaktadır. Suriye'den gelen bebek ve çocukların aşısız veya eksik aşı ile Türkiye'ye giriş yapmaları, bir kısmının kayıtsız olması, ülkemizde sabit kalmayıp hareket halinde olmaları yani farklı şehirlere gitmelerinden dolayı yerleşim alanlarının ve adreslerinin sabit olmaması gibi nedenlerle rutin bağışıklama hizmetlerinde sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye'de çok nadir görülen çocuk felci Suriyeli çocuklar ile birlikte özellikle sınır bölgelerinde hafif artış göstermiş, daha önce görülmeyen veya nadir olarak görülen Kızamık ve Şark Çıbanı gibi hastalıklar görülmeye başlanmıştır (Korkmaz, 2014, s.40).

3- Türkiye'de bulunan barınma merkezlerinde, Mayıs 2011 - Ekim 2013 arasındaki 30 aylık süreçte 6.000'in üzerinde bebek dünyaya gelmiştir. 2011-2021 yılları arasında ise 683.772 Suriyeli bebek Türkiye'de doğmuştur. Bebeklerin kaydı AFAD tarafından yapılmaktadır. Bu çocuklar vatansız olarak doğmaktadır. Doğum kontrolüne ise Suriyeliler soğuk bakmaktadır.

4- En önemli sorunlardan birisi iletişim olup, dil bilmeyen sağlık personeli hastayla iletişim kurmakta zorlanmaktadır. Bu sorunun çözümü için Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezlerinde Kasım 2016'da başlanan eğitimler sonucunda toplamda 82 Uzman Hekim, 305 Pratisyen Hekim ve 454 Yardımcı Sağlık Personeli (Ebe, Hemşire, Röntgen ve Laboratuar Teknisyeni vs) yetki sertifikası verilmiş ve göçmenlerin yoğun yaşadığı bölgelerdeki göçmen sağlığı merkezlerinde görevlendirilmiştir. Ancak Türkiye'nin tüm illerine dağılan göçmenler için her hastaneye, her toplum sağlığı merkezine (Aile Hekimliğine) tercüman verilmesi veya Suriyeli hekim ve hemşire-ebe görevlendirilmesi mümkün olmadığından bu sıkıntı büyüyerek devam etmektedir. Yapılan araştırmalar da benzer bulgulara ulaşılmış, Suriyeli göçmenlerin sağlık hizmetine erişimindeki en büyük engelin "dil" engeli olduğu vurgulanmıştır (Balkan, 2016,s.6-9), (Anlar, 2016, s.34-35) Dil engelini aşmak için İstanbul Bezmialem Hastanesi Fatih Polikliniğinde hekimler saat 17.30'dan sonra yerini "Yeryüzü Doktorları" olarak kendilerini

⁵ Gaziantep ve Kilis Devlet Hastaneleri yetkililerinden alınan bilgiye göre en büyük sorun olarak Suriyeli sayısının ani artışı nedeniyle yaralı gelen Suriyeli hastalara hastanelerinde yoğun bakım yatağı bulunamadığı, sürekli rahatsızlık olan Suriyeli Diyaliz hastalarının tedavisinde yetersiz kalındığı belirtilmiştir.

tanıtan Suriyeli Hekimlere bırakmakta, bu hekimler Suriyeli göçmenleri muayene etmektedir (cnnturk.com, 2016).

5- Sağlık taramalarında ev halkı evde bulunmadığından (dışarda çalıştığından veya dilendiğinden) verimli bir tarama yapılamamakta, tedavisi uzun süren (tüberküloz, kanser, dializ, diabet) hastaların bir yerde sabit kalmayıp yer değiştirmeleri nedeniyle tedavileri yarım kalmaktadır⁶.

6- Yaşanan çatışmalarda yakınlarının gözlerinin önünde ölmesi veya yaralanması, bunlar için yapabilecekleri bir şey olmaması, çatışmalar sırasında maruz kalınan işkence, tecavüz gibi travmalar nedeniyle psikolojik sağlık sorunları yaşayan mülteciler için tedavi planlaması ve tedavi yapılamamakta, genelde fiziksel sağlık sorunları üzerine eğilim ön plana çıkmaktadır. Özellikle çocuklarda bu durum çok daha belirgin olmaktadır. Savaşın tüm acılarını ve travmalarını yaşayan çocukların sonraki yaşantılarına bu durumun yansımaları önleyecek bir psikiyatrik tedavi maalesef yapılamamaktadır. Mülteciler için de bu durum sorun olarak görülmemekte, öncelikli sorun hayatta kalmak, yani karınlarını doyurmak ve barınacak bir yer bulmak olarak görülmektedir. Gece çığlık atma ve altını ıslatma sorunları psikolojik travmalardan kaynaklanmaktadır (Toksabay, 2010, s.16)

İç savaş, şiddet ve aile yakınlarının kaybedilmesi gibi etkenlerden dolayı psikolojisi bozulmuş Suriyeliler için, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından geçici barınma merkezlerinde Psikososyal Destek Büroları kurulmuş olup, psikososyal destek verilmekte ise de barınma merkezleri dışında kalan büyük kısım için böyle bir destek verilememektedir. Bu ve benzer sebeplerle bazı illerde Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşanmaktadır (Dinçer vd, 2013, s.25).

7- Yeni kimlik kartı çıkaran mültecilerin hastanelere başvuru yapılması veya eczanelerden ilaç alınması sırasında SGK'nın provizyon sisteminde kimlik numarası uyumsuzluğu ve kayıt edilmemesi nedeniyle sorunlar çıkmakta, hasta muayene olamamakta ve ilacını alamamaktadır. Kimlik kartı olmadan hastaneye müracaat eden Suriyeliler ise muayene olamamakta, kimlik çıkarılması istenmekte ancak dil bilmeyen göçmen hasta nereye müracaat edeceğini bilememekte, eğer ilçe de veya kırsal bölgede yaşıyorsa il merkezinde Valilik bünyesinde bulunan Göç İdaresi Birimine gidip kimlik çıkarması gerekmektedir. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün Mobil Kayıt Birimleri olsa da sayıları yetersiz kalmaktadır. Dil sorunu ve bilgisizlik nedeniyle kayıt olma ve sağlık hizmetlerine ulaşmalarında sorunlar yaşanmaktadır (Türk Tabipler Birliği, 2014, s.47).

8- Normal poliklinik hastası olan ancak kimlik çıkarmadığından provizyon alınamayan Suriyeli göçmenlerin mağdur olmaması için Hastane Yönetimi ve hekimler esnek davranarak bu hastanın Acil Servisten girişlerini yapmakta yani geri göndermemektedir.

⁶ Kilis ve Gaziantep Devlet Hastanesi yetkililerinden alınan bilgiye göre, hastanelerinde Tüberküloz, Kanser, Diabet teşhisi konulmuş hastalar ile diyaliz hastalarının tedaviye başlandıktan bir süre sonra Kilis ve Gaziantep illerinden ayrılmaları nedeniyle tedavilerinin yarım kaldığı, gittikleri illerdeki hastanelere (ikamet ettikleri il dışına çıkmalarından dolayı) kabul edilmediklerinden tedavilerinin yapılamadığı belirtilmiştir.

9- Daha önce verilmiş 98 numara ile başlayan kimlik numaralarının 99 ile başlayan kimlik numaralarına dönüştürülmesi tamamlanamayan hastaların bilgileri MERNİS sistemine düşmemektedir. Bu durumda hastaların provizyon alamaması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişiminde sıkıntılar olmaktadır.

10- Bazı yardım vakıf ve dernekleri Suriyeli göçmenlere sağlık yardımı da vermekte ancak bu sağlık merkezleri iyi denetlenememektedir. (Suriye Nur Derneği, Sığınmacı ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği, MAZLUMDER, Beşir Derneği, Yuva Derneği, KAMER Vakfı, Mavi Hilal Vakfı, Aziz Mahmut Hüdayi Vakfı, gibi dernek ve vakıflar.) Kilis'te yapılan denetimler sonucunda kaçak sağlık merkezleri ve eczaneler kapatılmıştır (Kilis İl Sağlık Müdürlüğü, 2017). Bazı belediyeler (örneğin Batman Belediyesi gibi), Suriyeli göçmenlerin hem gıda hem de ilaç ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Türk Tabipler Birliği, 2014,s.50). Sağlık Hizmeti veren bu derneklere veya özel sağlık birimlerine Sağlık Bakanlığınca 6 aylık süre ile çalışma izni verilmekte, gerektiğinde bu süre uzatılmaktadır. Ancak kaçak olarak Suriyeli hekim ve hemşirelerce açılan merdiven altı sağlık merkezleri de bulunmakta, bu durum şikayet üzerine yapılan denetimlerde ortaya çıkmaktadır (sozcu.com.tr, 2017).

11- Özel hastaneler Suriyeli Mültecilerden fark ücret alamadıkları ve bunlar için yapılan harcamalara ilişkin fatura bedellerini geç aldıkları için bu hastaları "Yoğunluğumuz var" gerekçesi ile almak istememektedir. Ayrıca, Suriyeli göçmenlerin yoğun olarak yaşadıkları ve göçmen barınma kamplarının da bulunduğu, Urfa, Gaziantep, Hatay ve Kilis gibi sınır illerindeki devlet hastanelerinde yoğunluk oluşmakta, hekimler ve diğer sağlık personelinin sayısı yetersiz kaldığından bu yoğunluk ve yığılma nedeniyle, Türk Vatandaşları poliklinik sırası alamamaktan, hastanede çok fazla beklemekten, Suriyelilerin kendi sıralarını aldıklarından şikayet etmekte, ilaç katkı payı, muayene ücreti gibi ücretlerin Türk Vatandaşlarından alınırken Suriyeli göçmenlerin muaf olması, SGK'nın mali yükünü arttırdığı gibi Türk vatandaşlarını Suriyeli göçmenlere karşı olumsuz tutum almasına ve toplumsal barışın bozulmasına neden olmaktadır (ORSAM, 2015, s.9).

12- Kampların dışında kendi imkanları ile ev tutan Suriyelilerin yaşam ortamları sağlıklı olmadığından özellikle çocuklar ve yaşlılar sağlıksız fiziksel ortamdan olumsuz etkilenmekte ve hastalanmaktadır. Üşütmeye bağlı solunum yolu enfeksiyonu şikayetiyle hastaneye müracaat edip tedavi olan Suriyeli çocuklar sağlıksız fiziksel koşullarda yaşadıklarından kısa süre sonra aynı şikayet ile tekrar hastaneye müracaat etmektedir. Yapılan bir araştırmada, Suriyeli göçmenlerin bulaşıcı olmayan hastalıklara yakalanma risk oranı %58,7 olarak belirlenmiştir (Balcılar, 2016, s.83). Mülteci ve göçmenler arasında sağlık sorunlarından dolayı ölüm oranları 5 yaş altı çocuklar ile yaşlılar ve kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir(Altındiş, 2013, s.65).

13- Suriyelilerin yoğun bulunduğu, Gaziantep, Kilis, Urfa ve Hatay gibi bölgelerdeki hastanelerde görev yapan sağlık personeli hem Türk vatandaşlarına hem de farklı kültürlerde ve dillerdeki Suriyelilere ve Iraklılara sağlık hizmeti verdiklerinden, yoğun iş yükü nedeniyle bu durum zaman zaman motivasyon kayıplarına sebep olabilmekte, strese giren personelin iş verimi düşmekte ve bazen hastalarla tartışma

ortamı doğmaktadır⁷. Suriyeli göçmenlerin yoğun olarak yerleştiği Şanlıurfa'nın Suriye sınırında bulunan ilçelerindeki 5 devlet hastanesinde görevli hemşire ve ebeleri kapsayan araştırmada, uzun çalışma süreleri, hasta yoğunluğu, sürekli aynı hastanede çalışmak zorunda olmaları, çatışma seslerinden kaynaklı korkular gibi nedenlerden dolayı tükenmişlik duygusu yaşadıkları belirlenmiştir(Eriş, 2017, s.326-336). Kilis Devlet Hastanesinde yapılan bir başka araştırmada, hemşirelerin artan iş gücünü karşılamak amacıyla Sağlık Bakanlığının geçici hemşire görevlendirmesi yaptığı vurgulanmıştır (Korkmaz, 2014, s.40).

14- Tedavi veya ameliyat olmak için hastaneye yatan kimliği bulunmayan yani kayıt dışı olan Suriyeli göçmenlerden önemli sayıdaki göçmen ya tedavisini yarım bırakarak veya tedavi biter bitmez hastaneden kaçmaktadır. Ayrıca, sınırdan yaralı veya hasta olarak giren Suriyeliler ambulanslarla en yakın hastaneye nakledilmekte, burada tedavileri yapılırken bu hastaların bir kısmı hastane personeline haber vermeden hastaneden ayrılmaktadır. Sınırdan kaçak girişin bir yolu da, yaralı birisine refakat etmek veya hasta bir çocuğun yakını gibi kendini göstermek suretiyle sınırdan girmek olup, çocukla birlikte hastaneye gelen kaçak göçmen, çocuğu hastanede bırakıp kaçmaktadır⁸. Öte yandan, yaralı halde veya farklı bir hastalığı nedeniyle sınırdaki hastanelere müracaat eden Suriyelilerde bazen tabanca, bıçak ve el bombası gibi silahlar bulunmakta, bu durum sağlık personelinin can güvenliğini olumsuz etkilemektedir (İlhan vd, 2016, s.23).

15- Sağlık Bakanlığınca internet üzerinden online olarak muayene randevusu alınması amacıyla oluşturulmuş, Merkezi Hekim Randevu Sisteminin (MHRS) Arapça ve Kürtçe dil tercihinin olmaması, randevu alabilmek için TC numarasının gerekli olması, telefon ile randevu alma sistemi olan Alo 182 sisteminde de Arapça ve Kürtçe sesli konuşma seçeneği bulunmaması nedeniyle Suriyeli hastalar randevu alamamakta, erken saatte hastaneye gelerek bizzat hastane kayıt memurundan muayene sırası almakta bu durum hastanede yığılmaya neden olmaktadır. Benzer sorun 112 Acil çağrılar için de geçerli olup, acil hasta çağrılarını alan 112 Acil Komuta Kontrol Merkezlerindeki hekim ve diğer sağlık personeli arapça ve kürtçe bilmediğinden Suriyeli göçmenlerin acil çağrılarına yeterli desteği verememektedir.

16- Kornea, böbrek ve kemik iliği nakillerinde sorunlar yaşanmakta, yurtdışından ithal edilen ilaçlara erişimde zorluklar bulunmakta ayrıca SUT kapsamı dışında kaldığı için ödemesi yapılamayan ilaç ve medikal malzemelerin temininde sıkıntılar yaşanmaktadır. Eczanelere ilaç bedelinin çok geç ödenmesi nedeniyle özellikle Suriyelilerin yoğun bulunduğu illerde eczaneler ilaç vermek istememektedir (sputniknews.com, 2016). Başka araştırmalarda da, Suriyeli göçmenlerin hastanede muayene oldukları halde ilaca erişemedikleri belirlenmiştir (Özcan, 2016, s. 31), (Tokaç, 2016, s.48-51).

⁷ Gaziantep ve Kilis Devlet Hastaneleri personeli ve yetkililerinden alınan bilgiye göre, Suriyeli göçmen sayısının bu illerde bir anda yoğunlaşması nedeniyle hasta sayısında da anormal artışların yaşandığı, Sağlık Bakanlığının sağlık personeli takviyesinde yetersiz kaldığı, bu nedenle de mevcut personelin iş yükünün çok fazla artması nedeniyle personelde bitkinlik ve huzursuzluk olduğu belirtilmiştir.

⁸ Kilis Devlet Hastanesi yetkililerinden alınan bilgiye göre, hastanelerinde Suriyeli hastaları sürekli takip edecek güvenlik elemanlarının bulunmaması, bu hastaların diğer hastalarla aynı şartlarda ve aynı birimlerde tedavilerinin yapılması nedeniyle takip edilmelerinin zor olmasının sonucu olarak bu sorunların yaşandığını belirtmişlerdir.

17- Suriyeli göçmenler arasında kamp dışında yaşayanlarda Türkiye'deki sağlık hizmetine erişim konusunda bilgi sahibi olmadıkları, bu hizmetin ulaşımının zor veya paralı olduğunu düşündükleri, özellikle Suriye'den yeni gelen göçmenlerde bu fikrin yaygın olduğu saptanmıştır (Türk Tabipler Birliği, 2014,s.47). Kocaeli Darıca ilçesinde yaşayan Suriyeli göçmenler üzerinde yapılan bir araştırmada, sağlık hizmetlerine ulaşmada ciddi sorunlar yaşamadıkları, bu durumun bölge halkının Suriyelileri benimsemesi ve sanayi bölgesi olması münasabıyla %60'ının iş bulup çalışarak düzenli gelire sahip olmasının etken olduğu belirtilmiştir (Kördöve, 2017:10). Yapılan başka araştırmalarda ise Suriyeli göçmenlerin Kilis ilinde sağlık hizmetlerine ulaşmalarında sorunlar yaşadıkları vurgulanmıştır (Paksoy vd., 2015,s.168), (Harunoğulları, 2016, s.51-52). Mardin iline yerleşmiş Suriyeli göçmenler üzerinde yapılan bir araştırmada, eğitim ve sağlık beklentilerinin kısmen karşılandığı belirlenmiştir (Apak, 2015, s.137).

18- Cinsel saldırıya maruz kalmış veya evlilik dışı (kuma, imam nikahı vs) birliktelik yaşayarak hamile kalmış Suriyeli bayanların, hamileliğin 10 haftanın sonuna kadarki süreçte hastaneye yaptıkları kürtaj başvurularında başvuranın evli olup olmadığı sorulmakta, hastaneye eşleri yanında olmadan gelen veya geçici kimlik belgelerinde evlilik durumları yazılmayan Suriyeli bayanlar zor durumda kalmakta, eğer bu bayan evli ise hastane personeli tarafından eşinden izin alması talep edilmekte, ancak eşi savaşta öldüğünden veya cinsel istismara uğradığından sorun yaşanmaktadır. AFAD 2014 yılı istatistiklerine göre kamp dışında yaşayan Suriyeli kadınların %66,9'ü evli, %27,0'ı bekar iken %5,1 oranının ise eşinin ölmüş olduğu belirlenmiştir (AFAD, 2014, s.27).

19- Kamp dışında yaşayan Suriyeliler yaşamlarını sürdürebilmek için çalışmak zorunda olduklarından genelde kaçak olarak ağır ve tehlikeli işlerde uzun çalışma saatleri ile çalışmakta yetersiz beslenme de eklenince bu çalışma temposuna bedenleri dayanmamakta ve sık sağlık sorunları yaşamaktadırlar (Hassoy ve Davas, 2010, s.305).

Yukarıda başlıklar halinde sıralanan sağlık hizmetlerindeki sorunlara karşın AFAD 2013 yılı raporunda, Suriyeli göçmenlerin aldıkları sağlık hizmetlerinden genelde memnun oldukları, bu memnuniyet düzeylerinin kamplarda yaşayanlarda %60, kamp dışında değişik illerde yaşayanlarda ise %80 olduğu belirtilmiştir(Türk, 2016: 149). AFAD tarafından yayınlanan "Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar" raporunda ise kamplarda yaşayan kadınların sağlık hizmetlerinden çok memnun olanların %16,8, memnun olanların %42,9 iken memnun olmayanların %22,3, hiç memnun olmayanların ise %4,6 olduğu, kamp dışında yaşayanların, %30,7'sinin çok memnun, %48,7'sinin memnun, %10,7'sinin memnun değil, %0,7'sinin ise hiç memnun olmadığı belirlenmiş olup, bu durumda kamp dışındakilerin sağlık hizmetlerinden daha fazla memnuniyet bildirdikleri görülmüştür (AFAD, 2014, s.57).

İzmir ilinde yaşayan Suriyeliler üzerinde 2016 yılında yapılan araştırmada, görüşülen %88 gibi oldukça yüksek bir orandaki Suriyelilerin Türkiye vatandaşı olmak istedikleri, vatandaşlık isteyen Suriyelilerin %54,5'inin kadın %45,5'inin ise erkek olduğu belirlenmiştir (İzmir Mültecilerle Dayanışma Derneği, 2017).

3- Sonuç ve Çözüm Önerileri:

Ülkelerinde iç savaşın patlak vermesi üzerine 2011 yılından beri ülkemize gelen ve gelmekte olan Suriyeli göçmenler, gerek kamplardan sevk ile gerekse de kamp dışında (bulunduğu şehirde) kayıt altına alındıktan sonra aile hekimliklerinde, 2. ve 3. basamak kamu ve özel hastanelerde tedavi edilmektedir. Ancak, Aralık 2014 tarihinde yayımlanan Genelge ile acil ve yoğun bakım gerektiren haller kamu hastanelerinden yapılan sevkler dışında üniversite ve özel hastanelerde tedavi kısıtlanmıştır. Aynı şekilde, sevk zincirine uygun olarak 2. ve 3. basamak hastanelerde tedavi mümkün kılınmıştır. Ayrıca acil durumlar dışında kaydı olmayan ve ikamet ettiği ve kayıt altına alındığı şehir dışında bir başka şehirdeki hastaneye müracaat eden Suriyelilerin acil sağlık hizmeti dışındaki sağlık hizmetlerinden yararlanamayacağı da genelge hükümleri arasında yer almıştır.

Araştırmamızın 2.bölümünde yer verilen sorunların çözümü için aşağıdaki önerilerin uygulanabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bir araştırmada, Türkiye'deki sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerden memnuniyet oranı %86 gibi oldukça yüksek bir olarak belirlenmiş (UN Women, 2018, s. 30–32) olup, sağlık hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin yapılacak işlemlerde en önemli husus Suriyelilerin sayı, cinsiyet, yaş, ikametgah adresleri, yaşam ortamları vs verilerin sağlıklı bir şekilde temin edilmesidir. Göçmenlerin kayıt sorunları çok hızlı şekilde çözülmeli, gerekirse sağlık kurumlarında kayıt edilme imkanı getirilmelidir. Göçmen sağlığı birimlerinin fiziki ve teknik donanımları, tıbbi malzeme ve personel eksiklikleri tamamlanmalıdır.

Dil sorununun çözümü için her hastanede ve her poliklinikte tercümanlık yapacak personel temin edilmesinin mümkün olmadığı göz önüne alınarak hem sağlık personeline hem de Suriyeli göçmenlere asgari iletişimi sağlayacak şekilde sağlık ile ilgili temel dil eğitimi verilmelidir. Yeni başlayan bir uygulama olan, Suriyeli sağlık personelinin hastanelerde istihdamı arttırılmalıdır. 112 Acil Sağlık Çağrı Merkezinde arapça ve kürtçe bilen personelin istihdam edilmesi, gerek telefonla sesli 182 Merkezi Randevu sisteminde gerekse internet üzerinden hastane randevusu alma sisteminde yabancı dil seçeneğinin konulması Suriyeli göçmenlerin acil sağlık hizmeti ve hastane randevusu almasında büyük kolaylık sağlayacaktır.

Anne ve bebek sağlığı için önemli olan takip, aşılama, doğum kontrol gibi faaliyetlerin yapılması amacıyla göçmenlerin başvurusu beklenmeden gezici sağlık ekipleri kurularak, buldukları mahallere gidilip kayıt altına alınarak takipleri yapılmalı, bebeklere mama, vitamin, bez ve ilaç desteği sağlanmalıdır. Aksi takdirde önlenemez bulaşıcı hastalıklar ile anne ve bebek ölümleri artma eğilimi gösterecektir. Koruyucu sağlık hizmetleri iyi izlenmeli, değerlendirilmeli ve denetlenmelidir.

Evde sağlık hizmetleri göçmenler için de planlanmalı, uygulanmalı ve Mobil sağlık hizmetlerinin sayısı arttırılmalıdır. Ruh sağlığı içinde tarama yapıp, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine yönlendirme yapılarak tedavileri sağlanmalı, özellikle eğitim yaşına gelmiş çocukların okullarda psikolog gözetiminde terapi almaları sağlanmalıdır. Diş rahatsızlıkları yaygın olduğundan gerek kamplarda gerekse kamp dışında yaşayan göçmenler için diş tedavi merkezleri veya birimleri oluşturulmalıdır.

Uzun süreden beri ülkemizde bulunan Suriyeli göçmenlerin ülkelerinde halen iç savaşın devam etmesi ve ne zaman biteceğinin belirsiz olması nedeniyle evlerine dönmelerinin kısa vadede mümkün görülmemesi nedeniyle, sürekli ve düzenli gelir elde edebilmeleri için en azından erkek göçmenlerin mesleklerine uygun iş ortamları, bayan ve çocuklar için ise mesleki kurslar ve uğraş merkezleri oluşturulmalıdır. Sağlıklı barınma ve beslenme koşulları oluşturulması için merkezi ve yerel yönetimler ile ulusal ve uluslararası dernek, vakıf ve kuruluşlar organize bir çaba içine girmelidir. Sağlık Bakanlığının yetersiz kaldığı yerlerde bu bakanlığın denetimi ve gözetimi altında ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşlarının sağlık hizmeti vermesi konusunda mevzuat çalışması yapılmalı ve bu kuruluşların çalışmaları kolaylaştırılmalıdır.

Göçmenler için yapılan ve yapılacak her türlü harcama, şeffaf bir şekilde kayıt altına alınmalı, ulusal ve uluslararası yardım kuruluşları ile organizasyonların harcamalar konusundaki şüpheleri giderilmelidir. Ancak aynı zamanda AB ile yapılan Türkiye-AB Ortak Eylem Planı ve Geri Kabul Anlaşması gibi anlaşmalar gereği Türkiye Cumhuriyeti Devletinin yaptığı ve yapacağı sağlık harcamalarına tüm AB birliği ülkelerin göstermelik değil gerçek boyutlarda katkı sağlayarak Türkiye'nin yükünü hafifletmesi gerekmektedir.

Öte yandan, muayene ücreti ve ilaç katkı payı ödemediği halde Suriyeli göçmenlerin hiçbir ücret ödmeden sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve sayılarının fazla olduğu illerdeki hastanelerde oluşturdukları yoğunluktan dolayı poliklinik randevusu almakta zorlanmaları ve buna benzer (örneğin Suriyeli gençlerin sebep oldukları bazı asayiş olayları, işsizlik oranlarının artması, Suriyelilerin ucuz işçi olarak tercih edilmesi vs) sebeplerden dolayı, Türk vatandaşlarının Suriyeli göçmenlere karşı daha önceki olumlu düşünceleri olumsuzlaşmaya başlamış olup, 2019 yılında yapılan bir araştırmaya katılanların %60,3'ü, Suriyeliler konusunu Türkiye'nin en önemli 10 sorunu içinde ilk 3 sraya koymuş, ayrıca %76,5'i ise Suriyelilerin vatandaşlığa alınmasını uygun görmemişlerdir. (Erdoğan, 2019, s.115,118).

Kaynakça

- AFAD. (2014), Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar, Ankara. 27, 57.
- Akgül, A., Kaptı, A., ve Demir, O.Ö. (2015). *The global a journal of policy and strategy*, 1 (2): 1.
- Apak, H. (2015). Suriyeli göçmenlerin gelecek beklentileri: Mardin örneği. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 5 (1): 125-142
- Aljazeera Turk. (2011), *Esat ailesi: Demir yumruklu hanedan*. Erişim Tarihi: 13 Aralık 2011. <http://aljazeera.com.tr/haber-analiz/esad-ailesi-demir-yumruklu-hanedan>.
- Al Jazeera Turk. (2016). *Suriye Kronolojisi: Suriye'de İsyandan İç Savaşa*. Erişim Tarihi: 28 Nisan 2016. <http://www.aljazeera.com.tr/kronoloji/kronoloji-suriyede-isyandan-icsavasa>.
- Altındış, M. (2013), Türkiye'deki mülteciler, sağlık hastalıklar ve korunma. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (28),64-67.
- Anlar, Ö. (2016). Suriyeli doktorların gözünde mülteciler ve sağlık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü (SD) Dergisi*. (40):34-35.
- Balcılar, M. (2016). *Türkiye'deki Suriyeli mültecilerin sağlık durumu araştırması*. AFAD Yayını.
- Balkan, İ.İ. (2016). Mülteci sağlığına bütüncül yaklaşım. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü (SD) Dergisi*. (40): 6- 9.
- BBC News. (2016). *Yunanistan nüfusu kadar Suriyeli evlerini terk etti*. Erişim Tarihi: 13 Şubat 2016. https://www.bbc.com/turkce/haberler/2016/02/160213_suriye_rakamlar.
- CNNTürk. (2016). *Bezmialem Hastanesi akşamları Suriyeli doktorlar ve hastalarına ait*. Erişim Tarihi: 18 Nisan 2016. <https://www.cnnturk.com/video/turkiye/bezmialem-hastanesi-aksamlari-suriyeli-doktorlar-ve-hastalarina-ait>.
- Demir, O.Ö.ve Soyupek, Y. (2015). Mülteci krizi denkleminde AB ve Türkiye: ilkeler, çıkarlar ve kaygılar. *Göç Çalışmaları Merkezi*. Global Politika ve Strateji Yayınları.
- Demir, M., Çelik, A., Uluç, V. (2017), Suriyeli Sığınmacılar: Şanlıurfa Üzerine Bir İnceleme (Sorunlar, Algılar ve Beklentiler), Çizgi Kitabevi, Konya.
- Deutsche Welle Türkçe Haberler. (2017), *Türkiye'de mülteci sayısı*, Erişim Tarihi: 20 Haziran 2017. <http://www.dw.com/tr/t%C3%BCrkiyede-m%C3%BClteci-say%C4%B1s%C4%B1-tahmin-edilenden-y%C3%BCksek/a-39323369>.
- Deutsche Welle Türkçe. (2016), *"Suriye'deki savaşta 15 bin çocuk öldü"*, Erişim Tarihi:13.09.2016. <https://www.dw.com/tr/suriyedeki-sava%C5%9Fta-15-bin-%C3%A7ocuk-%C3%B6ld%C3%BC/a-19547690>,
- Dilek, G.D. (2016), Türkiye'de suriyeli mültecilere yönelik sivil toplum kuruluşlarının faaliyetlerine ilişkin bir değerlendirme. *Marmara İletişim Dergisi*, (25): 145-157
- Diñçer, O.B., Federici, V., Ferris, E., Karasa, S., Kirişçi, K., Çarmıklı, E.Ö. (2013), *Suriyeli mülteciler sorunu ve sonu gelmeyen misafirlik*. Usak ve Brooking Enstitüsü, Ankara.
- Doğanay, Ü., Keneş, H.Ç. (2016), Yazılı basında suriyeli "mülteciler": ayrımcı söylemlerin rasyonel ve duygusal gerekçelerinin inşası. *Mülkiye Dergisi*, 40 (1): 143-184
- Durusoy, R., Ergin, İ. (2010), İç göç ve sağlık: Türkiye'de yaşanan iç göç süreci ve sağlığa etkileri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 25 (4): 285-295
- Dünya Gazetesi. (2020), *AB'den Türkiye'ye 780 milyon euroluk sığınmacı desteği*, Erişim Tarihi: 17 Aralık 2020, <https://www.dunya.com/ekonomi/abden-turkiyeye-780-milyon-euroluk-siginmaci-destegi-haberi-603983>
- ECHO Tanıtım Belgesi. (2017). Temmuz 2017.
- Ekşi, N. (2015). *Suriyeli mülteciler: 2011'den günümüze genel durum ve hukuki boyutu*. Türkiye İnsan Hakları Kurumu "Suriyeli Mülteciler" Çalıştayı, Ankara.
- Erdoğan, M.M. (2018). *Türkiye'deki Suriyeliler: toplumsal kabul ve uyum*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayını, İstanbul.

- Erdoğan, M.M. (2015), *Suriyeli mülteciler: 2011'den günümüze genel durum ve hukuki boyutu*. Türkiye İnsan Hakları Kurumu "Suriyeli Mülteciler" Çalıştay, Ankara.
- Erdoğan, M.M. (2017), *"Kopuş"tan "Uyum"a kent mültecileri*. Marmara Belediyeler Birliği, İstanbul.
- Erdoğan, M.M. (2019), *"Suriyeliler Barometresi-2019"*, Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020, <https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2020/09/SB2019-TR-04092020.pdf>
- Eriş, H. vd. (2017). Suriyeli mülteci kamplarının bulunduğu ilçelerde çalışan hemşire ve ebelerin tükenmişlik seviyesi: Şanlıurfa örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3 (3):326-336
- Geçici Koruma Yönetmeliği*. (2014). 13/10/2014 tarihli, 2014/6883 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile çıkarılan Yönetmelik. R.G. 22/10/2014, No:29153.
- Gündem. (2017). *Silah sesini duyan çocuk hayatını kaybetti*. Erişim Tarihi: 03 Temmuz 2017. <https://seninmedyan.org/2017/07/03/silah-sesi-duyan-epilepsi-hastasi-cocuk-nobet-gecirerek-yasamini-yitirdi/>.
- Harunoğulları, M. (2016). Suriyeli sığınmacı çocuk işçiler ve sorunları: Kilis örneği. *Göç Dergisi*, 3 (1): 51-52.
- Hassoy, H., Davas, A. (2010). Kaçak göçmenler ve sağlık. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 25 (4): 296-308.
- Hürriyet. (2017). *Türkiye'deki toplam mültesi sayısı*. Erişim Tarih: 12 Nisan 2017. <http://www.hurriyet.com.tr/hugo-turkiyedeki-toplam-multeci-sayisi-3-6-mi-40425054>
- İzmir Mültecilerle Dayanışma Derneği*. (2017). Sansuz geçiciliğe çare: Suriyeli mülteciler Türkiye vatandaşlığı hakkında ne düşünüyor. İzmir.
- İlhan, M.N., Gözlü, M., Atasever, M., Dünder, M.A., Büyükgök, D., Barkan, O.B. (2016). *Göç ve halk sağlığı*. SASAM Analiz, 2(7): 13-23.
- NTV. (2017). *Türkiye en fazla mülteci barındıran ülke*. Erişim Tarihi: 20 Haziran 2017 <http://www.ntv.com.tr/dunya/turkiye-en-fazla-suriyeli-multeci-barindiran-ülke, aDtIDsuPQE24gQsHLOBRLQ>
- Kirişçi, K. (2014). *Rapor: misafirliğin ötesine geçerken "Türkiye'nin suriyeli mülteciler sınavı"*. (Sema Karaca, Çev.) Brooking Enstitüsü ve USAK, Haziran 2014.
- Korkmaz, A.Ç. (2014). Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 1 (1): 37-42.
- Kördöve, M.K. (2017). Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi: bir alan araştırması. *Sağlık Yönetimi Dergisi*. 1 (2): 1-12.
- Orhan, O. (2014). *Suriye'ye komşu ülkelerde suriyeli mültecilerin durumu: bulgular sonuçlar ve öneriler*. Orsam, Ankara.
- ORSAM. (2015). Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Etkileri, Rapor No:195. Ankara.
- Özcan, T. (2016). Suriyeli mültecilerin sağlık sorunları ve bir çözüm modeli. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü (SD) Dergisi*, (40): 28-31
- Paksoy, H.M., Koçarlan, H., Kılınç, E. Ve Tunç, A. (2015). Suriyelilerin ekonomik etkisi: Kilis ili örneği. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 5 (1): 143-174.
- Milliyet. (2017). *Suriyeliler için yapılan harcama 25 milyar dolar*. Erişim Tarihi: 16 Şubat 2017. <http://www.milliyet.com.tr/-suriyeliler-icin-yapilan-harcama-gundem-2396935/>.
- Şahin, O.. (2016). *Suriyeli mültecilerin dağılımı ve son rakamlar*. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2016 <https://www.stratejikortak.com/2016/04/suriyeli-multecilerin-sayisi.html>.
- Sözcü. (2017). *Kaçak muayene ortaya çıkarıldı*. Erişim Tarihi: 22 Nisan 2017. <http://www.sozcü.com.tr/2017/gundem/mersinde-suriyelilere-ait-kacak-muayenehane-ortaya-cikarildi-1809049/>.
- Tokaç, M. (2016). Suriyeli sığınmacıların ilaca erişimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü (SD)Dergisi*.(40):48-51.

- Toksabay, B. (2010). *The Healt Right of Refugees in Turkey*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, ODTÜ, Ankara.
- Türkiye Göç İdaresi Genel Müdürlüğü İstatistikleri. (17.08.2017), (22.08.2017), (24.05.2018).
- Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. (2018). *Göç ve Uyum Raporu*, Ankara: Mart 2018.
- Türk Tabipler Birliği. (2014). *Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu*, 1. Baskı, Ankara.
- Türk Tabipler Birliği. (2014). *Suriyeli sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporu*. Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2014.
<https://ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=673309ea-9232-11e7-b66d-1540034f819c&1534-D83A_1933715A=a2aa9dcf77145fca4070286c23bdd4fae0975fea>
- UNHCR. (2018). *Total Persons of Concern by Country of Asylum*. Erişim Tarihi: 02 Ağustos 2018
<https://data2.unhcr.org/en/situations/syria..>
- UN Women. (2018). Türkiye’de Geçici Koruma Altındaki Suriyeli Kadın ve Kız Çocukların İhtiyaç Analizi, Erişim Tarihi: 02 Haziran 2018, <https://www.raporlar.org/wp-content/uploads/2018/09/SGDD-Suriyeli-Kadinlarin-ihityac-analizi-2018.pdf>
- Watson, S. D. (2009). *The securitization of humanitarian migration: Digging moats and sinking boats*. London: Routledge.
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Göçmen Sağlığı Daire Başkanlığı yetkililerinden alınan bilgi. Ankara: Nisan 2017
- Gaziantep ve Kilis Devlet Hastanesi yetkililerinden alınan bilgi. Mayıs 2017



SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Bilkent Yerleşkesi, Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No:9 Çankaya/Ankara
Tel:+90 (312) 458 50 44 E-Posta: murat.derin@saglik.gov.tr



BAKANLIK YAYIN NO:

963